

15. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

Enquetekommission

„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentlicher Teil

5. Sitzung

Mittwoch, 3. Dezember 2014, 13:00 Uhr

Stuttgart, Plenarsaal

(Kunstgebäude)

Beginn: 13:00 Uhr

Schluss: 15:32 Uhr

T a g e s o r d n u n g

Teil I – öffentlich

- Anhörung: „Aus- und Weiterbildung in der Pflege“ S. 1

Teil II – nicht öffentlich

- Allgemeiner Beratungsstoff (Punkte 1 bis 7).....(gesondertes Protokoll)



15. Landtag von Baden-Württemberg
Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentliche Anhörung
am **Mittwoch, 3. Dezember 2014, 13:00 Uhr,**
Plenarsaal (Kunstgebäude)
„Aus- und Weiterbildung in der Pflege“

Ablaufplan

Stand: 13.11.2014

Uhrzeit	Referent	Funktion/Institution
13:00	Helmut W. Rüeck	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
13:10 bis 13:25	Prof. Dr. jur. Anne Friedrichs	Präsidentin der Hochschule für Gesundheit Bochum
15 Minuten Fragerunde		
13:40 bis 13:55	Prof. Dr. Astrid Elsbernd	Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen
	Dr. rer. cur. Sabine Proksch	Leiterin Pflege und Service, Leiterin Geschäftsbereich Pflegeentwicklung, Kreiskliniken Reutlingen GmbH
15 Minuten Fragerunde		
14:10 bis 14:25	Prof. Dr. Stefan Görres	Dekan des Fachbereichs Human- und Gesundheitswissenschaften und Mitglied des Direktoriums, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Bremen
15 Minuten Fragerunde		
14:40 bis 14:55	Tilman Kommerell	Leiter der Krankenpflegeschule HELIOS Spital Überlingen
15 Minuten Fragerunde		
15:10	Allgemeine Fragerunde	
15:25 Abschluss		

(Beginn des öffentlichen Teils: 13:00 Uhr)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich begrüße Sie alle sehr herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung „Aus- und Weiterbildung in der Pflege“. Ich begrüße ganz herzlich die Mitglieder der Enquetekommission, unsere Sachverständigen, die heute zu Wort kommen, die Vertreter der Landesministerien und natürlich die Damen und Herren Zuhörerinnen und Zuhörer. Wir freuen uns sehr darüber, dass die Arbeit der Enquetekommission in der Öffentlichkeit auf ein reges Interesse stößt.

Ich will keine langen Vorreden halten. Der Nachmittag gehört den Referenten und den Fragen an die Referenten.

Ich möchte allerdings mit Blick auf die Referentinnen und Referenten darauf hinweisen, dass es, da wir einen sehr strammen Zeitrahmen haben und im Anschluss an die Anhörung dann auch noch die nicht öffentliche Sitzung stattfindet, meine Aufgabe ist, dass ich unerbittlich auf die Einhaltung des Zeitrahmens achte. Sie erhalten, wenn sich das Ende Ihrer Redezeit nähert, vorn am Rednerpult von mir ein visuelles Signal, das dann immer drängender wird.

Wie ich von mir selbst weiß: Die Physiognomie der Menschen ist unterschiedlich. Sie können das Rednerpult auf der rechten Seite durch Tasten automatisch nach oben bzw. unten fahren, also für Sie ganz individuell einstellen.

Ich darf zunächst Frau Professorin Dr. Anne Friedrichs ans Rednerpult bitten. Frau Professorin Dr. Friedrichs ist Präsidentin der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

Ich darf gleich dazusagen: Sie kann eventuell nicht bis zum Schluss der Sitzung dableiben. Von daher würde ich die Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission bitten, dann, wenn sie Fragen an Frau Professorin Dr. Friedrichs haben, diese gleich im Anschluss an sie zu stellen. Bei der Abschlussrunde ist sie vielleicht nicht mehr da; dann wäre es zu spät.

Frau Professorin Dr. Friedrichs, ich darf Sie ans Rednerpult bitten und freue mich auf Ihren Vortrag.

Sv. Frau Dr. Friedrichs: Ganz herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. – Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich freue mich, dass Sie mich zu einer sicherlich interessanten Anhörung und zu einem ganz spannenden Thema eingeladen haben, das mit über die Frage entscheiden wird, wie sich die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten gestalten wird.

Ich bin vom Herrn Vorsitzenden schon kurz vorgestellt worden. Ich bin Gründungspräsidentin der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Das ist eine staatliche Fachhochschule in Nordrhein-Westfalen, die 2009 gegründet worden ist und den Auftrag hat, in

fünf Bereichen – nämlich für die Pflege, die Hebammenkunde, die Physiotherapie, die Ergotherapie und die Logopädie – grundständige und primärqualifizierende Modellstudiengänge zu entwickeln und durchzuführen. Ich sage das hier am Anfang, damit Sie wissen, aus welcher Perspektive ich meine Stellungnahme aufgebaut habe. Ich werde Ihnen also darüber berichten können, warum und wie wir Akademisierung – natürlich mit dem Schwerpunkt auf dem Thema Pflege – an unserer Hochschule durchgeführt haben, was bei uns gut funktioniert und wo wir vielleicht Schwierigkeiten sehen.

Ich darf auch darauf hinweisen, dass das, was wir tun, nach Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit vom Land Nordrhein-Westfalen evaluiert, also begleitet wird. Allererste Erkenntnisse über Erfolge und Misserfolge dieser Modellversuche kennen wir auch schon.

Ich bin darüber hinaus seit 2009 Mitglied des Wissenschaftsrats. Sie wissen vielleicht, dass sich der Wissenschaftsrat 2012 zur Frage der hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen geäußert hat. Ich denke, dass ich hier auch die Perspektive des Wissenschaftsrats mit einbringen kann. In Ihrem Fragenkatalog gibt es Hinweise darauf, dass Sie diese Empfehlung auch kennen; Sie haben uns dazu Fragen mit auf den Weg gegeben.

(Die Rednerin begleitet ihren Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 1.*)

Ich hoffe, dass die Präsentation für Sie einigermaßen lesbar ist, ich führe da aber natürlich auch gedanklich durch.

Vielleicht noch einmal zu der Frage: Warum brauchen wir hochschulische Qualifikation in der Pflege überhaupt, und in welchem Umfang brauchen wir sie? Wir brauchen hochschulische, akademische Qualifikation in der Pflege, weil wir heute und in den nächsten Jahrzehnten vor Anforderungen stehen, denen wir allein mit der klassischen fachschulischen Ausbildung nicht begegnen können.

Wir haben demografische Veränderungen, die ich Ihnen sicherlich nicht erläutern muss. Wir haben epidemiologische Veränderungen, es gibt deutlich mehr chronische Erkrankungen, und zwar nicht nur bei alten Menschen, sondern auch bei jungen Menschen. Ich nenne die Themen Diabetes und Adipositas; da gibt es in der Versorgung und auch in der Langzeitversorgung große Probleme. Wir haben das Thema der Multimorbidität, also Menschen mit sehr vielen Erkrankungen gleichzeitig. Parallel dazu gibt es das Problem der Multimedikation. So gibt es Menschen, die an einem Tag acht, neun oder zehn Medikamente gleichzeitig nehmen. Die Frage des Umgangs damit im Alltag stellt hohe Anforderungen an die Personen, die beruflich damit zu tun haben.

Wir haben erfreulicherweise große Entwicklungen in der Forschung. Diese Forschungsergebnisse müssen zu den Patienten gebracht werden; sonst nützen sie niemandem etwas. Auch dazu brauchen Sie Menschen, die in ihrer Ausbildung gelernt haben, wie Forschung funktioniert und mit welchen Methoden geforscht wird, und die auch gelernt

haben, wie man die Theorie in die Praxis transferiert und Probleme aus der Praxis in Hochschulen bringt, damit man dort versucht, auf wissenschaftlicher Basis die entsprechenden Antworten zu finden.

Die Bedeutung – das ist ein weiteres Problem – von sektorenübergreifender und interdisziplinärer Versorgung an den Schnittstellen der Gesundheitssysteme nimmt zu. Ich bin gestern im Rahmen einer anderen Veranstaltung noch einmal darauf hingewiesen worden, dass eines der großen Probleme in der Gesundheitsversorgung in Deutschland die Versäulung unseres Systems ist und dass deshalb gerade die Frage, wie man an den Schnittstellen arbeiten kann, eine besondere Herausforderung ist. Deshalb haben wir auch einen großen Bedarf an interprofessioneller, übergreifender Qualifikation. Diese können Sie natürlich in einem hochschulischen Rahmen sehr viel besser von Anfang an lernen, in dem auch gewährleistet ist – dazu komme ich nachher noch einmal –, dass viele Disziplinen zusammenarbeiten, und zwar von Anfang an.

Eine Frage, die in der Pflege und auch in anderen Bereichen immer wieder gestellt wird, ist die Frage: Wie viel Akademisierung brauchen wir denn? Sie wissen vielleicht, dass der Wissenschaftsrat 2012 in seinen Empfehlungen von etwa 10 bis 20 % gesprochen hat. Die Frage ist: Wie ist diese Zahl überhaupt zustande gekommen? Ich kann Ihnen berichten, dass es eine zweitägige Anhörung von sehr vielen Experten gegeben hat, und die einen haben gesagt: „Wir brauchen eigentlich überhaupt keine Akademisierung“, und dann hat es welche gegeben, die gesagt haben: „Wir brauchen 100 %.“ Wenn man dann gefragt hat: „Warum ist das so?“, hat man sehr viele unterschiedliche Erklärungen dazu erfahren. Deshalb hat der Wissenschaftsrat gesagt, es wäre vielleicht ganz sinnvoll, einmal mit einer zehn- bis 20-prozentigen Quote zu beginnen, zu schauen, wie sich das Ganze entwickelt, und dann vielleicht nach fünf bis acht Jahren noch einmal hinzuschauen, ob man bis dahin vielleicht bessere Erkenntnisse darüber hat, was die akademisch qualifizierten Menschen im Berufsalltag tun, welche Aufgaben sie übernehmen, wo es tatsächlich Verbesserungen gibt und wo die Ergebnisse vielleicht auch hinter den Erwartungen zurückgeblieben sind. Es ist also meines Wissens so, dass man im Moment nicht über wirklich belastbare Zahlen dazu verfügt, wie viel Akademisierung man braucht.

Ich würde Ihnen gern darstellen, was die Ziele der Modellstudiengänge sind. Wir wollen zum einen eine inhaltliche Weiterentwicklung der Pflegeberufe und der anderen Gesundheitsberufe und zum anderen eine strukturelle Weiterentwicklung erproben. Was bedeutet das? Bei der inhaltlichen Weiterentwicklung geht es um die Erweiterung auf neue Handlungs- und Berufsfelder, es geht um den Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen. In diesem Zusammenhang darf ich das Thema der Heilkundeübertragungsrichtlinie vielleicht als ein Beispiel nennen. Die Heilkundeübertragungsrichtlinie besagt, dass es möglich ist, dass von entsprechend qualifizierten Angehörigen der Pflegeberufe bestimmte Tätigkeiten selbstständig ausgeübt werden. Es gibt die Möglichkeit, mit Akademisierung – und zwar nicht nur primärqualifizierend, sondern selbstverständlich auch als Möglichkeit der Weiterbildung für diejenigen, die schon lange im Beruf sind – entsprechende akademische Angebote auf den Weg zu bringen.

Es geht bei dem Thema der Modellstudiengänge auch um die Frage: In welcher Struktur kann man diese Anforderungen, die an die neue Pflegeausbildung gestellt werden, am besten erfüllen? Es gibt sehr viele unterschiedliche Modelle. Es gibt duale Studiengänge, es gibt primärqualifizierende Studiengänge. Wir machen es z. B. so, dass es an unserer Hochschule nur zwei Lernorte gibt, nämlich die Hochschule selbst, in der der gesamte Unterricht verantwortet wird, und dann noch die Praxisstellen. Es gibt andere Modelle, in denen die jeweilige Hochschule mit einer Fachschule zusammenarbeitet. Es gibt aber auch Modelle, in denen mit verschiedenen Fachschulen – ich kenne eine Hochschule in Nordrhein-Westfalen, wo es, glaube ich, 15 Fachschulen sind – zusammengearbeitet wird und die Studierenden an der Hochschule, an der Fachschule und an der Praxisstelle sind.

Ich glaube, es gibt heute nicht genügend Zeit, um dies im Einzelnen auszuführen. Aber Sie können sich vorstellen, dass alle diese Modelle Vor- und Nachteile haben. Einmal zu erproben, was sich für welches Ziel eignet, ist, denke ich, eine wichtige Aufgabe.

Wir haben, wie schon gesagt, bei uns an der Hochschule das Modell mit den zwei Lernorten gewählt, nämlich die Hochschule und die Praxisstelle. Wir haben – das ist sicherlich bei allen akademischen Ausbildungsstellen so – die akademischen Lehr- und Lernmethoden. Ich bin gern bereit, auch hierzu nachher auf Fragen zu antworten. Bei uns ist das, was ich vorhin genannt habe, der Theorie-Praxis-Transfer, sehr wichtig. Es darf nicht das passieren, was häufig bei Studiengängen passiert, die sehr stark in der Praxis verwurzelt sind, dass nämlich die Studierenden in der Praxis irgendetwas erleben, was in der Hochschule nicht begleitet und nicht aufgegriffen wird. Das heißt: Die Studierenden lernen in der Hochschule irgendetwas, und dann gehen sie in die Praxis und sehen, dass dort alles ganz anders ist. Es ist für sie unheimlich schwierig, das zusammenzubekommen. Das heißt: Sie müssen in so einer Ausbildung gewährleisten, dass das, was in der Theorie gelernt wird, mit dem, was die Studierenden in der Praxis erleben, in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht wird.

Das Pflegestudium bei uns ist generalistisch. Dahinter verbirgt sich aber, dass die Studierenden parallel zum Studium oder im Laufe des Studiums auch ihren Berufsabschluss machen müssen. Diesen Abschluss müssen sie in der Altenpflege, Kinderkrankenpflege oder Gesundheits- und Krankenpflege machen. Da haben wir noch etwas, was in der Struktur nicht wirklich zusammenpasst und was wir natürlich gern verändern würden.

Wir haben ein stark ausgeprägtes interprofessionelles Studium. Wir haben eine ganze Reihe von Veranstaltungen, in denen die Studierenden von Anfang an in allen fünf Studiengängen gemeinsam lernen und zusammenarbeiten. Wir haben eine sehr gute Kooperation mit der TU Dortmund, an der Studierende von uns im Studiengang Rehabilitationswissenschaften mit den dortigen Studierenden zusammen lernen. Weiter haben wir ein von der Robert-Bosch-Stiftung – die Sie hier in Stuttgart ja gut kennen dürften – gefördertes Projekt mit der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum. Uns ist es ein großes Anliegen, in dieser Ausbildung von Anfang an dafür zu sorgen, dass die

Gesundheitsberufe lernen, besser zusammenzuarbeiten – vor allem eben auch die Pflege mit der Medizin.

Das ganze Projekt ist in den Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen eingebunden. Wir haben dort eine sehr gute Zusammenarbeit mit dem Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Bei uns in der Nähe sind die Sportwissenschaften der Ruhr-Universität, der Patientenbeauftragte des Landes und die Äskulap Akademie angesiedelt; das ist eine Weiterbildungseinrichtung für Ärzte. Die sind alle auf dem Gelände, auf das wir nächstes Jahr erst umziehen werden. Die Zusammenarbeit funktioniert aber jetzt schon.

Der Wissenschaftsrat hat verschiedene Modelle zu der Frage vorgeschlagen, wie man sich Interprofessionalität in der Umsetzung vorstellen kann. Er hat ein sogenanntes kooperatives Modell vorgeschlagen. Ich nenne das immer „Gesundheitscampus Wissenschaftsrat“, weil das ein anderer Begriff des Gesundheitscampus ist als der Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen. Nordrhein-Westfalen geht es darum, dass private und öffentliche Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Gesundheitswirtschaft untereinander, aber auch mit den Hochschulen zusammenarbeiten. Beim Gesundheitscampus Wissenschaftsrat – so nenne ich ihn – geht es darum, dass Studiengänge an Fachhochschulen unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften zusammengefasst werden und in einer engen Kooperation mit einer in räumlicher Nähe gelegenen Medizinischen Fakultät zusammenarbeiten. Das ist das eine Modell.

Das andere Modell ist die Einrichtung von Studiengängen an Universitäten unter dem Dach einer Medizinischen Fakultät und dort angegliedert in einem Department für Gesundheitswissenschaften.

Wir haben uns angeschaut, was in anderen Ländern gemacht wird. In Schweden gibt es hochinteressante Modelle, wie man hier zu einer entsprechenden Umsetzung kommen kann.

Ich würde Ihnen gern noch die zentralen Ergebnisse der Evaluation, die wir selbst an der Hochschule durchgeführt haben, mitteilen. Die Ergebnisse der Evaluation des Landes Nordrhein-Westfalen sind noch nicht öffentlich, aber wir haben auch eine eigene Evaluation angestrebt. Wir haben gefragt: Was machen eigentlich die Studierenden, die bei uns an der Hochschule sind? Es gibt ja immer den Vorwurf, dass die Studierenden, wenn sie erst einmal ein Studium absolviert haben, nicht mehr mit Patienten arbeiten wollen. Wir haben festgestellt, dass das nicht der Fall ist, sondern dass die Studierenden eine konkrete Tätigkeit mit Patienten anstreben und dass sich Ausbildungsinhalte grundsätzlich auf hochschulischem Niveau umsetzen und wissenschaftlich ausrichten lassen. Wir wissen, dass bei den Gesundheitseinrichtungen und auch im Rahmen der staatlichen Prüfung für die dortigen Experten, die ja sowohl die fachschulisch als auch die akademisch ausgebildeten Absolventen kennenlernen, durchaus Unterschiede erkennbar sind und dass wir auch eine deutliche wissenschaftliche Kompetenz im Bereich des interprofessionellen Handelns und Arbeitens haben.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich bin jetzt durchaus auch inhaltlich mit dem, was ich Ihnen berichten wollte, im Wesentlichen am Ende. Es war ja angekündigt, dass mit unserem Zeitkontingent sehr streng umgegangen wird. Das respektiere ich selbstverständlich.

Wenn Sie noch Fragen haben, die sich insbesondere auf die Probleme mit der Umsetzung dieser Studiengänge und vielleicht auch auf einen gesetzgeberischen Veränderungsbedarf beziehen, stehe ich gern zur Verfügung.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Friedrichs. – Ich darf nun um Fragen der Damen und Herren Mitglieder der Kommission bitten.

Abg. Jutta Schiller CDU: Frau Professorin Friedrichs, vielen Dank für Ihren interessanten Vortrag. – Ich habe eine Frage zu den Teilzeitstudiengängen. Werden solche Studiengänge angeboten? Wenn ja, wie ist da der zeitliche Ablauf? Wie kann man sich das in der Praxis vorstellen? Welche Studienangebote gibt es in diesem Bereich?

Sv. Frau Dr. Friedrichs: Ich kann Ihnen im Moment nicht sagen, ob es tatsächlich schon Teilzeitstudiengänge gibt. Wir haben bislang das Problem, dass es für Teilzeitstudiengänge keine BAföG-Regelungen gibt. Was wir jetzt an unserer Hochschule machen, ist, dass wir berufsbegleitende Studiengänge anbieten, bei denen die Regelstudienzeit von vornherein länger ausgelegt ist. Wir sagen: Da sollen – so sage ich es einmal – auch 210 ECTS-Punkte – zwischen 180 und 240 Credit Points; das ist sozusagen eine Währung für akademische Ausbildung – erworben werden. Diese 180 oder 210 Credit Points werden eben nicht in sechs oder sieben, sondern in acht oder neun Semestern erworben. Wir entwickeln dazu gerade im Rahmen des Programms „Aufstieg durch Bildung“, das vom Bundesministerium aufgelegt worden ist, ein Ausbildungsangebot. Wir werden einen Studiengang gerade für Menschen anbieten, die schon länger in der Pflege tätig sind, berufserfahren sind und natürlich eine andere Ansprache brauchen als ganz junge Leute, die direkt von der Schule zu uns kommen.

Das Thema Teilzeitstudiengänge ist nach wie vor ein Problem, weil wir die begleitenden Finanzierungsregelungen nicht haben. Das ist für die Studierenden gar nicht so einfach. Da muss man andere Modelle finden.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Ich würde vorschlagen, dass wir die weiteren Wortmeldungen in Zweier- oder Dreierblöcken zusammenfassen, auf die Sie dann Antwort geben können.

Dr. Uwe B. Schirmer, stellvertretendes externes Mitglied: Frau Professorin Friedrichs, mich würde die Verteilung der Berufsgruppen interessieren – bei einer Matrikel oder insgesamt bei Ihnen –, auf zwar auf die Berufsgruppen Altenpflege und Krankenpflege.

Sv. Frau Dr. Friedrichs: Wir haben im letzten Jahr im Studiengang Pflege 35 Studierende aufgenommen. Ich kann Ihnen jetzt nicht genau sagen, ob es drei oder vier Studierende im Bereich der Altenpflege gewesen sind. Die Anzahl der Studierenden liegt aber vor allem daran, dass wir in diesem Bereich wenige Ausbildungsplätze haben. Wir hatten auch Studierende im Bereich der Kinderkrankenpflege; die ist bei den Studierenden auch immer sehr begehrt. Das sind aber auch nur höchstens drei oder vier. Der ganz überwiegende Teil ist also im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege.

Ich darf vielleicht noch dazusagen: Wir hatten im letzten Jahr 90 Bewerbungen, konnten aber nur 35 Studierende gleichzeitig in Ausbildungsplätze vermitteln. Es ist natürlich nicht so, dass man, wenn man 90 Bewerbungen hat, davon ausgehen kann, dass auch 90 Studierende kommen. Durch die Kopplung mit den Ausbildungsverträgen verlieren wir Interessenten – das muss man ganz deutlich sagen –, weil die Ausbildungskontingente an den Krankenhäusern natürlich beschränkt sind. Aber das Interesse ist ganz klar bei der Gesundheits- und Krankenpflege.

Dr. Uwe B. Schirmer, stellvertretendes externes Mitglied: Vielen Dank.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Frau Professorin Dr. Friedrichs, vielen Dank für Ihre Ausführungen. – Ich habe zwei Fragen. Sie haben den Studiengang als sehr patientennah beschrieben. Mich würde interessieren, wie die Kooperation mit der Medizinischen Fakultät auf dem Gesundheitscampus ganz konkret aussieht. Werden da Vorlesungen besucht, oder kommen Dozenten von dort? Wie geht das ganz praktisch?

Weitergedacht die Fragestellung: Welche konkreten Tätigkeiten können die Absolventinnen und Absolventen Ihres Studiengangs in der Praxis ausüben? Muss man sich das als „Pflege auf höherem Niveau“ vorstellen, oder sind es Tätigkeiten, die ansonsten der Ärzteschaft vorbehalten sind, die dann von den Akademikerinnen und Akademikern in der Pflege ausgeübt werden dürfen und auch ausgeübt werden?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Abg. Hinderer. – Ich möchte jetzt gleich um Beantwortung bitten. Danach stellt Kollege Haußmann seine Frage. Dann haben wir alle Fraktionen gleich behandelt. Im Anschluss würde ich die Fragen aber sammeln und dann insgesamt beantworten lassen.

Sv. Frau Dr. Friedrichs: Zur Frage der Patientennähe unserer Studiengänge: Zum einen ist die Patientennähe, denke ich, dadurch gewährleistet, dass unsere Studierenden im Studiengang Pflege – anders als in den anderen Studiengängen, in denen wir Modellversuche haben – immer noch Ausbildungsverträge abschließen müssen und deshalb auch in einem Ausbildungsverhältnis mit den Kliniken stehen. Darin unterscheiden sie sich nicht von Schülerinnen und Schülern der Fachschulen.

Die Zusammenarbeit mit der Medizin gewährleisten wir im Moment über das Projekt mit der Robert-Bosch-Stiftung. Ich würde mir wünschen, dass wir auf Dauer erreichen können, hier auch Teile der Ausbildung zusammenzulegen. Dies wird in anderen Ländern – ich habe vorhin Linköping in Schweden erwähnt – schon hochinteressant umgesetzt,

z. B. auf sogenannten Training Wards; das sind Stationen, in denen Studierende aus Gesundheitsfachberufen und Medizinstudierende gemeinsam Patientenversorgung – natürlich unter Anleitung und Aufsicht – verantworten und das dann auch sehr praktisch umsetzen können.

Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass wir auf Dauer – wenn es die Curricula und die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen erlauben – gemeinsame Veranstaltungen mit Medizinstudierenden anbieten könnten.

Im Moment ist es so, dass die Professorinnen und Professoren von der Medizinischen Fakultät – im Moment sind es zwei, um einmal die Zahl zu nennen; es ist nicht die ganze Fakultät, die zu uns kommt – bei uns sind bzw. unsere Kollegen dorthin gehen. Das Gleiche gibt es mit den Rehabilitations- und Sprachwissenschaften der TU Dortmund; unsere Studierenden nehmen an Veranstaltungen der dortigen Sprachwissenschaftler teil, bzw. diese kommen zu uns.

Zur Frage der Tätigkeiten: Wir bilden nicht so aus, dass wir sagen: „Wir möchten gern, dass unsere Studierenden, wenn sie fertig sind, Tätigkeiten durchführen können, die eigentlich Medizinertätigkeiten sind.“ Wir denken, dass Pflege ein sehr eigenständiger Beruf mit einem hochinteressanten Profil ist und dass es nicht darum gehen kann, der Medizin einzelne Tätigkeiten abzuluchsen – so sage ich es einmal –; es sei denn im Rahmen der Heilkundeübertragungsrichtlinie, den ich vorhin beschrieben habe. Wir arbeiten ganz konkret darauf hin, dass wir dort einen Studiengang entwickeln, in dem auch berufserfahrene Angehörige von Pflegeberufen entsprechend qualifiziert werden.

Zu der Frage, was sie anderes können und anderes machen: Ich denke, da gibt es zum einen eine andere Herangehensweise bezogen auf Themen; die Herangehensweise ist durch die wissenschaftliche Ausbildung eine andere. Ich nenne einmal ein Beispiel: die Anwendung von Leitlinien in der Gesundheitsversorgung. Die Schüler an einer Fachschule lernen, was eine Leitlinie ist und was im konkreten Fall zu beachten ist. An einer Hochschule lernen die Studierenden nicht nur die Leitlinie an sich kennen, sondern sie erfahren auch, wie Leitlinien entstehen; sie lernen, die Sinnhaftigkeit von Leitlinien zu überprüfen bzw. neue Leitlinien zu einem bestimmten Thema zu entwickeln und das dann entsprechend zu übertragen.

Wir gehen auch davon aus, dass unsere Absolventen in Bezug auf die Schnittstellen besser qualifiziert sind. Es gibt sicherlich noch mehr Möglichkeiten, sie anders einzusetzen.

Ich hoffe, dass Ihre Frage damit beantwortet ist.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Sehr geehrte Frau Professorin Friedrichs, auch von meiner Seite herzlichen Dank. – Ich würde gern noch einmal etwas konkreter bei dem einhaken, was der Kollege Hinderer gefragt hat. In Baden-Württemberg dürfen Pflegeheime maximal 100 Plätze haben. Sie haben beschrieben, dass Ihre Studierenden eine konkrete Tätigkeit mit Patienten anstreben. Jetzt nehmen wir einmal ein Pfl-

geheim mit 50, 70, 100 Plätzen in Baden-Württemberg als Beispiel. Ich hätte gern gewusst, wo der Unterschied ist. Welche Tätigkeiten sind da konkret von Ihrer Seite aus denkbar, wenn man diese Zielsetzung verfolgt? Es gibt hier ja nicht so viele Hierarchien.

Bekanntermaßen gibt es einen Pflegefachkraftmangel, der aufgrund der demografischen Entwicklung noch zunimmt. Welche Chance haben wir, mit Absolventen beispielsweise von Ihrer Hochschule hier abzuhelpen?

Sie hatten auch die „Versäulung“ des Systems und die zunehmende Bedeutung von sektorenübergreifender, interdisziplinärer Versorgung angesprochen. Welche Chance haben wir mit den Fachfrauen und Fachmännern, die bei Ihnen studiert haben, bezüglich dieser Themen? Das wäre der zweite Punkt.

Der erste Punkt war die Nachfrage, wo Sie konkret in Bezug auf ein Pflegeheim Einsatzgebiete sehen.

Sv. Frau Dr. Friedrichs: Einsatzgebiete sehen wir vor allem in Fragen der Koordination, also dass in der Begleitung der Patientinnen und Patienten bzw. der pflegebedürftigen Menschen in den Heimen individuelle Konzepte für einzelne Patienten, aber auch neue Versorgungskonzepte z. B. für eine Versorgungseinrichtung entwickelt werden.

Wenn diese Menschen mit anderen Qualifikationen in die Einrichtungen kommen, wird es auch darum gehen, Versorgungsabläufe so zu strukturieren, dass die neuen Kenntnisse und Fähigkeiten, die sie mitbringen, viel besser eingesetzt werden können.

Wir haben im Moment Beispiele dafür. Sie müssen dabei ein bisschen Nachsicht mit mir haben, als wir jetzt erst die ersten 35 Studierenden auf den Markt entlassen haben. Unsere praktische Erfahrung ist also noch nicht so groß. Aber unsere Vorstellung geht eben auch dahin, dass bestimmte vorhandene Abläufe, Tätigkeiten, Anwendungen von Assessments, Einstufungen für bestimmte Abläufe besser organisiert und strukturiert werden können.

Was ich mir langfristig vorstelle, sind auch andere Formen von Spezialisierung, z. B. für Fragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung, aber auch für Akut- und Intensivpflege. Aber da müssen, glaube ich, noch einmal andere Wege und Schritte gegangen werden.

Sagen Sie mir noch einmal ein Stichwort zur zweiten Hälfte Ihrer Frage?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Sie hatten in Ihrem Vortrag auch einen Hinweis aufgrund der sektorenübergreifenden Notwendigkeit gegeben. Sehen Sie durch dieses Profil die Chance, dass man auch da der Problematik, die wir in der Versäulung haben, begegnen kann?

Sv. Frau Dr. Friedrichs: Ich denke, die Versäulung könnte man anders noch besser auflösen, nämlich indem man Strukturen schafft, die diese Versäulung – zumindest zu einem erheblichen Teil – auflösen. Aber ich glaube schon, dass unsere Studierenden darauf vorbereitet werden – auch durch die Art der Ausbildung, durch die Interprofessionalität, die wir von vornherein in unser Studium mit einbauen –, dass diese Möglichkeiten der Zusammenarbeit besser sind, dass sie auch viel mehr darüber erfahren, was andere Berufsgruppen tun und können, welche Fähigkeiten und Kompetenzen sie mitbringen. Ich glaube, dann ist es auch einfacher, im Arbeitsalltag gut miteinander zurechtzukommen.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Frau Professorin Friedrichs, ich möchte an das anknüpfen, was Sie gerade als Antwort auf die Fragen meines Kollegen Haußmann gesagt haben. Das Thema Interprofessionalität ist ja an Ihrer Hochschule ein ganz besonderes. Die Idee, dass mehrere Gesundheitsberufe gemeinsam – oder auch parallel, aber eben in einer Vernetzung miteinander – ausgebildet werden, ist das besonders Charmante. Können Sie nach diesen fünf Jahren als erstes Ergebnis schon sagen, dass sich diese Struktur bewährt und dass es letztendlich auch ein Gewinn für die Studierenden der unterschiedlichen Ausrichtungen ist?

Abg. Jutta Schiller CDU: Ich habe auch noch eine Nachfrage, und zwar: Es gibt ungefähr 140 Studiengänge in der Pflege. Wie sinnvoll ist so etwas? Ist eine einheitlichere Ausbildung geplant? Und: Wie kann man Abschlüsse vergleichen?

Sv. Frau Dr. Friedrichs: Vielen Dank für die beiden Fragen. – Ich denke, die Interprofessionalität bewährt sich. Wir stellen das auch in den Gesprächen mit den Praxisanleitern unserer Studierenden fest; sie bestätigen uns dies. Wir haben, wie schon gesagt, eine eigene Evaluation mit dem WIAD – dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands –, das bei uns an der Hochschule gerade auch dieses Thema untersucht hat, durchführen lassen. Wir haben jetzt erste Ergebnisse. Wir wissen, dass wir da ein gutes Stück vorangekommen sind. Wir haben aber auch gesehen, dass es bestimmte Formen von interprofessioneller Ausbildung gibt, die sich nicht so gut bewähren, die von den Studierenden auch nicht so gut akzeptiert werden. Das heißt: Der Weg ist, glaube ich, der richtige, aber wir werden im Detail noch viel ändern müssen.

Ich will versuchen, dies an zwei Beispielen deutlich zu machen. Wichtig ist die gemeinsame Fallbearbeitung. Das ist, glaube ich, ein ganz zentrales Thema; das wird von den Studenten auch gut akzeptiert. Interprofessionalität – um einmal ein anderes Extrembeispiel zu nennen – entsteht nicht dadurch, dass Studierende verschiedener Studiengänge zusammen in einem Hörsaal sitzen und gemeinsam etwas über Anatomie lernen. Das ist keine Interprofessionalität; sie entsteht nicht dadurch, dass man zusammensitzt. Vielmehr entsteht Interprofessionalität dadurch, dass man gemeinsam mit unterschiedlichen Kompetenzen an einem Fall arbeitet und sich dabei austauscht. Nach Möglichkeit bzw. im besten Fall stellt man fest, dass das bessere Ergebnisse bringt.

Vielleicht noch einmal zu Ihrer Frage, Frau Schiller, der Frage nach den vielen unterschiedlichen Studiengängen. Ich finde, dass das Land Nordrhein-Westfalen da im Mo-

ment einen guten Weg geht, indem es die unterschiedlichen Strukturmodelle in Nordrhein-Westfalen untersucht. Ich würde mir wünschen, dass in einem zweiten Schritt noch einmal genauer hingeschaut wird, welches Modell sich wofür besser eignet. Ich glaube nicht, dass man sagen kann, die Modelle mit den Fachschulen seien besser oder schlechter als das Modell, das wir verfolgen. Aber man wird wahrscheinlich zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Erst dann, glaube ich, kann man sagen, wofür und für welchen Zweck welches Strukturmodell das richtige ist.

Ich denke, dass sich dies auch auf die Anforderung der Durchlässigkeit bezieht. Ich glaube, dass es für die Attraktivität des Pflegeberufs für die Zukunft entscheidend wichtig ist, dass es ein klares System an Durchlässigkeit gibt. Es ist wichtig, zu wissen, dass man sich auch dann, wenn man mit einer Pflegehelferausbildung begonnen hat, weiterqualifizieren kann, dass der Weg nach oben offen ist. Das muss sehr viel deutlicher gemacht werden. Dafür brauchen wir aber auch Gesetze, die diese Möglichkeiten geben.

Ich hoffe, dass es jetzt im Bundestag gelingen wird, ein Gesetz zu schaffen, in dem die akademische Pflegeausbildung zumindest gesondert genannt wird. Unsere Idealvorstellung wäre, dass das vielleicht in einem eigenen Gesetz gemacht wird. Aber ich glaube, das ist nicht der entscheidende Punkt. Der Punkt ist vielmehr, dass man klare Stufen hat, auf denen Pflegeausbildung, pflegeakademische Ausbildung, fachschulische Ausbildung und auch Weiterbildung für diejenigen, die schon länger im Beruf sind und sich weiterqualifizieren wollen, möglich gemacht werden. Man muss noch einmal genau darstellen, welche Kompetenzen man auf welcher Stufe des Qualifikationsrahmens erwerben muss.

Ich spüre die Blicke von Herrn Rüeck hinter mir, der mir deutlich sagt, dass ich zum Schluss kommen muss.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Professorin Friedrichs. Man lernt auch bei Blicken immer wieder dazu, aber insbesondere auch durch Ihren Vortrag. Vielen Dank für den Vortrag und die Beantwortung der Fragen.

(Beifall)

Ich darf die Damen und Herren Zuhörerinnen und Zuhörer im Bereich der Tür einladen, nach vorn zu kommen – hier sind noch Plätze frei –, Sie dürfen sich hierhin setzen. Sie dürfen – Abgeordnete müssen sich ganz heftig darum bewerben.

Wir kommen zum nächsten Vortragsblock, den sich Frau Professorin Dr. Astrid Elsbernd und Frau Dr. Sabine Proksch teilen werden. Frau Professorin Dr. Elsbernd ist Dekanin der Fakultät „Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege“ an der Hochschule Esslingen. Das Rednerpult und das Mikrofon gehören Ihnen. Es gilt auch wie bei Ihrer Vordnerin: Es kommt ein visuelles Zeichen, wenn Ihre Redezeit vorbei ist. Ich bitte Sie dann, allmählich zum Ende zu kommen. Aber jetzt dürfen Sie beginnen.

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ganz herzlichen Dank, dass ich heute hierher eingeladen worden bin. Es ist mir eine große Ehre, hier bei Ihnen zu sein und die Diskussion zu bereichern. Als engagierte Pflegewissenschaftlerin, die sich schon lange mit Bildungsfragen in der Pflege auseinandersetzt, verbinde ich hiermit auch die Hoffnung, dass Sie hier einen Beitrag für die Weiterentwicklung des Pflegeberufs leisten können, der im Übrigen ein überwiegender Frauenberuf ist.

Pflegende leisten schon heute einen zentralen Gesundheitsbeitrag. Sie stehen zusammen mit anderen Gesundheitsfachberufen – insbesondere den Ärztinnen und Ärzten – erkrankten Menschen zur Seite und helfen ihnen in oftmals sehr schwierigen Lebenssituationen. Dabei konzentrieren sich die Ärztinnen und Ärzte klar auf Diagnostik und Therapie, während die professionelle Pflege die Betroffenen darin unterstützt, mit den Folgen von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, aber auch mit den Therapien im Alltag zurechtzukommen. Dabei geht es beispielsweise um Fragen der Ernährung, des Schmerzmanagements, der Mobilitätsförderung, der Hautpflege, der Kontinenzversorgung, des Wundmanagements und nicht zuletzt natürlich auch um die Unterstützung bei ganz alltäglichen Verrichtungen.

Die Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen ist hochkomplex. Das Wissen um Erkrankungen und pflegerische Hilfemöglichkeiten muss deshalb entsprechend tief und weitreichend sein.

International verfügt die Pflegewissenschaft bereits über einen ganz beachtlichen und gut beforschten Wissenskörper, beispielsweise zu den von mir genannten Pflege Themen. Wenn man einen Blick auf die Interventionsforschung wirft, sieht man, dass es viele und deutliche Antworten gibt.

In Deutschland leiden wir seit vielen Jahren unter dem sich verstärkenden Problem, dass genau dieses Wissen nicht ans Bett gelangt. Die Pflegenden sind zurzeit oftmals nicht in der Lage, dieses Wissen zu nutzen, umzusetzen und ans Bett zu bringen. Die sehr langsame und in weiten Teilen sich nur auf Management und Pädagogik beziehende Akademisierung der Pflege ist hier vielleicht ein Grund.

Das Problem, dass nämlich in Deutschland seit 25 Jahren Pädagogik und Management akademisiert werden, hatten auch andere Länder vor uns. Beispielsweise hat Großbritannien einen ganz ähnlichen Weg genommen und mit dem sogenannten Project 2000 dann die Akademisierung des Pflegeberufs tiefgreifend eingeführt.

Sie haben mir im Vorfeld zu dieser Anhörung eine Vielzahl von Fragen zugesandt, die ich in sieben Minuten natürlich gar nicht beantworten kann. Deshalb habe ich versucht, die Fragen aus einer gewissen Distanz heraus zu betrachten.

Ich stelle fest, dass wir heute in Deutschland vor einer Grundsatzfrage stehen, nämlich der Frage, ob wir die Ausbildung in der Pflege tatsächlich ernsthaft akademisieren wollen. Wenn ich sage „tatsächlich ernsthaft“, dann möchte ich darauf hinweisen, dass eine

wissenschaftliche Ausbildung impliziert, dass sie von Hochschulen konzipiert und verantwortet wird und auch mit einer Berufszulassung einhergehen muss.

Seit 2009 haben wir die Modellklausel. Es sind über 40 primärqualifizierende Studiengänge entstanden, die höchst heterogen sind. Allerdings darf auch festgehalten werden, dass fast in allen Studiengängen ein ganz beträchtlicher Teil der fachschulischen Ausbildung angerechnet wird. Einige sprechen in der Pflege auch von einem sogenannten „Bachelor light“.

Das kann nicht der Weg für eine Akademisierung der Pflege in der Erstausbildung sein. Wir brauchen tatsächlich Pflegenden, die in der akademischen Bildung pflegewissenschaftlich akademisiert werden. Hätten wir ein solches System, könnten wir auf der Bachelor- und Masterebene leicht ein sinnvolles Gesamtgefüge von entsprechenden Weiterbildungs- und Vertiefungsmöglichkeiten anbieten. Der sich dann abzeichnende Qualifikationsmix impliziert meines Erachtens auch, dass nicht nur die Pflege, sondern alle Gesundheitsfachberufe wahrscheinlich Assistenzausbildungen anbieten sollten, die wiederum fachschulisch sind.

Zukünftig werden wir sicherlich eine kleinere Berufsgruppe haben. Wir wissen alle um die Gründe, warum das so ist. Und wenn die Berufsgruppe kleiner wird, dann wird man sich auch damit befassen müssen, wie man den Qualifikationsmix aufbauen will. Ich glaube, wenn wir nicht beginnen, hier durchgreifend eine akademische Erstqualifizierung anzubieten, werden wir auch bei allen anderen Weiterentwicklungsteilen Probleme haben. Entscheidend wird die Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe werden. Es wäre schon jetzt hilfreich, wenn sich die Medizin und die Pflege auf ähnliche oder vergleichbare Fachsystematiken einigen würden und wenn nach Möglichkeit auch an den gleichen Hochschulen qualifiziert würde.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Auseinandersetzung mit Detailfragen der Pflegebildung hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass wir uns aus meiner Sicht in der Pflegebildung nicht schnell genug entwickelt haben. Als Beispiel möchte ich hier die Frage der Generalistik und der integrativen Ansätze nennen.

Die generalistische Pflegeausbildung hat sich international sehr bewährt. Auch im medizinischen System haben wir keine Zweifel, dass die fachliche Ausdifferenzierung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen sollte. Fachlich gesehen bleiben aus meiner Sicht im Bereich der Generalistik nur wenige und auch sehr gut lösbare Fragen offen. Trotzdem dominieren noch heute diese Themen die Bildungsdiskussion.

Ganz vergleichbar verhält es sich aus meiner Sicht auch mit der Frage, ob die Fachschulen weiterhin Hauptausbildungsort bleiben. International gesehen ist die Pflege nicht anschlussfähig, wenn wir die Erstqualifikation auf Fachschulniveau belassen.

Die übergroßen Schwierigkeiten, die wir heute in unserem Fachschulsystem haben, sind Ihnen bekannt. Ich möchte sie trotzdem an dieser Stelle noch einmal benennen: Wir haben im Fachschulsystem keine einheitlichen Curricula, wir haben keinerlei Quali-

tätskontrollen – etwa durch Akkreditierung –, wir haben noch nicht einmal die Sicherheit, dass die Lehrerinnen und Lehrer akademisch qualifiziert sind und so auch an den Wissenskörper herankommen.

Ich wünsche mir sehr, dass die strategische Zielsetzung für die Pflegebildung klar eine Akademisierung der Erstausbildung sein wird. Mir ist bewusst, dass es Übergangszeiten geben wird, und wie ich uns in Deutschland kenne, werden die Übergangszeiten lang werden. Aber Verhandlungen vor dem Hintergrund dieser strategischen Zielsetzung führen natürlich zu anderen Fragen und auch zu einer anderen Gesamtschau der Bildungsentwicklung in der Pflege.

Ich wünsche mir, dass wir in absehbarer Zeit nicht nur die primärqualifizierenden Studiengänge anbieten, sondern dass es Universitäten und Hochschulen für angewandte Wissenschaften gibt, die auch die Kerndisziplin beheimaten, nämlich die Pflegewissenschaft. Man darf nicht vergessen, dass wir, wenn wir hier die Pflegewissenschaft nicht ausreichend akademisieren, die Bildung in der Pflege auch nicht anschlussfähig halten können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Elsbernd. Das war eine Punktlandung. – Ich bitte jetzt gleich Frau Dr. Proksch ans Mikrofon. Danach kommt dann die Runde mit Fragen an beide. Frau Dr. Proksch ist Leiterin des Bereichs „Pflege und Service“ sowie Leiterin des Geschäftsbereichs Pflegeentwicklung bei den Kreiskliniken Reutlingen GmbH.

Sv. Frau Dr. Proksch: Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission „Pflege“, sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich freue mich, heute hier zu sein und Ihnen zur Aus- und Weiterbildung in der Pflege vor allem aus der Pflegepraxis meine Einschätzungen mitteilen zu können. Wir haben heute ja eine sehr professorenlastige Runde, und deswegen habe ich mich dazu entschlossen, Ihnen mehr die Berufs- bzw. Pflegepraxis zu schildern.

(Die Rednerin begleitet ihren Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 2.*)

Ich möchte damit gleich beginnen und Ihren Blick kurz auf die Ausbildung lenken, dann auch kurz auf die Weiterbildungen, die wir im Moment noch haben, und Ihnen dann erklären, was das für die Pflegepraxis bedeutet und welche Antworten die Pflegepraxis darauf schon gefunden hat.

Zur Ausbildung: Wir haben im Moment nach wie vor eine Ausbildung, deren Qualität oft nicht mehr dem entspricht, was in den verschiedenen Pflegesettings notwendig ist. Wir brauchen einen verstärkten Fokus auf Beratung der Patienten, auf Schulung der Patien-

ten, aber auch der Angehörigen. Da muss aus der Sicht der Pflegepraxis noch sehr viel getan werden. Und wir haben in der Ausbildung nach wie vor eine sehr tayloristische Perspektive; wir erleben, dass die Absolventen sehr schwer in der Lage sind, Pflegeprozesse zu steuern und die Versorgungsübergänge zu gestalten.

Trotz alledem haben wir seit zwei, drei Jahren in Bezug auf diese Ausbildung eine zufriedenstellende Bewerbersituation, vor allem durch die Abiturienten – und zwar auch deshalb, weil wir eine Kooperation mit einer Hochschule eingegangen sind und ausbildungsintegriert ein Studium anbieten können. Das hat einen sehr großen Schub gegeben, was die Bewerberzahlen anbelangt. Wir haben im Moment unter unseren Bewerbern ungefähr 45 % Abiturienten.

Was ich aus der Sicht der Praxis auch betonen möchte: Wir brauchen eine generalistische Ausbildung, die eine gemeinsame Basis der Pflege schafft. Wir brauchen aber trotz allem auch spezifische fachpraktische Anforderungen, die dem einzelnen Pflege setting gerecht werden.

Wir haben im Moment das Problem, dass unsere Auszubildenden vor allem in der praktischen Ausbildung alle Facetten des sehr interessanten Berufs kennenlernen, dadurch in ihrer Pflegepraxis aber zunehmend wenig Sicherheit bis zum Examen finden können. Ich würde mir wünschen, dass wir die praktische Ausbildung auf einen Schwerpunkt konzentrieren und uns in den drei Jahren nicht in dieser Vielfalt austoben.

Zur Generalisierung bezüglich der Altenpflegehelfer und Krankenpflegehelfer kann ich nur sagen: Es ist für die Pflegepraxis ebenfalls sehr sinnvoll, da keinen anderen Weg zu wählen, einfach weil wir auch sehen, dass es für viele Pflegehelfer wirklich ein Einstieg in die dreijährige Ausbildung ist – und das ist auch das, was wir wollen und anstreben. So viel zur Ausbildung.

Die Weiterbildungen sind unübersichtlich; sie sind in der Quantität unübersichtlich, sie sind in der Qualität unübersichtlich. Wir haben verschiedene Fachweiterbildungen. Wir haben Weiterbildungen zu Management und zu Pädagogik. Wir haben Weiterbildungen, deren Curricula durch die staatliche Anerkennung geleitet sind, die Vorgaben durch Fachgesellschaften beinhalten oder die aber einfach Curricula von Weiterbildungsinstituten sind. Wir haben eine große Vielfalt, die es uns immer schwieriger macht, unsere Pflegefachkräfte für eine Weiterbildung zu motivieren. Deswegen würde ich für einheitliche Curricula plädieren, aber auch für das Angebot von Masterstudiengängen für unsere Bachelorabsolventen.

Über die Rahmenbedingungen in der Praxis – wir haben sie heute schon vielfach gehört – würde ich gern schnell hinweggehen. Sie alle wissen es: Multimorbidität und hochkomplexe Pflegesituationen. Wie geht die Pflegepraxis damit um? Wie geht sie damit um, dass sich die Aus- und die Weiterbildung noch so gestalten, wie sie sich gestalten? Im Prinzip haben wir eine Generalisierung bzw. Generalistik schon vorweggenommen. Wir setzen bereits in allen Pflegesettings Krankenpflegekräfte, Altenpflegekräfte und auch Kinderkrankenpflegekräfte ein. Wir haben in unserem Klinikum Stationen mit Al-

ten- und Krankenpflegern. Wir haben auch Kinderkrankenpfleger in der Krankenpflege und Krankenpfleger in der Kinderkrankenpflege. Wir haben auch Krankenpfleger im Altenheim. Das heißt: Die Mischung ist settingbedingt unterschiedlich. Aber es ist so, dass wir die Kompetenzen dieser verschiedenen Fachbereiche durchaus überall benötigen. Deswegen sind wir da schon – aus der Praxis heraus betrachtet – einen Schritt weiter.

Was tun wir noch? Wir kooperieren bei ausbildungsintegrierten Studiengängen mit Hochschulen, um die Bewerberlage zu verbessern, aber auch, um die Möglichkeit zu haben – nach den ersten Absolventen sehen wir auch, dass wir sie haben –, eine Fallsteuerung für die Patienten und ein Pflegesystem der Bezugspflege anbieten zu können. Das heißt: Wir sind da schon auf einem ganz guten Weg. Ich möchte darum bitten, dass Sie der Pflegepraxis gegenüber eine Vertrauenskultur entwickeln. Sie dürfen darauf vertrauen, dass wir sehr gut wissen, was Pflege und Pflegeempfänger brauchen.

Dann noch zu der Frage nach dem Einsatz von studierten Pflegekräften; diese Frage wurde auch schon an meine Vorrednerin gerichtet. Was tun wir? Für uns ist es keine Frage des Ob mehr, sondern tatsächlich nur noch eine Frage des Wie. Da sehe ich die Hausaufgabe in der Pflegepraxis vor allem darin, dass wir eine Fachkarriere anbieten müssen. Wir sind auf dem Weg zur Profession, die Pflege ist eine Profession, und im Moment ist sie noch eine Profession ohne das Angebot einer Fachkarriere. Das gibt es sonst in keinem anderen Beruf. Das ist das, was für uns basiswichtig ist. In den Kreiskliniken Reutlingen werden wir Anfang nächsten Jahres so weit sein.

Zu Beginn dieses Jahres haben wir eine Umfrage unter den Mitgliedern des Berufsverbands Pflegemanagement gemacht. Wir haben gefragt: Wie werden Pflegekräfte eingesetzt? Werden sie eingesetzt? Wo braucht man sie? Wie viele braucht man denn? Sie sehen: 20 bis 50 % akademisierte Pflegekräfte – das war die Einschätzung der Pflegedirektoren in Baden-Württemberg – werden benötigt.

Auf Folie 8 sehen Sie ein Beispiel, wie ein Qualifikationsmix aussehen könnte. Wir sind in der Pflegepraxis so weit: Wir haben alle diese Menschen. Wir haben Pflegeassistenten, wir haben hauswirtschaftlichen Service, wir haben Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, und wir haben akademisch ausgebildete Pflegekräfte. Wir haben sie alle. Wir müssen mit ihnen umgehen; wir wollen auch mit ihnen umgehen. Wir freuen uns sehr, dass wir sie haben. Was ich hier zeige, wäre ein Beispiel für ein klinisches Setting. In der Altenpflege können sich die Prozentzahlen verändern.

Ich denke, wir haben hier einen Anfang, um zu sehen, wie wir miteinander klarkommen. Das ist auch etwas, was wir umsetzen wollen, und damit sind wir übrigens auch bei den Ärzten offene Türen eingerannt, die sich sehr darauf freuen, ein Gegenüber zu haben, bei dem eine Verständnisbasis da ist, die derzeit aufgrund der jetzigen Ausbildung manchmal leider fehlt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Dr. Proksch. – Mir liegen jetzt Wortmeldungen von Frau Kollegin Schiller, Frau Kollegin Mielich, Herrn Kollegen Hinderer und Herrn Kollegen Haußmann vor. Ich schlage vor, Sie vier stellen Ihre Fragen und sagen auch gleich, an welche der beiden Damen sie gerichtet sind. Im Anschluss haben beide Referentinnen die Gelegenheit, zu antworten. Danach kämen wir noch zu einer zweiten Runde.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank für Ihre beiden Vorträge. – Ich habe jeweils eine Frage an beide Damen. Beim letzten Vortrag ging es u. a. um das Thema Weiterbildung. Sie haben selbst die Unübersichtlichkeit bei Quantität und Qualität angesprochen. Da stellt sich für mich die Frage: Wie könnte man Schwerpunkte setzen? Gibt es da konkrete Vorstellungen? Was müssen wir reduzieren? Welche Themen müssten eingengt werden?

Zum ersten Vortrag: Sie haben ganz kurz die Dreiteilung der Ausbildung und der Karriere angesprochen. Vielleicht könnten Sie das noch etwas näher definieren. Und: Sie haben vorhin Großbritannien als Vorbild bei der Ausbildung genannt. Gibt es dazu noch weitere Erfahrungen?

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ich habe erst einmal eine Frage an Sie, Frau Elsbernd. Sie malen, wie ich finde, ein richtig düsteres Bild von der Ausbildungssituation hier in Baden-Württemberg – aber nicht nur für Baden-Württemberg, glaube ich, sondern für Deutschland insgesamt –; Sie formulieren sehr deutlich. Ich meine das jetzt gar nicht als Kritik. Vielmehr finde ich, dass wir, die Politik, da einen großen Handlungsbedarf haben, zu prüfen: Wie kann man aus dieser großen Unübersichtlichkeit, aus dieser Vielfalt verschiedene Aspekte herausnehmen bzw. ein einheitliches Konstrukt ableiten?

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann sagen Sie: Es muss eine grundständige, hundertprozentige akademische Ausbildung geben. Das ist sozusagen das Maximum dessen, was Frau Friedrichs eben gesagt hat. Der Wissenschaftsrat nennt eine Spannweite von 10 bis 20 %. Sie, Frau Proksch, sagen 20 bis 50 %, und Sie, Frau Elsbernd, 100 %. Wir haben da also sozusagen die freie Wahl. Aber mir ist noch nicht ganz klar, wie Sie dann z. B. auch die Durchlässigkeit gewährleisten wollen. Das ist jetzt die Frage an Sie, Frau Elsbernd.

Sie beide möchte ich noch zum Thema „Generalistik contra modulare Ausbildung“ fragen. Das ist mittlerweile – so kann man es sagen – ein Glaubenskrieg, und der wird aus den Bereichen der unterschiedlichen Pflegekompetenzen sehr unterschiedlich diskutiert und bewertet. Beispielsweise kritisiert speziell die Kinderkrankenpflege die generalistische Ausbildung sehr stark, weil sie sagt, dass dies in keinsten Weise den Kompetenzen entspricht, die z. B. eine Kinderkranken Schwester haben muss. Der Altenpfleger sagt: „Wir befürchten, dass unsere Berufsgruppe komplett wegfällt.“ Ich möchte Sie fragen, was Sie an dem Vorschlag einer modularen Ausbildung kritisieren, der besagt: zwei Jahre Generalistik und ein Jahr fachspezifisch.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich möchte darum bitten, sich auch bei den Fragen kurzzufassen. Denn je länger die Fragen sind, umso kürzer können die Antworten nur ausfallen.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Ich will mich bemühen. – Ich habe eine Frage an beide Expertinnen. Frau Dr. Proksch – Sie sind aus der Praxis –, vielleicht können Sie uns noch ein paar Anregungen geben, wie jenseits der Lerninhalte der betriebliche Alltag für die Auszubildenden attraktiver gestaltet werden kann. Dieses Thema hatten Sie nicht angeschnitten.

Dann eine Frage an Frau Professor Elsbernd: Ich habe es so verstanden, dass Sie einen weitreichenden Begriff der Akademisierung zugrunde legen und bei Ihnen die akademische Ausbildung die Regelausbildung ist, ergänzt durch die Assistenzausbildung. Auf welchem Niveau würde sich aus Ihrer Sicht dann die Assistenzausbildung abspielen? Ist das die jetzige Ausbildung der Fachkräfte, oder ist das die Helferausbildung? Wo wäre das einzuordnen?

Dann noch eine Frage an beide: Sie denken – was zunächst auch richtig ist – sehr vom Bedarf her: Welchen Bedarf haben wir in der Pflege? Welche Anforderungen stellen sich? Aber was ist, wenn man das Ganze von den Ressourcen, sprich von den Menschen her denkt, die für Pflegeberufe infrage kommen? Da knüpfe ich auch an das an, was uns im Vorfeld dieser Veranstaltung heute von Auszubildenden an Informationen geliefert wurde. Das sind ja heute vielfach auch Schülerinnen und Schüler aus den Werkrealschulen und den Realschulen. Es ist auch eine sehr multikulturelle Ausbildungsgruppe. Wie passt das nachher zusammen?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Daran möchte ich mit einer Frage an Frau Professorin Elsbernd anschließen. Wir hatten von Frau Dr. Proksch die Aufteilung im Krankenhaus mit 20 % studierten Pflegekräfte, 60 % aus der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege und 10 % Pflegeassistenz gehört. Wie würden Sie es in Bezug auf die Fachkraftquote für Pflegeheime, für Seniorenzentren bewerten? Bestünde da, wenn wir einen sehr hohen Akademisierungsfaktor hätten, nicht ein Stück weit die Gefahr, dass wir aufgrund der Qualifikation zu viele aus der Pflege an andere Bereiche verlieren? Das würde mich interessieren.

Dann eine Frage an Frau Dr. Proksch: Sie haben beschrieben, dass man bei der Fachkarriere am Anfang ist. Wie sehen Sie die Chancen, genau hier einen Ansatz zu finden, den Nachwuchs in den Alten- und Pflegeheimen zu halten? Und wie beurteilen Sie die Aufteilung, die Sie für das Klinikum beschrieben haben, für den Bereich Altenhilfe?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. Dies war ein bunter Strauß an Fragen. Acht Minuten stehen noch für die Beantwortung zur Verfügung; sieben Minuten lang wurden Fragen gestellt. Vielleicht können wir das in den nächsten Runden etwas optimieren.

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Das düstere Bild – um damit zu starten – möchte ich nicht verstärken oder neutralisieren, wenn ich noch einmal sagen möchte: Wenn wir heute in die Praxis gehen und pflegebedürftige Menschen sehen, erkennen wir, dass sie nicht die Leistungen bekommen, die man heute eigentlich schon anbieten müsste. Also: Der State of the Art kann in der Anwendungspraxis regelmäßig nicht angeboten werden. Das liegt an vielen Gründen, aber auch an dem Bildungshintergrund der Pflegenden.

Wenn ich hier sage, die akademische Ausbildung solle die Regelausbildung werden, meine ich das auch tatsächlich so. Ich glaube aber, dass man auch sehen muss: Erst einmal ist es in den Ländern, die das gemacht haben – das sind praktisch alle; alle europäischen und international westlichen Länder haben das gemacht –, so, dass es natürlich einen neuen Qualifikationsmix gibt und dass wir auch von ganz anderen Zahlenverhältnissen ausgehen müssen, als wir sie heute haben. Wir kommen in Deutschland von einer hundertprozentigen Fachschulbildung her, und das wird, wenn man das möchte, über viele Jahre abgelöst werden.

Ich glaube auch, dass dann immer weniger Personen die akademische Laufbahn absolvieren werden. Aber grundsätzlich brauchen wir die akademisch gebildete Pflegekraft; das ist richtig, das sehe ich auch so. Ich sehe auch, dass wir das bundesdeutsche Bildungssystem längst so weit haben, dass wir volle Durchlässigkeit für jeden haben, der einen niedrigen Bildungsabschluss hat. Schon heute können Sie an jeder Hochschule in Deutschland beispielsweise eine Eignungsprüfung absolvieren, aber Sie können auch Quereinstiege machen. Die Anrechnungsmöglichkeiten sind vielfältig. Das heißt: Das System gibt hier eigentlich sehr viel her.

Ich glaube auch, dass wir sehr stark ein Assistenzniveau fördern müssen, und zwar weit über dem, was heute als Pflegeassistenz verstanden wird. Das heißt: Das muss ein eigenes Berufsbild werden. Das hat man beispielsweise in Spanien sehr erfolgreich etabliert.

Wenn ich sehr viel von Großbritannien rede, dann mag das daran liegen, dass wir mit den britischen Kollegen in engem Austausch sind. Ich fand es sehr eindrucksvoll, von ihnen zu hören, dass sie vor ungefähr 15 Jahren im Aufbau der akademischen Bildung und im Wechsel von einem Fachschul- zu einem Hochschulsystem fast die gleiche Entwicklung durchgemacht haben. Das hört sich so verblüffend ähnlich an, dass ich das Beispiel einfach sehr im Hinterkopf habe. Die Amerikaner haben diese Geschichte nur 25 Jahre vor uns erlebt. Das heißt, auch sie haben fast genau die gleiche Geschichte durchlaufen, nur dass wir hier eine Zeitverzögerung haben.

Sie sprechen die Ressourcen an: Wen haben wir eigentlich auf Dauer? Ich kann dazu eines sagen: Wir brauchen für den Pflegeberuf motivierte Menschen, die auch bildungsmotiviert und nicht „nur“ handlungsmotiviert sind. Es wird sehr entscheidend sein, dass die wenigen Pflegenden, die auf Dauer in diesem Beruf arbeiten werden – die Berufsgruppe wird schrumpfen, wird wesentlich kleiner werden; das habe ich vorhin gesagt –, die dann da sein werden, sehr hoch qualifiziert sind; sonst wird es wirklich schwierig. Gleichzeitig müssen sie in der Lage sein, nicht nur die Patientenangehörigen

anzuleiten, sondern auch die ganzen Personengruppen, die mit im Boot sind und die Versorgung sichern.

Ich glaube, meine Zeit ist um.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Sie dürfen den Satz noch zu Ende führen.

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Ich bin mit meinen Ausführungen fertig.

Sv. Frau Dr. Proksch: Zu Ihrer Frage zu der Weiterbildung: Die Weiterbildungen sind unübersichtlich. Wie kann man sie reduzieren oder vereinheitlichen? Im Moment brauchen wir diese Weiterbildungen noch. Man kann es insofern sicher nicht unbedingt reduzieren, weil wir die Qualifikationen zu den unterschiedlichen Themen brauchen. Ich sehe eher, dass man es in der Zukunft besser machen kann, dass wir dann – erstens – einheitliche Curricula haben und dass wir es – zweitens – tatsächlich schaffen, das auch in die Akademisierung mit einfließen zu lassen, dass wir da weiterkommen.

Zur Attraktivität der Ausbildung: Die Ausbildung ist in der Theorie im Moment zwar nicht optimal, aber für die Schulabgänger durchaus attraktiv. Wo wir nachbessern sollten, ist einmal vor allem in der Pflegepraxis. Die praktische Ausbildung ist durch die Praxisanleitung – so, wie sie im Moment gestaltet ist – einfach insuffizient; das muss man sagen. Das ist einfach nicht finanziert. Wir kommen da täglich an unsere Grenzen. Wir würden den Schülern gern mehr Verantwortung übertragen; das ist aber einfach nicht möglich, und das frustriert und macht unzufrieden.

Was zumindest bei uns im Haus auch auffällt – ich weiß nicht, wie es die Gäste sehen, die heute hier sind –, ist, dass sich die Schüler an dem Begriff „Schüler“ stören. Es ist eine Berufsausbildung, und es sind eigentlich Auszubildende. Ein Auszubildender hat eine andere Stellung in einem Betrieb als ein Schüler, so, wie er von der Schule kommend sozialisiert ist. Deswegen würde ich dafür plädieren, das Wort „Auszubildender“ zu nehmen. Das ist das, was ich immer wieder aus der Praxis höre.

Dann zur Fachkarriereaufteilung im Bereich Altenhilfe: Da können wir uns vielleicht noch einmal zusammenfinden. Für Assistenzberufe im Setting Klinikum ergibt sich einfach deshalb eine Schwierigkeit, weil wir Pflegehelfer – Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer – z. B. nicht allein in den Nachtdienst schicken können. Da gibt es Grenzen. Grenzen gibt es auch in der Ausübung, in dem, was sie dürfen. Da viel medizinische Behandlungspflege anfällt, ist da deren Quote relativ gering. Ich könnte mir vorstellen, dass es in der Altenpflege etwas anders aussieht. Ich bin aber der Meinung, dass das nur geringfügige Verschiebungen sein werden und dass wir da in der Zukunft sowieso ganz woanders landen werden müssen.

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Ich würde gern noch einmal auf eine Frage eingehen, nämlich die Generalistik; dieses Stichwort habe ich noch auf meinem Zettel gefunden. Ich finde, dass das keine Glaubensfrage ist, sondern es steht einfach eine Bildungsfrage dahinter. Ich stimme Ihnen vollkommen zu, dass man bereits in der primärqualifizierenden Aus-

bildung Schwerpunkte wählen kann; so macht man das international auch. Das heißt: Ab dem dritten, manchmal schon ab dem zweiten Jahr können die Studierenden Schwerpunkte wählen. Es kommen übrigens auch Schwerpunkte dazu, für die es hier in Deutschland ganz andere Bildungswege gibt, z. B. die Pflege von Menschen mit geistigen Einschränkungen; das ist ein Bereich, den man hier mit hineinnehmen müsste.

Ich finde, das sollte man auf jeden Fall machen, und die Befürchtung, die insbesondere die Kinderkrankenpflege hier immer wieder äußert, kann man, glaube ich, im Grunde genommen dadurch heilen, dass man auch wirklich deutlich macht, wie diese Vertiefungen aussehen. Internationale Curricula bieten das an. Der Trick wird aber sein, dass auf weiterführender Ebene natürlich eine sehr viel deutlichere Vertiefung auf wissenschaftlichem Niveau möglich ist. Das ist heute in der Kinderkrankenpflege – so diskutiere ich es auch mit dem Verband – eben gar nicht möglich. Deren Weiterbildungschancen sind im Moment im Grunde genommen an dieser Stelle abgeschnitten.

Von daher würde ich sagen: Aus meiner Sicht ist es wirklich kein Glaubenthema, sondern eher ein Bildungskonstruktionsthema.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Wir haben in dieser Runde noch 23 Sekunden Zeit. Es liegt noch eine Wortmeldung vor.

Dr. Uwe B. Schirmer, stellvertretendes externes Mitglied: Danke schön, Herr Rüeck. – Frau Elsbernd, welche Rolle spielen bei Ihren Vorstellungen bezüglich der Akademisierung zukünftig die Fachschulen für Altenpflege und die Krankenpflegeschulen?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Schirmer.

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Ganz sicher wird es so sein, dass sie ein anderes Aufgabenprofil bekommen. Ganz sicher wird es aber auch so sein, dass wir die Lehrerinnen und Lehrer dieser Schulen nicht verlieren dürfen. Das heißt: Wir müssen überlegen, wie wir in einer Übergangszeit von vielleicht zehn bis 15 Jahren diesen Bildungssektor nutzen, um hochschulische Bildung aufzubauen. Wenn dann in – so sage ich einmal – 15 Jahren eine Ablösung möglich wäre, wären das die Orte, die z. B. für das Assistenzniveau fachschulisch bilden könnten.

Aber ich möchte es noch einmal sagen: Uns fehlen für eine Akademisierung ja im Moment auch die Pädagoginnen und Pädagogen sowie die Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler. Das heißt, wir haben nicht den Luxus, hier auf irgendjemanden verzichten zu können, sondern eher müssen wir sie in die neuen Bildungssysteme überführen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Elsbernd und Frau Dr. Proksch, für Ihren Vortrag und für die Beantwortung der Fragen.

(Beifall)

Ich darf nun Herrn Professor Dr. Stefan Görres ans Mikrofon bitten. Er ist Dekan des Fachbereichs Human- und Gesundheitswissenschaften und Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung in Bremen.

Sv. Herr Dr. Görres: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Ich freue mich sehr über die Einladung zur heutigen Anhörung. Sie haben jetzt schon eine Menge gehört. Die Frage, die sich mir jetzt natürlich stellt, ist: Was kann ich Ihnen noch Neues sagen? Ich versuche, mich kurz zu fassen. Ich denke, es wäre vielleicht sogar angebracht – ich weiß nicht, ob das Protokoll das zulässt –, mehr Zeit für Fragen zu haben zu dem, was ich Ihnen vorstellen möchte, weil es hier natürlich zwangsweise zu Wiederholungen kommen wird.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 3.*)

Ich habe versucht, Ihnen neun Punkte aufzulisten, von denen ich denke, dass damit die wesentlichen Fragen zumindest angerissen sind.

Der erste Punkt – das sollte man nicht vergessen – ist die Frage nach der Ausgangssituation. Das wurde heute hier schon vielfach dargestellt. Sie alle wissen, dass Kollegen von mir Prognosen abgegeben haben; demnach wird der Fehlbedarf an Pflegekräften im Jahr 2030 etwa bei 500 000 liegen. Die Frage ist: Wie kann man das füllen? Es gibt verschiedene Szenarien, wie man das füllen kann. Ein Szenario wird darin liegen, die Attraktivität deutlich zu erhöhen. Wir haben in Bremen eine Untersuchung gemacht; aus der geht deutlich hervor, dass sowohl die Eltern als auch die Lehrer als auch die Agenturen für Arbeit kaum dazu raten, den Pflegeberuf zu ergreifen. Das liegt u. a. daran, dass Eltern und Lehrer diesen Beruf nicht als attraktiv einschätzen. Insofern ist es, um die Ausgangssituation Fachkräftemangel halbwegs abzumildern, ganz wichtig, die Attraktivität zu steigern. Wenn Eltern und Lehrer schon sagen, der Grund seien mangelnde Karrierechancen, kann eine Attraktivitätssteigerung nur in der Akademisierung liegen, aber auch insgesamt in der attraktiveren Gestaltung dieses Berufs.

Das Zweite ist: Care-Mix bestimmt die Zukunft. Wir reden immer über Akademisierung. Wir müssen uns aber vor Augen halten – auch das wurde mehrfach erwähnt –, dass wir in Zukunft auch weiterhin noch ein gestuftes System an Qualifikationen haben werden. Daran führt kein Weg vorbei. Andere Länder haben sozusagen in einer Nacht- und Nebelaktion eine Akademisierung des Berufs vorgenommen, indem die ganze Ausbildung einfach eine Stufe höher gehoben wurde. Das können wir, glaube ich, in Deutschland in diesem Maß nicht machen. Wir sollten uns auch überlegen, ob wir es machen sollten. Deswegen bin ich ganz eindeutig für einen Care-Mix, das heißt, dass weiterhin verschiedene Qualifikationsstufen bestehen. Wir haben eben eine Folie gesehen, auf der das dargestellt war.

Wir werden also nicht allein mit der Akademisierung die Zukunft der Pflege retten. Vielmehr brauchen wir weiterhin sowohl darüber – das heißt PhD und weiter gehend – als auch – das vor allem – darunter Qualifikationsstufen. Das wird nicht von allen geteilt,

aber das ist, glaube ich, eine ganz wichtige Feststellung, die man treffen muss. Erst in dem Zusammenspiel der verschiedenen Qualifikationen werden wir wahrscheinlich in Zukunft optimale Versorgungssituationen gestalten können.

Dazu gibt es verschiedene Untersuchungen. Wir machen gerade für den GKV-Spitzenverband eine Untersuchung, um herauszubekommen: Wie muss der Care-Mix gestaltet sein, damit wir für den einzelnen Case bei gegebenem Case-Mix eine optimale Versorgungssituation bekommen können?

Das Dritte – das wurde heute auch schon mehrfach erwähnt –: vertikale und – das füge ich hinzu – horizontale Durchlässigkeit. Die vertikale Durchlässigkeit ist klar: Wir müssen eine Durchlässigkeit von unten nach oben schaffen. Diese Durchlässigkeit ist, glaube ich, inzwischen im Ansatz gegeben. Die letzten Jahre haben sehr viel dazu beigetragen, dass wir dahin gekommen sind. Diese Durchlässigkeit muss allerdings deutlich professionalisiert und vor allem von der Qualität her deutlich besser abgesichert werden.

Was wir häufig nicht betonen, ist eine horizontale Durchlässigkeit. Wir müssen auch Möglichkeiten schaffen, nicht nur Berufe für diese „Säulen“ auszubilden, die Sie alle kennen – stationär, ambulant, teilstationär –, sondern es wird in Zukunft – darauf komme ich gleich noch einmal zurück – auch eine Reihe anderer Berufe geben, die Ihnen so nicht geläufig sind, die aber im Entstehen sind. Deswegen brauchen wir auch eine horizontale Durchlässigkeit. Das heißt, Pflegeberufe müssen ein Stück weit aus diesen bekannten Säulen herauskommen und in andere Arbeitsfelder einsteigen können, wie etwa dem der Prävention. Deswegen ist also auch die horizontale Durchlässigkeit wichtig und erhöht sie die Attraktivität des Berufs deutlich.

Der vierte Punkt – darüber haben wir heute sehr viel geredet – ist die Akademisierung, die natürlich in Deutschland längst überfällig ist. In den USA, im ganzen angloamerikanischen Raum, in Skandinavien und Holland, in China – egal, wo sie hinschauen – ist die Akademisierung der Pflegeberufe wesentlich weiter. Insofern stellt sich gar nicht die Frage des Ob, sondern die Frage des Wie und des „Wie viel“; auch darüber haben wir gesprochen. Es gibt die Zahl „10 bis 20 %“. Ich glaube, dass diese Zahl sehr gegriffen ist. Die ist empirisch nicht belegt; Frau Friedrichs, Frau Elsbernd und andere haben darauf hingewiesen. Das heißt: Wir brauchen hier eigentlich Bedarfsanalysen und sowieso insgesamt mehr Ausbildungsforschung für die Pflegeberufe, um zu wissen: Wie muss der Care-Mix gestaltet sein?

Dabei geht es nicht um berufspolitische Interessen, sondern es geht vorwiegend um versorgungspolitische Interessen und um die Frage: Welchen Care-Mix brauchen wir – ich habe es eben schon gesagt –, um eine optimale Versorgungsqualität gestalten zu können? Das heißt: Ich würde immer von dem Verbraucher her denken und nicht primär berufspolitisch. Ich würde fragen: Wie muss die Versorgungsqualität in Deutschland sein, damit wir auch in Europa und weltweit wettbewerbsfähig sind? Denn wir haben, wie Sie alle wissen, hohe Ausgaben – aber die Qualität im Gesundheitswesen steht zu

den hohen Ausgaben nicht in Verhältnis. Deswegen: Verbesserung der Versorgungsqualität durch einen guten Care-Mix, und dazu gehört eben auch die Akademisierung.

Ich wiederhole mich: Wie hoch der Prozentsatz der Akademisierten sein muss, ist aus meiner Sicht eine Frage der Forschung, auch der Erfahrungen, wenn Sie so wollen. Man kann durchaus, wie Frau Friedrichs das erwähnt hat, einfach einmal 10 bis 20 % greifen und sagen: „Jetzt überprüfen wir das einmal.“ Aber, wie gesagt, das muss am Ende nicht dabei stehen bleiben. Eine hundertprozentige Akademisierung ist eine ganz interessante Forderung. Wenn man das fordern sollte, stellt sich natürlich die Frage: 100 % von was?

Wenn Sie 100 % akademisieren, meinen Sie damit, dass Sie die dreijährige Ausbildung sozusagen durchweg zu 100 % akademisieren? Ist das dann Pflege? Sind das dann die Pflegeberufe? Und wie nennen wir dann die, die auf den Qualifikationsstufen darunter sind? Das sind ganz interessante Fragen. Diese Fragen tauchen natürlich auch deswegen auf, weil wir, wenn wir „Pflegeberufe“ sagen, eigentlich ein ziemliches Sammelsurium meinen. Insofern müssen wir auch hier zu einer Präzisierung finden, was die Abschlüsse angeht und wie die entsprechend qualifizierten Personen eingesetzt werden können. Das würde uns, glaube ich, viele Diskussionen ersparen.

Fünftens – ich habe es schon gesagt –: Berufliche Bildung bleibt wichtig. Eben wurde die Frage gestellt: Brauchen wir die Fachschulen noch? Ich meine: ja. Wir können in den nächsten Jahren sicherlich nicht auf die Fachschulen verzichten. Deswegen auch noch einmal der Hinweis auf den Care-Mix. Die Fachschulen tragen dazu bei, dass wir den Care-Mix haben, dass wir auch unterhalb des akademischen Niveaus eine gute Ausbildung haben. Da blickt Deutschland auf eine lange Tradition der beruflichen Bildung zurück. Ich glaube, diese sollten wir nicht ohne Weiteres aufgeben – zumal meine Erfahrungen etwa aus China und den USA die sind, dass die Ausbildung auf Bachelor-niveau nicht durchweg in allen Ländern wesentlich weiter ist als etwa eine sehr gute dreijährige Ausbildung. Ich rede damit nicht gegen die Akademisierung, aber für die Beibehaltung einer Qualifikationsstufe unterhalb der Akademisierung.

Sechstens: Ausbau von Forschung und Wissenschaft. Das halte ich für zentral. Das wurde eben am Rande erwähnt, aber, glaube ich, nicht deutlich genug. Um akademisch gebildete Pflegekräfte ausbilden zu können, brauchen Sie Hochschullehrer – sonst wird das nicht funktionieren –, und diese haben wir nicht. Hochschullehrer werden an Universitäten, in der Regel nicht an Fachhochschulen ausgebildet. Wir haben in Deutschland acht solche Universitäten. Das ist zu wenig.

Ich kann Ihnen ein Beispiel nennen. Eine Kollegin von mir hat festgestellt, dass im Jahr 2013 in Deutschland 32 Stellenanzeigen allein für Professuren in der Pflegewissenschaft geschaltet wurden. Viele konnten nicht besetzt werden; vielfach wurden Stellen viermal, fünfmal, sechsmal ausgeschrieben, weil inzwischen die Personaldecke relativ dünn ist. Wenn wir also eine Akademisierung fordern, dann müssen wir auch immer eine Unterstützung der Ausbildung dieser Menschen fordern, und die erfolgt an Universitäten.

Das ist sehr schwer zu vermitteln, weil Sie natürlich immer – wie ich auch – vom Verbraucher her denken und sagen: „Es reicht, wenn wir Personen mit Fachhochschulniveau und unsere Bachelor- oder vielleicht auch Masterabsolventen haben.“ Aber man denkt nicht weiter und sagt nicht: „Wir brauchen eben auch Menschen, die wiederum diese Personen ausbilden“ – und das geschieht an den Universitäten.

Es geht aber nicht nur um die Ausbildung, sondern auch um die Forschung. Forschung wird in Deutschland, was Pflege betrifft, kaum unterstützt. Wir sind bei der DFG nicht bekannt. Es gibt kein systematisches Pflegeforschungsprogramm. Es gab vor wenigen Jahren einmal über sechs Jahre vom BMBF eines; das wurde dann sozusagen ad acta gelegt. Seitdem gibt es keine systematische Pflegeforschung. Wir sind sehr froh – ich sage das ausdrücklich, weil ich hier in Stuttgart bin –, dass die Robert-Bosch-Stiftung über Jahre, wenn nicht Jahrzehnte die Pflegeforschung in Deutschland unterstützt hat. Viele Kollegen, die in Deutschland die ersten Professuren eingenommen haben, kommen aus einem Stipendienprogramm der Robert-Bosch-Stiftung, und viele Drittmittelprojekte und Graduiertenkollegs in Deutschland sind von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert worden. Ich sage hier in Stuttgart sehr gern: Hätten wir die Robert-Bosch-Stiftung nicht gehabt, dann wäre die Pflegewissenschaft in Deutschland nicht so weit.

Anders formuliert heißt das: Die Ministerien – insbesondere das Forschungsministerium – haben die Notwendigkeit bisher nicht erkannt. Die Robert-Bosch-Stiftung sagt – ich finde, zu Recht –: „Jetzt sind einmal die anderen dran.“ Die anderen ziehen aber nicht nach. Insofern haben wir hier in der universitären Ausbildung und auch in der Forschung eine deutliche Lücke.

Die Forschung ist insofern ganz wichtig, weil wir natürlich neue Interventionsformen suchen, die evidenzbasiert sind. Das heißt: Wir wollen wissen, ob das, was Pflegekräfte tun, auch wirklich Wirkung zeigt. Und deswegen brauchen wir Forschung. Eine Kollegin, die – ich vermute einmal – in einem Krankenhaus gearbeitet hat, hat gesagt: „Warum sollen wir das Geld in die Forschung geben? Es wäre in der Praxis besser aufgehoben.“ Ich habe ihr geantwortet: „Ich kann Sie sehr gut verstehen. Aber würden wir das nur so einseitig machen, würden Sie heute noch am Bett stehen und bei der Dekubitusprophylaxe eisen und föhnen“ – was wir natürlich längst nicht mehr machen, weil das kontraproduktiv ist. Deswegen brauchen wir Forschung; damit wir die richtigen Interventionen am richtigen Ort haben und wissen: Das an Interventionen, wofür wir Geld ausgeben, ist auch wirksam. Sonst ist es hinausgeworfenes Geld; das sage ich hier in Schwaben.

An siebter Stelle: Neue Einsatz- und Arbeitsfelder entstehen. Ich wiederhole mich: Wir müssen uns von dem versäulten System „ambulant – teilstationär – stationär“ loslösen. Wir werden in Zukunft Pflegeberufe haben, wie es sie in den USA, im angloamerikanischen Bereich, in Holland und Skandinavien jetzt schon gibt, wo nämlich Pflegekräfte auch in anderen Bereichen eingesetzt sind, z. B. ganz stark in der Prävention. Es gibt in den USA die sogenannte School Nurse. Sie alle wissen, wie die Ernährungssituation in Schulen ist und wie sich Problemlagen in Schulen entwickeln. Zu Recht werden hier Sozialarbeiter gefordert. Aber in den USA hat man längst erkannt, dass man hier auch School Nurses einsetzen kann, die Sprechstunden haben und sozusagen als Gatekee-

per, als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen oder z. B. auch Ernährungsproblemen auftreten können.

So gibt es eine ganze Reihe anderer Möglichkeiten und neuer Einsatzfelder, die uns in Bremen, wo wir seit 20 Jahren schon in der Pflege ausbilden, z. B. dazu gebracht haben, jetzt einen Master in Community and Family Health Nursing anzubieten, weil wir davon ausgehen, dass ein Großteil der pflegerischen Handlungsfelder in Zukunft gar nicht im Akutbereich, also im Krankenhaus, liegen wird. Warum auch? Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von inzwischen sechs oder sieben Tagen bleibt nicht mehr viel Raum für Pflege. Das heißt: Die Pflege wird sich aus den klassischen Sektoren wie Krankenhaus in die stationäre Langzeitpflege, in den ambulanten Bereich, in die Versorgung von chronisch Kranken und vulnerablen Gruppen verschieben.

Hier spielt die Gemeinde in Zukunft eine große Rolle. Deswegen verfolgen wir einen Community-Ansatz und sagen: Das eine ist das Individuum, für das die Pflege zuständig ist, das andere ist aber die Kommune. Kommunen – das lesen Sie seit der letzten Bundestagswahl in allen Parteiprogrammen – werden in Zukunft viel stärker Verantwortung für Gesundheit übernehmen müssen – egal, ob sie klamm sind oder nicht; ich hoffe, dass dies in Zukunft nicht mehr so ist. Sie werden es tun müssen. Die Kommunen sind die Plattform, wo gesundheitliche Versorgung sozusagen auf der operativen Ebene abgehandelt wird. Wir brauchen gute kommunale Konzepte, die es in Deutschland durchweg kaum gibt. Wir können uns vorstellen, Pflegekräfte – etwa Community Health Nurses, Public Health Nurses oder Family Health Nurses – dafür einzusetzen. Das ist für uns die Zukunft; deswegen haben wir jetzt in Bremen dazu einen neuen Master konzipiert, der uns von den klassischen Säulen wegführt.

Der achte und damit vorletzte Punkt: Generalistische Ausbildung. Dazu ist viel gesagt worden. Ich glaube, wichtig ist, dass wir hiermit auf jeden Fall den internationalen Anschluss wahren, der anders nicht zu wahren wäre, weil es z. B. die Altenpflegeausbildung in keinem anderen europäischen Land als separate Ausbildung gibt. Insofern ist deswegen die generalistische Ausbildung wichtig. Das steht im Koalitionsvertrag. Wir haben viele Modellprojekte in Deutschland evaluiert und sind immer wieder zu der Auffassung gekommen, dass vieles für eine generalistische Ausbildung spricht, weil wir eben diese von mir erwähnte horizontale Bewegung und Dynamik der Pflegeberufe haben. Das heißt, wir brauchen eine viel höhere Flexibilität der Einsatzmöglichkeiten auf allen Ebenen. Deswegen Generalistik.

Zum Schluss der letzte und neunte Punkt: Es gibt inzwischen einen Nationalen Gesundheitsberuferrat, der sich in der Gründung befindet; es gibt sozusagen eine Vorstufe. Dieser Rat wird von Kollegen von mir vorangetrieben, weil wir der Meinung sind, dass wir in Zukunft einen hohen Beratungsbedarf haben werden, welche Gesundheitsberufe in Deutschland und auch in Europa die richtigen sind. Dabei geht es nicht nur um Pflege, sondern auch um therapeutische Berufe. Dazu haben wir wenig Forschung und wenig Erfahrung. Wir haben über die Ausbildung, die Einsatzmöglichkeiten und die Kompetenzen, die notwendig sind, wenig Erfahrung. Deswegen hat sich eine Gruppe zusammengefunden, die diesen Nationalen Gesundheitsberuferrat gründen will bzw. schon

gegründet hat. Und wie kann es anders sein: Die Vorsitzende dieses Nationalen Gesundheitsberuferrats kommt aus Böblingen.

Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen angelangt. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Görres, für Ihren Vortrag. Ich bitte dann um Fragen und bitte Sie, Herr Professor Dr. Görres, die Fragen zusammen zu beantworten.

Abg. Jutta Schiller CDU: Herr Professor Görres, vielen Dank. – Ich würde gern auf die generalistische Ausbildung zurückkommen und habe dazu drei Fragen. Erstens: In Baden-Württemberg haben wir derzeit 17 000 Pflegeschüler – einmal in der Krankenpflege und einmal in der Altenpflege. Wenn wir die Ausbildung generalistisch ansetzen, haben wir zu bedenken, dass wir nur 76 Kliniken mit Geburts- oder Kinderabteilung haben; wir bekommen da also ein logistisches Problem. Wie könnten wir uns das vorstellen, wie das gehen soll und dass die Ausbildung erhalten bleibt?

Dann: Wir haben bei der Ausbildung im Umfang von 960 Stunden die Sorge, dass die stationären Altenpflegeeinrichtungen da etwas in das Hintertreffen geraten und eventuell sogar Verlierer dieser Ausbildung sein werden.

Drittens zu dem Thema, dass Hilfskräfte, die lange Zeit in ihren Einrichtungen gearbeitet haben, oft ihre Ausbildung in ihrem Haus fortgesetzt haben. Es steht zu befürchten, dass diese Personengruppe keine generalistische Ausbildung machen wird – vom Alter oder auch von der Flexibilität her. Wie könnte man das im Auge behalten?

Danke.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Es gilt auch jetzt wieder: Kurze Fragen ermöglichen lange Antworten.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Professor Görres, vielen Dank. Vielen Dank auch für Ihren für mich wichtigen Hinweis auf die lange Tradition der beruflichen Ausbildung, der dualen Ausbildung in Deutschland, die Sie auch weiterhin für wichtig und richtig erachten. Wenn ich jetzt unterstelle, dass sich die berufliche Ausbildung, die duale Ausbildung – auch ich befürworte eher die Bezeichnung „Auszubildende“ als „Schüler“ – so darstellt, wie sie eigentlich sein sollte und wie sie gedacht ist, und vielleicht weniger so, wie sie in der Praxis gerade stattfindet: Welchen Zusatznutzen im Vergleich zur dualen Ausbildung bringt dann die akademische Ausbildung – Sie sprechen ja auch für sie – in welchen Schwerpunkten – eher betriebswirtschaftlich, pflegerisch oder medizinisch?

Eine zweite Frage: Sie haben gesagt: „Akademisierung – ja. Die Frage ist: Wie?“ Dieser Frage nachspürend: Eine Besonderheit des baden-württembergischen Bildungssystems

ist die Duale Hochschule – sehr praxisorientiert im Bereich der Pflege, aber auch eher krankenhausorientiert. Sehen Sie da Perspektiven auch für unsere Duale Hochschule, Studiengänge auch in Richtung Altenpflege weiterzuentwickeln? Und überhaupt: Welchen Stellenwert räumen Sie unserer Dualen Hochschule bei der Akademisierung der Pflege ein?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Zunächst einmal herzlichen Dank für Ihre sehr ausführlichen Beschreibungen zum Thema Care-Mix. – Ich stelle insbesondere bei den Wissenschaftlern fest, dass man die Akademisierung anspricht. Aber: Wenn wir auf junge Leute zugehen, die sich dafür interessieren, können wir ihnen noch gar nicht sagen, wie viele wir eigentlich brauchen und was auf sie zukommt. Ich sehe schon noch eine gewisse Aufgabe für die Wissenschaft, das zu konkretisieren. Es wird alles ein bisschen ins Blaue hinein beschrieben. Wenn man immer vom Ausland spricht, wie weit sie dort sind, müsste eigentlich die Wissenschaft in der Lage sein, aus der Erfahrung zu sagen, ob wir es umsetzen können. Das habe ich heute insgesamt vermisst.

Eine Frage noch – Sie, Herr Professor Görres, haben in ihrem Fazit auch ein Stück weit die problematische Transparenz in den Pflegeberufen angesprochen haben und erachten die Attraktivität über die Akademisierung hinaus als wichtig –: Könnte für Baden-Württemberg auch die Einrichtung einer Pflegekammer helfen, so, wie es jetzt andere Bundesländer angehen? Andere Bundesländer gehen in diese Richtung. Wie schätzen Sie das ein?

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herr Görres, mich interessiert noch einmal eine Konkretisierung der Ausgangssituation. Sie sagen, die Attraktivität müsse gesteigert werden. Es gibt ganz unterschiedliche Ansätze. Wie kann Attraktivität gesteigert werden? Ist es tatsächlich die Akademisierung, oder ist nicht auch – was ich zumindest ganz stark annehme – die Entwicklung neuer Arbeitsfelder?

Mir hat sehr gut gefallen, dass Sie hier den Community-Ansatz deutlich genannt haben. Ich glaube, dass das in der Tat ein ganz zentraler Ansatz ist, wenn es darum geht, neue Berufs- und Arbeitsfelder für Pflegekräfte insgesamt zu generieren. Glauben Sie, dass darin sozusagen der Schlüssel liegt? Ist diese Verschiebung das Entscheidende, oder ist es das, was da noch obendrauf kommt?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank für die Disziplin. Wir haben immerhin noch neuneinhalb Minuten für die Beantwortung.

Sv. Herr Dr. Görres: Mit der ersten Frage von Frau Schiller – das waren ja mehrere Frageanteile – bin ich relativ schnell durch. Sie sollten mit mir einen Beratervertrag schließen, und ich würde Ihnen alle Ihre Fragen sehr gern beantworten. Nehmen Sie diese Antwort nicht so ernst. – Der Hintergrund ist der, dass die Frage, die Sie gestellt haben, natürlich sehr stark eine logistische Frage ist, und auch die Teilfragen, die regional spezifisch für Baden-Württemberg zu lösen sind. Diese Fragen kann man, glaube ich, nicht so einfach beantworten.

Grundsätzlich kann ich aber sagen, dass es natürlich eine logistische Herausforderung oder eine Frage der Umstellung sein wird, von der derzeit häufig nicht generalistisch herausgebildeten Ausbildung hin zu einer generalistischen zu kommen. Es gab verschiedene Modellversuche – auch hier in Stuttgart. In Bremen hatten wir, glaube ich, damals den ersten Versuch. Das war eine sogenannte integrierte Ausbildung. Das heißt, bei uns gab es eine gemeinsame Ausbildung aller drei Berufe für anderthalb Jahre, und dann ging das wieder auseinander in die drei klassischen Richtungen mit den entsprechenden Abschlüssen.

In Stuttgart gab es eine integrative Ausbildung – auch diese ist evaluiert worden –, die wiederum anders angelegt war. Es gab zwei Abschlüsse, die man in dreieinhalb Jahren erzielen konnte. Ich sehe jemanden nicken; daher weiß ich, dass das richtig ist.

Und dann gibt es eben die generalistische Ausbildung, in der alle drei gemeinsam ausgebildet werden.

Wir hatten zwar viele Modellversuche. Es gibt auch eine Reihe von Erfahrungen. Vieles spricht, wie gesagt, für die generalistische Ausbildung – obwohl man weiß, dass das gerade für die Fachschulen wirklich eine große logistische Herausforderung ist, sich da umzustellen. Aber die meisten Evaluationen, die ich aus diesem Bereich kenne, sprechen sich doch tendenziell für eine generalistische Ausbildung aus, eben wegen der höheren Flexibilität, die daraus entsteht, und der Überlegung, dass man daran immer noch eine Spezialisierung anschließen kann.

Die Ärzteausbildung ist auch im Wesentlichen generalistisch angelegt, und die Facharztausbildung kommt oben drauf. Wenn man dieses Modell als Analogie nehmen würde, dann könnte man sich so ein Modell vorstellen. Aber damit ist das logistische Problem nicht gelöst. Es wird sicherlich auch schmerzhaft Prozesse geben, wenn man das angehen wollte.

Man muss jetzt einfach Prioritäten setzen. Wenn man die Europäisierung der Pflegeberufe will, dann wird man, glaube ich, an diesem Schritt nicht vorbeikommen – auch wenn es jetzt Diskussionen – auch durchaus nachvollziehbare Diskussionen – insbesondere seitens der Altenpflege gibt, zu überlegen: Macht das Sinn, oder müssen wir nicht doch separat bleiben? Aber das ist jetzt noch einmal eine andere Frage.

Herr Hinderer, zu Ihren Fragen zu der dualen Ausbildung: Ob ich die erste Frage richtig verstanden habe, weiß ich nicht genau. Auf jeden Fall haben wir im Moment ohnehin eine Dualität in der Ausbildung, weil wir das Lernen in der Schule und das Lernen am Arbeitsplatz haben. Das ist eine Dualität, die sich offensichtlich in Deutschland sehr bewährt hat. Wenn man daran andockt und im Rahmen einer dualen Hochschulausbildung diese Ausbildung mit einer hochschulischen Ausbildung – auch im dualen Sinn – kombiniert, dann führt das natürlich dazu, dass man das additive Modell, das man früher hatte und auch jetzt teilweise noch hat – also erst eine abgeschlossene Ausbildung von drei Jahren und dann studieren –, sozusagen einkocht und die Ausbildungszeit von sechs oder sieben Jahren beim additiven Modell auf eine duale Ausbildung reduziert,

die dann etwa vier Jahre dauert. Denn man kann es überhaupt nicht verkaufen, dass Pflegekräfte in dem additiven Modell erst eine Ausbildung über drei Jahre abschließen müssen und dann noch einmal drei Jahre studieren müssen, um einen Bachelor zu bekommen.

Insofern ist die Hochschulausbildung in dieser Dualität gar nicht so schlecht, weil man am Ende sowohl die Berufsbezeichnung als auch einen Hochschulabschluss hätte. Die Frage ist jetzt: Ist das das Erfolgsmodell für die Zukunft? Ich würde einmal sagen: Es wird sowieso viele Zwischenstufen geben, bis wir an einem Punkt sind, zu sagen: „Jetzt haben wir international gleichgezogen“, oder: „Jetzt haben wir eine halbwegs optimale Lösung gefunden.“ Insofern kann ich einer dualen Ausbildung nach wie vor sehr viel abgewinnen, auch an Hochschulen, weil der Reiz darin liegt, den Doppelabschluss zu haben – zumal es im Moment noch konkurrierende Gesetzgebungen gibt, nämlich einerseits das Beruferecht und auf der anderen Seite das Hochschulrecht; das ist schwer miteinander zu verstricken. Das heißt also wirklich: eine Erstausbildung an der Hochschule durchzuziehen mit dem Recht einer Berufsbezeichnung oder dem, was man jetzt pflegerisch auch wirklich ausführen kann, vergleichbar mit der dreijährigen Ausbildung. Insofern ist eine duale Ausbildung, so, wie wir sie jetzt vielfach haben, eigentlich zumindest ein ganz guter Zwischenweg. Eine duale Hochschule würde das in der Struktur einer Hochschule praktisch einfach nachvollziehen.

Natürlich muss die Altenpflege mit dazugenommen werden. Wir haben – vielleicht ist Ihnen das aufgefallen – heute häufig über den Bereich Krankenhaus diskutiert, aber nicht über die stationäre Langzeitpflege oder den ambulanten Bereich. Das ist aber vielleicht eigentlich sogar der zukünftig größere Bereich. Insofern muss die Altenpflege bei all diesen Dingen deutlich mitgenommen werden; eine generalistische Ausbildung würde das im Grunde genommen tun. Aber auch im hochschulischen Bereich brauchen wir Akzentsetzungen für die Altenpflege.

Eben wurde die Frage gestellt: Wie hoch ist der Prozentsatz der Altenpflegerinnen im Studium? Dazu kann ich sagen: Dabei kommen wir bestimmt auch nicht über 10 %; der Rest kommt aus der Kranken- oder Kinderkrankenpflege oder aus der Hebammerei. Insofern besteht da deutlicher Nachholbedarf, die Altenpflege mitzuziehen. Man könnte sogar überlegen, ob man hier nicht auch im Rahmen einer Hochschulausbildung Spezialisierungen anbietet, wie dies im Ausland schon da ist, z. B. im Bereich der geriatrischen Fachkraftausbildung. Diesbezüglich gibt es sicherlich deutlich mehr Möglichkeiten. Gerade die Altenpflege braucht eine deutliche Attraktivitätssteigerung, denn es gibt noch einmal ein deutliches Gefälle in der Bewertung zwischen Kinderkrankenpflege auf der einen und Altenpflege auf der anderen Seite. Insofern kann man natürlich überlegen, ob man über eine deutlichere Akzentsetzung in der Hochschulausbildung bei der Altenpflege hier noch einmal eine Attraktivitätssteigerung erreicht.

Bei der dritten Frage müssen Sie mir jetzt noch einmal helfen. Ich glaube, Herr Haußmann, Sie hatten das gefragt.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ja, das eine war die Frage – –

Sv. Herr Dr. Görres: Die Umsetzung aus dem Ausland.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Genau. Wenn man die Erfahrungen hat, dann müsste man so einen Case-Mix in Bezug auf die hiesige Situation vielleicht auch bewerten können.

Sv. Herr Dr. Görres: Man kann das deswegen nicht einfach umsetzen, weil wir in Deutschland die lange Tradition der beruflichen Bildung haben – anders als in den meisten anderen Ländern. Deswegen lässt sich das nicht so einfach wegdenken, zumal sich diese Tradition auch bewährt hat. Also: Man kann das nicht so einfach umsetzen. Aber dafür, dass wir in Deutschland die Akademisierung benötigen, spricht eigentlich alles. Es gibt sehr gute Studien – sie sind auch belastbar –, die aussagen: Je höher der Grad der Bachelor- oder Masterabsolventen im Qualifikationsmix z. B. in einer Klinik ist, umso eher lassen sich Komplikationen verhindern. Das besagen belastbare Studien, die wir kennen. Insofern spricht vieles dafür, zu akademisieren. Aber, wie gesagt, die Frage ist eben nicht die des Ob, sondern die des Wie und „Wie viele“. Das ist hier, glaube ich, die entscheidende Frage.

Sie hatten noch speziell zu Baden-Württemberg etwas gefragt. Das ist das, was mir jetzt gerade fehlt.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Das Stichwort Pflegekammer war das.

Sv. Herr Dr. Görres: Die Pflegekammer, ja. Deswegen hatte ich das verdrängt.

(Heiterkeit)

Ich habe mich, ehrlich gesagt, nie in diese Diskussion eingemischt, weil es Für und Wider gibt. Ich war in Polen und habe mir da von Menschen aus der Pflegekammer erzählen lassen, wie das dort funktioniert. Sie haben mir einen 20-Punkte-Katalog aufgelistet, was die Pflegekammer alles leistet. Dann habe ich gefragt: „Wie viele Leute sind Sie denn?“, und dann sagten sie: „Zwei.“ Das heißt also: Man muss dann schon eine ordentliche Power entwickeln und auch die Aufgaben genau definieren. Ich bin mir nicht sicher, ob wir da schon in jedem Punkt weit genug sind. Dass aber die Pflegeberufe dringend eine Vertretung brauchen – nennen Sie sie „Kammer“ oder wie auch immer –, und zwar zusätzlich zu den Gewerkschaften, die auch hier vertreten sind, das glaube ich schon. Das mögen die Gewerkschaften vielleicht nicht so gern hören, aber das muss ja nicht in Widerspruch stehen.

Jetzt zur Frage von Frau Mielich: In Ihrer letzten Frage ging es um zusätzliche Arbeitsfelder – Sie haben das, was ich gesagt habe, unterstützt –; darin sehe ich sehr viel Zukunft. Ich glaube, dass die Attraktivität – das war Ihre Anmerkung – damit auch deutlich gewinnen kann. Denn viele lösen sich auch aus den klassischen Sektoren wie stationäre Pflege heraus und studieren oder machen etwas ganz anderes, weil sie in einem wesentlich breiteren Spektrum im Vergleich zu dem – z. B. im stationären Akutbereich –

zum Teil noch eingeschränkten Spektrum tätig werden wollen und mehr in die Beratung gehen wollen.

Pflege berät heute praktisch kaum – leider, muss man sagen. Deswegen: Handlungsfelder zu öffnen, in denen etwa diese Beratungsmöglichkeiten gegeben sind – etwa bei Pflegestützpunkten oder auch im kommunalen Bereich –, das ist, glaube ich, eine sehr attraktive Variante.

Wir brauchen die Attraktivitätssteigerung wirklich sehr dringend. Die Akademisierung ist, glaube ich, nicht die Stellschraube, aber eine wesentliche Stellschraube. Ich glaube, es gibt noch viele andere Stellschrauben, die auch außerhalb der Möglichkeiten liegen, die wir wirklich kontrollieren können.

Danke schön.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Professor Dr. Görres, vielen Dank für Ihren Vortrag und die Beantwortung der Fragen. – Es gab jetzt noch drei Wortmeldungen für Fragen. Ich würde sie für die Fragerunde am Schluss aufheben und denjenigen, die sich gemeldet haben, dann das Wort erteilen.

Als Nächstes kommen wir zu Herrn Tilman Kommerell. Er ist Leiter der Krankenpflegeschule des HELIOS Spitals in Überlingen.

Sv. Herr Kommerell: Sehr geehrter Herr Rüeck, sehr geehrte Damen und Herren! Je weiter die Anhörung fortschreitet, desto schwieriger wird die Aufgabe, noch etwas wirklich Neues beizutragen. Ich nehme die Herausforderung an.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 4.*)

Ich habe acht Thesen für Sie vorbereitet, und mit der ersten These stoße ich sozusagen gleich ins Herz der Problematik. Wie bereits Professor Görres in seinen Ausführungen erwähnt hat, laufen wir auf einen dramatischen Mangel an Pflegefachkräften zu. Ich streite jetzt nicht über die Zahl – ob es 500 000 sind oder, wie in dieser Grafik dargestellt, 700 000. Es muss unbestritten sein, dass wir in Zukunft viel zu wenige Pflegefachkräfte zur Verfügung haben, um den Pflegebedarf zu decken.

Diese Grafik stammt von Professor Weidner, der sie im Auftrag des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung zusammengestellt hat, und ist aus dem Jahr 2010. Jetzt können Sie mich natürlich fragen: „Warum bringen Sie uns keine aktuellen Zahlen mit?“ Ich will an dieser Stelle noch einmal betonen, dass wir schon seit Jahren um diese Problematik wissen und leider viel zu viel Zeit verschlafen haben, um entsprechend gegenzusteuern. Im Gegenteil: Wenn Sie sich die letzten drei Novellierungen des Pflegeversicherungsgesetzes und insbesondere die Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbe-

griffs anschauen, erkennen Sie, dass sich die Situation dramatisch verschlimmert, sich die Schere zwischen Angebot und Nachfrage dramatisch öffnet, weil durch eine – das will ich gar nicht bestreiten – dringend nötige Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Kreis der Menschen, die Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben, erweitert wurde. Aber – um es hier ganz deutlich zu sagen – Anspruch pflegt nicht, und Geld pflegt nicht. Es sind immer noch die Menschen, die das tun.

Jetzt müssen wir uns mit Qualität und Quantität in der Ausbildung auseinandersetzen, und die können wir – das ist meine zweite These – nicht getrennt voneinander betrachten. Wenn wir den Bedarf an Pflegefachkräften als Tatsache akzeptieren, dann stellt sich doch in der Konsequenz die Frage, wie dem zu begegnen ist. Die quantitative Antwort – mehr ausbilden – ist nicht zielführend, weil, wie später noch zu zeigen sein wird, ein dramatischer Rückgang an Bewerbern zu verzeichnen ist.

Es geht also um zwei Punkte. Erstens: Wie kann die Ausbildung durch eine inhaltliche Ausgestaltung attraktiv gehalten oder sogar noch attraktiver gestaltet werden? Zweitens: Qualifikationsmix. Wenn der Bedarf nicht allein durch ausgebildete Pflegefachkräfte gedeckt werden kann, sondern auch auf Laienpflege und bürgerschaftliches Engagement zurückgegriffen werden muss, stellt sich die Frage: Wie ändert sich dann das Tätigkeitsprofil der Pflegefachkräfte? Das heißt: Wir müssen nicht nur mehr ausbilden, sondern auch anders als bisher ausbilden.

Meine These dazu: Pflegefachkräfte von morgen werden weniger selbst pflegen. Ihr Anforderungsprofil wird sich dahin wandeln, dass sie Hilfskräfte und Angehörige schulen, beraten und beaufsichtigen. Es wird sich ein Wandel der Pflegefachkräfte zu Case-Managern vollziehen. Wenn diese These stimmt, stellt sich die Frage, wie die Ausbildung künftig auf diese neuen Anforderungen vorbereiten kann.

Noch eine kurze Anmerkung dazu, wieso in der ersten Grafik auch die Ärzte aufgeführt waren. Es gibt zwei Gründe für die Überlegung, ärztliche Tätigkeiten an Pflegefachkräfte zu delegieren: Erstens die vermeintliche – ich betone: vermeintliche – Idee, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, und zweitens der Mangel an Ärzten vor allem in ländlichen Strukturen. Völlig unabhängig davon, was Sie von diesen Vorhaben halten, müssen Sie berechnen, dass die Übertragung weiterer Aufgaben an die Pflege den relativen Mangel an Pflegefachkräften verschlimmert.

Jetzt könnten Sie zu mir sagen: „Einfach mehr ausbilden.“ Aber so einfach ist das nicht. Denn: Ausbildungsbedingungen sind Arbeitsbedingungen, und umgekehrt. Das ist meine dritte These. Alle Pflegeberufe, einschließlich der entsprechenden Hilfsberufe, sind bis jetzt gesetzlich so geregelt, dass der Schwerpunkt auf der praktischen Ausbildung liegt – etwa im Verhältnis Theorie zu Praxis wie 40 : 60. Etwas salopp und vereinfacht dargestellt: Die Auszubildenden in den Pflegeberufen arbeiten in der Praxis und sind für den Besuch der Berufsschule freigestellt. Sie arbeiten in dem Betrieb, von dem sie auch eine Ausbildungsvergütung erhalten; das impliziert eine ganz eigene Problematik.

Welche Arbeitsbedingungen in der Pflege derzeit vorherrschen, hat z. B. auch die Anhörung am 24. Oktober dieses Jahres in diesem Haus plastisch dargestellt. Daraus ergeben sich für die Ausbildung zwei mögliche Konsequenzen. Erstens: Die übergroße Arbeitsbelastung der Pflegenden könnte dazu führen, dass sie ihre Ausbildungsaufgaben vernachlässigen. Zweitens: Das subjektive Erleben der Arbeitsbedingungen schon während der Ausbildung kann dazu führen, dass die Auszubildenden gar nicht im erlernten Beruf landen.

Hierzu gibt es eine ganz wichtige Studie von Herrn Seeliger und Frau Strobel. Die Forscher haben Hunderte von Auszubildenden in Baden-Württemberg befragt, inwiefern die Rahmenbedingungen, die sie während ihrer Ausbildung in der Pflege erleben, einen Einfluss auf ihre Motivation haben. Das Ergebnis ist erschreckend: Von über 600 Befragten haben 273 Schülerinnen und Schüler angegeben, dass sie darunter leiden, dass es zu wenig Personal für ihre Anleitung gibt. Sie leiden darunter, dass sie überwiegend als Arbeitskraft eingesetzt werden, dass sie zu wenig Anleitung und Begleitung erfahren, dass die Arbeitsbelastung zu hoch ist, dass ihnen in der Praxis zu wenig Lernangebote zur Verfügung gestellt werden und dass ihre berufliche Selbstständigkeit nicht gefördert wird.

Fast noch erschreckender ist ein weiteres Ergebnis dieser Studie: 29 % von 663 Befragten haben angegeben, dass sie während der Ausbildung bereits mehrfach einen Ausbildungsabbruch in Erwägung gezogen haben.

Das heißt – das ist meine vierte Aussage –: Der jetzt schon bestehende Mangel an Pflegefachkräften führt zu einem Mangel an Bewerbern. Allein in diesem Jahr – das ja noch nicht ganz zu Ende ist – haben ARD und ZDF insgesamt 106 Sendungen zum Thema Pflegenotstand ausgestrahlt. Jetzt dürfen wir unterstellen, dass die potenziellen Bewerber diese Sendungen nicht alle gesehen haben – aber vielleicht deren Eltern oder auch Lehrer. Auf den Aspekt, dass Lehrer und Eltern durchaus einen Einfluss auf die Berufswahl haben – auch wenn sie den häufig selbst unterschätzen –, hat Professor Görres schon hingewiesen.

Dabei haben wir eigentlich noch Glück, denn wir haben Rahmenbedingungen außerhalb der Pflege, die im Moment noch einen sehr günstigen Einfluss auf die Bewerbersituation haben. So haben uns z. B. die Umstellung des neunjährigen Gymnasiums auf das achtjährige Gymnasium und der zeitgleich verlaufende Wegfall der Wehrpflicht und des Zivildienstes sowie die Wirtschaftskrise eine regelrechte Bewerberwelle zugespült. Unsere Zahlen – jedenfalls an unserer Schule – sprechen dafür, dass wir mit einem regelrechten Einbruch rechnen müssen, wenn diese Welle vorbei ist.

Es ist klar: Die Zahl der Schulabsolventen sinkt. Bereits heute gibt es ein Überangebot an Ausbildungsplätzen. Wenn man die Zahl derer, die derzeit in der Pflege ausgebildet werden, halten könnte, wäre das schon fast ein Wunder.

Wie wird sich aber die Bewerberqualität und -quantität weiterentwickeln? In Anbetracht der mir vorgegebenen knappen Zeit möchte ich hier nur auf den Zusammenhang „Be-

werberentwicklung und generalistische Ausbildung“ eingehen. Wir bieten in Überlingen als einzige Schule in Baden-Württemberg jetzt schon eine regelrechte generalistische Ausbildung an – nicht als Modellprojekt oder Versuch befristete, sondern als dauerhafte Einrichtung. Weil wir so besonders sind, sind wir in der Vergangenheit Objekt zahlreicher studentischer Forschungsprojekte geworden. Diese studentischen Forschungsprojekte haben gezeigt: Es gibt Bewerber, die sich klar für die Krankenpflege und für den späteren Arbeitsplatz Krankenhaus entscheiden und die sagen, sie könnten es sich nicht vorstellen, in einem Altenheim zu arbeiten. Umgekehrt sagen die meisten Bewerber und Schüler in der Altenpflege von sich, sie könnten sich niemals vorstellen, im Krankenhaus zu arbeiten. Die Schnittmenge derer, die sich beides vorstellen könnten, liegt – das ergeben unsere Studien – bei knapp 3 %.

Deshalb plädiere ich – aus den von meinen Vorrednern genannten Gründen – sehr wohl für eine generalistische Ausbildung. Aber ich würde gern von einer „generalistischen Ausbildung mit Vertiefungsschwerpunkt“ sprechen. Das heißt: Es muss jedem, der in einem bestimmten Sektor der Pflege tätig werden will, die Möglichkeit gegeben werden, sich in diesen Sektor hinein auszubilden.

Mehr Ausbildungskapazitäten sollen geschaffen werden, und das geht meiner Meinung nach nur durch eine kostendeckende Finanzierung der Ausbildung. Soweit uns bekannt ist, ist derzeit in Berlin der Referentenentwurf zum neuen Pflegeberufegesetz in Arbeit. Darin sind vier Lösungen für eine mögliche Finanzierung der künftigen Pflegeausbildung enthalten. Hier ist jetzt sicher nicht der Rahmen und die Zeit, diese vier Lösungen im Detail zu diskutieren, aber hier ganz klar die Forderung: Niemand, der heute schon ausbildet, darf in Zukunft davon abgeschreckt werden, Pflegefachkräfte auszubilden, jedenfalls nicht aus finanziellen Gründen. So könnte dann wenigstens der Status quo in der Ausbildung gehalten werden.

Zu der Frage: „Bilden wir heute schon kompetent genug, also qualitativ hochwertig und auch quantitativ genug aus?“ warten wir mit großer Spannung auf die Ergebnisse eines derzeit laufenden Forschungsprojekts der Hochschule Esslingen in Zusammenarbeit mit der Hochschule Ravensburg-Weingarten mit dem etwas sperrigen Titel „Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von morgen: Sicher, flächendeckend, kompetent!? Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfs in der Versorgungspraxis“.

Wie eingangs schon gezeigt, wird es gar nicht möglich sein, so schnell so viele Pflegekräfte auszubilden, wie es der Bedarf erfordert. In der Annahme, dass in Zukunft verstärkt Helfer, Laien und bürgerschaftlich Engagierte mit hinzugezogen werden müssen, wird die künftige Ausbildung der Pflegefachkräfte verstärkt auf Organisations- und Managementkompetenzen – vergleiche Case Management – und auf Beratungs- und Schulungskompetenzen sowie auf die Umsetzung des aktuellen wissenschaftlichen Wissens in der Praxis ausgerichtet sein müssen. Überspitzt gesagt: Die Pflegekraft von morgen wird nicht selbst waschen, betten, lagern oder etwas zu trinken anreichen; sie wird andere dazu anleiten, dies zu tun, und die entsprechende Qualität überwachen.

Es kommt noch ein weiterer, für mich sehr belastender Gesichtspunkt dazu: Wie die NEXT-Studie zeigt – das Akronym bedeutet „Nurses' early exit study“, also sinngemäß: Studie über den verfrühten Ausstieg von Pflegekräften aus dem Beruf –, gibt es bei ausgebildeten Pflegekräften einen deutlichen Mangel, sowohl mit den physischen als auch mit den psychischen Belastungen des Berufs klarzukommen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass unsere ganzen Ausbildungsbestrebungen nichtig sind, wenn die von uns gut ausgebildeten Pflegekräfte vorzeitig aus der Pflege aussteigen.

Ich darf Sie in diesem Zusammenhang auf eine sehr interessante Internetseite hinweisen: www.pflege-wandert-aus.de.

Neben der betrieblichen – in Klammern: betrüblichen – Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen könnte ein Lösungsansatz auch darin bestehen, Strategien zur Erhaltung der eigenen Gesundheit in die Ausbildung zu integrieren. Das ist – so meine Einschätzung – höchstens in Ansätzen der Fall.

Gute Ausbildung ist gleich attraktive Ausbildung – mein siebter Punkt. Eigene Untersuchungen zu diesem Thema und auch andere Befragungen, z. B. durch die Gewerkschaft ver.di und andere Institute, zeichnen ein doch relativ einheitliches Bild. In der Praxis muss der Auszubildende in den Pflegeberufen einen Kompromiss zwischen seiner eigenen Ausbildung und der Arbeit für den Patienten, Bewohner, Kunden aushandeln. Es gibt sicher echte Win-win-Situationen; dort, wo viel zu tun ist, ist auch viel zu lernen. Aber man darf in diesem Zusammenhang die Frage stellen: Wer regelt das Curriculum der Praxis? Welchen Regeln folgt dieses Curriculum? Ist es sozusagen vorgegeben durch den Arbeitsanteil, durch die zufällig jetzt gerade aktuellen Pflegeeigenschaften der Bewohner oder Patienten, oder folgt es einem strukturierten Plan, sodass man mit Fug und Recht sagen kann, dass der Schüler in den drei Ausbildungsjahren alles das gelernt hat, was er für seine spätere Berufspraxis braucht?

Jedenfalls können wir feststellen: Überall, wo dieses Curriculum existiert, ist die Ausbildung nicht nur qualitativ besser, sondern sind die Auszubildenden mit dieser Ausbildung auch zufriedener.

Ich komme zum letzten Punkt. Die Vielfalt der Ausbildung erfordert eine Bündelung der Kompetenzen. Ich will mich weder für die grundsätzliche Ausbildung auf Berufsfachschulniveau noch für die grundsätzliche Ausbildung auf Hochschulniveau aussprechen, sondern für einen Pluralismus. Aber wenn es verschiedene Ausbildungsangebote geben soll – und zwar von ganz unten, Betreuungsassistentin, bis nach ganz oben, zum Hochschulprofessor –, dann sollten meiner Meinung nach auf Landesebene alle Kompetenzen, dies zu regeln, in einer Stelle zusammenlaufen.

Während z. B. in Baden-Württemberg die Zuständigkeit für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung beim Sozialministerium liegt, ist die Altenpflegeausbildung, soweit sie in staatlicher Trägerschaft erfolgt, dem Kultusministerium unterstellt. Während z. B. bei der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sowohl Schule als auch Ausbildungsbetrieb mit einem oder mehreren Krankenhäusern verbunden sind, haben wir in

der Altenpflegeausbildung eine quasi duale Ausbildung: hier die Berufsschule und dort zahlreiche große und kleine Altenpflegeheime. Wenn der Schüler im Krankenhaus mit seiner Ausbildung nicht zufrieden ist, hat er – dies ist ein Vorteil – sozusagen einen Ansprechpartner. Gerade in der Altenpflege müssen wir oft feststellen, dass sich die Schüler bei uns in der Schule beklagen, wie schlecht die Ausbildungsbedingungen in der Realität sind, wir aber keinerlei Handhabe haben, dies abzustellen.

Dies bedeutet, dass, wenn die Berufe generalistisch zusammenwachsen sollen, auch die Zuständigkeiten auf der Ebene der Landesregierung und auch auf der Ebene der Regierungspräsidien entsprechend zu bündeln sind. Diese Bündelung würde einen ganz erheblichen Makel, der derzeit auf Landesebene besteht, beseitigen.

Last, but not least darf ich noch auf einen ganz kleinen Punkt hinweisen: 2003 ist das „neue“ Krankenpflegegesetz in Kraft getreten. Immerhin acht Jahre später hat das Sozialministerium einen entsprechenden Gesetzentwurf vorgelegt, in dem Details zur Umsetzung dieses Krankenpflegegesetzes geregelt sind. Darin ist z. B. die Vorschrift enthalten, dass die Schüler pro Schulhalbjahr 25 Stunden praktische Begleitung erhalten sollen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Kommerell, ich möchte Sie bitten, ganz allmählich zum Schluss zu kommen.

Sv. Herr Kommerell: Ja. – Jedenfalls ist eine in § 20 Absatz 6 des Landespflegegesetzes vorgeschriebene Stelle zur Vereinheitlichung der Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen immer noch nicht eingerichtet.

So weit für's Erste. Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Wir kommen dann zur ersten Frage.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank für den Vortrag. – Ich habe zu Punkt 2 „Qualität und Quantität“ zwei Fragen. Sie schreiben in Ihrer Präsentation, mehr Ausbildung sei wenig zielführend und die Pflegefachkräfte von morgen würden weniger selbst pflegen. Sie haben angeführt, dass das dann eher Laien und Ehrenamtliche machen sollen. Ich habe da etwas ein Problem, denn aufgrund des demografischen Faktors wird natürlich auch die Zahl der Ehrenamtlichen und Laien zurückgehen. Wie man das verlagern soll, erschließt sich mir nicht.

Dann haben Sie bezüglich der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten geschrieben, dass diese nicht die Attraktivität steigert. Aber – aus der Praxis gesehen – ständige Anrufe beim Arzt und Nachtelefonieren, das Hin und Her sind ebenfalls problematisch. Sie haben vorhin angeführt, dass genau der Einsatz als Arbeitskraft als einer der Kritikpunkte, als ein Grund zum Wechseln angesehen wird. Das würde dann eher eine Umkehrung

bedeuten. Es geht mir nicht um eine medizinische Ausbildung, aber um eine medizinische Verantwortlichkeit, die doch übertragen werden kann.

Weiter haben Sie noch kurz angesprochen, dass der Pflegenotstand oft in den Medien dargestellt wird. Da haben Sie recht. Aber was mir jetzt ein bisschen fehlt, ist ein Ansatz von Ihnen: Wie drehen wir das um? Wie können wir das Image ändern?

Danke.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Meine Frage schließt sich an die meiner Kollegin Schiller an. Sie haben gesagt, das Tätigkeitsfeld der Pflegefachkräfte werde sich verändern. Da sind Sie mit den Referentinnen und Referenten einig, die heute vor Ihnen gesprochen haben. Aber Ihre Konsequenz ist eine ganz andere. Sie sagen, dass die Pflege sozusagen von jemand ganz anderem gemacht werden wird. Davon war ich sehr irritiert. Ich möchte gern einmal wissen, wer mit welcher Qualifikation dann die Pflege machen soll. Eine Pflege ohne jegliche Qualifikation auszuüben – wenn das Ihre Botschaft wäre, wäre das, finde ich, einigermaßen verheerend. Das kann nun wirklich nicht die Konsequenz sein.

Das Zweite ist: Der Zuwachs an Kompetenz für Pflegefachkräfte wird allenthalben auch als Begründung dafür genannt, dass der Beruf der Pflegefachkräfte attraktiver wird. Denn mehr Kompetenz bedeutet natürlich auch mehr Eigenständigkeit und mehr Unabhängigkeit und damit ein größeres Selbstwertgefühl und vielleicht auch die Anerkennung in der Gesellschaft mit der Steigerung bezogen auf ein Wertesystem.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Kommerell, vielen Dank. – Ich kann nahtlos anknüpfen, bzw. die Kollegin Mielich hat die Frage eigentlich schon gestellt: Wenn die Fachkräfte zukünftig ganz andere Aufgaben im Bereich der Anleitung, der Beratung, vielleicht der Supervision wahrnehmen, wer macht dann die Arbeit am Bett, am Patienten? Sind das die heutigen Altenpflege- und Krankenpflegehelferinnen? Sind es die hauswirtschaftlichen Fachkräfte oder Hilfsberufe? Können Sie zu dem Spektrum der dann noch übrig bleibenden Berufe und deren künftigen Stellenwert im Kontext der Pflege etwas sagen?

Ihre Darstellungen zum Thema „Ausstieg während der Ausbildung“ haben mich betroffen gemacht. Können Sie zwei, drei Sätze sagen, was konkret getan werden muss, um dieser Entwicklung Einhalt zu bieten?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ich will nur einen Punkt noch ergänzend abfragen. Sie, Herr Kommerell, haben auch die Organisations- und Managementkompetenzen angesprochen. Das heißt – das war ja auch die Frage –, wir brauchen andere Kräfte. Jetzt gibt es ja zahlreiche Projekte mit jungen Menschen aus Europa, sogar aus Asien, die wir zu uns holen, nicht zuletzt auch aufgrund der hohen Jugendarbeitslosigkeit in den betreffenden Ländern. Kann das ein Aspekt sein? Wie sind die Erfahrungen, die man mit jungen Menschen aus anderen Ländern macht?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Kommerell, ich möchte um Beantwortung bitten.

Sv. Herr Kommerell: Ich versuche, die Fragen in der richtigen Reihenfolge zu beantworten – wobei ich manchmal den Eindruck hatte, es waren eher Statements als Fragen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Die Fragen sind nicht wichtig; Ihre Antworten interessieren uns.

Sv. Herr Kommerell: Natürlich weiß ich auch, dass wir den drohenden Mangel in der Dimension, die ich eingangs geschildert habe, nicht allein mit ausgebildeten Fachkräften werden decken können. Deshalb ist sozusagen der Hilferuf: Wen können wir noch mit ins Boot holen? Aber wenn Sie meinen, ich hätte gesagt, jeder, der pflegen will, darf pflegen – ohne jegliche Qualifikation –, dann hätten Sie mich gründlich missverstanden.

Die Aufgabe wird sicher sein, die Menschen, die bereit sind, sich z. B. als Betreuungshelfer für Demenzkranke zur Verfügung zu stellen, sinnvoll mit einzubinden und auch das Informationsmanagement sicherzustellen, damit, wenn diese Personen irgendwelche Beobachtungen machen oder Veränderungen des Zustands des Bewohners registrieren, die Informationen letztendlich bei der verantwortlichen Pflegefachkraft landen. Und umgekehrt: dass diese dann daraufhin wiederum den Laienhelfern Tipps geben kann, wie sie vielleicht mit konflikträchtigen Situationen besser umgehen können.

Mir fällt keine andere Alternative ein, wenn wir uns nicht bis ins Jahr 2030 etwa 500 000 bis 700 000 Pflegekräfte einfach aus den Rippen schnitzen und die ausbilden wollen. Und einfach zu sagen: „Gut, dann machen wir gar nichts“, das ist sicher auch keine Lösung. Es ist eine Dilemmasituation, und es ist sicher auch eine grundsätzliche Frage an die Gesellschaft: Welche Pflege zu welcher Qualität und zu welchem Preis wollen wir uns leisten?

Zu den Fernsehsendungen, die ich erwähnt habe: Ich habe da sicher ein zwiegespaltenes Verhältnis. Auf der einen Seite bin ich über diese Berichterstattung dankbar, dankbar dafür, dass in der Öffentlichkeit endlich einmal ein Diskurs über das, was da auf uns zukommt, stattfindet. Aber man muss eben auch den Nebeneffekt mit ins Auge fassen, dass dann, wenn jeden dritten Tag eine Sendung über den Pflegenotstand im Fernsehen kommt, vielleicht der eine oder andere Lehrer, der eine oder andere Vater oder die eine oder andere Mutter zu seinem bzw. ihrem Jugendlichen sagt: „Du darfst alles machen, nur nicht Pflege.“

Das ist vielleicht auch dem geschuldet, dass wir über diese Tatsache schon ewig lang wissen, und je später wir reagieren, desto härter und schlimmer sind die Konsequenzen.

Ich hatte gehofft, das bei dem Punkt „Gute Ausbildung ist eine attraktive Ausbildung“ herausgestellt zu haben. Mein primärer Vorschlag, um die Ausbildung attraktiver zu ge-

stalten, wäre, ein verbindliches Curriculum für die Praxis zu entwerfen, an das sich alle Praxiseinrichtungen halten müssen, sodass die Ausbildung in der Praxis nicht mehr dem Zufall überlassen bleibt, sondern dass es da eine Art Lernzielkatalog oder ein abzuarbeitendes Gutscheinheft gibt, sodass der Schüler den Anspruch hat: „Ich werde primär ausgebildet, und sekundär bin ich eine Arbeitskraft.“ Jedenfalls muss die Gewichtung wieder mehr in Richtung Ausbildung verschoben werden.

Das hat natürlich Anschlussfragen: Wer will das überwachen? Da ist vielleicht die Pflegekammer oder eine andere, ähnliche Institution gar keine so schlechte Idee – über den Namen kann man streiten –, die die Kompetenzen hat, die Ausbildung in der Praxis zu kontrollieren und zu schauen, dass sie wirklich primär den Namen „Ausbildung“ verdient und nicht sozusagen drei Jahre Learning by Doing ist.

Zu dem Thema, inwieweit die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf die Pflege die Attraktivität des Pflegeberufs erhöhen kann: Das ist ein ganz schwieriges Thema und sehr komplex zu diskutieren. Das Erste – ich muss mich jetzt vorsichtig ausdrücken –: Es ist meiner Meinung nach schon im Ansatz falsch. Denn wenn man den Pflegeberuf durch Übertragung von medizinischen Tätigkeiten aufwertet, dann unterstellt das automatisch, Pflege sei sozusagen minderwertig und Medizin höherwertig und man könne, wenn man sozusagen aus dem einen Fass etwas in das andere herüberschaufelt, die Attraktivität des anderen erhöhen.

Das Zweite ist, dass oft falsch delegiert wird, dass eben nur die Tätigkeit delegiert wird. Es wird in Kliniken häufig darüber gestritten, ob Pflegekräfte z. B. auch Blut abnehmen sollen. Hier wird nur die Tätigkeit des Blutabnehmens delegiert. Aber dann kommt es zu Folgendem: Wenn z. B. ein Patient sehr schlechte Venen hat, muss die Schwester wieder zum Arzt gehen und ihm sagen: „Wollen Sie, dass trotz der schlechten Venensituation Blut abgenommen wird, oder würden Sie vielleicht darauf verzichten?“ Aber dazu, das komplett an die Pflege zu übertragen, ist wiederum niemand bereit.

Eine aus organisationspsychologischer Sicht sinnvolle Übertragung wäre, wenn auch die Entscheidung darüber, ob der Schaden durch einige „Probebohrungen“ an schlechten Venen größer ist als der Gewinn durch den Laborwert, den man da kontrollieren will, an die Pflegekraft übertragen wird und dann auch im Stellenplan die entsprechenden Stellen aus dem Stellenbereich der Ärzte an die Pflege weitergegeben werden. Dann brauchen wir gar nicht darüber streiten, und ich denke, das machen die Pflegekräfte sicher genauso sorgfältig, akkurat, hygienisch und sicher wie die Ärzte. Aber es wird eben oft nur die Ausführung irgendeiner Tätigkeit delegiert, was dann zu zig Rückfragen und Nachfragen führt.

Ich habe noch ein anderes Beispiel dazu: Wir haben bei uns im Haus das Pflegepersonal zu entlasten versucht, indem wir sogenannte Verpflegungsassistentinnen eingestellt haben. Das sind Damen, die nach den Essenswünschen der Patienten fragen und ihnen auch das Essen bringen. Das ist ein sehr zweischneidiges Schwert. Hier wird auch bloß eine Tätigkeit herausgeschält und an Hilfskräfte übertragen. Wenn sich dann aber die Frage stellt, ob ein Diabetiker nach seiner Insulininjektion auch die entspre-

chende Menge Kohlenhydrate zu sich genommen hat, muss die Krankenschwester der Verpflegungsassistentin sozusagen hinterherrennen und sich die Information mühsam besorgen, und dann ist wahrscheinlich sogar mehr Zeit verbraucht, als wenn die Pflegekraft geschwind selbst das Tablett abgeräumt hätte.

Manchmal gibt es also ganz kuriose Ansätze, Pflege entlasten oder aufwerten zu wollen, die unter dem Strich eigentlich eher zu einer Belastung führen. Man muss sich wirklich im Detail sehr genau ansehen, ob das Vorteile bringt oder nicht.

Die letzte Frage, die ich mir notiert habe, war die Frage nach den Organisations- und Managementkompetenzen. Es kam auch in den Beiträgen von den Hochschulen zum Ausdruck, dass Pflege im Moment noch viel zu wenig in der Lage ist, die Prozesse zu steuern und zu managen. Wir sind so sehr damit beschäftigt, irgendwelche Tätigkeiten auszuführen oder Pflegebedürftigkeit „abzuarbeiten“, dass der Blick darauf fehlt. Es wäre sicher ein wichtiger Aspekt, dass man auch einmal kritisch überprüft: Ist wirklich alles nützlich und sinnvoll, was wir den Patienten angedeihen lassen? Was kann man vielleicht effizienter gestalten, auf was kann man vielleicht sogar ganz verzichten?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Kommerell.

(Beifall)

Wir wären eigentlich schon am Ende. Ich habe jetzt für die allgemeine Fragerunde schon drei Wortmeldungen notiert. Gibt es weitere Wortmeldungen für die allgemeine Fragerunde? – Dann würde ich den Kollegen Raab, den Kollegen Rapp, den Kollegen Haußmann und Frau Kollegin Schiller bitten, ihre Fragen an den oder die jeweiligen Referenten zu stellen, und diese dann noch einmal kurz um ihre Antwort bitten. Kurze Fragen ermöglichen lange Antworten.

Abg. Werner Raab CDU: Vielen Dank. Ich will mich daran halten. – Ich habe jetzt sehr viel zu Vergleichen zwischen Deutschland und anderen Staaten Europas in Bezug auf Ausbildungen gehört. Wozu ich gar nichts gehört habe, was fehlt, ist die Frage: Zu welchen Folgen führen die unterschiedlichen Ausbildungen, deren Qualität ja unterschiedlich ist? Haben Sie auch Vergleiche, inwieweit die durch entsprechende Bezahlung honoriert werden? Denn – bei allen Diskussionen – die Attraktivität wird am Ende auch über die Einkommensmöglichkeiten dargestellt.

Das Zweite, was ich noch fragen möchte: Wir haben in Deutschland ja Fachkraftquoten, die in den Einrichtungen nicht unterschritten werden. Wenn wir jetzt den Mangelberuf Pflege noch mehr zum Mangelberuf machen, indem wir immer weniger Zeit der Fachkräfte am Bett organisieren und ihnen andere Aufgaben übergeben, stellt sich die Frage: Welche Auswirkungen hat dies auf das System? Ist das nicht eine gegenläufige Bewegung, über die wir hier diskutieren?

Diese beiden ersten Fragen waren an die Wissenschaftler gerichtet.

Meine letzte Frage richtet sich an Herrn Kommerell: Ich habe den ganzen Nachmittag zu einem Personenkreis überhaupt nichts gehört. Wir sprechen von Helfern und von allen anderen, aber wir haben nie von den Angehörigen gesprochen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich möchte jetzt wirklich darum bitten, ganz kurze Fragen zu stellen. – Herr Kollege Dr. Rapp, bitte.

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Herr Vorsitzender, vielen Dank. – Es ist in mehreren Wortmeldungen bzw. Beiträgen dargestellt worden, dass eine gewisse Konkurrenz zwischen Altenpflegeausbildung und Krankenpflegeausbildung besteht. Die Frage geht an Herrn Professor Görres: Wie lässt sich aus Ihrer Sicht verhindern, dass Absolventen im Rahmen einer generalistischen Ausbildung überwiegend in die Krankenpflege abwandern?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Herr Kollege Haußmann, bitte.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ich möchte nur noch einmal bei Herrn Kommerell nachfragen, weil er mir sozusagen entwischt ist, bei dem Stichwort „Erfahrungen mit jungen Menschen aus dem Ausland“. Wir reden ja über die ganze Problematik. Ich würde das aber auch erweitern: Wenn aus der Wissenschaft oder von den anderen Vortragenden jemand gern etwas dazu sagen möchte, würde ich mich darüber freuen.

Abg. Jutta Schiller CDU: Ich hätte eine Frage an Frau Dr. Elsbernd. Es gibt ja das amerikanische Modell des Associate Degree. Das ist ein akademischer Abschluss unterhalb vom Bachelor. Wäre dieses Modell auf die deutsche Bildungslandschaft übertragbar?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Sonst gibt es keine Fragen mehr. Jetzt sind direkte Fragen an Herrn Kommerell, Herrn Professor Dr. Görres und Frau Professorin Dr. Elsbernd gestellt worden. Alle anderen Fragen sind generell gemeint. Ich möchte zuerst Herrn Kommerell kurz bitten, zu der speziellen Frage an Sie und den generellen Fragen, dann Herrn Professor Dr. Görres – speziell und generell – und Frau Professorin Dr. Elsbernd, speziell und generell.

Sv. Herr Kommerell: Dass ich die Angehörigen in meinen Ausführungen nicht erwähnt habe, stimmt. Ich habe sie einfach in dem Bereich der Laienpflege und der bürgerschaftlich Engagierten mitgedacht – also die Menschen, die bereit sind, ihre Angehörigen zu pflegen, aber nicht über eine entsprechende Ausbildung verfügen.

Zur Frage von Herrn Haußmann kann ich nicht allgemein für ganz Baden-Württemberg berichten. Aber es gibt natürlich Überlegungen, dass man in europäischen Ländern, die von einer hohen Jugendarbeitslosigkeit geplagt sind, Menschen gewinnt, die bereit sind, in Deutschland eine entsprechende Pflegeausbildung zu machen. Das müsste aber durch Mittel des Erasmus-Projekts oder durch andere Mittel entsprechend gefördert werden. Denn die Voraussetzung dazu, hier in Deutschland pflegend arbeiten zu können, ist nun einmal, dass man der deutschen Sprache mächtig ist. Das sind wir den Pa-

tienten und Bewohnern schuldig. Es ist unabdingbar, dass auch schon während der Ausbildung zwischen dem Auszubildenden und dem Patienten bzw. Bewohner eine Kommunikation möglich ist.

Aber wenn diese Voraussetzungen, solche Menschen zu gewinnen, gegeben sind – z. B. durch einen Intensivsprachkurs –, dann würde ich das absolut begrüßen und für eine ganz sinnvolle Sache halten – selbst dann, wenn diese Menschen nach Abschluss ihrer Ausbildung wieder in ihr Heimatland zurückkehren. Dann haben sie dort auf dem Berufs- und Arbeitsmarkt eine viel größere Chance, und sie waren zumindest einmal drei Jahre bei uns und haben einen kleinen Teil der zu leistenden Pflegearbeit geleistet. Das würde ich also sehr begrüßen, es müsste aber entsprechend abgesichert und gefördert werden.

Sv. Herr Dr. Görres: Die Frage von Herrn Rapp: Wie kann man verhindern, dass z. B. Pflegefachkräfte, die generalistisch ausgebildet sind, anschließend nicht in die Altenpflege gehen, sondern in die Krankenpflege abwandern? Ich fürchte, dass ich diese Frage nicht befriedigend beantworten kann. Erstens ist es so; das kann man bestätigen. Das hat einen vielschichtigen Hintergrund. Das fängt – nur, um in der Kürze der Zeit die Tragweite zu beschreiben – natürlich damit an, dass „Alter“ und „Pflege“ grundsätzlich und erst recht in Kombination von beiden in der Gesellschaft negativ besetzt sind. Da müsste man eigentlich schon anfangen. Das geht mir jetzt locker über die Lippen, ist aber auf der operativen Ebene natürlich oft ganz schwer umzusetzen. Aber da fängt es im Grunde genommen schon an.

Man kann allerdings sicherlich die Rahmenbedingungen vor Ort verbessern, indem man z. B. die Bezahlung anders gestaltet, die in der Altenpflege im Schnitt geringer ist als in der Krankenpflege. So kann man das machen. Man kann sicherlich durchaus auch die Arbeitsinhalte – ich habe eben von Beratung usw. gesprochen – attraktiver gestalten.

Ich glaube, dass es – wenn wir jetzt noch einmal über akademisch gebildete Menschen reden – sicherlich auch in Zukunft gerade in der stationären Langzeitpflege – – Das wurde, glaube ich, zwischendurch – wenn ich das richtig verstanden habe – ein bisschen angezweifelt: Brauchen wir überhaupt Akademiker in der Altenpflege? Ich glaube, wir brauchen sie gerade dort, weil dort eine Prozesssteuerung sehr wichtig ist. Häufig sind auch keine anderen Berufsgruppen dafür da, etwa aus der Medizin – es sei denn, es sind Heimärzte da; es gibt aber viele Einrichtungen ohne Heimärzte. Da ist die Verantwortung im Grunde genommen deutlich größer, weil man in diesem Feld dann allein ist. Prozesssteuerung wird in diesem Bereich also sehr wichtig. Diese Verantwortlichkeit zu haben macht natürlich gerade für potenzielle Bewerber den Beruf sicherlich auch noch einmal attraktiver – über die akademische Schiene.

Aber das ist, glaube ich, ein ganz schwer wiegendes Problem. Es geht, glaube ich, in erster Linie über die Rahmenbedingungen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Frau Professorin Dr. Elsbernd.

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Ich würde auch gern auf mehrere Fragen kurz antworten. Einmal zu der Frage, was wir z. B. mit spanischen Pflegekräften machen, die hierher kommen. Wir haben in Esslingen eine empirische Studie dazu gemacht – zu Kolleginnen und Kollegen aus Spanien, die in Stuttgarter Häusern in allen Sektoren gearbeitet haben. Das Ergebnis war – für uns nicht so überraschend – sehr einhellig: Es lautete nämlich, dass diese Kolleginnen und Kollegen in unserem System kaum zurechtkommen. In Spanien werden sie auf Bachelorniveau ausgebildet. Diese Kolleginnen und Kollegen haben sehr klar geäußert, dass sie hier in Deutschland gar keine Prozessverantwortung haben, dass sie hier nicht eigenständig arbeiten können und dass das Aufgabengebiet deshalb für sie eher mehr oder weniger unattraktiv ist – trotz des sicheren Arbeitsplatzes, der dagegensteht.

Frau Schiller, ich denke, dass man den Associate Degree übertragen kann. Das kann man hier sicherlich gut nutzen. Ich wiederhole es noch einmal: Ich finde auch die Einbindung der Fachschulen und eine ordentliche Ausbildung auf Assistenzniveau sehr wichtig; da kann man viel herausholen.

Wenn wir eine gestufte Ausbildung haben, muss sich das in der Bezahlung widerspiegeln; da bin ich ganz Ihrer Meinung. Das tun die Länder auch, die entsprechend arbeiten. Personen mit einem Master of Nursing sind hochdekorierte Kolleginnen und Kollegen; davon gibt es gar nicht viele. Wenn man sie in der Einrichtung hat, ist man froh. Selbst diese Personen arbeiten noch sehr patientennah.

Ich nenne abschließend dazu ein Beispiel aus der Altenhilfe. Schauen wir uns die sogenannten geriatrischen Patienten an – also Patienten, die mehrfach erkrankt, schwer pflegebedürftig sind –: Wenn hier keine Fachleute aus der Pflege herangehen, dann haben diese Menschen kaum noch eine Chance, Lebensqualität zurückzuerhalten. Deshalb würde man natürlich gerade für diese Patienten die Pflege von einer Pflegekraft mit sehr hohem Ausbildungsgrad konzipieren und in den Teilen, die sinnvoll sind, auch durchführen lassen. Es gibt auch immer Teile, die man delegieren kann.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Elsbernd. – Jetzt gab es noch allgemeine Fragen an die anderen Referenten. Frau Professorin Dr. Friedrichs musste die Sitzung bereits verlassen. Frau Dr. Proksch, wollen Sie aus Ihrer Sicht noch allgemein etwas dazu sagen? Sie hätten praktisch fast die Gelegenheit zu einem Schlusswort.

Sv. Frau Dr. Proksch: Dann nutze ich sie. – Ich würde auch noch einmal gern etwas zu der Bezahlung sagen. Ich habe ja vorhin angesprochen, dass wir in der Pflegepraxis eine Fachkarriere brauchen und dass diese Fachkarriere natürlich auch mit einer entsprechenden Vergütung hinterlegt sein muss. Das ist ganz klar; das geht nicht anders. Sonst bekommen wir die Menschen mit diesen Kompetenzen nicht, und wir brauchen sie dringend. Deswegen ist das einfach etwas, was nachfolgen muss. Wir machen uns auch in unserem Haus schon sehr vertieft Gedanken, wie das aussehen kann.

Dann vielleicht aus der Berufspraxis noch ergänzend etwas zu den italienischen Pflegekräften: Wir haben Pflegekräfte aus Italien, die auf Bachelorniveau ausgebildet sind, zum Teil auf Masterniveau. Sie haben tatsächlich Probleme, sind aber in ganz speziellen Settings gut einsetzbar. In den Intensivbereichen im Krankenhaus oder der Phase B, in der hochkompetente Menschen gebraucht werden, finden die sich zurecht und fühlen sich auch wohl. Wenn das entsprechende Sprachniveau da ist, kann man sie da sehr gut einsetzen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank an alle Referentinnen und Referenten. Sie haben unsere Arbeit bereichert. Sie haben Antworten auf Fragen, die uns drängen, gegeben. Wir werden dies in unsere Arbeit mit einfließen lassen. Herzlichen Dank. Herzlichen Dank auch an die Besucher, dass sie uns aufmerksam begleitet haben, und danke an die Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission.

Die Mitglieder der Enquetekommission treffen sich ab jetzt in zwölf Minuten – davon zwei Minuten für meine Abschlussworte, und fünf Minuten zum Hinüberlaufen zur nicht öffentlichen Sitzung. Wir treffen uns in Raum 433 im Königin-Olga-Bau.

Die nächste öffentliche Anhörung der Enquetekommission „Pflege“ wird am 23. Januar 2015 um 13:00 Uhr hier im Interimsplenarsaal stattfinden und sich mit dem Thema „Pflege und Gesellschaft“ beschäftigen.

Allen, die ich nachher in der Sitzung nicht mehr sehe, darf ich schon jetzt eine besinnliche Adventszeit, ein frohes Weihnachtsfest und Gottes reichen Segen im neuen Jahr wünschen. Die Anhörung ist beendet. Vielen Dank.

(Beifall – Schluss des öffentlichen Teils: 15:33 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil –

(gesondertes Protokoll)



Hochschulische Ausbildung in der Pflege

Anhörung im Landtag Baden-Württemberg
Enquetekommission Pflege – 03. Dezember 2014



Warum brauchen wir hochschulische Qualifikation in der Pflege ?

Hochschulische / akademische in der Pflege ist notwendig auf Grund

- der demographischen und
- der epidemiologischen Veränderungen (Chronische Erkrankungen und Multimorbidität)
- der Entwicklung in Wissenschaft und Forschung
- des fehlenden Theorie – Praxis Transfers
- der zunehmenden Bedeutung von sektorenübergreifender und interdisziplinärer Versorgung an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgungssysteme
- des zunehmenden Bedarfs an übergreifender (interprofessioneller) Qualifikation

Quantitativer Bedarf an akademisch qualifiziertem Personal ist unklar –
Schätzung WR 2012 : 10-20%

Die Modellklauseln

„Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten“ vom 25. September 2009 / „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)“ vom 16. Juli 2003 (§4 Abs. 6)



Merkmale und Zielsetzungen der Modellstudiengänge

Zeitlich befristete Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des jeweiligen Berufes unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen

- Strukturelle und inhaltliche Integration der Ausbildungen in Studiengänge
- nur theoretischer und praktischer Unterricht dürfen von APrüV abweichen
- Staatliche Prüfung und Umfang der praktischen Ausbildung bleiben erhalten

Übergeordnete Ziele der Modellstudiengänge



- **Inhaltliche Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe**
(u.a. durch Ausrichtung auf erweiterte oder neue Handlungs- bzw. Berufsfelder / Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen, Heilkundeübertragung)
- **Strukturelle Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe**
(u.a. durch alleinige Ausbildung an einer Hochschule oder Ausbildung in Kooperation mit bestehenden Fachschulen)
- Generierung von Erkenntnissen zur **Novellierung der Berufsgesetze** und zur Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Gesundheitsfachberufe

BMG-Richtlinie zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben (vom 27. November 2009)

Modell der hsg



- Zwei Lernorte: Hochschule und Praxisstelle (keine Fachschulen beteiligt)
- Akademische Lehr- und Lernmethoden
- Theorie – Praxistransfer
- Pflege – Studium ist generalistisch (Berufsabschluss – GKP/GKKP und Alten-P)
- Interprofessionelles Studium
 - Verankerung in den Curricula – gemeinsame Veranstaltungen und Fallbearbeitung
 - Studium für 5 Gesundheitsfachberufe (+ weitere Studiengänge)
 - Kooperation mit TUDO und Med. Fak. der RUB (Projekt Robert Bosch Stiftung)
- Einbindung in den Gesundheitscampus NRW (Kooperation mit LZG/Sportwissenschaften/ Patientenbeauftragter des Landes etc.)

Modelle interprofessioneller Vernetzung

Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Köln 2012



Kooperatives Modell (Gesundheitscampus WR):

Einrichtung von Studiengängen an Fachhochschulen unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften und enge Kooperation mit einer in räumlicher Nähe gelegenen Universität mit Medizinischer Fakultät

Integratives Modell (WR):

Einrichtung von Studiengängen an Universitäten unter dem Dach eines der Medizinischen Fakultät angegliederten Departments für Gesundheitswissenschaften

Vorschläge zur konkreten Umsetzung interprofessioneller Vernetzung:

Interprofessionelle trainings wards

Von allen Disziplinen gemeinsam genutzte skills labs

Gemeinsam besuchte Lehrveranstaltungen

Evaluation nach Richtlinie des BMG



Themen

- Merkmale Ausbildungsstätten
- Struktur und Organisation der Ausbildung
- Staatliche Prüfungen
- Ausbildungskosten
- Bewertung (Machbarkeit / Kosten / Bedarf / Vor-, Nachteile / Bewährung)

Jährliche Berichte an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) und Ministerium für Wissenschaft und Forschung (MIWF) NRW

Zentrale Evaluationsergebnisse



- Studierende streben eine konkrete Tätigkeit mit Patienten an
- Ausbildungsinhalte lassen sich grundsätzlich auf hochschulischem Niveau umsetzen und wissenschaftlich ausrichten
- Akademisches Kompetenzprofil ist im Rahmen der Staatlichen Prüfungen deutlich zu erkennen
- Praktiker/-innen in den Gesundheitseinrichtungen machen Unterschiede zwischen berufsfachschulisch und hochschulisch Auszubildenden deutlich
- An der Hochschule erworbene berufliche Handlungskompetenz beinhaltet hohe praktische Kompetenz
- Interprofessionelle Kompetenz wird als wichtige Kompetenz definiert

Folgerungen aus den Evaluationsergebnissen



- **Berufsgesetze** sind nicht hochschulkompatibel und bedürfen einer Novellierung und Anpassung an hochschulische Strukturen
- Inhalte der **Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen**, die gesetzlich umgesetzt werden müssen, sind zum Teil nicht aktuell und bedürfen einer inhaltlichen Reform
- Durchführung der **Staatlichen Prüfungen** sollte grundsätzlich bestehen bleiben, aber die Struktur bedarf einer bolognakonformen und hochschulischen Vorgehensweise

Folgerungen für eine akademische Pflegeausbildung



- Verankerung der akademischen Pflegeausbildung in einem **eigenen Beruferecht** oder als zweiter Teil eines gemeinsamen Beruferechts
- Akademische Ausbildung sollte **generalistisch** sein
- **Ausbildungsverträge** in der Pflege erschweren die Entwicklung einer Identität als Studierende und führen zu einer Steuerung des Studiums durch die Arbeitgeber und nicht durch die wissenschaftlichen Anforderungen
- Akademische Ausbildung als Teil eines **durchlässigen Systems**



Öffentliche Anhörung durch die Enquetekommission „Pflege in
Baden Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht
gestalten“
„Aus- und Weiterbildung in der Pflege“
03. Dezember 2014

Dr. rer.cur. Sabine Proksch
Kreiskliniken Reutlingen GmbH



Ausbildung

- Ausbildungsqualität
 - Beratung, Schulung und Begleitung von Angehörigen muss mehr in den Focus
 - Pflegediagnostische Prozess
 - ◆ weg von der Tätigkeitsorientierung
 - ◆ hin zur Prioritätensetzung und zum Versorgungsprozess
- Bewerber
 - deutlicher Anstieg der Bewerber mit Abitur, deutlicher Anstieg der Bewerber wenn Studium angeboten wird.



Ausbildung

- Generalistische Ausbildung
 - Ja, zu einer gemeinsamen Basis der Pflege
 - Nein, zur Negierung der hohen spezifischen fachpraktischen Anforderungen in den verschiedenen Pflegesettings (frühe Spezialisierung)
 - Generalisierung von Altenpflegehelfer und Krankenpflegehelfer ist sinnvoll, da Inhalte jeweils die allgemeine Pflege (Grundpflege) im Focus haben sollten.

3



Weiterbildung

- Unübersichtlich (Quantität)
 - Intensivpflege und Anästhesie, Neurologie, Onkologie, Geriatrie, Diabetes, Palliative Care, ...
 - Stationsleitung, Praxisanleitung
 - Wunde, Stoma, Kontinenz, ...
- Unübersichtlich (Qualität)
 - Staatliche Anerkennung, Vorgaben durch Fachgesellschaften, Curriculare Entwicklung durch Weiterbildungsinstitute
- Lösung
 - Einheitliche Curricula
 - Angebot als Kontaktstudiengänge oder Masterstudiengänge

4



Rahmenbedingungen in der Praxis

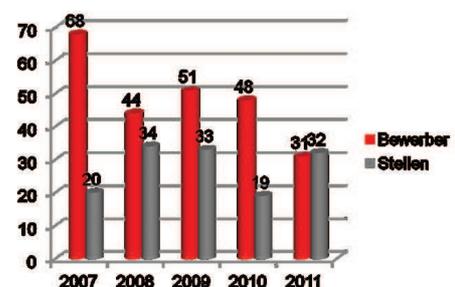
- immer mehr ältere, multimorbide, dementiell erkrankte Menschen in allen Pflegesettings
- Hochkomplexe Pflegesituationen
 - Anspruch der Pflegeempfänger steigt
 - Chronische Erkrankungen nehmen zu
- Versorgung der Menschen Setting übergreifend
 - Versorgungsbrüche zwischen den einzelnen Settings durch fehlendes Fallmanagement

5



Antworten der Pflegepraxis auf die Rahmenbedingungen

- Gemeinsamer Einsatz von Krankenpflegern und Altenpflegern in den Pflgeteams aller Versorgungssettings (Mix dem Setting angepasst)
- Kooperation mit Hochschulen
 - zu ausbildungsintegrierten Studiengängen,
 - zu Weiterbildungen als Kontaktstudium mit ETCS-Erwerb



6



Antworten der Pflegepraxis auf die Rahmenbedingungen

- Einsatz von studierten Pflegekräften
 - Keine Frage des ob, sondern des wie
 - ◆ Angebot einer Fachkarriere
 - ◆ Integration pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis
 - ◆ Übernahme der Fallsteuerung, Kontinuität in der Versorgung
 - Einsatz von mind. 20-50% in der direkten Pflege als Notwendigkeit erachtet (Umfrage des Berufsverbandes Pflegemanagement in Baden Württemberg 2014)

7



Antworten der Pflegepraxis auf die Rahmenbedingungen

- Qualifikationsmix innerhalb der Pflgeteams wird angestrebt
 - 10% HWS
 - 10 % Pflegeassistentz
 - 60% Gesundheits- und Krankenpfleger / Altenpfleger
 - 20% studierte Pflegekräfte

8

Eckpunkte Pflegeausbildung

anlässlich der öffentlichen Ausschussanhörung der
Enquetekommission des 15. Landtags von Baden-
Württemberg „Pflege in Baden-Württemberg
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

3. Dezember 2014

Prof. Dr. Stefan Görres
Universität Bremen

Übersicht

1. Ausgangssituation: Attraktivität muss steigen
2. Care-Mix bestimmt die Zukunft
3. Horizontale und vertikale Durchlässigkeit nötig
4. Akademisierung überfällig
5. Berufliche Bildung bleibt wichtig
6. Ausbau von Forschung und Wissenschaft stärken
7. Neue Einsatz- und Arbeitsfelder entstehen
8. Generalistische Ausbildung bringt internationalen Anschluß
9. Nationaler Gesundheitsberuferat in Gründung

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Prof. Dr. Stefan Görres

Geschäftsführender Direktor

**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Universität Bremen**

sgoerres@uni-bremen.de

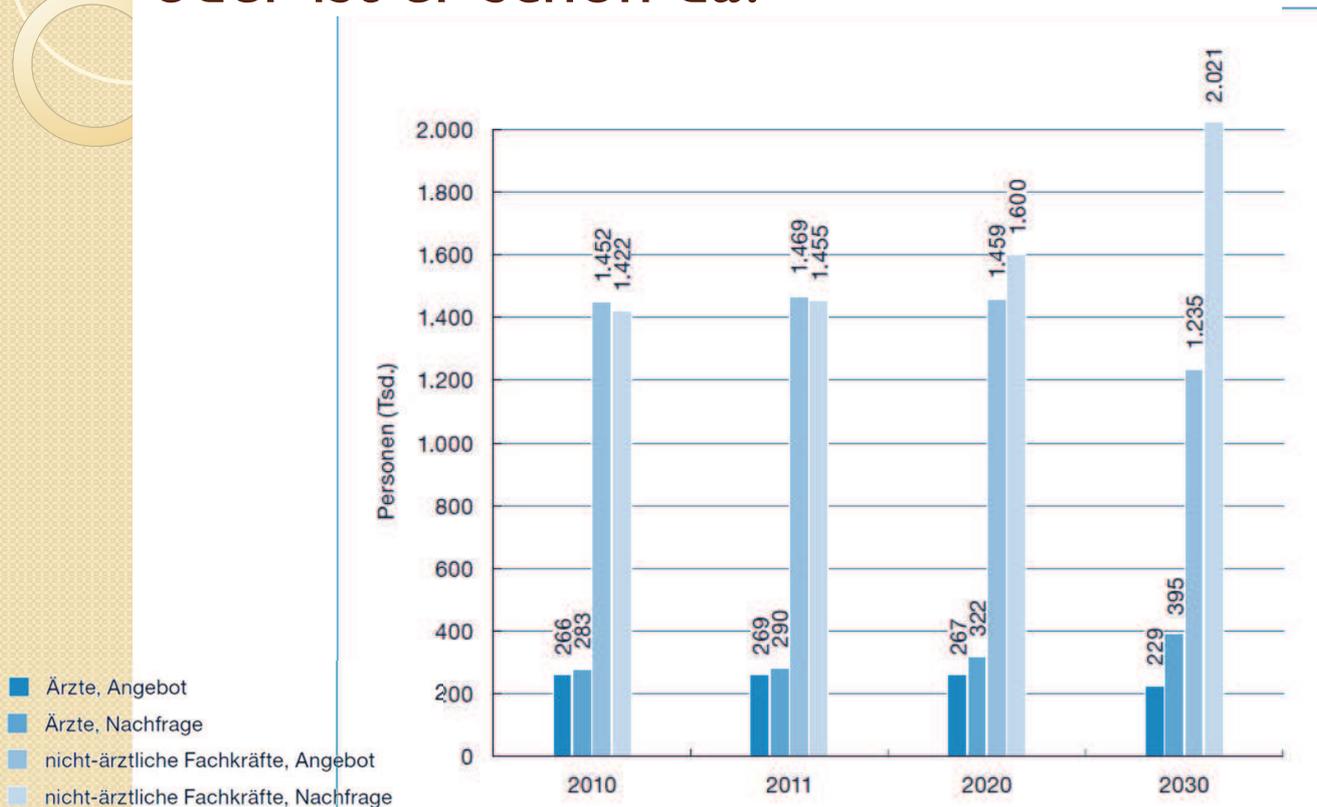
www.public-health.uni-bremen.de

Enquete Kommission „Pflege“

Öffentliche Anhörung
am 3. Dezember 2014

Tilman Kommerell
Leiter der Krankenpflegeschule Überlingen

I: Ein Pflegenotstand droht, oder ist er schon da?



2: Qualität *und* Quantität

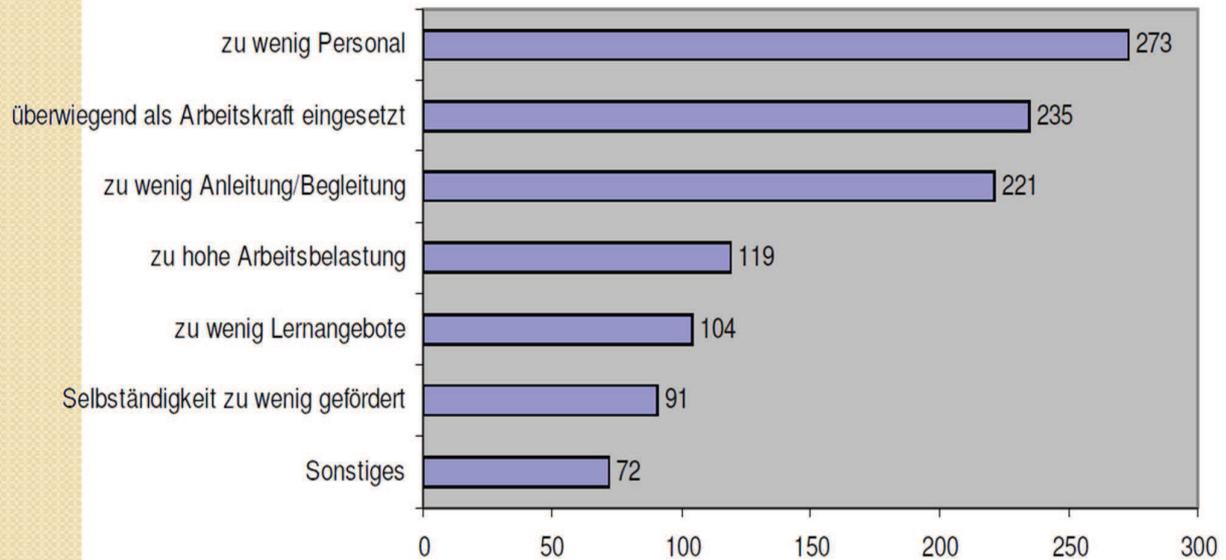
- „mehr ausbilden“ ist wenig zielführend
- Wie kann durch die inhaltliche Ausgestaltung die Ausbildung attraktiv gehalten oder attraktiver gestaltet werden?
- Stichwort Qualifikationsmix
- Pflegefachkräfte von morgen werden weniger selbst pflegen; mehr schulen, beraten und beaufsichtigen
- Übernahme ärztlicher Tätigkeiten steigert Attraktivität nicht!

3: Ausbildungsbedingungen sind Arbeitsbedingungen und umgekehrt

- die Arbeitsbelastung der ausgebildeten Pflegefachkräfte kann zu einer Vernachlässigung ihrer Ausbildungsaufgaben führen
- das subjektive Erleben der Arbeitsbedingungen während der Ausbildung kann dazu führen, dass die Absolventen nach der Ausbildung nicht im erlernten Beruf arbeiten

3: Ausstieg schon während der Ausbildung

2.2.2. Welche Gründe zur Abnahme der Motivation in der Praxis liegen vor?



4: Mangel an Pflegefachkräften führt zu Mangel an Bewerbern

- Pflegenotstand in den Medien, in aller Munde
- Es droht ein regelrechter Einbruch der Bewerberzahlen
- Wie wird sich die Bewerberqualität und -quantität weiter entwickeln?
- Empfehlung:
gemeinsame, generalistische Ausbildung mit **Vertiefungsschwerpunkt**

5: Mehr Ausbildungskapazitäten durch Finanzierung der Ausbildung

- Wer heute bereits ausbildet, darf auch in Zukunft nicht – auf keinen Fall aus finanziellen Gründen davon abgeschreckt werden, Pflegefachkräfte auszubilden.
- Forschungsprojekt: Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen: Sicher, flächendeckend, kompetent!? Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfs in der Versorgungspraxis .

6: Neue, inhaltliche Ausrichtung der Ausbildung in den Pflegeberufen

- künftige Ausbildung der Pflegefachkräfte muss fokussieren:
 - Organisations- und Managementkompetenzen
 - Beratungs- und Schulungskompetenzen
 - Umsetzung des aktuellen wissenschaftlichen Wissens in der Praxis
- Berufliche Belastungen bewältigen als Themenschwerpunkt (vgl. auch: Pflege wandert aus)



7: Gute Ausbildung = Attraktive Ausbildung

- Kompromiss zwischen Ausbildung und Arbeit für den Patienten / Bewohner
- Empfehlung: Praxiscurriculum verbindlich festlegen



8: Vielfalt in der Ausbildung erfordert Bündelung der Kompetenzen

- Diffuse Zuständigkeiten erschweren Weiterentwicklung
- Ausbildung in „zwei Welten“
- Empfehlung: Zuständigkeiten z.B. in einem Pflegereferat bündeln
- Geschäftsstelle nach § 20 (6) Landespflegegesetz endlich einrichten.
- Verortung der künftigen Pflegeschulen im Sozial- oder Kultusministerium?
- Lehrerbildung?