

**Ralf Twenhöfel**

## **Perspektiven der Pflegeberufe – Generalisierung oder Differenzierung?**

**Kiel 25.11.2013**

Mein Thema lautet: Generalisierung oder Differenzierung der Pflegeausbildung?

Worum geht es?

Jeder der heute in der Pflege tätig ist, weiß dass er sich frühzeitig, nämlich noch vor Ausbildungsbeginn, entscheiden musste, ob er später einmal in der Altenpflege (AP) oder in der Gesundheits- und Krankenpflege (KP) oder in der Kinderkrankenpflege (KKPfl) tätig sein wollte, denn die Ausbildungen waren getrennt, also differenziert.

Eine generalistische Ausbildungsreform möchte diese Trennung aufheben, und zwar dadurch, dass es künftig nur noch einen einzigen Abschluss „Pflege“ geben soll, der gleichermaßen für eine Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege (KKPfl) und der Altenpflege qualifiziert. (Darin liegt ein Unterschied zu den bisher durchgeführten integrativen Schulversuchen.)

Zahlreiche Vorteile dieses Vorschlags, der im übrigen bereits in den derzeit geltenden Ausbildungsgesetzen aus dem Jahre 2003 angelegt ist, deren Zielsetzungen die heutigen Reformverfechter konsequent zu Ende denken, liegen auf der Hand:

- Ausbildungs- und Berufswahlentscheidung würden entkoppelt. Wer sich zukünftig für eine Pflegeausbildung entscheidet, legt nicht schon seine spätere berufliche Tätigkeit fest, hätte also Zeit, sich das Richtige auszusuchen und könnte die eigenen Erfahrungen, die vor allem in der praktischen Ausbildung in den Einrichtungen gemacht werden, auswerten. Das wäre ein klarer Vorteil gegenüber der jetzigen AP-Ausbildung, deren Absolventen zumeist nur die Wahl zwischen Pflegeheim und ambulanter Pflege haben, weil Stellenangebote der Kliniken für Altenpfleger/innen derzeit noch die Ausnahme sind. Umgekehrt jedoch sind ausgebildete KP-Kräften in den Einrichtungen der Altenhilfe (AH) hoch willkommen.
- Eine generalistische Ausbildung wäre eine mit einem ausdrücklich heilkundlichen, also medizinischen Schwerpunkt. Das würde den steigenden medizinischen Anforderungen in allen Pflegeberufen, vor allem aber in der AP entsprechen, für die sich in medizinischer Hinsicht

in den vergangenen Jahren besonders viel ändert hat. Auch auf der anderen Seite, der der KP, werden sich Vorteile ergeben. Denn eine heilkundliche Schwerpunktsetzung der Ausbildung schлüge einen wichtigen Schritt in eine Richtung ein, die (zusammen mit einer Akademisierung der Ausbildung) ein wichtiges Anliegen ihrer Vertreter ist: dass die Pflege durch eine verbesserte medizinischen Expertise mit den Ärzten weitgehend gleichberechtigt zusammenarbeiten und ihnen auf „Augenhöhe“ gegenüber treten kann. Den Pflegenden in den Kliniken würde das Gefühl genommen, „Mädchen für alles“ bzw. „Laufbur-sche der Ärzte“ zu sein, ohne Wertschätzung für ihre Arbeit zu bekommen.

- Schließlich würde mit der Verwirklichung eine Harmonisierung der Pflegeausbildung mit der in anderen europäischen Ländern (Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/ EG) erreicht. Auch hier würde die Generalistik Vorteile gegenüber der differenzierten Ausbildung für die AP bringen, da diese auf europäischer Ebenen im Unterscheid zur jetzigen KP-Ausbildung bislang keine „automatische“ Anerkennung findet. Auch diejenigen, die künftig in der Altenpflege tätig sein werden, profitierten dann von solchen Vorteilen der europäischen Anerkennungsrichtlinie, die der derzeitigen differenzierten AP- Ausbildung versagt sind.

Fragt man nun, wie sich Verfechter und Gegner der Generalistik verteilen, dann reibt man sich verwundert die Augen.

Denn vor allem die Verbände und Schulträger der AP, also derjenigen, die durch einen generalistischen gegenüber dem derzeitigen differenzierten Abschluss wohl am meisten profitieren würden, wehren sich mit allen Mitteln dagegen<sup>1</sup>, wohingegen die Verbände der KP Fürsprecher des Reformvorhabens sind. Und zwar sind diese z.T. aus denselben Gründen dafür, aus denen die Verbände der AP dagegen sind.

Ein Grund für diese auf den ersten Blick überraschende Konstellation ist vor allem in den professionspolitischen Verwerfungen zu sehen, die eine generalistische Reform sehr wahrscheinlich mit sich brächte.

Denn mit ihrer Verwirklichung würde, so ist zu erwarten, die komplette, nun ausdrücklich heilkundlich ausgerichtete Pflegeausbildung zu einem großen Teil in die Zuständigkeit der größeren Ausbildungsträger hinübergezogen werden.

Zahlreiche kleine, über das Land verstreute Schulen könnten das (generalistische) Angebot vollumfänglich zumeist gar nicht vorhalten.

---

<sup>1</sup> Das hat den großen Mangel, dass der Reformbedarf vor der eigenen Haustür kaum beachtet wird. Denn selbst wenn das geltende differenzierte System beibehalten würde, ist nicht gesagt, dass man die derzeitige Altenpflegeausbildung ohne Reformen unverändert fortführen könnte. Dazu später.

Und das trüfe einmal mehr die kleinen AP-Schulen, denen es schwerer fiele, einen Ausbildungsgang für die KP aufzubauen (zumal ihnen oft die direkte Krankenhausanbindung fehlt), als umgekehrt den bestehenden (auch den kleinen) KP-Schulen eine Ausbildung für die AP.

Die Folge wäre: Es käme zu einer Konzentration der Ausbildung auf wenige größere Schulen, die ein breiteres Fächerspektrum bereitstellen könnten, mit allen Vor- und Nachteilen, die solche Zentren haben.<sup>2</sup>

Die kleinen würden verschwinden, mit der weiteren Folge, dass auch die derzeitige Wohnort- und Arbeitsplatznähe der Ausbildungsstätten nicht mehr gegeben wäre.

Ein Nachteil für die Altenpflege wäre in jedem Fall ein Verlust des Vorteils räumlich dezentraler gegenüber räumlich zentralisierten Ausbildungsstandorten, da damit ein Verlust der Wohnortnähe der Ausbildung einherginge, die für die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen gerade in den ländlichen Regionen bedeutsam ist.

Aus der Kritik der Gegner, deren Aktionen, wie im letzten Sommer gesehen wurde, inzwischen das Format von Großveranstaltungen erreicht haben<sup>3</sup>, ergeben sich auch inhaltliche Beurteilungsgesichtspunkte, die Gegner und Verfechter einer generalistischen Ausbildung ins Felde führen.<sup>4</sup>

Hört man sich diesbezüglich unter den in der AP Tätigen, insbesondere unter den Heimleitungen und Pflegedienstleitungen, um, so zeigt sich ein uneinheitliches Bild.

*Für eine generalistische Reform ist, wer die steigenden medizinischen Anforderungen in den Einrichtungen der AP vor Augen hat und sich von einer schwerpunktmäßig medizinische Pflegeausbildung hervorragend qualifizierte Pflegefachkräfte verspricht, die dann um so besser und ausschließlicher Aufgaben der medizinischen Behandlungspflege überneh-*

---

<sup>2</sup> Denn mit der Vereinheitlichung der Ausbildung wird auch die bisher differenzierte Schulorganisation aufgehoben. Wenn es nur noch eine Ausbildung Pflege geben wird, kann es selbstredend auch nur noch einen Schultypus für die „Pflege“ geben. Konzentrationsprozesse waren im Übrigen bereits nach der letzten Ausbildungsreform 2003 festzustellen, die eine Integration von Kranken- und Kinderkrankenpflege in die Wege leitete, z.B. durch Schulfusionen.

<sup>3</sup> Offenbar mit Erfolg, wie sich auch im Berufsbildungsbericht 2012 niederschlägt: „Die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes vom 1. März 2012 bieten nur in Teilbereichen sinnvolle Lösungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe an. Die vorgeschlagene generalistische Ausbildung gefährdet die Qualität der Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege, setzt die Berufsfähigkeit bei erfolgreichem Abschluss der Ausbildung aufs Spiel und geht am Bedarf des Arbeitsmarkts vorbei.“ (S. 92 f.).

<sup>4</sup> Ganz abgesehen von der Befürchtung, dass durch die Reform die AP an den verbleibenden Ausbildungsstätten ihrerseits noch einmal zu einem Anhängsel einer übermächtigen KP herabgesetzt würde (sowie diese sich bereits als ein Anhängsel der Ärzte sieht). Denn es gehört in der Tat nicht viel Phantasie dazu, sich vorzustellen, dass die Altenpflege dasselbe Schicksal ereilen würde, über das sich seinerzeit bereits die Kinderkrankenpflege beklagt hatte: einen Verlust ihrer Autonomie an vielen der integrierten Ausbildungsstätten, in denen ihre Vertreter zu Vertretern eines Ausbildungsschwerpunktes innerhalb eines von der KP dominierten Curriculums herabgesetzt wurden und dementsprechend nur wenig noch zu sagen hatten.

men könnten und dafür natürlich von den zeitintensiven Aufgaben der sozialen Betreuung entlastet werden müssten. Hierfür steht bereits ein ganzes Heer von Ehrenamtlichen und gering qualifizierten Betreuungshelfern bereit.

Andere sehen genau darin die Gefahr. Sie befürchten einen weiteren Identitätsverlust der Altenpflege, weil mit der medizinischen Schwerpunktsetzung das besondere Profil, insbesondere das einer „ganzheitlichen“ Pflege, der AP im Unterschied zur KP verwässert würde.

Eine übermächtige Krankenpflege mit ihrer Zielsetzung, ein gleichberechtigter Partner der Ärzte zu werden, würde, so die Befürchtung, der gesamten Ausbildung mittelfristig ihren Stempel aufprägen und dadurch Berufsidentitäten hervorbringen, für die eine heilkundlich-medizinische Versorgung die „eigentlichen“ fachlichen Aufgaben definierte, so dass die übrigen sozialpflegerischen Aufgaben nur einen Ballast darstellten, den man auch bei weniger kundigen Hilfskräften abladen könnte.

Denn wie, fragt eine aufmerksam gewordene Altenpflege, wie ließen sich in einer generalistischen Ausbildung noch die besonderen, nämlich für die Langzeitpflege erforderlichen Ausbildungserfordernisse berücksichtigen?

### **Merkmale und Besonderheiten der Krankenpflege in den Kliniken**

Lassen Sie mich daher einen Schritt weitergehen und fragen, ob derartige Befürchtungen nicht überzogen sind.

Oder anders gefragt: Sind die Pflegephilosophien, die Aufgaben und Verrichtungsanforderungen von KP und AP, von „heilkundlich“ und „ganzheitlich“, derart verschieden, dass dies getrennte Ausbildungen für beide Tätigkeitsbereiche zumindest zweckmäßig machte oder würde auch in dieser Hinsicht eine Zusammenlegung in dann *einer* Ausbildung eine richtige Entscheidung sein?

Hierzu folgende Überlegung:

Die Mitarbeiter in den Einrichtungen der AH sind, wie leicht zu zeigen ist, teilweise recht unterschiedliche, von denen in den medizin- bzw. den arzt dominierten Einrichtungen der KP abweichende Anforderungen gestellt.

In die Einrichtungen der KP, insbesondere den Kliniken, begibt sich nur, wer ein Problem, hier also ein gesundheitliches Problem hat. Der Aufenthalt ist zeitlich befristet und in den vergangenen Jahren sogar immer kürzer geworden.

Einer auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse gegründeten Medizin vertraut man seinen Körper an und erwartet, dass die Organisation bzw. ihr Personal auf Grund ihrer Expertise ihm eine Lösung bieten kann.

Dafür nimmt ein Patient nicht nur Einbußen an Lebensqualität für die Zeit der Behandlung in Kauf, die bekanntlich schmerzhaft sein kann, sondern oft auch ein gerütteltes Maß an Unsicherheit, weil man das, was da mit einem geschieht, mangels eigenem Wissen hinsichtlich seiner Wirksamkeit zumeist gar nicht recht beurteilen kann.

Unsicherheit darüber, ob eine medizinische Maßnahme erforderlich und die für einen richtige ist, wird ein Patient in den Einrichtungen der KP daher faktisch rasch durch *Vertrauen* in die medizinische Kunst absorbieren müssen.

Als Mittel der Wahl vertrauensbildender Maßnahmen gelten Patientinformationen, deren Effektivität jedoch nicht überschätzt werden darf. Dazu sind verwissenschaftlichte therapeutische Systeme und ihre Wirksamkeit, zumal in den schweren Krankheitsfällen, oft für *beide* Seiten, nicht nur der des Patienten, sondern auch der medizinischen Experten, zu intransparent, als das ein Aufbau von Vertrauen nachhaltig gelingen könnte. Konsultationen mehrerer Experten führen unter Bedingungen informationeller Unsicherheit oft zu widersprüchlichen Informationen und durch den wissenschaftlichen Fortschritt hervorgebrachte neue Informationen stellen leicht die Entscheidungen von gestern in Frage.<sup>5</sup> Das ist der Preis der Verwissenschaftlichung im Unterschied zum Dogmatismus vorwissenschaftlicher Wissenssysteme.

Denn gleichursprünglich mit der Zunahme des Wissens durch wissenschaftlichen Fortschritt nimmt auch das Wissen darüber, was nicht oder noch nicht gewusst wird, zu. Das wiederum hält die Forschungsanstrengungen wach und führt in der Konsequenz zu einer Entkopplung von Alltagswissen bzw. Alltagsanschauungen einerseits und dem wissenschaftlichem Wissen von Experten andererseits. So ist es unter Medizinern stehende Rede, dass diejenigen, die sich vermeintlich für gesund erachten, nur noch nicht medizinisch untersucht worden sind.

Dieser oft konstatierte Zusammenhang führt mit Blick auf die naturwissenschaftliche Grundlegung und Entwicklung der Medizin auf die Spur weiterer Merkmale und Besonderheiten der Krankenpflege, speziell auch in den Kliniken, an denen sich, wie ich anschließend erläutern möchte, wesentliche Unterschiede zu den Aufgaben der Sozialpflege,

---

<sup>5</sup> Diese Unsicherheit kann somit auch durch ein Mehr an Patienteninformation nicht aufgehoben werden (und oft nicht einmal vermindert werden), die erforderlich ist, weil der Patient als Laie dem medizinischen Experten hinsichtlich Wissen und Erfahrung in der Regel hoffnungslos unterlegen ist und schließlich sich für oder gegen seine Behandlung entscheiden muss. Unsicherheitsabsorption durch Patientenorientierung im medizinisch dominierten Arzt- bzw. Klinik- und Praxisbereich geht daher über Information hinaus, z. B. durch ein Mehr an Aktivierung des Patienten (etwa nach einer OP), oder weniger Komplikationen und geringere Wartezeiten.

die ein Haupttätigkeitsgebiet in den Einrichtungen der AP darstellt, aufzeigen lassen.

- In *sachlicher* Hinsicht hat eine extensive und intensive medizinische Forschungsaktivität die Kliniken im Laufe der Zeit zu hoch spezialisierten, durch medizinisch-technische Erkenntnisse und Verfahren strukturierte Organisationen gemacht, deren Expertise gleichermaßen in die „Tiefe“ wie in die „Breite“ geht.

Spezialisierung bedeutet hierbei, die Herangehensweise an den Klienten, die Feststellung seiner Problemlage und die anschließende Leistungserbringung, erfolgt in einem durch ein Spezialwissen eingeschränkten Blickwinkel mittels geeigneter Verfahren durch Experten.

Derart expertendominierte Einrichtungen, in unserem Fall also z.B. Kliniken oder Arztpraxen, tendieren, wie jeder, der mit ihnen Erfahrungen gemacht weiß, nur allzu leicht dazu, die eigene Betrachtungsweise zum Maßstab aller Dinge zu machen.

Für eine wesentlich auf naturwissenschaftlich Erkenntnisse gegründete Medizin bedeutet dies, der Klient bzw. Patient kann letztlich entpersonalisiert und zu einem auf körperliche Funktionen oder Dysfunktionen reduzierten Fall herabgesetzt werden. In besonderen Fällen (z.B. Wachkoma) kann der Patient als Person unbeteiligt an seiner Behandlung sein und in anderen Fällen ist dies sogar eine Voraussetzung dafür, dass diese überhaupt gelingt (z.B. Operationen).

Experten wie Ärzte lassen sich von ihren Klienten bzw. Patienten weder die Probleme vorgeben, die sie behandeln sollen, sondern stellen ihre eigenen Diagnosen auf, noch auch lassen sich die Behandlungsschritte und die jeweils für erforderlich erachteten therapeutischen Maßnahmen wie Pakete schnüren, aus denen der Patient sich einzelne herausuchen, geschweige denn bestimmen kann, wie eine Maßnahme durchzuführen ist.

Der Grund hierfür ist: Die Medizin als eine wesentlich auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen gegründete Disziplin orientiert sich am medizinischen, nämlich objektiv feststellbaren *Bedarf* ihrer Patienten, nicht an deren subjektiven Bedürfnissen, deren Erfüllung in Einzelfällen ein vereinbartes Therapieziel sogar gefährden kann (der Raucher mit Bronchitis, der rauchen möchte).

- In *sozialer* Hinsicht steht in Expertenorganisationen das Verhältnis von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung in Frage. Denn Unsicherheit auf Grund fehlender oder widersprüchlicher Informationen ist

ein Einfallstor für externe Einflussnahme auf das Entscheidungsverhalten ihrer Klienten bzw. Patienten.

Zwar hat im Falle der Medizin ein Patient das gesetzlich verankerte Recht, darüber zu entscheiden, *ob* er sich behandeln lassen möchte (wovon, wenn der Betreffende sich einmal in eine Klinik begeben hat, auszugehen ist) und Entscheidungsfreiheit besteht auch darüber (unterschiedliche geeignete Behandlungsverfahren einmal vorausgesetzt), *welche* Maßnahmen in seinem Fall ergriffen werden sollen (aber schon nicht mehr, *wie* eine Maßnahme durchzuführen, wenn dadurch gegen festgelegte Behandlungsstandards verstoßen werden würde).

Doch auch hier gilt: Die Wahrnehmung solcher Rechte mit dem Ziel, selbstbestimmt zu entscheiden, setzt Wissen und Informationen über das zu Entscheidende voraus, worüber ein Patient in der Regel aller Fälle nicht verfügt. Der informierende Arzt wird dem Patienten daher auf Grund der ihm vorliegenden (diagnostisch ermittelten) Informationen diejenigen Maßnahmen vorschlagen, die er beherrscht, zumal wenn er davon überzeugt ist, dass diese die beste Wahl darstellen. Auf Patientenseite wird die Entscheidungsfindung dafür durch den in zahlreiche Studien aufgezeigten „persuasiven“ Charakter seiner Gespräche mit dem medizinischen Personal befördert.

Die Klinikpflege steht als Anordnungsausführende zwischen Arzt und Patient und wird für die Überzeugungsarbeit mit in Anspruch genommen, um das Vertrauen in die Behandlung zu stärken. „Medizinische Behandlungspflege nach ärztlicher Anordnung“ und „fachkundige Versorgung der Patienten entsprechend den pflegerischen Erfordernissen“ heißt das etwas verharmlosend in vielen Stellenbeschreibungen des Klinikpersonals. „Verharmlosend“ deshalb, weil die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege und zuweilen zwischen Pflege und Patienten konfliktreich und spannungsgeladen, also vermint sein kann.

Wie mehr oder weniger für alle Expertenorganisationen im Verhältnis zu ihren Klienten gilt auch hier: Der Patient wird sich die jeweils unterbreiteten Vorschläge zu eigen machen müssen, möchte er in der aufgesuchten Klinik (oder, wenn nicht in dieser, dann in einer anderen) behandelt werden können.

Das aber bedeutet: Von der „Selbstbestimmung“ des Patienten bleibt zwar das entscheidungsfähige „Selbst“, die „Bestimmung“ dessen hingegen, was er zu entscheiden hat, erfolgt durch Vorgabe und Übernahme der Vorschläge von Experten.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Das Gegenteil von Selbstbestimmung heißt Fremdbestimmung und keineswegs Zwang, der dem „Selbst“ nicht einmal mehr die Handlungsfähigkeit belässt. Auch kann, ob eine Handlung selbstbestimmt erfolgt, nicht aus einem bestehenden Recht auf Selbstbestimmung hergeleitet werden. Die gegenteilige Auffassung wäre kaum anders als ‚zynisch‘ zu nennen.

Das womöglich ist mit ein Grund für das Unbehagen, das Gefühl des Ausgeliefertseins, das in Expertenorganisationen wie Kliniken gelegentlich manch einen überkommt.

- Aus der Verwissenschaftlichung und Bedarfsorientierung der Behandlung ergibt sich ein Merkmal in *zeitlicher* Hinsicht für die Krankenpflege: Denn hat der Patient einmal in eine Behandlung eingewilligt, dann ist er daran auch im Zeitablauf gebunden. Der Behandlungsplan sollten eingehalten und nicht vorzeitig und nach Gutdünken (z.B. die Absetzung eines Medikaments wegen gegenläufiger *Bedürfnisse*) abgebrochen werden, was die Verwirklichung der Therapieziele gefährden würde. Eine Aufgabe auch der Pflege hierfür ist es, Compliance bzw. Adherence sicherzustellen.

Diese Zeitbindung erfordert es und ermöglicht es den Kliniken, am Behandlungsbedarf orientierte Ablaufroutinen zu schaffen, die relativ immun gegenüber situativen Einflüsse (z.B. momentaner Befindlichkeitschwankungen der Patienten) sind und dies auch sein müssen, um den Therapieverlauf im abgemessenen Zeitquantum sicherzustellen.

Umgekehrt bedeutet dies: Eigene Vorstellungen und Bedürfnisse (im Unterscheid zum objektiven medizinischen Bedarf) oder gar Widerspruch und Kritik des Patienten können im Stationsbetrieb einer Klinik nur in engen Grenzen berücksichtigt werden. In den expertendominierten Organisationen stören sie im Grunde die Ablaufroutinen und Verwirklichung von Zielen nur – auch wenn im Selbstverständnis der Pflege eine andere Auffassung über die eigene Arbeit verankert ist.

### **Die Ganzheitlichkeit der Altenpflegerischen Versorgung**

Einrichtungen der AH möchten ihrer Philosophie, ihren Leitbildern und auch dem Selbstverständnis ihres Personals nach als „Orte des Lebens“, der begleitenden Lebensgestaltung, oft bis zum Tode ihrer Klienten verstanden werden, nicht aber wie Kliniken als Einrichtungen für die Lösung eines oder mehrere Einzelprobleme.

Das Personal in den Einrichtungen der AH muss daher neben einer krankenpflegefachlichen Perspektive ihren Pflegebedürftigen gegenüber in einem weitaus umfassenderen Weise, als dies in den Einrichtungen der KP gefordert wird, noch eine zweite Perspektive einnehmen, die keineswegs mit der ersten nur harmonisch nebeneinander steht, sondern mit ihr oft in Konflikt gerät.



Es handelt sich bei dieser zweiten Perspektive um eine, die der Sozialarbeit sehr nahekommt. Man kann sie mit einem älteren Ausdruck als die Perspektive der „Sozialpflege“ bezeichnen.

Im Selbstverständnis der AP fügen sich diese beiden Perspektiven, die medizinische und die sozialpflegerische, zu dem, was man eine „ganzheitliche“ Pflege genannt hat und worin man einen Hauptunterschied zur Krankenhauspflege sieht.

Durch ihre Positionierung als „Orte des Lebens“ (und nicht des Lösens von Problemen) wird die Pflege in den Einrichtungen der AH auf eine andere „Logik“ des pflegerischen Handelns als in den Einrichtungen der KP verpflichtet.

Dies ist in allen drei der vorhin unterschiedenen Hinsichten der Fall:

In *sachlicher* Hinsicht wird von einer ganzheitlichen Pflege erwartet, dass sie möglichst umfassend auf die körperlichen, geistigen und seelischen Belange bis zum Lebensende ihrer Pflegebedürftigen bezogen ist. Daher kann, was die Bestimmung und Durchführung pflegerischer Maßnahmen betrifft, die Person des Pflegebedürftigen niemals unbeteiligt bleiben. Insbesondere knüpft eine ganzheitliche Pflege, speziell die Sozialpflege, an *Bedürfnisse* des Pflegebedürftigen an, deren Erfüllung mit einem ggf. festgestellten (u.a. medizinischen, hygienischen, ernährungsbezogenen) *Bedarf* situativ und im Einzelfall vermittelt werden muss. Man kann verstärkend sagen: daran, dass und wie auf Bedürfnisse und Bedürfnislagen ihrer Klientel eingegangen wird, wird gleichrangig zur medizinischen-pflegerischen Versorgung die Qualität der Pflege in den Einrichtungen der AH bemessen.

In *sozialer* Hinsicht soll der Pflegebedürftige, soweit es eben geht, selber bestimmen und festlegen können, was eine ganzheitliche Pflege für ihn zu leisten hat.<sup>7</sup> Das wiederum ist keine Frage von Wissen und Informationen über objektiv bestimmbare Sachverhalte, keine Aufgabe einer Diagnostik oder angewandten Wissenschaft, sondern wird vom Pflegebedürftigen selber (u.U. seiner Angehörigen) im Gespräch mit einer Pflegekraft eingebracht und fortlaufend angepasst, da es sich im Zeitablauf ändert. Eben deshalb ist, z.B. in der „Europäischen Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, „Selbstbestimmung“ in der AP ein, wenn nicht der zentrale Wert.

---

<sup>7</sup> Damit ist nicht, zumindest zum Wenigsten, die Arbeit des Heimbeirats gemeint. Dieser ist lediglich die institutionalisierte und gesetzlich vorgeschriebene Form der Mitbestimmung, als solche aber relativ wirkungslos, verglichen mit den individuellen Erwartungen von Pflegebedürftigen und dem Druck, den sie zu ihrer Erfüllung ausüben können.

Der Pflegebedürftige kann erwarten, dass das Personal sich seine Problemsichten und Vorgehenswünschen soweit wie möglich zu eigen macht und weitgehend zu verwirklichen versucht.

Dementsprechend hat auch die *zeitliche* Perspektive einer ganzheitlichen Pflege ein anderes Gewicht als für die Pflege in den Einrichtungen der KP. Speziell in der Sozialpflege geht es weniger um eine Verwirklichung von Pflegezielen und Durchführung von Pflegeplänen.

Auch wenn eine ausufernde Pflegeplanung solches suggeriert, gemeinsames Singen bis zum Abschluss ist kein Pflichtprogramm.

Umgekehrt und anders als in den Kliniken hat sich hier vielmehr die Pflegeplanung (wenn eine solche denn überhaupt zweckmäßig oder erforderlich ist) nach den Erwartungen, Wünschen und der Verfassung des Pflegebedürftigen zu richten. Eine Änderung oder ein Abbruch von Maßnahmen bzw. Angeboten ist vielfach die Regel im Tagesgeschäft. Und das gilt selbst noch für die medizinischen Behandlungen, z.B. im Pflegeheim, wo eine Lagerung schon einmal ausgelassen wird, ein Medikament nicht genommen wird, wenn der Pflegebedürftige Behandlungsmaßnahmen nicht überhaupt verweigert, weil er die Einbußen an Lebensqualität, die eine medizinische Maßnahme für ihn bedeuten können, mit der eigenen Restlebenszeit verrechnet hat.

## **Ausbildungserfordernisse für die AP**

Jeder in der Pflege Tätige weiß, wie schwer eine ganzheitliche Pflege zu erbringen ist.

In den Einrichtungen stehen Pflegekräften daher, anders als in denen der KP, eine Vielzahl von Professionen und Experten zur Seite, z.B. neben Ärzten, Psychologen, Therapeuten, Hygienefachkräfte, Wundmanagern, Betreuungsexperten, Brandschutzexperten und, auch so kann man das sehen, Heimaufsichten und Vertreter der Medizinischen Dienste mit inzwischen jährlichen Prüfungen und hunderten Fragen.<sup>8</sup>

Nicht zu vergessen gehen bei zahlreichen Verrichtungen auch Angehörige, Betreuer und Freunde mit Rat und Tat, zumeist mit mehr Rat als Tat, zur Hand und geben ihre Vorstellungen darüber, was im Hier und Jetzt

---

<sup>8</sup> Auch die Heimaufsicht und der MDK stehen den Pflegekräften zur Seite. Ich habe diese paradoxe Formulierung hier bewusst gewählt, obwohl dieses Institutionen seitens der Pflegekräfte kaum jemals als Unterstützung, ihre Arbeit, oft viel eher als Schikane erfahren werden. Die Existenz dieser Institutionen drückt ein starkes Misstrauen von Staat und Gesellschaft in die Arbeit der AP, auch in deren sozialpflegerische Anteile, den Erwartungen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden, aus. Diese Institutionen verstehen sich ihrem Selbstverständnis nach als Partei für die Pflegebedürftigen und zeigen aus dieser Perspektive in ihren Prüfberichten Mängel und Versäumnissen der Pflege an.

für einen Pflegebedürftigen gut und richtig wäre, den Pflegekräften zur Ausführung kund.

Spätestens wenn schließlich auch dies nicht mehr hilft und es mit dem Pflegebedürftigen zu Ende geht, kommt neben dem Pfarrer zuweilen auch noch ein Richter hinzu, und urteilt, wie eine vorliegende Patientenverfügung auszulegen sei.

Im Bild gesprochen, steht heute um jedes Pflegebett in den Einrichtungen ein ganzer Kranz teils mit Anordnungsbefugnissen und Weisungsrechten bewehrter Akteure, die alle wissen, was für den Pflegebedürftigen jeweils das beste ist und den Pflegemitarbeitern ihre (teilweise gegensätzlichen) Aufträge erteilen, die diese und natürlich nur diese dann ausführen sollen.

Wenn hierbei von einer „ganzheitlichen Pflege“ gesprochen werden, so sollte darauf keinesfalls auf Harmonie und Einklang zwischen den Beteiligten geschlossen werden, wie der Ausdruck „Ganzheitlichkeit“ vielleicht suggeriert.

Die Pflegekräfte in den Einrichtungen der AP stehen vielmehr in einem Kräftefeld, ja Konfliktfeld, heterogener Anforderungen und Erwartungen der Beteiligten Experten und Laien und nicht zuletzt der individuellen Wünsche des Pflegebedürftigen, in dem sie manövrieren, um handlungsfähig zu bleiben.

Für den Einzelfall ist die Frage der „richtigen“ Versorgung täglich erneut zu stellen, deren Beantwortung sich, anders als in den arzt dominierten Einrichtungen der KP, aus der Expertise einzelner Experten nicht direkt und niemals allein und nur begrenzt aus einem Versorgungsplan ergibt.

Ob sie das selber so sehen oder nicht, faktisch übernehmen Altenpflegekräfte im Tagesgeschäft ihrer Einrichtungen eine soziale Gestaltungsaufgabe. Deren Ziel sollte es sein, gemeinsam mit den Professionen, Angehörigen und Betreuern und anderen pflegerischen Laien und ihren oft gegensätzlichen Erwartungen ein auskömmliches Miteinander zu schaffen und eine am Bedarf und den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen orientierte Versorgung abzustimmen. Darin ist ihrer Pflegefachlichkeit zu sehen.

Mitarbeiter in den Einrichtungen der AH müssen für diese Aufgabe über einen besonderen Typus der Dienstleistungsgesinnung mit Konfliktaushalte- und Konfliktsteuerungsfähigkeiten verfügen, der andere „Schlüsselqualifikationen“ verlangt, als sie in den expertendominierten Einrichtungen der KH erforderlich sind.

Hierfür hat die Ausbildung Grundlagen zu legen.

## Generalistisch oder differenziert?

Die Frage lautete: Macht es aus fachlicher Sicht Sinn, *einen* Abschluss als Ziel einer einheitlichen Pflegeausbildung auf den Weg zu bringen, oder ist es besser, das differenzierte Ausbildungssystem beizubehalten, zumal wenn man bedenkt, dass den gesellschaftlichen Individualisierungsprozessen gemäß zukünftig auch in den Einrichtungen der AP eine entsprechende Anspruchsindividualisierung und Differenzierung auf Seiten der Pflegebedürftigen zu erwarten ist, die den sozialpflegerischen Anteil der Altenpflegearbeit vor noch größere Herausforderungen als heute stellen wird.

Die Schlussfolgerung kann m.E. nur lauten:

Eine Pflege, die wie die AP ihrem Selbstverständnis und Selbstbild nach ein nicht ausschließlich heilkundlicher, sondern eben auch sozialpflegerischer Beruf ist, sollte nicht in einen in eine Union mit der KP gezwungen werden.

Denn wenn das künftige Personal in den Einrichtungen ihren Fähigkeiten nach schwerpunktmäßig medizinisch ausgebildet wäre, dann bliebe es nicht aus, dass auch die Einrichtungen der AP entsprechende Aufgaben zunehmend an sich ziehen und entsprechende Forderungen an die Ausbildung noch verstärken.

Die bereits stattfindende „Kolonialisierung“ der Altenpflege durch ein habituell medizinisches Denken würde noch beschleunigt werden und die sozialpflegerischen Anteile stetig weiter marginalisieren, indem man sie auf pflegefremde Mitarbeiterinnen delegiert.

In jedem Fall wäre es trotz aller für die Reform geltend gemachter Sachzwänge verfrüht, heute bereits eine Entscheidung zu Gunsten einer Generalistik zu treffen.

Dazu fehlt es dann doch an schlüssigen Konzepten, die die vorgetragenen Bedenken ausräumen könnten.

Welche Akzente wird das Curriculum setzen, wie sehen die Lehrpläne einer lupenreinen generalistischen Ausbildung und nicht nur einer mit beruflicher Schwerpunktbildung aus? Wie will man alles, was erforderlich wäre, in einer dreijährigen Ausbildung unterbringen. Wer hat wo welche Abstriche zu machen?

Zu viele Fragen sind noch offen, um die zweifellos zu erwartenden Vorteile der Reform ihren Nachteilen gegenüberstellen und eine Entscheidung bereits heute hinreichend rational begründen können.

Vorschläge etwa einer Verlängerung der Ausbildung von drei auf vier Jahre, um die zu fordernden Lehrinhalte der AP doch noch unterbringen zu können, sind m.E. wenig zweckmäßig, da die Ausbildungsdauer dann

auf die eines mittleren Hochschulstudiums verlängert und auf viele Ausbildungsinteressenten sicherlich abschreckend wirken würde, von einer erwartbar hohen Abbrecherquote ganz zu schweigen.

### **Die vernachlässigte Patientenperspektive**

Eine Frage, die in der bisherigen Reformdiskussion kaum jemals mit hinreichender Deutlichkeit gestellt, geschweige denn beantwortet worden ist, ergibt sich aus dem Umstand, dass die Notwendigkeit einer Ausbildungsreform von ihren Verfechtern professionspolitisch interessiert in erster Linie mit einem bestehenden Anpassungsbedarf, also wesentlich reaktiv, um nicht zu sagen, einer „Sachzwanglogik“ folgend, begründet wird.

Angepasst werden soll die Ausbildung an die gestiegenen und die weiterhin steigenden medizinischen Aufgaben in der Pflege; angepasst werden soll die Ausbildung an abweichende europäische Ausbildungsstandards und reagiert werden soll auf eine behauptete (bei genauerem Hinsehen nicht wirklich) geringe Attraktivität der Pflegeberufe, speziell der Altenpflege, die durch die Reform, wie uns ihre Verfechter versprechen, gesteigert werden würde.

Statt derart aber auf bestehende Sachzwänge bloß zu reagieren, möchte man zunächst doch einmal wissen und daher fragen, welche Pflege wir denn im und für das Alter überhaupt wollen und ob die Reform die Erwartungen daran erfüllt.

Die Beantwortung dieser Frage müsste also viel stärker als das derzeit (in der gegenwärtigen, auf die Pflegeberufe bezogenen und in erster Linie berufsständisch an sich selber interessierten Diskussion) der Fall ist, die Perspektive der Pflegebedürftigen einbeziehen.

Aus deren Perspektive betrachtet lautet die Frage doch nicht, generalistische oder differenzierte Ausbildung, europäische Harmonisierung oder deutscher Sonderweg, sondern vielmehr, was kommt durch die Reform für eine Verbesserung der Pflege heraus!

Aus dieser Perspektive und damit für uns selber, die wir die Pflegebedürftigen von morgen sind, sollten wir zunächst einmal klären: Möchten wir eine Altenpflege, in der das Selbstbild der modernen Medizin dominiert und in der, statt Ganzheitlichkeit im genannten Sinne, die fachliche Pflege auf eine heilkundliche, medizinische Versorgung zurückgefahren wird, wie es in der Konsequenz der generalistischen Ausbildung liegt?

Oder möchten wir in den Einrichtungen der Altenhilfe eine Pflege, die sich auf Grund ihres Selbstverständnisses, ihrer Fähigkeiten und – last not – least – ihrer Befugnisse und Verantwortung (die ihr allererst noch einzuräumen wären) einer derartigen Beherrschung durch die Medizin

entzieht und diesen Einrichtungen ihren Charakter auch als „Orte des Lebens“ wahr.

Eine solche Pflege müsste in die Lage versetzt werden, einer Entwicklung die Spitze zu brechen, die sich derzeit rasant beschleunigt und kaum noch aufzuhalten scheint: dass die Einrichtungen der Altenhilfen zu aus- oder nachgelagerten, gleichsam zu „verlängerten Werkbänken“ der Kliniken werden!

Eine Diskussion dieser Alternative hätte jedenfalls zu bedenken, dass die Ausbildungsfrage, also die Entscheidung für oder gegen eine Generalistik, bereits ein wichtiger Schlüssel dafür ist, die Weichen in die eine oder andere Richtung zu stellen.

Einer Diskussion darüber, welche Pflege wir im und für das Alter wollen, wird man nicht ausweichen können. Führt man sie jetzt nicht, vor einer Reform, dann wird man sie danach führen müssen, dann aber mit dem Unterschied, dass Chancen, auf die Entwicklung noch Einfluss zu nehmen, vertan worden sind.

Geht man darüber hinweg und entscheidet sich heute bereits dafür, dann wird derjenige Konflikt, der derzeit zwischen den Verbänden der AP und KP ausgetragen wird, auf die *Einrichtungen* der AP und ihr Selbstbild und ihr Personal selber durchschlagen und dort seine Fortsetzung finden. Denn dort werden die Folgen dieser Entscheidung sichtbar und in der Praxis umzusetzen sein.

Zu wünschen ist daher eine gesellschaftlich überfällige Diskussion, die *normative* Akzente setzt und sich zu erörtern traut, welche Versorgung bzw. Pflege wir im Alter wollen.

Und eine solche Diskussion dürfte sich, das ergibt sich aus dem Gesagten von selbst, nicht auf die Generalistik, ihre Vor- und Nachteile, beschränken. Denn die Generalistik ist, was die Ausbildungsinhalte betrifft, selbst nur ein müder Reflex auf die derzeitigen differenzierten Ausbildungen, zu deren Inhalten sich ihre Verfechter gar nicht näher äußern.

Es ist aber so, dass auch die bestehenden differenzierten Ausbildungen, wenn man sie denn beibehielte, einen nicht unerheblichen Reformbedarf hätten.

So werden, was die AP betrifft, in vielen Einrichtungsleitbildern und Grundsätzen Aufgaben und Selbstverständnis der AP nichtssagend beschrieben (auch dies eine Folge eines staatlich oktroyierten, formelhaft replizierten Qualitätsmanagements) und die jeweils eigene Einrichtung phrasenhaft gelobt, ohne jedoch auch nur in Ansätzen die gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen zu benennen, vor denen die AP steht und an denen sich ihre Leitbilder erst noch bewähren müssten.

Viele der aus- und fortgebildeten Pflegekräfte passen sich hier schweigend an und reproduzieren das System (es ist ja schließlich Prüfungsgegenstand), ohne gegen dessen Leerlauf aufzubegehren und eigene Akzente zu setzen.

Von einer Reform der Ausbildung wäre zu wünschen, dass sie den Beruf auch gegenüber den aufgezeigten Vereinnahmungstendenzen stärker politisch positioniert und bei seinen Absolventen ein entsprechendes Bewusstsein schafft, wie es einmal der Sozialarbeit gelungen ist.

Reformbedarf besteht indessen auch mit Blick auf die pflegfachlichen Inhalte der Ausbildung. Ich erwähne hier unter vielem und bereits Gesagten die Pflege von Pflegebedürftigen mit Behinderungen (etwa Seh-, Hörschädigungen), deren Zahl in den Einrichtungen der AH stark zunehmen wird und deren Versorgung die Sozialpflege vor hohe Herausforderungen stellt. Seitens des Personals ist hierfür, wenn überhaupt, oft nicht einmal ein rudimentäres Wissen vorhanden ist (Beispiele!), weil es in der derzeitigen Ausbildung vernachlässigt wird.

Es reicht also nicht, über Sinn oder Unsinn einer generalistischen Ausbildungsreform zu streiten, solange noch gar nicht hinreichend klar und deutlich bedacht worden ist, welche Inhalte in einer solchen Ausbildung zukünftig und eigentlich bereits heute zu vermitteln sind.

Eine Entscheidung für eine zügige Einführung der generalistischen Pflegeausbildung sollte wohlüberlegt sein. Dies um so mehr, als das bestehende differenzierte Ausbildungssystem fest verankert und erfolgreich ist, also eigentlich keine internen Schwächen zeigt, so dass eine Entscheidung „pro Generalistik“ eine gewachsene Landschaft gut funktionierender Ausbildungsstätten mit zugehörigen Fort- und Weiterbildungsreinrichtungen einreißen würde.

Dies wäre bei einer vorzeitigen Reform irreversibel.

**E-Mail: [Twenhoefel@bayern-mail.de](mailto:Twenhoefel@bayern-mail.de)**