

Anforderungen an die Krankenpflegeausbildung im Zeitalter demografischen und epidemischen Wandels

Die Pflegenden stellen die mit Abstand größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. Angesichts der Versorgungsdefizite insbesondere in der Versorgung chronisch Kranker liegt es nahe, auch die Potenziale der Pflege bei der Betreuung und Versorgung chronisch kranker Menschen näher zu betrachten. Argumente, die sich hierfür anbringen lassen, sind durchaus gewichtig. Der Arbeitscharakter der Pflege zeichnet sich durch eine klientennahe, sehr häufig nahezu intime Tätigkeiten mit einer im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen vergleichsweise langen Betreuungszeit aus. Hieraus ergibt sich die Chance zum Aufbau und Erhalt intensiver Interaktionsverhältnisse. Zudem gehen nicht selten chronische Krankheiten mit dem schleichenden, mitunter auch dramatischen Abbau von Selbstpflegefähigkeiten einher, deren Substitution eine vordringliche pflegerische Aufgabe darstellt.

Im ersten Teil dieses Aufsatzes sollen zukunftsorientierte Anforderungen an die Pflegeausbildung unter dem Vorzeichen des demografischen und epidemiologischen Wandels skizziert werden, um dann im dritten und letzten Abschnitt Schlussfolgerungen vor dem Hintergrund der geplanten Reform des Krankenpflegegesetzes (Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit) und der Ergebnisse der »Zukunftswerkstatt Pflegeausbildung« (Robert-Bosch-Stiftung) zu diskutieren.

Anforderungen an die Pflegeausbildung im Zeitalter »chronischer Krankheiten«

75% der Todesfälle gehen alleine auf die Folgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumorerkrankungen zurück (Schaeffer/Moers 2000: 447). In Deutschland leiden etwa 40% der Bevölkerung an mindestens einer chronischen Krankheit (Sachverständigenrat 2001: 61). Sie verursachten 1995 drei Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben (ebd.), wobei ein relativ kleiner Teil der Patienten überproportional Ressourcen »verbraucht«. Beispielsweise entfallen 50% der Arzneimittelkosten auf lediglich 4% der Versicherten (ebd.). Chronische Krankheiten, ihre Entstehung und ihre Behandlung stellen nicht mehr alleine ein medizinisches

oder gar medizintechnisches Problem dar, sondern sie sind im hohen Maße ein biopsychosoziales Verhaltens- und Bewältigungsproblem (vgl. z.B. Corbin/Strauss 1993; Funk u.a. 1997; Benner/Wrubel 1997). Neben einer Reihe sozialer, ökologischer und anderer Ursachen sind chronische Krankheiten insbesondere im Gesundheitsverhalten begründet (vgl. Schwarzer 1992).¹ Der Erfolg medizinischer, pflegerischer und sonstiger therapeutischer Interventionen bei chronischer Krankheit hängt somit sehr davon ab, inwieweit es den Kranken und ihren Bezugssystemen gelingt, ein auf die Erfordernisse der Krankheit orientiertes Leben zu führen. Nach erstmaligen gesundheitsökonomischen Schätzungen erreichen die direkten Kosten der sogenannten Non-Compliance – gemeint sind damit prinzipiell vermeidbare verhaltensbedingte Krankheitsfolgekosten, verursacht durch vermehrte Arztbesuche, Krankenhauseinweisungen, Kriseninterventionen, Pflegeleistungen u.ä. – in Deutschland eine Größenordnung von umgerechnet jährlich gut 5 Milliarden € (Vollmer/Kielhorn 1998: 54). Hinzu kommen die indirekten Kosten durch vorzeitigen oder vollkommenen Verlust an Produktivität und Arbeitseinkommen, die 2,7 bis 5,4 Milliarden € ausmachen (ebd.: 56).

Es kann vor diesem Hintergrund nicht überraschen, wenn der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) in der Versorgung chronisch Kranker erhebliche Defizite ausmacht. Diese Probleme lassen sich auch auf Qualifikationsmängel von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften zurück führen, die im Zeitalter chronischer Krankheiten am Gesundheitsbedarf »vorbei« qualifiziert werden. Für die Krankenhausmediziner gilt, dass sie zu einem großen Teil zu spezialistisch ausgebildet und v.a., dass sie viel zu einseitig auf akutmedizinisch-technische Interventionen orientiert sind (vgl. Murrhardter Kreis 1995: 63; auch Sachverständigenrat 2001: 76). Für die Pflege gilt, dass sie außerhalb der engen medizinischen Anknüpfung noch immer nicht über einen eigenen Qualifikationskern verfügt (vgl. auch Schaeffer/Moers 2000: 470). So ist das Krankheitsverständnis bei beiden Berufsgruppen noch immer verfangen in einem naturwissenschaftlich-mechanistischen Erklärungsmodell. Krankheiten werden nicht in ihren biografischen, sozialen und psychischen Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen gesehen, sondern künstlich als einseitig körperliche Phänomene »herauspräpariert« (vgl. Sachverständigenrat 2001: 67f.; Badura 1993a: 21ff.; Murrhardter Kreis 1995).

Damit hängt sehr eng zusammen, dass es beiden Berufsgruppen an einer interaktionsintensiven therapeutisch wirksamen Kompetenz mangelt (vgl. z.B. Badura 1993a: 23 ff.). So begegnen sie den Patienten mit einem Fallverständnis, das mehr von einem expertokratischen Sachverstand

und medizinischem Lehrbuchwissen beherrscht wird als von der Lebenswelt der Patienten. Die Lücke zwischen einer aus medizinischer Expertensicht bestmöglichen Diagnostik und Therapie und einer auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen zugeschnittenen Versorgung wird viel zu häufig in Richtig medizintechnischer Intervention geschlossen (vgl. Feuerstein 1993: 119ff.). Es fehlt ein empathischer, sinnverstehender Zugang zur Lebenswelt und zur Lebensbiografie der Kranken, vor dem sich diagnostische, therapeutische und pflegerische Entscheidungen nicht selten anders darstellen als in der Handlungslogik einer nur technischen Medizin. Es fehlen Angebote, die den Patienten und ihren Angehörigen helfen, ein möglichst sinnerfülltes und möglichst autonomes Leben mit der Krankheit zu führen. Zu nennen sind z.B. beratungs- und verhaltensorientierte Interventionen, die bei verständlichen Informationen beginnen, Patienten- und Angehörigenschulungen einbeziehen, Stressbewältigungsprogramme, Selbstwirksamkeitstrainings, Selbstkontrolltechniken und dergleichen mehr berücksichtigen (vgl. Petermann/Mühlig 1998).

Dringend erforderlich ist die Orientierung des Krankenhauses nicht nur an der Lebenswirklichkeit der Patienten, sondern auch an den angrenzenden Versorgungsinstanzen. Das Handeln der einzelnen Institutionen von Hausarzt, ambulantem Pflegedienst, Rehabilitationseinrichtung, Pflegeheim, Krankenhaus usw. ist bisher völlig unzureichend aufeinander abgestimmt. Die Folge sind zu oft Prozesse mit Phasen chronischer Unter- und Überversorgung, mit Fehlversorgung und z.T. auch Überversorgung (vgl. z.B. Sachverständigenrat 2001: 74; Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999). Die medizinischen, pflegerischen und eben auch die einzufordernden verhaltens- und interaktionsorientierten Anforderungen an die Patientenversorgung im Zeitalter chronischer Krankheiten haben einen Grad an Kompliziertheit und Unübersichtlichkeit erreicht, dass sie ein koordiniertes Patientenmanagement erfordern. Die hohe patientenbezogene Arbeitsteilung macht zudem eine enge Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren notwendig.

So gesehen sind es zwei wesentliche Basiskompetenzen, die die Krankenpflege im Zeitalter chronischer Krankheiten zu erfüllen hat:

1. Die Unterstützung Pflegebedürftiger, chronisch Kranker und ihrer Familien (bzw. anderer direkter Bezugssysteme) zu einer sinnerfüllten, weitgehend autonomen Lebensführung (Patientenorientierung);
2. die steuernde Unterstützung dieser Menschen auf dem Versorgungspfad sowohl innerhalb des hochkomplexen und ebenso arbeitsteiligen Krankenhauses (institutionenbezogenes Patientenmanagement) als auch institutionenübergreifend (Case-Management) (vgl. Dahlgaard 2002: 176f.).

1. Patientenorientierung

Bei der Entwicklung konsistenter Konzepte eines patientenorientierten Krankenhauses besteht noch ein erheblicher Theorie- und Diskussionsbedarf (z.B. Schaeffer/Moers 2000: 470). Der Begriff Patientenorientierung wird – ähnlich wie Ganzheitlichkeit – inflationär benutzt ohne hinreichend theoretisch begründet zu sein. Ein umfassendes Konzept der Patientenorientierung bedarf daher dringend einer weiteren theoretischen Fundierung und Definition. Vorläufig ließe es sich wie folgt skizzieren.²

Das patientenorientierte Gesundheits- und Krankheitsverständnis folgt nicht dem naturwissenschaftlichen, mechanistischen Denkmodell der Medizin, sondern einem integrierten bio-psycho-sozialen Konzept. Sehr weitreichende Pionierarbeit haben hier die Psychosomatiker v. Uexküll und Wesiak geleistet. Nach ihren Vorstellungen erscheinen die drei analytischen Ebenen Körper, Psyche und Sozialesein nicht aufsummiert, sondern in einem interdependenten systemtheoretischen Erkenntnismodell. »Integrierte Psychosomatische Medizin erhebt den Anspruch, den heutigen Dualismus einer Medizin für seelenlose Körper und einer Medizin für körperlose Seelen zu überwinden. Sie will eine medizinische Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt« (Uexküll 1994: 18). Der Objektseite, also den körperlichen Befunden, kommt dabei der Status von Indizien zu, die in Akut- und Notfallsituationen oftmals handlungsleitende Informationen bieten. Sind jedoch akute Risiken überstanden, müssen diese objektiven biologischen, physikalischen und chemischen Krankheitszeichen im kommunikativen Prozess gedeutet werden. Herrmann/Uexküll (2000) haben hierfür den Begriff der »kommunikativen Evidenz« geprägt, den sie der »pragmatischen Evidenz«, die sich entlang naturwissenschaftlichen Erkenntnispfaden in evidenzbasierten Leitlinien niederschlägt, gegenüberstellt. Diese Deutung bedarf bei komplexen Geschehen, wie bei einer chronischen Krankheit oder bei Multimorbidität einer multiperspektivischen, interdisziplinären Anstrengung, in der verschiedene Berufsgruppen und nach Möglichkeit die Patienten selber zu beteiligen sind. Badura (1993b: 273ff.) spricht in diesem Zusammenhang bspw. von Reha-Teams, da eine einzelne Berufsgruppe hoffnungslos überfordert sei.

Für das Krankheitsmanagement reicht es indes nicht aus, lediglich diesem erkenntnistheoretischen Krankheitsmodell zu folgen. Vielmehr bedarf es der Bewältigung einer Reihe von sehr konkreten Aufgaben. Hier haben Corbin und Strauss (1993; 1998) ein Konzept vorgelegt, das die gewaltigen Anstrengungen von chronisch Kranken beim Krankheits-

management beschreibt. Es sind dies krankheitsbezogene Arbeiten, Alltagsarbeiten und Arbeiten an der Biografie. Die krankheitsbezogenen Arbeiten, die auch die eigene Pflegearbeit einschließen, können für Patienten und ihre Angehörigen immens sein. Diäten müssen eingehalten, komplizierte Bewegungsübungen durchgeführt, Pflegehandlungen vollzogen, regelmäßige Arztbesuche organisiert werden und dergl. mehr. Die Alltagsarbeiten der Familie müssen neu aufgeteilt, Wohnräume umgestaltet und der Betroffene muss mit seinen verbliebenen Ressourcen in seine soziale Umwelt integriert werden. Krankheitsbezogene Aspekte wie Medikamentengabe, Diäten u.ä. determinieren den Zeitrhythmus und können mit gewohnten oder anderen vorgegebenen Zeitabläufen kollidieren.

Corbin und Strauss ist es zudem zu verdanken, dass eine eher verdeckte Arbeit überhaupt sichtbar gemacht wurde. Chronisch Kranke, aber auch ihre Familien haben sich mit der großen Aufgabe zu beschäftigen, das durch die Krankheit desintegrierte Leben wieder zu einem Ganzen zusammenzufügen. Frühere und verlässliche Definitionen des eigenen Körpers, des Selbst, des eignen wie fremden Handelns sowie von Interaktionen müssen neu definiert werden. Die Krankheitsverlaufskurve muss in die Biografie integriert werden, die biografischen Konsequenzen akzeptiert, Identität neu aufgebaut und der Biografie eine neue sinnvolle Richtung gegeben werden.

Die Integrierte Psychosomatik und das Modell der Krankheitsverlaufskurve ermöglichen Ärzten/innen und Pflegepersonen, den Sinn ihrer Handlung auf einen erweiterten Referenzrahmen eines Patienten auszuweiten. Statt diagnostischer Sicherheit und objektiver therapeutischer Wahrheit treten teamorientierte kommunikative Such- und Deutungsprozesse im Kontext der gesamten Krankheitsverlaufskurve. Statt Handlungsanweisungen an die Patienten in einer selbstgenerierten Handlungslogik der Krankenhausmedizin treten Orientierungen auf häusliche Bedingungen, auf nachfolgende Versorgungssituationen und -institutionen, auf Pflegebedarfe sowie auf biografische Identitäten der Patienten und ihrer Angehörigen.

Ein in dieser Weise erweitertes Handlungsverständnis in der Medizin kann sich genauso wenig in pharmakologischen oder operativen Therapien erschöpfen, wie Pflege lediglich Substitution verlorener Selbstpflegefähigkeiten sein kann. Vielmehr geht es darum, das therapeutische Handlungsrepertoire auf interaktionsintensive Leistungen auszudehnen. Die moderne Rehabilitationswissenschaft stellt hierzu mittlerweile ein reichhaltiges Arsenal von Interventionen bereit, die sich aus Erkenntnissen der Verhaltenstheorie, der klinischen Psychologie, der Sozialpsychologie,

der Motivationsforschung, der Entwicklungs- und kognitiven Psychologie nährt (vgl. Vogel/Weber-Falkensammer 1997: 87).

Das Erleben chronischer Krankheit kann in bestimmten Phasen mit emotionaler Desintegration, existenzieller Bedrohung, Hoffnungslosigkeit, körperlicher Versehrtheit und Zukunftsängsten einhergehen, was sowohl einen emotionalen Hilfebedarf erforderlich macht als auch physische, psychische und soziale Abhängigkeiten schaffen kann. Hieraus entsteht eine Rollenasymmetrie, die sich als besondere Fürsorgeverantwortung der Helfenden konstituiert, immer aber auch Potenziale paternalistischer Herrschaftsausübung von Ärzten/innen und Pflegenden gegenüber Hilfebedürftigen impliziert. Die besondere Fürsorgeverantwortung steht dabei in einem grundsätzlichen, nicht aufzulösenden Widerspruch zur Handlungsautonomie des Klienten. Erforderlich ist hier ein besonders verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen professionellen Macht, der aber nur gelingen kann, wenn der Referenzrahmen der eigenen Handlungskalküle sich weit über das enge Korsett expertokratischen Wissens hinaus erstreckt. Verantwortungsvoller Umgang mit der Macht gegenüber Hilflösen heißt, einen Zustand herzustellen zu wollen, der von den Betroffenen selber als wertvoll erachtet wird. In der Interaktion mit diesen Patienten gilt es, sich zu bemühen, einen sinnverstehenden, deutenden Zugang zu den lebenspraktischen Bedürfnissen zu finden, die angesichts der Krankheitsbedrohung in der biografischen Entwicklung durchaus auch verschüttet sein können. Dewe u.a. (1995) nennen dies im Rekurs auf Habermas Theorie des kommunikativen Handelns die lebenslagenbezogene Professionalisierung.

Pflege könnte in einem so verstandenen patientenorientierten Krankenhaus insbesondere eine zentrale interaktionsintensive und verhaltensorientierte therapeutisch-rehabilitative Funktion übernehmen. Den Pflegenden käme in diesem Krankheitsmanagement ganz wesentlich die zunehmend bedeutsamere Funktion der verhaltensorientierten Unterstützung von Patienten und ihren Familien zu. Hierfür bräuchte sie neben grundlegenden kommunikativen Kompetenzen bspw. fallbezogene Konzepte der Verhaltensmodifikation, der Patientenschulung und Angehörigenberatung.

2. Institutionenbezogenes Patientenmanagement und institutionenübergreifendes Case-Management³

Ausgehend von diesem grundlegenden interprofessionellen Handlungsverständnis lassen sich komplementäre und gemeinsame Aufgaben der Berufsgruppen charakterisieren. Sie sehen für die Medizin in erster Linie

die körperfunktionsorientierte Diagnostik, die auf gewohnten medizintechnischen Pfaden eine möglichst exakte Beurteilung des körperlichen Zustands ermöglicht. Auf der anderen Seite übernimmt die Pflege eine ebenso exakte Diagnose der körperfunktionsbezogenen Einschränkungen in der Selbstpflege. Beide Erkenntnisprozesse müssen nun eingebracht werden in einen interdisziplinären Dialog, in dem beide Gruppen ihre Sichtweisen um das beschriebene Verständnis der Patientenorientierung zu erweitern suchen. Beide Gruppen sind um ein besseres Verständnis für die Lebenswirklichkeit der Patienten und ein stimmiges Handlungskonzept des Krankheitsmanagements bemüht. Für diesen Dialog sind organisationsbezogene Kommunikationsstrukturen zu schaffen, wie patientenorientierte gemeinsame Visiten, Fallbesprechungen, Sozialkonferenzen u.ä. (vgl. z.B. Grobe/Steinhagen de Sáchez 1988; Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999).

Die Pflege könnte in diesem Krankheitsmanagement eine wesentliche Steuerungsfunktion übernehmen. Sie koordiniert die einzelnen Leistungen, ist wichtigste Bezugspartnerin für Patienten, Angehörige und alle an Diagnostik, Therapie und Pflege beteiligte Personen und gewährleistet den Informationsfluss. Die Pflegenden managed in enger Abstimmung insbesondere mit dem Bezugsarzt nicht nur den Krankenhausaufenthalt, sondern antizipiert bereits bei der Aufnahme das Entlassungsszenario und leitet frühzeitig die notwendigen Überleitungsschritte ein. Darüber hinaus führt sie im Bedarfsfall Hausbesuche durch, um die anschließende Versorgungssituation beurteilen und den weiteren Pflege- und Unterstützungsbedarf kalkulieren zu können. Sie stellt Kontakt zu geeigneten ambulanten Pflegediensten her und vermittelt zwischen ihnen und den Hausärzten/innen sowie anderen zu beteiligenden Personen und Institutionen.

Die bisherige, meist willkürliche Ausgrenzung sogenannter berufsfremder Arbeiten aus den pflegerischen Handlungsvollzügen ist in diesem Entwurf nicht weiter aufrechtzuerhalten. Bei der strengen Orientierung der Krankenhausarbeit auf die Versorgungserfordernisse der Patienten erweist es sich im Sinne eines Prozessmanagements als sinnvoll, integrierte Arbeitsbündel und Arbeitsprozesse zu definieren, die mit einem möglichst geringen Ausmaß an interprofessionellen Schnittstellen auskommen. Aus diesem Blickwinkel kann es sinnvoll sein, dass Pflegenden zu Gunsten integrierter, angereicherter Arbeitsvollzüge bspw. Blutentnahmen, intravenöse Kurzzeitinfusionen u.ä. verrichten, selbst körperliche Untersuchungen eigenständig vornehmen, wie bspw. das Abhören von Abdomen und Thorax. Genauso kann es aber auch vorteilhaft sein, wenn Stationsärzte Patienten zu Untersuchungen begleiten, die sie selber bei ihnen durchführen, um damit den geschlossenen Arbeitsprozess einer

Pflegekraft nicht zu stören (Kunk/Stratmeyer 2001: 64). Im patientenorientierten Krankenhaus der Zukunft gilt es nicht mehr rückwärtsgerichtet fruchtlose Debatten über Eigenständigkeit der Pflege und Abgrenzung von der Medizin zu führen, sondern die Zusammenarbeit in berufsgruppenübergreifenden Teams zu etablieren, deren Aufgaben- und Kompetenzverteilung vom integrierten Behandlungs- und Pflegeprozess bestimmt ist (vgl. Dahlgaard 2002: 176).

Beide, hier nur skizzenhaft umrissene Basiskompetenzen erfordern eine vertikale und horizontale Ausdehnung des pflegerischen Arbeitsbegriffs und damit verbunden, eine neue, in der deutschen Krankenpflege bisher weitgehend tabuisierte personelle Differenzierung. So sollte es eine Gruppe von Pflegenden geben, die hochqualifiziert patientenbezogene Planungs-, Steuerungs-, Koordinations- und Kommunikationsverantwortung zu übernehmen hat und der die Durchführung besonders verantwortungsvoller Pflegeaufgaben vorbehalten ist (sog. Primary Nurses). Es sollte eine zweite Gruppe Pflegender geben, die solide qualifiziert, kompetente Durchführungsverantwortung für einen Großteil pflegerischer Aufgaben gemäß des von der Primary Nurse ausgearbeiteten Pflegeplans übertragen bekommen und ihre Abwesenheitsvertretung qualifiziert sicherstellen. Und es sollte des Weiteren eine dritte Gruppe geben, die geringer qualifiziert, ergänzende Hilfs-, Assistenz- und Serviceaufgaben übernehmen werden.⁴

Diskussion von Reformoptionen

Aus dem o.g. Anforderungsprofil leiten sich eine Reihe von Konsequenzen für die Reformen der Pflegeausbildungen ab. Präferiert werden hier dementsprechend dreigliedrige Bildungsgänge, die sich

- a) aus einer fundierten, wissenschaftlich orientierten Hochschulqualifikation,
- b) aus einer ebenfalls fundierten, qualifizierten Berufsausbildung und
- c) aus einer an Assistenzaufgaben orientierten Helferausbildung zusammensetzt.

In die Diskussion um Reformen der pflegerischen Qualifikationswege ist in den letzten Jahren gerade auch vor dem Hintergrund der breiten Akademisierungswelle wieder Bewegung gekommen. So liegen mit Stand vom September 2000 die Ergebnisse der Zukunftswerkstatt »Pflege neu denken« unter Beteiligung einer Reihe von Experten/innen aus Politik und Pflegewissenschaft (Robert-Bosch-Stiftung 2002) und seit Februar 2002 der Referentenentwurf zur Neufassung des Krankenpflegegesetzes vor (Bundesministerium für Gesundheit).

Die Zukunftswerkstatt sieht wie hier gefordert, ebenso Berufsabschlüsse auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus vor, bleibt jedoch gerade im Hinblick auf klientenbezogene Aufgaben die proklamierte vertikale Binnendifferenzierung noch weitgehend schuldig.⁵ So sollen zwar die zweijährig ausgebildeten Pflegefachpersonen I nur bei ihnen zugewiesenen Patienten tätig werden (Robert Bosch Stiftung 2000: 64), erhalten dann jedoch ohne Aufsicht die volle Assessment- und Planungsverantwortung. Als besonders problematisch muss allerdings angesehen werden, dass eine Unterscheidung zwischen einer im Rahmen einer vierjährigen Berufsausbildung auf der Grundlage des mittleren Bildungsabschlusses und einer ebenfalls vierjährigen wissenschaftlichen Qualifizierung (Fachhochschul- bzw. Bachelorstudium) in der klientenbezogenen Arbeit kaum vorgesehen ist bzw. sich an Merkmalen orientiert, die schwerlich im praktischen Handlungsfeld isolierbar sind (so soll es bspw. den Absolventen/innen der Studiengänge vorbehalten sein, den Pflegeprozess entwicklungsorientiert auszurichten). Beide Qualifikationsgänge enden mit dem Abschluss Pflegefachperson II, einmal mit der Zusatzbezeichnung Sek. II und zum Anderen mit FH/BA). Damit würden sich die Probleme der Krankenhauspflege mit ihren pflegefachlichen Leitungsdefiziten und ihrer relativen institutionellen Bedeutungslosigkeit perpetuieren (ausführlich: Stratmeyer 2002).

Die Kommission hätte zur Kenntnis nehmen müssen, dass die hohen Anforderungen an die heutige und zukünftige Pflege im Zeitalter chronischer Krankheiten und demografischen Wandels eine wissenschaftliche Qualifikation erfordern, die einer Gruppe von Pflegenden besondere Kompetenzen und Zuständigkeiten zuweist. Auch jetzt schon mangelt es nicht so sehr an innovativen therapeutisch rehabilitativen Konzepten, sondern vielmehr an ihrer verbindlichen, durch Hierarchien abgesicherten klientennahen Einführung. Hierfür müssen besonders gut qualifizierte Pflegekräfte entsprechende Weisungsbefugnisse gegenüber weniger gut qualifizierten erhalten. Es dürfte sonst auch kaum die Attraktivität von Arbeitsplätzen für wissenschaftlich qualifizierte Pflegenden zu vermitteln sein, wenn sie weder mit höherem Status, noch mit mehr Verantwortung, noch mit höherer Weisungsbefugnis, noch mit höherem Einkommen verbunden ist. Nicht »mehr-von-demselben« an Unverbindlichkeit und Gleichmacherei, sondern klare Strukturen auf der Grundlage wohl durchdachter Binnendifferenzierung sind die Herausforderungen der pflegerischen Zukunft. Hier bleibt die Zukunftskommission leider noch viel zu sehr in den längst als unzulänglich erwiesenen tradierten Strukturen verfangen.

Als für die nächste Zukunft sicherlich realistischere Option im Vergleich zur Zukunftswerkstatt kann der »Referentenentwurf« der Bundes-

ministeriums für Gesundheit (BMG) gelten, der eine grundlegende Novellierung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) von 1985 vorsieht. Dieser Entwurf kann als Kompromiss zwischen Bewahren der traditionellen Krankenpflegeausbildung und Erneuerung in vielen sich in der Zwischenzeit als unzulänglich erwiesenen Regelungen angesehen werden; er versucht darüber hinaus, zaghaft die enge krankenhausesmedizinische Anknüpfung und Vereinnahmung aufzubrechen. Deutlich wird dies bereits in der angestrebten Berufsbezeichnung, die nun explizit den Gesundheitsbegriff enthalten soll und damit nun auch neben der Kuration die Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation einschließt (§ 1). Erfreulich ist, dass die Bedeutung der Pflegewissenschaft hervorgehoben wird, an deren Stand sich die Ausbildung zukünftig orientieren soll (§ 3). Erstmals entschließt sich eine Bundesregierung nun auch dazu, einen eigenverantwortlichen Handlungsrahmen der Pflege gesetzlich zu umreißen, der sich u.a. auf alle Phasen des Pflegeprozesses, auf Beratungsfunktionen gegenüber den Klienten und Anleitungsaufgaben von Auszubildenden und Hilfskräften bezieht. Zudem ist ein interdisziplinärer Handlungsauftrag bei der Lösung von Gesundheitsproblemen unterstellt, der die bisher unangefochtene Vormachtstellung der Medizin erstmals für die Pflege relativiert.

Zukünftig soll der schulische Teil der Ausbildung – bei grundsätzlicher Anerkennung des Bestandsschutzes – Pflegelehrkräften mit Hochschulqualifikation vorbehalten sein (§ 4). Die Beantwortung der Frage, ob es sich dabei um universitär oder auf Fachhochschulebene ausgebildete Lehrern/innen handeln soll, bleibt den Ländern überlassen. Für die praktische Ausbildung sind die Zuständigkeiten der Schulen im Referentenentwurf gegenüber dem alten Gesetz deutlich präziser geregelt. § 4 überträgt ihnen die Gesamtverantwortung für die Ausbildung und somit auch die Organisation und Koordination der praktischen Ausbildung. Im Arbeitsentwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird dann präzisiert, dass die Praxisbegleitung der Auszubildenden von den Schulen sicherzustellen und die Praxisanleitung zusätzlich durch eigens pädagogisch weitergebildete Fachkräfte zu übernehmen ist.

Der Verbundcharakter von Schulen und Krankenhäuser, der den Krankenpflegeausbildungen in der Vergangenheit die einseitige Orientierung auf die Imperative der Krankenhausmedizin beschert hat, bleibt nach dem Willen des BMG auch zukünftig erhalten. Allerdings werden einige wichtige Zugeständnisse gemacht, da die praktische Ausbildung auch in ambulanten oder stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden soll (§ 4). Für den ambulanten Versorgungssektor sieht die Ausbildungs- und Prüfungsordnung einen Umfang von 500

Stunden vor. Ebenso ist eine Beteiligung von Pflegedienstleitungen und Ärzten/innen an der Schulleitung künftig nicht mehr beabsichtigt, was den Schulen damit zukünftig ein höheres Maß an Autonomie sichern dürfte.

Die unklare Rechtslage, inwieweit den Ländern über das KrPflG hinausgehende Regelungskompetenz zur verbindlichen personellen, curricula- ren und sächlichen Ausgestaltung der Krankenpflegesschulen zukommt, würde mit dem neuen Gesetz eindeutig und positiv entschieden.

Erfreulich ist die deutliche Anhebung der theoretischen und praktischen Unterrichtsstunden von derzeit 1 600 auf zukünftig 2 100 Stunden. Die praktische Ausbildung reduziert sich dementsprechend von 3 000 auf 2 500 Stunden. Mit dieser Regelung in der Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsordnung (KrPflAPrV) übernehme das Krankenpflegegesetz nun endlich die Mindestnormen des europäischen Übereinkommens über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern aus dem Jahre 1972 im vollem Umfang, was als ein wichtiger Schritt gegen die vorherrschende Praxislastigkeit gewertet werden kann.

Die Krankenpflegehilfeausbildung soll erhalten bleiben. Sie umfasst 1 600 Stunden, wobei lediglich 500 Stunden für den theoretischen und praktischen Unterricht vorgesehen sind. Wenn auch ein eigenes Ausbildungsziel im Referentenentwurf nicht genannt wird, ist damit aber der Status als eher praktisch orientierte Hilfskräfte unterstrichen, die auf Weisung von »Gesundheits- und Krankenpflegern/innen« tätig werden.

Die ärztliche Dominanz wird im gesamten Ausbildungsgeschehen erheblich zurückgenommen. Ihre Beteiligung an der Schulleitung ist ebenso wenig vorgesehen, wie eine obligate Mitwirkung am Unterricht. Vielmehr sollen die Lehrkräfte pädagogisch qualifiziert sein, was die Beteiligung von Ärzten/innen zukünftig erheblich einschränken dürfte. Auch im Prüfungsgeschehen wäre die Rolle von Ärzten/innen künftig bescheidener, da als Vertreter/in der zuständigen Behörde nicht mehr automatisch ein Medizinalbeamter dem Prüfungsausschuss vorsitzt, sondern vielmehr eine fachlich geeignete Person, was eher als Ausschlusskriterium für Ärzte/innen gewertet werden kann. Allerdings bleibt die ärztliche Präsenz im Prüfungsausschuss in der Funktion von Fachprüfern/innen auch weiterhin erhalten. Die Fächerlogik der Krankenhausmedizin wird in der gesamten KrPflAPrV weitgehend überwunden. Die Ausbildungsstruktur im Theoriekatalog orientiert sich dabei an aus originär pflegerischer Perspektive formulierten Handlungsanforderungen.

Diskussion

Die realistische Option zur Reform der Krankenpflegeausbildung, wie sie mit dem Referentenentwurf des KrPflG und dem Arbeitsentwurf der KrPflAPrV vom BMG vorgelegt wurde, kann insgesamt als ein markanter Schritt in die richtige Richtung gewertet werden:

- Einige zentrale Unklarheiten und damit verbundene Regelungsdefizite werden beseitigt. Das KrPflG erhält den Charakter eines Rahmengesetzes, das in den Ländern weiter präzisiert werden kann und muss. Der qualitätszehrende Streit um Bund-Länder-Kompetenzen könnte damit konstruktiv im Interesse der Ausbildungsverbesserung überwunden werden.
- Die Qualifikationsanforderungen an die Lehrkräfte werden auf Hochschulniveau fest geschrieben. Damit ist zwar eine wissenschaftliche Qualifizierung verbunden, allerdings noch immer ein Sonderweg beschritten, da nicht wie üblich eine zweiphasige universitäre Bildung vorausgesetzt wird, sondern auch vergleichsweise kurze Fachhochschulqualifizierungen ausreichend sein können. Die Bildungschancen von Auszubildenden in der Pflege würden erhöht, eine Chancengleichheit mit anderen beruflichen Bildungsgängen wäre damit allerdings noch immer nicht verbunden.
- Die Dominanz der Medizin in Ausbildungsaufsicht, Unterricht und Prüfung wird erheblich beschnitten und weicht einer pflegefachlich akzentuierten Ausbildungsdurchführung und Kontrolle. Damit wären erheblich größere Spielräume zur Ausgestaltung eines originär pflegewissenschaftlich basierten Ausbildungsmodells in Ausrichtung auf die Anforderungen im Zeitalter chronischer Krankheiten verbunden.
- Die Höherbewertung des theoretischen Unterrichts, die Struktur- anforderungen an die Durchführung der praktischen Ausbildung, die Orientierung der Ausbildung an relevanten Schlüsselkompetenzen, die Betonung des eigenständigen und interdisziplinären Handlungsfeldes und nicht zuletzt die an mehreren Stellen herausgehobene interaktionsintensive und verhaltenorientierte Bedeutung pflegerischen Handelns (Beratung, Anleitung und Unterstützung) lassen insgesamt die Optionen für eine zukunftsorientierte Ausbildung, die sich am Gesundheitsbedarf der Menschen ausrichtet, realistischer erscheinen. Sie lassen auch deutlich den Willen des Gesetzgebers erkennen, die Pflege als eigenständige, kooperative, therapeutisch und rehabilitativ wirksame Berufsgruppe anzuerkennen.
- Wenn wohl auch realpolitisch nicht anders zu erwarten, so muss der auch weiterhin bestehende Verbundcharakter von Schule und Kranken-

haus als Restriktion zur Entfaltung der Ausbildungsziele gerade im Hinblick auf ihre präventive und rehabilitative Ausrichtung angesehen werden. Es bleibt zudem zu befürchten, dass den Einsätzen in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege die kürzest möglichen Zeiten zugemessen werden, da sie den Einsatz in den Krankenhäusern verkürzen. Ein Teil der verbesserten Gestaltungsoptionen würde damit vermutlich von der Übermacht der faktischen Handlungsanforderungen des Krankenhauses aufgezehrt werden.

Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes bietet nach Abwägung von Chancen und Risiken gute Voraussetzungen, um i. S. des hier präferierten differenzierten Qualifikationsmodells Pflegekräfte für die »zweite Reihe« fundiert auszubilden. Sie kann in der Regel allerdings nicht die Voraussetzungen für die besonders verantwortungsvolle Funktion einer Primary Nurse schaffen. Diese besonders therapeutisch und rehabilitativ wirksamen Qualifikation im Hinblick auf differenziert angepasste Pflegekonzepte, auf hermeneutische Fallkompetenz, Interaktionsorientierung und Verhaltensmodifikation können – wie überall sonst auch – nur im Rahmen einer wissenschaftlichen Bildung erreicht werden.

Es ist nicht zu erwarten, dass die Bundesregierung in absehbarer Zeit über die Reform des Krankenpflegegesetzes hinausgehende Regelungen treffen wird, die auch die Pflege auf Hochschulebene einbezieht. Daher sind die Länder gefordert, die wissenschaftliche Qualifizierungslücke des pflegerischen Nachwuchses für die hier umrissene anspruchsvolle klientenbezogene Arbeit zu schließen. Hieraus ergibt sich die Schwierigkeit, dass die damit verbundenen Studienabschlüsse keine Anerkennung als *Heilberufe* erhalten können, die ausschließlich unter dem Bundesvorbehalt stehen (Konkurrierende Gesetzgebung, GG Art. 74). Hierauf zu verzichten wäre allerdings ein gravierendes Problem, da das Krankenversicherungsrecht nur diese Qualifikation vorsieht. Damit ergäbe sich die paradoxe Situation, dass Absolventen dieser Studiengänge – obwohl besser qualifiziert – bspw. keine Fachaufsicht für Auszubildende in der Krankenpflege oder keine Durchführungsverantwortung für die Behandlungspflege in der ambulanten Pflege übernehmen dürften. Dieser Status würde unweigerlich zu erheblichen Akzeptanz- und Berufseinkommensproblemen führen. Daher sind die Bundesländer bis auf absehbare Zeit aufgefordert, Regelungen zu treffen, bei denen die Studiengänge die Integration des Krankenpflegeexamins vorsehen. An diesen Konzepten wird an verschiedenen Hochschulstandorten in Deutschland gearbeitet.

Die Zukunftswerkstatt der Robert Bosch Stiftung weist mit ihrer Forderung nach einer grundständigen pflegewissenschaftlichen Ausbildung

auf Fachhochschul- bzw. Bachelor-Niveau prinzipiell in die richtige Richtung. Allerdings fehlte der Kommission offenbart der Mut, wissenschaftlich qualifizierten Pflegekräften auch entsprechende Zuständigkeiten und Weisungskompetenzen gegenüber anderen Pflegekräften zuzuweisen. Nun ist dies auch in erster Linie keine Frage, die über Qualifikationen zu entscheiden ist, sondern nur über eine entsprechende radikale Restrukturierung des pflegerischen Leitungssystems, die alleine neuen Qualifikationsgängen organisationswirksame Handlungspotenziale verleiten kann. Hier mangelt es allerdings noch an einer offensiven Debatte, die auch den Dammbbruch in Richtung auf eine notwendige Binnendifferenzierung pflegerischer Verantwortung einbezieht.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. phil. Peter Stratmeyer
Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Studiengänge Pflege und Gesundheit
Saarlandstr. 30
D-22303 Hamburg

Anmerkungen

- 1 Einen konstruktiven Vorschlag zur Analyse des komplizierten Zusammenhangs von »Verhältnissen« und »Gesundheitsverhalten« bei Sperlich/Mielck (2000).
- 2 Vgl. ausführlicher Stratmeyer (2002). Dort werden verschiedene Konzepte aus Medizin und Pflege vorgestellt, diskutiert und zu einem integrierten Konzeptentwurf konturiert.
- 3 Dahlgaard (2002) bezeichnet diese Funktionen Pflegemanagerin im besten Sinne des Wortes.
- 4 Eine grundlegende Einführung in das Pflegesystem Primary Nursing bietet Ersser/Tutton 2000.
- 5 Eine kritische Analyse der Ergebnisse der Zukunftswerkstatt legte u.a. der Deutsche Verein für Pflegewissenschaft (2001) vor.

Literatur

- Badura, B. (1993a): Arbeit im Krankenhaus. In: Badura; B.; Feuerstein, G. (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnischen Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim, München: Juventa, 21-76
- Badura, B. (1993b): Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Badura; B.; Feuerstein, G. (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnischen Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München: Juventa, 225-310
- Benner, P.; Wrubel, J. (1997): Pflege, Stress und Bewältigung. gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber

- Corbin, J. M.; Strauss, A. L. (1993): *Weiterleben lernen: Chronisch Kranke in der Familie*. München: Piper
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L. (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, P. (Hrsg.): *Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-und-Strauss-Pflegemodell*. Wiesbaden: Ullstein, 1-30
- Dahlgaard, K. (2002). Neue Aufgaben für die Pflegemanagerin. Zur Kernkompetenz der Pflege kommt das Management des Behandlungsprozesses hinzu. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 19, 2, 174-178
- Dewe, B. et al. (1995): *Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis*. Weinheim, München: Juventa
- Ersser, S.; Tutton, E. (Hrsg.) (2000): *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems*. Bern: Verlag Hans Huber
- Feuerstein, G. (1993): Zielkomplexe und Technisierungsprozesse im Krankenhaus. In: Badura, B.; Feuerstein, G. (Hrsg.): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnischen Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim, München: Juventa, 83-154
- Funk, S. G. et al. (1997): *Die Pflege chronisch Kranker*. Bern: Verlag Hans Huber
- Grobe, J.; Steinhagen de Sánchez, U. (1998): Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung und -betreuung. In: *Kooperation im Krankenhaus: Strukturwandel, Kostendruck, Qualitätsansprüche, mit Handlungsempfehlungen für Reorganisationsprozesse in Krankenhäusern*. Bern: Verlag Hans Huber, 183-210
- Herrmann, M.; Uexküll, T. v. (2000): Evidenz-basierte und patientenorientierte Medizin – zwei Modelle und ihr Zusammenhang. In: *Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Evidence-based dentistry: evidenz-basierte Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*. Köln; München: Dt. Zahnärzterverlag DÄV-Hanser, 87-93
- Höhmann, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B. (1999): *Qualität durch Kooperation – Gesundheitsdienste in der Vernetzung*. Frankfurt/M.: Mabuse
- Kunk, M.; Stratmeyer, P. (2000): *Medizin und Pflege im Kontext des Systems Krankenhaus: Voraussetzungen und Perspektiven systemischer Pflegeorganisationsberatung*. In: Wolf, G.; Dörries, A. (Hrsg.): *Grundlagen guter Beratungspraxis im Krankenhaus*. Göttingen: Hogrefe
- Sperlich, S.; Mielck, A. (2000): Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozioepidemiologischer Erklärungsansätze. In: Helmert, U. et al. (Hrsg.): *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit im Deutschland*. Weinheim, München: Juventa, 27-42
- Murrhardter Kreis (1995): *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt; Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Arbeitskreis Medizinerbildung d. Robert Bosch Stiftung*. Gerlingen: Bleicher
- Petermann, F.; Mühlig, S. (1998): *Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung*. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe, 73-102
- Robert Bosch Stiftung (2000): *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart; New York: Schattauer
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001 Ausführliche Zusammenfassung*. Bonn: o. Verl.
- Schaeffer, D.; Moers, M. (2000): *Bewältigung chronischer Krankheiten. Herausforderungen für die Pflege*. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim; München: Juventa, 447-484
- Schwarzer, R. (1992): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe

- Sperlich, S.; Mielck, A. (2000): Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozioepidemiologischer Erklärungsansätze. In: Helmert, U. et al. (Hrsg.): *Müssen Arme früher sterben?. Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*. Weinheim, München: Juventa, 27-42
- Stratmeyer, P. (2002): *Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektive für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin*. Weinheim, München: Juventa
- Uexküll, T. v. (1994): Was ist und was will »Integrierte Psychosomatische Medizin«? In: Uexküll, T. v. et al.: *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Hg. Adler, R. et al., Stuttgart, New York: Schattauer, 17-34
- Vogel, H.; Weber-Falkensammer, H. (1997): Grundbegriffe und Trends der Verhaltensmedizin. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin*. Göttingen: Hogrefe, S. 85-100
- Vollmer, T.; Kielhorn, A. (1998): Compliance und Gesundheitsökonomie. In: *Compliance und Selbstmanagement*. Petermann, F. (Hrsg.): *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe, 45-72
- Wanner, B. (1993): *Lehrer zweiter Klasse?. Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern der Pflege*. Frankfurt/M.; Berlin; New York: Peter Lang