

Position

Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS) zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufgesetzes

Die **Arbeitsgemeinschaft christliche Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS)** begrüßt das vorliegende Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 01.03.2012 zur Neuausrichtung der Pflegeausbildung. Es stellt in seiner Gesamtheit einen wesentlichen Schritt dar für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Richtung

- der EU-Angleichung der Ausbildungen,
- des veränderten Bedarfs des Gesundheitswesens unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung
- sowie des Professionsverständnisses „Pflege“ als eigenständiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

Grundsätzlich zu reflektieren sind folgende Aussagen des Papiers:

1. Zusammenführung der Berufsbilder in einer gemeinsamen Ausbildung

Die bisherige Orientierung an der Lebensspanne von pflegebedürftigen Menschen ist aufgrund der Entwicklungen des Gesundheitswesens nicht mehr tragfähig. Wesentlich stärker in der Differenzierung muss aufgrund veränderter Krankheitspanoramen der Unterschied von akut-medizinorientierten Pflegesituationen, mit einem hohen Anteil kurativer und rehabilitativer Ausrichtung, zu chronisch-Langzeit-Pflegesituationen, die eher von einer Arztferne geprägt sein werden, herausgearbeitet werden.

Die Bereiche der Gesundheitsvorsorge und Prävention gilt es stärker in die bestehenden Handlungsfelder zu integrieren.

2. Berufsbezogene und akademisierte generalistische Ausbildung

Die ADS befürwortet den Vorschlag, zukünftig eine berufsbezogene und eine akademisierte Grundausbildung anzubieten. Damit wird der europäischen Entwicklung Rechnung getragen, im Handlungsfeld Pflege gleichzeitig eine stärkere klinische Expertise und eine stärkere wissenschaftliche Expertise in der Pflegesituation zusammenzuführen. Kritisch ist anzuführen, dass für die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte nur Leitungsfunktionen sowie Aufgaben der Qualitätsentwicklung und -sicherung empfohlen werden. Dies erweckt den Eindruck, dass gerade die für die Praxis wichtigen akademisch ausgebildeten Absolventen in pflegeferner Beschäftigung gesehen werden.

3. Durchlässigkeit zwischen Berufsausbildung und akademischer Ausbildung

Der im Deutschen wie im Europäischen Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen geforderten Durchlässigkeit der unterschiedlichen Qualitätsniveaus wird mit diesem Vorschlag Rechnung getragen. Es fehlt jedoch der konkrete Vorschlag einer Zuordnung der berufsbezogenen, wie auch der akademischen Grundausbildung. Die auf S. 7 Abs. 3 des Papiers genannten „hochkomplexe Aufgaben“ für Pflege ließen jedoch eine Einstufung auf DQR/EQR Stufe 5 bzw. Level 6 (evidence basierte Bewältigung hochkomplexer

Pflegsituationen (vgl. Knigge-Demal(2011)) zu. Festzuhalten ist, dass mit Beschluss vom 22.02.2012 in Deutschland die dreijährige Pflegefachausbildung - in Analogie zu allen Berufsausbildungen - fälschlich nur auf DQR-Level 4 festgeschrieben wurde.

Hier muss gelten, dass die berufsbezogene und die akademische Ausbildung in konsekutive Weiterbildungen oder Studiengänge (ANP, Gerontologie und Pädiatrie) einmünden müssen und eine entsprechende Zuordnung im DQR erhalten. Damit wird lebenslanges Lernen nach dem DQR ermöglicht.

4. Schulstatus geklärt

Die Bund-Länder-Kommission spricht sich für den Status der Berufsfachschule für die berufsbezogene generalistische Grundausbildung aus. Damit wird der bisherige defizitäre Status der Gesundheits- und (Kinder)krankenpflegeschulen als „Schulen der besonderen Art“, welche an die Organisation Krankenhaus angebunden sind, aufgelöst. Damit ergibt sich insgesamt eine Aufwertung der Ausbildung.

Die bisherige traditionelle Anbindung an Krankenhäuser hat zu einer Überbewertung der krankenhausbewogenen Einsatzfelder geführt und damit die berufliche Sozialisation einseitig geprägt. Abgestimmte Lernortkooperationen zwischen Pflegeschule und den an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen müssen als essentiell betrachtet werden und entsprechende rechtliche Mindeststandards formuliert werden. Diese sind durchgängig im Gesetz festzuschreiben.

5. Finanzierungsvorschläge gehen über derzeit bestehende Lösung hinaus

Alle im Entwurf gemachten Vorschläge gehen über die bisher offiziell diskutierten Vorschläge hinaus. Begrüßenswert ist die Verlagerung der reinen Schulkosten auf die Länderebene, was bisher bei der Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-)krankenpflege nicht so geregelt war. Damit wird dem grundgesetzlich festgeschriebenen Sicherstellungsauftrag (Art. 74 GG) Rechnung getragen. Auch die fondfinanzierten Ausbildungskosten werden im Sinne eines solidarischen Sicherungssystems auf alle Akteure des Gesundheitswesens, die von der Ausbildung partizipieren, umgelegt. Kritisch hinterfragt werden müssen jedoch die prognostizierten Gesamtkosten, da sie von der derzeitigen Ist-Kosten Ermittlung ausgehen. Die mit den höheren Qualifikationen der Lehrenden einhergehenden Lohnmehrkosten werden jedoch nicht berücksichtigt. Ebenso unberücksichtigt bleibt bei der Berechnung, dass Praxisanleitung durch die wichtige und gewollte Aufwertung als Kostenblock - entgegen der derzeitigen Situation - vollumfänglich eingerechnet werden muss.

Abzulehnen sind Vorschläge, die zu einer direkten Kostenbeteiligung pflegebedürftiger, kranker oder behinderter Menschen führen, wie es zurzeit in der Altenpflegeausbildung der Fall ist.

6. Verantwortlichkeit

Die unter 3.2. angesprochene Aufwertung der Praxisanleitung stellt sich faktisch nicht dar, da bereits in § 2 (2) KrPflAPrV darauf hingewiesen wird, dass Praxisanleiter über eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen müssen. Hier ist eine entsprechende Anhebung der Stunden notwendig.

7. Klares Bekenntnis zur EU-Kompatibilität

Diese Forderung ist zu unterstützen, sie beinhaltet auch das Ja zur 12-jährigen allgemeinbildenden Zugangsvoraussetzung zur Pflegeausbildung. Im Eckpunktepapier wird diesem Bekenntnis und dieser Entwicklung keine Rechnung getragen, da man - unverständlicherweise - an der 10-jährigen allgemeinbildenden Zugangsvoraussetzung festhält. Hier müssen im Sinne von Durchlässigkeit und den komplexen Anforderungen des Berufes aus den derzeitigen Strukturen und Angeboten im Bildungssystem Äquivalenzlösungen entwickelt werden, die sich z.B. am Modell der Erzieherinnenausbildung orientieren könnten.

8. Eigenständige Aufgabenbereiche gem. § 63 Abs. 3c

Die curriculare Verankerung der Modelle nach § 63 Abs. 3c ist wesentliche Voraussetzung für deren Überführung in die Regelversorgung. Daher ist der Vorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe grundsätzlich positiv zu bewerten. Kritisch zu überdenken ist jedoch die im Papier erwähnte ausschließliche Zuordnung zur akademischen Ausbildung. Im Sinne der Berufspraxis müssen die heilkundlichen Tätigkeiten auch auf berufsbezogen ausgebildete Pflegefachkräfte mit entsprechender Aus- oder Weiterbildung ausgedehnt werden. Hier ist neben der formalen Qualifikation der Nachweis einer entsprechenden klinischen Expertise ein Qualitätsmerkmal.

Kritisch ist weiterhin zu beurteilen, dass die eigenständigen Aufgabenbereiche gem. § 63 Abs. 3c an das Leistungsrecht und an das Ordnungsrecht gebunden (S.23) werden sollen. Stattdessen müssen vorrangige Aufgaben bzw. Vorbehaltstätigkeiten der Pflege im Berufsrecht verankert werden. Damit wäre auch die Berufsausübung und nicht nur die Berufsbezeichnung geschützt.

9. Berufsbezeichnung

Die Berufsbezeichnung „Pflegefachkraft“ impliziert einen technischen Charakter und weist auf pflegerische Verrichtungen hin. Wünschenswert wäre eine Bezeichnung, die der personengebundenen Dienstleistung Pflege gerecht wird und den personalen Beziehungsaspekt betont. Die Berufsbezeichnung muss auf die generalistische Qualifikation hinweisen.