

FORUM

Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Elektronischer Sonderdruck für I. Hofmann

Ein Service von Springer Medizin

FORUM 2013 · 28:99–106 · DOI 10.1007/s12312-013-0933-x

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

I. Hofmann

Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen

Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen



© Thinkstock

Leitthema

Pflege in der Onkologie

I. Hofmann

- 100 **Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen**
The role of caregivers in health care. Historical backgrounds and current conflict situations

M. Hecke

- 107 **Was leistet die onkologische Fachpflege?**
What does oncological professional nursing achieve?

P. Jahn · M. Landenberger

- 111 **Pflegeforschung in Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven**
Nursing research in Germany. Current status and perspectives

B. Grube

- 115 **The challenges of cancer nursing in Europe**
Herausforderungen der Krebskrankenpflege in Europa

Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen

Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen

Mit etwa 820.000¹ Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen² bzw. Altenpflegerinnen [1] stellen die in der direkten Pflege³ Beschäftigten die größte Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe. Aufgrund des demographischen Wandels wird prognostiziert, dass der Bedarf an Pflege in den kommenden Jahren deutlich steigen wird. Die professionelle Pflege hat demnach eine hohe gesellschaftliche Bedeutung. Insofern ließe sich annehmen, dass allen Akteuren im Gesundheitswesen die Rolle und Bedeutung der Pflege klar ist.

Dieser Annahme widerspricht aber die Realität. Tatsächlich folgt die Pflege in Deutschland bis heute einem Sonderweg, den es so weder in Europa noch in

den angelsächsischen Ländern gibt. Die Geschichte der Pflege ist eine Geschichte voller Widersprüche, die sich auch im beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden⁴ niederschlägt. Während ein Teil der pflegewissenschaftlichen Avantgarde für eine neue Aufgabenverteilung im Sinne einer „Aufgabenübernahme nicht-ärztlicher Heilberufe sowohl im delegativen als auch eigenverantwortlichen Sinne“ ([2], S. 12) plädiert, erleben sich die Pflegenden in der Praxis weiterhin als fremdbestimmtes, letztes Glied, als „Mädchen für alles“ ([3], S. 143) im Zusammenspiel der Gesundheitsberufe. Dieser Eindruck wird durch das politische Ohnmachtserleben der Pflege bestätigt, die als größter Gesundheitsberuf kein offizielles politisches Mitspracherecht hat.

Die Beziehung zu den Patienten ist durch eine mehrheitlich positive Grundeinstellung der Pflegenden zu ihrem Beruf gekennzeichnet. Mit der Entwicklung von Expertenstandards sowie einer eigenständigen Pflegeethik hat sich die Pflegequalität verbessert. Beides trägt ebenso wie die Pflegeforschung zu einem wachsenden professionellen Selbstverständnis der Berufsgruppe bei. Allerdings wird die direkte Pflege-Patienten-Beziehung durch zunehmenden Zeitdruck und Überlastung beeinträchtigt. Die Folge sind überproportional hohe Ausfallzeiten bei den Pflegenden.

⁴ Mit Pflegenden sind hier ausschließlich Pflegefachkräfte mit mindestens 3-jähriger Ausbildung gemeint.

Das Beziehungsdreieck Patient-Pflege-Arzt könnte durch eine mehr partnerschaftlich orientierte Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen optimiert werden – vor allem vor dem Hintergrund, dass Pflegenden einen anderen Zugang zu den Patientinnen haben als Ärzte. Von einem gleichberechtigten Austausch beider Sichtweisen würden alle Beteiligten profitieren.

Unterschiedliche Perspektiven

Spricht die Politik über Pflege, geht es in der Regel um Kosten und Arbeitsmarktpolitik [4].⁵ Sprechen Ärzte über Pflege, dann im Sinne der Delegation von Aufgaben zur eigenen Entlastung [5].⁶ Sprechen Laien über Pflege, meinen sie meist Körperpflege. Sprechen pflegebedürftige Menschen über Pflege, meinen sie Fachkompetenz und Verständnis für die eigene Situation [6, 7, 8]. Sprechen Pflegen-

Erstveröffentlicht in: Bundesgesundheitsblatt (2012) 55:1161–1167. DOI 10.1007/s00103-012-1540-1.

⁵ Interview der „Bild am Sonntag“ von 2010 mit der Bundeskanzlerin Angela Merkel: „Und nicht zuletzt haben wir 2,2 Mio. Hartz-IV-Empfänger, die arbeitsfähig sind, aber keinen Job finden. Ich sehe nicht ein, dass Pflegekräfte künftig nur noch aus Osteuropa kommen.“

⁶ Laut Pressebericht der Bayerischen Landesärztekammer sprach sich der stellvertretende Vorsitzende Kaplan dafür aus, Aufgaben zu delegieren, aber keinesfalls die therapeutische Verantwortung zu teilen oder eine nichtärztliche Versorgungsebene einzuführen.

• Autor



Irmgard Hofmann M.A. (phil)
 Pflegeethikerin, Supervisorin (DGsv)
 Gesundheits- und Krankenpflegerin

¹ Vielfach deutlich höher genannte Zahlen sind darauf zurückzuführen, dass es zwar weit mehr Beschäftigte in der Pflege gibt, diese aber über keine bzw. keine 3-jährige Ausbildung verfügen.

² Die weibliche und männliche Form wird im losen Wechsel verwendet, gemeint sind in der Regel beide Geschlechter.

³ Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen sowie Altenpflegerinnen, die nicht direkt in der Pflege arbeiten (z. B. Lehrende an Schulen und Hochschulen, Mitarbeiterinnen der Krankenkassen) sind nicht erfasst.

de über Pflege, meinen sie den pflegerischen Versorgungsprozess sowie eine spezifische Haltung, die den pflegebedürftigen Menschen ganzheitlich in den Blick nimmt [9, 10]. Diese bewusst plakativ gestalteten perspektivischen Unterschiede sollen auf die Schwierigkeit hinweisen, die eine Beschreibung der „Rolle der Pflege“ mit sich bringt.

Pflege wird von Berufsfremden gesteuert

Geprägt wird das berufliche Selbstverständnis, die Berufsrolle von den gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie von den Ausbildungs- und Finanzierungsgeetzen, von der Definition der eigenen Aufgabe sowie von der Wahrnehmung des Berufes im gesellschaftlichen Kontext. In Deutschland spielt das pflegerische Selbstverständnis der Berufsgruppe nur eine untergeordnete Rolle, weil der Beruf von Beginn an von Berufsfremden dominiert wurde.

Der historische deutsche Sonderweg

Der Sonderweg der Pflege beginnt in Deutschland Anfang des 19. Jahrhunderts mit der Verberuflichung des damals üblichen Lohnwärtertums. Ganz ausdrücklich wurde die berufliche Pflege als „caritativer Dienst am Nächsten“, speziell für „Frauen aus dem bürgerlichen Milieu“ implementiert, die dem Arzt als „unentbehrliche Hilfskraft“ mit „kritiklosem Gehorsam“ zur Verfügung zu stehen hatte ([11], S. 19). Die Frauen wohnten in ordensähnlichen Mutterhäusern und arbeiteten ohne Lohn 14–16 h am Tag. „So wurden die unverrückbaren Grundpfeiler ‚guter weltlicher Pflege‘ wie Gehorsam, Selbstlosigkeit, Aufopferung und Demut geprägt. Nur aus der Betrachtung dieser spezifischen Konstruktion heraus ist es überhaupt nachvollziehbar, wieso die Pflege so große Probleme mit einer konsequenten Orientierung an den Gesetzen der Lohnarbeit hatte – wenn Selbstaufgabe zum beruflichen Element wird, ist es nämlich nahezu unmöglich, arbeitnehmerorientierte Forderungen zu stellen.“ ([12], S. 80)

Anfang des 20. Jahrhunderts regte sich erster Widerstand. Agnes Karll gründete

1903 die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ (BO), die die Interessen der freien Schwestern vertreten sollte ([13], S. 213).

➤ Damit begann eine kurze Ära der Emanzipation der Pflege von einer ideologisch überfrachteten „caritativen Liebestätigkeit“.

Diese Bestrebungen fanden im nationalsozialistischen Deutschland ein jähes Ende, als die BO mit der Nationalsozialistischen (NS-)Schwesternschaft 1936 zwangsvereinigt wurde ([13], S. 234). Nach Kriegsende übernahmen die christlichen Organisationen wieder die Deutungshoheit über die Pflege und zwangen ihr erneut das Ideal der Nächstenliebe auf. „Der Widerspruch zwischen dem hehren Anspruch einerseits und dem geradezu Menschen verachtenden Berufsalltag andererseits wurde aufgelöst durch den berufsethischen Rahmen.“ ([12], S. 80)⁷ Aus dieser Zeit stammt auch die Zersplitterung der Berufsverbände, unter der die Pflege bis heute leidet. Nur in Österreich lässt sich eine ähnliche Entwicklung verfolgen; in den meisten anderen europäischen Staaten sowie in den USA und in Australien professionalisierte sich die Pflege mithilfe starker nationaler Berufsverbände zunehmend im Sinne eines Berufes statt einer Berufung.

Der aktuelle deutsche Sonderweg

Die Pflegeausbildung in Deutschland unterscheidet sich bis heute von der Ausbildung in den meisten Ländern der EU:

1. Nur in Deutschland gibt es getrennte Ausbildungsgänge für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege einerseits und die Altenpflege andererseits. Diese sind in jeweils eigenen Gesetzen [15, 16] geregelt, haben unterschiedliche Ausbildungsinhalte und werden unterschiedlich finanziert.
2. Die Pflegeausbildung ist nicht in das duale Ausbildungssystem inte-

⁷ Zum bis heute geltenden Alltag einer „verhinderten Profession ...“, in der Falle täglicher Paradoxien“ finden sich bei Wettreck viele Belege ([14] S. 13, 15).

griert und unterliegt nicht dem Berufsbildungsgesetz. Die Ausbildung ist entweder dem Gesundheits- oder dem Sozialministerium unterstellt. „Nach wie vor werden die Schülerinnen auf den Stellenplan angerechnet.“ ([17], S. 161) Außerdem sind die Ausbildungsstätten in vielen Bundesländern an die Einrichtungsträger gekoppelt, was einer unabhängigen Ausbildung nicht förderlich ist.

3. Zugangsvoraussetzung für die Pflegeausbildung ist in Deutschland der Abschluss von 10 Schuljahren, während in 25 von 27 EU-Staaten 12 Schuljahre gefordert werden. Deutsche Bundesregierungen weigern sich seit Jahren, die Zugangsregelung im Rahmen der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG [18] anzupassen. „Diskussionen um staatliche Ausbildungsregelungen wurden und werden stets mit dem Ziel, Arbeitskräfte zu beschaffen bzw. aus arbeitsmarktpolitischen Gründen geführt.“ ([17], S. 161) So wurden die Zugangsvoraussetzungen für die Kranken- und Altenpflege erst im Jahr 2009 auf einen 10-jährigen „sonstigen Abschluss“ [19] – und damit auf den europäischen Stand von 1977 – zurückgestuft.

» Deutsche Pflegefachkräfte können international nur als Pflegehilfskräfte arbeiten.

Aktuell ist diese Diskussion um die Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung neu aufgeflammt. Die EU-Kommission hat Deutschland im Dezember 2011 zum wiederholten Male darauf hingewiesen, dass im Zuge der wechselseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen eine Schulzeit von 12 Jahren als Voraussetzung für die Pflegeausbildung verpflichtend sei. Dazu der Bundesgesundheitsminister „Das ist das falsche Signal. Ich habe mich in Brüssel persönlich gegen diese Pläne gewehrt und werde das weiter tun ... Wir müssen auch Haupt- und Realschülern die Möglichkeit geben, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Häufig kommt es viel mehr auf die soziale Kompetenz an,

statt auf die verbrachte Zeit in der Schule.“ [20] Problematisch ist diese Aussage, weil

- damit 16-jährigen pubertierenden Jugendlichen der Weg in einen Beruf eröffnet wird, der hohe psychische und physische Anforderungen stellt;
- soziale Kompetenz und schulische Bildung nicht gegeneinander ausgespielt, sondern in ihrer Korrelation betrachtet werden sollten und
- deutsche Pflegefachkräfte in der Folge international nur als Pflegehilfskräfte arbeiten können.

Fremdbestimmung durch Ökonomisierung

Die zunehmende Ökonomisierung der Krankenhäuser sowie die Einführung der Fallpauschalen (DRGs), die auf medizinischen Diagnosen beruhen, die aber je nach Patient einen unterschiedlichen Pflegeaufwand erfordern können⁸, führten zwischen 1996 und 2006 zu einem massiven Stellenabbau in der Krankenhauspflege. „Der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ging jedoch deutlich über das Maß hinaus, das durch Budgetdeckung und Budgetkürzungen erklärt werden kann. Offensichtlich wurden Pflegepersonalstellen vielfach auch reduziert, um Finanzmittel für andere Zwecke freizusetzen.“ ([1], S. 35)⁹ Gleichzeitig stiegen aber die Fallzahlen erheblich an, d. h., es müssen seitdem weniger Pflegenden deutlich mehr Patienten versorgen. Bartholomeyczik konstatiert als Ergebnis ihrer Studie: „Die Arbeit verdichtet sich und verliert dabei gleichzeitig ihre Qualität, dafür gibt es mehr unnötige Aufgaben, aber beeinflussen lässt sich das immer weniger. Die Entfremdung scheint demnach deutlich zuzunehmen ... Die geschilderten Befunde zeigen zusammengefasst, dass Pflegenden in den letzten Jahren relativ gesehen weniger bei den Patienten sind, obwohl diese im Durchschnitt kränker werden, also mehr direkte Unterstützung benötigen. Der Umfang der von Ärzten de-

⁸ Der gleiche ärztliche Aufwand (z. B. bei einer Totalendoprothese) bedeutet für die Pflege einen sehr variablen Aufwand, je nachdem, ob die Patientin ansonsten gesund ist oder vorher schon pflegebedürftig war.

⁹ Die Zahl der Ärzte stieg im gleichen Zeitraum um etwa 20% [21].

FORUM 2013 · 28:99–106 DOI 10.1007/s12312-013-0933-x
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

I. Hofmann

Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen

Zusammenfassung

Im Zuge der demographischen Entwicklung wächst der Bedarf an qualitativ hochwertiger Pflege. In der Pflege sind etwa 820.000 Pflegefachkräfte beschäftigt. Damit stellen sie die größte Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe. Dennoch gelingt es ihnen nicht, in Deutschland Rahmenbedingungen nach internationalen Standards durchzusetzen, die eine angemessene Pflege sichern würden. Die Ursache hierfür liegt im deutschen Sonderweg, der Ende des 19. Jahrhunderts begann und sich bis heute fortsetzt. Er zeigt sich in einer permanenten Fremdbestimmung der Berufsgruppe durch Interessverbände sowie in einer Politik, die Pflege vorrangig unter dem Blickwinkel des Abbaus von Arbeitslosigkeit sieht. Der mangelnde Organisationsgrad der Pflege verhindert eine wirksame politische Durchsetzungsfähigkeit der Berufsgruppe; nicht zuletzt deshalb ver-

lassen viele Pflegenden diesen Beruf vorzeitig. Die Berufsgruppe selbst ringt um ihr professionelles Selbstverständnis. Die Entwicklung von Expertenstandards, Pflegeforschung, die ethische Reflexion sowie der Kampf um eine gemeinsame Berufsausbildung sind positive Zeichen dieser Auseinandersetzung, die sich in positiven Rückmeldungen von Patientenseite zeigen. Der interdisziplinäre Dialog mit den Ärzten ist verbesserungswürdig. Erste Fortschritte im Rahmen von Ethikkomitees sind erkennbar. Solche Bemühungen kommen sowohl den Berufsgruppen als auch den Patienten zugute.

Schlüsselwörter

Pflege · Fremdbestimmung · Berufsflucht · Professionelles Selbstverständnis · Interdisziplinärer Dialog

The role of caregivers in health care. Historical backgrounds and current conflict situations

Abstract

As a result of recent demographic developments, there has been an increased demand for high-quality health care. Among the various health professions, caregiving represents the largest professional group, numbering approximately 820,000 caregivers. Despite its size, this group is failing to meet basic conditions in line with international standards that secure adequate care. This failing is primarily due to the special path that Germany took regarding healthcare at the end of the nineteenth century and on which it continues to this day. It manifests itself in a heteronomy to which the professional group is permanently subjected by lobbies and policies that view health care from a perspective whose primary aim is to reduce unemployment. The present lack of organization of caregivers has frustrated their political assertiveness; and not least because of this, many caregivers

leave the profession early. The profession itself is grappling with its professional identity. The development of expert standards, research into care, ethical reflections, as well as the struggle for common professional training are positive signs in this ongoing debate and are reflected in the positive feedback received from patients. The interdisciplinary dialogue between caregivers and physicians is in need of improvement. The first signs of progress are evident within the framework of health care ethics committees. This dialogue would certainly benefit both the professional group as well as the patients.

Keywords

Caregivers · Foreign regulation · Professional flight · Professional self-image · Interdisciplinary dialogue

legierten Tätigkeiten hat nicht abgenommen, wohl aber die direkte Pflege ...“ [21]

Die im Januar 2012 erschienene Studie des Deutschen Pflegerats (DPR) über die Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen [1] zeigt zwar zwischen 1999 und 2009 einen Beschäftigungszuwachs, der aber vor allem auf eine starke Ausweitung der

Teilzeitquoten zurückzuführen ist. Mittlerweile sind mehr als 50% aller Pflegekräfte teilzeitbeschäftigt. „Die gestiegene Teilzeitquote scheint vor allem Ergebnis eines veränderten Arbeitsplatzangebotes der Einrichtungen und einer durch Unterbesetzung verursachten chronischen Überlastung des Pflegepersonals zu sein.

Die Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen wird seit mehreren Jahren zunehmend von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen als Maßnahme zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes und dadurch erreichbarer Einsparung von Personalkosten eingesetzt. Die aus einer personellen Unterbesetzung resultierende steigende Arbeitsbelastung veranlasst wiederum Pflegekräfte, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, um einer chronischen Arbeitsüberlastung zu begegnen und gesundheitliche Schäden zu vermeiden.“ ([1], S. 4)

Pflege – eine politisch nahezu ohnmächtige Berufsgruppe

Die Pflege hat kein politisches Selbstverwaltungsorgan, sie ist nicht in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert und damit politisch faktisch irrelevant. Schon in der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ ([22], S. 163 f.) wurde auf die Notwendigkeit einer Selbstverwaltung der Pflege hingewiesen. Daraufhin versuchte die Berufsgruppe in den 1990er-Jahren eine Pflegekammer¹⁰ [23] zu implementieren. Damals scheiterte deren Einrichtung an dem Argument, die Pflege habe keine „Vorbehaltsaufgaben“, die zur Bildung einer berufsständischen Kammer erforderlich sei. Dieses Argument ist überholt, da in den Ausbildungsgesetzen der Pflege originäre Aufgaben definiert sind [15, 16].

Der letzte aktuelle Vorstoß zur Bildung einer Pflegekammer kam 2011 vom damaligen bayerischen Gesundheitsminister Söder: „Die größte Gruppe im Gesundheitswesen braucht unbedingt eine eigene Stimme ... Einer Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts kommt mehr Gewicht und Schlagkraft zu ... Es ist die größte ideelle Aufwertung, die die Pflegekräfte erhalten können...“ [24] Daraufhin gründete sich auch in Bayern ein „Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V.“ [23].¹¹ Solche

¹⁰ Zu den Aufgaben einer berufsständischen Kammer gehört z. B. die Registrierung aller Berufsmitglieder, die Entwicklung der Ausbildungsinhalte sowie die politische Vertretung nach innen und außen.

¹¹ Kurz danach wechselte Söder in das Finanzministerium und sein Nachfolger Huber scheint diesen Plan nicht weiter zu verfolgen.

Vereine gibt es bereits in mehreren Bundesländern. Ablehnende Reaktionen gab und gibt es von den Gewerkschaften, den Ärzte- und Wohlfahrtsverbänden sowie von den meisten Parteien. Begründet werden diese überwiegend mit dem Argument, berufsständische Kammern seien ein Relikt aus dem 20. Jahrhundert.¹²

☒ Vermutlich aber fürchten wohl alle genannten Institutionen, dass der „schlafende Riese“ ([14], S. 38) Pflege durch eine angemessene Organisationsform „aufwachen“ und sich die Machtverhältnisse im Gesundheitswesen verändern könnten.

Aktuell gibt es als berufliche Vertretung den Deutschen Pflegerat (DPR), eine Bundesarbeitsgemeinschaft von derzeit 17 Pflegeorganisationen. Jedoch ist der DPR bzw. seine Vertretung keine Körperschaft des öffentlichen Rechts und damit auch nicht Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem wichtigsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Der G-BA „besteht aus drei unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser. ... Hauptaufgabe des G-BA ist es, in Richtlinien die Inhalte der Versorgung näher zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der GKV gezahlt werden.“ [25] Die Vertretung des DPR wird partial zu den Sitzungen eingeladen, hat aber kein Stimmrecht. Da die Pflege auch nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V finanziert wird, sie jedoch im G-BA nicht vertreten ist, hat sie – wenn überhaupt – nur hinweisende Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihre eigenen Aufgaben. Eine Folge der politischen Ohnmacht der Pflege zeigt sich etwa darin, dass es zur Verordnung pflegerischer Hilfsmittel immer eines Arztes bedarf. Obwohl Pflegenden laut Gesetz selbstständig die Pflege planen und organisieren sollen, sind sie nicht berechtigt, ihre

¹² Stellt sich die Frage, warum Ärzte, Apotheker, Juristen etc. ihre Kammern nicht abschaffen wollen.

eigenen Hilfsmittel selbstständig anzuordnen und zu verschreiben.¹³

Das gebrochene pflegerische Selbstverständnis

Mit der Aufbruchstimmung der 1990er-Jahre, als die „Akademisierung der Eliten und die Systematisierung der Wissensbasis“ ([17], S. 274) eine große Euphorie innerhalb der Pflege-Berufsgruppe auslöste, schien es ihr endlich möglich, ihren Beruf selbstverantwortlich zu gestalten. Es wurde viel über Pflegemodelle und Pflegedefinitionen diskutiert. 1993 wurde der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) gegründet. Er befasste sich mit allen Aspekten der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen und entwickelte insbesondere ein neues, gemeinsames Bildungskonzept für die Pflegeberufe. Dieses fand allerdings nur in Form von Modellversuchen Eingang in die Pflegegesetze ([15, 16] Modellklauseln).

Die Euphorie ist verfliegen, die Einsicht hat sich Bahn gebrochen, dass der gesellschaftspolitische Einfluss und damit auch der Stellenwert der Pflege unverändert gering sind. Fünfzehn Jahre nach der Etablierung erster Studiengänge ringen Pflegenden „nach wie vor um institutionelle und politische Anerkennung und um ‚ökonomische‘ Wertschätzung. Der deutschen Pflege ist es nicht gelungen, ihre volkswirtschaftliche Bedeutung ausreichend darzustellen.“ ([17], S. 278) Im Gegenteil, trotz vieler Klagen über den Pflegenotstand [27] soll der Pflegestandard offenbar weiter gesenkt werden. Die politischen Lösungen der letzten Zeit lauten: Reduzierung der Fachkraftquote sowie Infragestellung des 2003 festgelegten Ausbildungsstandards in der Altenpflege ([17], S. 212).¹⁴ Eine Folge der nicht endenden Abwertung und Diskriminierung der Pflege ist der „stille“ Abgang. Fast jede fünfte Pflegefachkraft denkt

¹³ Die Richtlinie des G-BA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vom 20. Oktober 2011 ist noch nicht in Kraft [26].

¹⁴ Alle Vorschläge folgen dem Diktum des früheren Ministers Norbert Blüm „Pflegen kann jeder“.

ernsthaft darüber nach, den Pflegeberuf zu verlassen. Dabei handelte es sich insbesondere um jüngere und besser qualifizierte, die ihren Beruf eigentlich mögen ([17], S. 197).

Im Ersten Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend steht zur Qualität von Pflege: „Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Pflege ist eine aktivierende, ganzheitlich angelegte, gesundheitsfördernde Pflege, die an die Kompetenzen und Wünsche der Pflegebedürftigen anknüpft. Eine bedürfnisgerechte Heimversorgung setzt voraus, dass die Bewohnerinnen und Bewohner über die vorgeschriebenen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege hinaus ausreichend unterstützt und aktiviert und ihre Probleme erkannt und ernst genommen werden. Vorhandene Fähigkeiten sind zu erhalten bzw. aufzubauen.“ [28]

Die Pflegeversicherung nach SGB XI finanziert allerdings nur nach den Richtlinien des Pflegebedürftigkeitsbegriffes (§ 14), der eine reduktionistische und an Verrichtungen orientierte Pflege definiert: „Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“ [29] Pflegebedürftigkeit wird also erst ab einem erforderlichen Pflege-Mindestzeitraum von 6 Monaten anerkannt.

➤ **Präventive Pflege oder vorübergehender Pflegebedarf ist nicht vorgesehen und wird nicht finanziert.**

Sobald ein Patient/Heimbewohner dank aktivierender Pflege eine Zustandsverbesserung erfährt, wird der Erfolg „bestraft“, indem die Pflegestufe reduziert wird. Obwohl die Kassen dringend eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes anmahnen [30], konnte sich der derzeitige Bundesgesundheitsminister bislang nicht dazu durchringen [31].

Zudem dürfen Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V [32] nur in der ambulanten Pflege abgerechnet wer-

den. Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen diese Leistungen zwar ebenfalls erbringen, aber ohne Gegenfinanzierung ([17], S. 237). „Es ist eine der alltäglichen ethischen Herausforderungen der pflegerischen Arbeit, einen Weg zu bahnen zwischen dem, was ... eine optimale pflegerische Versorgung im Sinne der Gewährleistung eines guten Lebens wäre und dem, was nach den formalen Kriterien angeboten werden kann, also den abrechenbaren Leistungen.“ ([33], S. 165)

Wie bereits ausgeführt, verlassen insbesondere gut ausgebildete und motivierte Pflegenden den Beruf. Hauptgründe sind nach Ergebnissen der NEXT-Studie die Arbeitsbelastungen¹⁵, Personalmangel sowie Zeitmangel bei der Versorgung der Patienten/Heimbewohner; weiterhin die familiäre Unvereinbarkeit des Berufes mit einem häufig unregelmäßigen Schichtdienst, der Mangel an Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten sowie eine unzureichende Unterstützung durch die Führungsebene [35]. Es stellt sich die Frage, wie sich diese Befunde auf die Beziehung der Pflegenden zu Patienten und Heimbewohnern niederschlagen.

Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten

„Pflege ist nicht nur eine Tätigkeit, die am Patienten bzw. Bewohner ausgeführt wird, sondern vielmehr mit ihm, in der gemeinsamen Interaktion ...“ ([10], S. 357). Dabei wird Vertrautheit sowohl von Pflegenden als auch von Patienten/Heimbewohnern als ein wesentlicher Aspekt der Pflegebeziehung gesehen, der durch regelmäßige Interaktion entsteht ([36], S. 69). Ein weiterer zentraler Punkt ist die Förderung der Selbstständigkeit. Pflegenden wollen die Patienten zur aktiven Mitarbeit motivieren, was dem überwiegenden Teil von ihnen entgegenkommt. Allerdings führen Patienten die Selbstpflege in aller Regel langsamer durch, sei es, weil

es noch nicht schneller geht, sei es, weil sie die wachsende Selbstständigkeit genießen wollen. Damit bringen sie die Pflegenden nicht selten in erhebliche Zeitnot. In der Folge übernehmen die Pflegenden dann doch – entgegen ihrer ursprünglichen Intention – die ganze Pflegehandlung ([36], S. 138).

Theoretisch lernen alle Pflegefachkräfte, dass die Achtung vor der Autonomie der Patienten eine entscheidende Grundlage der professionellen Beziehung ist. Im Alltag geht diese Haltung teilweise verloren. So sehen in allen Einrichtungen viele Pflegenden die Notwendigkeit, Patienten und Bewohner zu Maßnahmen zu überreden, die diese nicht akzeptieren wollen (z. B. Körperpflege). Vor allem im Krankenhaus unterliegen die Pflegenden zusätzlich dem Druck, ärztliche Anordnungen zu erfüllen. „Bei Untersuchungen und deren Terminierung sehen Pflegenden keine Möglichkeit, den Patienten mit einzubeziehen“ ([36], S. 162), sonst müssten sie sich der ärztlichen Weisungsgebundenheit widersetzen.

Verschiedene Studien gehen der Frage nach, welche Übereinstimmungen und Differenzen es in der Wahrnehmung von Pflegesituationen zwischen Pflegenden und Patienten gibt. Demnach legen Patienten in der akuten Situation großen Wert auf die fachliche Qualität der Pflege. Bei längeren Pflegeverläufen bleibt die fachliche Qualifikation wichtig, aber häufiger werden „psychosoziale Aspekte wie Kommunikation, Empathie und Ausgeglichenheit“ ([6], S. 93) genannt. Patienten nehmen die Pflegenden in ihren Stimmungen und Qualitäten im Umgang wahr und messen dem eine hohe Bedeutung zu. Auch bescheinigen sie den Pflegenden eine recht präzise Wahrnehmung ihrer Situation, doch wird diese von Pflegenden teilweise anders gedeutet als von den Patienten: So liegt der Schwerpunkt der Pflegenden auf der künftigen Selbstständigkeit, während die Patienten hier zwischen Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart hin und her pendeln. Das aktuelle Befinden hat für sie einen deutlich höheren Stellenwert als für die Pflegenden, die den generellen Genesungsprozess für entscheidender halten [7]. Aufgrund dieser unterschiedlichen Deutungen kommt es häufiger zu Missverständnis-

¹⁵ Nach einer Studie der AOK nehmen die Altenpflegekräfte, was die Belastungen und die gesundheitlichen Folgen angeht, innerhalb der Pflege eine Spitzenposition ein. Eine Spitzenposition, die sich in einer höheren Zahl von Krankmeldungen und längeren Ausfallzeiten als im Durchschnitt der versicherten Mitglieder zeigt ([34] S. 11).

sen über den Sinn und Wert pflegerischer Handlungen [6, 7, 8]. Doch grundsätzlich scheint das Vertrauen der Bevölkerung in die Krankenpflege mit 92% überraschend hoch [37].

Hingegen wird in der Altenpflege häufiger über Missstände berichtet. Zwei wichtige Aspekte tauchen in diesbezüglichen Berichterstattungen allerdings kaum auf:

1. dass es sich nur bei etwa der Hälfte der in der Altenpflege Tätigen um Pflegefachkräfte handelt¹⁶ und die andere Hälfte aus Hilfskräften besteht, die – von der Arbeitsagentur geschickt – über kein Pflegewissen verfügen, angeleitet werden müssen und häufig wechseln.¹⁷
2. die Tatsache, dass gute Pflege mittlerweile nur noch auf Kosten der Gesundheit der Pflegenden geht. „Der positiven Grundeinstellung der Altenpflegerinnen und Altenpfleger zu ihrem Beruf stehen die hohen Fehlzeitenraten und der subjektiv als schlecht empfundene Gesundheitszustand entgegen. Ein weit überdurchschnittlicher Anteil an psychischen Erkrankungen führt zu einer hohen Zahl von Ausfalltagen. Die wesentlichen Ursachen sind Zeitdruck und geringe Arbeitszufriedenheit.“ ([34], S. 12)

Das Beziehungsgeflecht Patient-Arzt-Pflege

Ärzte sind zuständig für alle Aspekte der Diagnostik und Therapie und in diesem Rahmen den Pflegenden gegenüber auch weisungsbefugt. Traditionell wird daraus sowohl von den Berufsgruppen als auch von den Patienten ein Über-/Unterordnungsverhältnis abgeleitet.¹⁸ Doch die Pflege hat neben der weisungsgebundenen Mitarbeit an Diagnostik und Therapie einen davon unabhängigen Pfe-

geauftrag zu erfüllen [15, 16]. Das „Doppelmandat“ [38] führt – neben anderen Gründen¹⁹ – dazu, dass die Assistenzfähigkeit (Behandlungspflege) höher angesehen ist als die selbstverantwortliche Pflege (Grundpflege).

Den Patienten am ehesten gerecht wird dagegen ein „partnerschaftlicher Dialog“ [38] zwischen Ärzten und Pflegenden. Beide haben ihre originären Aufgaben und damit verbunden eine originäre Sichtweise bzw. einen eigenen Zugang zu den kranken Menschen. Im gleichberechtigten Austausch dieser berufsspezifischen Zugänge könnten perspektivische Differenzen besprochen und überwunden werden, was sicher im Interesse der kranken und pflegebedürftigen Menschen wäre.

Fazit

Die alternde Gesellschaft braucht qualitätsorientierte Pflege. Dazu bedarf es selbstbewusster Pflegefachkräfte, die die professionelle Pflege weiter entwickeln und verteidigen. Innerhalb der Berufsgruppe gab es in den letzten 20 Jahren deutliche Fortschritte im Professionalisierungsbemühen. Die Entwicklung pflegerischer Expertenstandards sowie ethisch-anthropologischer Grundlagen und eine systematische Forschung haben die Qualität der Pflege effektiv verbessert. Allerdings bedürfen diese Veränderungen der gesellschaftspolitischen Unterstützung, wenn sie nachhaltig wirken sollen. Die Berufsgruppe muss sich politisch organisieren, um im ökonomischen Verteilungskampf erwerbsne Standards erhalten und ausbauen zu können. Dazu gehört auch eine trägerunabhängige gemeinsame Grundausbildung aller Pflegeberufe, die die bisherige Zersplitterung überwindet. Wenn die Pflegeberufe sich ihrer wachsenden gemeinsamen Bedeutung bewusst werden und selbst dafür eintreten, können sie sowohl einen Qualitätsabbau als auch die Berufsfucht wirksam verhindern.

¹⁹ Schwarzmann legt überzeugend dar, wie fatal sich die ursprünglich rein ökonomisch begründete Unterscheidung zwischen Behandlungs- und Grundpflege auf die Pflege auswirkte [39].

Korrespondenzadresse

I. Hofmann

-
Terofalstr. 5, 80689 München
info@irmgard-hofmann.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Deutscher Pflegerat (2012) Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999–2009. [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/C710EE-BA5C9F92C6C1257904002AE711/\\$File/DPR_Prof.%20Simon_Besch%C3%A4ftigte%20und%20Besch%C3%A4ftigungsstrukturen%20in%20Pflegeberufen_Eine%20Analyse%20der%20Jahre%201999%20-%202009.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/C710EE-BA5C9F92C6C1257904002AE711/$File/DPR_Prof.%20Simon_Besch%C3%A4ftigte%20und%20Besch%C3%A4ftigungsstrukturen%20in%20Pflegeberufen_Eine%20Analyse%20der%20Jahre%201999%20-%202009.pdf)
2. Rogalski H, Dreier A, Hoffmann W, Oppermann F (2012) Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. *Pflege* 25:11–21
3. Kesselring A (2005) Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. *Pflege* 18:143–145
4. Bild am Sonntag (05.09.2010) Interview mit Angela Merkel
5. Bayerische Landesärztekammer (2008) (Haus-)Arztbild der Zukunft. http://www.blaek.de/werwaswo/bay_aerztetag/berichte/Bericht_Dr_Kaplan1.pdf
6. Reuschenbach B, Mohr T (2005) Anforderungen an Pflegenden in Dialyseeinrichtungen aus Sicht von Patientinnen und Patienten – Ergebnisse mittels Critical Incident Technique. *Pflege* 18:86–94
7. Elsbernd A (2001) Bedeutsame Elemente in Pflegesituationen. *Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege*. *Pflege* 14:252–258
8. Sieger M, Ertl-Schmuck R, Harking M (2010) Gestaltung pflegerischer Intervention in der Rehabilitation – am Beispiel der Pflege querschnittsgelähmter Menschen im Krankenhaus. *Pflege* 23:249–259
9. Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg) (2003) Das Originäre der Pflege entdecken. *Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*. Mabuse, Frankfurt
10. Büssing A, Giesenbauer B, Glaser J (2003) Gefühlsarbeit. Beeinflussung der Gefühle von Bewohnern und Patienten in der stationären und ambulanten Altenpflege. *Pflege* 16:357–365
11. Kruse AP (1995) Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Kohlhammer, Stuttgart
12. Steppe H (2000) Das Selbstverständnis der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung. *Pflege* 13:77–83
13. Seidler E (1993) Geschichte der Medizin und Krankenpflege, 6. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
14. Wettreck R (2001) „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. LIT, Münster
15. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz-KrPflG) (2004)
16. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) (2003)

¹⁶ Die gesetzliche Mindestfachkraftquote beträgt 50%, sie wird aber in etlichen Einrichtungen nicht oder nur mit Mühe erreicht.

¹⁷ Man stelle sich vor, ein Fachkräftemangel etwa in der Automobilindustrie würde damit behoben, dass künftig jeder zweite Mitarbeiter ein anzulernender Hilfsarbeiter sei.

¹⁸ Dies gilt in besonderem Maße für die Krankenhäuser.

17. Kellner A (2011) Von Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genealogie der Pflege. Reihe Pflege und Gesundheit 4. LIT, Münster
18. Richtlinie 2005/36/EG (2005) des europäischen Parlamentes und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen
19. Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMGuaÄndG) vom 17.07.2009, Art. 12a Änderung des Krankenpflegegesetzes und Art. 12b Änderung des Altenpflegegesetzes
20. Focus online (2011) Pläne der EU-Kommission: Bahr lehnt Abitur für Pflegeberufe ab. http://www.focus.de/finanzen/karriere/plaene-der-eu-kommission-bahr-lehnt-abitur-fuer-pflegeberufe-ab_aid_697131.html
21. Bartholomeyczik S (2007) Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. http://www.mabuse-verlag.de/chameleon/outbox/public/4/166_Bartholomeyczik.pdf
22. Robert Bosch Stiftung (1992) Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Bleicher, Gerlingen
23. Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V. <http://www.pflegekammer-bayern.de/>
24. Süddeutsche Zeitung (28.01.2011) Pflegekammer in Bayern
25. Gemeinsamer Bundesausschuss des Gesundheitssystems. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsystem/selbstverwaltung/gemeinsamer-bundesausschuss.html>
26. Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss über die Erstfassung der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. http://www.bah-web.de/home/html/aktuell/20111020_RL_Par.63_Abs-3c_Erstfassung_TrG.pdf
27. tz online (21.01.2009) Pflegenotstand: „Der Kollaps ist längst da!“ <http://www.tz-online.de/specials/zukunft-alter/pflegenotstand-der-kollaps-ist-laengst-da-71503.html>
28. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) Erster Bericht des BMFSFJ über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/4/4-4-Versorgungskonzepte-in-der-stationaeren-pflege/4-4-2-aktivierende-pflege-rehabilitation-und-soziale-betreuung.html>
29. Sozialgesetzbuch (SGB) 11 – Soziale Pflegeversicherung, § 14
30. Deutsches Ärzteblatt (10.02.2012) Kassen drängen auf neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49085>
31. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Bahr: Pflege-WGs sind „ein zusätzliches Angebot“. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/interviews/bahr-pflege-wgs-sind-ein-zusaetzliches-angebot.html>
32. Sozialgesetzbuch (SGB) 5 – Gesetzliche Krankenversicherung
33. Pillen A (2002) Gerechtigkeit und gute Pflege. Pflege 15:163–169
34. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006) Aufbruch Pflege. Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. BGW, Hamburg
35. Borchart D, Galatsch M, Dichter M et al (2011) Warum Pflegenden ihre Einrichtung verlassen. Europäische Next-Studie. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>
36. Kleinschmidt H (2004) Pflege und Selbstbestimmung. Pflegerische Interaktion und ihre aktive Mitgestaltung durch den Patienten. Hans Huber, Bern
37. Readers Digest Deutschland (2011) Pressemappe: Feuerwehrleute, Krankenschwestern und Piloten halten Spitzenposition. <http://www.presseportal.de/pm/32522/2220295/feuerwehrleute-krankenschwestern-und-piloten-halten-spitzenposition>
38. Hofmann I (2001) Ärztliche und pflegerische Verantwortung: Partnerschaftlicher Dialog ist gefordert. Dtsch Arztebl 1999(96):A-3291–3294 (Heft 51–52)
39. Schwarzmann B (1999) Grund- und Behandlungspflege – zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. Pflege 12:118–224

Forschungsförderung durch Helmut-Wölte-Preis 2013

Die Helmut-Wölte-Stiftung unterstützt die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten auch im Jahr 2013. Die Stiftung hat den mit 2.500 Euro dotierten Helmut-Wölte-Preis ausgeschrieben. Gefördert werden wissenschaftliche Initiativen, bei denen die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten und deren Angehörigen im Vordergrund stehen. Ein zukunftsweisender Modellcharakter ist ebenso wichtig. Gefördert werden Programme, die sich bereits in der Phase der Realisierung befinden. Einsendeschluss ist der 31. März 2013.

Bewerbungen aus dem deutschsprachigen Raum und Anfragen sind in digitaler Form unter dem Stichwort „Helmut-Wölte-Preis 2013“ zu richten

an:

PD Dr. Andrea Schumacher
Medizinische Klinik A,
Universitätsklinikum Münster,
48129 Münster
E-mail: andrea.schumacher@helmut-woelte-stiftung.de

Quelle: www.helmut-woelte-stiftung.de