

Eine Publikation von

iaw
Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen

A
Arbeitnehmerkammer
Bremen

ARBEIT UND WIRTSCHAFT IN BREMEN Ausgabe 29 / Juni 2019

Ulf Benedix, Till Kathmann

Neue Wege der Pflegeausbildung

Anspruch und Leistungen der
Pflegeberufereform für die
Attraktivität der Pflegearbeit

Ulf Benedix/Till Kathmann

Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 29 | 2019

Neue Wege der Pflegeausbildung

Anspruch und Leistungen der Pflegeberufereform für die Attraktivität der Pflegearbeit

Kurzfassung

Der Personal- und Fachkräftemangel in der Pflege ist groß. Es fehlt an Nachwuchs und die Arbeitsbedingungen sind wenig attraktiv. Daher gilt es vor allem, „Gute Arbeit“ zu gestalten und eine bessere Bezahlung in diesem Bereich sozialer Dienstleistung zu erreichen. Die 2017 beschlossene und aktuell in der Umsetzung befindliche Reform der Pflegeausbildung war insofern nicht nur als Reaktion auf veränderte Anforderungen zu verstehen. Eine generalistisch ausgerichtete Ausbildung, kombiniert mit akademischen Ausbildungspfaden, sollte zugleich als Instrument zur Steigerung der Attraktivität der Pflege wirken.

Das Projekt „Neue Wege der Pflegequalifikation“ hatte zum Ziel, einzuschätzen, inwieweit die Reform ihren Zielen gerecht werden kann. Welcher Fortschritt ergibt sich für das Berufsbild der Pflege? Welche Impulse werden für die Entwicklung „guter Arbeit“ und bei der Entlohnung gesetzt?

Dafür wurden regionale und überregionale Expertengespräche mit institutionellen Akteuren/Akteurinnen durchgeführt. In einem Ländervergleich mit den Ausbildungssystemen zweier Nachbarländer (Niederlande/Österreich) wurden ergänzende Gesichtspunkte zur Bewertung des Reformergebnisses generiert.

In einem ersten Teil analysiert die Studie Grundlagen des deutschen Pflegesystems, das den Hintergrund des umstrittenen Reformprozesses bildet und sich als multipel fragmentiertes System darstellt.

In den Expertengesprächen zeigte sich, dass der Reformprozess, gemessen an seinem Ausgangspunkt und ursprünglichen Anspruch, zu einem wenig konsistenten Ergebnis geführt hat. Die Fragmentierung des Pflegesystems dürfte hierzu beigetragen haben. Ein zentraler Kritikpunkt am Reformergebnis betrifft die Kompliziertheit des entstandenen Systems unterschiedlicher Ausbildungsabschlüsse, mit dem die ursprüngliche Intention, einen generalistischen Pflegeberuf für alle Aufgaben zu schaffen, konterkariert wird.

Problematisch erscheint besonders der Fortbestand eines alternativen Ausbildungsabschlusses als „Altenpfleger/Altenpflegerin“, der nicht nur die Wahlmöglichkeiten des Arbeits- und Beschäftigungsfeldes für die Beschäftigten einengt. Da die Ausbildungs- und Prüfungsordnung diesen Abschluss ausdrücklich nicht auf gleichem Kompetenzniveau wie die generalistischen Abschlüsse ansiedelt, wird ein Fehlanreiz zum Fortbestand von Entlohnungsunterschieden und unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten zwischen Alten- und Krankenpflege gesetzt.

Auf dieser Grundlage erscheint die Einlösung des Anspruchs, mit der Reform selbst schon zu einer Verbesserung der Pflegearbeit beizutragen, sehr fraglich. Die hier nötigen Veränderungen müssen offenbar durch Betätigung „anderer Stellschrauben“ im System herbeigeführt werden. Dies betrifft vor allem die Verbesserung der weiterhin sehr belastenden Arbeitsbedingungen. Dabei kommt neuen Personalbemessungsverfahren, die auf wissenschaftlicher Grundlage am tatsächlichen Zeitbedarf ansetzen, eine wichtige Rolle zu. Zur Sicherung attraktiver Entlohnungsbedingungen und zur Überwindung der branchentypisch ungleichen Bezahlung kann neben einer Überwindung des niedrigen gewerkschaftlichen Organisationsgrads in der Pflege auch eine Verbesserung des Rechtsrahmens zur Allgemeinverbindlicherklärung von Tarifverträgen beitragen.

Jenseits der Kritikpunkte wurde mit der Reform ein klarer Fortschritt im Ausbildungssystem der Pflege erreicht. Wesentliche Empfehlungen für die weitere Entwicklung beziehen sich auf die Unterstützung der Schulen in der Umsetzung der Reform, auf den notwendigen Ausbau der Qualifizierung von Lehrkräften und Praxisbegleitungen sowie auf den ausstehenden Einbau der neuen Ausbildung in ein transparentes und durchlässiges Aus-, Fort- und Weiterbildungssystem in der Pflege. Hier ist insbesondere eine länderübergreifend abgestimmte Weiterentwicklung der Helfer- bzw. Assistenzberufe erforderlich.

Im Blick über die Landesgrenzen zeigte sich, dass sich ein internationaler Ausbildungsstandard, an den sich Deutschland anzupassen hätte, so nicht besteht, sondern länderspezifisch gewachsene Systeme Bestand haben und Grundlage ihrer Weiterentwicklung sind. Auch in Österreich und in den Niederlanden wurde lange um aktuelle Ausbildungsreformen gestritten. Positiv, wenn auch konkret in landesspezifischer Ausformung, kann die Konsistenz und Kohärenz der dortigen Ausbildungssysteme hervorgehoben werden. Für die Entwicklung „Guter Arbeit“ kommt es aber

auch dort mehr auf „andere Stellschrauben“, insbesondere auf gewerkschaftliche Interessenvertretung der Beschäftigten in der Pflege, an.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	7
1 Einleitung	8
2 Methodischer Ansatz und empirische Grundlage.....	9
2.1 Auswahl der Länder für die vergleichende Analyse	10
2.2 Auswahl der zu befragenden Experten/Expertinnen.....	11
Teil A: Der Rahmen: Pflegequalifizierung als Teil von Pflegesystemen	13
3 Pflege und Pflegearbeit.....	13
3.1 Pflegebedürftigkeit und -bedarf	13
3.1.1 Pflege adressiert Pflegebedürftigkeit.....	13
3.1.2 Pflegebedürftigkeit ist individuell und gesellschaftlich bestimmt	15
3.1.3 Pflege ist gesellschaftlich notwendige und notwendig gesellschaftliche Aufgabe	15
3.2 Pflegearbeit	16
3.3 Das Problem moderner Pflegedefinitionen.....	18
4 Das Pflegesystem in Deutschland	19
4.1 Der Rahmen der Pflege: Wohlfahrtsregime, Recht und Institutionen.....	20
4.1.1 Die Pflege im Wohlfahrtsregime Deutschlands	20
4.1.2 Rechtsrahmen und Institutionen	21
4.1.3 Zwischenfazit: Das deutsche Pflegesystems beruht auf doppelter Grundlage.....	24
4.2 Die Institutionen und Organisationen des sozialstaatlich verfassten Pflegesystems.....	24
4.2.1 Die „Träger“ bzw. die Anbieter von Pflege.....	25
4.2.2 Finanzierung: Kassen, Markt, „Ökonomisierung“	27
4.3 Pflegeorganisation und Pflegearbeit	37
4.3.1 Pflegearbeit – „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“?	38
4.3.2 Häusliche Pflegearbeit und Pflege als Erwerbsarbeit	38
4.3.3 Pflegearbeit als Frauenarbeit	39
4.3.4 Pflegearbeit als qualifizierte und unqualifizierte Arbeit	40
4.4 Qualifizierungssystem und Pflegewissenschaft	45
4.4.1 Ausbildungssystem (bisheriger Stand)	45
4.4.2 Fort- und Weiterbildungssystem	46
4.4.3 Pflegewissenschaft	47
4.4.4 Anschlussfähigkeit und Übergänge	48
4.4.5 Qualifizierungssystem und Arbeitsorganisation	48
4.4.6 Qualifikationssystem, Pflegearbeitsmärkte und Entlohnung	52
4.5 Arbeitsbeziehungen	53
4.5.1 Familiäre Pflege	53
4.5.2 Professionelle Pflege.....	53
4.6 Arbeitsbedingungen, Tarifpolitik und Entlohnung	54
4.6.1 Arbeitsbedingungen	54
4.6.2 Tarifpolitik	54
4.6.3 Tarif- und Entlohnungsbedingungen	56

Teil B: Pflegeausbildungsreform im Spiegel ihrer Bewertung der institutionellen Akteure	64
5 Pflegeausbildungsreform in Deutschland	64
5.1 Ausgangslage	64
5.1.1 Sonderrolle der Pflegeberufe aus berufsbildungspolitischer Sicht	64
5.1.2 Vorgeschichte der Reform	64
5.2 Das Pflegeberufereformgesetz	65
5.2.1 Auf dem Weg zur Reform	65
5.2.2 Reform zwischen Generalistik und Spezialisierung	66
5.2.3 Kernelemente der verabschiedeten Reform	67
5.2.4 Der „Diskurs“ – Stellungnahmen und Lobbyarbeit zum Gesetzgebungsverfahren vor der Kompromisseinigung	69
5.2.5 Stellungnahmen nach dem Beschluss der Reform	73
5.2.6 Zwischenfazit: Ein durch die fragmentierte und ökonomisierte Verfasstheit des Pflegesystems bestimmtes Reformergebnis.....	74
5.3 Die Sicht der institutionellen Akteure in den Experteninterviews.....	76
5.3.1 Der institutionelle „Diskurs“ zum Gesetzgebungsverfahren	76
5.3.2 Einschätzung der Neuregelung als Ausbildungsreform und ihrer Rückwirkungen auf die Attraktivität der Pflegearbeit	78
5.3.3 Was ist zu tun in Bezug auf die Umsetzung der Reform? Aktuelle praktische Herausforderungen der Neuregelung.....	83
5.3.4 Andere Stellschrauben	85
5.4 Zusammenfassende Bewertung: Eine unvollständige Ausbildungsreform, der die Erreichung ihrer Ziele nicht zugetraut wird	87
5.4.1 Einschätzung des Pflegeberufereformgesetzes als Beitrag zur Modernisierung des Qualifizierungssystems der Pflege	87
5.4.2 Einschätzung der Auswirkungen auf die Attraktivität der Pflegearbeit	89
5.4.3 Nachbemerkung zum Stand der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.....	89
6 Der Blick über die Landesgrenzen: Pflegequalifizierung und Pflegereformen in Österreich und in den Niederlanden	90
6.1 Österreich	91
6.1.1 Verfasstheit von Gesundheits- und Pflegesystem	91
6.1.2 Aktuelle Reform	94
6.1.3 Die Einschätzung der Entwicklung: Berufsverband [E04].....	97
6.1.4 Die Einschätzung der Entwicklung: Gewerkschaft [E03]	98
6.1.5 Zwischenfazit Österreich	99
6.2 Niederlande	100
6.2.1 Verfasstheit von Gesundheits- und Pflegesystem	101
6.2.2 Aktuelle Reform	107
6.2.3 Die Einschätzung der Entwicklung: Berufsverband [E02].....	110
6.2.4 Die Einschätzung der Entwicklung: Gewerkschaft [E01]	111
6.2.5 Zwischenfazit Niederlande	113
6.3 Zusammenfassende Bewertung des exkursorischen Ländervergleichs	113
7 Ausblick: Entwicklungsfelder für die Qualifizierungswege in der Pflege in Deutschland	114
7.1 Entwicklungsfelder im Ausbildungssystem	115
7.2 Entwicklungsfelder zur Attraktivitätssteigerung der Pflegearbeit	116
7.3 Entwicklungsanregungen auf Basis der Entwicklungen in Österreich und in den Niederlanden.	117
8 Literaturverzeichnis.....	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell Pflegesystem	20
Abbildung 2: Kostenstruktur der Krankenhäuser 2017	29
Abbildung 3: TVöD: Bundesweit prägender Tarifvertrag	56
Abbildung 4: Monatliche Entgelte von Fachkräften	60
Abbildung 5: Monatliche Bruttoentgelte von Helfern nach Bundesländern, 2016	61
Abbildung 6: Bruttostundenlöhne in sozialen Berufen	62
Abbildung 7: Relative Einkommenspositionen von Beschäftigten in Fürsorgeberufen (EU)	105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die befragten institutionellen Akteure	12
Tabelle 2: Krankenhäuser nach Trägerschaft in Deutschland 1999-2015	34
Tabelle 3: Aufgestellte Krankenhausbetten nach Trägerschaft in Deutschland bis 2015	35
Tabelle 4: Stationäre Einrichtungen (Langzeitpflege) nach Trägerschaft in Deutschland 1999-2015	36
Tabelle 5: Pflegeangebote (Ambulant) nach Trägerschaft in Deutschland 1999-2015	37
Tabelle 6: Krankenhausstatistik: Pflegepersonal in Deutschland (Dezember 2015)	41
Tabelle 7: Krankenhausstatistik: Pflegepersonal im Land Bremen (Dezember 2015)	42
Tabelle 8: Pflegepersonal (SGB XI, Langzeitpflege) in Deutschland, Dezember 2015, nach Vertragsart und Qualifikation	43
Tabelle 9: Pflegepersonal (SGB XI, Langzeitpflege) in Bremen, Dezember 2015, nach Vertragsart und Qualifikation	44
Tabelle 10: Bruttomonatsverdienste in Pflegeberufen	58
Tabelle 11: Bruttolohnentwicklung im Öffentlichen Dienst (West)	59
Tabelle 12: Gehaltstafel für Beschäftigte karitativer Einrichtungen der katholischen Kirche in Österreich	93
Tabelle 13: Übersicht über das Pflegequalifikationssystem in Österreich	96
Tabelle 14: Gesetzliche Pflegegrundlagen Niederlande	103
Tabelle 15: Most common gross salary scales in the four largest healthcare branches / NL	104
Tabelle 16: Übersicht über das Pflegequalifikationssystem in den Niederlanden	108

1 Einleitung

Im Sommer 2017 wurde mit dem Beschluss des Pflegeberufereformgesetzes der Weg für eine neue, im Grundsatz generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung frei gemacht. Die vorliegende Untersuchung des iaw hatte das Ziel, durch Befragung von Expertinnen und Experten institutioneller Akteure eine Einschätzung zu erarbeiten, wie sich diese neue Pflegeausbildung auf die Pflegearbeit auswirken wird.

Die Notwendigkeit einer solchen Untersuchung findet zunächst darin ihren Ausgangspunkt, dass die Sicherung einer guten pflegerischen Versorgung in unserer Gesellschaft als gefährdet angesehen werden muss. Es besteht die Gefahr, dass sich die Schere zwischen Pflegebedarf und dem dafür nötigen Fachpersonal über einen akzeptablen Punkt hinaus weiter öffnet. Grundlage dieser Entwicklung bildet eine relative Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung und damit eine qualitativ und quantitativ wachsende Nachfrage nach Pflegeleistungen einerseits, andererseits bereits bestehende und für die Zukunft als wachsend prognostizierte Nachwuchs- und Fachkräfteengpässe in Pflegeberufen. (Rothgang/Müller/Unger 2012: 10)

Die Sicherung der pflegerischen Versorgung gilt daher derzeit als zentrale gesellschaftliche und politische Aufgabe. Die besondere Bedeutung dieser Aufgabe zeigt sich zum Beispiel darin, dass Bundeskanzlerin Angela Merkel in ihrer Neujahrsansprache 2018 die Pflegeberufe ausdrücklich und als „zu stärken“ nannte – kein anderer ziviler Berufsstand wurde in dieser Weise hervorgehoben.¹ Auch der Koalitionsvertrag 2018 beinhaltet Ziele zur Verbesserung der Situation in der Pflege.²

Auch die Reform der Berufsausbildungen in der Pflege bezieht sich pflegepolitisch auf diese Zielsetzung, denn sie sollte nicht nur dazu dienen, Ausbildungsgänge an neue oder veränderte Anforderungen anzupassen. Das Ziel, zur Attraktivität der Pflegearbeit beizutragen, wurde ausdrücklich mit dem Reformvorhaben verknüpft.³ Damit wird eine Rückwirkung der Gestaltung der Ausbildung in der Pflege auf das Pflegesystem als Ganzes postuliert.

Der Reformprozess und sein Ergebnis sind somit in Bezug auf zwei Zielperspektiven zu beurteilen:

- Erstens als Beitrag zur Weiterentwicklung und Modernisierung des Qualifizierungssystems in der Pflege, mit der die Ausbildung an die aktuellen Anforderungen der Pflegearbeit angepasst wird. Mit der Veränderung der Fachkraftausbildung stellt sich zugleich die Frage nach ihrem Beitrag zur Verbesserung der Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit der verschiedenen Ausbildungswege, insbesondere, da die Anschlussqualifizierung von Assistenz- und Hilfskräften als wichtiger Beitrag zur Fachkräftesicherung gesehen werden kann.
- Zweitens ist die Reform auch daran zu messen, inwieweit ihr ein Potenzial zur Verbesserung der Attraktivität der Pflegearbeit tatsächlich zukommt. Diese kann verstanden werden als eine Attraktivität, die sich aus Verbesserungen in den verschiedenen Dimensionen „Guter Arbeit“ ergibt, und damit insbesondere auf Verbesserungen der Arbeitsorganisationsformen, Arbeitsbedingungen, Entwicklungschancen sowie insbesondere der Entlohnung der Pflegearbeit rekurriert.

Das Anliegen des vorliegenden Berichts lautet daher, eine Einschätzung zu liefern, ob und inwieweit das Ergebnis des Reformprozesses den intendierten Beitrag zur Erreichung beider Zielperspektiven leisten kann. Damit stellt sich auch die Frage nach den strukturellen Gegebenheiten des Pflegesystems, die für die Zielerreichung förderlich oder hinderlich sein können und zugleich auch durch die Reform selbst verändert werden sollen.

In Teil A dieses Berichts wird daher vorab der Versuch unternommen, diesen strukturellen Rahmen soweit darzustellen, wie es für das Verständnis möglicher Wirkungen der neuen Ausbildung auf Pflegearbeit und Arbeitsbedingungen in der Pflege einschließlich der Entlohnung erforderlich ist. Schwerpunkte hierbei liegen auf

¹ <https://www.bundeskanzlerin.de/Content/DE/Podcast/2017/2017-12-31-Video-Podcast/links/download-PDF.pdf>

² Der Koalitionsvertrag 2018 zwischen CDU, SPD und CSU sieht die Schaffung von 8000 krankenkassenfinanzierte Fachkraftstellen in der Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen vor; verschiedene Maßnahmen beziehen sich auf die Personalsituation: Die Entwicklung von Personalbemessungsinstrumenten und der Ausbau von Ausbildung und Höherqualifizierung in der Altenpflege sowie die Entwicklung von Personaluntergrenzen für die Krankenhauspflege bilden Teile der Vereinbarung.

³ Aus der gemeinsamen Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 07.07.2017 nach Zustimmung des Bundesrats: Das Gesetz „sorgt für verbesserte Rahmenbedingungen in der Pflege und steht für die Aufwertung des sozialen Berufsfelds insgesamt“, und: „Mit der Reform der Pflegeberufe verbessern wir die Ausbildungsbedingungen und erhöhen die Attraktivität des Berufsfelds Pflege.“
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Presse_mitteilungen/2017/2017_2/170707_PM_Pflegeberufereform-gesetz_passiert_Bundesrat.pdf

der Darstellung der Spezifik der Pflegearbeit, der Rolle des bundesdeutschen Wohlfahrtsregimes als struktureller Basis ihrer gesellschaftlichen Organisation, auf den Arbeitsbeziehungen sowie auf relevanten pflegeökonomischen Faktoren, die sich als Gestaltungsrahmen für Arbeitsbedingungen und Entlohnung von Pflegearbeit geltend machen.

Teil B stellt dann zunächst den Weg zur Reform und die wesentlichen Neuerungen des im Juni 2017 beschlossenen Reformgesetzes kurz dar und nimmt – quasi nach „Aktenlage“ – eine erste Bewertung der Reform vor. Auf der Grundlage von Gesprächen mit Expertinnen und Experten aus dem Feld institutioneller Akteure wird der Frage nachgegangen, ob die institutionellen Akteure positive Wirkungen der Reform zu beiden genannten Zielperspektiven tatsächlich erwarten, gegebenenfalls, welche diese sind, und auf welchem Wege sie sich durchsetzen könnten. Ein erstes Zwischenfazit fasst die Bewertung der Reform im Spiegel der Einschätzungen der Expertinnen und Experten zusammen.

Die Reform sollte jedoch nicht nur in Bezug auf den ihr immanenten Maßstab ihrer Zielsetzungen eingeschätzt werden. Ein exkursorischer Blick auf die Entwicklung der Pflegeausbildung in ausgewählten europäischen Ländern sollte zusätzliche Einschätzungen zu Entwicklungsperspektiven der Pflegeausbildung beisteuern können.

Denn erstens wurde die Notwendigkeit der Reform der Pflegeausbildung, gerade in Bezug auf ihre innovativen Elemente – hier sind vor allem die „generalistische“ Ausrichtung des Reformanliegens, der Verankerung eines hochschulischen Ausbildungswegs sowie der Fixierung vorbehaltener Tätigkeiten der Pflege zu nennen –, von deren Befürwortern auch damit begründet, dass Deutschland bislang einen Sonderweg gegangen sei und dabei hinter internationalen Standards der Pflegequalifizierung zurückgeblieben sei. Zweitens war davon auszugehen, dass sich in einer vergleichenden Perspektive mit Ländern, die diese Neuerungen bereits in ihrem Ausbildungssystem umgesetzt haben, wichtige Hinweise zur Auswirkung und den Potenzialen dieser Reformelemente geben können.

In einem weiteren empirischen Untersuchungsteil werden daher Stand, Entwicklung und Diskussion der Pflegeausbildungssysteme in den Niederlanden und in Österreich in den Blick genommen, um erfahrungsbasierte Erkenntnisse über Rückwirkungen von Ausbildungssystemen auf die Pflegearbeit zu erschließen.

Stand und Entwicklung in beiden Ländern werden skizziert, die Einschätzungen der Akteure dargestellt und in Bezug auf die Perspektiven in Deutschland bewertet. Aufgrund des beschränkten Umfangs der im Rahmen des Projekts möglichen Interviews haben die Resultate hierzu eher kursorischen Charakter, können aber gleichwohl im Kontrast bestimmte „Stärken“ in den Ausbildungssystemen beider betrachteter Länder herausstellen.

Die ausgewerteten Interviews in Deutschland und den Nachbarländern bilden abschließend die Grundlage für Überlegungen, welche Entwicklungsfelder auf Grundlage der nun beschlossenen Reform für die weitere Entwicklung des Qualifikationssystems in der Pflege in den Blick genommen werden sollten.

2 Methodischer Ansatz und empirische Grundlage

Eine Untersuchung, die die verschiedenen Dimensionen des Pflegesystems in den Blick nimmt, muss aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens qualitative und quantitative Elemente einschließen. Wo es sinnvoll erschien, wurde die auf Literatur- und Internetrecherchen beruhende Darstellung in Teil A daher um ausgewählte quantitative Angaben ergänzt.

Die empirische Grundlage zur Folgeinschätzung der Reform in Teil B wurde in leitfadengestützten Expertengesprächen gewonnen. Die eigene Erhebung erschien notwendig, da es zur Frage nach den Erwartungen der Akteure hinsichtlich der Rückwirkungen der beschlossenen Pflegeberufsreform auf die unterschiedlichen Dimensionen des Pflegesystems, insbesondere aber auf die Pflegearbeit, bislang keine Datenbasis gibt.

Als Experten/Expertinnen werden hier Gesprächspartner verstanden, die nicht nur über einschlägiges Fach- und Handlungswissen verfügen, sondern dieses Wissen auch in Praxis umsetzen, also (als institutionelle Akteure) im Rahmen der Interaktionen in ihren Handlungskonstellationen ihrem Wissen auch praktische Relevanz geben können und die Entwicklung in ihrem Handlungsfeld mitbestimmen können. Die Untersuchung richtet sich daher auf die Ebene institutioneller Akteure. (Zur Eingrenzung des Feldes siehe Kapitel 2.2).

Die eigenen Erhebungen werden als qualitative Einzel- und Gruppeninterviews auf Basis von Gesprächsleitfäden durchgeführt, für die Leitfäden entwickelt wurden. Die Form der Leitfäden wird sich an die für die Qualifikationsbedarfsanalysen am iaw entwickelte Form des „Mindmap-Leitfadens“ anlehnen, der offene Fragestellungen mit einer Mindmap kombiniert, die den komplexen konzeptionellen Hintergrund der Befragung in übersichtlicher Form als Vorschlag zur Gesprächsstrukturierung anbietet. Soweit die Gesprächspersonen einer Aufzeichnung des Gesprächs zugestimmt haben, wurden die Interviews einfach transkribiert, wo nicht, erfolgte die Auswertung protokollbasiert (vgl. hierzu „protokollbasierte Analyse“ bei Kuckartz 2005: 42). Inhaltlich waren drei

Varianten des Leitfadens (überregional, regional, Nachbarländer) erforderlich. Der regionale Fragebogen nahm insbesondere den Gesichtspunkt der Folgen für die praktische Organisation der Ausbildung in der Region mit auf; in den Gesprächen in den Nachbarländern stand die Gewinnung zusätzlicher Erkenntnisse über deren Ausbildungssystem und aktuelle Veränderungstrends im Vordergrund; von diesem Leitfaden wurde eine deutsche und englische Version erstellt.

In der Analyse und Interpretation der geführten Experteninterviews richtete sich das Interesse weniger auf den Einzelfall und die Sequenzialität von Äußerungen. Die Auswertung der Interviews und auch die Darstellung der Ergebnisse orientieren sich stattdessen an thematischen Einheiten (vgl. Meuser/Nagel 2003), und zwar folgt sie jeweils der Logik der eingesetzten Befragungsleitfäden, die sich ihrerseits am konzeptionellen Rahmen des Themas orientieren.

Der vergleichenden Analyse als methodischem Paradigma wird in einer detaillierten, kontrastierenden Darstellung der Diversität der gefundenen Positionen Rechnung getragen. Zur Unterstützung der vergleichenden Analyse wird das Programm MaxQDA als Instrument der computerunterstützten qualitativen Datenanalyse (CUQDAS) eingesetzt (zur computergestützten Analyse qualitativer Daten vgl. Kelle 2005; Kuckartz 2005). Die zuvor kodierten Textstellen können zielgenau und schnell themen- und merkmalsbezogen über mehrere oder alle Interviews hinweg (in sog. Retrievals) abgerufen werden (vgl. hierzu auch Medjedović/Witzel 2007: 29-32).

2.1 Auswahl der Länder für die vergleichende Analyse

In der Auswahl der betrachteten Länder sollen sich einerseits klare Kontraste abzeichnen, die zugleich konvergierende Entwicklungen nicht ausschließen sollten. Ausgangspunkt für den Vergleich ist das Qualifikationssystem, weil die Pflegeberufereform an dieser Stelle ansetzt. Die Ausbildungswege und die Anschlussmöglichkeiten der in der Pflege eingesetzten Hilfskräfte sind dabei mit zu berücksichtigen. Die Wechselbeziehung insbesondere zur Entlohnungsdimension wird erst in einem zweiten Analyseschritt einbezogen. Als Auswahlkriterien bieten sich daher an:

- Ausdifferenzierte Unterschiede im Ausbildungssystem, die zugleich
- eine mögliche Vorbildfunktion im Diskurs über die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland ausüben (Möglichkeit der Konvergenz).
- Unterschiede in den Organisationsprinzipien des (Gesundheits- bzw.) Pflegesystems.

Der Rahmen wird zunächst auch unter forschungsökonomischen Aspekten auf Europa eingeschränkt. Hier gelten insbesondere Großbritannien, die Niederlande und Österreich aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaft als mögliche Referenzen und Vorbilder für Reformen des deutschen Pflegequalifizierungssystems (Landenberger et al. 2005). Unter dem Gesichtspunkt möglicher Konvergenz der Ausbildungssysteme sollten diese Länder daher auch hier den Ausgangspunkt der Überlegungen bieten.

Ebenfalls aus forschungsökonomischen Gründen konnten im Projekt nur zwei Länder bearbeitet werden. Es war daher eine Auswahl erforderlich, die zu Projektbeginn aus folgenden Gründen für Österreich und die Niederlande getroffen wurde:

Die Niederlande bieten ein Beispiel für eine seit längerem grundsätzlich generalistisch ausgerichtete und gestufte Pflegeausbildung. Das niederländische Ausbildungsmodell schien besonders spannend, weil sich hier eine über längere Zeit praktizierte parallele generalistische Ausbildung in schulischem und hochschulischem Rahmen findet, die anscheinend zu gleichwertigen Abschlüssen, Aufstiegsmöglichkeiten und Einkommenschancen führte – für die deutsche Debatte um Einsatz und Chancen der neu und formal parallel zum betrieblich-schulischen Ausbildungsweg eingerichteten Hochschulqualifikationen ein sehr interessanter Fall – auch wenn gerade dieser Aspekt sich mit der aktuell angeschobenen Reform in den Niederlanden ändern könnte.

In Österreich wurde kürzlich eine tiefgreifende Reform der Pflegeausbildung beschlossen. Die bisherigen dreijährigen beruflichen Ausbildungsgänge zu diplomierten Pflegekräften wird es nicht mehr geben. Die Ausbildung von Pflegefachkräften wird vollständig an die Hochschulen verlagert; auf der anderen Seite werden zwei schulisch ausgebildete Assistenzberufe (Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz) geschaffen.⁴ Österreich erscheint damit als ein interessanter Fall für einen Reformprozess, der auf der einen Seite eine generalistische Fachkräfteausbildung

⁴ Die Presse.com, Wien, 07.07.2016, Nationalrat beschließt neue Krankenpflege-Ausbildung, <http://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/5045177/Nationalrat-beschliesst-neue-KrankenpflegeAusbildung>, (Zugriff: 20.8.2016).

vollständig an die Hochschulen bringt. Auf der anderen Seite erschien die Durchlässigkeit der neue Hilfskräfteausbildungen ein wichtiger Streitpunkt in der Diskussion gewesen zu sein,⁵ der für die weitere Entwicklung in Deutschland sehr wichtig sein wird.

Die Pflegeausbildung in Großbritannien wird auf Basis eines grundsätzlich schwach ausgeprägten beruflichen Bildungssystems ausschließlich im tertiären Bereich durchgeführt. Hochschulausbildung umfasst allerdings somit neben wissenschaftlicher Ausbildung auch berufsbezogene, wissensbasierte Ausbildungsgänge, die Filkins/Landenberger (2006) mit den Ausbildungsgängen an deutschen Fachhochschulen oder Berufsfachschulen vergleichen. Wenn somit die Zuordnung der Pflegeausbildung zu den Hochschulen nicht unbedingt eine „voll akademisierte“ Pflegeausbildung bedeuten muss, so ist doch hervorzuheben, dass für diese beruflich ausgerichteten Qualifikationsgänge zumindest eine wissenschaftliche Basis als erforderlich betrachtet wird (ebd.). Außerdem wird in dieser Betrachtung von den Hilfskräften in der Pflege abgesehen. Ausbildungswege, -stand und -voraussetzungen sind in diesem Bereich uneinheitlich und nicht systematisch „anschlussfähig“ auf die akademische Fachkräfteausbildung bezogen; zum Teil scheint jedoch ein Niveau der Helferqualifikation erreichbar, das den Einstieg in eine Ausbildung zur Fachkraft ermöglicht (Waldhausen/Sittermann-Brandens/Matarea-Türk 2014).

In der Auswahlentscheidung zwischen Österreich und Großbritannien sprach zunächst für Österreich, dass die dort beschlossene Reform sich besonders eignet, um den Folgen der Aufspaltung der Qualifizierungsniveaus nachzugehen, und insofern bestimmten Rationalisierungsvorstellungen für die Pflege zu entsprechen scheint (vgl. Benedix/Hammer/Medjedovic/Schröder 2013: 18-20). Problematisch wurde zunächst bewertet, dass sich Österreich erst am Anfang der Umsetzung eines umfangreichen Reformprozess befindet, durch den vieles „in Fluss“ gerät und konsolidierte Erfahrungen mit dem neuen Ausbildungssystem noch nicht sicher erwartet werden können. Insbesondere wegen der großen Differenz im System beruflicher Ausbildung Großbritanniens sowie wegen der strukturellen Nähe des Österreichischen Gesundheitssystems wurde jedoch schließlich Österreich als Vergleichsland ausgewählt.

2.2 Auswahl der zu befragenden Experten/Expertinnen

Eine erste Festlegung wurde zu Projektbeginn im Projektteam getroffen; dabei sind generell entsprechend dem qualitativen Paradigma des „theoretischen Samplings“ Anpassungen bzw. Erweiterungen im Projektverlauf nicht ausgeschlossen gewesen.

Die Befragung erfolgte auf drei Ebenen: national (N), regional (R), europäisch (E).

Für die überregionale Befragung institutioneller Akteure (Rahmenbedingungen und Erfassung der in der Diskussion des Gesetzentwurfs relevanten Verbandspositionen) waren insgesamt 6-8 Expertengesprächen vorgesehen.

Regionale Akteure (zur Herstellung des Regionalbezugs und um regionale Konsequenzen für Personal- und Ausbildungspolitik in den Einrichtungen, Besonderheiten der Entgelt- und Tarifstrukturen im Land Bremen zu erheben), sollten mit insgesamt 4-6 Expertengesprächen einbezogen werden.

Für die vergleichende Analyse in den Niederlanden und in Österreich waren insgesamt 4 Interviews geplant, eines zur Einschätzung des Verhältnisses von Ausbildungssystem und Pflegesystem und eines zur Einschätzung des Verhältnisses von Ausbildungssystem und Pflegearbeit (insb. Entgelt).

Insgesamt waren damit ca. 14-18 Expertengespräche vorgesehen. Die folgende Liste gibt eine Übersicht über die im Projektverlauf dann tatsächlich erreichte Struktur des befragten Expertinnen- und Expertenkreises.

⁵ Die Ausbildungsreform war ähnlich wie in Deutschland sehr umstritten; insbesondere wurde die Einführung der Assistenzberufe kritisiert. Vgl. Die Presse.com, Wien, 27.07.2015, <http://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/4785702>, (Zugriff: 20.8.2016).

Tabelle 1: Übersicht über die befragten institutionellen Akteure

Bereich	Interview	Institutionen	Anzahl GP (T = Telefon- interview)
In Deutschland:			
Bundesministerien	N01	Bundesministerium für Gesundheit	1
Bremer Senatorische Behörden	R06	Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Abteilung Gesundheit	2
		Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Abteilung Soziales	
Träger / Arbeitgeber	N02	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	1
	N03	Diakonie Deutschland	1
	N04	Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V.	2
	N06	Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA)	1 (T)
Gewerkschaft / Berufsverbände	N05	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) Berlin	1
	R01	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) Bremen	2
	R07	Bremer Pflegerat	1
Regionale Pflegeschulen	R02	Wirtschafts- und Sozialakademie (WiSoAk)	1
	R03	Bremer Heimstiftung	1
	R04	Gesundheit Nord (GeNo)	2
	R05	Klinikum Bremerhaven Reinkenheide	1 (T)
In Österreich und den Niederlanden:			
Berufsverband	E04	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖKGV)	1 (T)
Gewerkschaft	E03	Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB), Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe	2
Berufsverband	E02	Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (v&vn)	1
Gewerkschaft	E01	Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV)	2

Insgesamt wurden somit 17 Interviews mit 23 Gesprächspartner/-innen geführt.⁶

⁶ Ein anvisiertes Gespräch mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) wurde wegen der Verzögerungen im Gesetzgebungsverfahren mehrfach verschoben und schließlich mit Hinweis auf den laufenden Prozess ganz abgesagt.

Teil A: Der Rahmen: Pflegequalifizierung als Teil von Pflegesystemen

Vorbemerkung

Die Umstellung auf eine generalistische Pflegeausbildung schließt konzeptionell ein, dass qualifizierte Pflegearbeit im Krankenhaus und in der Altenpflege („in allen Pflegesettings“) im Wesentlichen als Varianten *einer* Pflegearbeit betrachtet werden. Diese „generalistische“ Sicht auf die Pflege unterscheidet sich durchaus von der gängigen Wahrnehmung von Pflege im Sozialsystem. Darstellungen des Gesundheitswesens gehen meist von der medizinischen Versorgung aus, in der Pflege als deren (bei- oder sogar untergeordnete) Teilaufgabe im Krankenhaus und daher insbesondere die Langzeitpflege allenfalls am Rand erscheint. Umgekehrt wird oft bei der Rede von „der Pflege“ oder dem „Pflegesystem“ ausschließlich an die Altenpflege gedacht, und andere Arbeitsfelder und Erscheinungsformen von Pflege bleiben ausgeblendet.

Diese Dichotomie der öffentlichen Wahrnehmung von Pflege entspricht zwar der faktischen Fragmentierung der Pflege in Deutschland, die im Nebeneinander von SGB XI und SGB V bzw. von Kranken- und Pflegeversicherung ihren augenfälligsten Ausdruck findet, erscheint aber in Bezug auf eine Darstellung der Pflege als gesellschaftlicher Aufgabe nicht mehr adäquat. Dies belegt nicht zuletzt auch die Ausbildungsreform selbst, insofern sie von einer „generalistischen“ Sichtweise, Ausbildung und Ausübung von Pflege ausgeht. Es ist offenbar Zeit, die gesellschaftliche Organisation und Durchführung der Pflege als integrales Pflegesystem zu begreifen.

Insofern die Verfasstheit dieses Systems den strukturellen Rahmen bildet, in dem die neue Pflegeausbildung geplant, diskutiert und beschlossen wurde, wird seiner Darstellung ein relativ großer Raum gegeben, bevor die Reform selbst in Teil B thematisiert wird. Dabei geht es insbesondere darum, die Fragmentierungen bzw. die Bruchlinien im Pflegesystem kenntlich zu machen, die für die Ausgestaltung der Pflegearbeit und für die Reformen im Qualifizierungssystem bedeutsam sind. Als Bezugsrahmen für das Qualifikationssystem in der Pflege sollten daher zumindest die Spezifika der Pflegearbeit, die Arbeitsbeziehungen der Pflege sowie deren institutionellen und ökonomischen Rahmenbedingungen in ihren Grundzügen dargestellt werden. Auch die Funktionsprinzipien des Wohlfahrtsregimes in Deutschland sowie die Grundlagen der Pflegefinanzierung erschienen für die Arbeitsbeziehungen in der Pflege so bedeutsam, dass sie dabei berücksichtigt werden mussten. Eine nähere Befassung mit den Governance-Prinzipien im Pflegesystem sowie eine aufgefächerte Darstellung der fragmentierten Akteursvielfalt, die beide ebenfalls eine wichtige Rolle in der Verfasstheit des aktuellen System spielen, wurden dagegen aus Gründen des Umfangs zurückgestellt.

3 Pflege und Pflegearbeit

3.1 Pflegebedürftigkeit und -bedarf⁷

3.1.1 Pflege adressiert Pflegebedürftigkeit

Die Regelung der Pflegeberufsausbildung bildet Teil eines Systems, mit dem die Gesellschaft auf das Phänomen Pflegebedarf reagiert – das Pflegesystem in einem umfassenden Sinn. Das Wort „Pflege“ bezeichnet darin offenkundig Verschiedenes: den Berufsstand Pflege, das Bündel der deren Mitgliedern zugewiesenen bzw. von diesen beanspruchten Aufgaben, aber auch Pflege im eigentlichen, engen Sinn als bestimmte Aufgabe mit dem spezifischen Inhalt, Pflegebedürftigkeit zu adressieren.⁸ Dieser soll zunächst kurz charakterisiert und eingeordnet werden.

⁷ Es ist üblich, Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf zu unterscheiden (Bauer/Büscher 2008a: 37), insofern der Pflegebedarf als Ergebnis einer Pflegediagnose die objektiven Notwendigkeiten festhält, die sich aus einer im Subjekt und seinem Zustand begründeten Pflegebedürftigkeit ergeben. Wenn die Pflegediagnose korrekt gestellt wird und keine äußerlichen Faktoren – etwa Gesichtspunkte ökonomischer Kostendeckelung – auf sie einwirken, sollte der Pflegebedarf der Pflegebedürftigkeit entsprechen (denn die Pflegebedürftigkeit bestimmt den Inhalt des Pflegebedarfs); angesichts dieser Kongruenz erscheint die Unterscheidung an dieser Stelle für die Darstellung „rein akademisch“. Um die subjektive Seite als Ausgangs- und Bezugspunkt von Systemen gesellschaftlich organisierter Pflege herauszustellen, wird hier der Begriff der Pflegebedürftigkeit vorgezogen.

⁸ Zweifellos ändert sich das gesellschaftliche „Pflegeverständnis“ hinsichtlich der Aufgaben von Pflege und deren Institutionalisierung in Gestalt von Berufsbildern und Berufsordnungen mit den gesellschaftlichen Voraussetzungen, wie z. B. aktuell durch neue technische Unterstützungsmöglichkeiten, veränderte Rollenbilder und Mobilitätsanforderungen, sowie mit dem erreichten Stand der Professionalisierung

Menschen als tätige Subjekte beziehen sich auf ihre biologisch-physiologischen Grundlagen als allererste Voraussetzung ihrer Aktivitäten. Umstände („Gesundheitszustände“), die in diesen Voraussetzungen liegen oder an ihnen entstehen und sich im weitesten Sinn als Behinderung der Verfolgung der eigenen Anliegen geltend machen, sind der Ausgangspunkt aller Aspekte gesellschaftlicher Gesundheitsfürsorge, wenn und insofern sie das Individuum selbst nicht adäquat adressieren kann. Krankheitsursachen und daraus folgende Behinderungen müssen durch Einsatz gesellschaftlicher Mittel, je nach Qualität der Ursache und dem Grad der einschränkenden Wirkung, überwunden bzw. kompensiert werden.⁹

Während „Cure“/Heilkunde/Medizin sich in erster Instanz um die Seite der Ursachen kümmert¹⁰, hat „Care“/Sorge als Hilfe, Unterstützung, Betreuung, Pflege primär die Seite der behindernden Wirkungen, genauer: deren Kompensation bzw. nach Möglichkeit deren Überwindung im Blick. Allgemein dreht sich „Care“ daher umfassend um (Ab-)Hilfe in Bezug auf Einschränkungen, die sich im Leben praktisch geltend machen.¹¹ In diesem Spektrum nimmt Pflege eine besondere Aufgabe wahr, deren spezifischer Inhalt zunächst mit einer Lage gegeben ist, in der ein Mensch seinen Körper und die damit verbundenen Notwendigkeiten nicht mehr aus eigener Kraft versorgen kann.¹²

Der Körper und seine Notwendigkeiten sind dem Menschen doppelt nah. Sie bilden erstens die Voraussetzung aller Tätigkeit. Doch zweitens bildet die Sorge für die eigene Körperlichkeit und deren Notwendigkeiten den Kern einer als essenziell verstehbaren Autonomie, die zwar auch kulturell mitbestimmt sein mag, deren Erwerb jedoch fester und zentraler Bestandteil auf dem Weg vom unselbständigen Kleinkind zum tätigen Subjekt ist. Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Körperpflege, sich kleiden, – nicht zuletzt der so benannte „Intimbereich“ – gehören kulturell damit einem Bereich an, in dem der Mensch selbst für sich sorgt.

Erhebliche Einschränkungen oder gar der Verlust dieser so verstandenen Autonomie wiegt daher schwer, und in diesem Sinn pflegebedürftig zu werden, ist für den Menschen eine einschneidende Veränderung. Damit ist zugleich eine wichtige Besonderheit des Pflegebedarfs festgehalten, der ihn deutlich qualitativ von den anderen Bedürftigkeiten unterscheidet, die „Care“ im weiteren Sinn adressiert.

Friesacher (2015) führt eine ganze Reihe von pflegewissenschaftlichen Referenzen an, in denen der besondere Inhalt von Pflege und damit der „Kern der Pflege“ aus dem Pflegebedarf heraus bestimmt werden:

„Bartholomeyczik [...] sieht im Gegenstand Pflege ‚das Zurechtkommen im Lebensalltag (...) bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen‘ und beschreibt den Kern der Pflege als ‚helfende, unterstützende Arbeit, die sich auf die unendlichen alltäglichen Lebensfelder bezieht‘. Käppeli[...] definiert den Gegenstand der Pflegepraxis in Anlehnung an Oiler als ‚das Leiden in seiner umfassendsten existenziellen Art‘. Für Abt-Zegelin [...] ist ‚die Unterstützung in den täglichen Aktivitäten das Kerngeschäft der Pflege‘. Das Eigentliche der Pflege stellt sich dar als eine Form der Hilfe, Sorge und Unterstützung ‚aufgrund von Situationen mit Einschränkungen der individuellen Handlungsautonomie infolge Krankheit, Alter, Behinderung, in Krisensituationen und im Sterben. Pflegearbeit realisiert sich in einem Arbeitsbündnis mit den zu Pflegenden in ihrem lebensweltlichen Kontext, sie ist dabei geprägt durch eine asymmetrische, Nähe und Distanz ausbalancierende, interaktionsorientierte und kommunikative Zugangsweise, die am Leibkörper ansetzend als therapeutische und fürsorgende, pathische, anteilnehmende und fürsprechende Haltung und Handlung eine eigenständige Antwort auf die Konfrontation mit Leiden, Krankheit, Verlust, Trauer, Sterben und Tod darstellt.‘ [...]“ (Friesacher 2015: 202)

von Pflegearbeit. Stattdessen ist das Phänomen der Pflegebedürftigkeit als Startpunkt zu setzen. Es wird somit eine in gewisser Weise „voraussetzungsarme“ Herangehensweise gewählt, die an Phänomenen ihren Ausgang nimmt, wie sie jedem von Krankheit betroffenen, insofern also jedem Menschen bekannt sind.

⁹ Gesundheitsvorsorge richtet sich entsprechend darauf, den Eintritt von Krankheit soweit möglich zu verhindern.

¹⁰ Das schließt die Diagnostik (die Ermittlung des Grundes, mithin die Zuordnung des Erscheinungsbilds zu bereits bekannten bzw. bereits wissenschaftlich begriffenen Krankheitsbildern) ein, woraus sich auf dem Stand des Wissens ein therapeutisches Vorgehen ableitet, aus dem sich die einzusetzenden Mittel und das konkrete Vorgehen ergeben.

¹¹ „Care“ richtet sich somit auf eine große Varietät von Bedürftigkeiten, denen die Betroffenen in ihrer Lage selbst nicht mehr allein entsprechen können oder die aus dieser Lage heraus überhaupt erst entstehen; sie umfasst daher ein sehr weites Spektrum von darauf bezogenen Tätigkeiten.

¹² Zur Vermeidung von Missverständnissen sei auf Folgendes hingewiesen: Mit der Benennung der Besonderheiten der Pflegearbeit ist selbstverständlich weder präjudiziert, dass diese dann den einzigen Inhalt der Tätigkeiten einer als Berufsgruppen institutionalisierten Funktion im Rahmen gesellschaftlicher Gesundheitsfürsorge bilden müssten, noch, wo gesellschaftliche Tradition und Regelung jeweils die Grenzen der Zuständigkeit für Berufsgruppen daher ziehen müssten, und ebenso wenig, welche gesellschaftliche Remuneration und welches „Ansehen“ die jeweilige Berufsgruppe daher erhalten müsste.

Daraus lässt sich auch folgern,

„dass es nicht die medizintechnischen Arbeiten der ‚Behandlungspflege‘ sind, die die Expertise und das Professionelle der Pflege ausmachen, sondern die komplexe und anspruchsvolle ‚Grundpflege‘. (Friesacher 2015: 202, unter distanzierter Bezug auf die genannten und eigentlich deprezierten Begrifflichkeiten der ‚Grund- und Behandlungspflege‘.)

3.1.2 Pflegebedürftigkeit ist individuell und gesellschaftlich bestimmt

Pflegebedürftigkeit erscheint primär als individuelle Bedürftigkeit. Pflege als Teil gesellschaftlicher Daseinsfürsorge bezieht sich auf Pflegebedarf von Individuen, in dem sie ihren Grund und Maßstab findet. Insofern stellt sich Pflege als enorme Vielfalt von Situationen dar; konkrete Pflege ist so vielfältig wie die Pflegebedarfe, denen sie gerecht werden muss.

Pflegebedürftigkeit ist jedoch zugleich wesentlich gesellschaftlich bestimmt.

Erstens wird der Inhalt des Pflegebedarfs von der allgemeinen Entwicklung der Gesellschaft mit tangiert; es stellen sich Fragen wie:

- Welche kulturellen Ansprüche an die Gesundheit sind entwickelt?
- Welcher Inhalt und welche Rolle wird der Autonomie des Einzelnen von der Gesellschaft zugeschrieben?
- Für welche Notlagen erklärt sich die Gesellschaft für verantwortlich, womit lässt sie möglicherweise das Individuum auch allein?

Insbesondere erhält die bei Pflegebedürftigkeit bedrohte Autonomie in einer modernen, auf Freiheit als Grundwert aufbauenden Gesellschaft einen spezifischen ökonomischen Inhalt. Der Existenzerhalt wie das Gelingen der darüber hinaus gehenden Vorhaben hängt in erster Instanz davon ab, was die Individuen als Marktteilnehmer durch den Einsatz ihrer sachlichen und finanziellen Ressourcen sowie ihrer eigenen menschlichen Potenziale im Austausch und damit im Wettbewerb mit anderen Gesellschaftsgliedern für sich an finanziellen Mitteln erwerben kann. Dieses gesellschaftliche Arrangement geht damit in erster Instanz von Individuen aus, die auch umfänglich über sich selbst als ihre Ressource verfügen – also in diesem Sinn als „gesunde“ Individuen gelten, die über ihr körperliches, geistiges, seelisches Potenzial verfügen können. Pflegebedürftigkeit kann den Gelderwerb und damit den Zugriff auf Lebensmittel zur Selbsterhaltung in Frage stellen, damit auch den Zugriff auf die Mittel, die die Pflege verlangt, und damit diese selbst.

Das Auftreten von Pflegebedarfen als Teil der „conditio humana“ steht im Widerspruch zu dieser Grundkonstruktion des sich stets selbst erhaltenden, ökonomisch autonomen Subjekts – und verlangt offenbar nach gesellschaftlichen Arrangements, die diese ergänzen. In der Pflege selbst und in der Gestaltung von Pflegearrangements erhält zudem die Wiederherstellung bzw. Erhaltung des individuellen Freiheits- und Autonomiefelds eine hervorgehobenen Bedeutung.

Zweitens wird auch der Grund des Pflegebedarfs von den gesellschaftlichen Verhältnissen mit bestimmt:

- Welche Krankheitsgründe sind bestimmend? Dominieren z. B. „Zivilisationskrankheiten“?
- Welche Möglichkeiten sind im Gesundheitssystem entwickelt, um diese in den Griff zu bekommen?

Insbesondere sind auch die soziale Lage und die Gestaltung der Arbeitswelt als Einflussfaktor in Betracht zu ziehen. Es ist fast schon ein Gemeinplatz, dass Armut krank macht (LZG 2012), auch wenn Krankheitsursachen Menschen jenseits der Armutsschwelle nicht verschonen. Ebenso hängt die Verfügung über Mittel, die ein „gesundes Leben“ unterstützen bzw. für eine wiederherstellende Erholung erforderlich sind, von der gesellschaftlichen Verteilung ab. Armut beschneidet die „Ressourcen“ für Gesunderhaltung, für Wiederherstellung sowie auch für den Pflegebedarf im Alter. Und insofern die Erhaltung von Gesundheit auch eine Funktion ihrer (fortlaufenden Über-)Beanspruchung ist, werden Häufigkeit und Spezifik von Pflegebedarf auch von den Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt bzw. vom Grad einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung mitbestimmt.

3.1.3 Pflege ist gesellschaftlich notwendige und notwendig gesellschaftliche Aufgabe

Pflege bildet ein wesentliches Element der Daseinsfürsorge, die eine Gesellschaft für ihre Mitglieder leistet. Der Pflegebedarf konstituiert insofern einen *elementaren Bezug* zwischen dem Individuum und seiner Gesellschaft.

Je entwickelter eine Gesellschaft, umso mehr ist Gesundheitsfürsorge auf gesellschaftliche Mittel angewiesen: Einen OP-Saal, ein pharmakologisches Labor, ein Rettungshubschrauber sind jenseits individueller Verfügung eindeutig als gesellschaftliche Ressourcen bestimmt, und erfordern zu ihrer Funktion ein arbeitsteiliges Zusammenwirken

vieler: gesellschaftliche Arbeit. Dies gilt auch beim engeren Blick auf die Pflege: Auch hier sind gesellschaftliche Ressourcen unverzichtbar für die Durchführung (man denke an „Pflegestützpunkte“, Einrichtungen zur Langzeitpflege usw.). Und auch wenn Angehörige Pflege als ihre individuelle Aufgabe übernehmen und organisieren, sind ihre Mühen als Teil gesellschaftlicher Pflegearbeit zu verstehen.

3.2 Pflegearbeit¹³

Pflegearbeit leistet die oben bestimmte besondere soziale und zugleich individuelle Hilfeleistung, sie nimmt Maß an der individuellen Pflegebedürftigkeit. Es versteht sich daher von selbst, dass der ungeheuren Spannweite der Pflegebedürftigkeit, der sachlich in der zu adressierenden Einschränkung liegt, aber darüber hinaus vom individuellen Willensbezug der Betroffenen auf diese Einschränkung mit geformt wird, eine ebenso große Spannweite in der praktischen Pflegearbeit entspricht. Als ihre allgemeinen Eigenschaften lassen sich folgende Gesichtspunkte festhalten.

Der erste praktische Inhalt von Pflegearbeit liegt in Tätigkeiten, die sich unmittelbar auf die jeweils bestehenden Behinderungen beziehen. Pflegearbeit unterstützt, kompensiert oder übernimmt Tätigkeiten für die Betroffenen, falls erforderlich vollständig, wenn die Pflegebedürftigen sie selbst nicht mehr an und für sich leisten können. Dies bezieht sich primär auf Aktivitäten aus den Bereichen Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Ausscheidungen.¹⁴

Dies ist und bleibt Ausgangspunkt und Kern der Pflegearbeit. Insbesondere, weil sie im Bereich einer beschränkten oder gebrochenen Autonomie wirkt, beschränkt sich Pflegearbeit jedoch notwendigerweise nicht darin, die bestehenden Behinderungen zu kompensieren oder an Stelle der Pflegebedürftigen an und mit ihnen in diesem Sinn tätig zu werden. Diese Bestimmung des Kerns der Pflegearbeit verlangt vielmehr weitere, davon abgeleitete und daher darüber hinausgehende Inhalte und Kennzeichen von Pflegearbeit.

- Pflegearbeit schließt ihre ständige Neuausrichtung ein. Eine möglichst vollständige, möglichst rasche Wiederherstellung der Autonomie ist selbstverständlich Ziel nicht nur der therapeutischen Taten der Heilkunde, sondern auch der Pflege selbst: Ein Ziel der Pflegearbeit besteht insofern darin, ihre eigene Notwendigkeit (wieder/weitgehend) aufzuheben. Pflege zielt auf Veränderung des Zustands, auf den sie sich bezieht – und hat es außerdem mit von ihrem Wirken unabhängigen Veränderungen (im Gesundheitszustand, im Willensbezug der zu Pflegenden auf diesen und auf die Pflege selbst) zu tun. Veränderungen müssen im Ansatz erkannt, mit Veränderungen muss gerechnet werden. Pflegearbeit schießt daher ein, gezielt Aufmerksamkeit auf diese (potenziellen) Veränderungen zu richten, um beständig die Adäquatheit ihres Vorgehens und ihrer Mittel neu zu bestimmen. Beobachtung, Analyse und Neubewertung der Lage gehören daher ebenso dazu wie auch das Feld der Prophylaxen.
- Pflegearbeit als Beziehungsarbeit geht über „Interaktionsarbeit“ hinaus, bzw. bildet eine besondere Form dieser. Aus Sicht der Pflegewissenschaft kann sie „als eine an Grundbedürfnissen hilfsbedürftiger Menschen ansetzende Beziehungsarbeit verstanden werden. Diesem Charakteristikum genügen vorrangig in sozialwissenschaftlichen Begriffsbildungen interaktionistischer oder kommunikationstheoretischer Provenienz entfaltete Theorien pflegerischen Handelns jedoch nicht. Denn allen als Pflege prädzierbaren helfenden Beziehungen eignet ein physisch-körperliches Substrat mit einer spezifisch-leiblichen Anschaulichkeit und einer darin fundierten affektuellen Komponente“ (Remmers 2011: 28).
- Die zu Pflegenden stehen im Zentrum der Pflegearbeit, Vorgehen und Mittel der Pflege sind wesentlich aus ihrer Pflegebedürftigkeit zu bestimmen. Zwar lassen sich Pflegebedarfe zumeist als sachliche Notwendigkeiten aus der jeweiligen Einschränkung begründen bzw. davon ableiten. Das Tätigwerden findet jedoch zugleich nur mit explizitem (nämlich nur ausnahmsweise, etwas bei Bewusstlosigkeit und dem Fehlen einer Patientenverfügung, mit unterstelltem) Einverständnis der zu Pflegenden statt. Pflege vollzieht sich daher in einer Art „Kooperation“ mit den Pflegebedürftigen – sie muss deren Interessen ermitteln und diese respektieren, aber möglicherweise auch auf Veränderungen hinwirken, also beraten und ggf. sogar kritisieren, sowie gemeinsam Alternativen entwickeln. Die Aushandlung der konkreten Ausgestaltung der Pflegearbeit ist daher Teil von Pflegearbeit. Dieser Aspekt ist

¹³ Pflege bringt gesellschaftliche Ressourcen zusammen, um Pflegebedürftigkeit zu adressieren: Pflegearbeit und sachliche Ressourcen der Pflege. Weil Veränderungen im Qualifizierungssystem der Pflege auf Veränderungen der Pflegearbeit Bezug nehmen und auf diese zurückwirken, steht im Folgenden die Pflegearbeit im Vordergrund. Eine erschöpfende Darstellung der sachlichen Ressourcenseite, die die Vielfalt der Pflegesituationen widerspiegelt, würde den Rahmen sprengen.

¹⁴ „Aktivitäten des Täglichen Lebens“ (ATL/ADL) als Gegenstand von Pflegearbeit in Lehrwerken zur Pflegeausbildung, aber auch Orem's Begriff des „Selbstpflegedefizits“ beziehen sich auf diesen Sachverhalt.

jedoch unter der professionstheoretischen Abstraktion des „Arbeitsbündnisses“ nicht gut gefasst. Die Pflegebeziehung folgt vielmehr den Besonderheiten der Hilfe.¹⁵

- Weil Pflegebedürftigkeit abhängig vom Grad der gegebenen Einschränkungen als Beschränkung oder Zerstörung von Autonomie eine besondere Härte für die betroffenen Menschen und sein Selbstbild als tätiges Subjekt darstellt, reicht es offensichtlich nicht aus, wenn Pflege lediglich „technisch“ die Tätigkeiten übernimmt, zu denen pflegebedürftige Menschen nicht selbst in der Lage sind. Die Leistung „seelischen Beistands“ und praktizierte Empathie bildet daher einen integralen Teil von Pflegearbeit. Dies gilt umso mehr, als Pflege eine heikle Tätigkeit ist, weil sie aus dem gleichen Grund die Schranke zum „Intimbereich“ notwendig regelmäßig überschreiten muss. „Körperbezogene“ Pflegetätigkeiten sind insofern mit diesem Attribut nicht gut getroffen, weil gerade diese nie ausschließlich in körperbezogenen Handlungen aufgehen können. (Friesacher 2015)
- Pflegearbeit erweist sich als ganzheitlich, wenn sie in ihrer Tätigkeit den betroffenen Menschen als Individuum, seine Lebenslage und sein Umfeld mit einbeziehen muss, um ihr Vorgehen und ihren Mitteleinsatz zu bestimmen. Die Interaktion im Rahmen von Pflegearbeit kommt daher nicht ohne Einbezug des sozialen Umfelds des zu Pflegenden aus, dessen Mitglieder an dem zu Pflegenden und seiner erfolgreichen Pflege ein jeweils besonderes, aus individuellen Gründen gespeistes Interesse haben. Die in diesem Sinn „Angehörigen“ sind nicht nur als zusätzliche Informationslieferanten für die Pflegenden wichtig; sie wollen über die Pflege informiert sein und sie möglicherweise selbst unterstützen. Als ganzheitlich kann Pflegearbeit auch darin gelten, dass in ihrer Analyse, Planung und Ausführung eine prozessurale Einheit bilden. Pflegearbeit organisiert so das zum individuellen Pflegebedarf adäquate Vorgehen und den Einsatz der dafür passenden Mittel.
- Die Überlappung der Pflege als Teil von Gesundheitsfürsorge mit deren sonstigen Aufgaben, also mit Heilkunde, Therapie und Hilfe erfordert, je nach der Art, in der diese Aufgaben bestimmten Personen oder Gruppen in einer Gesellschaft zugewiesen werden, deren Kooperation und ist daher auch in diesem Sinn Kommunikationsarbeit und Organisationsarbeit, einschließlich der daraus begründeten Dokumentationsarbeit.

Aufgrund dieser Bestimmungen der Pflegearbeit ergeben sich einige Voraussetzungen und abgeleitete Anforderungen an gesellschaftliche Pflegesysteme:

- Pflegearbeit basiert auf Pflegewissen: Der Prozess zur Ermittlung von Pflegebedarf ist nicht hinreichend darin gefasst, die zu adressierenden Pflegebedürftigkeit aus Beobachtung und den Angaben der Pflegebedürftigen festzustellen. So gehen prophylaktische Pflegemaßnahmen, z. B. zur Verhinderung von Dekubiti, erkennbar über den unmittelbaren mit den vorliegenden Einschränkungen gegebenen Pflegebedarf hinaus. Es sind abgeleitete Bedarfe, deren Feststellung und Adressierung auf der Anwendung pflegerischen Wissens in der Pflegearbeit beruht, das z. T. auf medizinischem Wissen aufbaut, z. T. aber auch explizit eigenständigen Charakter hat. Dies gilt etwa für die Folgen von pflegerischen Tätigkeiten oder aus bestimmten Pflegesituationen, die nicht unmittelbar sichtbar sind, und möglicherweise auch von den Pflegebedürftigen nicht adäquat geäußert werden können. So muss z. B. Wissen über die Folgen langen Liegens auf Gleichgewichtssinn, Körperwahrnehmung und daher auf Befindlichkeiten usw. vorhanden sein; dies ergibt sich nicht aus der Situation selbst.
- Pflegearbeit benötigt Pflegeforschung: Pflegemaßnahmen mögen einmal aus Beobachtung und Intuition entstanden und tradiert worden sein – als Grundlage praktischer Pflege ist heute die Forderung zu stellen, dass Pflege „evidenzbasiert“ erfolgen muss, also dem Stand der Wissenschaft entsprechen soll. Das schließt die Forderung ein, dieses spezifische Pflegewissen systematisch bereitzustellen, zu erweitern und zu aktualisieren, erfordert also Pflege als Wissenschaft.
- Pflegearbeit ist qualifizierte Arbeit und erfordert ein System der Qualifizierung: Da Pflege also auf Pflegewissen basiert, sind sowohl die Vermittlung des Wissensbestands als Grundlage von Pflegearbeit an die Ausführenden und die Vermittlung der zu seiner wissenschaftlichen Weiterentwicklung erforderlichen Kompetenzen aus der Pflegearbeit abgeleitet Aufgaben, die ebenfalls gesellschaftlich organisiert werden müssen.

¹⁵ Als Resultat seiner Analyse der Hilfebeziehung hält Gronemeyer (2017: 92) hierzu fest: „Hilfe‘ ist einen Figuration, in der sich beider Kräfte zu einem geteilten Miteinander, zu einem wechselseitig sich ergänzenden Tun und Lassen vereinen.“ Bedeutsam ist, dass in der Inanspruchnahme von Hilfe sich das Subjekt nicht als solches aufgibt, auch wenn es (zum Teil existenziell wichtige) Fragen anderen zur Entscheidung überantwortet.

3.3 Das Problem moderner Pflegedefinitionen

Wenn von „der Pflege“ die Rede ist, ist oft nicht die soeben bestimmte gesellschaftliche Aufgabe gemeint, sondern der Berufsstand, der sie wesentlich ausübt. „Pflegedefinitionen“ beziehen sich oft auf letztere, und versuchen die von dem Berufsstand ausgeübten oder beanspruchten Aufgaben festzuhalten. Dies gilt insbesondere für die Pflegedefinitionen der frühen amerikanischen Pflegewissenschaft („unsere Pionierinnen“, Meleis 1999), die erkennbar darauf zielen, den sich herausbildenden Professionsanspruch der Berufsgruppe zu begründen.

Die jüngere deutsche Pflegewissenschaft fällt kein besonders positives Urteil über das Ergebnis dieser theoretischen Bemühungen. Remmers (2010: 36) beklagt den „kümmerlichen“ Stand der Theorie-Diskussion in der Pflege und findet für eine Änderung dieses Zustands in den älteren Pflege-theorien wenig Ansatzpunkte:

„Was vor mehr als einem Jahrzehnt unter dem ominösen Titel ‚Pflegetheorien‘ noch Konjunktur zu haben schien, doch auffällig rasch Interesse einbüßte und daher lediglich einem Strohfeuer gleich (man darf das wörtlich nehmen), war ja auch tatsächlich nicht für die Bildung sozialwissenschaftlich als solide zu bezeichnender Erklärungshypothesen geeignet“ (Remmers 2010: 36).

Remmers konstatiert bei allen tonangebenden amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen ein funktionalistisches Wissensverständnis im Sinne der Rationalisierung beruflicher Praxis und damit ein Wissenschaftsverständnis, das Wissenschaft als „Rationalisierungsinstrument, vermöge dessen sich gleichermaßen soziale wie natürliche Lebensprozesse beliebig steuern lassen“ begreift (Remmers 2011a: 14f). Friesacher (2008: 50) findet hierin die affirmative Funktion und das ihr eigene „Paradox einer Aufklärung in unkritischer Haltung“ als „Kernbestand“ amerikanischer (sozial- und damit auch früher pflege-)wissenschaftlicher Theoriebildung wieder.

Die Kritik an den frühen, als „Theorien großer Reichweite“ gekennzeichneten Arbeiten der US-Pflegewissenschaft beschränkt sich im Übrigen vor allem darauf, ihnen eine mangelhafte Nutzbarkeit vorzuhalten: „die klassischen US-amerikanischen Pflegetheorien“ hätten sich als „schlichtweg nicht passungsfähig“ erwiesen und „waren aufgrund ihrer idealtypischen Aussagen kaum umsetzbar“, sowie als „Einheitstheoriebildung“ ohnehin antiquiert (Brandenburg/Dorschner 2015: 256).

Die ausstehende inhaltliche Kritik der dort entwickelten Pflegedefinitionen zu führen, und damit den Nachweis, dass sie, von Ausnahmen abgesehen, den zentralen Inhalt der Pflege unter soziologischen Abstraktionen begraben, kann hier nicht geleistet werden. Sie wäre aber erforderlich, da diese Definitionen keineswegs wirkungslos geblieben sind, insofern sie in „anerkannte“, gewissermaßen „Mainstream“-Definitionen von Pflege eingegangen sind.

Exemplarisch sei die Definition des ICN, International Council of Nurses¹⁶ herangezogen; hieraus die folgenden Zitate:

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings).“

Hier wird eine recht abstrakte, vor allem eigenverantwortlich ausübte Allgemeinzuständigkeit und damit gesellschaftliche Nützlichkeit des Berufsstands angemeldet. Es gibt offenbar wenig, was nicht auch eine Aufgabe der Pflege sein könnte – ob krank oder gesund, in welchem „Setting“ auch immer – steht „die Pflege“ wirklich für *jedwede* Versorgungsaufgabe bereit? Etwas konkretere Aufgaben benennt erst der zweite Satz:

„Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.“

Es entspricht zweifellos der salutogenetischen Lehre, dass die Prävention zuerst genannt werden will. Es wird ein breiter Zuschnitt des beruflichen Aufgabenfelds der Pflege als Berufsstand angemeldet. Doch darüber rückt die primär pflegespezifische Aufgabe der „Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen“ an die dritte Stelle. Auch sind weitere Aufgaben zu leisten, deren Auftauchen im Aufgabenkatalog die Pflege als Profession begründen:

¹⁶ Quelle: [www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK\[1\].pdf](http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK[1].pdf), Zugriff: 2018-03-29.

„Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

Gegenüber der breiten Palette derart bedeutender gesellschaftsnützlicher Schlüsselaufgaben auf dem Feld der Public Health gerät die essenzielle gesellschaftliche und für Pflegebedürftige existenzielle Kernaufgabe der Pflege insgesamt in eine merkwürdig randständige Position. Und in einer Fußnote zur Erläuterung des Worts Pflege heißt es:

„Pflege meint hier professionelle Pflege durch eine/n Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in.“

Wäre also die Arbeit der vielen Hilfskräfte wie auch der Angehörigen kein Bestandteil „der Pflege“? Diese Definition von Pflege als Berufsstand, die alle ausschließt, die nicht als ausgebildete Fachkräfte in der Pflege arbeiten, muss ernst genommen werden. Denn so zeigt sich der Anspruch der Pflege, Profession zu sein, als in sich widersprüchlich: Keine andere Profession lebt damit, dass der Kern ihrer Arbeit zu großen Teilen nicht von ihr selbst, sondern von Hilfskräften ausgeübt wird.

Dieser Widerspruch hat zwei mögliche Auflösungen: Entweder „die Pflege“ reklamiert genau diese Tätigkeiten als unverzichtbaren Teil ihres Tätigkeitsfelds und integralen Teil ihrer Professionalität. Oder sie stößt diese Tätigkeiten von sich ab, und definiert sie außerhalb dessen, was Pflege als Profession auszeichnen soll. Ob dies jedoch im Sinn „der Pflege“ sein kann, kann man bezweifeln. Denn diejenigen, die Pflege brauchen oder in ihrem Umfeld auf Pflege angewiesen sind, bewerten Pflege selbstverständlich zunächst genau daran: an der Qualität der praktischen Unterstützungsleistungen, auf die sie notwendig angewiesen sind, beispielsweise an der geduldrigen Hilfe beim Aufstehen, Waschen und Essen eines Parkinsonkranken, am Fehlen eines Dekubitus bei einem ALS-Kranken im Endstadium, an dem guten Zustand der Mundschleimhäute eines Sterbenden, usw. Dies begründet die gesellschaftliche Wertschätzung und das „Image“ der Pflege nun einmal viel mehr als ein hochprofessionell erstellter hochkomplexer Pflegeplan oder die Wahrnehmung von Aufgaben in der Leitung einer Einrichtung oder im Bereich von Public Health. Und genau diese Tätigkeiten müssten daher in den Vordergrund gestellt werden, wenn es gilt, eine angemessene gesellschaftliche Wahrnehmung und Wertschätzung für Pflegearbeit einzuklagen. Denn nicht zuletzt ist festzuhalten:

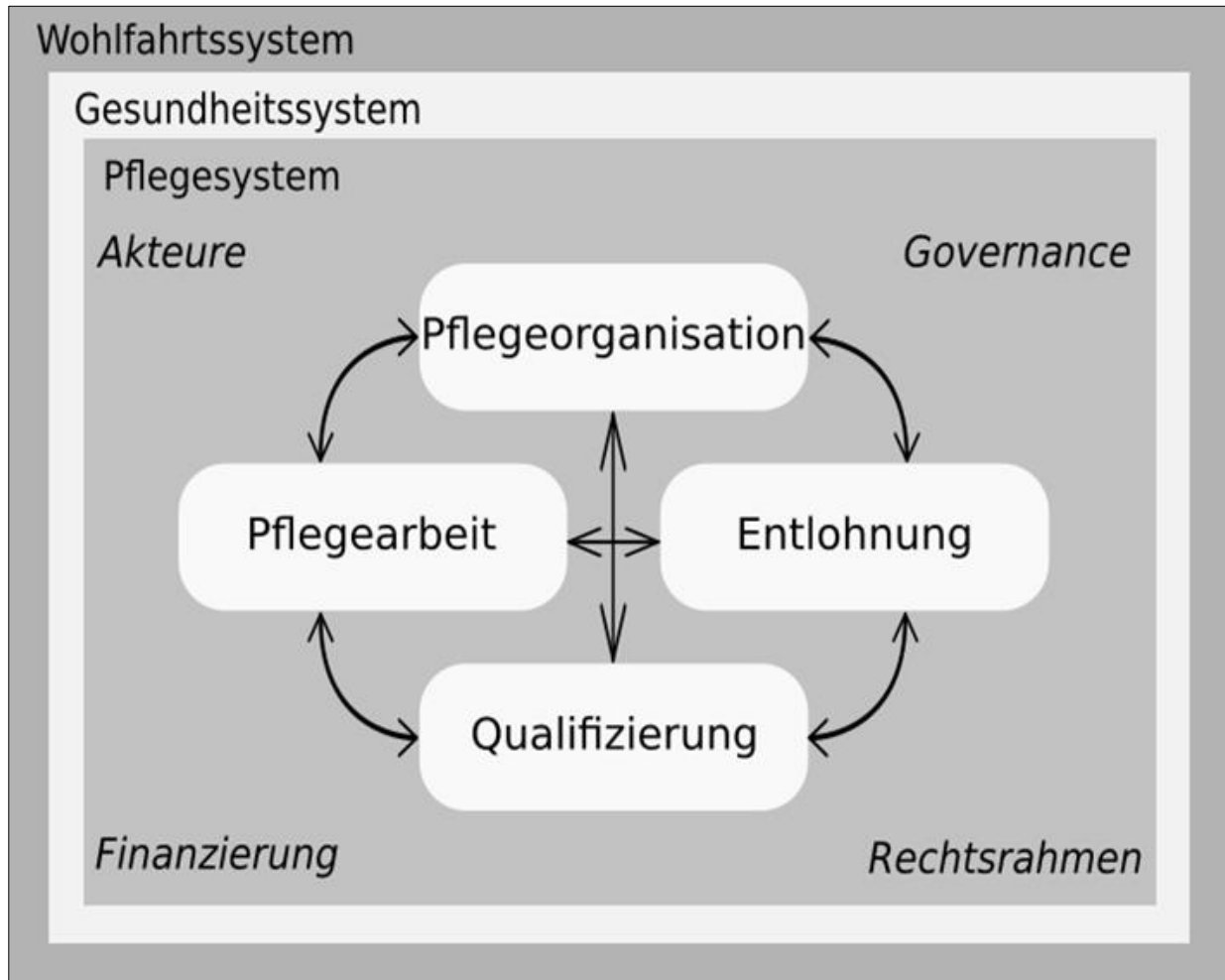
„Gute Pflege beginnt bei der Haltung, Einstellung und dem Können der Pflegenden und wird in erster Linie ‚am Bett‘ realisiert, nicht in neuen betriebswirtschaftlich geprägten Steuerungsmodellen, formalisierten Verfahrensabläufen, klinischen Behandlungspfaden und auch nicht in starren Pflegeprozessmodellen. Das ist in der Medizin, der sozialen Arbeit, in der klinischen Psychologie, der Behindertenarbeit und anderen Helferberufen nicht anders.“ (Friesacher 2015: 213)

Es kann nicht förderlich für eine adäquate gesellschaftliche Wahrnehmung der Pflege sein, genau diese Aspekte – die Qualität der „eigentlichen Pflege“ – in „Pflegedefinitionen“ (also in Aufgabenbeschreibungen des Berufsstands) an den Rand zu schieben. Ein auf diese Weise eingeschränktes Pflegeverständnis steht darüber hinaus der Formulierung gemeinsamer Interessen der beruflich Pflegenden aller Qualifikationsstufen entgegen und erschwert so den notwendigen Streit für eine Verbesserung der Attraktivität „der Pflege“ *in ihrer Gesamtheit*, die heute (und wohl auch zukünftig) zu erheblichen Teilen nicht von Fachkräften oder gar akademischen Kräften geleistet wird.

4 Das Pflegesystem in Deutschland

Die weitere Darstellung des Pflegesystems in Deutschland als dem Rahmen, in dem sich die Veränderung des Pflegeausbildung vollzieht, orientiert sich an folgenden Vorüberlegungen (siehe Abbildung 1): Das Pflegesystem bildet einen besonderen Teil des Gesundheitssystems, und seine gesellschaftliche Organisation und Regelung werden durch nationenspezifisch variierende Grundaussrichtungen in der Gestaltung der gesellschaftlichen Daseinsfürsorge („Wohlfahrtsregime“) bestimmt, die auch – vorbehaltlich möglicher Veränderung dieser Prinzipien selbst – die Pfade möglicher Weiterentwicklung vorgeben. Von den in der Abbildung dargestellten Systemelementen werden im Folgenden diejenigen in die Darstellung einbezogen, die für mögliche Auswirkungen der Ausbildungsreform auf die Pflegearbeit im Vordergrund stehen. Insbesondere wird auf Governance-Aspekte und eine ausführliche Darstellung der Akteursvielfalt verzichtet.

Abbildung 1: Modell Pflegesystem



Quelle: Eigene Darstellung

Sowohl die Grundausrichtung, die mit dem Wohlfahrtsregime gegeben ist, wie die Einbettung des Pflegesystems in das Gesundheitssystem erschweren dabei eine geradlinige Darstellung des Pflegesystems. Da Pflege bislang keine „integrale“ Regelung erfahren hat, zeigt sich das Pflegesystem als multipel fragmentierter Gegenstand. Die Pflege als von dieser Fragmentierung bestimmt darzustellen, ist auch ein Anliegen der folgenden Ausführungen.

4.1 Der Rahmen der Pflege: Wohlfahrtsregime, Recht und Institutionen

4.1.1 Die Pflege im Wohlfahrtsregime Deutschlands

Für die Analyse sozialstaatlicher Phänomene sind die Institutionen des Sozialstaats zweifellos von großer Bedeutung. Sie bilden den Angelpunkt der Betrachtung, weil der Staat sich auf die von ihm geschaffenen Institutionen zurückbeziehen muss, wenn er aktiv wird, um diese an veränderte politische Aufgabenstellungen oder Bedingungen anzupassen.¹⁷ Die Institutionen des Sozialstaats sind zwar staatlicherseits in ihre Aufgaben,

¹⁷ Für die folgenden Überlegungen zur Verfasstheit des Pflegesystems erscheinen institutionensoziologische Definitionen, die Grund und Leistung von Institutionen in eine abstrakte Nützlichkeit für das Funktionieren von Gesellschaft legen, insofern sie z. B. als orientierend und handlungsstrukturierend für Individuen beschrieben werden (vgl. Wendt 2009:15f), weniger passend. Demgegenüber werden Institutionen im Folgenden als Governance-Instrumente verstanden, mit denen auf Dauer gestellte staatliche Regelungsaufgaben einer durchführenden Entität überantwortet werden, deren spezifische Bestimmung in der Umsetzung der in ihrem Rechtsrahmen inhaltlich festgelegten und kontinuierlich angepassten Aufgaben liegt. Es wird also davon ausgegangen, dass Institutionen ihre Existenz dauerhaft notwendigen gesellschaftlichen

Zuständigkeiten und Rechte eingesetzt und insofern Produkt von Rechtsetzung. Einmal eingerichtet, „kanalisieren“ sie politische Handeln und wirken so auf die Sozialpolitik zurück. Dies begründet das Auftreten „relativ konsistenter Typen des Wohlfahrtsstaats“ (Schmid 2010: 47). Deren Kontinuität kann zunächst als eine mit den bestehenden Institutionen begründete organisationale „Pfadabhängigkeit“ sozialpolitisch geregelter Aufgaben (Schubert/Hegelich/Bazant 2008: 18) interpretiert werden, in deren Rahmen weitere Regelung und Steuerung stattfindet. Das Festhalten an bestimmten Organisationsprinzipien unterstellt jedoch einen bleibenden politisch perpetuierten Grundkonsens darüber, dass die sozialstaatlichen Aufgaben so und nicht anders geregelt werden sollen. Zwar bilden gesellschaftliche „Werte und Leitideen“ einen wichtigen Ausgangspunkt der beobachtbaren hohen Kontinuität im Bereich sozialstaatlicher Phänomene (Wendt 2009: 16). Doch diese Grundausrichtungen, die sich in unterschiedlichen „Wohlfahrtsregimes“ (zuerst von Esping-Andersen (1990) als sozialdemokratische, liberale, konservative Wohlfahrtsregimes ideal typisiert) manifestieren, sind mit dem in den Institutionen geschaffenen organisationalen Pfaden nicht zirkulär erklärbar; es handelt sich um eine stets erneuerte und insofern stets politisch begründete „Beschlusslage“, die daher auch verändert werden kann, womit letztlich auch Veränderungen des Wohlfahrtsregimes selbst möglich erscheinen.¹⁸

Die Verhältnisse in der Pflege von gängigen Typisierungen der Wohlfahrtsregimes „abzuleiten“ zu wollen, griffe daher zu kurz. Die Prinzipien des „Wohlfahrtsregimes“ sollten sich umgekehrt im Pflegesystem wiederfinden lassen.¹⁹ In diesem Sinn ist zunächst ein Blick auf den Rechtsrahmen und auf die mit ihm geschaffenen Institutionen und institutionellen Akteure zu werfen.

4.1.2 Rechtsrahmen und Institutionen

Das deutsche Pflegesystem konstituiert sich in seiner Verfasstheit im Rahmen und damit gegründet auf rechtsstaatlichen Setzungen. Wenn es so ist, dass das Risiko des Pflegebedarfs einen elementaren Bezug zwischen den Menschen und ihrer Gesellschaft stiftet, dessen Eintreten jeden/jede ungeachtet individuell verantworteter Lebensführung treffen kann, erscheint es berechtigt, die Suche nach den rechtlichen Grundlagen des Pflegesystems auf oberster Ebene zu beginnen.

4.1.2.1 Grundgesetz

Menschenwürde

Als abstrakte Grundlage einer Zuständigkeit des Staates für eine Unterstützung der Bürger im Fall eines Pflegebedarfs käme zunächst Artikel 1 GG in Betracht: Die Würde des Menschen ist unantastbar.²⁰

Die Auslegungspraxis zeigt jedoch Artikel 1 GG als nicht positiv bestimmbare, gewissermaßen abstrakte Norm, aus der sich positiv keine Ansprüche ableiten lassen (vgl. Will 2011). Die selbstauferlegte Schutzverpflichtung des Staates realisiert sich im Einschreiten gegen Verletzungen, die im Einzelfall zu konstatieren sind. „Unveräußerlichkeit“ und „Unantastbarkeit“ sind insofern Attribute der rechtlichen Selbstverpflichtung des Staates: seine eigene Gesetzgebung darf Art. 1 GG niemals in Frage stellen.

Gängige Interpretationen des Gehalts von Artikel 1 richten sich somit eher „negativ“ auf die Frage, worin eine Verletzung der Menschenwürde zu sehen sei. Elementar in dieser Hinsicht gilt die Behandlung eines Menschen als „bloßes Objekt“.²¹ Ins Positive verlängert würde das bedeuten: Der „normale Verkehr“ der Personen untereinander und zwischen Personen und Staat hat sich auf der Basis der Anerkennung der Personen als freie Subjekte abzuspielen – und seine ökonomischen Beziehungen im Besonderen daher über vertragliche, also mit wechselseitiger Zustimmung vereinbarte Tauschverhältnisse. Insofern wäre der wechselseitige Respekt der Willensfreiheit und damit der Verzicht auf Zwang im gesellschaftlichen Verkehr ein Kernaspekt dessen, was der Staat sich selbst in Artikel 1 zu schützen aufträgt.

Regelungsnotwendigkeiten verdanken, welche aus den in der Gesellschaft vorhandenen Interessen sowie aus deren Kollisionen heraus verstanden werden müssen.

¹⁸ Die Frage eines europäischen Anpassungsdrucks in Richtung einer zunehmenden Kohärenz der europäischen Sozialsysteme und der bremsenden Faktoren soll hier nicht weiter verfolgt werden. Vgl. hierzu etwa Schubert/Hegelich/Bazant (2008), Butterwegge (2005), Rothgang (2006), Gerlinger (2012), Schmid (2010) sowie Wendt (2009) spezifisch für den Vergleich von Gesundheitssystemen.

¹⁹ Eine Einordnung der System in Österreich und den Niederlanden erfolgt in Teil B in den entsprechenden Unterkapiteln 6.1.1 und 6.2.1.

²⁰ Ein Beispiel für den Versuch, Artikel 1 GG zur Begründung besserer Umstände und Arbeitsbedingungen in der in der Pflege heranzuziehen, bot der „rebellischen Pfleger“ aus dem letzten Wahlkampf (2017), der gegenüber Angela Merkel die Verhältnisse in der Pflege wütend als Verstoß gegen die Menschenwürde anprangerte. (<https://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/krankenpfleger-gegen-kanzlerin-100.html>) Versuche, das Bundesverfassungsgericht zur Beschäftigung mit der Frage zu veranlassen, ob bestimmte Verhältnisse in der Pflege gegen Art. 1 verstoßen, sind allerdings bislang stets gescheitert; vgl. Sell (2018).

²¹ Zur verfassungsrechtlichen Diskussion der „Objektformel“ siehe Will (2011).

Seitens des in seiner Würde geschützten Menschen betont dieser Inhalt der obersten Verfassungsnorm damit gerade seine Rolle als selbst verantwortlicher Person, die frei mit ihren Mitteln im Rahmen des Rechts ihren Vorteil suchen darf, und in ihrer Selbsterhaltung daher idealiter ohne „fremde“ Hilfe auskommt und auskommen soll. Ein Anrecht auf Ausgleich oder Vermeidung von Härten des Lebens wird damit offenkundig nicht gestiftet: Die jeweilige und unterschiedliche Beschaffenheit der „eigenen Mittel“, mithin die Grundlage sozialer Ungleichheit, wird darin erkennbar unterstellt und ist nicht Gegenstand, wenn es um die Würde des Menschen geht.²²

Pflege muss sich somit auf einer anderen Schiene konstituieren. Denn mit Pflegebedürftigkeit – wie sie oben bestimmt wurde – tritt gerade eine Situation ein, wo eine „Behinderung“ diesem „normalen Verkehr“ ohnehin entgegensteht, und unbedingte Hilfe nötig ist, die nicht vom Gelingen freier Tauschbeziehungen abhängig sein darf. Darüber hinaus verlangt diese Situation vom betroffenen Menschen, Entscheidungen über die Maßnahmen zur Abhilfe zumindest teilweise bewusst in die Hände anderer zu legen, die über die dafür erforderlichen medizinischen oder pflegerischen Kompetenzen verfügen.

Ein „Grundrecht auf Pflege“ formuliert das Grundgesetz nicht. Das Eintreten von Pflegebedarf ist somit zunächst – wie alle Lebensrisiken – dem Bürger als sein von ihm zu handhabendes individuelles Lebensrisiko zugeschrieben. Der notwendig gesellschaftliche Charakter von Pflege findet sich insofern hier nicht wieder.

Sozialstaat

Mit dem Sozialstaatsgebot (Art. 20 GG und 28 GG) allerdings übernimmt der Staat Verantwortung für die regelnde Gestaltung von Lebensverhältnissen. Denn insofern davon ausgegangen werden muss, dass das Individuum und seine Familie nicht alle modernen Lebensrisiken auffangen kann, weil diese in ihrem Mitteln zunächst auf das jeweilige Eigentum der Beteiligten beschränkt ist²³, wird minimal eine „systemkonforme“ Sozialpolitik notwendig, deren Ziel darin besteht, die „wichtigsten der für kapitalistische Industriegesellschaften typischen Lebensrisiken zu kompensieren und damit alle zur Teilhabe an der herrschenden Lebensweise zu befähigen.“ (Butterwegge 2005: 14, unter Bezugnahme auf Offe 1984.)

Der gesellschaftliche Charakter der Notwendigkeiten, die sich aus Krankheit und Pflegebedürftigkeit ergeben, wird somit sozialstaatlich anerkannt, und Pflege wird zum Gegenstand sozialstaatlicher Regelungen und Organisation. Insbesondere wurde mit der Pflegeversicherung 1995 die vorherige subsidiäre Übernahme individuell nicht aufbringbarer Kosten der Langzeitpflege in einen eigenen Zweig der Sozialversicherung überführt, das den Versicherten Anspruchsrechte und Wahlmöglichkeiten bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit einräumt.

4.1.2.2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Das Ehe- und Familienrecht definiert als Teil des BGB die für die Beteiligten damit verbundenen Rechtsansprüche an- und gegeneinander, dies schließt die wechselseitige Zuständigkeit für Notlagen ein.

Nach § 1353 BGB (Eheliche Lebensgemeinschaft) sind die Ehegatten einander zur ehelichen Lebensgemeinschaft verpflichtet; sie tragen füreinander Verantwortung.

§ 1618a BGB (Pflicht zu Beistand und Rücksicht) begründet diesbezügliche wechselseitige Pflichten zwischen Eltern und Kindern.

Die hier formulierten Beistandspflichten begründen die wechselseitigen finanziellen Unterstützungsverpflichtungen von Eheleuten bzw. Eltern und Kindern im Fall von Pflegebedürftigkeit. An anderer Stelle werden staatliche Grenzen dieser Verpflichtung definiert, die der Sicherung der Freiheitsräume der Verpflichteten Geltung tragen. Aus gleichem Grund ist eine Pflicht zur tätigen Übernahme der Pflege(-arbeit) damit selbstverständlich nicht ausgesprochen.

„Wer sich dazu entschließt, einen nahestehenden Menschen zu Hause zu pflegen, tut dies in der Regel aus liebevoller Verbundenheit, aus Dankbarkeit, oder aus dem Gefühl heraus, dazu verpflichtet zu sein.“

²² Allerdings hat das BVerfG am 09.02.2010 aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 20 Abs. 1 GG einen Anspruch auf ein „menschenswürdiges Existenzminimum“ begründet, das sowohl die materiellen Voraussetzungen der physischen Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben einschließt. Die Ausgestaltung ist jedoch auch hier durch die Gesetzgebung im Rahmen ihrer Gestaltungsspielräume zu leisten; das Urteil widerspricht daher nicht dem Prinzip, dass ein konkreter Anspruch unmittelbar aus der Verfassung nicht hergeleitet werden kann. Vgl. Gärditz 2010.

²³ Darüber hinaus werden entsprechende Leistungen der Familie insbesondere durch die bereits seit längerem feststellbare „Erosion des Normalarbeitsverhältnisses“ (vgl. u.a. Bonß/Ludwig-Meyerhofer 2000: 120f) und wachsende örtlich-zeitliche Flexibilitätsansprüche der Wirtschaft zunehmend präkär.

Häufig mischen sich diese Motive mit anderen Gründen wie zum Beispiel fehlenden Betreuungsalternativen (GKV Spitzenverband 2011). [...] Nach Ergebnissen der EUROFAMCARE Studie für Deutschland sind die Hauptgründe für die Übernahme der Pflege emotionale Bindungen zwischen der pflegenden Person und dem pflegebedürftigen Angehörigen (Döhner et al. 2007). Ein Drittel der pflegenden Angehörigen fühlt sich zur Übernahme der Pflege verpflichtet. Die große Mehrzahl ist gewillt, auch in der Zukunft weiterhin zu pflegen, sogar dann, wenn sich der Aufwand für sie erhöhen sollte. Über 90% der Pflegenden haben eine gute Beziehung zu der pflegebedürftigen Person; sie empfinden die Pflegetätigkeit als lohnenswert, erfahren dabei Wertschätzung und kommen mehrheitlich gut mit der Pflegesituation zurecht (Döhner et al. 2007).“ (Wetzstein/Rommel/Lange 2015)

Der Anteil der von der Pflegestatistik erfassten häuslichen Pflege lag 2017 bei 76,4 Prozent, an der zu 91 Prozent pflegende Angehörige beteiligt waren.²⁴ Über die Hälfte der Angehörigen verzichtete dabei auf eine Unterstützung durch professionelle Pflegediensten (Hielscher/Kirchen-Peters/Lukas 2017).

Die sich darin ausdrückende praktisch gültige Zuschreibung der wechselseitigen Sorge zur familiären Sphäre lässt zugleich die Grundlage für die Zuschreibung der Pflege an Frauen erkennen: Dass sich in familiärer Pflege wie auch in der Pflege als Erwerbsarbeit diese Zuschreibung bis heute auffinden lässt, ergibt sich historisch aus den genannten Beistandspflichten, kombiniert mit dem überkommenen genderdichotomen Erwerbsarbeitsmodell.

Zwar wird in der Pflegeversicherung der Leistungsanspruch allein an die vorliegende individuelle Bedürftigkeit gebunden, und insofern nicht – wie in der Sozialhilfe – „subsidiär“ von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängig gemacht, die die Mittel und Möglichkeiten der Angehörigen in Rechnung stellt. In ihrem Teilkasko-Prinzip wird jedoch auch deutlich, dass sich der soziale Staat in erheblichem Umfang auf diese Mittel verlässt und auf die Leistungen der Familie für die Bewältigung des gesellschaftlichen Pflegebedarfs setzt. Bis auf weiteres bildet damit die Familie als gesellschaftliche Institution einen gewichtigen Teil des bundesdeutschen Pflegesystems, und pflegende Angehörige können rein quantitativ betrachtet als „Deutschlands größter Pflegedienst“ bezeichnet werden (Wetzstein/Rommel/Lange 2015).

Die „Erosion des Normalarbeitsverhältnisses“ und die zunehmenden und zunehmend genderunabhängig geltenden Verfügbarkeits- und Flexibilitätsansprüche für und auf dem Arbeitsmarkt stellen die Viabilität eines familienbasierten Pflegesystems jedoch zunehmend in Frage.

4.1.2.3 Zuständigkeit des Bundes für die Sozialversicherung, Heilberufe und die Regelung des Krankenhauswesens

Wesentliche Teile der Gesundheitsvorsorge sind im Grundgesetz als der konkurrierenden Gesetzgebung zugehörig definiert, das heißt, die Länder dürfen hier nur gesetzgeberisch tätig werden, soweit der Bund nicht tätig wird. Die Ausführung wird allerdings im Gesundheitswesen in der Hauptsache nicht den Ländern, sondern den Körperschaften öffentlichen Rechts übertragen.

Es ist hier in Bezug auf die Regelung der Heilberufe nur kurz festzuhalten, dass die Altenpflege, indem sie per Bundesgesetz (im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG vom 17. November 2000) geordnet wurde, als weiterer Heilberuf neben die Krankenpflege gestellt wurde. Insofern erfolgte hier bereits eine formale Gleichstellung von Altenpflege und Krankenpflege, die allerdings ohne greifbare Folgen für eine faktische Aufwertung der Altenpflegearbeit geblieben ist.

4.1.2.4 Sozialgesetzbuch

Hinsichtlich der sozialstaatlich institutionalisierten Pflege regelt SGB I zunächst die grundsätzlichen Zuständigkeiten. SGB I § 4 konstituiert das allgemeine Recht auf Zugang zur Sozialversicherung.

Als „Leistungsträger“ werden in SGB I § 12 „die in den §§ 18 bis 29 genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden“ eingeführt. Insbesondere werden hier die Krankenkassen und die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen als Sozialversicherungsträger für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung eingesetzt (SGB I § 21 (2) und § 21a (2)). Die weitere Regelung erfolgt in SGB V (Krankenversicherung) und SGB IX (Pflegeversicherung, seit 1995).

²⁴ <https://pflege-dschungel.de/2018/05/13/infografik-pflege-2018-in-deutschland/>

Das Sozialrecht selbst errichtet somit eine weitere Trennung (Fragmentierung) der Bereiche, in denen Pflege erbracht wird. Dass Krankenpflege und Langzeit- bzw. Altenpflege sich in getrennten Rechtskreisen befinden, bildet den Ausgangspunkt für jeweils unterschiedliche Regelungen der Organisation von Pflege.²⁵

Diese Aufteilung der beruflich erbrachten Pflege auf verschiedene Rechtskreise ist erkennbar die sachliche Grundlage, warum Pflege diesen Strukturen folgend entweder unter Fokussierung auf die Krankenhausversorgung als dort eingebaute Funktion im „Gesundheitswesen“ (mit Altenpflege höchstens als Randnotiz) verortet wird, oder die Betrachtung unter dem Stichwort „Pflegesystem“ ganz auf die Altenpflege beschränkt, wobei die Krankenhauspflege ausgeblendet wird.

4.1.3 Zwischenfazit: Das deutsche Pflegesystems beruht auf doppelter Grundlage

Mit den bisherigen Überlegungen ist eine erste und für die weitere Ausgestaltung wichtige Fragmentierung des Pflegesystems in eine familiäre („informelle“) und in eine gesellschaftliche („formelle“) Abteilung aufgefunden. Das Pflegesystem erscheint auf dieser Grundlage auf zwei voneinander geschiedenen Sphären verteilt und aufgetrennt, zwischen denen zugleich ein spezifisches Ergänzungsverhältnis besteht.²⁶

Das oben angesprochene quantitative Gewicht der Angehörigenpflege wie die besonderen Konstruktionsmerkmale der Pflegeversicherung weisen darauf hin, dass die gesellschaftlichen Institution der Familie weiterhin „das Zentrum“ des deutschen Pflegesystems bildet; eine wesentliche Funktion der Sphäre der formellen Pflege besteht darin, informelle Pflege zu ermöglichen und zu unterstützen. Der notwendige Umfang dieser Unterstützung lässt sich daran ermessen, dass die Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung 2017 sich insgesamt auf 35,5 Milliarden Euro summierten.²⁷

Insgesamt erscheint damit die Einordnung des deutschen Pflegesystems als „familienbasiertes Pflegesystem (Vorrang der informellen Pflege; geringe öffentliche Finanzierung)“ (Heintze 2015: 16) gerechtfertigt. Die Charakterisierung durch eine „geringe öffentliche Finanzierung“ erschließt sich angesichts der eben genannten Geldgrößen allerdings nur im Vergleich zum „skandinavischen Modell“, in dem umgekehrt die informelle Pflege die formelle, gesellschaftlich/kommunal verantwortete Pflegeorganisation ergänzt und in dem bis zu 4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts zur Finanzierung des Pflegesystems aufgebracht werden. (Heintze 2015: 16; nach ihren Angaben ebd. waren es in Deutschland demgegenüber ca. 1 Prozent.)

Im Folgenden sind die Formen und die Verfasstheit des sozialstaatlich organisierten, „formellen“ Teils des deutschen Pflegesystems näher zu betrachten.

4.2 Die Institutionen und Organisationen des sozialstaatlich verfassten Pflegesystems

Mit der Grundsatzentscheidung, Pflege als Bestandteil von Sozialversicherungen zu organisieren, stellen sich Pflege und jede individuelle Pflegemaßnahme in einer weiteren Hinsicht doppelt dar.

Einerseits gibt es sie als die zu erbringende „reale“ Pflege, für die sachlichen und personellen Ressourcen gesellschaftlich bereitgestellt werden müssen, und deren Inhalt und Maß mit dem jeweiligen individuellen Bedarf gegeben ist.

Andererseits erscheint die Pflege als „Pflegeleistung“, verstanden als finanzielle Leistung der Kassen, die an den vom Sozialrecht formulierten Berechtigungstiteln und Finanzierungswegen ihr Maß finden. Nach dieser Seite sind nur rechtlich zu finanzierende und „finanzierbare“ Leistungen auch sachlich zu erbringen; über die Finanzierung werden berechnete von unberechneten Ansprüchen geschieden und, nur wenn die Prüfung der Berechtigung den Bedarf als solchen anerkennt, die sachlichen und personellen Mittel als finanzierte Leistung bereitgestellt.

²⁵ Diese Trennung bildet auch die Grundlage für aus der Sache selbst kaum zu erklärende Abgrenzungsprobleme und einen erheblichen Feststellungsaufwand, der sich als Teil des Dokumentationsaufwands auch in der Arbeit von Pflegekräften breitmacht. Eine Person habe einen spezifischen Pflegebedarf, der eine Einheit dessen darstellt, was nötig ist, um seinem Pflegebedürfnis zu entsprechen, und von Pflegekräften unter Einsatz der nötigen Ressourcen befriedigt werden muss. Aus Perspektive des Sozialrechts und damit praktisch stellt sich jedoch die Frage nach einer Unterscheidung an Arbeit und Ressourcen: Aus welchem der beiden Rechtskreise sind sie zu refinanzieren? Vgl. beispielsweise <http://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/stellungnahmenpositionen/detail/article/stellungnahme-der-bagfw-zum-entwurf-der-richtlinien-des-gkv-spitzenverbandes-zur-kostenabgrenzung-zw>.

²⁶ Die Charakterisierung des deutschen Systems als „Familienmixmodell“ (Gottschall 2001) bringt dies zum Ausdruck.

²⁷ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_11_07_2018.pdf

Für beide Seiten sind getrennte institutionelle Zuständigkeiten vorgesehen: Die „finanzielle Leistung“ wird (scheinbar) von den Kassen als Sozialversicherungsträgern erbracht. Die Organisation der realen Pflegeleistung wird von öffentlichen, freigemeinnützigen und gewerblichen „Trägern“ bzw. Pflegeanbietern geleistet, denen damit zugleich die Aufgabe zufällt, ihren Aufwand finanziell darzustellen, vor den Kriterien der Kassen zu legitimieren und mit diesen abzurechnen. Diese Einrichtungen sind damit als besondere Sorte von Wirtschaftsunternehmen etabliert: Pflegedienst wird als geldwerter Dienst erbracht, und die zu seiner Erbringung nötigen Mittel (Personal und Sachen) auf entsprechenden Märkten eingekauft und bilden in einer Buchführung Personal- und Sachkosten, die durch Einnahmen zu finanzieren sind. Das gilt auch und bereits dann, wenn die Pflege noch nicht „gewerblichen“, gewinnorientierten Betrieben überantwortet wird, bildet aber die Grundlage, auf der ein von privatem Gewinninteresse bestimmter „Pflegemarkt“ etabliert werden kann.

Grundsätzlich ist damit eine reale Pflegeleistung davon abhängig gemacht, dass sie die vom Gesetz vorgesehene Prüfung auf Berechtigung und Notwendigkeit des Bedarfs besteht. Zugleich wird damit jeder realen Pflegeleistung, wie auch immer erfasst und abgerechnet, eine Geldgröße gegenübergestellt, mit der sie zu erbringen ist. Die Einrichtungen, in denen die „realen“ Pflegeleistungen erbracht werden, haben dementsprechend (teilweise) über die Kassen Rückgriff auf die Mittel der Versicherten, wenn sie die in ihnen von Pflegekräften erbrachten Pflegeleistungen parallel als Bestandteile einer Ausgaben-Einnahmen-Rechnung (bzw. z.T. in einer Vorschuss-Überschuss-Rechnung) abrechnen müssen.

Die Verdopplung der Pflegeleistungen in die „reale“ Pflege, die mit sachlichen und personellen Mitteln zu organisieren ist, und in deren finanztechnische Darstellung inklusive der damit verbundenen Bedarfsprüfung, Buchführung, Kontrolle usw. begründet einen zusätzlichen Arbeitsaufwand, der sich nicht sachlich aus den Pflegebedarfen ergibt und im Umfang je nach dem Stand der Abrechnungsvorschriften erheblich ausfallen kann. Der Aufwand der Erfassung bzw. des Nachweises abrechnungsfähiger Leistungen wird u.a. auch den Pflegenden aufgebürdet, stellt aber nach der sachlichen Seite keine Pflegearbeit dar. Zugleich können die seitens der realen Pflege fachlich ermittelten Pflegebedarfe von den als berechtigt anerkannten Pflegeleistungen abweichen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Formen von Institutionen dargestellt, die sich auf dieser Grundlage als Orte der sozialstaatlich organisierten Pflege erweisen. Dabei geht es zunächst nicht um die Kassen als „Kostenträger“ – diese werden im Folgekapitel 4.2.2 behandelt.

4.2.1 Die „Träger“ bzw. die Anbieter von Pflege

Der überkommene Trägerbegriff spielt auf eine Art Beauftragungsverhältnis an: Ein „Träger“ wird sozialstaatlich mit der verantwortlichen Durchführung einer sozialen Aufgabe beauftragt, die zunächst nicht unmittelbar von den Empfängern dieser Leistungen finanziert wird. Es fragt sich jedoch, ob dieser Begriff bei einer weitgehenden „Ökonomisierung“ des Pflegesystems (siehe Kapitel 4.2.2.3), in dem gewerbliche Anbieter und Anbieterkonkurrenz das Bild bestimmen, noch adäquat verwendet werden kann. Im Folgenden soll daher – vielleicht passender – von den „Anbietern“ gesprochen werden.

Auf Grundlage der oben ausgeführten Überlegungen sind die Anbieter von Pflegeleistungen nun nicht einfach technische Organisatoren der Pflege, die passend zum Bedarf die menschlichen und sachlichen Ressourcen der Pflege wirksam und zugleich schonend zusammenführen. Sie sind als Anbieter von sozialstaatlich begründeten Pflegeleistungen zugleich mit den Anspruchsberechtigungen für die Leistungen sowie (unabhängig von möglichen Gewinnrechnungen) mit der Darstellung der eingesetzten Ressourcen in Geldgrößen, mit Einnahme- und Ausnahmerechnungen und der Refinanzierung ihres Geldaufwands mit den Kassen befasst. In diesem Zusammenhang treten sie gegenüber den Pflegekräften auch als Arbeitgeber und Dienstherr auf.

Wer diese Aufgaben übernimmt, wird sozialrechtlich nicht vorgeschrieben. Die bekannte Trias²⁸ aus

- privaten (privat-gewerblichen) Anbietern,²⁹
- freigemeinnützigen Anbietern sowie

²⁸ Die Spiegelung dieser Dreiteilung in der Unterschiedlichkeit von Arbeitsbeziehungen in der als Erwerbsarbeit geleisteten Pflege wird in Kapitel 4.5 dargestellt.

²⁹ Der Terminus „privat“ ist nicht unproblematisch, da er im Doppelsinn verstanden werden könnte: „private“ Pflege könnte sich auch auf die Pflege, die sich in der „Privatsphäre“ der Familie abspielt, beziehen, die hier als „familiäre“ Pflege bezeichnet wird. Mit „privaten“ Anbietern sind dagegen Betriebe gemeint, die mit ihrem Angebot ein privat-eigentümliches Geschäftsinteresse verfolgen: Der Geldüberschuss, für den sie ihre Geschäftstätigkeit entfalten, ist „privat“ - im ursprünglichen Wortsinn dem Zugriff anderer „entzogen“, und kann vom Eigentümer frei verwendet werden. Im Folgenden wird daher der Terminus „privat-gewerblich“ bevorzugt.

- öffentlichen Anbietern (z. B. in „kommunaler Trägerschaft“)

von Pflegeleistungen unterliegt jedoch zum einen der Subsidiarität: Findet sich ein privater oder gemeinnütziger Träger, entfällt die Notwendigkeit für ein öffentliches Angebot. Zweitens ist im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung die Grundlage für eine erhebliche Ausweitung der privaten Geschäftstätigkeit geschaffen worden, so dass sich die statistische Zusammensetzung der Träger seither deutlich verändert hat, wodurch insbesondere auch die bisher dominierende Rolle der gemeinnützigen Verbände zunehmend angegriffen wurde (siehe hierzu Kapitel 4.2.2.4).

In der folgenden Auflistung wird auf Darstellungen und Informationen zu den einzelnen Verbänden verzichtet. Für nähere Informationen zur Zahl und Art der Einrichtungen und Beschäftigten wird auf die Internetseiten der Verbände verwiesen.

4.2.1.1 Privat-gewerbliche Anbieter

Ausgangspunkt für die Tätigkeit privater Anbieter³⁰ ist zunächst ein geschäftliches Interesse, das die Befriedigung von Pflegebedarfen zu seinem Geschäftsmittel macht. Die Organisation und Durchführung von Pflege soll neben investiven Mitteln zusätzlich privaten Gewinn abwerfen; Pflegearbeit muss daher rentabel sein und unter diesem Gesichtspunkt organisiert werden.³¹

4.2.1.2 Freigemeinnützige Anbieter

Diese Anbieter sind „frei“ tätig, insofern sie im Unterschied zu den öffentlichen Anbietern nicht unmittelbar im Auftrag des Gemeinwesens handeln. „Gemeinnützig“ sind sie, insofern im Unterschied zu den gewerblichen Pflegeanbietern das Motiv ihrer Tätigkeit nicht in einem privat-wirtschaftlichen Gewinninteresse liegt; die auch hier angestrebten Überschüsse sind vollständig zweckgebunden für die gemeinnützige Aufgabe zu verwenden.³²

Das Angebot von Pflege erfolgt hier durch Betriebseinheiten, die als Bestandteil von übergreifenden Organisationen auftreten. Diese können gemeinnützige Vereine und Gesellschaften, Stiftungen sowie insbesondere die freien Wohlfahrtsverbände sein, welche traditionell als organisatorisches Dach für Pflegeleistungen eine bedeutende Rolle spielen, die bis heute mit einer noch relativ großen Gestaltungsmacht verbunden ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)³³ bildet den Dachverband der genannten Verbände und zugleich ein Dach für die Arbeit der entsprechenden Zusammenschlüsse auf Landesebene, der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG bzw. „Ligen“). In ihr sind Deutscher Caritasverband³⁴, Diakonie Deutschland³⁵, Der Paritätische³⁶, Arbeiterwohlfahrt (AWO)³⁷, Deutsches Rotes Kreuz (DRK)³⁸ und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)³⁹ zusammengeschlossen.

Diese Verbände bilden damit zugleich die Arbeitgeberseite in den Arbeitsbeziehungen der freigemeinnützigen Pflege.

³⁰ Die Problematik des Trägerbegriffs im wettbewerblich dominierten Pflegesystem erschließt sich auch aus folgendem, leicht widersprüchlichen Abgrenzungsversuch: „Im engeren Wortgebrauch wird ein kommerzieller, gewinnorientierter, also privatgewerblicher Träger (z. B. ein Mutter-Kind-Heim als GmbH) nicht als freier Träger bezeichnet, womit sich der Kreis freier Trägerschaft auf die gemeinnützigen Vereine und Gesellschaften (gGmbH), Stiftungen sowie die freien Wohlfahrtsverbände“ beschränken würde.“ https://de.wikipedia.org/wiki/Freier_Träger, Zugriff: 2018-03-02.

³¹ Als wichtiger Dachverband dieser Anbieter ist der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) zu nennen. Der mit mehr als 9.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland bildet. Die Mehrzahl der Mitglieder sind mittelständische Unternehmen. Eigendarstellung: <http://www.bpa.de/Ueber-uns.215.0.html>, vgl. außerdem <http://www.bpa.de/Mitglieder.221.0.html>; Zugriff: 2018-03-02.

³² Gemeinnützigkeit ist steuerrechtlich definiert, vgl. § 53 (Mildtätige Zwecke), § 55 (Selbstlosigkeit) sowie speziell § 66 (Wohlfahrtspflege) und § 67 (Krankenhäuser) in der AO (Abgabenordnung vom 1. Oktober 2002, zuletzt geändert 23. Dezember 2016).

³³ <http://www.bagfw.de/ueber-uns/aufgaben-der-bagfw/>

³⁴ https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/dcv-zentrale/statistik/caritas-statistik-di/einrichtungsstatistik-caritas-2014_v2.pdf?d=a&f=pdf, https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/dcv-zentrale/transparenz/infografik-zu-aufgab/20161214-caritas-finanzierung-infografik_v3.pdf

³⁵ Diakonie Texte, Statistische Informationen 6/2015, Einrichtungsstatistik-Regional 2014, https://info.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Statistiken_PDF/Texte-06_2015_Einrichtungsstatistik_regional.pdf, Zugriff: 2018-03-08

³⁶ https://www.paritaet-bremen.de/ueber-uns.html?file=tl_files/paritaet_hb/content/pdf-allgemein/Flyer%20LV_1.2017.pdf

³⁷ https://www.awo.org/sites/default/files/2016-10/awo_jahresbericht_2015.pdf, Zugriff: 2018-03-08.

³⁸ http://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/DRK_Stellungnahme_Pflegeberufegesetz.pdf, 2015, Zugriff: 2018-03-08.

³⁹ <https://www.zwst.org>.

4.2.1.3 Öffentliche Anbieter

Für öffentliche Anbieter trifft der überkommene „Träger“-Begriff noch am meisten zu. Sie bieten Pflegeleistungen bzw. „in kommunaler Trägerschaft“ bzw. durch die Kommunen organisiert an und sichern dieses Angebot. Insofern „tragen“ öffentliche Anbieter diese Betriebseinrichtungen, in der der Dienst erbracht wird, als Teil ihres Angebots für die Bürger.

Insbesondere im Bereich der Krankenhäuser sind die kommunalen Krankenhäuser weiterhin ein wichtiger Anbieter. Ihr Profil ist, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt des Versorgungsauftrags im ländlichen Raum, breiter aufgestellt; sie bilden die Mehrheit der großen Häuser der Zentral- und Maximalversorgung und stellen die Versorgung insbesondere im intensivmedizinischen Bereich Versorgung sicher.⁴⁰ Zugleich sind sie wichtige Zentren für die Ausbildung (Hanneken et al. 2010: 19). Als Arbeitgeberverband für diesen Bereich ist die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) zu nennen, in dessen spartenorientierter Organisation die kommunalen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen einen wichtigen Teil bilden.⁴¹

4.2.2 Finanzierung: Kassen, Markt, „Ökonomisierung“

Die Finanzierung der Pflege und ihre rechtlichen Grundlagen bilden eine eigene komplexe Welt, die besondere Expertise verlangt, und soll und kann daher hier nicht in ihren Details dargestellt werden. Im Folgenden interessiert sie unter dem spezifischen Gesichtspunkt, wie die Pflege und Pflegebedarfe in den Grundlinien der Finanzierungsregelungen der Versicherungen vorkommt. Denn offenbar wird die reale Pflege weitgehend über ihre Finanzierung definiert, und nicht umgekehrt. Dies soll in der Auseinandersetzung mit der „Ökonomisierung“ der Pflege näher beleuchtet werden. Die Fragmentierung der Pflege in zwei Rechtskreise ist in der Finanzierung der Pflege wiederzufinden, insofern sich die Strukturen in Kranken- und Pflegeversicherung im Detail unterscheiden.

4.2.2.1 Die Kassen – Einnahmeseite, Beitragsfinanzierung

Die finanzielle Ausstattung des Pflegesystems gilt als Dreh- und Angelpunkt des Systems selbst.⁴² Als finanzieller Leistungsträger⁴³ und Verwalter der Mittel fungieren Kranken- und Pflegekassen. Zunächst soll deren Einnahmeseite betrachtet werden, die Beitragsfinanzierung des Risikos, auf Pflege in irgendeiner Form angewiesen zu sein.

Die Einrichtung von Sozialkassen folgt dem sozialstaatlichen Prinzip der Solidarität. Es handelt sich somit, abweichend von Prinzipien des ökonomischen Verkehrs über Tauschbeziehungen, um eine Art „Umverteilung“ im Wesentlichen unter den Lohnabhängigen, damit insgesamt funktionieren kann, was individuell zu oft scheitern würde: deren Absicherung gegen die „Lebensrisiken“.

Die Beiträge zur Krankenversicherung bemessen sich (seit 2009) an einem von der Bundesregierung bestimmten prozentualen Abzug (derzeit 14,6 %) vom Bruttoeinkommen; bis zur jährlich neu festgelegten Beitragsbemessungsgrenze finanzieren höhere Einkommen größere Anteile der Beitragssumme. Die Einnahmen der Krankenkassen bestehen aus Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond nach komplizierten Berechnungsregeln.⁴⁴

⁴⁰ Dies drückt sich auch in der Krankenhausstatistik in der hohen Zahl der von öffentlichen Krankenhäusern bereitgestellten Betten zum Ausdruck, siehe Tabelle 3, Seite 42.

⁴¹ Die VKA besteht aus den 16 Kommunalen Arbeitgeberverbänden (KAV) der Bundesländer, denen die einzelnen kommunalen Arbeitgeber angeschlossen sind, also die kommunalen Gebietskörperschaften (Städte, Gemeinden und Landkreise) sowie kommunale Betriebe und Unternehmen. In der Mindestlohnkommission stellen die VKA den nach Zahlen der berücksichtigten Beschäftigten zweitgrößten Einzelverband. Vgl. VKA 2017.

⁴² Es ist zu berücksichtigen, dass in der Forschungsliteratur das Pflegesystem ausschließlich als Altenpflegesystem beschrieben wird – zumindest in Deutschland. Um eine umfassende Sicht zu gewährleisten ist es vonnöten, weitere Aspekte mit einzubeziehen, um dem diesem Bericht zugrundeliegenden umfassenden Pflegebegriff Rechnung zu tragen, wie er auch in der auf eine generalistische Pflege zielenden Ausbildungsreform zum Ausdruck kommt.

⁴³ Die Wahl des Begriffs „Leistungsträger“ für die Sozialkassen ist zumindest unglücklich gewählt. Denn die zentrale Leistung in der Pflege, die Pflegearbeit, erbringen die Pflegekräfte und insbesondere auch die pflegenden Angehörigen, mehrheitlich Frauen. Die Kasse erbringt in dem Sinn keine Leistung. Sie refinanziert nur deren Geldseite – die allerdings im Wesentlichen von den Versicherten selbst bzw. als Teil von deren Brutto-Lohnvolumen aufgebracht wird. Insofern „ermöglicht“ die Kasse es den Versicherten lediglich, von dem Geld, das ihnen vom Lohn abgezogen wird, Pflegeleistungen zu kaufen, die sie sich sonst individuell möglicherweise nicht leisten könnten.

⁴⁴ Für Details siehe Krankenkassenzentrale (2018), Busse/Blümel/Spranger (2017), BKK firmus (2018).

Der Beitrag zur Pflegeversicherung (derzeit 2,55% bzw. 2,80%⁴⁵) wird formell⁴⁶ paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmer/-innen bezahlt. Rentner/-innen müssen allein für den Beitrag aufkommen.

In beiden Versicherungen stellt sich die Beitragssumme rechnerisch als Summe eines Arbeitgeber- und Arbeitnehmer/-innenanteils dar.⁴⁷ Butterwegge (2005) sieht, dass der Arbeitgeberanteil ein „verdeckter Lohnbestandteil“ ist, spricht sich aber dennoch dagegen aus, diesen daher abzuschaffen und dafür die Beiträge als Lohnbestandteile eines erhöhten Bruttolohns weiterzuführen, da er die im Arbeitgeberanteil ausgedrückte moralische Mitverantwortung nicht preisgeben will, sowie wegen der darin liegenden Kopplung der Bruttolöhne an steigende Beitragssätze: der Arbeitgeber wird:

„ein Stück weit in die Pflicht genommen, akzeptiert er doch eine Mitverantwortung für schädliche, krank machende Arbeits- und Lebensbedingungen; zudem ist die Beitragsteilung eine Faustpfand der abhängig Beschäftigten, dass ihnen die Folgen von Wirtschaftskrisen, Arbeitslosigkeit und einem teuren Gesundheitssystem nicht allein aufgebürdet werden.“ (Butterwegge 2005: 29)

Arbeitgeber und Politik haben sich in den letzten Jahrzehnten allerdings ganz anders auf diesen Lohnbestandteil bezogen. Konkreter Bezugspunkt ist dabei der in Beitragsanhebungen eingeschlossene Automatismus gleichzeitiger Lohnsteigerung und -senkung: Steigt der Beitrag, schlägt der erhöhte Arbeitnehmer/-innen-Anteil auf den Nettolohn zurück. Zugleich erhöhte der gestiegene Arbeitgeber-Anteil den Bruttolohn, und macht darüber die Arbeit auf breiter Front teurer. Aus der Optik des Arbeitgeberinteresses ist ihr Anteil daher als zu senkenden „Lohnnebenkosten“ zu definieren.

Diese Wirkung auf den „Faktor Arbeit“ bildet den zentralen Ansatzpunkt, wenn „Kostendämpfung“ bzw. „Beitragsstabilität“ zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen verlangt werden. Es ist ein expliziter Anspruch vergangener Regierungen gewesen, „die Kosten in den Griff zu bekommen“ (Turquet 2012), was zur Deckelung und Budgetierung in der Vergangenheit geführt hat – nicht nur in Deutschland – und ebenso unter ökonomischen Gesichtspunkten die Priorisierung der familiären Pflege antreibt.

Allerdings gibt es bislang keinen wissenschaftlichen Beweis dafür, dass die Kosten etwa durch Einführung etwa von Fallpauschalen im SGB V-B tatsächlich gedämpft werden konnten (Vera 2009). Demnach dürfte es eher zu Umverteilungen im Pflegesystem gekommen sein, bei gleichzeitiger Verschlechterung in einigen Bereichen. So haben beispielsweise die unterfinanzierten Kommunen allein im Zeitraum zwischen 2002 und 2008 ihre Zuschüsse zu Hilfe zur Pflege und Alteneinrichtungen um bis zu einem Drittel gekürzt (Heintze 2015: 45). Gleichzeitig sind die öffentlichen Ausgaben für Pflege konstant geblieben, weil andere Akteure die Finanzierungslücke aufgefüllt haben. Dementsprechend investiert die öffentliche Hand etwa ein Prozent der Wirtschaftsleistung in die Langzeitpflege (Heintze 2015: 45).

Rebeggiani/Stöwhase (2018) haben aktuell einen ersten Versuch zur Einschätzung der quantitativen Effekte der Priorisierung einer sozialstaatlich unterstützten häuslichen Pflege auf die Sozialversicherungen vorgelegt. Unter Vorbehalten kommen sie auf Basis bestimmter Annahmen mittels einer Modellrechnung, deren Parameter nicht alle mit gleicher Güte geschätzt werden können, zu dem Befund, dass die „informelle“ Pflege die Sozialkassen eher belastet, weil in der Bilanz die durch „informelle“ Pflege eingesparten Kosten der Kassen (Minderausgaben) die Mindereinnahmen durch an Erwerbstätigkeit (teilweise) gehinderter Angehöriger nicht aufwiegen:⁴⁸

„Einnahmeausfällen von mindestens 2 Mrd. Euro jährlich in der Krankenversicherung stehen Einsparungen in Höhe von maximal 1.140 Mio. Euro in der Pflegeversicherung gegenüber.“ (Rebeggiani/Stöwhase 2018: 96)

Während die Effekte der Versuche der Kostenbegrenzung somit noch Fragen aufwerfen, dürfte die Unterfinanzierung des deutschen Pflegesystems außer Frage stehen (u. a. Schulz 2014). Besonders ersichtlich wird dies an verschiedenen Reformvorhaben. Für die lange verschleppte Neuformulierung des erweiterten

⁴⁵ Kinderlose über 23 Jahren zahlen einen Zuschlag von 0,35%.

⁴⁶ Es ist, vermutlich wie beabsichtigt, in Vergessenheit geraten, dass der Arbeitgeberanteil hier von den Arbeitnehmer/-innen mit Mehrarbeit (Wegfall eines gesetzlichen Feiertags) „gegenfinanziert“ wurde.

⁴⁷ In Umsetzung des Koalitionsvertrags (2018: 102) wurde die formelle 50:50-Beitragsparität auch in der Krankenversicherung ab 01.01.2019 wiederhergestellt; insbesondere werden auch die seit 2015 bestehenden, von den Arbeitnehmer/-innen aufzubringenden, von den Kassen festgelegten Zusatzbeiträge in die paritätische Finanzierung zurückgeführt.

⁴⁸ Außerdem gehen Rebeggiani und Stöwhase von relevanten Umverteilungseffekten, einerseits von der Krankenkasse zur Pflegekasse, andererseits von den Arbeitnehmern zu den Arbeitgebern, aus.

Pflegebedürftigkeitsbegriffs dürften auch Kostengründe mit eine Rolle gespielt haben. (Heintze 2015: 22) Darüber hinaus wird die Unterfinanzierung vor allem im Bereich der Vergütung deutlich. Nach Schätzungen des Paritätischen Gesamtverbandes (2014: 30) liegt sie in der ambulanten Pflege bei etwa 55 Prozent (bezogen auf den Zeitraum von 1998 bis 2013) und müsste um diesen Wert angehoben werden, wenn mit der Vergütung an die allgemeine Kostenentwicklung im Pflegebereich Anschluss gehalten werden wollte.

Dementsprechend wird die Überwindung der Unterfinanzierung des Pflegesystems als zentrales Desiderat ausgemacht, denn:

„eine fachlich hochwertige Versorgung setzt daher die Vorgabe einer ambitionierten Fachkraftquote und eine hinreichende Finanzierung der Einrichtungen voraus. Im Rahmen des deutschen Finanzierungssystems würde dies bedeuten, dass sowohl die Versicherungsträger als auch die Träger der Sozialhilfe und die Pflegebedürftigen selbst zusätzliche finanzielle Belastungen zur Finanzierung einer adäquaten Personalausstattung in den Einrichtungen tragen müssten“ (Greß/Stegmüller 2016: 6).

Insofern die Finanzierung der Versicherungsträger ihrerseits auf einer paritätischen Finanzierung der Beiträge beruht, würde dies allerdings auch zusätzliche Belastungen der Arbeitgeber – also eine Anhebung der Lohnquote – bedeuten müssen.

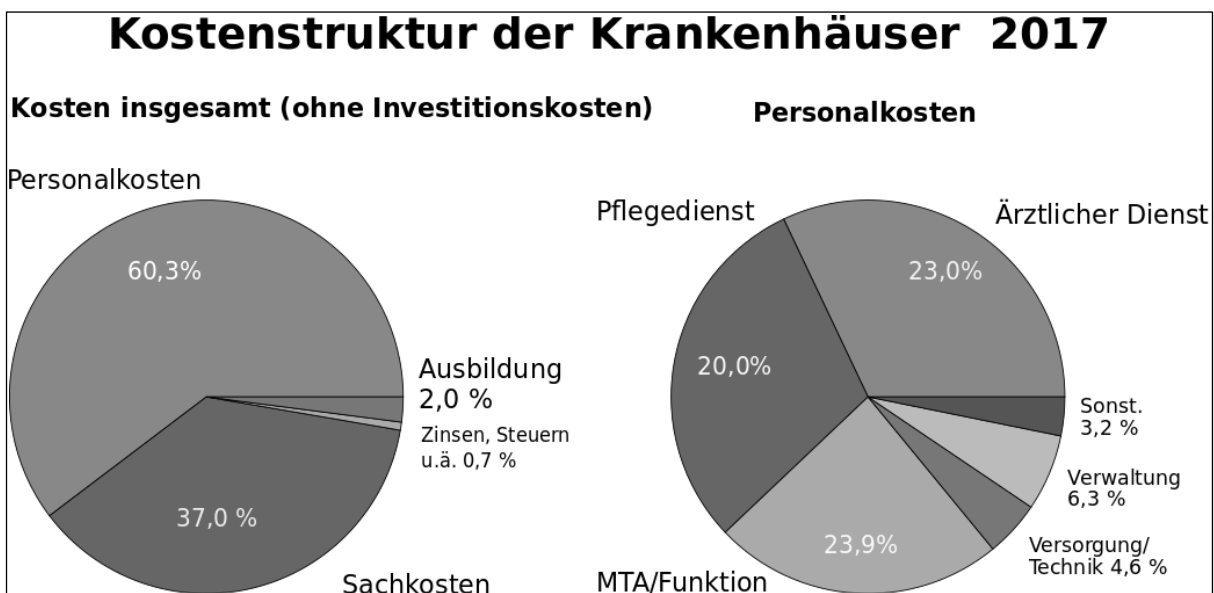
4.2.2.2 Die Kassen – Ausgabenseite und Abrechnungsprinzipien

Die Kassen refinanzieren finanzielle Aufwendungen der „Leistungsträger“. Diese Forderungen müssen daher als berechtigt nachgewiesen werden. In diesem Zusammenhang fungieren die von den Pflegekräften erbrachten Tätigkeiten als Begründungstitel auf finanzielle Ansprüche gegen die Kasse. Jenseits der immanent notwendigen Dokumentation des Pflegeprozesses für die an ihm beteiligten Personen wird Buchführung über die Pflegearbeit zu deren Nachweis gegenüber den Kostenträgern erforderlich.

1) Pflege in der Akutversorgung und medizinische Pflege im Rahmen des SGB V

Die Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen erfolgt über das sogenannte DRG-System. Diese finanzieren die Betriebskosten, während die Investitionskosten über die Landesfördermittel abgedeckt werden (Niehues und Winkelhaus 2017). Die Personalkosten werden dabei den Betriebskosten zugerechnet und damit über das DRG-System. Sie können wie in Abbildung 2 aufgeschlüsselt werden:

Abbildung 2: Kostenstruktur der Krankenhäuser 2017



Quelle: Statisches Bundesamt (Hrsg.) (2018): Kostennachweis der Krankenhäuser, eigene Berechnungen.

Allerdings bildet das DRG-System insbesondere die Pflegekosten nur unzureichend ab. (Hibbeler 2014). Dies hat auch zu einer nennenswerten Veränderung der Personalstruktur in den Krankenhäusern beigetragen. Weil deren Leistungen sich in den Fallpauschalen ökonomisch relevant abbilden lassen, sind vermehrt Ärzte eingestellt worden – wobei zu deren Stellenaufwuchs auch die veränderte Arbeitszeitgesetzgebung beitrug – wohingegen die Zahl der Pflegekräfte abgenommen hat (ebd.). Um dem entgegenzusteuern wurde zwischen 2009 und 2011 über ein Pflegesonderprogramm eine Milliarde Euro zu Verfügung gestellt, um diese Entwicklungstendenz abzumildern. Ähnlich sind aktuelle Initiativen der Bundesregierung einzuschätzen.⁴⁹

Von größerer Veränderungskraft dürfte die anvisierte Veränderung der Fallpauschalen sein.

„Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“ (Koalitionsvertrag 2018: 100)

Mit der Neuregelung wird sich der Personalaufwand in der Pflege also eigenständig darstellen und abrechnen lassen. Über die Refinanzierung von Pflegearbeit sind damit allerdings letztlich weiterhin ökonomisch gebrochene Pflegebedarfsfeststellungen entscheidend.

2) Langzeitpflege / SGB XI

Bestimmte Pflegeleistungen in der Langzeitpflege, insbesondere medizinische Pflegeleistungen, werden als solche aus dem SGB V refinanziert, so dass sich die Fragmentierung der Rechtskreise noch einmal als aufgespaltene Grundlage der Refinanzierung der Langzeitpflege manifestiert. Im Folgenden geht es um die spezifischen Leistungen der Pflegeversicherung.

Als pflegebedürftig gelten, „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Masse der Hilfe bedürfen“ (§ 14 SGB XI). Anspruchsberechtigung liegt vor, wenn eine Mindestbeitragszeit von zwei Jahren gegeben ist und ein Antrag gestellt wurde. Die Anspruchsberechtigung für die Leistungen der Pflegeversicherung wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft.

Im Dezember 2013 waren 2,6 Millionen Menschen in diesem Sinne pflegebedürftig, 75 Prozent von ihnen bezogen Leistungen der Pflegeversicherung und 51 Prozent erhielten Pflegegeld, also rein monetäre Leistungen (Hagen und Rothgang 2014). Mit 23 Milliarden Euro stellen sie den größten Anteil an den Leistungsausgaben, die sich auf insgesamt 40 Milliarden Euro belaufen (ebd.). Die übrigen Anteile werden über die Sozialhilfe, aus der privaten Pflegeversicherung oder durch private Ausgaben bestritten.

Allerdings ist festzuhalten, dass in der Vergangenheit die Verhältnisse durchaus anders gelagert waren. So blieben seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 bis 2008 die Beiträge der jeweiligen Pflegestufen jeweils unverändert. Schließlich zeigt sich die Bedeutung der privaten Leistungen auch daran, dass dreiviertel der Langzeitpflegebedürftigen zu Hause gepflegt worden sind und nur etwa ein Viertel in Pflegeheimen (Mühlberger et al. 2010: 57). Im Anschluss an diese Phase, auch wegen kontinuierlicher Kritik, ist es durch unterschiedliche Reformen der Pflegeversicherung zu einem Ausbau der Leistungen gekommen, die durch Beitragserhöhungen gegenfinanziert worden sind. Zu diesem Ausbau der Leistungen, die eine Erhöhung sowohl des Pflegegeldes als auch der Sachleistungen umfasst, kommt als wesentliche Neuerung hinzu, dass die Pflegekassen, die Leistungen mit den Pflegekräften leichter direkt abrechnen können, um auf diese Weise eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Insgesamt erfolgt die Abrechnung der Leistungen über Versorgungsverträge bzw. Vergütungsvereinbarungen, die die jeweiligen Landesverbände der Pflegekassen mit den Leistungsanbietern abschließen (Bäcker et al. 2010).

Dabei müssen letztere zugelassen sein. Die konkrete Leistung erfolgt nach dem Vereinbarungsprinzip, bei den stationären Einrichtungen nach den jeweiligen Pflegesätzen, bei den ambulanten werden die pflegerischen Verrichtungen zu Leistungskomplexen zusammengefasst, die mithilfe eines Punkteschemas bewertet werden

⁴⁹ Vgl. Koalitionsvertrag 2018 sowie weitere aktuelle Maßnahmen, darunter das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz im Rahmen des „Sofortprogramms Pflege“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogrammpflege.html>.

(ebd.: 189). Diese sind je nach Bundesland unterschiedlich. Die jeweilige Bewertung der Punktzahlen wird in den Vergütungsverhandlungen zwischen Landesverbänden der Pflegekasse und den Trägern ausgehandelt.

Als „Teilkasko“-Versicherung wird im Übrigen davon ausgegangen, dass der zu Pflegenden selbst bzw. seine Angehörigen für einen Teil der Kosten aufkommen. Insofern die Mittel dafür nicht vorhanden sein sollten, bleiben die Gemeinden als Träger der Sozialhilfe in der Finanzierungsverantwortung.

4.2.2.3 „Ökonomisierung“ und „Vermarktlichung der Pflege“: Wirkungen auf die Pflegearbeit

Gerhardinger (2004) fasst Ökonomisierung „als Prinzip des Wirtschaftens im Sinne von Geldverdienen in allen gesellschaftlichen Bereichen und der Privatisierung von bisher der Verwertung weitgehend entzogener Bereiche“. Im Speziellen bedeutet die Ökonomisierung der Sozialpolitik insofern, dass das, „was bisher als Korrektiv des kapitalistischen Wirtschaftens gedacht war, [...] nun völlig der Logik eben dieses kapitalistischen Wirtschaftens angepasst“ wird. (Gerhardinger o.J.: 6)

Braun et al. (2010: 33) bestimmen Ökonomisierung in der medizinischen Versorgung als „Tendenz, dass die Arzt-Patient-Beziehung zunehmend von medizinfremden Handlungslogiken überformt wird, so dass bettseitige Versorgungsentscheidungen eine Umkehrung der Mittel-Zweck-Relation erfahren: Nicht die ökonomischen Ressourcen werden zum Wohle des Patienten eingesetzt, sondern die Behandlung des Patienten dient dem ökonomischen Wohl des Hauses.“

Auch Cornelia Heintze (2018) hält sehr pointiert fest:

„Zunächst gilt es Folgendes zu erkennen: In einem Rahmen von Markt und Wettbewerb, wie er durch die politischen Entscheidungen der 90er Jahre geschaffen wurde – Öffnung der Krankenhäuser für renditeorientierte Konzerne, Ersetzung der Selbstkostendeckung durch Fallpauschalen, Schaffung einer Pflegeversicherung, bei der Pflege keine öffentliche, sondern eine an den Markt delegierte Aufgabe ist – geht es im Kern nicht um das Wohl von Patienten und von alten Menschen mit Unterstützungsbedarf. Sie sind umgekehrt Mittel zum Zweck der Generierung von Erlösen und Gewinnen.“⁵⁰

Der Begriff der „Ökonomisierung“⁵¹ in der Pflege ist insbesondere mit der Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus (§ 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)), vor allem aber mit der Einführung der Pflegeversicherung⁵² (SGB XI) verbunden. Diese Kennzeichnung erscheint berechtigt, insofern „das Phänomen einer gewinnorientierten Produktion von Dienstleistungen in einem hochregulierten und für profitorientierte Unternehmen bislang weitgehend verschlossenen Markt“ (Klaes et al. 2013: 23) zur ökonomischen Basis des Pflegesystems gemacht wurde.

Dabei wurde offenbar angenommen, dass eine an Gewinnerwirtschaftung im Anbieterwettbewerb gebundene Pflege zugleich deren ökonomische Effizienz, hohe Qualität und gute und angemessen vergütete Arbeit für die Pflegekräfte verbürgen könnte. Gegen diese Annahme sprechen jedoch sowohl der spezifische Charakter der Pflegearbeit (vgl. Kapitel 3.2) wie die besondere Bestimmtheit der zahlungsfähigen Nachfrage nach Pflege.

Denn in der Pflege als personalintensiver Dienstleistung, deren „Produkt“ nur zum Zeitpunkt seiner „Produktion“ und zudem besonders nah am Menschen erbracht wird, wird der Arbeitszeitaufwand nicht technisch bestimmt, sondern als Beziehungs- und Interaktionsarbeit wesentlich vom individuellen Fall und der spezifischen Situation

⁵⁰ Cornelia Heintze, Pflegenotstand: Meilenweit entfernt von Dänischen Verhältnissen, in: Die Zeit, 28. Mai 2018, <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2018-05/pflegenotstand-jens-spahn-grosse-koalition-sofortprogramm/komplettansicht>.

⁵¹ Zur Kritik des Begriffs „Ökonomisierung“ – vgl. dazu auch Sell (2009: 16) – könnte eingewendet werden, dass mit der Konstruktion der Kassen als Kostenträger bereits Geldrechnungen die Gestaltung der Pflege mitbestimmen haben, als noch „kostendeckend“ abgerechnet wurde. Schon die Reihe der Kostendämpfungsgesetze (ab 1977) zeigt, dass das Kriterium der Begrenzung des Anstiegs der Lohnnebenkosten lange vor Pflegeversicherung und Fallpauschalen in Kraft war. Andererseits wurde zwar nicht die Pflege, aber andere Bereiche des Gesundheitswesens seit jeher in der Form privater, auf Rendite ausgerichteter Geschäftstätigkeit betrieben (niedergelassene Ärzte, Apotheken, Pharmaindustrie,...) Fallpauschalen und personenbezogen abrechenbare Dienstleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung stehen jedoch für eine politisch gewollte Priorisierung markt- und wettbewerbskonformer Entscheidungskriterien im Pflegesystem.

⁵² Eine genauere Beleuchtung der Einführung der Pflegeversicherung wäre in diesem Zusammenhang interessant, da sie für das Pflegesystem insgesamt eine zentrale Richtungsentscheidung mit erheblichen Rückwirkungen auf das Pflegesystem selbst einschließlich seines Berufssystems darstellt. Diese kann aus Platzgründen hier nicht angemessen erfolgen. Es soll nur kurz festgehalten werden, dass sie als Freisetzung der Marktkonkurrenz zur Sicherung des bestehenden Pflegesystemmodells bzw. widersprüchlich als „konservierende Modernisierung“ gefasst werden könnte: Auf der einen Seite wurde das Pflegerisiko mit ihr (zumindest teilweise) sozialisiert, also von der Solidargemeinschaft über einen Zweig der Sozialversicherung abgesichert. Auf der anderen Seite sichert und befestigt die Pflegeversicherung strukturell die familiäre Basis des deutschen Pflegesystems, was als Hemmnis für einen Schwenk in Richtung „skandinavischer Modelle“ für die Pflege wirken dürfte.

definiert. Sie lässt sich daher nicht technisch rationalisieren und widersetzt sich weitgehend dem aus der industriellen Produktion bekannten Verfahren, mittels Maschinerie und Automation die Arbeitsproduktivität über immer neue Grenzen hinaus zu treiben, um die Rentabilität der Arbeit zu erhöhen. Ihr „Produkt“ lässt sich zudem nicht als Ware überallhin transportieren, um die Zahlungsfähigkeit der Märkte der ganzen Welt für die Erwirtschaftung von Überschüssen zu erschließen, sondern richtet sich vielmehr an eine lokale Zielgruppe mit (z. T. sozialisierter) begrenzter Zahlungsfähigkeit. Damit scheint eine Vermarktlichung der Pflege in ihren Voraussetzungen auf Grenzen zu stoßen.⁵³

Die Rentabilität der Pflege daher kann im Wesentlichen nur über die Rentabilität der Pflegearbeit selbst hergestellt werden: Veränderung der Arbeitsteilung und der Kooperation der Pflegekräfte, die unproduktive Lücken vermindert, die einfache Senkung des Lohns pro Arbeitszeit, die Absenkung des durchschnittlichen Kompetenzniveaus (Stichwort „starre Fachkräftequote“) sowie die schlichte Intensivierung durch Zeitdruck sind die wesentlichen Hebel, die einem betriebswirtschaftlich kalkulierenden Pflegebetrieb für sein Interesse im Wettbewerb zur Verfügung stehen. Eine wesentliche Erhöhung der Produktivität der Pflegearbeit, wie es in der Industrie fortlaufend stattfindet, kommt so nicht zustande, doch in diesem Sinn ist Pflegearbeit dann (gewissermaßen trotzdem) „taylorisierbar“.

Die Anwendung dieser Hebel ist im Anbieterwettbewerb eine geschäftliche Notwendigkeit, und ist umso mehr geboten, als die für die Pflege erzielbaren Preise a) unter hohem Konkurrenzdruck stehen, die b) über eine prinzipiell in ihrer Zahlungsfähigkeit eher schwache bzw. gedeckelte Nachfrage zu erzielen sind. Andererseits setzen vielfältige arbeits- und pflegerechtliche Vorschriften und Marktbedingungen ihrer Anwendung auch Grenzen. Empirisch bemüht sich beispielsweise Auth (2016: 349) auf Grundlage des Ländervergleichs zwischen Schweden, Großbritannien und Deutschland um den Nachweis, dass in der Zunahme des Anteils privater Pflegeunternehmen „die wichtigste Ursache der Prekarisierung beruflicher Pflegearbeit liegt“:

„Der unaufhaltsame Aufstieg privater Träger in Großbritannien und Deutschland hatte negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Löhnen, Beschäftigungsstrukturen und Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege. Die Schaffung eines Anbieterwettbewerbs wurde in dieser personalintensiven Branche in hohem Maße über die Senkung der Lohnkosten geführt. Dadurch haben sich die Arbeitsbedingungen, insbesondere die zeitlichen und körperliche Belastungen der professionell Pflegenden, massiv verschlechtert.“ (Auth 2016: 349)

Die Folgen für die Pflegearbeit wurden hinreichend untersucht und beschrieben. Sie lassen sich insbesondere an den Folgen der Einführung der Fallpauschalen⁵⁴ sowie an den Auswirkungen auf die Arbeit in den ambulanten Pflegediensten aufzeigen.⁵⁵

Evans (2016) insistiert allerdings zu Recht darauf, dass es erforderlich ist, auch die institutionalisierte Verfasstheit des Pflegesystems und damit insbesondere die Arbeitsbeziehungen in der Pflege als bisher vernachlässigte Dimension in den Blick zu nehmen: Es reiche nicht aus, sich auf Fragen der Entgelte und Arbeitsbedingungen zu konzentrieren. Denn damit werde nur eine Seite der Medaille in den Blick genommen: „Weitestgehend ausgeblendet wird der institutionelle Rahmen, welcher der Grund für die gegenwärtige Unordnung (von Entgelten und Arbeitsbedingungen) in der Sozialwirtschaft ist.“ (ebd.: 7).

Mit dieser Ergänzung ist bei Evans allerdings ein Fokuswechsel und eine die Rolle der ökonomischen Verfasstheit des Pflegesystems relativierende Bestimmung verbunden:

„Nicht Markt und Wettbewerb sind das Problem, sondern die Einbettung von Care-Arbeit in ein verbändegeprägtes Institutionensystem, das weder historisch noch in seiner institutionellen Verfasstheit und Handlungslogik programmatisch darauf angelegt ist, arbeitspolitische Zielsetzungen für Care-

⁵³ Vgl. hierzu auch die Untersuchung von Schwaller (2013). - In der Funktionalisierung von Altenheimen als Finanzanlageobjekte wird die daraus praktisch folgende ökonomische Logik im Umgang mit diesem Faktum besonders deutlich. Vgl. hierzu die Zusammenstellung von Presseinformationen unter <http://www.heimmitwirkung.de/smf/index.php> (Zugriff: 2018-03-02) sowie Sell (2017a).

⁵⁴ Vgl. Braun et al. (2010: 239ff), Klinke 2008 (432 und insb. zur Veränderung des ärztlichen beruflichen Selbstverständnisses 437).

⁵⁵ „Aufgrund der zunehmenden Vermarktlichung der Versorgungsstrukturen wächst in der Pflegepraxis die Diskrepanz zwischen dem real existierenden Pflegebedarf und dem institutionellen Interesse der Versorgungsanbieter nach wirtschaftlicher Sicherheit. Einen Autonomie der Pflege gegenüber der ökonomischen Logik ist damit konterkariert und Tür und Tor für eine Pflege geöffnet, die sich kommerziellen Anforderungen unterwirft, dabei zentrale Qualitätsstandards zur Disposition stellt und die Deutungshoheit im Bereich der Leistungssteuerung und -kontrolle Stück um Stück an die Ökonomie abgibt.“ (Slotala 2011: 202) Vgl. auch Benedix/Medjedović (2014).

Arbeit integriert und organisiert zu verhandeln und durchzusetzen. Dies hemmt die Entwicklung.“ (Evans 2016: 5).

Demzufolge wäre nicht das, was die Institutionen, Verbände und Pflegebetriebe tatsächlich tun, wenn sie mit der Pflegearbeit ökonomisch kalkulieren, ursächlich für die mangelhaft entwickelten Arbeitsbeziehungen. Dafür wird umgekehrt ein negativer Grund genannt, insofern diese der ihnen zugeschriebenen Aufgabe, arbeitspolitische Zielsetzungen durchzusetzen, aufgrund struktureller Umstände nicht nachkommen. Die negative Begründungslogik bedient sich des Vergleichs mit anderen ökonomischen und marktwirtschaftlich organisierten Sphären wie der Industrie, wo dies gegeben scheint, insofern dort:

„die organisierten Interessen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeberinnen auf ein integrierendes Verhandlungssystem als Gegengewicht zurückgreifen“ (ebd.: 7) können.

Sowohl das Bild des Gegengewichts wie die Notwendigkeit, arbeitspolitische Zielsetzungen durchzusetzen, widersprechen jedoch eigentlich einer Relativierung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationen im Sinn eines nachgeordneten Faktors. Denn ein Gegengewicht ist nur nötig, wo eine andere (als negativ begriffene) Kraft zu kompensieren ist. Und eine Durchsetzung ist nur gegen ein Interesse erforderlich, das den gewünschten Verbesserungen für die Arbeitsbeziehungen in der Pflege entgegensteht. Diese Kraft und dieses Interesse sind nun – auch in der Industrie – nur mit dem Interesse und der Macht der Arbeitgeber sinnvoll benannt. Dass beide Seiten – Arbeitgeber wie Arbeitnehmer/-innen – quasi aus einem geteilten Interesse heraus ein Verhandlungssystem als Gegengewicht geschaffen haben, ist aber auch in der Industrie nicht der Fall. Denn dass der Aufbau und Einsatz gewerkschaftlicher Gegenmacht zur Durchsetzung in einem offenkundigen Interessengegensatz gegen die Arbeitgebermacht eine auf Dauer gestellte Aufgabe sind, dokumentiert nicht nur die Praxis jährlicher Tarifauseinandersetzungen. Auch das Selbstverständnis von Gewerkschaften, wie es sich beispielsweise in der Rede von Jörg Hofmann (erster Vorsitzender der IG Metall) 2016 anlässlich des Festakts „125 Jahre IG Metall“ darstellt⁵⁶, illustriert, dass sich auch in der genannten Verhandlungskultur industrieller Branchen kein gemeinsames Anliegen beider Seiten realisiert, sondern dass dieses „Arrangement“ ständig erneut herzustellen ist, insofern es von der Gegenseite stets auch wieder bestritten und infrage gestellt wird.

Warum dieses Gegengewicht in der Pflege sich nur äußerst unterentwickelt präsentiert (siehe Kapitel 4.6), bleibt jedoch eine zentrale und auch praktische Frage, denn dass ein solches auch in der Pflege dringend notwendig ist, liegt auf der Hand. Seine Notwendigkeit liegt allerdings im „Pflegetmarkt“ selbst begründet, insofern die privatgewerblichen Anbieter in ihrem Streben nach Renditen den Maßstab setzten, an dem sich alle Anbieter bewähren und daher ihren Wettbewerb mit möglichst niedrigen Personalkosten führen und führen müssen.⁵⁷

Es soll an dieser Stelle klar darauf hingewiesen werden, dass insbesondere Altenpflegearbeit nicht erst als schlechte Arbeit beschrieben wird, seit die Ökonomisierung hier Einzug gehalten hat. Ältere Arbeiten von Meifort und Becker (1997(!)) belegen dies eindrucksvoll. Man tut sich daher schwer, in Bezug auf diese Sphäre von einer „Abwärtsspirale“ (Auth 2016) zu sprechen – ob die Pflegearbeit in dieser Sphäre heute wirklich schlechter dasteht als damals, kann man berechtigt in Zweifel ziehen.

Auch kann es nicht darum gehen, den privaten Anbietern, die Dienstleistungen organisieren, auf die die Pflegebedürftigen angewiesen sind, in irgend einer Weise „Schuld“ für Verhältnisse zu geben, mit denen sie selbst zu kämpfen haben, wenn sie als Betrieb versuchen, die widersprüchlichen Anforderungen von guter Pflege, guter Arbeit, rechtlichen Vorschriften und aufgehender Bilanz miteinander vereinbar zu machen.

Es soll aber festgehalten werden, dass mit der Ökonomisierung ein betriebswirtschaftliches Kalkül im Pflegesystem strukturell verankert wurde, das mit seinen inneren Notwendigkeiten zumindest bremsend für das Anliegen wirkt, Verbesserungen von Pflege und Pflegearbeit in Richtung „guter Arbeit“ durchzusetzen.

Nur auf dieser Grundlage entfaltet auch die Zersplitterung der Pflege in eine weit gefächerte „Landschaft“ von vorwiegend privat-gewerblichen und freigemeinnützigen Anbietern einen zusätzlichen negativen Effekt, insofern diese Zersplitterung wie auch der Fortbestand kirchlicher Sonderwege beim Arbeitsrecht eine wirksamen

⁵⁶ https://www.igmetall.de/docs_2016_06_04_Rede_Hofmann_424a1f939330c2af27b65cf8fc2da8a7f5aff139.pdf, Zugriff: 2018-03-21.

⁵⁷ Inzwischen sind die freigemeinnützigen Träger nicht mehr nur „Getriebene“, sondern auch „Treiber“ (Sell 2009: 1) der Subsumtion der Pflege unter betriebswirtschaftliche Rechnungsweisen geworden. Die auch bereits vor Zulassung der privaten-gewerblichen Anbieter bestehende Konkurrenz unter den freigemeinnützigen Trägern war, wie Sell (2009: 15) feststellt, vorher allerdings durch „historisch bedingte Aufteilung der ‚Claims‘“ zwischen den Verbänden gebremst.

Organisation der Pflegenden als Arbeitnehmer/-innen und die Herausbildung von Arbeitsbeziehungen, die kontinuierlichen Aushandlung einschließen, erschwert.

4.2.2.4 Verschiebungen in der Zusammensetzung der Trägerstrukturen

Mit der Ökonomisierung der Pflege war – erwartbar, weil gewollt – eine deutliche Verschiebung der Trägerstrukturen in der Altenpflege verbunden, ein Trend, der bis heute anhält. Gewerbliche Anbieter übernehmen immer größere Anteile der Pflege, und machen damit das Erwirtschaften von Gewinn und die Anbieterkonkurrenz zur Grundlage sozialstaatlich organisierter Langzeitpflege.

„In [...] Deutschland stellen die privaten Anbieter mittlerweile die Mehrheit der sozialen Dienste und stationären Einrichtungen. ... stellen in Deutschland die freigemeinnützigen Träger die zweite große Trägergruppe dar. Öffentliche Anbieter sind marginal“ (Auth 2016: 343).

Die folgenden Tabellen bilden die Entwicklung für alle Pflegebereiche ab.

Tabelle 2: Krankenhäuser nach Trägerschaft in Deutschland 1999-2015

Krankenhäuser nach Trägerschaft in Deutschland							
Jahr	absolute Häufigkeiten				relative Häufigkeiten (in %)		
	privat	freigemeinnützig	öffentlich	insgesamt	privat	freigemeinnützig	öffentlich
1999	468	930	854	2.252	20,8	41,3	37,9
2001	512	903	825	2.240	22,9	40,3	36,8
2003	545	856	796	2.197	24,8	39,0	36,2
2005	570	818	751	2.139	26,7	38,2	35,1
2007	620	790	677	2.087	29,7	37,9	32,4
2009	667	769	648	2.084	32,0	36,9	31,1
2011	678	746	621	2.045	33,2	36,5	30,4
2013	694	706	596	1.996	34,8	35,4	29,9
2015	700	679	577	1.956	35,8	34,7	29,5

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Die Entwicklung der Anzahl der Häuser zeigt neben einem steten Rückgang der Gesamtzahl die deutliche Zunahme des Anteils privat getragener Häuser, die 2015 nunmehr auch die freigemeinnützigen Krankenhäuser auf Platz 2 verweisen. Eine Zunahme der absoluten Anzahl zeigt sich nur bei den privaten Krankenhäusern, die nunmehr mehr als ein Drittel aller Einrichtungen stellen.

Die Entwicklung der vorgehaltenen Bettenzahl zeichnet allerdings ein etwas anderes Bild:

Tabelle 3: Aufgestellte Krankenhausbetten nach Trägerschaft in Deutschland bis 2015

Aufgestellte Krankenhausbetten nach Trägerschaft in Deutschland							
Jahr	absolute Häufigkeiten				relative Häufigkeiten (in %)		
	privat	freigemeinnützig	öffentlich	insgesamt	privat	freigemeinnützig	öffentlich
1999	-	-	-	565.268	0,0	0,0	0,0
2001	-	-	-	552.680	0,0	0,0	0,0
2003	53.933	197.343	290.625	541.901	10,0	36,4	53,6
2005	65.351	184.752	273.821	523.924	12,5	35,3	52,3
2007	78.977	177.632	250.345	506.954	15,6	35,0	49,4
2009	83.712	174.711	244.918	503.341	16,6	34,7	48,7
2011	87.041	172.219	242.769	502.029	17,3	34,3	48,4
2013	89.953	170.086	240.632	500.671	18,0	34,0	48,1
2015	91.132	167.566	240.653	499.351	18,3	33,6	48,2

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Zwar zeigt auch die Entwicklung der Krankenhausbetten einerseits deren deutlichen Abbau wie die relative wie gegen die Gesamtentwicklung erfolgte absolute Zunahme der privat bewirtschafteten Betten. Insbesondere die öffentlich betriebenen Häuser halten jedoch – trotz des absolut deutlichen, zuletzt aber stagnierendem Bettenabbaus in diesem Bereich – den größten Anteil von immer noch fast der Hälfte der Betten. Es wird deutlich, dass die öffentlich betriebenen Kliniken große Häuser sind, in denen pro Krankenhaus deutlich mehr Betten vorgehalten werden als in privaten Kliniken.⁵⁸

Der Trend zu privat betriebenen Einrichtungen zeigt sich auch in der ambulanten und stationären Langzeit- bzw. Altenpflege:

⁵⁸ Zur Versorgungsrolle kommunaler Krankenhäuser siehe Kapitel 4.2.1.3.

Tabelle 4: Stationäre Einrichtungen (Langzeitpflege) nach Trägerschaft in Deutschland 1999-2015

Stationäre Einrichtungen (Langzeitpflege) nach Trägerschaft in Deutschland							
Jahr	absolute Häufigkeiten				relative Häufigkeiten (in %)		
	privat	freigemeinnützig	öffentlich	insgesamt	privat	freigemeinnützig	öffentlich
1999	3.092	5.017	750	8.859	34,9	56,6	8,5
2001	3.286	5.130	749	9.165	35,9	56,0	8,2
2003	3.610	5.405	728	9.743	37,1	55,5	7,5
2005	3.974	5.748	702	10.424	38,1	55,1	6,7
2007	4.322	6.072	635	11.029	39,2	55,1	5,8
2009	4.637	6.373	624	11.634	39,9	54,8	5,4
2011	4.998	6.721	635	12.354	40,5	54,4	5,1
2013	5.349	7.063	618	13.030	41,1	54,2	4,7
2015	5.737	7.200	659	13.596	42,2	53,0	4,9

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Bei den stationären Pflegeangeboten gab es insgesamt – im Unterschied zu den Krankenhäusern – einen erkennbaren Zuwachs. Dieser wird sowohl von privaten wie von freigemeinnützigen Einrichtungen getragen. Die freigemeinnützigen Einrichtungen halten zwar immer noch mehr als die Hälfte der Angebote vor. Der Anteil der privaten Betreiber hat jedoch absolut wie relativ deutlich zugelegt. Demgegenüber sind die öffentlichen Angebote noch weiter marginalisiert; nur knapp fünf Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen fallen noch in öffentliche Verantwortung.

Tabelle 5: Pflegeangebote (Ambulant) nach Trägerschaft in Deutschland 1999-2015

Pflegeangebote (Ambulant) nach Trägerschaft in Deutschland							
Jahr	absolute Häufigkeiten				relative Häufigkeiten (in %)		
	privat	freigemeinnützig	öffentlich	insgesamt	privat	freigemeinnützig	öffentlich
1999	5.504	5.103	213	10.820	50,9	47,2	2,0
2001	5.493	4.897	204	10.594	51,9	46,2	1,9
2003	5.849	4.587	183	10.619	55,1	43,2	1,7
2005	6.327	4.457	193	10.977	57,6	40,6	1,8
2007	6.903	4.435	191	11.529	59,9	38,5	1,7
2009 ¹	7.398	4.433	195	12.026	61,5	36,9	1,6
2011	7.772	4.406	171	12.349	62,9	35,7	1,4
2013	8.140	4.422	183	12.745	63,9	34,7	1,4
2015	8.670	4.461	192	13.323	65,1	33,5	1,4

1) Zum Meldetermin für die Pflegestatistik 2009 aus der Statistik über die Pflegeeinrichtungen lagen für Bremen keine aufbereiteten Daten vor; sie gingen auf Grundlage einer Schätzung ein.

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Auch die Gesamtzahl der ambulanten Pflegeangebote hat deutlich zugenommen; im Unterschied zur stationären Pflege geht dieser Zuwachs allerdings auf ein starkes Wachstum der privater Pflegedienste zurück, die nun fast zwei Drittel aller Angebote stellen. Die freigemeinnützigen Träger haben in diesem Bereich deutlich an Bedeutung eingebüßt und halten nur noch ein Drittel der Angebote vor. Öffentliche Angebote spielen (uns spielten) hier quasi keine Rolle. Im Wesentlichen hat eine deutliche Verschiebung von den freigemeinnützigen hin zu den privaten Trägern stattgefunden.

Insgesamt belegen diese Zahlen, wie sich durch die Freigabe der Pflege für private Anbieter die Pflegelandschaft entsprechend verändert und daher die Maßstäbe kosteneffizienter Pflege zunehmend von dieser Anbietergruppe bestimmt werden.

4.3 Pflegeorganisation und Pflegearbeit

Für die Organisation der Pflege ergeben sich unterschiedliche Voraussetzungen, entsprechend den Teilungslinien zwischen „informeller“ (häuslicher) Pflege und „formeller“ Pflege als Dienstleistung, welche noch einmal in Akutpflege (Pflege als integraler Teil der Versorgung in Krankenhäusern) sowie ambulante und stationäre Langzeitpflege („Altenpflege“) zerfällt. Insbesondere in der ambulanten Langzeitpflege treten familiäre Pflege und Pflegedienste zur Organisation von Pflege in ein Ergänzungsverhältnis.

In der Sphäre der häuslichen Pflege entstehen besondere Anforderungen organisationaler Art, die der formellen Sphäre fremd sind. Ein Engagement in der Pflege von Angehörigen wirft – in der Regel als hinzu tretende zeit-, kraft- und ressourcenintensive Aufgabe – oft Vereinbarkeitsfragen mit weiteren beruflichen oder privaten Verpflichtungen und Lebensansprüchen auf. Die Organisation externer Unterstützung geht mit einigem „bürokratischer“ Aufwand zu deren (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Pflegekasse einher.

In der Sphäre sozialstaatlich institutionalisierter Pflege ist die Pflegeorganisation zunächst in ein Geflecht der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen bzw. Dienste eingebunden, in dem Pflegekräfte gemäß rechtlicher Zuständigkeit und Aufgabenzuweisungen agieren.

Die praktische Pflege über den gesamten Pflegeprozess hinweg erscheint als Umsetzung von „Pflegeorganisationsmodellen“, an die der Anspruch gestellt ist, effektiv, also mit zweckgemäßem Ressourceneinsatz, Pflegequalität zu sichern, und deren Konjunkturen einerseits den Stand der praktisch orientierten Pflegeforschung und daraus begründeten Qualitätsstandards widerspiegeln, andererseits dabei aber auch den ökonomischen Effizienzkriterien Rechnung tragen.

Die jeweils praktisch gültigen Konzepte sind jedoch auch von Bedeutung im Zusammenhang mit der Ausgestaltung des Qualifizierungssystems der Pflegeberufe, für die Frage einer aufgaben- und situationsgerechten Personalausstattung und deren Zusammensetzung (Mindestbesetzungen und Fachkräftequoten, Aufgabenzuweisungen und Verantwortlichkeiten auch gegenüber anderen Berufsgruppen, Skill-Mixe usw.).⁵⁹

Entsprechend einer fragmentierten Pflegeorganisation stellt sich auch die Pflegearbeit in mehrfacher Hinsicht doppelt dar.

4.3.1 Pflegearbeit – „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“?

Die genannte Differenzierung wurde bislang von der Pflegewissenschaft als überholt betrachtet und daher zurückgewiesen; Friesacher (2015) hält sie für sachlich verfehlt und schädlich:

„Wir wissen spätestens seit einigen kritischen Analysen, dass die Unterteilung der Pflege in 'Grund- und Behandlungspflege' pflegewissenschaftlich nicht haltbar ist und katastrophale Auswirkungen nach sich gezogen hat, die bis heute wirksam sind“ (Friesacher 2015: 201).

Auf der Basis der Teilung der Pflege in Krankenpflege und Langzeit- bzw. Altenpflege und die dazu auf zwei „Leistungsträger“ verteilte Refinanzierung erbrachter Pflegetätigkeiten haben diese Begrifflichkeiten jedoch durch ihre Verwendung im SGB V und SGB XI eine praktische Relevanz und darüber eine scheinbare, quasi rechtlich abgesegnete Objektivität erhalten.

Die Unterscheidung kommt aktuell zu neuer Bedeutung im Rahmen der aktiven Propagierung neuer Arbeitsteilungsmodelle für die Pflege. Auch wenn, wie unten in Kapitel 4.4.5 gezeigt wird, zur Rechtfertigung der Aufgabenverteilung zwischen Fach- und Hilfskräften als Kriterien die Komplexität, Stabilität und Standardisierbarkeit von Pflegesituationen herangezogen werden und die Begrifflichkeit der „Grundpflege“ dafür nicht herangezogen wird, laufen diese Modelle doch in der Praxis darauf hinaus, dass die Aufgaben der „körperbezogenen“ Pflege im Wesentlichen auf die Hilfskräfte verlagert werden sollen. Dies bedeutet eine systematische Abwertung dessen, was auch Friesacher (2015) als „eigentliche Pflege“ (also als „Kern der Pflegearbeit“) festgehalten sehen möchte. Die Ablehnung der genannten Unterscheidung als theoretisch verkehrt und praktisch schädlich scheint in der Pflegewissenschaft erschüttert, wenn zwischen einer von geringer Qualifizierten ausübbarer „einfachen“ Basistätigkeit am Patienten und einer auf Regie- und Planungsaspekte zugespitzten, in der praktischen Pflege auf spezielle „komplexe“ Situationen beschränkten und ansonsten eher patientenfern tätigen höheren Qualifikationsebene unterschieden wird.

4.3.2 Häusliche Pflegearbeit und Pflege als Erwerbsarbeit

a) Pflegearbeit, die von Angehörigen in häuslichen Pflegearrangements erbracht wird, muss als solche gelten, auch wenn sie aus eigener freier Entscheidung heraus „unentgeltlich“ erbracht wird. Eine der Situation angemessene Ressourcenlage dürfte in der Regel, insbesondere ohne hinzutretende externe Unterstützung, fraglich sein.⁶⁰ Ob bei familiärer Pflegearbeit ein Mindestmaß an nötiger Qualifikation sowie die erforderlichen individuellen Ressourcen für diese Art Tätigkeit vorliegen (angefangen bei körperlicher Eignung, Kraft und Techniken des Kräfteinsatzes), ist weitgehend dem Zufall der konkreten Situation überlassen.⁶¹

Bereits seit längerem gerät familiäre Pflege zunehmend in einen Aufgabenkonflikt: Aufgrund der Anforderungen des Arbeitsmarkts (genderübergreifend zeitliche und insbesondere örtliche Flexibilität, vgl. Heinze 2015: 18) wird Pflege durch „leibliche“ Kinder erschwert.

⁵⁹ Siehe auch Kapitel 3.3 und 4.4.5.

⁶⁰ Häusliche Pflege wird daher generell unter dem Gesichtspunkt von Entlastungs- und Unterstützungsmaßnahmen behandelt, vgl. Gräbel/Behrndt (2016) und Schwinger/Tsiasioti/Klauber (2016).

⁶¹ Gewalt in Pflegearrangements unter Beteiligung von beruflich handelnden Pflegekräften ist ein anerkanntes Problem und regelmäßig Thema z. B. in Pflegefachzeitschriften. Demgegenüber bildet Gewalt in der Pflege im häuslichen Umfeld durch Angehörige offenbar ein heikles Tabu, dem auch hier nicht weiter nachgegangen wird. Zaghafte Hinweise vgl. Gräbel/Behrndt (2016: 178).

Einzelne Autoren sprechen daher sogar von der klassischen Familienpflege als einem „Auslaufmodell“ (Trilling und Klie 2003: 119). Bemühungen, durch gesetzliche, einzelbetriebliche oder tarifliche Arbeitszeitreglungen die Vereinbarkeit herzustellen und den Betroffenen neue Handlungsoptionen zu eröffnen, zielen demgegenüber darauf, den Beteiligten eine häusliche Pflege gegen diesen Trend auch weiterhin zu ermöglichen.

- b) Als Zweig der Erwerbsarbeit begründet sich Pflegearbeit auf einem Vertragsverhältnis, das gegen Entgelt zur Leistung der vom Arbeitgeber bestimmten Dienste verpflichtet, das damit einen zentralen Widerspruch konstituiert:

„Ein weiteres, wahrscheinlich eher jüngeres strukturelles Problem von Pflegearbeit ergibt sich aus der widersprüchlichen Einheit professioneller Pflege als Beziehungsarbeit einerseits und Erwerbsarbeit andererseits mit jeweils unterschiedlichen Anforderungen: Beziehungsarbeit folgt einer ihr eigenen 'Grammatik' bei der Unterstützung und Begleitung von Bewältigungsprozessen mit spezifisch emotionalen Anforderungen eines psychophysischen Engagements; Erwerbsarbeit definiert sich dagegen durch den Arbeitnehmerstatus mit spezifischen Anforderungen der Selbstschonung (Reproduktion der Arbeitskraft) und der Dienstbarkeit (Weisungsgebundenheit). Zusätzlich müssen diese Anforderungen auch noch mit dem Privatleben vermittelt werden.“ (Remmers 2010: 45)

Neben Vertragsverhältnissen, die sich auf geltende Arbeitsrechtslagen beziehen, kommen Beschäftigungsverhältnisse, z. T. unmittelbare Dienstverhältnisse ohne Dazwischenkunft eines betrieblichen Arbeitgebers außerhalb des Arbeitsrechts bzw. in einem Graubereich in Betracht. Dies ist insbesondere ein Gesichtspunkt in der Arbeitsmigration im Gesundheitswesen. Es geht um schätzungsweise zwischen 150.000 und 300.000 vorwiegend osteuropäische Migrantinnen, die in deutschen Privathaushalten beschäftigt werden; diese werden

„häufig über das Pflegegeld, das an die Familien gezahlt wird, finanziert und zwar tendenziell überall dort, wo Angehörige berufstätig sind und die Pflege nicht übernehmen können oder wollen. Das Geld wird also weiter gegeben. So entsteht eine Art Outsourcing-System [...] Öffentlich wird dieses Outsourcing-Modell nicht anerkannt. Ich spreche daher von einem ‚komplizenhaften Modell‘: Die gesamte Gesellschaft weiß, dass es einen großen Bedarf an Pflegekräften gibt, die in Privathaushalten Pflegebedürftige versorgen, aber niemand spricht darüber, dass die Versorgungs- und Pflegelücken im Privathaushalt durch Migrantinnen geschlossen werden. In diesem Bereich hat sich ein großer Markt entwickelt, der nicht vom Staat kontrolliert wird.“⁶²

4.3.3 Pflegearbeit als Frauenarbeit

Sowohl in der Familie wie im Bereich der Erwerbsarbeit ist Pflegearbeit „weiblich konnotiert“. Backes/Amrhein/Wolfinger (2008) halten in ihrer einschlägigen Studie zu Gender und Pflege hierzu faktenreich wichtige Befunde fest:

- Frauen stellen die Mehrheit der pflegenden Angehörigen in der familiären („informellen“) Pflege. Damit steht der Löwenanteil tatsächlich geleisteter Pflegearbeit auch außerhalb der Statistik, die nur die Erwerbspflegearbeit erfasst; sie wird „unsichtbar gemacht“, „dem Blick der kritischen Öffentlichkeit entzogen“ (Backes/Amrhein/Wolfinger 2008: 15) und im tatsächlichen Umfang daher eher unterschätzt.
- Frauen übernehmen zeitlich die meiste Pflegearbeit.
- Frauen tragen die größten gesundheitlichen und sozialen Belastungen der Pflege.
- Die Konnotation von Pflege als „weiblicher“ Tätigkeit durchzieht alle Pflegebereiche.

Neuere Zahlen indizieren allerdings einen deutlich steigenden Teil männlicher Hauptpflegepersonen im informellen Pflegezusammenhang (Hielscher, Kirchen-Peters, Lukas 2017).

Um die enorme Leistung der familiär pflegenden Frauen zu veranschaulichen, führen Backes/Amrhein/Wolfinger (2008: 43) Studien an, die einen allgemein anerkannten Maßstab auf die Pflegearbeit anwenden: ihren Beitrag zum in Geld bemessenen Sozialprodukt. Da in der Familie kein Geld aneinander verdient wird, ist dieser Beitrag zwar fiktiv – denkt man sich allerdings die in der familiären Sphäre auf Basis wechselseitiger Beistandspflichten und

⁶² Vgl.: Ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten, Ein Interview mit Prof. Dr. Helma Lutz, 18.8.2015, <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurz dossiers/211011/interview-mit-helma-lutz>, Zugriff: 2018-03-24.

daher außerhalb von Ware-Geld-Beziehungen erbrachten Dienste in die Sphäre der Geldökonomie versetzt, wäre je nach Modell der Berechnungen beispielsweise ein (den zu zahlenden Lohnkosten entsprechender) mittlerer Wert von ca. 44 Milliarden Euro im Jahr zu veranschlagen.

Analytisch wird die Familiarisierung der Pflege in der genderorientierten Pflegesozio­logie zwar als wichtige Grundlage fortbestehender geschlechtsbezogener Macht- und Ungleichheitsstrukturen identifiziert und kritisiert; die Leistung des BGB, das mittels der Verrechtlichung der auf individueller Zuneigung beruhender Beziehungen die bürgerliche Familie nicht nur regelt, sondern sie damit überhaupt in ihrer heutigen Form mit den damit verbundenen objektiven und versubjektivierten („kulturell-moralischen“) Verpflichtungen funktional konstituiert und so zum Teil des Pflegesystems macht, bleibt jedoch außerhalb der Betrachtung. Die Leistung dieses gesellschaftlichen Instituts für die Genderdichotomie u.a. in der Pflege wird dabei also weitgehend ausgeblendet.

4.3.4 Pflegearbeit als qualifizierte und unqualifizierte Arbeit

Im Rahmen der Überlegungen in Kapitel 3.2 war Pflegearbeit als qualifizierte Arbeit bestimmt worden. In der Realität des deutschen Pflegesystems ist allerdings zu konstatieren, dass Pflegearbeit in der Familie meist ohne fachliche Qualifikation geleistet wird. Positiv ausgedrückt wird darin den pflegenden Angehörigen ein Pflegewissen und -können zugeschrieben, das hinreicht, um Pfl­ge­tä­ti­g­kei­ten auszuüben.⁶³ Dies wird aufgrund des großen individuellen und gesellschaftlichen Interesses an häuslichen Pflegearrangements auch weitgehend zu akzeptieren sein.

Doch auch die Erwerbspflegearbeit zeigt sich fragmentiert in eine Qualifikationshierarchie, die sich als Arbeitsteilung im Pflegeprozess zwischen Pflegepersonen verschiedener und sehr stark gespreizter Kompetenzniveaus darstellt.

Die folgenden Tabellen zeigen für den Bund und vergleichbar für das Land Bremen die Beschäftigtenstruktur im Pflegebereich in der Akut- und ambulanter wie stationärer Langzeitversorgung nach Qualifikationen.⁶⁴

⁶³ Insofern kommt der regelmäßigen Pflegeberatung der pflegenden Angehörigen durch Pflegedienste, sofern diese beteiligt sind, eine wichtige Rolle zu. „Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen bietet die Pflegeversicherung zum Beispiel Pflegekurse an, bei der die Pflegepersonen in Gruppen oder individuell zu Hause praktische Fähigkeiten erwerben können. Darüber hinaus bieten Gruppenschulungen auch die Möglichkeit, sich mit anderen Pflegenden auszutauschen. In der Vergangenheit hat aber nur ein kleiner Teil von etwa 12% der Pflegenden dieses Angebot wahrgenommen [...]“ (Wetzstein/Rommel/Lange 2015)

⁶⁴ Die Fragmentierung auf zwei Rechtskreise führt ebenso zu zwei unterschiedlichen statistischen Datenerhebungsverfahren, deren Ergebnisse daher nicht unmittelbar zusammengefügt werden können, so dass im Vergleich eine Unschärfe bleibt. Die Pflegestatistik als Instrument des SGB XI erfasst die überwiegend aus den Pflegekassen finanzierten Kräfte; vorwiegend aus SGB V finanzierte Kräfte wären damit nicht abgebildet. Umgekehrt gehen in der Krankenhausstatistik in die unter „Funktionsdienst“ erfassten Beschäftigten nicht nur Pflegeberufe ein.

Tabelle 6: Krankenhausstatistik: Pflegepersonal in Deutschland (Dezember 2015)

Krankenhausstatistik: Pflegepersonal in Deutschland (Dezember 2015)				
	Insg. Beschäftigte (Pflegeberufe)	davon Frauen		VZÄ
		abs.	in %	
Pflegedienst	433.434	369.171	85,2	325.120
davon Teilzeit/ geringfügig Beschäftigte	216.126	200.094	92,6	-
darunter				
GKPF	346.243	291.835	84,3	-
GKKPF	37.746	36.871	97,7	-
KpFH	18.011	14.791	82,1	-
Sonst.	31.434	25.674	81,7	-
mit Weiterbildung	69.477	52.671	75,8	-
Funktionsdienst	136.531	110.358	80,8	106.622
Nichtärztl. Personal insgesamt	952.659	772.945	81,1	722.372
Abkürzungen: GKPF = Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, KpFH = Krankenpflegehelfer/-innen, GKKPF = Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Sonstige = Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung), mit Weiterbildung = Pflegepersonal mit Pflegeberuf und abgeschl. Weiterbildung. Funktionsdienst: Schließt neben Pflegekräfte auch andere Berufsgruppen (Hebammen, Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen) ein. VZÄ: Vollkräfte im Jahresdurchschnitt				

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 7: Krankenhausstatistik: Pflegepersonal im Land Bremen (Dezember 2015)

Krankenhausstatistik: Pflegepersonal im Land Bremen (Dezember 2015)				
	Insg. Beschäftigte (Pflegeberufe)	davon Frauen		VZÄ
		abs.	in %	
Pflegedienst	4.551	3.852	84,6	3.561
davon Teilzeit/ geringfügig Beschäftigte	2.285	2.123	92,9	
darunter				
GKPF	3.781	3.128	82,7	
GKKPF	474	465	98,1	
KpFH	108	90	83,3	
Sonst.	188	168	89,4	
mit Weiterbildung	877	649	74,0	
Funktionsdienst	1.463	1.175	80,3	1.170
Nichtärztliches Personal insgesamt	8.753	7.236	82,7	6.844
Abkürzungen: GKPF = Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, KpFH = Krankenpflegehelfer/-innen, GKKPF = Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Sonstige = Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung), mit Weiterbildung = Pflegepersonal mit Pflegeberuf und abgeschl. Weiterbildung. Funktionsdienst: Schließt neben Pflegekräfte auch andere Berufsgruppen (Hebammen, Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen) ein. VZÄ: Vollkräfte im Jahresdurchschnitt				

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen.

Es wird deutlich, dass in der Krankenhauspflege ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, nimmt man auch die Kinderkrankenpflegefachkräfte hinzu, die Qualifikationsstruktur klar (im Bund mit 88,5 %, in Bremen mit 93,5 % des Pflegedienstes) bestimmen. Hilfs- und Assistenzkräfte spielen eine marginale Rolle (im Bund gut 4 %, in Bremen unter 2,5 %). Der Anteil an ausgebildeten Altenpflegekräften, die im Krankenhaus arbeiten, lässt sich leider unter den „sonstigen“ ausgebildeten Kräften nicht spezifizieren.

Die Tabellen zeigen außerdem die bekannt großen Teilzeitquoten sowie den hohen Frauenanteil in der Krankenhauspflege, mit einem überproportional großen Männeranteil unter den fachweitergebildeten Kräften.

Tabelle 8: Pflegepersonal (SGB XI, Langzeitpflege) in Deutschland, Dezember 2015, nach Vertragsart und Qualifikation

Pflegepersonal (SGB XI, Langzeitpflege) in Deutschland, Dezember 2015					
Beschäftigte	Ambulante Einrichtungen		Stationäre Einrichtungen		Einrichtungen insgesamt
	gesamt	davon Frauen (%)	gesamt	davon Frauen (%)	gesamt
	342.975	83,4	730.145	84,5	1.073.120
0,0					
Vollzeit	96.701	-	209.881	-	306.582
TZ über 50%	128.256	-	292.971	-	421.227
TZ 50% u. weniger	49.291	-	107.246	-	156.537
TZ geringfügig	68.727	-	61.821	-	130.548
darunter					
Apf	78.281	84,2	168.131	83,0	246.412
ApfH	17.705	89,2	46.422	86,4	64.127
GKPf	81.969	87,3	52.570	89,4	134.539
KPfH	14.591	88,0	16.581	87,8	31.172
GKKPf	8.098	96,8	3.503	96,6	11.601
Geschätzte VZ-Äquivalente	60.719	83,4	525.205	84,5	585.924
Abkürzung: APf = exam. Altenpfleger/-in, APfH Altenpflegehelfer/-in, GKPf = Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-innen, GKKPf = Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, KPfH = Krankenpflegehelfer/-innen, TZ = Teilzeit; -: nicht berechnet.					

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 9: Pflegepersonal (SGB XI, Langzeitpflege) in Bremen, Dezember 2015, nach Vertragsart und Qualifikation

Pflegepersonal (SGB XI, Langzeitpflege) in Bremen, Dezember 2015					
Beschäftigte	Ambulante Einrichtungen		Stationäre Einrichtungen		Einrichtungen insgesamt
	gesamt	davon Frauen (%)	gesamt	davon Frauen (%)	gesamt
	4.858	87,0	5.926	84,3	10.784
0,0					
Vollzeit	918	77,3	1.239	70,3	2.157
TZ über 50%	2.166	90,2	3.373	88,2	5.539
TZ 50% u. weniger	557	93,4	594	91,8	1.151
TZ geringfügig	1.217	85,8	720	83,9	1.937
Darunter					
Apf	832	83,4	1.421	80,1	2.253
ApfH	358	90,2	710	88,7	1.068
GKpf	967	85,3	325	87,1	1.292
KPfH	164	90,2	32	90,6	196
GKKPf	109	96,3	17	100,0	126
Geschätzte VZ-Äquivalente	3.150	86,1	4.460	82,5	7.610
Abkürzung: APf = exam. Altenpfleger/-in, APfH Altenpflegehelfer/-in, GKpf = Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-innen, GKKPf = Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, KPfH = Krankenpflegehelfer/-innen, TZ = Teilzeit					

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen.

In der Qualifikationsstruktur der Langzeit- und Altenpflege zeigen sich (hier anhand der Bremer Zahlen) drei besonders hervorzuhebende Punkte:

- 1) Pflegefachkräfte mit einer Ausbildung aus der Krankenpflege überwiegen in der ambulanten Pflege den Anteil der Altenpflegefachkräfte. In der stationären Pflege überwiegen dagegen klar Altenpfleger/-innen. Als Gründe können zunehmende Anteil medizinischer Pflege bzw. Nachsorge im Rahmen der ambulanten Pflege, spezifische Notwendigkeiten der Pflegeorganisation, aber auch ein individuell motivierter Wechsel in der Erwartung anderer Arbeitsbedingungen, zugrunde liegen.
- 2) Helfer- und Assistenzqualifikationen mit Abschlüssen nehmen in der Alten- und Langzeitpflege im Vergleich mit der Krankenhauspflege einen wesentlich größeren Teil ein.
- 3) Der genaue Anteil der in der Pflege eingesetzten Kräfte ohne formellen Abschluss erschließt sich nicht aus diesen Zahlen.

Insgesamt präsentiert damit insbesondere die Langzeitpflege ein sehr aufgesplittertes Qualifikationsbild, während die Krankenhauspflege sich unverändert als klare Domäne von Fachpflegekräften präsentiert. Allerdings erweist sich offenbar auch die ambulante Versorgung als ein für Krankenpflegekräfte attraktives Arbeitsfeld, das mit den

Krankenhäusern um diese Fachkräfte konkurriert. Diese – allerdings nur in einer Richtung nachweisbare – einsatzfeldübergreifende Beschäftigung von Krankenpflegefachkräften kann als deutliches Indiz das Vorliegen einer zunehmenden Vermischung der bisher getrennten Anforderungsprofile zumindest in der ambulanten Altenpflege interpretiert werden.

Die Herstellung dieser Qualifikationshierarchie erfolgt in einem entsprechend zergliederten Qualifizierungssystem.

4.4 Qualifizierungssystem und Pflegewissenschaft

4.4.1 Ausbildungssystem (bisheriger Stand)

Das bisherige System der beruflichen Ausbildung in der Pflege präsentiert sich als „Sonderweg mit Fragezeichen“ (Hilbert/Bräutigam/Evans 2014). Ein Sonderweg liegt insofern vor, als die Ausbildung in den Pflegeberufen außerhalb des „Dualen Systems“, also außerhalb der Regelungen des Berufsbildungsgesetzes erfolgt, das den hiesigen „Standard“ für Fachkräfteausbildungen setzt; vielmehr wird sie durch Bundesgesetze geregelt. Im Diskurs der Pflegeausbildungsreform wird der „Sonderweg“ in der Pflegeausbildung allerdings öfter darauf bezogen, dass die deutschen Ausbildungswege sich außerhalb „internationalen Standards“ der Pflegeausbildung stellen, und zumindest in einer Beziehung ist ein Sonderweg offensichtlich: Eine Ausbildung in der Altenpflege als Heilberuf mit eigenem, gerontologischem Profil besteht (bis heute und möglicherweise auch weiterhin) nur in Deutschland. Dieser Sonderweg reflektiert im Qualifizierungssystem selbst die in den Sozialgesetzbüchern verankerte Fragmentierung des Pflegesystems in eine Krankenpflege und eine Altenpflege. In den Durchführungs- und insbesondere Finanzierungsmechanismen des jeweiligen Ausbildungswegs reflektieren sich auch die Unterschiede der Finanzierungsansätze der jeweils zugrunde liegenden Sozialversicherung.

Die Länderzuständigkeit für die Durchführung der Ausbildung findet seinen Ausdruck in jeweils länderspezifischen Regelungen der Schulorte (unter Schulrecht an Berufsfachschulen oder außerhalb des Schulrechts an Schulen des Gesundheitswesens⁶⁵) sowie in länderspezifischen Rahmenlehrplänen, auf deren Grundlagen die Schulen ihre eigenen Curricula entwickeln.

Seitens der Finanzierung der Ausbildung findet sich (bislang) ein fundamentaler Strukturunterschied, insofern die Kosten der Ausbildung in der Kranken- und Kinderkrankenpflege, also die Kosten der Vergütungen, der Ausbildungsstätten sowie der Ausbildungsmehrkosten (insb. auch für die Praxisbegleitung) vollständig pauschalisiert über alle Krankenhäuser von den Krankenkassen über die Ermittlung von Ausbildungsbudgets und Ausbildungsfonds refinanziert werden (Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG § 17a).

In der Altenpflegeausbildung findet sich dagegen eine komplexe, landesrechtlich verschiedene und auch von Einzelverhandlungen abhängige Mischfinanzierung. Zum Teil werden die Ausbildungsstätten von den Ländern finanziert;⁶⁶ die Kosten der Ausbildungsvergütungen können über die Pflegesätze, das heißt: teilweise über die Pflegekassen, refinanziert werden. Die Refinanzierungsmöglichkeiten unterscheiden sich daher auch zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen. Ebenfalls länderspezifisch kann – wie z. B. in Bremen erfolgt – ein Umlageverfahren eingerichtet werden, aus dem die Ausbildungsvergütungen bezahlt werden.⁶⁷

Ein weiterer „Sonderweg“ könnte mit den Zugangsvoraussetzungen benannt werden, insofern in Deutschland für alle bestehenden Ausbildungen und auch weiterhin für die reformierte Ausbildung kein höherer Schulabschluss verlangt wird, sondern die Ausbildung sich auch als Angebot an Absolvent/-innen mit mittlerem Schulabschluss oder bei Vorliegen bestimmter weiterer Voraussetzungen auch an Schüler und Schülerinnen mit Hauptschulabschluss richtet. Diese Praxis ist umstritten, weil von EU-Seite ein höherer Abschluss (Grundlage 12 Jahre allgemeinbildende Schule) gefordert wird.

Die Regelung von unterhalb der Fachkräfteausbildungen angesiedelten Assistenz- und Hilfskraftausbildung in der Pflege ist Ländersache. In Folge existiert ein als „Flickenteppich“ erscheinendes Nebeneinander von Ausbildungen unterschiedlicher Dauer, die sich derzeit meist noch entweder auf die Altenpflege oder die Krankenpflege als Einsatzfeld beziehen; in Bremen wurde allerdings ein generalistisch ausgerichteter Assistenzberuf mit 2-jähriger

⁶⁵ In Bremen außerhalb des Schulrechts.

⁶⁶ In einigen Ländern – nicht in Bremen – zahlen Auszubildende in der Altenpflege bislang noch Schulgeld; das Pflegeberufe-Reformgesetz beendet nun diese Praxis allgemein.

⁶⁷ Das gesamte bisher gültige System wurde von Steffen/Löffert (2010) detailliert und zugleich übersichtlich aufgearbeitet. Hinsichtlich der Einzelheiten der Regelungen sei daher auf diese Publikation verwiesen.

Ausbildung erprobt und durchgeführt (Schulversuch vom 01.04.2012 bis 31.03.2014, vgl. Kehrback/Nowack 2014); ein erneuter Durchgang wurde zum Zeitpunkt der Befragung vorbereitet.⁶⁸ Um die länderübergreifende Anschlussfähigkeit der auf dieser Grundlage insgesamt wenig kohärent angelegten Bildungswege zu sichern, besteht lediglich der Minimalkonsens der Länder über die Anerkennung der Bildungswege, der 2012 von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz verabredet wurde („Eckpunkte“, ASMK 2012).

4.4.2 Fort- und Weiterbildungssystem

Für den rechtlichen Rahmen der Fort- und Weiterbildung sind die Länder zuständig.

- a) Von den Ländern erlassene Berufsordnungen können bestimmte Fortbildungspflichten für Pflegekräfte definieren. So beinhaltet die Bremer Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe⁶⁹ eine Verpflichtung zum Kompetenzerhalt, die durch eine pro Jahr nachweisbare Teilnahme an geeigneten Maßnahmen oder eigenen Tätigkeiten von mindestens 20 Stunden zu erfüllen ist.
- b) Zur aufgabenbezogenen Spezialisierung existiert ein vielfältiges themenbezogenes Angebot von Fortbildungslehrgängen unterschiedlichsten zeitlichen Umfangs, z. B. zu Schmerz- und Wundbehandlung, Palliativ- und Hospizpflege, oder zur Praxisbegleitung.
- c) Für eine Spezialisierung in erweiterte Funktionen werden ebenfalls von den Ländern geregelte, staatlich anerkannte und auf dieser Grundlage wechselseitig von den Ländern anerkannte Fachfortbildungen auch berufsbegleitend angeboten. Sie enden mit einer staatlichen Prüfung und führen zu einer erweiterten Berufsbezeichnung.

In Bremen wurden beispielsweise modularisierte Weiterbildungen für die Bereiche Psychiatrie, Onkologie, Operationsdienst, Intensivpflege und Anästhesie, Gerontologie und Gerontopsychiatrie sowie Leitungsaufgaben in der Pflege entwickelt.⁷⁰

- d) Das Fortbildungssystem als Möglichkeit der Aufstiegsmobilität der Pflegefachkräfte wird einerseits von der durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft betriebenen Entwicklung von Assistenzberufen bedrängt. Die noch nicht staatlich anerkannten Berufe operationstechnische/r Assistent/in (OTA) und anästhesietechnische/r Assistent/in (ATA) mit 3-jähriger Ausbildungszeit stehen zumindest teilweise in unmittelbarer Konkurrenz zu entsprechend weitergebildeten Pflegefachkräften. Deren gegenüber den Assistenzkräften wesentlich längere Ausbildungsweg und damit verbundene höhere Vergütungsansprüche geraten gegenüber den Arbeitgebern unter Rechtfertigungsdruck; damit könnte die Fachweiterbildung auf längere Sicht unattraktiver werden.
- e) Auch aus der fortschreitenden Akademisierung ergeben sich Fragen für die Fachweiterbildung. Die früher gegebene Möglichkeit, als Pflegekraft aus der Praxis heraus mit einer Fachweiterbildung in die Ausbildung von Pflegekräften zu wechseln („Lehrer/-in für Pflegeberufe“) existiert in dieser Form bereits nicht mehr, da nun ein akademischer bzw. Abschluss in einem pädagogisch orientierten Pflegestudiengang (Pflegepädagogik, Lehramt Pflegewissenschaft) dafür zur Voraussetzung geworden ist, womit der Zugang zwar nicht prinzipiell unmöglich, aber mit höheren Hürden versehen ist. Auch sollten die akademischen Ausbildungsgänge nicht die bisherigen, auf einer dreijährigen Berufsausbildung aufbauenden Fortbildungsgänge in Frage stellen: neue, von Berufsverbänden propagierte Berufsbilder für spezialisierte Rollen in der Pflege, die hochschulisch erworben werden (z. B. APN-Nurse usw.) könnten in diese Richtung wirken.⁷¹ Auch die Modellversuche für die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten schaffen ein weiteres Feld für neue Spezialisierungen, deren Einordnung in das System der beruflichen Aus- und Weiterbildungswege bislang unklar ist.

⁶⁸ <https://www.wisoak.de/fachschulen/altenpflegeschule-wisoak-g-bremen/ausbildungsberufe/>, Zugriff 2018-04-05.

⁶⁹ Vgl. die von der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Abteilung Gesundheit, Referat 43, und der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Abteilung Soziales, Referat 52 gemeinsam verordnete Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe vom 4. Februar 2011, darin insbesondere die „Bestimmungen und Erläuterungen zur Durchführung von § 5 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e“, <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2011%2006%2008%20Brosch%FCre%20Berufsordnung%20Endfassung%20f%FCr%20Hr%20Lorenz%202.pdf>, Zugriff: 2018-03-28.

⁷⁰ https://www.gesundheit.bremen.de/gesundheitsberufe_im_gesundheitswesen/fort_und_weiterbildung_in_der_pflege-12856, Zugriff: 2018-04-05.

⁷¹ Hilbert/Bräutigam/Evans (2014) kennzeichnen dies Verfahren als „Berufebasteln“.

Insgesamt zeigt sich so auch das Fortbildungssystem zwar in wichtigen Teilbereichen weitgehend konsistent und kohärent von den Ländern geregelt, zugleich aber auch als zunehmend zersplittert und einer wenig geregelten Ausdifferenzierung unterworfen.

4.4.3 Pflegewissenschaft

Die Pflegewissenschaft als Teil des Wissenschaftssystems hat verschiedene, aufeinander bezogene Aufgaben und Outcomes: Sie entwickelt als Wissenschaft den Wissensfundus der Pflege weiter und ist als Lehre Ort universitärer und fachhochschulischer Qualifizierungswege. In Deutschland hat sie im Vergleich zu anderen Staaten (insb. zu den USA als Vorreiter) spät, erst seit Ende der 80er Jahre, an den Hochschulen Fuß fassen können.

Die Studienangebote, in Deutschland vorwiegend an (Fach-)Hochschulen, sind noch überschaubar, aber vielfältig.⁷²

Als forschende und angewandte Wissenschaft erfüllt Pflegewissenschaft mehrere Funktionen: Sie stellt sich dar einerseits als besonderer Zweig der Soziologie, in der es um die gesellschaftlichen Bestimmungsgründe, Aufgaben und Funktionen der Pflege geht. Andererseits ist sie praktisch orientierte Pflegeforschung, die Pflegewissen als Grundlage einer evidenzbasierten Pflegepraxis weiter entwickelt. Dies schließt drittens die Frage des Transfers dieses Wissens und seiner wissenschaftlich reflektierten Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen sowie seine Vermittlung in der Ausbildung von Pflegekräften und daher auch eine hochschulische Qualifizierung in der Pflege ein.

Mit dieser wissenschaftlichen Qualifizierung werden verschiedene Bedarfe adressiert: Neben Studiengängen, die Personal für Leitungsfunktionen in den Institutionen des Gesundheitssystems generieren (z. B. Pflegemanagement, Public Health), sind Hochschulen Ort der Ausbildung der Lehrkräfte für die Pflege (Pflegepädagogik), und schließlich (vor der aktuellen Reform auf Basis von Modellversuchen) Ausbildungsstätte für Pflegekräfte (als „grundständige“ hochschulische Ausbildung oder als „duales Studium“ in Verbindung mit einer beruflichen Ausbildung), aber auch für spezielle, hochschuleigene Abschlüsse im Berufsfeld.

In Bremen wurden an der Universität 2018 folgende Studiengänge im Fachbereich 11 im Bereich Gesundheits- und Pflegewissenschaften angeboten:

- Pflegewissenschaft - dual, B.A. (für Auszubildende und exam. Pflegefachkräfte),
- Public Health/ Gesundheitswissenschaften, B.A.,
- Berufspädagogik Pflegewissenschaft, M.A.,
- Public Health - Gesundheitsförderung und Prävention, M.A.,
- Public Health - Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management, M.A.,
- Community and Family Health Nursing, M.Sc.,
- Epidemiologie, M.Sc.,
- Weiterbildender Masterstudiengang Palliative Care, M.A.,
- Weiterbildendes Studium Palliative Care (mit Zertifikatsabschluss).

Zum Studiengang Berufspädagogik Pflegewissenschaft ist anzumerken, dass er sich strukturell an der Lehrer/-innenbildung des berufsbildenden Bereichs orientiert. Eine Übernahme ins Referendariat und in öffentliche Berufsschulen in Bremen ist nicht möglich. Allerdings besteht eine Anerkennungsvereinbarung mit Niedersachsen.⁷³

An der Akademie für Weiterbildung der Universität Bremen ist ein Weiterbildungsstudium Pflegedidaktik derzeit in Vorbereitung.⁷⁴

An der Hochschule Bremen, Fakultät 3 – Gesellschaftswissenschaften wird der Internationale Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement B.A. angeboten.⁷⁵

⁷² Vgl. <http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegestudium>, <https://www.pflegestudium.de/>

⁷³ <https://www.uni-bremen.de/fb11/studium/berufsp%C3%A4dagogik-pflegewissenschaft-ma.html>, Zugriff: 2018-03-30.

⁷⁴ <https://www.uni-bremen.de/weiterbildung/fuer-den-beruf/gesundheit-pflege/pflegedidaktik.html>, Zugriff: 2018-03-30.

⁷⁵ <http://www.hs-bremen.de/internet/de/studium/stg/ispj/index.html>, Zugriff: 2018-03-30.

4.4.4 Anschlussfähigkeit und Übergänge

Aufgrund einer fehlenden übergreifenden Struktur und länderspezifischen Ausformungen in allen Bereichen des Ausbildungssystems sind zwar Übergangsmöglichkeiten gegeben, zugleich aber von der besonderen örtlichen und individuellen Konstellation abhängig.

Grundlage einer länderübergreifenden Anschlussfähigkeit der länderspezifischen Assistenz- und Helferausbildungen bzw. von deren Anrechnung auf eine dreijährige Fachkraftausbildung bildet der bereits genannte Minimalkonsens der Länder (ASMK 2012). Die verschiedenen, 1- oder 2-jährigen Ausbildungswege sind bislang meist noch auf die Felder Kranken- bzw. Altenpflege bezogen, also nicht auf eine generalistische Fachkraftausbildung als Perspektive von Aufstiegsmobilität ausgerichtet. Die Entwicklung von Qualifizierungsgängen im Helferbereich, die mit der Generalistik konsistent und länderübergreifend kongruent die Anschlussfähigkeit an die Fachkräfteausbildung sicherstellen, ist daher zur verstärkten Erschließung der Hilfskräfte in der Pflege als Quelle zur Fachkräftebedarfsdeckung dringend erforderlich. Ein Bewertungsmaßstab für die Pflegeausbildungsreform ist daher auch, ob und inwiefern die Reform die Anschlussfähigkeit verbessert bzw. als Beitrag zu einem durchgängigen Aus- und Fortbildungssystem gewertet werden kann.

Für den Zugang zu den universitären und hochschulischen Angeboten sind die jeweiligen Zulassungskriterien zu beachten; über die Zulassung entscheiden die entsprechenden Gremien. Der „einfache“ Abschluss der Ausbildung reicht nicht aus, um von der Pflegefachkraft in diese Qualifizierungswege einzusteigen. Durch die Zerfaserung insbesondere der „akademischen“ Bildungsangebote durch den Wildwuchs der hochschul- und länderspezifisch entstandenen Ausbildungsangebote, sowie durch neue Assistenzberufe und neue Berufsvorschläge der Pflegeverbände ist insgesamt eine eher unübersichtliche Angebotslage eingetreten.

4.4.5 Qualifizierungssystem und Arbeitsorganisation⁷⁶

Zwischen Qualifizierungssystem und Arbeitsorganisation in der Pflege ist ein engerer Zusammenhang anzunehmen. Insbesondere an dieser Wechselwirkung könnten sich Rückwirkungen einer Ausbildungsreform auf die Pflegearbeit geltend machen.

Nach der einen Seite bestimmen die jeweils bestehenden Organisationsformen der Pflege auch die dafür notwendigen Qualifikationen. Pflegemodelle, in dem jeder Pflegekraft aufgrund gleicher fachlicher Qualifikationen die Übernahme der pflegerischen Verantwortung für „ihre“ Patienten abverlangt werden kann, unterstellen hohe Fachkraftanteile, wie sie heute in der Krankenhauspflege (Tabelle 6, S. 48) noch vorherrschen. Eine Zergliederung der Pflegearbeit in „Funktionen“ und deren Delegation durch eine Stationsleitung an Pflegekräfte erlaubt dagegen auch eine stärkere Differenzierung der Qualifikationen.

Die Organisationsformen sind wiederum mit den jeweiligen Finanzierungsformen und Rechtsvorschriften eng verbunden. In der stationären Altenpflege ist einerseits die bekannte „Fachkraftquote“ von 50 % einzuhalten. Andererseits liegen Berichte aus dem Bereich der Altenpflege vor (siehe 5.3.2.2), dass es Pflegebetriebe schwer haben, den Einsatz höherer (akademischer) Qualifikationen mit höheren Personalkosten in den Verhandlungen gegenüber den Pflegekassen zu rechtfertigen und durchzusetzen. Veränderte oder neu eingeführte Personalbemessungsvorgaben beeinflussen unmittelbar die Struktur der Qualifikationsnachfrage und bestimmen damit mittelbar die Anforderungen an das Qualifikationssystem.

Es ist jedoch auch nicht auszuschließen, dass sich über Veränderungen in der Ausbildung von Pflegekräften und damit Veränderungen im qualitativen und quantitativen Angebot von Qualifikationen sich auch Veränderungen der Pflegeorganisationssysteme ergeben, insofern so andere Aufgabenzuschnitte und damit letztlich auch veränderte arbeitsteilige Arrangements möglich gemacht werden. Damit erscheint es auch möglich, dass das Interesse, beispielsweise aus ökonomischen Gründen eine veränderte Arbeitsteilung verschiedener Qualifikationsstufen herbeizuführen, Antrieb für Veränderungen am Qualifikationssystem bzw. für deren Verhinderung werden kann. Indizien dafür, dass es diese Bestrebungen gibt, können in der aktuellen Diskussion um Wege zur Bestimmung des Personalbedarfs und seiner Zusammensetzung nach Qualifikationen (Skill-Mix) bzw. Abschlussniveaus (Grade-Mix) gefunden werden, die in beiden Abteilungen der Pflege derzeit geführt wird.

⁷⁶ Weitere Strategien gegen den Fachkräftemangel, die unter den Stichworten Pflege als zivilgesellschaftliche Aufgabe und technologische Unterstützung der Pflegearbeit aktuell thematisiert werden (z. B. Hülsken-Giesler 2017) erscheinen in ihren tatsächlichen Potenzialen, Grenzen und Folgen für Qualifikationssystem und Arbeitsorganisation in der Pflege noch sehr spekulativ und werden daher hier nicht weiter thematisiert.

4.4.5.1 Langzeitpflege

In der Altenpflege wird die sogenannte „Fachkräftequote“ für den stationären Bereich aktuell in verschiedener Hinsicht in Frage gestellt, wobei begründend auch auf den sich zuspitzenden Fachkräftemangel rekurriert wird.

Die bisherig gültige Quote (minimal 50% des in der Pflege beschäftigten Personals sollen einen dreijährigen Berufsabschluss haben) ist leicht als ‚Notbremse‘ gegen das in der Pflege freigesetzte Renditeinteresse erkennbar, da sich mit der Absenkung des durchschnittlichen Abschlussniveaus, an dem eine Lohnhierarchie hängt, höhere Gewinne erzielen lassen. Die Quote rechnet mit dieser Berechnung und beschränkt diese Kalkulation in einem Grad, der dem Gesetzgeber als hinreichende Sicherung der Pflegequalität erschien.

Tatsächlich basiert die bisherige 50%-Quote auf keinem wissenschaftlich untermauerten Nachweis, dass genau diese Zahl „so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig“ Fachkräfte für die tatsächlich gegebenen Pflegesituationen verbürgen könnte. Sie ist offenbar ein geschätzter Grenzwert. Dieser Sachverhalt bietet der aktuellen Infragestellung der Quote insbesondere seitens der privaten Arbeitgeber in der Pflege ein Einstiegsargument.

Daher sind Projekte, die die Berechnung von Personal(mindest)bedarfen auf eine wissenschaftliche Grundlage stellen sollen, von großer Bedeutung, auch weil sich aus ihnen durchaus größere Anteile von Fachkräften als Forderung ergeben könnten.

Deren Grundlage bildete die Vorgabe des zweiten Pflegestärkungsgesetzes, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln, zu erproben und bis Mitte 2020 umzusetzen (§ 113c SGB XI). Ein großes Kernprojekt in dieser Hinsicht ist am SOCIUM unter Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang angesiedelt:

„Ziel des Projektes ist es, ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln, das auf Basis der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger und ihrer Merkmale, wie sie im Rahmen des Neuen Begutachtungs-assessments (NBA) erhoben werden, nach Qualifikationsstufen differenzierte Personalmengen errechnet. Diese können dann im stationären und teilstationären Bereich direkte Grundlage für einrichtungsbezogene Verhandlungen und den Abschluss von Rahmenverträgen auf Landesebene sein. Für den ambulanten Sektor werden in einem Unterauftrag spezifische Hinweise für angemessene Personalrichtwerte ermittelt.“⁷⁷

Es ist zu hoffen, dass dabei die schwierig zu operationalisierende Interaktionsarbeit der Pflegenden (Bartholomeyczik 2017) angemessen berücksichtigt werden kann.

4.4.5.2 Krankenhauspflege

Ebenso wie in der Altenpflege ist auch in die Frage der Personalbemessung in der Krankenpflege Bewegung gekommen (Bundratsinitiative des Landes Berlin für Stellenschlüssel in der Krankenhaus-Pflege, ver.di-Vorstöße u.a.).⁷⁸ Dies erfolgt auf Basis einer Situation, in der in Krankenhäusern bislang weniger durch Absenkung des durchschnittlichen Qualifizierungsniveaus, sondern vielmehr durch Personalverknappung eine für die Pflegekräfte belastende Personalsituation typisch geworden ist.

Als Antwort auf diese Lage werden Care-, Skill- und Grade-Mix-Konzepte auch für den Krankenhausbereich unter ähnlichen Gesichtspunkten wie in der Altenpflege schon länger diskutiert. Diekmann et al. (2011) entwickeln das Thema als Problemaufriss, der auch die Risiken und Probleme gründlich erwägt. Insbesondere die Übertragung von „pflegefremden Aufgaben“ (wie z. B. Dienstgänge, verwaltende Aufgaben ...) an nicht pflegerisches Personal bietet demnach Entlastungschancen für Pflegekräfte, die damit für die Pflege mehr Zeit gewinnen sollten. Diekmann et al. geben jedoch noch zu bedenken, dass sich damit auch Anwesenheitszeiten im Zimmer der Patienten reduzieren, die auch bei einem „pflegefremden“ Aufenthaltsgrund für pflegerische Aufgaben genutzt werden. Hier ist insbesondere die Patientenbeobachtung zu nennen. Bei einem Rückbau von Pflegefachkräften gegenüber geringer oder nicht qualifizierten Kräften könnten daher Situationen zunehmen, in denen Zeichen für Verschlechterung oder Notfälle nicht erkannt werden.

⁷⁷ Vgl. <http://www.socium.uni-bremen.de/ueber-das-socium/mitglieder/heinz-rothgang/projekte/?proj=574>, Zugriff: 2018-04-08.

⁷⁸ Vgl. Ärzte Zeitung, 03.04.2018, https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/960811/bkg-zweifel-forderungen-pflegepersonal-untergrenzen.html, Zugriff: 2018-04-08.

„Die Kontinuität der Patientenbetreuung ist aber nötig, um die Fehlerquote möglichst gering zu halten, auftretende Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und Schäden durch umgehend eingeleitete Gegenmaßnahmen vom Patienten abzuwenden. [...] Dieses Beispiel soll zeigen, was an so scheinbar banalen Tätigkeiten wie dem Austeilen oder Einsammeln von Essenstabletts hängt. [...] So kann beispielsweise die Bereitstellung von Getränken ein komplexes Hintergrundwissen erfordern.“ (Dieckmann et al 2011: 20)

Ein weiteres Feld, das den Fachkräften zu entgleiten droht, sind wichtige Teile der Interaktionsarbeit – in ihrer Funktion als Informationsquelle, „Dolmetscher“ ärztlicher Aussagen, und auch Beistand für ihre Patienten (ebd. 22).

Mit zunehmender Delegation von Tätigkeiten an Hilfskräfte stellt sich auch die Frage nach der Verantwortung, insbesondere nach dem möglichen Regress auf die delegierende Fachkraft (ebd.: 18).⁷⁹ Das Fehlen einer einheitlichen Assistenzausbildung, mit der die erwartbaren Kompetenzen klar definiert würden, kommt hinzu.

Darüber hinaus bedeutet Personalmix auch neue Anforderungen an Dokumentation und Kommunikation, also neue Schnittstellen, die beherrscht sein wollen (ebd. 25).

Die Autorinnen warnen daher vor Skill-Mixen, die sich einer taylorisierenden Aufgabenzerlegung bedienen, und kennen die „Nebenwirkung“, dass die Entlastung von Aufgaben an einer Stelle in der Regel zu Arbeitsverdichtung ausgenutzt wird (ebd. 35). Insgesamt erscheint Skill-Mix hier als eine alles andere als leicht durchführbare oder selbstredend zustimmungspflichtige Veränderungsrichtung, insbesondere unter den Voraussetzungen einer ökonomisierten Pflege (ebd. 25). Es wird deutlich, dass ein Einsatz von Assistenzkräften ergänzend, nicht ersetzend angestrebt wird (ebd.: 34).

Aktuelle Vorschläge zum Mix von Qualifikationen in der Pflege weisen über diese Position hinaus. So kommt ein pflegewissenschaftliches Forschungsprojekt zum Grade-Mix im Krankenhaus (Darmann-Finck/Baumeister/Greiner 2016) zu weitreichenden Empfehlungen.⁸⁰ Die Krankenhausleitungen werden aufgefordert, „aktiv Strategien zu entwickeln, um Pflegehelfer/-innen und hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen an sich zu binden“, also den Grade-Mix in den Pflegeteams gezielt auszubauen und zu erweitern.

Als Vorteil eines im Personalkonzept zu verankernden Einsatzes von Pflegehilfskräften wird zunächst auf die Möglichkeit hingewiesen, nicht mit Fachkräften besetzbare Stellen zumindest mit Hilfskräften besetzen zu können. Diese Substitution zielt jedoch nicht auf eine Notlösung, sondern auf eine veränderte bzw. ganz neue Arbeitsteilung. Das Pflegehilfspersonal übernimmt dabei ausdrücklich als „partieller Ersatz einer Pflegefachperson“ die „häufig sehr zeitaufwändigen pflegerischen und pflegetherapeutischen Aufgaben in der körpernahen Versorgung [...] bei stabilen zu pflegenden Menschen mit hohem Pflegebedarf und wenig komplexen Pflegeanforderungen. Darüber hinaus nehmen insbesondere Pflegehelfer/-innen mit zweijähriger Ausbildung auch einfache und komplizierte medizinisch-diagnostische und -therapeutische Maßnahmen, letztere mit zusätzlichem Qualifikationsnachweis“ wahr. (Darmann-Finck/Baumeister/Greiner 2016: 38). Das für diese Aufgaben mittels einer Weiterbildungsmaßnahme qualifiziert wird, verweist darauf, dass eine Höherqualifizierungsmöglichkeit zur Fachkraft kein Teil des Konzepts ist. Helferqualifikationen, die von vornherein als berufliche Sackgassen konzipiert würden, wären jedoch nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Fachkräftebedarfsdeckung hoch problematisch.

So ‚entlastet‘, widmen sich Pflegefachpersonen in diesem Modell „der Planung und Steuerung von Pflegeprozessen, der Versorgung von zu pflegenden Menschen mit komplexen Anforderungen oder einem höheren Grad an Instabilität sowie der Durchführung von komplizierten bzw. mit höheren Komplikationsrisiken verbundenen medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Aufgaben.“ (ebd.)

Der damit anvisierte Umbau kann tiefgreifend genannt werden. (Vgl. Tabelle bei Darmann-Finck/Baumeister/Greiner 2016: 76.) Der ‚vorwiegende‘ Einsatz der un- und angelernten Kräfte schließt ihren ‚gelegentlichen‘ Einsatz für einfache Pflegeaufgaben offensichtlich nicht aus. Die „eigentliche Pflege“ aber wird in diesem Modell nicht unwesentlich auf einjährig ausgebildete Hilfskräfte verschoben. Der Einsatz der 2-jährig ausgebildeten (und weitergebildeten, s.o.) Assistenzkräfte reicht dagegen ersichtlich weit in das Tätigkeitsgebiet heutiger „examinierter“ Fachkräfte hinein. Auf „Pflegefachpersonen“ kommen damit neue Planungs- und

⁷⁹ Die Delegation an Pflegeassistenzen scheint darüber hinaus auch professionstheoretische Haken und Ösen zu haben. So zitieren Dieckmann et al. (2011: 17) aus einer Definition der Prinzipien von Delegation der ANA (American Nurses Association) von 2007, die befinden, dass der „Pflegeprozess selbst“, mithin „unmittelbar mit der Pflegepraxis verbundenen Aufgaben“ nicht delegiert werden können. Das seien „Bewertung, Planung, Evaluation und Pflegebeurteilung“. Die „eigentliche Pflege“ gilt dagegen offenbar als „einzelner Teil der Pflege“, und ist demnach nicht unmittelbar mit der Pflegepraxis verbunden? Erstaunliche Differenzierungen werden hier vorgenommen!

⁸⁰ Dies kontrastiert mit dem „aufgrund des kleinen Samples eher explorativen Charakter“ (Darmann-Finck/Baumeister 2017: 19) der Studie.

Steuerungsaufgaben zu, das Delegationsprinzip führt zu einer neuen Schnittstelle „zwischen Planung und Durchführung“, wodurch „Anspruchsniveau und Ausmaß an Verantwortung steigen“ (ebd.: 18). Kurz: durch den Qualifikationsmix selbst, der Planung und Durchführung von Pflege zunehmend trennt, entsteht eine nicht mehr abweisbare Notwendigkeit für hochschulisch qualifiziertes Pflegefachpersonal, um die damit geschaffene Komplexität der Teamsituation zu beherrschen. Es muss in der Lage sein, ein nun gestuft zusammengesetztes Pflegeteam mit verschiedenen Graden an (fehlenden) Kompetenzen und (begrenzten) Eigenständigkeiten auf die Aufgaben zu verteilen, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden. Dieses Modell unterstellt daher hochschulisch ausgebildete Pflegekräfte ebenso, wie es sie nötig macht. Deren Weisungsbefugnis gegenüber den Hilfskräften – und damit neue Hierarchien innerhalb der Pflegeteams – wird unvermeidlich.

Von der Möglichkeit, Pflege „tayloristisch“ zu zerlegen, wird ausgegangen. Bestehende Risiken des vermehrten Einsatzes von Pflegehilfskräften werden nicht in Abrede gestellt; im Unterschied zu der oben genannten älteren Skill-Mix-Überlegungen, die weitere Nachteile für die Pflegearbeit zur Sprache bringt, geht es hier jedoch allein um mögliche Pflegefehler:

„Da nicht jede Arbeitsaufgabe vorhersehbar ist und sich stabile auch zu instabilen Pflegesituationen entwickeln können, ist stets die Möglichkeit gegeben, dass Pflegehelfer/-innen mit Anforderungen konfrontiert werden, die über ihre Kompetenzen hinausgehen. Vor allem bei hohem Arbeitsaufkommen besteht das Risiko, dass entweder aus Nichtwissen oder entgegen besseren Wissens doch Aufgaben übernommen oder auch delegiert werden, die nicht dem Ausbildungsstand und der Fachkompetenz der Pflegeassistentkraft entsprechen.“ (Darmann-Finck/ Baumeister/Greiner 2016: 40)

Um dieses Risiko einzuhegen, solle der Einsatz von Hilfskräften daher auf Situationen beschränkt werden, die sich durch Einfachheit, Stabilität und Standardisierbarkeit⁸¹ der Prozessabläufe auszeichnen. Es wäre Aufgabe der Pflegefachkraft, diese Feststellung zu treffen und zu verantworten. Heikel ist diese Situationsbeurteilung darin, dass sie sich auf höchst widersprüchliche Voraussetzungen beziehen muss: Es widerspricht der Kennzeichnung als „stabil“, wenn diese Situationen jederzeit in akute, „komplexe“ Situationen umschlagen können. Und es schließt den weiteren Widerspruch ein, dass Pflegehilfskräfte, von denen lediglich standardisierbares Handeln erwartet wird, gleichwohl selbst erkennen sollen, wann dies nicht mehr ausreicht, womit eine vollwertige eigenständige Beurteilung der Situation voraussetzt wird, die ihnen aber gerade nicht zugetraut werden soll.

Den Pflegehilfskräften wird so einerseits ein umfangreicher Aufgabenkanon zugewiesen, andererseits aber Einschränkungen der Einsetzbarkeit formuliert, die zum Ausdruck bringen, dass es diesen Kräften an beruflicher Handlungsfähigkeit mangelt, da ihnen Handlungsfähigkeit nur in standardisierbaren Prozessen zugetraut wird. Als solche bleiben sie tatsächlich Hilfskräfte.

Eine Antwort auf das Risiko ihres vermehrten Einsatzes besteht für Darmann-Finck/Baumeister/Greiner (2016) darin, erstens bevorzugt zweijährig ausgebildete Pflegehilfskräfte zu beschäftigen, deren Einsatz zweitens quantitativ beschränkt werden sollte. Ein bis zwei Vollzeitäquivalente an Hilfskräften (also möglicherweise mehr „Teilzeit-Köpfe“) pro Station dürfen es sein, unter bestimmten Voraussetzungen aber auch mehr, jedoch besser nicht mehr als eine Kraft pro Schicht, „um die Pflegefachperson nicht mit Überwachungs- und Anleitungsaufgaben überzustrapazieren“. (ebd.: IV) Wie sich damit die genannten Widersprüche auflösen lassen sollten, bleibt unklar; die damit verbundenen impliziten Folgen für die rechtliche Verantwortung der Fachkräfte, wenn es doch einmal ‚nicht gut gegangen‘ sein sollte, werden nicht vertieft. Auch ist zu fragen, ob derart unentschieden formulierte Grenzen gegenüber dem betriebswirtschaftlichen Motiv der Personalkostenkontrolle Bestand haben werden, hat man die Tür zu einer vermehrten Hilfskräftebeschäftigung im Krankenhaus erst einmal aktiv aufgestoßen.

Dass diese Veränderungen, einmal in Gang gebracht, auch auf einen neue Variante der mit guten Gründen zurückgedrängten „Funktionspflege“ hinauslaufen könnte, lässt die Liste der Tätigkeiten für die einjährigen Kräfte befürchten. Zugleich lässt sich der mögliche Ausfall einer Fachkraft nicht mehr graduell aus dem Team selbst kompensieren und stellt neue Anforderungen an das Ausfallmanagement. Und wo läge eigentlich die Rolle dreijährig beruflich ausgebildeter Kräfte? Die Aufgabenbeschreibung der 2-jährigen generalistischen Assistentenkräfte scheint diese zwischen Assistentenkräften und akademischen Pflegekräften überflüssig werden zu lassen.

⁸¹ Friesacher (2015: 213) stellt jedoch die Standardisierbarkeit gerade der Teilaspekte der Pflegearbeit, die unter diesem Kriterium praktisch zur Haupttätigkeit der Hilfskräfte werden, grundsätzlich in Abrede: „Bei der direkten Pflege („Grundpflege“) sind kommunikative und situativ-kreative Rationalität vorherrschend. Das Vorgehen lässt sich nicht standardisieren, da das Arbeiten stets von der unmittelbaren Situation abhängig ist und Verständigungsorientierung im Vordergrund steht.“

Die Forcierung akademischer Ausbildung einerseits wie insbesondere 2-jähriger generalistischer Pflegeassistenten andererseits könnte dabei im Sinn der Eingangsthese als Hebel funktionieren, diese Veränderung der Organisationsformen der Pflegearbeit im Krankenhaus herbeizuführen. Der pflegeökonomische Effekt ist dabei nicht zu übersehen: Die inkaufgenommene Senkung des Qualifizierungsniveaus in der aufgeteilten Pflegedurchführung hilft, die Personalkosten zu senken, und schafft umgekehrt so die Mittel, aus denen akademische Pflegekräfte höher bezahlt werden können, ohne dass die Gesamtkosten steigen müssten.

Angesichts der in den Vorschlägen zum Ausdruck kommenden Entwicklungstendenzen in der Pflegearbeit soll daher an folgenden Warnruf Friesachers erinnert werden:

„Der Kostendruck, absehbare Versorgungsengpässe und eine desintegrierte Versorgungspraxis im Gesundheitswesen führen zu Überlegungen einer neuen Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Pflegende übernehmen neue Aufgaben, insbesondere die Steuerung von Prozessen und ausgewählte ärztliche Aufgaben. Das kann grundsätzlich durchaus in einigen Bereichen sinnvoll sein. Problematisch wird es da, wo die originären Aufgaben der Pflege vernachlässigt werden und die patientenfernen Tätigkeiten mehr Gewicht bekommen als die direkte ‚Pflege am Bett‘. Das Berufsbild der Advanced Nursing Practice (ANP) und Spezialisierungen wie ‚Nurse Practitioner‘ bergen die große Gefahr, dass administrative, medizin-technische und Managementaufgaben einen vermeintlich höheren Status erhalten. Höher qualifizierte Pflegende arbeiten dann eher patientenfern und vermeiden ‚profane work‘ und ‚dirty work‘“. (Friesacher 2015: 201)

4.4.6 Qualifikationssystem, Pflegearbeitsmärkte und Entlohnung

Der im Folgenden anvisierte Zusammenhang zwischen dem Qualifikationssystem, Pflegearbeitsmärkten und der Entlohnung bezieht sich auf die These, dass Veränderungen im Qualifikationssystem auch Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt nach sich ziehen und es dabei auch zu Veränderungen bei der Entlohnung kommen kann.

Als Ausgangspunkt lässt sich festhalten, dass bisher zwei selbstständige Ausbildungswege mit ihren Abschlüssen und den damit verbundenen Berechtigungen auch wesentlich die „Teil“-Arbeitsmärkte der Pflege mit bestimmen. Offenbar steht zwar Krankenpflegekräften der Weg in die Altenpflege offen. Die umgekehrte Erscheinung ist dagegen eher eine Ausnahme (siehe Tabellen 7, 8, und 6). Kranken- und Altenpflegearbeitsmärkte sind heute quasi „semipermeabel“. Das beschränkt Altenpflegefachkräfte bislang auf „ihren“ Arbeitgeberpool – der damit ihnen gegenüber etwas mehr Macht gewinnt, da ihre Mobilitätsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Umgekehrt scheint der relativ hohe Anteil von Krankenpflegekräften in der ambulanten Pflege darauf hinzuweisen, dass bessere Verdienstmöglichkeiten allein die Ausnutzung von Mobilitätsoptionen nicht bestimmen.

Inwiefern es zu einer Zusammenlegung der bisherigen Teilarbeitsmärkte kommt und welche Auswirkungen dies auf die Entlohnung hat, sind daher empirisch offene, als solche erst zukünftig beantwortbare Fragen. Theoretisch kann jedoch in Frage gestellt werden, ob die Mobilität von Pflegekräften den Annahmen der neoklassischen Theorien entspricht, da Pflegekräfte trotz Unzufriedenheiten mit dem Arbeitsplatz nur eine begrenzte Arbeitsplatz-Wechselbereitschaft zeigen (Bruxel 2011), was möglicherweise durch das bei Pflegekräften starke Verantwortungsgefühl für die Pflegebedürftigen (vgl. Schroeder 2017: 214) mit gestützt sein könnte. Dem Anliegen, durch die Zusammenführung der beiden Berufe eine allgemeine Verbesserung der Bezahlung zu induzieren, steht auch gegenüber, dass grundlegend an der Finanzierung des Pflegesystems nichts geändert wird. Von daher ist auch danach zu fragen, ob und inwiefern dieser Anspruch der Ausbildungsreform auf realistischen Annahmen beruht.

Darüber hinaus interessiert an der Reform der Pflegeausbildung auch, welche Einkommenserwartungen sich für „akademische“ Pflegefachkräfte ergeben werden, da in der Regel mit ansteigendem Qualifikationsniveau auch eine höhere Entlohnung verbunden ist. Für den Bereich der öffentlichen Arbeitgeber wurde zumindest bereits in der Entgeltordnung 2016 erstmalig die Entgeltgruppe 9b für Beschäftigte mit abgeschlossener Hochschulausbildung geschaffen, die „Aufgaben im Sinne § 37, Abs. 3, Satz 2 des noch nicht verabschiedeten Pflegeberufsgesetzes ausüben (Darmann-Finck/Baumeister/Greiner 2016: 10). Damit soll der in der letzten Zeit zunehmenden Akademisierung Rechnung getragen werden (Balzer/Schrems 2018; Moses 2015), allerdings ohne dass damit genaue Stellenprofile einhergingen. Auf der anderen Seite lassen sich gegenläufige Dequalifizierungstendenzen im Pflegesystem beobachten (Pitschas/Thiele 2016: 152; Slotala 2011: 187), die sich im vermehrten Einsatz von Beschäftigten mit geringerer Qualifikation vor allem in der Altenpflege niederschlägt (Hämel/Schaeffer 2013: 416).

Vor dem Hintergrund der hier formulierten Thesen und Entwicklung werden im Folgenden die Arbeitsbeziehungen und -bedingen im Pflegesystem erläutert. Dabei wird vor allem auf die Tarifpolitik eingegangen, da diese als ermöglichender Faktor für eine bessere Bezahlung steht. So ist es beispielsweise kaum überraschend, dass Arbeitskräfte, die in tarifvertraglich geregelten Arbeitsverhältnissen arbeiten, deutlich mehr verdienen als in nichttarifgebundenen Betrieben. Gleichwohl ist der ermöglichende Faktor von Tarifverträgen begrenzt durch ihren

Geltungsbereich, insbesondere in der Altenpflege besteht eine ausgedehnte tariffreie Zone (siehe Kapitel 4.6, sowie weiterhin zur ausführlichen Darlegung und differenzierten Darstellung der Gründe: Schroeder et al. 2018).

4.5 Arbeitsbeziehungen

4.5.1 Familiäre Pflege

Insofern die Arbeit, die pflegende Angehörige leisten, außerhalb der Sphäre der Erwerbsarbeit jenseits vertraglich fixierte Verpflichtungen und kodifizierte Tauschbeziehungen geleistet wird, lassen sich die Verhältnisse zwischen den Beteiligten nur schlecht unter dem Begriff der Arbeitsbeziehungen fassen. Auf eine Erörterung dieser Verhältnisse wird daher hier verzichtet.⁸²

Wichtig erscheint hier nur, dass auf dieser Grundlage natürlich auch jede Basis für institutionalisierte Regelungen dieser Arbeit fehlt. Gesetzliche Schranken der Verausgabung oder Vorgaben zur Einhegung der körperlichen, insbesondere aber auch psychischen Belastung auf ein nachhaltig verträgliches Niveau gibt es nicht; mögliche Grenzziehungen sind den Beteiligten selbst überlassen.

4.5.2 Professionelle Pflege⁸³

Hier sind zunächst prinzipielle Unterschiede nach Trägerzuordnung festzuhalten:

- 1) privat-gewerbliche Anbieter: Auf Grund des privaten Gewinninteresses ist von einem konfliktiv angelegten Verhältnis von Arbeitgeber-Arbeitnehmer auszugehen. Als Stellschrauben für die Rentabilität der Arbeit und ihre Steigerung kommen vor allem die Lohnhöhe und die Arbeitsintensität in Betracht. Möglichkeiten, die „Produktivität“ dieser Arbeit durch technische Mittel wie in der industriellen Fertigung zu steigern, sind minimal. Der Bestand dieses Verhältnisses setzt entsprechende arbeitsrechtliche Regelungsmechanismen als Teil der Arbeitsbeziehungen voraus. Arbeitnehmervertretungen, so vorhanden, könnten helfen, das konfliktive Verhältnis einzuhegen.
- 2) freigemeinnützige Anbieter: Alle Verbände verweisen in ihren Selbstdarstellungen auf ihre jeweiligen historischen Wurzeln, die konfessionell zugeordneten Verbände insbesondere auf die praktizierte Nächstenliebe als Teilaufgabe von Kirche und Mensch im kirchlichen Selbstverständnis. Angesichts von Elend und Not in einer Zeit, in der sich insbesondere der Staat als gesellschaftliche Macht noch nicht zu einer sozialstaatlich systematisch kompensierenden Tätigkeit bestimmt hatte, erfüllten vor allem Kirchen karitative Zwecke.⁸⁴ In der praktischen Tätigkeit haben sich die unterschiedlichen Ausgangspunkte allerdings längst verschliffen. Dies gilt auch in Bezug auf die Wohlfahrtsverbände. Dementsprechend versorgen sie in den von ihnen organisierten betrieblichen Einrichtungen unabhängig von der Historie soziale Bedarfe verschiedenster Art und aller gesellschaftlichen Gruppen.

Insofern könnten für alle Betriebe dieses Bereichs auch einheitliche Ausformungen der Arbeitsbeziehungen erwartet werden. Sie unterliegen alle gleichermaßen den ökonomischen Anforderungen des Wettbewerbs, ohne dabei ein privates Gewinninteresse zu verfolgen. Dennoch haben bis heute die Sonderwege Bestand, mit denen sich die kirchlich fundierten Verbände mit staatlicher Billigung aus der arbeitsrechtlichen Normalität ausgrenzen.

Als Grundlage dieses „dritten Wegs“ fungiert einerseits das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen (Art. 140 GG) und die damit zugestanden arbeitsrechtlichen Besonderheiten wie z. B. Ausnahmen von EU-Antidiskriminierungsrichtlinien in Beschäftigung und Beruf (2000/78/EG).

Als Folge muss u. a. die Tätigkeit von Gewerkschaften im Betrieb nicht geduldet werden, Fragen des Vertragsverhältnisses werden in paritätisch besetzten Kommissionen verhandelt. Die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) beispielsweise des Deutschen Caritasverbandes sind zwar an die Tarifwerke des öffentlichen Dienstes „angelehnt“, sind aber kein Tarifvertrag. Auch das Betriebsverfassungsgesetz (BVerfG) wird nicht angewendet; an seine Stelle treten Mitarbeitervertretungsordnungen (MAVO) und gewählte Mitarbeitervertretungen (MAV). Dieser Sonderweg, insbesondere auch die Verweigerung des

⁸² Vgl. hierzu Wetzstein/Rommel/Lange (2015).

⁸³ Als Sonderfall bleibt die Problematik der in der häuslichen Pflege im Allgemeinen in einem Graubereich erwerbstätigen Arbeitsmigrantinnen und der dort vorfindlichen Arbeitsbeziehungen hier ausgespart.

⁸⁴ So nimmt z. B. die Diakonie ihren Ausgangspunkt offenbar in der Gründung eines Hauses für verwahrloste Kinder.

Streikrechts, wird üblicherweise mit einer besonderen ethischen Verpflichtung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie gegenüber den Hilfsbedürftigen legitimiert. Streik wird als „konfrontatives Zwangsmittel“ abgelehnt, der „auf dem Rücken der hilfebedürftigen Menschen“ ausgetragen werde. Man setze demgegenüber auf „Kooperation statt auf Konfrontation“.⁸⁵ Es ist offenkundig, dass die kirchlich fundierten Trägerverbände den Grund, aus dem Beschäftigte in Streik treten, auch für ihren Bereich kennen – gäbe es nicht die Notwendigkeit für die Beschäftigten, ihr Interesse periodisch immer wieder ausstreiten zu müssen, müsste man den Streik nicht kategorisch ausschließen – Streik wäre ja ganz überflüssig, und den Hilfsbedürftigen würde kein Ungemach drohen. Tatsächlich wird hier das einzige wirksame Mittel der Beschäftigten, aus der Abhängigkeit der Arbeitgeber von ihrer Arbeitsleistung kollektiv ein Gegendruckmittel zu machen, ausgehebelt – und damit dafür gesorgt, dass die ökonomischen Zwänge des Wettbewerbs einfacher auf dem Rücken der Beschäftigten ausgetragen werden können. Allerdings ist hier darauf zu verweisen, dass es noch bloß ein fundamental struktureller Nachteil der Beschäftigten bei kirchlichen Einrichtungen ist, nicht streiken zu können und das dieser von Arbeitgeberseite aufrechterhalten und unterstützt wird. Vielmehr halten die Beschäftigten selbst diesen Herrschaftsmechanismus für legitim. So kann eine Untersuchung von Schroeder (2017: 192) herausarbeiten, dass 77 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege der Meinung sind, dass ein Streik bedeuten würde, die Patienten im Stich zu lassen. Das entzieht Institutionen wie Gewerkschaften die Handlungsbasis, um über diese Mittel Verbesserungen der Arbeitsbedingungen zu erreichen.

- 3) öffentliche/kommunale Anbieter: Für die Beschäftigten ergibt sich eine Besonderheit, da ihre Zugehörigkeit zum öffentlichen Dienst und insofern eine Tarifbindung in diesem Bereich die Normalität ist.

Soweit die Trägereinrichtungen unter öffentlicher Rechtsform betrieben werden, ist die ihre Tarifbindung an die jeweiligen Tarifverträge des öffentlichen Dienstes automatisch gegeben. Die Tatsache, dass viele kommunale Krankenhäuser unter privaten Rechtsformen laufen, hat bislang nicht in der Breite dazu geführt, dass die Tarifbindung öffentlicher Trägereinrichtungen in Frage gestellt worden wäre (vgl. Hanneken et al. 2010: 29). Es ergeben sich insofern dort (relative) Vorteile für die Pflegebeschäftigten.

4.6 Arbeitsbedingungen, Tarifpolitik und Entlohnung

4.6.1 Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege gelten allgemein als schlecht. Im Zentrum stehen Beschwerden der Pflegekräfte über „Stress und Zeitmangel, Erschöpfungserscheinungen und Schmerzen sowie über Vereinbarkeitsschwierigkeiten – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß“ (Auth 2016: 348).

Die Resultate lassen sich an Fehlzeiten, Frühverrentungen, Flucht in Teilzeit und frühem Rückzug aus dem Beruf festmachen (vgl. zusammenfassend Benedix/Medjedović 2014: 10). Presentismus bildet ein besonderes Problem helfender Berufe (Jansen 2011). Es kann vermutet werden, dass die (allerdings auch kontrovers bewerteten) Berufsverweildauern zur Deckung des Pflegekräftebedarfs verbessert werden könnten, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern würden.

Eine Befragung von Pflegekräften im Land Bremen 2013 (Benedix/Medjedović 2014) wies – entlang einer zu engen und daher Belastungen generierenden Personalsituation, die quasi den „roten Faden“ der Probleme bildet und damit auch im Zentrum von deren Lösung stand – als zentrale Verbesserungsbedarfe vor allem auf die Frage der Sicherheit und Planbarkeit der Freizeit, also der Verbindlichkeit und Verlässlichkeit des Dienstplans, aber auch die Vergütungssituation hin.

4.6.2 Tarifpolitik

Die Tariflandschaft in der Pflege kann als multipel fragmentiert charakterisiert werden. Dies bedeutet, dass spezifische Charakteristika zu markanten Unterschieden innerhalb der Tariflandschaft führen und diese kennzeichnen. Unterschiede ergeben sich entlang der Berufe, d. h. Alten- bzw. Krankenpflege, verschiedenen Trägern aber auch der Unternehmensgröße. Diese Charakteristika beeinflussen wiederum die Tarifbindung, die Organisationsrate sowie das Vorhandensein von Betriebsräten, Merkmale, mit denen die Tarifpolitik im Folgenden skizziert werden soll.

⁸⁵ Vgl. beispielsweise seitens der Diakonie. https://www.diakonie-bremen.de/fileadmin/user_upload/redakteur/Ueber_Uns/Glossar_Kirchliches_Arbeitsrecht.pdf, Zugriff: 2018-04-03.

Die Datenlagen sowohl hinsichtlich der Tarifbindung überhaupt wie auch in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Trägerstruktur und Tarifbindung ist teilweise widersprüchlich. Es fehlen übergreifende, aktuelle Daten. Einerseits wird die Tarifbindung als sehr niedrig eingeschätzt (Kümmerling 2015: 154) und konstatiert, dass „weder die Beschäftigten der privaten Träger noch der Großteil der Beschäftigten kirchlicher oder sonstiger freigemeinnütziger Träger in den Geltungsbereich von Tarifverträgen“ fallen (Auth 2013: 415). Andererseits kommt eine Untersuchung von Becka et al. (2015: 9) zu dem Ergebnis, dass 37 Prozent der Teilzeitbeschäftigten in Betrieben mit Tarifbindung arbeitet. Teilzeitbeschäftigte stellen die Mehrheit der Beschäftigten in der Pflegebranche. Im Krankenhausbereich wird sogar eine Tarifbindung von 87 Prozent erreicht (Bispinck et al. 2012: 12), weil hier noch aufgrund der Betriebsstruktur oftmals der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes gilt. Eine Studie mit einer etwas älteren Datengrundlage kommt auf eine Tarifbindung von 60 Prozent in der Pflege insgesamt (Bispinck et al. 2012: 12), ein Wert, der über dem gesamtdeutschen Durchschnitt liegt. Zu den unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Tarifbindung kommt die hohe Varianz zwischen Alten- und Krankenpflege. Während sie bei ersterer bei 39 Prozent lag, arbeiten immerhin noch knapp 60 Prozent der Beschäftigten in der Krankenpflege in tarifgebundenen Betrieben.

Bezogen auf die Organisationsrate konstatierte Voges (2002: 314) schon kurz nach der Jahrtausendwende für die Altenpflege, dass die „geringe Mitgliederzahl von Altenpflegekräften sowie deren Verteilung auf zahlreiche Berufsverbände (...) die größten Schwachstellen gezielter berufsständischer Interessenvertretung im Sozial- und Gesundheitswesen [sei]. Im Vergleich zu den in anderen Interessengruppen verbandlich Organisierten sind die Mitgliederzahlen der Altenpflegekräfte im DBfK, DPV und DBVA zu gering, um eine bedeutsame Einflussnahme zu ermöglichen.“ Daran hat sich bis heute nichts geändert. Im Gegenteil: Es ist ein weiterer Rückgang des Organisationsgrades zu beobachten: Für 2013 – neuere Zahlen liegen nicht vor – wird er mit 1,9 Prozent angegeben (Schroeder 2017: 103) gegenüber 4 Prozent um die Jahrtausendwende. Die Gründe dafür sind vielfältig. Besonders ausschlaggebend dürfte die Zunahme privater Träger sein, aber auch der Arbeitsmarktsituation wird eine zentrale Rolle für die geringe Organisationsrate zugeschrieben. Dazu gehört der gering eingeschätzte Nutzen, einem Berufsverband bzw. der Gewerkschaft beizutreten, da die Identifizierung mit der Erwerbsarbeit aufgrund der häufigen Teilzeittätigkeit nicht hoch sei; gleichzeitig werde kein Raum gesehen, sich neben der oftmals als erschöpfend wahrgenommenen Erwerbstätigkeit kollektiv zu organisieren. Dazu kommen häufige Unterbrechungszeiten und Berufswechsel, die das Formulieren und Durchsetzen eines gemeinsamen Interesses erschweren bzw. ein Berufsverständnis ist wenig ausgeprägt, so dass sich das Gemeinsamkeiten schwer ausgebildet werden können. Schließlich wird als weiterer Grund der hohe Anteil von Ungelernten bzw. gering Qualifizierten genannt, die keine oder kaum Tendenzen zum Organisieren aufweisen (Voges 2002).

In der Krankenpflege sind die Bedingungen etwas anders gelagert als in der Altenpflege hinsichtlich des Organisationsgrades. Das liegt zum einen an dem höheren Grad öffentlicher Träger, zum anderen sind die Unternehmen wie z. B. Krankenhäuser größere Unternehmen, die leichter zu organisieren sind. Dementsprechend wird der gewerkschaftliche Organisationsgrad in öffentlichen Krankenhäusern mit 23 Prozent angegeben (Glassner et al. 2015: 41). Insgesamt liegt der Organisationsgrad in privaten Krankenhäusern unter dem Niveau der öffentlichen. Gleichwohl gibt es eine große Spanne, die zwischen 10 und 80 Prozent liegt, während sie für öffentliche auf 15 und 25 Prozent geschätzt wird (ebd.). Den geringsten Organisationsgrad weisen übrigens die freigemeinnützigen Krankenhäuser auf, mit 10 bis 20 Prozent.

Wendet man den Blick auf die betriebliche Interessenvertretung, so fallen in der Altenpflege die großen Unterschiede hinsichtlich der unterschiedlichen Träger auf, die sich auch in ihren rechtlichen Befugnissen unterscheiden, je nachdem ob es sich um Betriebsräte oder Mitarbeitervertretungen (MAV) handelt. Insgesamt arbeiten 23,8 Prozent der Beschäftigten in einem Betrieb mit einer betrieblichen Interessenvertretung (Schroeder 2017: 73). Nur etwa 10 Prozent der Betriebe besitzen einen Betriebsrat (DPR 2018). MAV sind vor allem bei kirchlichen Trägern zu finden. Hier ist auch die Quote am höchsten mit 38,5 Prozent, die rechtlichen Befugnisse aber auch am geringsten, die Mitbestimmungsrechte lassen sich im Zweifelsfall nicht einklagen. Bei Freigemeinnützigen liegt die Quote bei 36,4 Prozent, bei öffentlichen bei 29,9 und bei privaten Trägern bei 10,6 Prozent (ebd.).

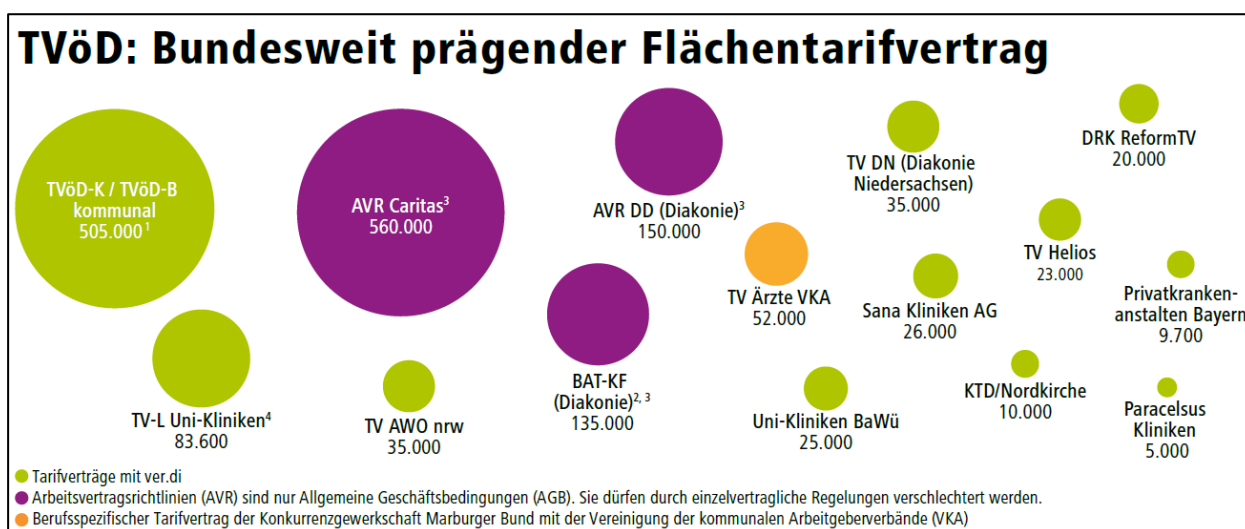
Über den Anteil von Betriebsräten in der Krankenpflege liegen leider keine Daten vor. Auf Grundlage des IAB-Betriebspanels wissen wir lediglich, dass in der Branche Gesundheit, Erziehung und Unterricht 11 Prozent der Betriebe über einen Betriebsrat verfügen bzw. 47 Prozent der Beschäftigten in einem Betrieb mit Betriebsrat arbeiten (WSI Tarifarchiv 2018). Allerdings sind in diesen Daten nur die privatwirtschaftlichen Betriebe ausgewiesen.

4.6.3 Tarif- und Entlohnungsbedingungen

Die Tarif- und Entlohnungsbedingungen in der Pflege sind sehr heterogen gestaltet. Sie unterscheiden sich nach Beruf, also ob es sich um Alten- oder Krankenpflege handelt, nach Qualifikation und Beschäftigungsdauer und vor allem nach Trägerstruktur, weil diese wesentlich darüber bestimmt, ob und in welcher Form Tarifverträge vorliegen. Dementsprechend ist auch hier eine multipel fragmentierte Tariflandschaft in Bezug auf Tarifverträge zu konstatieren. Die Form der Tarifverträge oder eine Anlehnung⁸⁶ daran unterscheidet sich danach, ob es sich um private oder staatliche Arbeitgeber handelt oder um Wohlfahrtsverbände, die auch die kirchlichen Träger umfassen, die den sog. Dritten Weg eingeschlagen haben. Durch die Gleichstellung von privaten und freigemeinnützigen Trägern und den damit verbundenen Anbieterwettbewerb hat sich die Trägerstruktur nachhaltig verändert zugunsten der privaten Träger. Demgegenüber ist es zu einem Bedeutungsverlust der Wohlfahrtsverbände und mehr noch der öffentlichen Träger gekommen (vgl. Auth 2013: 414f.). Dieser Entwicklungstrend ist sowohl bei in der stationären als auch ambulanten Pflege festzustellen, wenn auch im ungleichen Ausmaß. Insgesamt ist festzustellen, dass die Tarifbindung im ambulanten Bereich geringer ist als im stationären. Dies dürfte einerseits mit der Betriebsgröße einhergehen – größere Betriebe sind tendenziell häufiger tarifgebunden als kleinere – und an der Trägerstruktur – private Träger, die häufig mit geringer Tarifbindung einhergehen – finden sich vor allem im ambulanten Bereich (Schroeder 2017:59). Gleichzeitig dürfte der Entwicklungstrend, der zur Zunahme privater Träger geführt hat, das Vermögen zur Interessendurchsetzung in Lohnfragen maßgeblich beeinflussen. Mehr noch: sie dürfte weiter geschwächt werden. Da die Zunahme privater Träger im Pflegebereich ein politisch gewollter Prozess darstellt, werden diese Verschlechterungen staatlicherseits mindestens stillschweigend gefördert. Dennoch wird aus Gewerkschaftssicht weiterhin das Ziel formuliert, am Flächentarifvertrag festzuhalten und seine Stärkung zu fordern, damit der TVöD weiterhin „Leitwährung“ bleibt. Abbildung 3 illustriert dessen Bedeutung, gleichzeitig aber wird die Durchsetzung durch die Zersplitterung der Tariflandschaft erschwert (ver.di 2014: 64).

Der TVöD als „Leitwährung“ und seine Bedeutung nach Anzahl der Beschäftigten

Abbildung 3: TVöD: Bundesweit prägender Tarifvertrag



Quelle: ver.di 2014:65

Allein für den Fachbereich 3 Gesundheit und Soziales, werden über 3.000 Tarifverträge gezählt (ver.di 2014). Für die Altenpflege sind es 1.430 Tarifverträge (Evans 2016: 27). Belastbare Daten zu den Unterschieden zwischen den einzelnen Haustarifen einerseits und den Unterschieden zwischen Haustarifen und Flächentarifvertrag sind jedoch kaum vorhanden – überhaupt ist gibt es für Deutschland „bisher kaum Studien, die die ökonomische Situation der Beschäftigten in Fürsorgeberufen in den Fokus nehmen“ (Hipp/Kelle 2016: 17). Allerdings kann als Tendenz ausgemacht werden, dass die Wohlfahrtsverbände in der Regel über einen Haustarif verfügen, während kein einziger

⁸⁶ Eine Anlehnung an Tarifverträge bedeutet in der Regel ein Unterschreiten der Tarifverträge, wie eine Untersuchung des WSI ergeben hat (mündliche Mitteilung von Thorsten Schulten am 27.01.2017).

privater Träger über einen Tarifvertrag verfügte – zumindest in der ambulanten Altenpflege (Kümmerling 2016: 154).

Zusammenfassend kann in Bezug auf das Erreichen eines der zentralen Ziele, die mit der Einführung der generalistischen Ausbildung verbunden ist und die die gestiegene bzw. verbesserte Lohn- und Gehaltsbedingungen umfasst, aus der strukturellen Perspektive die These formuliert werden, dass diesem Ziel die gewichtigen Trends zur Zersplitterung der Tariflandschaft und der Privatisierung entgegenstehen.

Betrachtet man die langfristige Entwicklung der tariflichen Entlohnung in der Pflege, wird deutlich, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Eine durch Tarifsteigerung verbesserte Entlohnung ist dementsprechend eine sinnvolle Zielsetzung. Dies wird deutlich bei der Einstiegsvergütungen der tariflichen Jahresvergütungen qualifizierter Kranken- und Altenpfleger. Hier sind unterdurchschnittliche Steigerungen zu verzeichnen. Während diese sich im Zeitraum zwischen 1995 und 2010 in der Altenpflege nur um 20 Prozent bzw. in der Krankenpflege nur um 21,4 Prozent erhöhten, stiegen sie bei anderen berufsqualifizierten Beschäftigten deutlich mehr, beispielsweise bei Metallfachkräften um 67,5 Prozent (Bispinck 2013: 209). Doch nicht nur verglichen mit der traditionellen Hochlohnbranche der Metallindustrie schneidet die Kranken- bzw. Altenpflege schlecht ab. Auch in anderen Berufen – durchaus vergleichbaren – wie der/dem Erzieher/in – gab es deutlich höhere Anstiege der Tariflöhne. So betrug die Steigerung bei ihnen in demselben Zeitraum 37,7 Prozent, bei Versicherungskaufmännern bzw. -frauen immerhin noch 33,3 Prozent, bei Bankkaufmännern bzw. -frauen lag sie bei 33,9 Prozent (ebd.). Diesem Ergebnis stehen die Befunde aus der Studie von Seibert et al. (2018: 1) entgegen, der konstatiert das die „Entgelte im Pflegebereich im Großen und Ganzen entsprechend der allgemeinen Lohnentwicklung gestiegen“ sind. Grund dafür dürfte sein, dass die Lohnentwicklung auch der nichttariflich gebundenen Beschäftigten in diese Studie mit einbezogen sind. Dies ist umso überraschender, als vermutet werden kann, dass die nichttarifliche Entlohnung unter den Tarifen angesiedelt ist. Leider legt diese Studie, wie auch andere, keine differenzierte Betrachtung von tariflicher Lohnentwicklung und nichttariflicher Lohnentwicklung vor. Dennoch kann gezeigt werden, dass die Fachkräfte in der Krankenpflege nur unwesentlich mehr verdienen als alle Beschäftigten insgesamt. Fachkräfte in der Altenpflege hingegen liegen 16 Prozent unter diesem Niveau (ebd.: 2).

Wendet man sich den Einkommensverhältnissen und -strukturen – und damit nicht nur der tariflichen Entlohnung – in der Pflege zu, ist die ungleiche Bezahlung ein wesentliches Merkmal dieser Branche. Während offensichtliche Unterschiede zwischen den öffentlichen Pflegeeinrichtungen und dem privaten Sektor bislang kaum erforscht wurden, sind weitere Differenzierungen bekannt: So ist erstens der Einkommensunterschied zwischen Fachkräften in der Kranken- und Altenpflege signifikant hoch (vgl. Helmrich et al. 2016: 77). Diesen Befund bestätigt auch die Studie zum Lohnspiegel in den Pflegeberufen, für die Daten von 2013 ausgewertet wurden (Bispinck et al. 2013). Diese weist auch auf deutliche Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Qualifikationen und Tätigkeiten hin (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Bruttomonatsverdienste in Pflegeberufen

Bruttomonatsverdienst* Pflegeberufen (Basis: 38 Wochenstunden) – Angaben ohne Weihnachts-, Urlaubsgeld und andere Sonderzahlungen, in €		
Pflegeberuf	Mittelwert	Median
Operationsschwester, -pfleger	3.131	2.946
Anästhesieschwester,- pfleger	2.993	3.006
Stationsleiter/in (Kinder-) Krankenpflege	2.907	2.950
Psychiatrieschwester, -pfleger	2.748	2.725
Stationsleiter/in Altenpflege	2.597	2.519
Sonstige Pflegeberufe	2.556	2.464
Säuglings-, Kinderkrankenschwester, -pfleger	2.476	2.374
Krankenschwester, -pfleger	2.450	2.364
Pflegeberufe insgesamt	2.412	2.335
Altenpfleger/in	2.188	2.089
Altenpflegehelfer/in	1.887	1.617
Helfer/in in der Krankenpflege	1.855	1.647
*) Die Befragten haben unterschiedliche Arbeitsstunden in der Woche. Um die Monatsverdienste zu berechnen, werden zunächst die Verdienstangaben auf einen Stundenlohn standardisiert. Der Monatsverdienst wird im zweiten Schritt auf Basis von 38 Wochenstunden berechnet.		

Quelle: Bispinck et al. 2013

Zweitens variieren die Entgelte sehr stark je nachdem, ob ein Tarif bzw. welcher Tarif gezahlt wird. So verdienen Beschäftigte durchschnittlich 24 Prozent mehr in tarifgebundenen Betrieben im Gegensatz zu tarifungebundenen Betrieben (Bispinck et al. 2013). Gerade die Zersplitterung der Tariflandschaft wird von manchen Autoren als ausschlaggebend für die hohe Entgeltvarianz angesehen (Welskop-Deffaa 2016).

Teilweise liegen in Betrieben, die nicht tarifgebunden sind bzw. in denen keine Tarifentwicklung zu verzeichnen war, das Entgeltniveau bis zu 50 Prozent unter dem TVöD (ebd.). Aber selbst in tariflich gebundenen oder im an den Tarif angelehnten Bereich unterscheidet sich die Entlohnung erheblich. So kommt eine Untersuchung, die im Pflegebereich die kirchlichen Arbeitsvertragslinien, die Tarifverträge verschiedener Wohlfahrtsverbände u. a. der AWO und der DRK und schließlich dem TVöD vergleicht (Röthig 2012), zu dem Ergebnisse, dass eine Differenz bis zu 38 Prozent zwischen den jeweils vergleichbaren Entgeltgruppen besteht. So verdienen Altenpfleger bei den Johannitern im stationären Bereich ein Fünftel mehr als Beschäftigte im ambulanten Bereich. Darüber hinaus zeigt sich, dass der TVöD nicht durchgehend die bessere Entlohnung darstellt. Teilweise, vor allem bei längerer Berufszugehörigkeit, entlohnen die kirchlichen Träger besser, als Angestellte im öffentlichen Dienst bezahlt werden.

Zu einem deutlich anderen Ergebnis kommt die Studie von Auth (2013). In ihr wird die Lohnentwicklung in öffentlichen Dienst mit einem kirchlichen Träger verglichen (siehe Tabelle 11). Exemplarisch ausgewählt wurden die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der Caritas. Ergebnis ist, dass die Entlohnung dort nur geringfügig unter dem Tarif des öffentlichen Dienstes liegt. Darüber hinaus kann als weiterer Befund festgehalten werden, dass die dargestellten Tarif- bzw. Lohnsteigerungen unter den durchschnittlichen Tarifsteigerungen übriger Beschäftigter liegt.

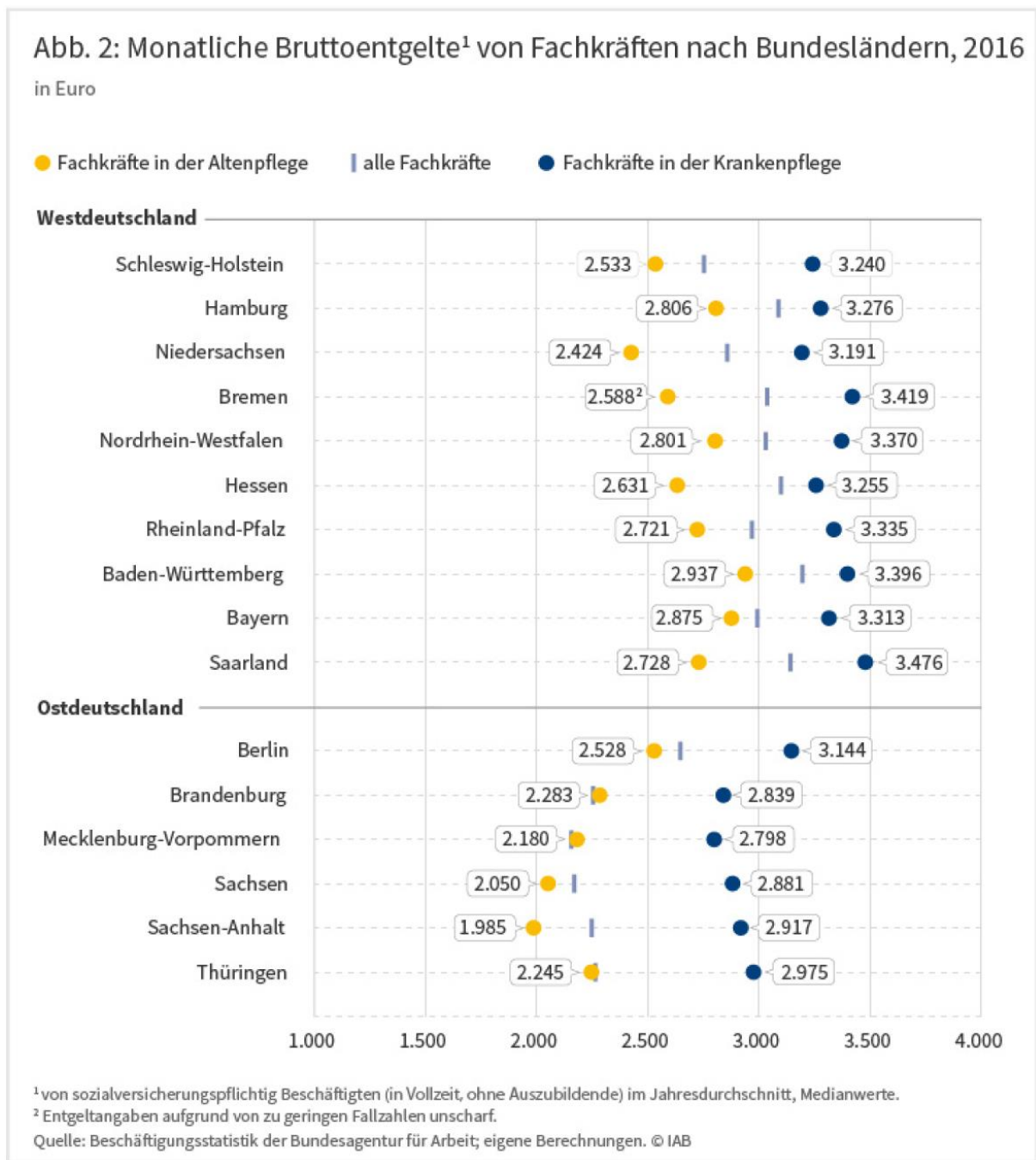
Tabelle 11: Bruttolohnentwicklung im Öffentlichen Dienst (West)

Bruttolohnentwicklung im Öffentlichen Dienst (West) nach TVöD-B (Pflege- und Betreuungseinrichtungen) (2008-2013), Angaben in Euro und in Prozent						
	E 7a/Stufe 2 (ausgebildete/r Altenpfleger/in)	E 9d/Stufe 4 (Pflegedienst- leitung)	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	AVR Anlage 3a/KR 4/ Stufe 2 (ausgebildete/r Altenpfleger/in)	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
2013	2.365,73	3.496,68	+2,8	2.340,03	+2,8	
2012	2.300,86	3.400,79	+3,5	2.275,86	+3,5	+3,9
2011	2.223,05	3.285,79	+1,1	2.198,90	+1,1	+3,0
2010	2.198,80	3.249,94	+1,2	2.174,91	+1,2	+2,2
2009	2.172,73	3.211,40	+2,8	2.149,12	+4,3	+2,4
2008	2.113,55	3.123,93		2.060,52		+3,9

Quelle: Auth (2013: 416), auf Basis von <http://oeffentlicher-dienst.info> (TVöD 2008;TVöD-B 2009-2012; AVR 2009-2012); http://www.avrneu.de/upload/Caritas%20AVR/Dokumente/BK_08_06.pdf (AVR 2008-2009), WSI (verschiedene Jahrgänge 2008-2012); Tarifpolitischer Jahresbericht; Berechnungen der Autorin (Auth 2013).

Drittens bestehen ausgeprägte regionale Differenzen. Referenzpunkt dieser Analysen sind ausschließlich Vollzeitbeschäftigte, sie umfassen dabei sowohl tariflich gezahlte Entgelte als auch nicht tarifliche Bezahlung (siehe Abbildung 4). So verdienen beispielsweise Fachkräfte in der Krankenpflege 2016 mit 2.798 Euro brutto in Mecklenburg-Vorpommern am wenigsten, während sie im Saarland mit 3.476 Euro brutto am meisten verdienen (Seibert et al. 2018: 5). In Bremen liegen die Krankenpfleger/-innen mit 3.419 Euro brutto in der Spitzengruppe der Verdienste. Mit 1.985 Euro brutto wiederum wird das geringste Entgelt in der Altenpflege in Sachsen-Anhalt gezahlt, während in Baden-Württemberg mit 2.937 Euro brutto das höchste zu verzeichnen ist. Hier nimmt Bremen mit 2.588 Euro brutto einen Platz im Mittelfeld ein.

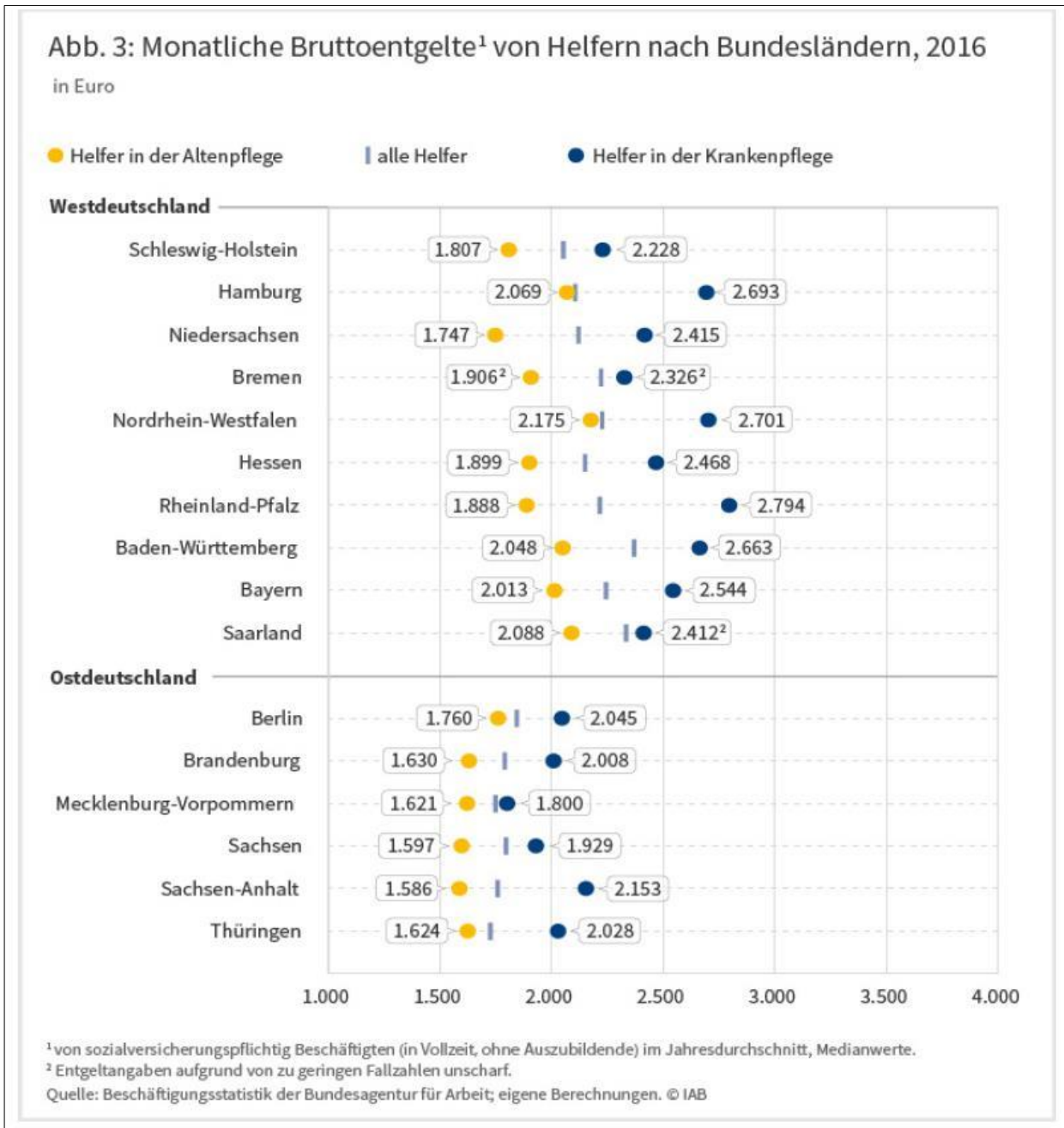
Abbildung 4: Monatliche Entgelte von Fachkräften



Quelle: Seibert 2018: 5

Für Pflegekräfte mit Helfer- bzw. Assistenzqualifikationen gelten ähnliche Unterschiede, die zum einen zwischen Kranken- und Altenpflege bestehen, zum anderen regionale Unterschiede ergeben (siehe Abbildung 5). Diese machen sich an den folgenden Eckwerten fest: Sie variieren regional zwischen 1.586 und 2.175 Euro brutto bei den Helfern in der Altenpflege und zwischen 1.800 und 2.794 bei den Helfern in der Krankenpflege, wobei diese Unterschiede vor allem Ost-/West-Unterschiede widerspiegeln. D. h. die östlichen Bundesländer liegen am unteren Ende der Entgeltskala, während die westlichen Bundesländer sich entweder im mittleren oder oberen Bereich befinden. Dementsprechend wird in Bremen in der Krankenpflegehilfe relativ gesehen viel verdient mit 2.326 Euro brutto, mit 1.906 in der Altenpflegehilfe eher wenig (Seibert et al. 2018: 6).

Abbildung 5: Monatliche Bruttoentgelte von Helfern nach Bundesländern, 2016

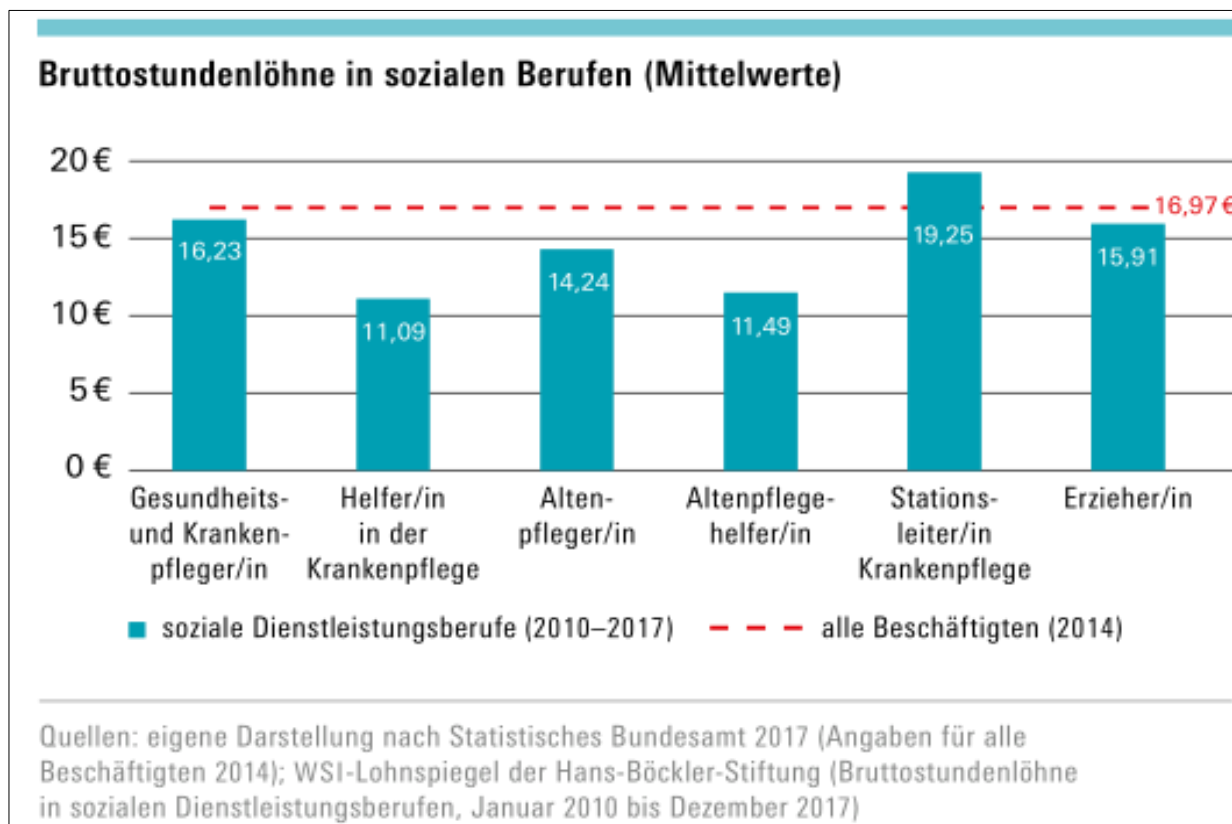


Quelle: Seibert et al. 2018: 6

Weitere Analysen der Entgelte verweisen auf die gemittelten Stundenlöhne (vgl. Abbildung 6).⁸⁷

⁸⁷ Die Angaben wurden wohl aus aufgrund geringer Fallzahlen gepoolt.

Abbildung 6: Bruttostundenlöhne in sozialen Berufen



Quelle: Schildmann/Voss 2018:1

Hier zeigt sich klar die geringe Entlohnung in allen Bereichen, wobei zum einen wiederum die Unterschiede zwischen Alten- und Krankenpflege auffallen und bestätigt werden. Deutlich wird zweitens der geringe Abstand zum Pflegemindestlohn in Bezug auf die Helferberufe. Dieser ist 2010 als branchenspezifischer Mindestlohn eingeführt worden (Harsch/Verbeek 2012), um den schlechten Entlohnungsbedingungen in der Pflege entgegenzuwirken und um möglicherweise das Entgeltgefüge nach oben zu schieben.⁸⁸ Während er anfangs bei 7,50 Euro in Ostdeutschland und 8,50 Euro in Westdeutschland lag, steigt der Pflegemindestlohn 2019 auf 11,05 Euro bzw. 10,55 Euro und 2020 auf 11,35 Euro bzw. 10,85 Euro (Bundesregierung 2014, 2017). Besonders profitieren die Hilfskräfte in der Pflege. Während zunächst ambulante Pflegedienste vom Pflegemindestlohn ausgenommen worden waren, ist seit Anfang 2015 der Geltungsbereich auch auf den ambulanten Bereich ausgedehnt worden. Festgelegt wird der Branchenmindestlohn – entgegen den Gepflogenheiten bei anderen Branchenmindestlöhnen – durch eine achtköpfige Kommission, deren Vorschlag vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales angenommen oder abgelehnt werden kann. In der paritätisch besetzten Kommission sitzen alle relevanten Interessengruppen. Die Einführung eines Mindestlohns ist erstens mit der Verminderung des Wettbewerbs der Arbeitgeber über die Löhne verbunden, zweitens wird er häufig als Substitut für Tarifpolitik dort eingesetzt, wo diese nicht (mehr) stattfindet. Und schließlich ist drittens mit seiner Einführung die Hoffnung verbunden gewesen, höhere Pflegesätze auszuhandeln (Harsch/Verbeek 2012: 363). Analysen der Eingriffsintensität zeigen, dass vor allem in Ostdeutschland die Beschäftigten von seiner Einführung profitiert haben (ebd.). Allerdings wurden anscheinend die eklatanten Einkommensunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland, wie die oben dargestellten Ergebnisse zeigen, durch den Branchenmindestlohn nur bedingt verändert.

Der Pflegemindestlohn lässt sich im Sinne eines isolierten Mindestlohns begreifen. Dies charakterisiert ein spezifisches Mindestlohnregime (zu weiteren Typen siehe Kathmann 2017), in dem eine Tarifpolitik nicht wirksam

⁸⁸ Zur kritischen Diskussion der mit der Einführung von Mindestlöhnen verbundenen Vorstellung eines Kaminzugeffekts siehe Dingeldey/Kathmann (2017).

zur Lohnsetzung beträgt. Vielmehr fungiert der Mindestlohn in diesem Typus des Mindestlohnregimes als Substitut einer autonomen Tarifpolitik. Dementsprechend ist seine Einführung auch als (weitere) Vermeidung von Dumpinglöhnen gewertet worden (Kümmerling 2016: 154).

Zusammenfassend kann aus der Analyse der Tarif- und Entlohnungsbedingungen abgeleitet werden, dass die geplante Aufhebung der Unterschiede zwischen Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege durch die generalistische Ausbildung zu einem weiteren Attraktivitätsverlust der Altenpflege führen kann. Dafür spricht auch, dass die Tarifentwicklung bislang nicht darauf schließen lässt, dass sich das Tarifeinkommen überdurchschnittlich verbessert hat und somit eine Attraktivitätssteigerung gelungen ist. So liegen die Tarifsteigerungen in öffentlichen Einrichtungen (sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Pflege- und Betreuungseinrichtungen) mit 3 Prozent in 2014 und 2,4 Prozent in 2015 unter denen in der Gesamtwirtschaft (3,1 Prozent bzw. 2,7 Prozent).⁸⁹ Deshalb kann weiterhin vermutet werden, dass die Beschäftigten vermehrt versuchen, in der Krankenpflege beschäftigt zu werden, wenn den niedrigen Entgeltstrukturen in der Altenpflege nicht entgegengewirkt wird. In Bezug auf die Positionierung der Akteure im Diskurs dürfte zu erwarten sein, dass vor allem die Arbeitgeberseite in der Altenpflege und hier wiederum die privaten Träger der generalistischen Ausbildung skeptisch bis ablehnend gegenüber eingestellt sein dürften – und dass dafür Entgeltfragen eine wesentliche Rolle spielen. Aufgrund des Wandels der Trägerstruktur ist davon auszugehen, dass die privaten Träger zu gewichtigen Akteuren geworden sind, was sich sowohl im Diskurs als auch bei der Interessensdurchsetzung widerspiegeln sollte. Dies ist auf Grundlage der empirischen Befunde aus den Experteninterviews zu überprüfen.

Wenngleich die Durchsetzung guter Arbeits- und Entlohnungsbedingungen nicht zuletzt von der Heterogenität der Trägerstruktur erschwert wird (vgl. auch Auth 2013: 217), sind die geringen Einkommen mit spezifischen Beschäftigungsformen verknüpft – diese bedingen sich oftmals gegenseitig (Weinkopf et al. 2009). Dementsprechend sind die Arbeitsverhältnisse in der Pflege durch einen sehr hohen Anteil atypischer und oftmals prekärer Beschäftigungsformen gekennzeichnet. Dabei überwiegt wiederum vor allem die Teilzeitbeschäftigung zusammen mit geringfügiger Beschäftigung. Damit deutet sich an, dass dieses Beschäftigungsverhältnis in diesem Berufssegment als neues Normalarbeitsverhältnis gewertet werden kann. Teilzeitbeschäftigung macht 49 Prozent in der Krankenpflege, 53 Prozent in der Altenpflege, 61 Prozent bei den Krankenpflegerhelfer/-innen und sogar 71 Prozent in den Altenpfleghelfer/-innen aus (Helmrich et al. 2016: 61). Neuere Zahlen verzeichnen einen Anteil von 65, 3 Prozent Teilzeitbeschäftigten in der Altenpflege (Schroeder 2017: 48). Während in Westdeutschland der Anteil von unfreiwilliger Teilzeittätigkeit 23 Prozent nicht überschreitet, liegt er in Ostdeutschland mit Ausnahme der Fachkräfte in der Krankenpflege mit 41-55 Prozent deutlich darüber (Bogai et al. 2015: 10). Die befristete Beschäftigung ist ebenfalls überproportional häufig in der Altenpflege zu finden. So liegt die Quote bei 32 Prozent bei den Pflegehelferinnen und bei 23, 4 Prozent bei den Fachkräften (Schroeder 2017: 56). Hinsichtlich der Verbreitung von Leiharbeit wissen wir lediglich, dass sich deren Anzahl allein zwischen 2004 und 2010 verfünffacht hat. Allerdings blieb die Beschäftigung mit 19.000 überwiegend weiblichen Beschäftigten auf sehr niedrigem Niveau (Bräutigam et al. 2010). Deswegen spielt die Leiharbeit in diesen Berufsfeldern nach wie vor kaum eine Rolle.

⁸⁹ https://www.boeckler.de/index_wsi_tarifarchiv.htm (WSI Tarifarchiv 2018_Betriebsraete_nach_branchen_2015.xlsx) und <https://oeffentlicher-dienst.info>

Teil B: Pflegeausbildungsreform im Spiegel ihrer Bewertung der institutionellen Akteure

5 Pflegeausbildungsreform in Deutschland

Die Reform in Deutschland soll zunächst in Bezug auf ihre eigenen Zieleperspektiven verhandelt werden. Die Darstellung der Entwicklungen in den Nachbarländern, die ergänzende Gesichtspunkte beisteuert, erfolgt daher gesondert im nachfolgenden Kapitel.

Wie einleitend zum Bericht vermerkt, erfolgt die Darstellung und Einschätzung der Pflegeberufereform generell unter einer doppelten Zielperspektive, nämlich einerseits ihres Beitrags zur Weiterentwicklung des Qualifizierungssystems der Pflege und andererseits ihres Beitrags zur Steigerung der Attraktivität der Pflegearbeit. Insbesondere in den zusammenfassenden Kapiteln (Zwischenfazit) wird diese doppelte Bewertungsgrundlage stets aufgegriffen.

5.1 Ausgangslage

5.1.1 Sonderrolle der Pflegeberufe aus berufsbildungspolitischer Sicht

Zur Einordnung des Qualifizierungssystems der Pflege in das Pflegesystem und seine Besonderheiten war in Teil A (Kapitel 4.4.1) bereits ausgeführt worden, dass die Pflegeberufe als Heilberufe über Berufszulassungsgesetze vom Bund zu regeln sind; dazu treten die landesrechtlichen Bestimmungen. Auf dieser Grundlage entwickeln diese Berufe stärker als die von BBiG/HwO geregelten Berufe eine Divergenz, was die „Gestaltungsformen und Standardisierung der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung mit Blick auf curriculare Referenzen und Standards sowie deren Verortung im Berufsbildungssystem betrifft“ (Reiber/Weyland/Burda-Zoyke 2017). Aus berufsbildungspolitischer Sicht ergibt sich auch für die Ausbildungsdurchführung ein Trend zur Diversifizierung:

„Das Feld der nach BBiG/HwO geregelten Berufe erweist sich aufgrund der bundeseinheitlichen Ausbildungsordnung für den betrieblichen Teil und des damit abgestimmten Rahmenlehrplans der Kultusministerkonferenz für den schulischen Ausbildungsteil als vergleichsweise geregelter und zumindest orientierungsspendender curriculärer Rahmen. Ganz anders sieht es im Bereich der außerhalb von BBiG/HwO geregelten Berufe aus. So muss hier geradezu von einem 'bunten Blumenstrauß' gesprochen werden“ (Reiber/Weyland/Burda-Zoyke 2017: 11).

Die Pflegeberufe bilden nicht nur die größte Berufsgruppe im Rahmen der Gesundheitsfachberufe, sondern fungieren auch hinsichtlich der inzwischen etablierten akademischen Bezugsdisziplin der Pflegewissenschaft und dem Aufbau entsprechender Studiengänge als Vorreiter akademischer Professionalisierung (vgl. Reiber/Weyland/Burda-Zoyke 2017: 19), die in der Pflege einen Trend zur Differenzierung der Qualifizierungsformen antreibt. Die Pflegeberufe (in der Summe der bisher drei Berufe) bilden zudem mit ca. 140.000 Auszubildenden die ausbildungsstärkste Gruppe innerhalb der Ausbildungsberufe (Zöller 2017).

5.1.2 Vorgeschichte der Reform

In den Jahren 2003/2004 wurde in den Pflegeberufen der letzte große Reformschritt vor der aktuellen Reform durchgeführt, der insbesondere für den Altenpflegeberuf einen aus heutiger Sicht vielleicht unterbewerteten, großen qualitativen Fortschritt bedeutete. Die Etablierung eines durch Bundesgesetz zu regelnden Heilberufs Altenpflege neben den Krankenpflegeberufen löste nicht nur die vorher nach 17 verschiedenen Ausbildungsregelungen in den Ländern durchgeführten nicht kohärenten Altenpflegequalifikationen ab. Sie führte damit die Altenpflegeausbildung an gängige Berufsausbildungsstandards heran.⁹⁰ Insbesondere wurde an Stelle der „Praktika“ eine praktische Aus-

⁹⁰ Die Krankenpflege und ihre Berufsausbildung wurde dagegen als Heilberuf schon seit 1957 durch Bundesgesetze geregelt. Das erste Gesetz über die Ausübung des Berufs der Krankenschwester, des Krankenpflegers und der Kinderkrankenschwester (Krankenpflegegesetz) vom 15. Juli 1975 war noch auf 4 Seiten unterzubringen. Die Ausbildungsdauer umfasste 3 Jahre, aufgeteilt auf zweijährigen „Lehrgang“ mit theoretischem und praktischem Unterricht in 8 „Lehrfächern“ sowie eine Jahr „Praktische Tätigkeit“ „unter Aufsicht einer Krankenschwester“. Für den Zugang war eine „abgeschlossene Volksschulbildung“ und ein Alter von 18 Jahren vorausgesetzt.

bildung gesetzt, die nach einem praktischen Ausbildungsplan verpflichtend durch Praxisanleiter/-innen durchgeführt werden musste⁹¹ (vgl. Becker 2003: 13).

Es ist aus heutiger Sicht durchaus interessant, dass die neue Ausbildung in der Altenpflege zum Zeitpunkt der Einführung aus berufsbildungspolitischer Sicht als eigenständiges Berufsbild gut begründet erschien. Das vom BIBB vorgeschlagene Curriculum (Becker 2004a) verstand sich als Nutzung einer Profilierungschance, die der neue Beruf bot:

„Das Profil des Berufs ‚Altenpflege‘ in der hier vorgestellten Form hebt sich deutlich von den Einheitlichkeitsvorstellungen, wie sie immer wieder aus der Perspektive der Krankenpflege geäußert werden, ab: Dieser Beruf hat ein erkennbares gerontologisches Profil. Das heißt: sicheres Wissen über die Begleitumstände des Alterns bildet die Grundlage für das gesamte Repertoire altenpflegerischer Tätigkeiten. Diese Ausbildung vermittelt nicht die Perspektive, dass alte Menschen zuerst ‚kranke‘ Menschen seien. Aber sie hat auch keine Schwerpunkte in einer von beschäftigungstherapeutischen Zumutungen durchsetzten Freizeitgestaltung. Diese Ausbildung vermittelt [...] die Kompetenzen, die für das Verstehen des Alterns erforderlich sind, um altenpflegerische Maßnahmen individuell und angemessen [...] effizient durchführen zu können. Sie ist damit um einiges flexibler als die auf eine Vielzahl von Erkrankungssymptomen fixierte ‚Pflegeausbildung‘“ (Becker 2004a: 11).

Obwohl die Reform damit für die Altenpflege bereits eine deutliche formale und inhaltliche Aufwertung ins Werk setzte, haben sich Hoffnungen, die zu dieser Zeit in der Altenpflege bereits vorfindliche fehlende Attraktivität der Arbeit anzuheben, nicht erfüllt.⁹² Dies dürfte wesentlich auf 2003 bewusst nicht angeglichenen Rahmenbedingungen der Ausbildungsdurchführung zurückgehen, wie insbesondere auf die andere Finanzierungsbasis (vgl. Steffen/Löffert 2010: 64). Dies kann als erster Hinweis gelten, dass eine lediglich mit einem Berufsgesetz verfolgte Aufwertungsintention für sich allein die Attraktivität von Pflegearbeit nicht verbessert.

Mit den Reformen beider Berufe wurde 2003 außerdem eine ausreichende inhaltliche Übereinstimmung der Ziele (jeweils § 3 der Berufsgesetze) und eine Kompatibilität der Lernfelder bzw. Themenbereiche der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen erreicht, so dass eine modellhafte gemeinsame schulische Ausbildung von Schüler/-innen beider Berufe möglich wurde. (Schön 2011). Zugleich schufen die enthaltenen Modellklauseln den Weg zur Erprobung verschiedener Ansätze zur Weiterentwicklung von generalistischen, aber auch integrierten Zusammenführungsmodellen von Kranken- und Altenpflege.

Zu dieser Zeit wurden bereits die verschiedenen Modelle diskutiert, die bis heute die Diskussion um den „richtigen Weg“ bestimmen:

- generalistische Ausbildung: ein Pflegeberuf für alle Einsatzfelder und Altersgruppen,
- integrierte Ausbildung: eine zweijährige gemeinsame Basisausbildung unter Zusammenführung der Schnittmengen, dann („Y-Modell“) Spezialisierung im dritten Jahr, Abschlüsse mit den bisherigen Berufsbezeichnungen,
- integrative Ausbildung: dreijährige gemeinsame Ausbildung mit gemeinsamem ersten Abschluss, daran anschließend 1/2- bis 1-jährige Spezialisierungsphase („Y-Modell“), Abschlüsse mit den bisherigen Berufsbezeichnungen (vgl. Schön 2011).

5.2 Das Pflegeberufereformgesetz

5.2.1 Auf dem Weg zur Reform

Dem Reformgesetz ging eine recht lange und schwierige Entwicklungsgeschichte voraus.

⁹¹ Um die Möglichkeiten einer strukturierten Praxisausbildung und einer am Lernfeldkonzept ausgerichteten schulischen Ausbildung für die Pflegeausbildung erschließen zu helfen, hatte das BIBB damals parallele Vorschläge für schulische und praktische Ausbildungscurricula für Alten- und Krankenpflege entwickelt und vorgeschlagen. Diese wurden allerdings nur vom Saarland erprobt und übernommen, so dass sie keine bundesweite vereinheitlichend Wirkung entfalten konnten. Vgl. Becker (2004a und 2004b).

⁹² Sehr aufschlussreich in dieser Hinsicht eine nunmehr fast 20 Jahre alte Darstellung der Misere in der Altenpflege: Becker/Meifort (1998).

In Folge des Koalitionsvertrags von 2009 wurde 2010 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Bundesfamilien- und Bundesgesundheitsministerium sowie der zuständigen Landesministerien zur Erarbeitung eines Eckpunktepapiers eingerichtet, das 2012 veröffentlicht wurde (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012).

Die Kernpunkte waren:

- Zusammenführung der bisherigen drei Pflegeberufe zu einem Beruf unter einem Pflegeberufsgesetz mit einer einzigen, generalistischen Ausbildung und einheitlicher, geschützter Berufsbezeichnung.
- Die Einführung und Integration einer hochschulischen Pflegeausbildung, deren besonderen Kompetenzen bereits grob umrissen wurden, darunter auch eine selbstständige Ausübung von Heilkunde.
- Die genauen Grundsätze der neu zu gestaltenden Finanzierung wurden noch offengelassen und verschiedene Modelle vorgestellt.
- Die Gesamtverantwortung wurde den Pflegeschulen bzw. den Hochschulen zugeordnet.
- Europäische Voraussetzungen der Berufsanerkennung wurden berücksichtigt; allerdings wurde an der Zugangsmöglichkeit mit einem 10-jährigen allgemeinbildenden Schulabschluss festgehalten. (Vgl. Weidner/Kratz 2012: 12)

Die Einschätzung der Akzeptanz des Eckpunktepapiers durch die institutionellen Akteure (Weidner/Kratz 2012: 13) ist in rückwirkender Perspektive interessant – sie sei grundsätzlich auf eine positive Resonanz gestoßen, im Detail gebe es noch Kritik und Verbesserungsvorschläge. Die Liste der geäußerten Kritik verwies jedoch offenbar bereits damals auf inhaltlich eben nicht nur Detailfragen berührende Einwände, so dass Weidner/Kratz erwarteten, dass es „noch etliche Änderungen auf dem Weg zur Gesetzgebung geben“ würde. Dies hat sich bewahrheitet; wie lang und erbittert der Streit dann geführt werden würde, war 2012 offenbar aber noch nicht abzusehen.

5.2.2 Reform zwischen Generalistik und Spezialisierung

Eckpunktepapier zeigte eine bereits weit fortgeschrittene Einigung über den Weg zwischen Bund und Ländern (sieht man von der Finanzierungsproblematik ab).

Der Koalitionsvertrag von 2013 war auf dieser Grundlage recht klar:

„Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufsgesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren“ (Koalitionsvertrag 2013: 60).

Insofern hier offen blieb, was unter „Grundausbildung“ und „darauf aufbauend“ zu verstehen sei, wurde möglicherweise bereits hier von der Idee einer „reinen“ Generalistik Abstand genommen, und eine Mischung – ein Berufsbild, aber mit Spezialisierung als Teil dieser einen Ausbildung – ins Auge gefasst.

Zentrales Bedenken aller Kritiker des generalistischen Ansatzes war immer die Befürchtung, dass durch die Zusammenlegung nicht mehr die gleiche Tiefe in der Ausbildung der bereichsspezifischen Kompetenzen gewährleistet werden könnte. Mit dem Bekenntnis zur Ausbildung von spezialisierten Kräften auf Basis einer generalistischen Grundausbildung war bereits der Weg vorgezeichnet, auf die Einsatzfelder der bisherigen Berufe ausgerichtete Vertiefungseinsätze in die generalistische Ausbildung quasi einzubetten.

Trotz dieser den Bedenken entgegenkommenden Klarstellung, dass die geplante neue Ausbildung den spezifischen Anforderungen der verschiedenen Einsatzbereiche Rechnung tragen sollte⁹³, wurde das Eckpunktepapier zum Ausgangspunkt für eine intensive Lobbyarbeit gegen diesen Ansatz und Anlass der Gründung des „Bündnis für Altenpflege“.

⁹³ Mit der Entwicklung von Eckpunkten für ein auf die generalistische Ausbildung aufsetzendes Weiterbildungssystem hätte den Bedenken allerdings ebenso entsprochen werden können.

Der Gesetzgebungsprozess schritt nun weiter voran. Es folgten:

- am 27.11.2015: Referentenentwurf
- am 13.01.2016: Kabinettsentwurf
- am 26.02.2016: 1. Durchgang Bundesrat,
- am 18.03.2016: 1. Lesung Bundestag, und
- am 30.05.2016: Öffentliche Anhörung.

Mit und nach dieser Anhörung kam der Prozess vorerst zum Stillstand. Die Divergenzen erwiesen sich offenbar als so erheblich, dass seitens der Bundesregierung der Abschluss des Verfahrens scheinbar vorerst nicht weiter verfolgt wurde.

Erst kurz vor Abschluss der Legislaturperiode kam wieder Bewegung in die Sache. Am 28.03.2017 wurde der „Kompromiss“ vorgestellt, den der SPD-Fraktionsvize Karl Lauterbach und Georg Nüßlein (CSU) miteinander ausgehandelt hatten.⁹⁴ Obwohl der Vorschlag insbesondere in der SPD offenbar weiter umstritten war⁹⁵, wurde er gleichwohl zur Grundlage von Änderungsanträgen, die sich im verabschiedeten Gesetzentwurf wiederfanden. (Änderungsanträge im Ausschuss für Gesundheit am 31.05.2017)

Obwohl der Gesetzentwurf damit erheblich verändert wurde, ging er ohne weitere Anhörung oder Stellungnahmen am 23.06.2017 in die 2./3. Lesung des Bundestags, wurde dort mit Mehrheit beschlossen und im Anschluss am 07.07.2017 vom Bundesrat abschließend angenommen.

5.2.3 Kernelemente der verabschiedeten Reform

Die folgende Zusammenfassung fokussiert auf die Änderungen, die die Reform unter dem Gesichtspunkt der inhaltlichen Weiterentwicklung der Berufe mit sich bringt.⁹⁶ Die erheblichen Veränderungen der Finanzierung der Ausbildung werden hier nicht ausgeführt, zumal die Verordnung dazu während der Projektlaufzeit noch nicht vorlag.

a) Zur generalistischen Ausrichtung

- Die neue generalistische Berufsbezeichnung lautet „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“, bei akademischer Qualifizierung ergänzt um den akademischen Grad (PflBG §1).
- Die Urkunde über die Erlaubnis zur Führung dieser Berufsbezeichnung wird ergänzt durch die Angabe des Vertiefungseinsatzes und gibt damit auch bei „generalistischem“ Abschluss der Ausbildung die in ihrem Rahmen erfolgte Spezialisierung an (§ 1).
- Nach § 16 hat der Ausbildungsvertrag den gewählten Vertiefungseinsatz „einschließlich seiner Ausrichtung nach § 7 Absatz 4 Satz 2“ zu enthalten; die Auszubildenden legen sich somit bereits vor Beginn der Ausbildung auf eine Spezialisierungsrichtung fest.
- Der Vertiefungseinsatz nach § 7 Absatz 4 Satz 2 vertieft einen der Bereiche, die als Pflichteinsatz vorgeschrieben sind, „in der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen und der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege“ (§ 7 Absatz 1) sowie „in den speziellen Bereichen der pädiatrischen Versorgung und der allgemein-, geronto-, kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung“ (§ 7 Absatz 2).
- Diese Pflichteinsätze sollen vor der neuen Zwischenprüfung (nach zwei Dritteln der Ausbildung, § 6 Absatz 5) abgeschlossen sein.⁹⁷ Die Vertiefung (und damit die tendenzielle Spezialisierung) findet damit offenbar wesentlich im dritten Ausbildungsdrittel statt.
- Die Durchführung der Pflichteinsätze nach § 7 Absatz 1 erfolgt jeweils in nach SGB V bzw. SGB XI zugelassenen Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegediensten. Die Vertiefungseinsätze sollen nach § 7 Absatz 4 „beim Träger der praktischen Ausbildung in einem der Bereiche, in denen bereits ein Pflichteinsatz

⁹⁴ <https://www.spdfraktion.de/presse/statements/ausbildung-pflegerberuf-einigung>, Zugriff: 2018-04-12.

⁹⁵ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73849/Koalition-streitet-erneut-um-Pflegeausbildung>, Zugriff: 2018-04-12.

⁹⁶ Für eine kurze Zusammenfassung, die strukturelle und inhaltliche Aspekte einschließt, vgl. Zöllner (2017).

⁹⁷ Mit dieser Zwischenprüfung ergibt sich auf Landesebene eine Möglichkeit für eine Anerkennung dieses Zwischenstands als einem einer Assistenzausbildung gleichgestellten Berufsabschluss.

durchgeführt wurde“ durchgeführt werden. Es scheint, dass mit dieser Bestimmung eine Verbindung der gewählten Vertiefungsrichtung mit der Ausrichtung der Einrichtung, die als Träger der praktischen Ausbildung fungiert, gezogen wird; die Spezialisierung wäre damit funktional auf die Anforderungen des Trägers der praktischen Ausbildung bezogen und diese Ausrichtung wird auch im Zeugnis dokumentiert. Dies scheint der Idee der Generalistik, dass ihr „Output“ in für alle Pflegebereiche gleichermaßen praktisch vorbereiteten Pflegekräften besteht, doch etwas zu widersprechen. Wird sich z. B. ein Krankenhaus auf die ausbildungsvertragliche Festlegung eines Vertiefungseinsatzes in der Langzeitpflege einlassen können?

b) Zum Wahlrecht der Auszubildenden

- Auf Grundlage einer entsprechenden Festlegung des Vertiefungseinsatzes bereits im Ausbildungsvertrag auf eines der Felder, die bisher der Kinderkrankenpflege bzw. der Altenpflege zugeordnet waren (§ 59 Absatz 2 und 3), kann die Ausbildung im letzten Jahr – statt mit den entsprechenden Vertiefungseinsätzen ebenfalls in der gewählten Richtung spezialisiert die Ausbildung als Pflegefachmann/Pflegefachfrau abzuschließen – in eine Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in bzw. Altenpfleger/-in überführt und mit diesen Berufsbezeichnungen abgeschlossen werden.
- Der alternative Abschluss „Altenpfleger/-in“ wird so neben den Abschluss als „Pflegefachmann/Pflegefachfrau“ mit den entsprechenden Vertiefungseinsätzen in der ambulanten oder stationären Langzeitpflege gestellt.

c) Zur berufsständischen Professionalisierung

- § 4 definiert zum ersten Mal als Bestandteil der gesetzlichen Regelung mit Bezug auf die in § 5 ausgeführten Befähigungen als Ausbildungsziele eine Auswahl als der Berufsgruppe vorbehaltenen Tätigkeiten.⁹⁸
- Dies sind insbesondere (§ 4 Absatz 2)
 - die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
 - die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
 - die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
 - also insbesondere auf die Planung und Steuerung der Pflegeprozesses ausgerichteten Aufgaben.
- Andere pflegerische Kernaufgaben wie insbesondere „die Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen“, die gleichwohl als Kompetenzziel der Ausbildung festgehalten werden (§ 5 Absatz 3, Satz 1.(c)), dürfen somit auch von anderen Personen ohne diese Ausbildung ausgeführt werden.

d) Einrichtung eines parallelen hochschulischen Qualifizierungswegs (§§37-39)

- Das Studium erscheint einerseits als parallele Ausbildungsschiene zum generalistischen Ausbildungsziel der „unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen“, und soll daher alle für die berufliche Ausbildung in § 5 genannten Kompetenzziele umsetzen.
- Zugleich hat das Studium weitergehende Ziele, so dass es sich wiederum nicht um verschiedene Wege zum gleichen Ziel handelt. § 37 Absatz 3 formuliert über die Kompetenzen der beruflichen Ausbildung hinaus
 - die „Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf Grundlage wissenschaftsbasierter und wissenschaftsorientierter“ Entscheidungen“ (Satz 1), ohne näher zu spezifizieren, worin die Differenz „hochkomplexer“ Pflegeprozesse zu einfachkomplexen Pflegeprozessen besteht, sowie
 - weitere pflegewissenschaftliche Befähigungen.
- Die zuständige Landesbehörde überprüft und akkreditiert die Studiengangskonzepte.

⁹⁸ (Vorbehalts-)Aufgaben von Pflegekräften waren bislang nicht berufsausbildungsrechtlich, sondern lediglich sozialversicherungsrechtlich definiert. Beispiele sind die Definition der Funktion der „verantwortlichen Pflegefachkraft“ (§ 71 SGB XI) oder im Rahmen von Begutachtungsaufgaben (§ 18 SGB XI), mit denen z. B. Pflegekräfte an der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinn des Gesetzes beteiligt sind; auch in diesem Sinne einzuordnen sind die Anerkennung pflegewissenschaftlich fundierter verbindlicher Pflegestandards (§ 113b SGB XI) und die Rolle von Pflegekräften im Rahmen der Pflegeberatung (§71 SGB XI) – vgl. Klie (2012).

e) Außerdem sind folgende Punkte kurz anzudeuten:

- Die Gesamtverantwortung liegt bei den Pflegeschulen.
- Die Auszubildenden sind Arbeitnehmer des jeweiligen Trägers der praktischen Ausbildung und erhalten eine „angemessene“ Ausbildungsvergütung; das Schulgeld ist abgeschafft.
- Der Träger der praktischen Ausbildung hat eine Praxisanleitung im Umfang von 10% der praktischen Ausbildungszeit zu sichern.
- Zugangsvoraussetzung ist ein mittlerer Schulabschluss, oder, bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen, auch ein Hauptschulabschluss.
- Zur Finanzierung wird ein Umlageverfahren eingerichtet.
- Es wird eine Fachkommission insb. zur Erarbeitung von Rahmenlehrplan und Rahmenausbildungsplan mit empfehlender Wirkung eingerichtet, der neben den Bundesministerien für Gesundheit (BMG) und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) auch die/der Bevollmächtigte für Pflege und Vertreter der Gesundheitsminister-, Arbeits- und Sozialminister- sowie Kultusministerkonferenz angehören können.
- Beim Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) wird eine Geschäftsstelle zur Unterstützung der Fachkommission eingerichtet.
- Die mit dem Kompromiss geschaffenen Wahlmöglichkeiten werden evaluiert; sollten weniger als 50% der dazu Berechtigten das Wahlrecht ausüben, sollen diese Regelungen überprüft werden.

5.2.4 Der „Diskurs“ – Stellungnahmen und Lobbyarbeit zum Gesetzgebungsverfahren vor der Kompromisseinigung

Die Akteure des Pflegesystems wurden im Verlauf des Verfahrens zu schriftlichen Stellungnahmen aufgefordert; die öffentliche Anhörung am 30.05.2015 bot weitere Möglichkeiten, die Positionen zum Gesetz kundzutun.

Der Begriff des Diskurses ist für das Verfahren insofern nicht gut passend, als die Form der Beteiligung im Wesentlichen lediglich die Positionen der Akteure abfragte; die Vermittlung der verschiedenen Positionen und Vorschläge bleibt dabei den durchführenden Instanzen vorbehalten. Eine gemeinsame Diskussion der Positionen mit dem Ziel, sie möglichst weit in Konsens zu überführen, war insofern auch nicht vorgesehen. Dass sich der Beitrag der Akteure also als „Lobbyarbeit“ beschreiben lässt, ist insofern weder verwunderlich noch an sich kritikabel.

Aufgrund der Breite des auf diese Weise eingebundenen Akteursfelds und der Dauer des Verfahrens erfolgt im Folgenden nur eine cursorische Aufarbeitung, die sich im wesentlichen auf drei erkennbare „Lager“ stützt (also z. B. die Einwände in Bezug auf die Kinderpflege nicht aufgreift)

- Berufsverbände der Pflege und Verbandspositionen aus dem Bereich der freigemeinnützigen Verbände als das „Lager“ der „Befürworter der Generalistik“,
- Arbeitgeberverbände der privaten Altenpflege, also der Kern des „Bündnisses für Altenpflege“, als „Lager“ der „Gegner der Generalistik“, die für die Beibehaltung des dreigliedrigen Ausbildungssystems mit Beibehaltung und eigenständigen Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung eintreten,
- Gewerkschaften mit der dazwischen anzusiedelnden Alternativposition als Befürworter einer integrativen statt generalistischen Zusammenführung mit Beibehaltung der drei Berufsabschlüsse.

An den jeweiligen Positionen hat sich während des lang gezogenen Verfahrens nicht viel geändert. Zum beschlossenen Gesetz haben sich dann logischerweise noch einmal neue Stellungnahmen ergeben.

Dass eine Reform notwendig war, wird von den Akteuren an keiner Stelle in Frage gestellt. Und dabei wurde insbesondere das zentrale berufsfachliche Argument für die Reformnotwendigkeit über alle Differenzen hinweg offenbar geteilt: Es war zu reagieren auf eine Veränderung der Versorgungsaufgaben, die alle Aufgabenfelder mit einschließt. Es handelt sich um die daher auch allgemein bekannte Argumentation, dass als Folge des sogenannten „demografischen Wandels“ auf der einen Seite in der Pflege alter Menschen vermehrt auf Krankheiten reagiert werden muss, während umgekehrt die Zunahme von Demenzkrankheiten auch in der Krankenpflege spürbar wird. Andererseits wird auf Veränderungen verwiesen, die nicht aufgabenimmanent, sondern aus politisch herbeigeführten bzw. ermöglichten Veränderungen in den Versorgungssysteme resultieren, wie z. B. die Verkürzung der Liegezeiten und die Ambulantisierung der Versorgung (Weidner/Kratz 2012: 13). Umstritten war „eigentlich nur“, wie dieser Veränderungsnotwendigkeit begegnet werden soll.

5.2.4.1 Die Befürworter der Generalistik

Als Beispiel kann die gemeinsame Position von Caritas und Diakonie auf nationaler Verbandsebene dienen. In einem Papier vom Februar 2016 wurde nicht nur der vorliegende Gesetzentwurf (also noch ohne seine Kompromiss-Anbauten) uneingeschränkt befürwortet, sondern auch darauf abgezielt, die Argumente der „Gegner“ zu entkräften. Zur Unterstützung der Generalistik wurde auf die allgemein weitgehend anerkannten Veränderungen in den Versorgungsstrukturen verwiesen und daraus der Schluss auf die Notwendigkeit der generalistischen Ausrichtung gezogen:

„[...] bereits heute sind in Pflegeeinrichtungen vertiefte medizinisch-pflegerische Kenntnisse für eine komplexe Behandlungspflege erforderlich. Zugleich steigt in den Krankenhäusern der Anteil pflegebedürftiger und demenziell erkrankter Patientinnen und Patienten stark an. Nur eine breit ausgerichtete Ausbildung qualifiziert zur Pflege von Menschen aller Altersphasen und Lebenssituationen – egal in welchen Versorgungsbereichen. Zentrale Arbeitsbereiche des generalistischen Pflegeberufs sind:

- Gesundheitsförderung und Rehabilitation
- die Steuerung und Kontrolle des Pflegeprozesses
- Anleitung und Beratung.

Damit gliedern sich die fachlichen Anforderungen nicht mehr nach Lebensphasen, sondern nach den individuellen, medizinischen, pflegerischen Bedarfen und den spezifischen Lebenssituationen.“⁹⁹

Die Möglichkeit des generalistischen Ansatzes sehen die Befürworter mit den im Vorfeld durchgeführten zahlreichen Modellversuchen hinreichend nachgewiesen, die „Belege dafür geliefert [haben], dass eine generalistische Pflegeausbildung besser auf die Ausübung der allgemeinen Pflege in allen Sektoren und für Patientinnen/Patienten und Pflegebedürftige aller Altersgruppen vorbereiten kann“ (Zusammenfassung durch Weidner/Kratz 2012: 13, in Bezug auf BMFSF (2008)).

Kritik aus dem Lager der grundsätzlichen Befürworter richteten sich, beispielsweise seitens des DRK (2015), auf zu knappe Umsetzungsfristen, auf eine zu geringe Berücksichtigung für „gerontologisches, geriatrisches, pädiatrisches sowie gerontopsychiatrisches Fachwissen“ sowie auf nicht genügend in der Ausbildungszielbeschreibung verankerte Kompetenzen für Pflege im Sozialraum.

Kurz vor dem Erscheinen des Kompromissvorschlags nahm schließlich auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) in einem Schreiben an die Bundestagsabgeordneten unterstützende Stellung für die Verabschiedung des Gesetzentwurfs.¹⁰⁰

Ähnlich entschieden versuchte auch der Deutsche Pflegerat, die Entscheidung im Sinn der Annahme des Gesetzentwurfs (offenbar bereits Böses ahnend) zu unterstützen; dabei waren der prognostizierte Fachkräftemangel sowie die Pflegequalität, zu sichern durch „professionelle Fachkräfte“, die zentralen Argumente:

„Das Gesetz ist einer der wichtigsten Schlüssel zur Abmilderung des Fachkräftemangels in der Pflege. [...] Sonst kann bereits 2030 nicht mehr sichergestellt werden, dass qualitativ hochwertige Pflegeleistungen überall in Deutschland geleistet werden können. Wir benötigen bestmöglich ausgebildete Pflegefachpersonen, die wissenschaftlich auf dem neuesten Stand stehen und deren Fachkenntnisse sich nicht an Altersgruppen oder Versorgungssettings festmachen. Das kann das Pflegeberufereformgesetz sicherstellen. Profitieren wird davon vor allem die Altenpflege. Der Deutsche Pflegerat appelliert an die Bundesregierung, an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages einschließlich der Opposition, das Pflegeberufereformgesetz schnell und ohne faule Kompromisse in den Ausschüssen abschließend zu behandeln und unverzüglich im Deutschen Bundestag zu beschließen.“¹⁰¹

⁹⁹ <http://www.caritas-gemeinschaft-bayern.de/download/generalistische-pflegeausbildung-2>.

¹⁰⁰ http://mechthild-rawert.de/inhalt/2016-11-07/wohlfahrtsverb_nde_f_r_eine_baldige_verabschiedung_des_pflegeber

¹⁰¹ Deutscher Pflegerat, Pressemitteilung vom 03.03.2017, Das Pflegeberufereformgesetz ist für die professionell Pflegenden das wichtigste Gesetz der Legislaturperiode, <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/1747.php>, Zugriff: 2018-04-12.

Auch die Angleichung an „internationale Standards“ taucht hin und wieder in Stellungnahmen auf.¹⁰² Allerdings fällt es schwer, beim Blick über die Grenzen tatsächlich einen durchgesetzten halbwegs einheitlichen „Ausbildungsstandard“ auszumachen. Dass allein Deutschland mit einer speziellen Altenpflegefachausbildung aufwarten kann, kann für sich allein nicht beweisen, dass es sich um einen Fehlweg handelt – es könnte genauso gut ein Vorbild sein.

Auch die Ausrichtung der Ausbildungen an den Europäischen Berufsanererkennungsrichtlinien wäre für sich kein Qualitätsgarant. Vergleichende europäische Untersuchungen können belegen, dass gerade der EQR keinen einheitlichen europäischen Kompetenzbegriff in der Pflege verbürgt, sondern umgekehrt eine „Inhomogenität der Verwendung des Begriffs Kompetenz“ aufgrund „divergenter Konzepte zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz“ nicht verhindert hat. Insbesondere zeigt sich im Ländervergleich mit Schottland, das über eine akademische Pflegefachkraftausbildung verfügt, dass dort ein ausdrücklich „normativ-funktionales Kompetenzverständnis“ vorherrscht, welches „auf standardisierte, normativ-funktionale Tätigkeitsanforderungen“ basiert; dies führt „zu einer auf verrichtungsorientierte Pflege Tätigkeit reduzierten Darstellung pflegerischer Aufgaben, die der Realität komplexer Pflege und damit auch der pflegerischen Ausbildungspraxis nicht gerecht wird“ (Dütthorn 2017: 218). Dass der EQR im Wesentlichen einen funktionalen Kompetenzbegriff zugrunde legt und damit seine Anwendung ebenso, kann also für die Pflegeberufe zu einem Problem werden. Dütthorn schließt sich daher der Weiterentwicklung domänenspezifisch differenzierender fachspezifischen Qualifikationsrahmen für den Vergleich von Qualifikationen an.

Insbesondere wenn auf internationale bzw. europäische „Standards“ in Gestalt vorhandener akademischer Ausbildungswege verwiesen wird, findet mit dem rein formalen, auf höher anerkannte Berufsabschlüsse verweisenden Gehalt auch eine Vermischung sachlicher und berufsständisch motivierter Argumentationslinien statt.

5.2.4.2 Die Gegner der Generalistik¹⁰³

Aus dem „Lager der Gegner“ insbesondere aus dem Bereich der privaten Anbieter¹⁰⁴ wurden drastische Szenarien ausgemalt. In Stellungnahmen des „Bündnis für Altenpflege“¹⁰⁵ konnte man lesen, dass die „Umsetzung [...] das Aus für die Altenpflege bedeuten“ würde. In der Sache wurden diese Befürchtungen damit begründet, dass der Verlust des spezifischen Kompetenzprofils zu Engpässen in der Verfügbarkeit von Fachkräften für die Altenpflege führe. Dieser Zusammenschluss lässt sich jedoch in die Frage fortsetzen, ob und warum also davon auszugehen wäre, dass private Altenpflegeanbieter sich nicht in der Lage sehen, generalistischen Fachkräften (zumal denen mit Vertiefungseinsätzen in der Altenpflege) ein attraktives Tätigkeitsfeld anzubieten. Die im Folgenden als Beispiel einer differenziert argumentierenden Einzelposition aus dem „Lager der Gegner“ herangezogene Kritik am Gesetzentwurf, die vom „UAK Altenpflege des Bundesverbands der Arbeiterwohlfahrt“ im März 2015 veröffentlicht wurde, kann zunächst belegen, dass sich unter der wahrgenommenen allgemeinen Unterstützung der Reform durch die freigemeinnützigen Träger¹⁰⁶ auch Risse zeigten.

In diesem Papier (AWO 2015) skizzieren seine Autoren die jeweiligen besonderen Perspektiven von Akut- und Langzeitpflege in den veränderten Versorgungsanforderungen, bestreiten aber erstens die Konsequenz, dass die Zunahme gerontologischer Kompetenz im Krankenhaus und medizinisch-akutpflegerischer Kompetenzen im Altenheim mit der Zusammenlegung der Berufe adäquat zu beantworten sei. Insbesondere bestreiten sie die Notwendigkeit, wegen Europäischer Berufsanererkennungsnormen diese Zusammenlegung durchführen zu müssen. Sie erkennen in den Anerkenungsrichtlinien, bzw. deren inhaltlichem Rahmen, eine Orientierung an der Krankenpflege und eine Vernachlässigung altpflegerischer Komponenten; im Übrigen seien bilaterale Berufsanererkennungen möglich und auch teilweise schon vorhanden. In den besonderen deutschen Berufsbildern

¹⁰² Vgl. z. B. http://www.pflegeausbildung-generalistisch.de/index.php/Potsdammer_Erk%C3%A4rung_f%C3%BCr_Generalistik, Zugriff: 2018-04-15.

¹⁰³ Auf einen systematischen Einbezug der Bedenken und Gegenargumente aus „der Kinderpflege“ (vgl. z. B. https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/895605/sehen-grosse-gefahr-kinderaerzte-generalistische-pflegeausbildung.html, Zugriff 2018-03-23) wird hier verzichtet, jedoch nicht, um die Kinderpflege „unsichtbar zu machen“. Vielmehr wird lediglich im Interesse der Überschaubarkeit der Darstellung das Gewicht auf das gelegt, was in der Öffentlichkeit vor allem wahrgenommen wurde.

¹⁰⁴ Nur von historischem Interesse ist, dass sich der bpa in einer Pressemitteilung vom 03.07.2009 noch für die Umsetzung der Generalistik ausgesprochen hatte und dabei wesentliche Argumente der Befürworter geteilt hatte, insbesondere, dass Modellversuche die Machbarkeit erwiesen haben und die Veränderung der Versorgungsanforderungen für die Zusammenlegung der Berufe sprachen. Die Veränderung von Positionen kann allerdings niemand vorgeworfen werden. <http://www.presseportal.de/pm/17920/1434454>, Zugriff: 17.05.2017

¹⁰⁵ Das Bündnis für Altenpflege beansprucht „zwischenzeitlich mehr als 70 Prozent aller Altenpflegeeinrichtungen zu vertreten“. <http://www.bpa.de/Buendnis-fuer-Altenpflege.577.0.html>, Zugriff: 2018-04-13.

¹⁰⁶ Einzelne AWO-Landesverbände bildeten auch Teil des bereits genannten „Bündnis für Altenpflege“.

entdecken sie sogar einen „Vorsprung gegenüber anderen Ländern in Europa“; im Fehlen einer eigenständigen Altenpflegeausbildung in den Ländern, die für den „Standard“ einer generalistischen Ausbildung herangezogen werden, sehen sie eher ein potenzielles Problem für die dortige Prägequalität. Sie berufen sich dafür auf Studien, die auf einen hohen Hilfskraftanteil in der Altenpflege und daraus begründete Versorgungsmängel in diesen Ländern hinweisen.¹⁰⁷

Sie sorgen sich daher um Nivellierung und den Verlust von Altenpflegerischer Fachkompetenzen und kommen zu folgendem Schluss:

„Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass unter den Bedingungen einer generalistischen Pflegeausbildung das Gros der Altenpflegerischen Kompetenz verloren geht. Damit ist das Bekenntnis zur generalistischen Ausbildung, entgegen der zentralen Versorgungsbedürfnisse einer älter werdenden Gesellschaft, ein klares Bekenntnis für die Krankenpflege und gegen die Altenpflege“ (AWO 2015: 4-5).

Diese Bezugnahme auf die Reform mag daher auch als Beispiel dafür stehen, wie schwer es ist, interessengeleitete und sachliche Argumentation im Fall der Pflegeausbildungsreform zu scheitern.

So wie die Argumentation der Befürworter in Teilen von berufsständischen Interessen überlagert erscheint, findet sich bei den Gegnern eine in Teilen auch von ökonomischen Interessen überlagerte Abwehrreaktion, insbesondere gegen den mit dem neuen Beruf erwartbaren Auflösungstrend der heute nur „semipermeablen Membran“ der geteilten Arbeitsmärkte, die bislang eine freie vertikale Mobilität von Altenpflegefachkräften in die Akutpflege weitgehend nicht zuließ. Das bedeutet aber offenkundig nicht, dass sich alle Bedenken unter dieser Logik einordnen lassen und daher nicht als fachlich begründet ernst zunehmen und zu beantworten wären. Augenscheinlich fehlte es an Bereitschaft der beteiligten institutionellen Akteure, dies jeweils in Bezug auf das „feindliche Lager“ zu leisten.

5.2.4.3 Die Gewerkschaft

Die Gewerkschaften haben sich gegen die Generalistik ausgesprochen, nehmen aber dennoch eine Sonderrolle ein. Sie begreifen die Ausbildung in gemeinsamen Basisqualifikationen als Chance, schlossen sich aber dem Bedenken zum Verlust spezialisierter Fachkompetenzen an.

Schon in frühen Stellungnahmen wurde die Sinnigkeit einer generalistischen Ausbildung unter den gegebenen Rahmenbedingungen problematisiert. Dielmann (2011) verwies auf den mit ökonomischen Zwängen gepaarten Trend zur Entwicklung von neuen Spezialqualifikationen, denen gegenüber die eigentlich richtige Idee einer generalistischen Ausbildung am Arbeitsmarkt unter die Räder geraten würde¹⁰⁸, letzteres, weil die Zusammenführung in einem weiterhin dreijährigen Rahmen „das hohe Gut der Berufsfähigkeit“, gefährden würde, das ohnehin in drei Jahren nur knapp erreicht werden könnte:

„Der Versuch, die Breite von drei Ausbildungsberufen bei gleichbleibender Ausbildungsdauer in einem Beruf abzubilden, würde das Problem noch dramatisch verschärfen“ (Dielmann 2011: 15).

Seine Schlussfolgerung, die den veränderten Versorgungsansprüchen ebenso genügen soll wie der Forderung nach arbeitsmarktgängiger Berufsfähigkeit des Abschlusses, fasst sich in der integrierten Ausbildungsform zusammen:

„Es spricht also viel dafür, das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten und die Spezialisierungen in der Alten- und Kinderpflege zu erhalten, ohne auf einheitliche Ausbildungsstrukturen in einem Berufsgesetz zu verzichten. Dem entspricht das Modell einer integrierten Ausbildung auf einheitlicher gesetzlicher Grundlage mit Schwerpunktsetzung in der geriatrischen und pädiatrischen Pflege. Sinnvollerweise wird einem solchen Modell durch unterschiedliche Abschlussbezeichnungen Rechnung getragen“ (Dielmann 2011: 15).

¹⁰⁷ In Waldhausen/Sittermann-Branden/Mararea-Türk (2014), auf die Bezug genommen wird, lassen sich in den als Referenz angeführten Ländern mit generalistischer Ausbildung (insbesondere auch in den Niederlanden) keine höhere Fachkraftanteile in der Langzeitpflege und somit eine höhere Attraktivität der Altenpflege für generalistische Fachkräfte nachweisen. Auch dort tragen im Rückschluss vor allem geringer qualifizierte Kräfte die Hauptlast der Arbeit in der Altenpflege.

¹⁰⁸ Dielmann (2011: 15) verweist hier auf ein historisch interessantes Datum: „Die Gewerkschaft ÖTV hat schon 1996 eine generalistische Pflegeausbildung mit anschließender Spezialisierung in geriatrischer und pädiatrischer Pflege im Rahmen der Weiterbildung gefordert. Diese im Grundsatz richtige Forderung scheiterte in der Vergangenheit – und an den gegenwärtigen Rahmenbedingungen“.

Dielmann (2015) hat übrigens auch bemerkt, was sonst eher übersehen wurde, dass nämlich der Gesetzentwurf dann hinsichtlich des generalistischen Ausbildungsanspruchs bereits widersprüchlich war: eine Reform, „bei der ein einheitliches Berufsbild entstehen, zugleich aber auch die Spezialisierungen erhalten bleiben sollten“ (Dielmann 2015: 42) – ein Widerspruch, der offenkundig aus einem Entgegenkommen unter anderem gegenüber den gewerkschaftlichen Einwänden zur Erhaltung der Spezialisierung resultiert.

An dieser Positionierung hat das „Lager der Befürworter der integrierten Ausbildung“ über den Gesetzgebungsprozess hinweg festgehalten (vgl. ver.di 2015).

5.2.5 Stellungnahmen nach dem Beschluss der Reform

Angesichts der verhärteten Standpunkte verwundern die Reaktionen auf das beschlossene Gesetz nicht. Jedes „Lager“ nimmt positiv die Seite des Ergebnisses zur Kenntnis, in der ihren Interessen nachgegeben wurde, und kritisiert die unvollständige Umsetzung dieses Interesses durch die teilweise Berücksichtigung der Standpunkte der „Gegenseite“.

In dieser Hinsicht scheint das „Lager der Gegner“ mit dem „Kompromiss“ zwar nicht zufrieden, aber doch zufriedengestellt. Das „Bündnis für Altenpflege“ begrüßte, dass das Gesetz „der Altenpflege vorerst eine Chance“ lasse. Ziel bleibe, den Beruf Altenpflege zu erhalten (Pressemitteilung des Bündnis für Altenpflege vom 7. April 2017).

Auch seitens des bpa wurde das Ergebnis unter der gleichen Überschrift im Wesentlichen positiv aufgegriffen und als Anerkennung ihrer Argumente begriffen:

„Damit wurde der Notwendigkeit des Erhalts des Altenpflegeberufs zunächst Rechnung getragen. [...] Die Regierungskoalition hat sich gegen das vorgelegte Gesetz zu ausschließlicher Umsetzung der Generalistik und die Abschaffung der Altenpflege ausgesprochen, obwohl sich die Befürworter der Generalistik, allen guten Argumenten zum Trotz, für die bedingungslose Durchsetzung dieses Gesetzes mit allen Mitteln eingesetzt hatten und sich bereits seit langem am Ziel wähnten“ (Tews 2017).

Abgesehen davon, dass die „ausschließliche“ Generalistik bereits durch eingebettete Spezialisierung aufgeweicht war, deutet sich an, dass die Unversöhnlichkeit der Positionen über den „Kompromiss“ hinaus ihre Fortsetzung findet.

Spiegelbildlich, wenn auch konzilianter, reagierte das „Lager der Befürworter“.

„Der Deutsche Pflegerat hätte sich wesentlich mutigere Schritte gewünscht. Dennoch ist der erste Schritt zu einer generalistischen Pflegeausbildung gemacht, auch wenn es mit der Altenpflege einen Verlierer des jetzigen Beschlusses geben wird. Die neue, moderne Pflegeausbildung kommt zumindest scheinbarweise“ (<http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/1840.php>).

Zumeist wird hervorgehoben, dass die Generalistik zumindest im Prinzip nun kommt – und nur vereinzelt finden sich Einschätzungen, die ebenso enttäuscht wie klar ein „Scheitern der Generalistik“ beklagen, ebenfalls ohne dabei zu berücksichtigen, wie aufgeweicht dies Konzept durch Vertiefungseinsätze und die damit eingebrachten Spezialisierungslinien bis hin in deren Dokumentation im Zeugnis in ihrem Rahmen bereits waren.

Insgesamt sind auch hier die auf ein Interesse an Vermittlung schließen lassende Einlassungen eher selten, und das zentrale Bedenken der „Gegner“ in Bezug auf den Verlust von spezifischer Fachlichkeit wird zwar angeführt, aber nicht inhaltlich beantwortet. Obwohl die in die generalistische Konstruktion bereits eingebauten Spezialisierungslinien unübersehbar existieren, wird die Generalistik den Wahloptionen wie eine unversöhnliche Alternative gegenübergestellt: Im Gegensatz zu den abzweigenden Ausbildungen zu den bisherigen Berufsbezeichnungen würde sich nach der Zwischenprüfung „die generalistische Ausbildung weiterhin auf Menschen in allen Versorgungssettings und über die gesamte Lebensspanne“ (Darmann-Finck/Muths 2017: 34) beziehen. Wie sollte das mit dem expliziten Ausweis einer Vertiefungs- und damit auch Spezialisierungsrichtung im Berufszeugnis zusammenpassen?

Auch finden sich in sachliche Argumentationsstränge eingebettete, aus berufsständischem und hochschulpolitischem Interesse motivierte Beschwerden:

„Das Gesetzgebungsverfahren wurde wie in keinem anderen Fall durch andere Berufsgruppen, Politiker und private Altenheimbetreiber dominiert, die primär durch ihre eigenen Interessen und weniger das Interesse einer für die Zukunft gut aufgestellten und fachlich hochwertigen Pflege verfolgen“ (Darmann-Finck/Muths 2017: 34).

Nun bildet Lobbyismus einen anerkannten und in diesem Fall vom Gesetzgeber auch eingeforderten Beitrag zu Gesetzgebungsverfahren. Wie ließe sich nachweisen, dass hier eine sonst respektierte Grenze der Einflussnahme überschritten worden wäre?

Worin sich im Übrigen alle „Lager“ einig sind, ist die Kritik an der inhaltlichen Unvollständigkeit des Beschlossenen, insofern wichtige Rechtsverordnungen – die Ausbildungs- und Prüfungsordnung sowie die Finanzierungsordnung – als Grundlage einer im Rahmen der gesetzten Fristen nur schwer durchführbaren Umsetzungsvorbereitung fehlen. Die vom Gesetz hinterlassenen bzw. geschaffenen „offenen Baustellen“ werden allseits beklagt.

Ein wichtiger neuer Streitpunkt könnte aus der Einführung einer Zwischenprüfung nach 2 Jahren resultieren, insofern dies bereits im „Kompromiss“ ausdrücklich als Einladung an die Länder vorgestellt wurde, Anerkennungsregeln für die Absolventen der Zwischenprüfung als dem Abschluss einer Pflegeassistentenausbildung gleichwertigem Berufsabschluss zu basteln. Nicht nur, dass damit der „Flickenteppich“ der Helferqualifikationen um eine zusätzliche Variante erweitert würde, statt vor allem den umgekehrten Weg – die Weiterqualifizierung von Hilfskräften zu Fachkräften – zu propagieren, und Ausbildungseinsteiger/-innen, die auf Grundlage ihrer Bildungsbiografie auf Hürden in der Bewältigung der Anforderungen stoßen, entsprechend zu unterstützen. Auch droht die Gefahr, dass – vergleichbar den Erfahrungen aus dem Bereich der Ausbildung der LKW-Fahrer/-innen – hier ein Schlupfloch für „Deals“ im Sinn von „Du schaffst das ja eh nicht – ich biete dir gegen Ausbildungsabbruch eine Einstellungszusage als (billigere) Assistenzkraft“ geschaffen würde (vgl. Benedix 2016).¹⁰⁹

Grundsätzlich wäre ein gestuftes Qualifizierungssystem durchaus zu erwägen. Hierzu sei verwiesen auf Weidner/Kratz (2012), die ein gestuftes, durchlässiges Ausbildungssystem (vergleichbar dem System in den Niederlanden) vorschlugen. Dies sollte mit einer 1-jährigen Einstiegsqualifizierung („Pflegehelfer“) starten und bis zur akademisch ausgebildeten Pflegekraft (4 Jahre) durchreichen. Damit sollte die Zugangs- bzw. Einstiegsmöglichkeit für Schulabgänger ohne Hochschulreife in das pflegerische Ausbildungssystem mit dem europäischen Standard eines mindestens 12-jährigen Schulabschlusses für Pflegefachausbildung im System versöhnt werden. Ob ein solches Modell unter den im Pflegesystem eingerichteten ökonomischen Zwängen funktional sein könnte, ohne einen breiten Trend zur Dequalifizierung auszulösen, kann bezweifelt werden. Für ein solches System wäre daher ein kontrollierender Rahmen, etwa als Teil einer Regelung der Pflegeberufe im Rahmen des Dualen Systems, unverzichtbar.

5.2.6 Zwischenfazit: Ein durch die fragmentierte und ökonomisierte Verfasstheit des Pflegesystems bestimmtes Reformergebnis

Bevor die befragten Experten und Expertinnen mit ihren Einschätzungen der Reform zu Wort kommen, soll hier – quasi nach „Aktenlage“ – ein erstes Zwischenfazit zum Gesetz und seinem Werdegang gezogen werden.

Es ist zu konstatieren, dass der Gesetzentwurf, um den Kompromissvorschlag ergänzt, von den ursprünglichen Anliegen recht wenig überlässt. Mit Sell (2017b) kann man feststellen, dass der Ausgangspunkt des Verfahrens im Vergleich zum nun vorliegenden Ergebnis „eine ganz eigene Klarheit“ ausstrahlte; er zitiert:

„Die bisherigen drei Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden reformiert und zu einem einheitlichen Berufsbild zusammengeführt; die bestehende Dreigliederung der Pflegeberufe wird aufgehoben. Ergänzend zur fachberuflichen Pflegeausbildung wird eine bundesgesetzliche Grundlage für eine primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung geschaffen. Die neue Ausbildung bereitet auf einen universellen Einsatz in allen allgemeinen Arbeitsfeldern der Pflege vor, erleichtert einen Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen und eröffnet zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten. Die Ausbildung wird in ein gestuftes und transparentes Fort- und Weiterbildungssystem eingepasst und die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen in der Pflege verbessert. Die Ausbildung ist für die Auszubildenden kostenlos.“ (Bundestags-Drucksache 18/7823: 1 f.)

¹⁰⁹ Diese Gefahr wurde in den Interviews allerdings derzeit als gering eingeschätzt, siehe Kapitel 5.3.2.1.

Demgegenüber erscheint das Ergebnis als inkohärentes und darüber hinaus äußerst kompliziertes Konglomerat.¹¹⁰ Und insbesondere das „gestufte und transparente Fort- und Weiterbildungssystem“ des Ausgangspunkts, in das die Ausbildung „eingepasst“ worden wäre, ist nicht erkennbar.

Dabei fand eine erste erhebliche Modifikation bereits auf dem Weg von den Eckpunkten zum Gesetzentwurf statt: Mit den Schwerpunktsetzungen, die erstens vor Beginn der Ausbildung festgelegt werden, dann im generalistischen Zeugnis erscheinen und damit letztlich auch den Andockpunkt für die erst mit dem Kompromiss eingeführten alternativen Berufsabschlüsse bildeten, wurde von der generalistischen Idee bereits spürbar abgerückt. Hier wurde offenbar der Versuch gemacht, innerhalb der dreijährigen generalistischen Ausbildung den Bedenken zu entsprechen, dass die notwendige spezialisierte Fachlichkeit für die verschiedenen Einsatzfelder gefährdet sein könnte.

Die Stellungnahmen zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zeigen, dass die als unversöhnlich erscheinenden Standpunkte weiter festgehalten werden – sie werden vermutlich die Umstellungsphase weiter begleiten, auch, insofern beide Seiten ihren Standpunkt im Ergebnis aus ihrer Sicht auch jeweils bestätigt und ins Recht gesetzt finden.

Die wechselseitigen Beschuldigungen erscheinen dabei übertrieben und nur teilweise nachvollziehbar. Dass beispielsweise Partikularinteressen sich Gewicht verschafft haben, wurde deutlich. Diese sind jedoch einerseits verquickt mit Sachargumenten, die nicht mit Hinweis auf ihre Herkunft abgetan werden können. Die Sorgen um den Verlust von spezifischer Fachlichkeit sind ja – unbenommen des in Modellversuchen erbrachten Nachweises der Möglichkeit einer gemeinsamen Ausbildung – nicht völlig aus der Luft gegriffen und hätten eine klare Lösungsperspektive im Rahmen einer zumindest abzusteckenden Weiterbildungs- und Spezialisierungssystematik erfordert, um vom erbitterten Streit den Weg für eine konsensuale Positionierung freizumachen. Andererseits reicht es nicht aus, abstrakt Partikularinteressen anzuklagen, wenn diese inhaltlich nicht bestimmt werden. Die Stärke in der Durchsetzung ihrer Position, die den Gegnern der Generalistik aus dem Lager der privaten Anbieter auch von den Befürwortern bescheinigt wird, beruht ja darauf, dass erstens die Ökonomisierung das Gewicht dieser Interessensgruppe enorm gestärkt hat, und dass ihr partikulares Interesse im Rahmen unseres Wirtschaftssystems faktisch als allgemeines Interesse gilt: ein Beitrag zum Wirtschaftswachstum, private Betriebsgründungen in der Pflege und die Schaffung von Arbeitsplätzen für Pflegekräfte gelten als Beitrag zum Gemeinwohl, auch wenn sie letztlich mit gewerblicher Zielsetzung unternommen werden.

Tatsächlich zeigt sich das Gesetz so auch als Produkt der fragmentierten und ökonomisierten Verfasstheit des Pflegesystems.

Auf dieser Grundlage ist nicht nur die Anzahl der dadurch zu Stellungnahmen eingeladenen Interessen beträchtlich. Neben berufsständischen und Verbandsinteressen haben darüber hinaus ökonomische Interessen ein hohes und anerkanntes Gewicht: Auf dieser Grundlage auf eine Lösungsfindung rein an pflege- und berufswissenschaftlicher Expertise zu hoffen, wäre verfehlt. In dieser Gemengelage hat, so scheint es, der Gesetzgeber gewissermaßen versucht, es allen Interessen recht zu machen.

Die Form, die dieser „Interessenausgleich“ im auf den letzten Metern durchgedrückten Kompromiss bekommen hat, macht die Sache nicht besser. Herausgekommen ist ein äußerst kompliziertes System, das insbesondere den Schulen viel abverlangt. Schließlich müssen sie nicht nur die Umstellung auf die generalistische Ausbildung meistern. Zusätzlich müssen sie die gegebenen Wahlmöglichkeiten im Rahmen von Landesregelungen darstellen. Mit dem Gesetzentwurf ohne „Kompromiss“ hätte zumindest die Möglichkeit bestanden, eine klare Idee, was der Pflegeberuf und damit sein Inhalt und seine Aufgaben zukünftig sein sollen, präsentieren zu können, an der sich die Jugendlichen, die sich für den Arbeitsbereich Pflege interessieren, hätten orientieren können. Die Zeit, in der das Gesetz auf Eis lag, hätte darüber hinaus zu Vorarbeiten der noch immer ausstehenden Rechtsverordnungen genutzt werden können.

Stattdessen erhalten die Befürworter eine formell generalistische Ausbildung als „Rückgrat“ des Gesetzes, aber darin konterkariert, dass auf Grundlage der eingezogenen Spezialisierungslinien die alten Berufsabschlüsse eine Parallelstruktur in ihr ausbilden dürfen.

¹¹⁰ Vgl. Sells Polemik (2017b): „Nicht Fisch, nicht Fleisch. Von der Dreigliedrigkeit zum 1.+2. (+3.) Generalistik- bzw. (ab 3.) Y-Optionsmodell“.

Die Gewerkschaften erhalten Ansätze einer integrierten Ausbildung, insofern eine richtungsspezifische Vertiefung mit Eintrag in das Zeugnis stattfindet, aber so, dass genau dies nicht in generalistisch basierte und spezialisierte Berufsbilder mündet, denn dafür müsste man die genannte Parallelstruktur als Lösung akzeptieren.

Die Gegner der Generalistik bekommen die „angeflickte“ Möglichkeit, im dritten Jahr statt der Vertiefung in der Altenpflege die Ausbildung als Altenpflegeausbildung abzuschließen – und man darf gespannt sein, wie sich das letztlich inhaltlich unterscheiden wird –, dies allerdings bei einem zumindest 2-jährig praktizierten generalistischen Ansatz und unter dem Vorbehalt der Evaluation.

Dass diese Evaluation von vorneherein nicht auf Grundlage fachlicher Bewertung, sondern als „Abstimmung mit Füßen“ der Auszubildenden stattfinden soll, passt hier nur gut ins Bild. Der Streit um die beruflichen Herzen der potenziellen Auszubildenden als Mittel der Bewahrung oder endgültigen „Abschaffung der Altenpflege“ ist damit eröffnet – keine schöne Perspektive für die Imageverbesserung des Pflegeberufs!

In Kurzform könnte das Fazit daher lauten: Die Pflegeausbildungsreform hätte das Pflegesystem verbessern können. Stattdessen hat das Pflegesystem in seiner gegebenen Verfasstheit eine überzeugende und klare Verbesserung des Qualifizierungsystems in der Pflege nicht zugelassen.

5.3 Die Sicht der institutionellen Akteure in den Experteninterviews

Eingangs sei auf eine Schwierigkeit hingewiesen, die auch mit dem Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu tun hat. In der Planungsphase des Forschungsprojekts wurde noch davon ausgegangen, dass das Gesetz längst verabschiedet und die Rechtsverordnungen bekannt wären, wenn die Phase der Experteninterviews beginnen würde. Darauf waren die Leitfäden ausgerichtet. Durch die erst im Juni 2017 sich klärende Situation mussten viele der Interviewpartner erklären, dass sie sich auf Grundlage fehlender Rechtsverordnungen eine solide und detaillierte Einschätzung der Folgen nicht zutrauten, und daher vieles des Gesagten im Bereich der Spekulation anzusiedeln sei.¹¹¹

Eine gesonderte Darstellung der im Land Bremen (v.a. Schulen) und im Bund befragten institutionellen Akteure erfolgt nicht, da eine relativ große Parallelität der Interviewverläufe vorlag; schulspezifische Aussagen sind an gegebener Stelle eingearbeitet.

Zur Auswertung folgt die Darstellung den Leitfragen des Leitfadens, in Kurzform:

- Wie wird der Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens bewertet?
- Welche Rückwirkungen auf die Pflegearbeit und ihre Attraktivität hat das Gesetz?
- Welche Handlungsbedarfe stellen sich nun den Akteuren?

5.3.1 Der institutionelle „Diskurs“ zum Gesetzgebungsverfahren

Gegen das Verfahren und die Beteiligungsmöglichkeiten findet sich nur wenig Kritik. Da formal keine Mitwirkung im Gesetzgebungsverfahren vorgesehen ist, wurde die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Verfahren genutzt, um Einfluss darauf zu nehmen.

Während einige der Befragten das Resultat des Verfahrens als Indiz dafür nahmen, dass es „Lobbygruppen“ gelungen sei, aus primär ökonomischen Gründen eine fachlich ausgerichtete generalistische Weiterentwicklung der Pflegeausbildung zu behindern [R07], haben sich andere Befragte – auch gerade Befürworter der Generalistik – positiv zur „Lobbyarbeit“ bekannt.

Lobbyismus ist für mich nicht irgendwie negativ gemeint, sondern jede Gruppe hat natürlich im demokratischen System das Recht, den eigenen Punkt bestmöglich an die Adressaten der politischen Vertreterinnen und Vertreter zu bringen und seine Meinung zu platzieren und das durchzubringen. [...] Ich halte die Pflege leider für eine viel zu schwache Lobbyistengruppe. [...] Ich denke die Pflege hat da wieder mal gezeigt, dass wir von der Organisationsstruktur nicht ansatzweise so gut aufgestellt sind

¹¹¹ Die Darstellung der zitierten Ausschnitte aus den Interviews erfolgt in sprachlich leicht geglätteter Form. Auf eine „Korrektur“ der Aussagen und dem Gesichtspunkt gendgerechter Sprache wurde verzichtet, zumal eine gendrunabhängige Betrachtung im Bezug auf die Pflegenden nie in Frage stand.

wie die Kollegen der Arbeitgebervertretung. Das muss man einfach so sagen. Das schlägt sich auch in diesem Gesetz ganz klar nieder. [R03]

Ein klares Plädoyer, dass „die Pflege“ sich an die eigenen Nase fassen solle, wenn sie es nicht schafft, sich in einer den Gesundheitsminister beeindruckenden Weise zu organisieren und aufzustellen, statt über die Lobbypraktiken anderer zu klagen – denen in dieser Beziehung sogar Respekt gezollt wird:

Da muss ich mal sagen: Kompliment. [...] Das haben sie gut gemacht. [R03]

In diesem Zusammenhang kam auch die mögliche Funktion einer Pflegekammer als „einheitlicher Stimme“ der Pflege in einer Multiakteurskonstellation zur Sprache [R03, R07]. Die Funktion der „Lobbyarbeit“ ist dabei aus Verbandsicht mit „Interessenvertretung“ auch nicht hinreichend beschrieben,

... sondern auch als Informationsquelle, weil manchmal – und das sage ich nicht böse – muss man Politikern ganz allgemein auch erklären, was sie eigentlich tun. Auch das Pflegewesen ist heute so unendlich komplex, dass man das nicht eben mal im Lesen von ein paar Seiten versteht, auch ein sehr fähiger Politiker nicht, das hat mit Parteien überhaupt nichts zu tun und... das ist im Grunde auch 'n bisschen die Rechtfertigung für Lobbyismus und so verstehen wir uns auch. [N03]

In einzelnen Passagen wurde deutlich, dass die Verbände nicht monolithisch agiert haben, und dass auch innerhalb der Verbände lange um die „richtige Richtung“ gestritten wurde. Es wurde beispielsweise angedeutet, dass es nicht einfach war, auf Einrichtungsebene einen Konsens für die Generalistik herzustellen. Und es wurde auch von Befürworten der Generalistik eingeräumt, dass die Vermischung der Anforderungsbereiche, auf die die Generalistik die Antwort sein soll, in vielen Fällen in der Altenpflege so noch nicht angekommen sein dürfte, bzw. mit den vorhandenen Pflegequalifikationen aktuell noch bewältigt werden kann:

Ich weiß nicht, wie oft sich die normale Altenpflegekraft in einem normalen Pflegeheim medizinisch überfordert fühlt. Aber in dem Moment, wo dann die Leute unmittelbar aus dem Krankenhaus kommen, dann müsste es Situationen geben, in denen die Pflegekraft sich überfordert fühlt, dann würde sie denken: Mir fehlt was. Ich würde mal jetzt sehr spekulativ sagen: Das ist nicht so oft der Fall. [N03]

Für die Einschätzung der Diskurslinien kommt komplizierend dazu, dass die politische Parteizugehörigkeit von Verbandsvertretern in die Verbandsposition eingehen mag, woraus beispielsweise plötzliche Schwenks erklärt wurden, andererseits auch die politischen Parteien selbst nicht monolithisch auftraten, sondern in Bund und Ländern teilweise unterschiedlich agiert haben usw.

Berichte über den Ablauf der Anhörung machten deutlich, wie festgefahren die Positionen waren.

Vereinzelte Verfahrenskritik gab es vor allem an den knappen Zeitfenstern für die Stellungnahmen sowie an einer fehlenden abschließenden Anhörung zum Kompromiss. Bei allen Beteiligten gab es Kritik daran, dass zum Zeitpunkt der Abstimmung die Rechtsverordnungen, insbesondere die Ausbildungs- und Prüfungsordnung noch nicht vorgelegen habe. Seitens des BMG werden diese Beschwerden über die noch ausstehenden fehlenden Rechtsverordnungen allerdings anders eingeordnet und mit Hinweis auf den rechtlichen Gang der Sache zurückgewiesen:

Der normale Weg ist aber schlicht und einfach der, dass erst die Verordnungsermächtigung in Kraft getreten sein muss – im Gesetz –, bevor man die Verordnung auch wirklich in so ein Verfahren geben kann. Insofern ist das, was wir gemacht haben, schon ein ganz normales, den Regeln entsprechendes Verfahren, ist auch immer so gemacht worden bei den Gesundheitsberufen. [N01]

Auch die Länge des Verfahrens sei in Bezug auf einen Heilberuf nicht ungewöhnlich, sondern durch deren Sonderrolle und durch die in diesem Fall große Zahl der von den Änderungen betroffenen bedingt.

Also unsere Berufsgesetze, also gerade wenn es ganz neue sind, haben häufig eine lange Zeit, die sie brauchen. Es ist einfach zu sehen, dass da sehr viele Bereiche in Deutschland davon betroffen sind. Bei dem Gesetz haben wir einmal die etablierte Krankenpflegeausbildung, die Krankenhäuser, wir haben die etablierte Altenpflegeausbildung, die Seniorenheime, die ambulanten Pflegebereiche, wir haben die Schulen, die nur Altenpflege, die nur Krankenpflege ausbilden und dann die Hochschulen, die da jetzt mit reinspielen, auch Praxiseinrichtungen und da fängt es halt an, dass auf der einen Seite häufig die Befürchtung geäußert wird, wenn wir das alles generalistisch machen, dann kriegen wir im Altenpflegebereich ja gar keine Leute mehr ab, die gehen ja alle in das Krankenhaus. Andere Bereiche

– Krankenhaus – sagt, dass wenn wir das generalistisch machen, wen haben wir denn da noch, können die das denn alles hier im Krankenhaus? Also es gab von vielen Seiten viele Bedenken. Die Schulen, die nur einen Bereich ausbilden fragen sich auch: Falle ich jetzt hinten runter? Wie muss ich jetzt mit der neuen Situation umgehen? Also es sind sehr, sehr viele Bereiche betroffen von dieser Ausbildungsregelung und das macht es dann einfach schwierig. Wenn man jetzt nur für das Krankenhaus, für den Krankenhausbereich was regeln würde, müsste man sich mit der Krankenhauslandschaft auseinandersetzen, aber, ich sage mal, der gesamte Langzeitpflegebereich wäre außen vor, das wäre einfacher dann. So ist es halt einfach der illustre und große Kreis der zu Beteiligten, der solche Diskussionen auch schwierig macht und eben auch Abstimmungsrunden dann schwierig macht. [N01]

Wie es letztlich zur Einigung auf den „Kompromissvorschlag“ kam, kann in dieser Gemengelage offenbar nur spekulativ, also nicht beantwortet werden:

Das ist die 10.000-Dollar-Frage! [N03]

Auch die Interviewpassagen zum Verfahren bestätigen damit das komplizierte Ergebnis als Folge der fragmentierten Verfasstheit des Pflegesystems.

5.3.2 Einschätzung der Neuregelung als Ausbildungsreform und ihrer Rückwirkungen auf die Attraktivität der Pflegearbeit

Die Befragten sollten einschätzen, wie sich diese Neuregelung auf die Pflegearbeit und ihre Attraktivität auswirkt. In der vergleichenden Analyse wurden in den Antworten zwei Bezugs Ebenen erkennbar:

- die Ausbildungsreform als modernisierende Anpassung an neue Anforderungen, und
- die Ausbildungsreform als Hebel zur Steigerung der Attraktivität der Pflegearbeit.

5.3.2.1 Das Gesetz als Ausbildungsreform: Lösung für die neuen Anforderungen?

Es wird nicht verwundern, wenn in Bezug auf die Positionierung pro und contra Generalistik im Wesentlichen die bekannten Positionen abgerufen werden; dieser Teil der Interviews soll daher nicht vertieft werden, er bietet nichts Neues. Die im jeweiligen Standpunkt begründete Enttäuschung über das beschlossene Gesetz reichte gewissermaßen lagerübergreifend von „Scherbenhaufen“ über „verwässert“ und „schwere handwerkliche Mängel“ [N02, R04, R06] bis zu der Aussage, damit sei die Generalistik vorerst gescheitert [R07].

Als größtes Problem zur Einschätzung der Reform als Ausbildungsreform erschien die zum Befragungszeitpunkt bestehende Unsicherheit über die konkreten Inhalte der Ausbildung und ihrer nun möglichen Varianten.

Ich weiß gar nicht, was ist eigentlich Inhalt, ich weiß nicht, was geprüft wird, und damit kenne ich keinerlei Kompetenzen und Inhalte zu dem, was denn dann diese generalistisch ausgebildeten oder vielleicht sogar auch mit einem, nach einem im letzten Jahr mit dem Abschluss der Kinderkrankenpflege oder Altenpflege versehenen Absolventen können, keine Ahnung, weiß niemand, großes Rätselraten. [N02]

Ich finde es zum gegenwärtigen Zeitpunkt schwierig einzuschätzen, weil wir nicht genau wissen, wie die Ausbildungen genau aussehen werden. [...] Wir wissen noch nicht, wie sich der generalistische Abschluss mit Vertiefungseinsatz in der Altenpflege und der gesonderte Berufsabschluss als Altenpfleger/in unterscheiden werden. Es bleibt abzuwarten, inwiefern die Eckpunkte [zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung] von März 2016 noch aktuell sind oder sich infolge des politischen Kompromisses noch grundlegend verändern werden. [N05]

Die Überlegung, ob die Pflegeberufe nicht besser im dualen System aufgehoben sein könnten, war unter den Befragten präsent und fand mehr zustimmende als ablehnende Bewertung. Dabei wurde zur Kenntnis genommen, dass seitens des Gesetzgebers eine andere als erneute bundesgesetzliche Regelung nie zur Debatte stand.

Wir finden das durchaus unterstützenswert, weil wir denken, dass die Ausbildungsstandards und Schutzrechte für die Auszubildenden im Rahmen der dualen Ausbildung mit dem Berufsbildungsgesetz am besten gewährleistet werden könnten, bisher hat aber der Gesetzgeber sehr deutlich signalisiert, dass er den Weg durch die Berufszulassungsgesetze, weil es sich um Heilberufe handelt, weiterhin

beibehalten wird, sodass die Frage: „Überführung in das Berufsbildungsgesetz“ im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens nicht weiter beraten wurde. [N05]

Es wird positiv vermerkt, dass in den Pflegeberufen bereits eine weitgehende Anlehnung an die Standards des dualen Systems erreicht wurden; auf dieser Grundlage wurde von Gewerkschaftsseite die Ausweitung dieser Standards auf alle Heilberufe befürwortet.

Wir würden uns wünschen, dass der Weg, eine einheitliche Rechtsgrundlage zu schaffen, für alle Heilberufe eingeschlagen wird. Zielführend wäre ein gemeinsames Dach aller Heilberufe mit einheitlichen Qualitätsstandards. Hierzu gehören u.a. die flächendeckende Verankerung der Schulgeldfreiheit und der Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung, aber auch Vorgaben zur Formulierung der Ausbildungsziele, zur Qualität der theoretischen und praktischen Ausbildung oder zur Qualifikation der Lehrenden. Ein solcher Schritt wäre ein wesentlicher Beitrag, um attraktive Ausbildungen mit guten Bedingungen zu schaffen. Nicht zuletzt angesichts des großen Bedarfs an Fachkräften besteht hier dringender Handlungsbedarf. [N05]

In Vorteil-Nachteil-Erwägungen kam neben den Schutzrechten für die Auszubildenden die Begrenzung der Zahl der beteiligten Akteure sowie der konsistente organisatorische und finanzielle Rahmen zur Sprache. Als Vorteil des aktuellen Systems wurde die gute Praxisanbindung der Schulen dagegengehalten.

Nicht zur Sprache kam, wie sich eine Einordnung der Pflege ins BBiG und damit als Facharbeit mit dem Professionsanspruch vertragen könnte.

5.3.2.2 Sind Rückwirkungen auf die Attraktivität der Pflegearbeit zu erwarten?

Die erste Antwort lautet hier: Nein. Von direkten Rückwirkungen auf die Bedingungen und Entlohnung in der Pflegearbeit ging keiner der Befragten aus. Dafür sind andere Stellschrauben entscheidend (siehe Abschnitt 5.3.4).

Wir glauben, dass es mit der Generalistik keinen Selbstläufer bei der Bezahlung geben wird. Eine andere Bezahlung im Bereich der Altenpflege setzt geänderte Rahmenbedingungen und eine stärkere Tarifbindung voraus, von daher braucht es da nochmal andere Maßnahmen, um eine Veränderung der Situation zu erreichen. [N05]

Positive Effekte des Gesetzes werden allenfalls auf Umwegen angenommen, das heißt, vermittelt durch die Aufhebung der Segregation der Arbeitsmärkte auf dem Weg der Durchsetzung der generalistischen Abschlüsse.

Mit der Zusammenlegung bisheriger Teilarbeitsmärkte sowie unterstützt durch ein gewachsenes Selbstvertrauen generalistisch ausgebildeter Pflegekräfte soll Druck in der Altenpflege entstehen, der die Arbeitgeber zu besseren Löhnen und Arbeitsbedingungen „zwingen“ soll.

Ich glaube, dass die Gehälter sich dadurch vereinheitlichen werden und ich glaube nicht, dass die Grundlage der neuen Gehälter das Gehalt der jetzigen Altenpflege sein wird. Sondern ich sehe eher das Gehalt der Krankenpflege als Grundlage für zukünftige Gehälter, und da sehe ich dann aber auch die gewerkschaftlichen Vertreter gefordert, weil das ist auch noch gar nicht geregelt, wie ist eigentlich die Vergütungsstruktur in den kommenden Jahren mit den unterschiedlichen Qualifikationen zum Beispiel im Krankenhaus, zum Beispiel in der Altenpflege. [R03]

Der generalistischen Ausbildung kommt für diesen Mechanismus eine Schlüsselstelle zu.

Und wenn Generalisten hoffentlich dann auch ein bisschen selbstbewusster auf die Berufsfelder gucken und sagen: Wo will ich später arbeiten?, dann muss man denen was bieten können und das geht eigentlich jetzt schon los, dass man nicht nur am Gehalt, sondern auch sagt: Wir haben angeschlossene Kindergärten, wir haben flexible [Arbeitszeitmodelle], weiß ich nicht, wir bieten denen unheimlich viel, wir müssen denen was anbieten und ich glaube das wird noch stärker so sein, und ich hoffe, das führt auch dazu, dass man sich über die Arbeitsbedingungen und letztlich auch politisch über die Finanzierung der Pflege Gedanken machen muss. [R02]

Da die Herstellung eines einheitlichen Arbeitsmarktes mit größeren Mobilitätschancen der Hebel zur Durchsetzung höherer Einkommen insbesondere in der Altenpflege sein soll, stellt sich zum einen die Frage, ob davon auszugehen ist, dass diese Mobilität auch für vermehrte (vollzogene oder nur angepeilte) Arbeitgeberwechsel in Richtung Krankenhäuser genutzt wird. Antworten auf diese Frage können derzeit nur spekulativ sein.

Möglicherweise einschränkende Hinweise aus den Interviews beziehen sich darauf, dass es die Altenpflege ist, die trotz schlechterer Verdienstmöglichkeiten bisher einen (scheinbaren?) Attraktivitätsbonus für Krankenpflegekräfte entfaltet hat:

Das erleben wir in den Pflegeeinrichtungen sehr stark, dass dann irgendwann mal die Krankenpflegekräfte in die stationären und ambulanten Einrichtungen kommen: „Ich hab diesen Stress im Krankenhaus satt, ich will es mir jetzt mal 'n bisschen besser gehen lassen“, die glauben das dann einen Monat, dann sind sie eines Besseren belehrt. [...] [Krankenpflegekräfte] sagen: „Die Altenpflege hat – im positiven Sinne – das Image, näher am Menschen zu sein, ich will jetzt den Medizinbetrieb und die nervigen Ärzte nicht länger, ich will hier meine eigene Frau, mein eigener Herr sein, hier selbstbestimmt arbeiten können und darauf hoffen, dass die das in der Altenpflege tun.“ Das ist ein Grund, warum viele Krankenpflegekräfte in die Altenpflege gehen, und dieser Berufswechsel geht nur in die eine Richtung. [N03]

Einige Altenpflegeauszubildenden kommen sehr frustriert aus dem Krankenhaus zurück und sagen: „Da kann ich meine Vorstellungen von Pflege überhaupt gar nicht umsetzen, ich hab gar keine Zeit, es geht um ganz andere Dinge, als um Pflege.“ Und ich glaube, dass perspektivisch das wieder ein Bonuspunkt ist für den Bereich der Altenpflege. [R03]

Ergänzend gibt es die Einschätzung, dass Altenpflegekräfte in ihrer Mehrheit tendenziell ihrem Arbeitsplatz und ihrer Aufgabe verhaftet sind, und insofern schon jetzt gegebene Möglichkeiten zu Wechseln innerhalb ihres Teilarbeitsmarktes nicht unbedingt ergreifen.

Ich glaube, dass es tatsächlich im Altenpflegebereich Überzeugungstäter sind, die sagen: „Ich kann nur Altenpflege.“ Für die ist ein besser bezahlter Job im Krankenhaus keine Option, genauso andersrum. [N03]

Beide Überlegungen lassen eher Zweifel aufkommen, ob allein die Verschmelzung der Arbeitsmärkte kurz- bis mittelfristig einen Druck zur Anhebung der Entgelte in der Altenpflege induzieren kann. (Siehe auch 5.3.4.) Andererseits erscheint eine Angleichung der Entgelte ohnehin als unvermeidbar:

Ich persönlich glaube nicht, dass unter einer generalistischen Pflegeausbildung die Altenpflege in die Knie gegangen wäre. Weil die Vergütungsstrukturen hätten sich dann anpassen müssen. Es wäre gar nicht anders gegangen, die hätten die gleichen Löhne bezahlen müssen für eine generalistische Pflegekraft im Krankenhaus, wie perspektivisch in der Altenpflege, sonst hätten sie kein Personal mehr bekommen, so. Und da hatten glaube ich viele Altenpflegevertreter Angst davor, vor diesem Prozess. Auch in den Streit zu gehen mit den Pflegekassen. [R03]

Wenn man davon ausgeht, dass dieser Angleichungsprozess durch die von der Generalistik ausgelösten Veränderungen des Arbeitsmarkts zumindest beschleunigt werden könnte, wäre darin dann auch der ökonomische (Hinter-)Grund zu identifizieren, aus dem heraus die privaten Arbeitgeber sich so vehement gegen die Generalistik zur Wehr gesetzt haben? Die privaten Arbeitgeber bestreiten dies unter Hinweis darauf, dass die Marktkräfte ja bereits jetzt im Sinn eines Arbeitnehmermarktes wirken:

Das heißt, der Arbeitnehmer bestimmt im Moment die Bezahlung und nicht mehr der Arbeitgeber, und die Arbeitnehmer, die Fachkräfte, die zu den Einrichtungen kommen, die kommen mit Forderungen, die sehr wohl die tarifliche Entlohnung kennen, und darunter lässt sich niemand einstellen. [N02]

Dies passt allerdings nicht gut zur gleichzeitig geführten Klage, dass die Einrichtungen es gar nicht in der Hand haben, möglichen Forderungen auch entgegenkommen zu müssen, weil die Kassen sich diese Kosten nicht ab verhandeln ließen.

Nehmen wir ruhig einen stationären Träger... die stationären Träger, die wir in Bremen haben, sind alle relativ klein, das sind Familienunternehmen, so, der hat dann vielleicht 64 Betten, und da ihm gegenüber sitzt die AOK, da sitzt die DAK, da sitzt die Barmer, da sitzt die HKK, die sitzen da alle mit einer Person und die macht nichts anderes als Pflegesätze kalkulieren und dann sitzt da noch der Sozialhilfeträger und die Kassen, die verwalten nur das Budget, was im Gesetz als Teilkasko vorgegeben ist, und trotzdem knechten die die. Die gucken sich die Kalkulationen von oben bis unten an, so, und versuchen jede Lücke aufzudecken. Und die sagen ihnen, was sie den Mitarbeitern bezahlen dürfen, und mehr kriegen sie von denen nicht. [N02]

Das würde bedeuten, dass die Einrichtungen derzeit mögliche Entgelterhöhungen an die Pflegebedürftigen selbst (und damit ggf. an die Angehörigen bzw. an die Kommunen) weiterreichen müssten.

5.3.2.3 Rückwirkungen auf die Arbeitsteilung in der Pflege

Ein klarer Schwerpunkt der Erörterung möglicher Auswirkungen lag auf Folgen, die sich aus der Einführung eines akademischen Ausbildungsgangs für die Organisationsformen der Pflege ergeben könnten.

Dass sich über kurz oder lang hier die Gewichte verschieben, davon wurde allgemein ausgegangen.

Um es ganz grob zu fassen: Ich erwarte nicht, dass wir sofort englische oder amerikanische Verhältnisse kriegen, aber ich erwarte schon, dass es einen neuen Bereich geben wird, in der die akademisierte Pflege auch tatsächlich ein eigenes Anforderungsprofil entwickelt. [N06]

In vielen Interviews wurde darauf hingewiesen, dass weiterhin ungeklärt ist, worin die Bedarfe und die besonderen Aufgaben dieser Kräfte bestehen sollen.

Also hier [im Gesetz] ist ja auch die Hochschulausbildung enthalten. Was aber keine Erwähnung findet ist, wo ihr Einsatz konkret stattfinden soll. Ihre Aufgaben werden beschrieben, aber es gibt derzeit keine Arbeitsplätze. Das heißt, hier wird eine Ausbildung geschaffen ohne den Bedarf zu konkretisieren. Sollen die dann als Pflegefachkräfte normal arbeiten, aber haben ein Studium? [R01]

Es ist ein bisschen unklar, was sollen denn die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte tun, und da schwankt auch das Gesetz fürchterlich hin und her, dass das auf der einen Seite sagt: Ja, die sind schon was Besonderes, die haben erweiterte Kompetenzen, die Lerninhalte sind auch im Vergleich zur grundständigen Ausbildung erweitert. Andererseits, eigentlich ist es gleich, aber doch irgendwie anders. Ich übertreib es ein bisschen, das ist irgendwie wirr an der Stelle, sag ich jetzt mal ... zumindest nicht konsequent und nicht eindeutig. [N03]

Neben klaren Bekenntnissen, die diese Kräfte mit zusätzlichem, wissenschaftlich fundierten fachlichem und methodischen Wissen ausgestattet, selbstverständlich am Bett verorten (u.a. [R07]), kamen in anderen Interviews auch zum Teil widersprüchliche Aussagen zu Tage. Werden sie beispielsweise in der stationären Altenpflege im Wesentlichen als (Projekt-)Leitungskräfte in eher geringer Zahl gebraucht? Oder sollte eine akademische Ausbildung eigentlich der „Goldstandard“ für Pflegekräfte sein? Insgesamt scheint insbesondere in der Altenpflege die Frage der akademisch zu unterlegenden Aufgaben einerseits inhaltlich unklar, andererseits im Umfang begrenzt.

Das Durchschnittliche ist, dass die Akademiker zurückkommen an ihre Arbeitsstelle und genau das Gleiche machen, was sie vorher auch gemacht haben und teilweise auch das Gleiche verdienen, was sie vorher verdient haben; die Frustration ist riesig groß. Ja, aber in der Altenpflege sieht das nochmal 'n bisschen anders aus, weil wir da im Moment noch nicht so viel Potential in der direkten Pflege haben, Akademiker auch wirklich sinnvoll einzusetzen, weil in hochkomplexen Situationen ist es ja der Schritt dann eher, die Leute in's Krankenhaus zu bringen, also wenn es wirklich sehr instabil ist. [R02]

So bleiben in der stationären Altenpflege derzeit vor allem einzelne Steuerungs- und Leitungstätigkeiten übrig:

Da gibt es schon verschiedene Möglichkeiten, wie man dieses Plus auch wirklich sichtbar und als Entlastung für die Fach- und Hilfskräfte spürbar machen kann; und wie das in der Altenpflege aussieht, da könnte ich mir tatsächlich die Akademiker auf so einer, ja, Projektebene, Stabsstellenebene oder eben in der Leitungsposition vielleicht vorstellen. [R02]

Als Rechtfertigung für die Notwendigkeit akademischer Qualifikationen in der Pflege hat dagegen die Aufgabe der Steuerung von Pflgeteams aus verschiedenen Skill-Levels eine große Bedeutung. Ein Bezug der hochschulischen Ausbildung zu aktuell diskutierten Skill- bzw. Grade-Mix-Konzepten wurde in den Interviews vielfach hergestellt und so mit der Frage der Regelung der Assistenzqualifikationen und damit auch mit der Frage der Personalbedarfsfeststellung und der Fachkräftequote verbunden.

Aktuell haben wir den Eindruck, dass stark aus finanziellen Erwägungen heraus das Thema „Qualifikationsmix“ in den Vordergrund gerückt wird und zum Teil auch in Frage gestellt wird, dass stärker Tätigkeiten, die jetzt dreijährig ausgebildete Fachkräfte machen, eben an Helferinnen in der Pflege abgegeben werden. Unsere Kollegen melden zurück, dass sie sich wünschen, dass es eine ganzheitliche Pflege bleibt. [...] Wichtig ist uns, dass wir nicht einen Teil haben von Fachkräften,

vielleicht mit einem Bachelor-Abschluss, die gestalten, steuern und ein anderer dann für beispielsweise die Durchführung der Pflege verantwortlich ist, was dann vielleicht stärker an die Helferinnen oder Assistentinnen in der Pflege übertragen wird. [N03]

Die Frage der Arbeitsteilung und der Aufgaben der verschiedenen Abschlüsse scheint sich also zum zentralen Thema in der Pflege zu entwickeln. Dabei wurden auch in dieser Frage in den Interviews widersprüchliche und entgegengesetzte Positionen vertreten.

Der inhaltliche Bedarf ist da, aber die Stellen sind noch nicht da. Und beim Qualifikationsmix, das geht ja von Hilfskräften über dreijährig Qualifizierte zu Akademikern, das passiert nicht von selber, dass die gut zusammenarbeiten. Und [...] wie will man das denn machen, dass ein kleiner Teil von Akademikern, ein Teil von dreijährig Qualifizierten und ein Teil von Hilfskräften... Selbst wenn das gehen würde, dass man sagt, der eine Ernährung, der zweite macht Wundversorgung und der dritte macht das Entlassungsmanagement; das muss auch erstmal so funktionieren. Also wenn man die Akademiker noch mit reinnimmt, dann wird das noch schwieriger, das alles zu steuern. [R02]

Hier erscheinen „die Akademiker“ fast als Lösung eines Problems, das durch ihr Eintreten in die Arbeitsteilung teilweise erst konstituiert wird. Auch ist man sich des Problems einer drohenden Rückkehr der Funktionspflege in neuer Form offenbar bewusst, und die Frage, ob und wie Skill-Mixe sinnvoll und wünschenswert sind, erscheint durchaus noch nicht klar beantwortet.

Die Fachkräfte sind notwendig und die Akademiker wären dann für Steuerungsaufgaben, wer macht eigentlich was, und da muss man auch aufpassen, dass Patienten und Bewohner nicht, quasi tätigkeitsbezogen aufgestückelt werden, und dass man dann als Patient plötzlich mit drei, vier verschiedenen Leuten.... ganz schwierig, dafür gibt's noch nicht so die perfekten Ideen, eigentlich. [R02]

Zugleich waren aus dem Kreis der Befragten aber auch deutliche Skepsis und Warnungen zu hören.

Dass bei einer gedeckelten Finanzierung eine zunehmende Beschäftigung von akademischen Kräften auf der anderen Seite den Einspardruck erhöht, davon wird ausgegangen.

Vorgegeben ist ja der Gesamtrahmen, vorgegeben ist, die Steigerung darf so und so hoch sein, und klar ist auch, sie können jeden Euro auch nur einmal ausgeben. Das heißt, wenn sie an bestimmten Stellen stärker anheben, und das ist ganz besonders in der Entgeltgruppe 9a der Fall, wo eben diese Weiterbildung angesiedelt ist... dafür ist es dann in anderen Bereichen bei weitem nicht so gestiegen. [N06]

Daher besteht insbesondere aus gewerkschaftlicher Sicht die Gefahr, dass Grade-Mixe in eine Dequalifizierungsschere führen, die die Qualität der Pflege und Pflegearbeit bedroht.

Die Folge darf aus unserer Sicht aber nicht sein, dass die dreijährige Ausbildung dadurch geschwächt oder sogar in Frage gestellt wird. Seit längerem gibt es Bestrebungen, die Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung damit zu verbinden, perspektivisch die dreijährige Fachausbildung durch eine zweijährige Pflegeassistentenausbildung zu ersetzen. Es ist eine Errungenschaft, dass wir in den Krankenhäusern einen hohen Anteil an Pflegefachkräften haben. Es muss daher um eine Aufwertung der Pflegeberufe insgesamt gehen, nicht nur für einen kleinen Teil. Der Schlüssel dafür liegt in einer angemessenen Bezahlung sowie guten Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für die gesamte Pflege. Auch braucht es überzeugende Antworten, welche Tätigkeiten und besonderen Funktionen Absolvent/innen einer hochschulischen Erstausbildung übernehmen sollen. Und es braucht attraktive Studienbedingungen, hierzu gehören für uns der Anspruch auf eine angemessene Vergütung sowie eine klare vertragliche Bindung zwischen Studierenden und Ausbildungsbetrieb dazu. In diesen Fragen ist das Pflegeberufegesetz aus unserer Sicht grundlegend nachzubessern. [N05]

Die Assistenz Ausbildung ist dabei nicht allein eine theoretische Möglichkeit, das Qualifizierungsniveau zu verschieben; sie wird bereits dafür genutzt. Dies zeigt das Beispiel Hamburg.

Das Problem dieser Helferausbildung ist ein bisschen aus Sicht der Träger, dass die mehr Geld kosten, aber nichts mehr dürfen. Das heißt, ob ich eine angelernte Pflegekraft habe oder eine ausgebildete Helferkraft, die darf von ihren Kompetenzen das Gleiche. Entsprechend, weil die Helfer von den Trägern eigentlich nicht mehr wirklich nachgefragt werden, nimmt auch die Ausbildungszahl deutlich

ab. Das einzige[Land], wo die Helferschulen voll sind, ist Hamburg. Warum? Weil die Helfer dort im Heimgesetz verankert sind, das heißt, die können ihre Fachkraftquote reduzieren, ihre 50% Fachkraftquote reduzieren, wenn sie einen gewissen Anteil Pflegehelfer haben. [N03]

Aus Sicht des Bremer Pflegerats sollten Assistenzberufe nur als Ergänzung, nicht Ersatz für Fachkräfte in einem Qualifizierungsmix eingesetzt werden. Eine Organisationsform von Pflege, in der die Aufgaben der Fachkraft darin läge, die Pflegearbeit an geringere Qualifizierte zu delegieren und diese anzuleiten und zu kontrollieren, wird abgelehnt; auch wäre es hinsichtlich der Übernahme der Ausführungsverantwortung nicht leistbar. Es wäre ein Fehler, die Kernaufgaben der Pflege an den Rand der Tätigkeit der Fachkräfte zu schieben. Für genau diese Tätigkeiten müsse daher mehr Wertschätzung verlangt werden. Auch die Entwicklung der neuen Qualifizierungswege in der Pflege leide insbesondere daran, dass erstens noch nicht geregelt sei, wie die nötigen aufbauenden Zusatzqualifikationen erworben werden sollen, und dabei insbesondere die Frage der Finanzierung dieser Qualifizierungen einschließlich der daraus erworbenen berechtigten Ansprüche auf höhere Einkommen vollständig ungeklärt sei. Es entstehe der Eindruck, dass es mit dem ‚gedeckelten Topf‘ weitergehen solle. Das würde jedoch notwendig zu massivem ‚Frust‘ gerade der Fachkräfte führen. [R07]

Unter den Befragten würden Bemühungen um eine Vereinheitlichung der Pflegehilfe- und Assistenzbildungen insgesamt eine hohe Unterstützung finden.

Und da hätte ich mir eine Bundesgesetzgebung gewünscht. Aber da hat der Bundesgesetzgeber sicherlich Scheu davor gehabt, sich mit den Ländern auseinanderzusetzen und denen die Hoheit über die Assistenzberufe, ich sag mal, wegzunehmen und da sozusagen eine bundeshoheitliche Aufgabe draus zu machen. [R03]

Die Notwendigkeit zum zukünftig vermehrten Einsatz von Assistenzkräften, von der zumindest ein Teil der Befragten ausging, darf dabei jedoch nicht zum frei einsetzbaren Mittel ökonomischer Berechnungen werden:

Wenn man das noch ein bisschen aufpeppt, dann werden damit zentrale Bedarfe für den Bereich der Altenpflege ambulant und stationär abgedeckt. [...] Und ohne sie anklagen zu wollen: Das wird eine Initiative sein, von den Arbeitgebern, zu sagen: „Ja dann gebt uns doch 'ne gute Zweijährige, die reicht uns aus.“ [R03]

Dies würde nicht nur den professionellen Charakter der Pflegearbeit zu untergraben drohen:

Und dann haben wir ein System von Zweijährigen, die in der Mehrzahl sind, sind schneller qualifiziert, sind schneller am Markt, entsprechen möglicherweise den Bedarfen vor Ort und das ist für mich – sage ich ganz offen – ein Graus aus pflegetherapeutischer Sicht. Ich halte das für den größten Fehler den man ansatzweise machen kann, weil damit wird sich professionelle Pflege von dem Begriff ‚professionell‘ verabschieden. Und wir haben dann ein paar sehr gut Qualifizierte, die dann über ein Heer von niedrig Qualifizierten wachen. [R03]

Damit würde auch das Image der Pflege dauerhaft geschädigt:

Das zerschießt das komplett. [...] Erst mit dem dritten Jahr beginnt eine qualifizierte [...] Ausbildung, alles andere sind Assistenzbildungen. Und damit würde man formal die Pflege in die Steinzeit, in die Assistenzbildung zurück schießen. [R03]

5.3.3 Was ist zu tun in Bezug auf die Umsetzung der Reform? Aktuelle praktische Herausforderungen der Neuregelung

5.3.3.1 Unvollständigkeit des beschlossenen Gesetzes

Wie bereits oben dargestellt, bestand aus Sicht aller Befragten zunächst die Notwendigkeit, möglichst schnell die zum Zeitpunkt der Befragung noch ausstehenden Rechtsverordnungen zu erlassen, und damit die Basis für die Umsetzung zu schaffen. Vorerst konnte insbesondere seitens der Landesbehörden nur der Rahmen vorbereitet werden.

Wir können die Struktur vorbereiten, wir können die Arbeitsgruppen einberufen, wir können den groben Rahmen zimmern, aber wir können keine Details vereinbaren. Dafür brauchen wir die Rechtsgrundlagen. Weil, wenn das nicht bald kommt, dann schwimmen uns die Felle davon. [R06]

5.3.3.2 Herausforderungen für die Schulen

Die Herausforderungen für die Schulen standen klar im Zentrum des erwarteten Handlungsbedarfs. Vieles blieb zum Befragungszeitpunkt noch „spekulativ“, so dass auch für die Schulen die Notwendigkeit im Vordergrund stand, dennoch den Rahmen soweit möglich vorzubereiten.

Die Schulen werden deutlich mehr koordinativen, organisatorischen Aufwand haben daraus. Also es wird sehr viel mehr Absprachen geben, sehr viel mehr Organisation notwendig sein. [R03]

Also spekulativ können wir natürlich auch im Moment sagen, rechnen wir mit vielen problematischen Situationen [...] Wir müssen Einsatzpläne vorbereiten und Kooperationsverträge schließen, ohne diese Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu kennen, und das hat ja einen Vorlauf, also wenn man so einen Ausbildungsplan macht, dann muss man eigentlich langfristig vorher auch wissen, in welche Richtung das geht. Wir haben unterschiedliche Berufsabschlüsse zum Schluss, da rechnen wir damit, dass es zum Teil sehr verwirrend ist für Erstauszubildende, zu überlegen: Was kann ich hier überhaupt machen, was ist letztendlich meine Qualifikation am Ende, wann muss ich mich wie entscheiden, also das wird in den Schulen ganz viele organisatorische Probleme bedeuten. [R04]

In bisherigen Altenpflegeschulen sah man sich von den Umstellungen stärker herausgefordert.

Das heißt, wir müssten sehr viel mehr in die finanzielle Vorleistung gehen, um die gleichen Strukturen aufzubauen wie die Kolleginnen in der Krankenpflege, die diese Strukturen formal durch ihre bessere finanzielle Ausstattung schon haben. [R03]

Auch auf dieser Grundlage rechnete man mit unvermeidbaren Konzentrations- und Marktberaumungsprozessen unter den Schulen.

Es ist ja auch politisch gewollt, sag ich mal, dass eher kleine Pflegeschulen diesen Prozess – klingt jetzt hart, aber – nicht überleben werden. [...] Weil ich glaube nicht, dass alle Pflegeschulen die Möglichkeit haben, den Anforderungen des Curriculums und des Gesetzes zu entsprechen; es werden Schulen dicht machen. Es werden größere Verbände entstehen, es werden Kooperationen, es werden Schulzentren entstehen, das ist für Bremen auch geplant. Das ist auch explizit politisch geäußert und gewünscht worden. Sie können's ja nicht vorschreiben, aber sie haben schon geäußert, dass sie sich wünschen würden. [...] Und da muss man als Schule – jetzt wir als Altenpflegeschule natürlich auch – schauen, wie stellen wir uns diesbezüglich am Markt auf. [R03]

Ein möglichst einheitlicher curriculärer Rahmen gilt als sehr wichtig [R05]; gegenüber dem weiteren Prozess in Bremen gab es optimistische Einschätzungen zu seiner Gestaltung.

Es muss ein schon relativ konkretes bundesweites Curriculum oder einen Rahmenlehrplan geben. [...] Also wir haben das Alte, das Neue und kriegen dann nochmal das Generalistische, das ist gerade nicht so schön, aber im Prinzip bedeutet das, dass diese Konkretisierung auf Landesebene, auf Bremer-Ebene eigentlich schon gut läuft, also da sind die Akteure schon ganz gut aufgestellt, da ist ein gutes Miteinander, dass das nicht so nach dem Motto: „Die Behörde sagt dies und wir müssen das dann umsetzen.“, sondern dass das ein gutes, gemeinsames Arbeiten für ein gutes Curriculum ist. [R02]

Kritik zieht sich die Landespolitik zu, weil sie entgegen dem hohen Bedarf an Lehrkräften in der Pflegeausbildung das entsprechende Referendariat abgeschafft hat. [R02]

Was ich als Problem sehe ist, ganz aktuell für alle Pflegeschulen, ist der Lehrkräftemangel. Also es wird in den nächsten Jahren so sein, dass eine große Anzahl von Personen in Rente gehen wird, im Bereich der Ausbildung. Und Bremen hat sich ja zum Beispiel aus der Qualifizierung von Pflegelehrerinnen und Lehrern komplett rausgezogen, die machen das ja nicht mehr mit dem zweiten Staatsexamen. Und so ist Bremen angewiesen auf niedersächsische Lehrkräfte für Pflegeberufe. Und die kommen natürlich auch nicht hierher, das muss man einfach sagen. Und es gibt große, große Probleme die offenen Stellen in der Zukunft zu besetzen, und aktuell entsteht ein Kannibalismus zwischen den Pflegeschulen. [R03]

Ein besonderes Problem könnte sich für die Praxisausbildung in der akademischen Ausbildung ergeben, insofern die Praxisanleitung von BA-Studenten nur durch BA-Absolventen gemacht werden soll und kann. Die gibt es jedoch „am Bett“ noch nicht, und es ist unklar, wie dieser Zirkel aufgelöst werden soll. [R05]

5.3.4 Andere Stellschrauben

Zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe führt die Ausbildungsreform nicht unmittelbar – so die Einschätzung von einigen interviewten Experten und Expertinnen. Vielmehr werden dafür andere Stellschrauben zur Sprache gebracht. Zuvorderst steht dabei die Unterfinanzierung des Pflegesystems, die vielfach in den Interviews problematisiert wurde.

Es ist natürlich schwierig, denn wir reden von einem Bereich, der gesetzlich gedeckelt ist, was die Finanzierung angeht, das heißt dieser uns vorgegebene Rahmen muss von uns eingehalten werden. Wenn wir ihn überschreiten, hat das für die Krankenhäuser verheerende finanzielle Auswirkungen und das gibt ja schon mal einen Rahmen vor, der zeigt, dass die Bäume nicht ganz in den Himmel wachsen können. Denn wir haben ja immer noch – da redet bloß keiner drüber –, wir haben ja immer noch einen immensen Investitionsstau, wofür die Länder eigentlich verantwortlich sind und das jetzt seit einem Jahr. [N06]

Die Kritik an den ökonomischen Rahmenbedingungen der Pflege findet zum Teil eine gewissermaßen systemkritische Fortsetzung, die als Ablehnung der Ökonomisierungstendenzen verstanden werden kann:

Ich glaube, nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten kann pflegerische Versorgung kaum bewertet werden. Ich finde das ist eine ganz schwierige Kiste zu sagen, es müssen [...] gesundheitliche Versorgung, Versorgung von alten Menschen, von pflegebedürftigen Menschen nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten organisiert werden. Ich glaube, dass das Spiel der Märkte dort nicht angemessen ist. Und auch dadurch, dass es marktwirtschaftlich gemacht ist, ist auch dieser große Unterschied zwischen Krankenhaus und Altenpflege zu erklären. [R03]

Eine verbesserte Finanzierung der Pflege wird jedoch generell als zentraler Faktor erachtet:

Ist auch irgendwie außer Frage, dass Attraktivitätssteigerung auf die finanzielle Seite gehört, und wenn ich diese Fachkräfte haben will, muss ich sie eben auch dann mehr bezahlen, und das steht aber irgendwie dem Standpunkt gegenüber, dass auf der anderen Seite die Kosten aber eigentlich nicht steigen sollen. Irgendwie muss auch über Geld, was insgesamt in dieses System hineingeht, diskutiert werden. [N03]

Zum anderen wird damit einhergehend eine höhere Entlohnung als wichtige Stellschraube zur Attraktivitätssteigerung genannt.

Ja, also Verbesserungen sind auf verschiedene Weise denkbar, letztlich ist die Verbesserung, die am stärksten empfunden wird, die monetäre. [N06]

Allerdings bestehen erhebliche Unterschiede in der Bewertung und in der Einschätzung des Stellenwerts des finanziellen Faktors.

Alle Erfahrungen sagen, dass Geld wichtig ist, aber nicht alles ist ... eigentlich müssten dann Einrichtungen, die schlecht zahlen, und eben im privaten Bereich gibt's da einige, die müssten eigentlich im Hemd dastehen, tun sie aber komischerweise nicht. Das kann keiner so richtig erklären. [N03]

Auch wird dem Mobilitätsgrund höherer Entgelte in Richtung Krankenhaus widersprochen. Denn es haben zwar

... ja auch Arbeitgeber, vor allem im Altenpflegebereich, Bedenken immer wieder geäußert im Vorfeld des Gesetzentwurfs, die sich Sorgen machen, dass die Altenpflegesschulen nicht überleben werden und die Mobilität ganz klar in Richtung Krankenhaus geht, weil dort mehr bezahlt wird und die Arbeitsbedingungen attraktiver scheinen. Ich würde das eigentlich nicht verbuchen. Also ich glaube schon, auch in den Krankenhäusern haben wir ja im Moment Arbeitsbedingungen durch Fachkräftemangel, die durchaus für den einen oder die andere nicht attraktiv erscheinen und wir haben eine Wanderbewegung auch von Auszubildenden im Bereich der ambulanten Pflege oder auch im Bereich der Altenpflege, also weniger sicherlich im Moment, aber wir haben ganz viele Menschen, die aufgrund der Situation in den Krankenhäusern oft den Eindruck haben: Das ist mir viel zu schnell hier. [...] Hoher Arbeitsdruck, ich kann keine richtigen Beziehungen mehr aufnehmen zu den Menschen, da gehe ich doch lieber in die stationäre Altenpflege, weil das andere Bedingungen sind. [R04]

Bzw. im Hinblick auf die Altenpflege heißt es:

Wie bereits ausgeführt, haben wir allerdings nicht die Hoffnung, dass es bei der Bezahlung in der Altenpflege einen Selbstläufer geben wird. Eine Angleichung der Bezahlung in der Altenpflege setzt geänderte Rahmenbedingungen und eine stärkere Tarifbindung voraus. [N05]

Mit diesen Verweisen auf die Grenzen neoklassischer Modelle zur Erklärung der Einkommen in der Pflege erscheint jedoch auch die Hoffnung einiger Interviewter, dass Marktgesetzmäßigkeiten letztlich doch schon zu einer Verbesserung bzw. Angleichung der Entgelte und Arbeitsbedingungen insbesondere in der Altenpflege führen müssten, auf eher schwachen Füßen zu stehen.

Da sage ich sicherlich, da müssen [...] die Altenpflegeeinrichtungen, das Altenpflegesetting nachlegen, damit sie dieses Gleichwertige ... [...] Ich würde auch sagen, in den Krankenhäusern ist auch Nachholbedarf, aber die Altenpflegeeinrichtungen stehen dann in direkter Konkurrenz zu den Krankenpflegeeinrichtungen, Gesundheits- und Krankenpflegeeinrichtungen und das wird sicherlich ... da muss bei den Gehältern was passieren, wobei so dramatisch schlecht ist das nicht. Ich würde sagen, es muss dringend was bei der Personalausstattung passieren, das halte ich für noch wichtiger als das Gehalt. Ja, dass man auch in der Altenpflege alt werden kann, aber tatsächlich finde ich [...] psychisch und was die Arbeitsbelastung betrifft, würde ich trotzdem sagen, das nimmt sich inzwischen nicht mehr wahnsinnig viel. Das Image ist noch sehr unterschiedlich und sicher auch die Bezahlung, und die Aufstiegsmöglichkeiten vielleicht auch. Aber ich würde sagen, für die Altenpflege oder für das Feld der Altenpflege [...] und auch für die privaten Träger, da wird ein Impuls gesetzt, dass man nicht nur am Gehalt, sondern insgesamt an den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege was tun muss, weil man dann in direkter Konkurrenz zu Krankenhäusern steht und sich hoffentlich dann auch ernsthaft Gedanken macht, wie man die Arbeitsbedingungen so verbessert, dass dann die Leute auch hingehen wollen. [R02]

Die Hervorhebung der Arbeitsbedingungen als zentraler Gesichtspunkt (un-)attraktiver Pflegearbeit gegenüber der Entgeltproblematik, die damit auch ein Stück weit relativiert wurde, fand sich verschiedentlich in den Interviews wieder.

Es ist auch die Vergütung, wobei die, nach meiner Wahrnehmung, wenn ich solche Gespräche führe, gar nicht die ganz wesentliche Rolle spielt, ich höre mehr diese Arbeitsbedingungen, dass man mal eine gewisse Unzufriedenheit auch immer mal spürt, die daraus erwächst (...) Zeit ist ein Problem, es ist zu wenig Zeit da, resultiert auch aus zu wenig Personal. [N01]

Zum einen wurde in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand diesbezüglich der Negativzirkel problematisiert, dass es daher „viele Fachkräfte [gibt], die aus dem Beruf fliehen oder in die Teilzeit“ [N05], was die Personalsituation wiederum verschärft. Zum anderen wurden schlechte Arbeitsbedingungen als Indiz für Ausbeutungstendenzen in der Pflege interpretiert:

Es wird ausgebeutet, die Leute werden nicht gesehen in der Leistung, die sie wirklich täglich machen. Das sage ich rundum raus, dass auch die größeren Unternehmensverbände und Konsortien, diese zusammengeführten, aufgekauften Unternehmen, die dann unter einem Dach stehen, dass da auch ein großes wirtschaftliches Interesse dahintersteht. Und Pflege ist leider so leidensfähig. [...] Eigentlich müssten manche Betriebe nicht eine Pflegekraft, egal ob Assistenz- oder Fachkraft, mehr haben. Aber die Leute bleiben dort, weil sie sagen: „Ich bleibe dort wegen der Bewohner, weil ich die Bewohner nicht alleine lassen möchte.“ [R03]

Da die Bedingungen bereits heute als teilweise dramatisch eingeschätzt werden, wird befürchtet, dass eine weitere Verschlechterung der Qualität der Pflegearbeit auf die Pflegequalität auch in Form einer Erhöhung der Mortalität durchschlagen könne. [R02] Wenngleich schwierig zu entscheiden ist, ob es sich hier um eine Dramatisierung oder realistische Einschätzung handelt, bleibt festzuhalten, dass die Bedingungen in der Pflege grundsätzlich als verbesserungswürdig eingestuft werden und dies eine besondere Dringlichkeit erfordert. Vor diesem Hintergrund ist die Durchsetzung besserer Entlohnungs- und Arbeitsbedingungen zu diskutieren.

Hier wird [N05] zunächst eine Allgemeinverbindlicherklärung (AVE) der Tarifverträge befürwortet.¹¹² Dies ist durchaus verständlich, wenn die äußerst geringe Organisationsrate und die ebenfalls geringe Tarifdeckung bedacht wird. Hier ist vor allem eine geänderte Positionierung von ver.di zu berücksichtigen (Kathmann 2017), die darin besteht, dass eine AVE zunehmend in Bereichen mit geringer Tarifdeckung als mögliches Mittel erwogen wird, um hier ein weiteres Absinken zu verhindern. Ein erster Schritt in Richtung AVE konnte mit dem Abschluss eines trägerübergreifenden Tarifvertrags in der Altenpflege in Bremen erzielt werden. Dieser gilt sowohl für die ambulante als auch die stationäre Altenpflege. In der Tarifgemeinschaft sind die AWO, DRK, Parität, Diakonie und Caritas vertreten (ver.di 2017), jedoch nicht die privaten Pflegedienstleister bzw. Arbeitgebervertreter. Eine AVE der Ausbildungsbedingungen war 2015 noch gescheitert (Senator für Wirtschaft, Arbeit und Häfen 2015). Neuen Schwung erhält die Debatte, seitdem mit dem Minister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, über die „Konzertierte Aktion Pflege“ der Ruf nach einer Allgemeinverbindlichkeit auch prominent vertreten wird (Hans-Böckler-Stiftung 2018).

Allerdings sind AVE bei deutschen Gewerkschaften durchaus auch umstritten, insofern damit die Anreize vermindert werden, Gewerkschaftsmitglied zu werden. Dies berührt ein grundsätzliche Problem der Gewerkschaften, die zum einen mitgliedergeschwächt sind durch zahlreiche Austritte vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten. Zum anderen, so kann aus dem Forschungsstand abgeleitet werden, sind viele Beschäftigte nicht in der Lage, ihre Interessen zu artikulieren, sei es, weil ein geringes Bewusstsein dafür vorhanden ist, sei es, weil zahlreiche strukturelle Hindernisse eine wirksame Interessenvertretung behindern können (Schoeder 2017).

Dies bringt die gewerkschaftliche Interessenvertretung in eine schwierige praktische Situation:

„Dafür brauchen wir viele, viele Mitglieder. Die zu gewinnen ist aber schleppend und schwierig. Viele Kolleginnen in der Altenpflege haben noch nicht verstanden, dass sie nicht vertreten werden, sondern sich selber vertreten müssen, denn ver.di entsteht nur durch die Mitglieder. [...] Ver.di soll dies und das und jenes, aber niemand sieht, dass das nur von Mitgliedsbeiträgen bezahlt und von diesen Mitgliedern erkämpft wird. Vor diesem Hintergrund ist es schwierig in Betrieben etwas zu bewirken ohne genügend Mitglieder, die etwas bewirken wollen und können. Und trotzdem gibt es gerade in der Kranken- und Altenpflege gewerkschaftliche Erfolge, die durch den große Einsatz Weniger erzielt werden.“ [R01]

In Verbindung mit den Überlegungen, wie die Interessen von Pflegekräften in der Öffentlichkeit wirksamer präsentiert werden könnten, wurde unter den Befragten auch eine Vertretung der Pflegekräfte durch Pflegekammern ins Spiel gebracht, von denen bei Pflichtmitgliedschaft insbesondere eine mögliche Stärkung des Berufsbewusstseins erwartet wurde. Dazu sind bereits in Rheinland-Pfalz sehr ambivalente Erfahrungen gesammelt worden (Kuhn 2016) und das Thema wird in Niedersachsen über die Einführung der Pflegekammer hinaus sehr kontrovers diskutiert. Das Für und Wider von Pflegekammern stand im Grunde außerhalb des Befragungsfokus. Soweit das Thema bei den von uns interviewten Experten und Expertinnen allerdings thematisiert wurde, gab es sowohl positive als auch negative Bewertungen.¹¹³

5.4 Zusammenfassende Bewertung: Eine unvollständige Ausbildungsreform, der die Erreichung ihrer Ziele nicht zugetraut wird

5.4.1 Einschätzung des Pflegeberufereformgesetzes als Beitrag zur Modernisierung des Qualifizierungssystems der Pflege

- a) Angesichts des umstrittenen Entwurfs wie der Entscheidung, auf Grundlage des „Kompromisses“ zu einem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zu drängen, ohne dass eine reale inhaltliche Konsensbildung stattgefunden hätte, die den jeweils ins Feld geführten Argumenten adäquat Rechnung getragen hätte, kann es nicht Aufgabe dieses Berichts sein, diese Kontroverse zu entscheiden. Es war unbestritten, dass eine Reform notwendig geworden war, da sich die Anforderungen in der Pflege verändert haben. Der Überlegung, dass auf Grundlage veränderter Versorgungsanforderungen die Profile von Kranken- und Altenpflege zunehmend

¹¹² Vgl. auch aktuell <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.verdi-strebt-nach-flaechentarifvertrag-historische-chance-in-der-altenpflege.64bc06ab-ae9e-47ee-9523-a6f6916c05ee.html> (Zugriff: 2018-07-27).

¹¹³ Für eine kritische Position vgl. z. B. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/pflegekammern>.

weniger klar voneinander abgegrenzt werden können, wurde allgemein geteilt. Insofern hat die generalistische Zusammenführung ein Argument auf ihrer Seite, das auch von ihren Gegnern in keiner Weise bestritten wird.

Es ist daher die Frage, ob die als Gegenargument angeführten bleibenden Notwendigkeiten der Spezialisierung – als solche auch von niemand bestritten – dennoch weiterhin eigenständige Berufsbilder rechtfertigen. Die Bedenken, dass die speziellen Kompetenzen der Akut-, Kinder- und Langzeitpflege bei der Zusammenführung der drei Berufe leiden werden, wurden im Reformprozess zunächst mit dem Mischkonzept der Schwerpunkteinsätze beantwortet. Mit klareren Perspektiven zur Lösung der Spezialisierungsfrage auf Basis einer drei Jahre durchgängig generalistisch durchgeführten Ausbildung wäre eine Annäherung unter dem Dach der Generalistik vielleicht doch möglich geworden – unter der Annahme, dass die Bedenken fachlich fundiert und nicht etwa lediglich vor ökonomische Interessen geschoben waren.

- b) Die in den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten gesammelten Einschätzungen bestätigen das bereits oben entwickelte Urteil, dass das Gesetz, wie es schließlich einschließlich der mit dem „Kompromiss“ eingefügten Optionen zum Fortbestand der Berufsbezeichnungen aus Alten- und Kinderkrankenpflege beschlossen wurde, seinem Anspruch, die Pflegeausbildung entsprechend der neuen Anforderungen der Pflegearbeit weiterzuentwickeln, nur schwer einlösen kann.

Zwar orientiert sich die Ausbildung grundsätzlich am generalistischen Anspruch. Statt jedoch die gemeinsame generalistische Qualifikation und die notwendige Spezialisierung klar zu trennen, wurde die Spezialisierung in die Generalistik hineingetragen. Schon die Notwendigkeit, bereits im Ausbildungsvertrag einen Schwerpunkt zu vereinbaren, widerspricht der Offenheit der Berufswege, die die Generalistik doch eigentlich versprochen hatte.

Außerdem wurde mit dieser Vorfestlegung die Hintertür zum Fortbestand der bisherigen Berufsabschlüsse in der Alten- und Kinderkrankenpflege geöffnet: Die Wahlmöglichkeit für diese Berufsabschlüsse basieren auf der Festlegung des Schwerpunkts im Ausbildungsvertrag. So wurde die Chance vertan, ein klares, konsistentes und für die veränderten Aufgaben in allen Tätigkeitsfeldern der Pflege weiterentwickeltes Berufsbild zu kommunizieren, und damit der Imageentwicklung der Pflegeberufe eher ein Bärendienst erwiesen.

Dass die „Evaluierung“ des Fortbestands der alten Berufsabschlüsse durch eine „Abstimmung mit Füßen“ bzw. durch den „Ausbildungsmarkt“ und damit auch von den in die Beratung von Ausbildungsinteressierten einfließenden Interessen von Arbeitgebern und Schulen statt durch fachliche Diskussion entschieden werden soll, erscheint als weitere Absurdität in einem hochkompliziert geratenen Ausbildungssystem, das nicht nur die Pflegeschulen vor zusätzliche Herausforderungen stellt, sondern auch möglicherweise in den verlangten Entscheidungen die an der Ausbildung Interessierten überfordern könnte.

- c) Einer der größten Haken der geschaffenen Gesetzeslage dürfte darin bestehen, dass der Anspruch, Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit zu verbessern, auf zwei erhebliche Defizite trifft: Erstens sind die in Länderkompetenz weiter zu entwickelten Assistenz- und Helferausbildungen in der Pflege noch nicht kohärent und konsistent auf die generalistische Ausbildung bezogen. Zweitens ist ungeklärt, wie sich die neue Ausbildung in ihren nun zwei Zweigen (beruflich und hochschulisch) auf die bestehenden bzw. weiter zu entwickelnden fachlichen und spezialisierenden Fort- und Weiterbildungen bezieht, und wie dieses Fortbildungssystem zu finanzieren ist.

Umgekehrt kann gerade die geschaffene Möglichkeit für die Länder, auf Grundlage der neuen Zwischenprüfung nach zwei Jahren der Ausbildungsdauer ein Anerkennungsverfahren für einen weiteren Assistenzabschluss in der Pflege einzurichten, eher Besorgnis auslösen. Denn nicht nur würde der Flickenteppich der Assistenzbildungen um eine weitere Option erweitert, statt sich in Richtung eines konsistenten Systems kohärenter Abschlüsse weiterzuentwickeln. Auch könnte die Gefahr bestehen, dass sich in Zusammenhang mit der Zugangsmöglichkeit auf Basis von Hauptschulabschlüssen statt bedarfsgerechter Unterstützung von Auszubildenden auf dem Weg zum erfolgreichen Fachkraftabschluss ein Ausstiegsszenario entwickeln könnte, das zu vermehrten quasi Abbrüchen mit Assistenzabschlüssen führen könnte. Allerdings weisen die Experteninterviews nicht in eine solche Richtung; schon der Bedarf für eine Anerkennung der Zwischenprüfung als weiterer Assistenzabschluss wurde nicht gesehen, weil die Deckung des Fachkräftebedarfs für alle Akteure derzeit klar im Vordergrund steht.

- d) Die Sammlung der mit der jeweiligen Verortung im Institutionensystem der Pflege divergierenden Standpunkte und Einschätzungen in den Interviews konnten auch bestätigen, dass das Gesetz, wie es nun vorliegt, selbst ein Ausdruck der Fragmentierung des Pflegesystems ist, insofern eine Vielfalt von mit Zuständigkeiten für die Pflege ausgestatteten Akteuren ihre jeweiligen ökonomischen und Verbandsinteressen in das Verfahren mit hineinbringen durften. Ein „Diskurs“, auf die fachlichen Entwicklungsbedarfe im Pflegeberuf fokussiert, war offenbar insbesondere gegen Ende des Verfahrens nicht mehr möglich. Alle Seiten konnten ihre Standpunkte im

Verfahren vertreten, jedoch am Ende nicht in gleichem Maß einbringen: Die Regelungen des sogenannten „Kompromisses“ tragen doch insbesondere die Handschrift der privaten Altenpflege-Arbeitgeber.

Doch auch Teile der berufsständisch und pflegewissenschaftlich auftretenden Akteure haben auf ihre Weise interessiert agiert. Die Definition von „vorbehaltenen Tätigkeiten“ mag die Befürworter/-innen einer Anerkennung „der Pflege“ als Profession auf „Augenhöhe“ mit der Medizin ein Stück weit befriedigen. Die Fokussierung dieser Tätigkeiten auf die planerische und organisatorische Aspekte der Pflege und „hochkomplexer“ Anforderungen enthält jedoch die Gefahr, damit auch weitgehende und zurecht umstrittene Grade-Mix-Konzepte zu legitimieren.

Insbesondere die mit der Suche nach möglichen Einsatzfeldern für akademische Pflegekräfte verbundene Kopplung ihres Einsatzes an einen vermehrten Einsatz von geringer qualifizierten und geringer bezahlten Hilfskräften kann zum Problem werden. So würde die Attraktivität der Pflegearbeit für alle Pflegekräfte nicht verbessert, sondern prekäre Frauenarbeit und Altersarmut in der Pflege ein weiteres Mal verfestigt und strukturell hinterlegt.

5.4.2 Einschätzung der Auswirkungen auf die Attraktivität der Pflegearbeit

- a) Es ist bemerkenswert, wie relativ einhellig alle Befragten die Einschätzung vertraten, dass von unmittelbaren Rückwirkungen des Pflegeberufsreformgesetzes auf die Pflegearbeit und ihre Attraktivität nicht auszugehen ist. Für die Attraktivität der Pflegearbeit sind andere Parameter und Stellschrauben ausschlaggebend – Arbeitsbedingungen und Personalausstattung, Tarifbindung und Entlohnung, aber auch Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit. Diese werden unmittelbar von der neuen Ausbildung nicht berührt. Insofern hätte die Reform ihr Ziel, einen spürbaren Beitrag zur Attraktivitätssteigerung der Pflegearbeit zu leisten, verfehlt.
- b) Vermittelte positive Auswirkungen erhoffen sich viele unserer Interviewten noch über den Markt. In Kapitel 4.2.2.3 wurde versucht nachzuweisen, dass jedoch gerade die Vermarktlichung der Pflege einen gewichtigen Hemmklotz für die Weiterentwicklung der Pflegearbeit und ihrer Arbeitsbeziehungen bildet. Dass die Abrechnungslogik einer „ökonomisierten“ Pflege zur „optimalen Ressourcenallokation“ geführt hätte, kann man schwerlich behaupten. Zwar hält sich die Hoffnung, dass durch die Aufhebung der Segmentation des Pflegearbeitsmarkts für Krankenpflege und Altenpflege – bisher allenfalls semipermeabel durchlässiger für Krankenpflegekräfte, die in die Altenpflege gehen – eine Abwanderung von Altenpflegekräften in Richtung Krankenhäuser in Gang kommen könnte, die die Altenpflegeanbieter quasi zwingt, bei Lohn und Arbeitsbedingungen besser zu werden. Allerdings sind die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern derzeit keineswegs besonders attraktiv – was umgekehrt Pflegekräfte zum Wechsel in die Altenpflege motiviert – und ein potenzieller Andrang der Arbeitssuchenden im Krankenhaus könnte auch dazu genutzt werden, wiederum dort Druck auf die Löhne auszuüben, so dass durch „Marktkräfte“ auch eine Angleichung nach unten erfolgen könnte.

Die potenziell problematischen Auswirkungen der Ausbildung über den akademischen Zweig als Ausgangspunkt für einen verstärkten Einsatz von Hilfskräften für die Arbeitsteilung in der Pflege und damit für die Arbeitsbedingen und Entlohnung der Pflegekräfte sind bereits oben abgehandelt worden.

- c) Für das Image der Pflege ist das Gesetz bestenfalls eine „Nullnummer“, wie schon für die Ausbildungsattraktivität im engeren Sinn. Mit der Unentschiedenheit des Konzepts und der unvollständig realisierten Generalistik ist kein klarer „Aufschlag“ für eine Werbung erfolgt, die einen „modernen Pflegeberuf, der dir alle Arbeitsfelder eröffnet“, verheißen könnte. Umgekehrt steht auch hinter den bisherigen, parallel weiterlaufenden Berufsbildern ein großes Fragezeichen.

5.4.3 Nachbemerkung zum Stand der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Im Juli 2018 lag schließlich ein vom Kabinett verabschiedeter Referentenentwurf für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit vor, der im Bundestag abschließend beraten wurde.¹¹⁴

¹¹⁴ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/PflAPrV_Bundestag-130618.pdf

Gegen dieses Ergebnis – genauer gesagt, gegen die in Anlage 4 nun enthaltenen „Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger“, wurden erhebliche Einwände – seitens der Pflegewissenschaft wie seitens der Gewerkschaften – erhoben.

Die pflegewissenschaftlichen Expertinnen, die an der Erstellung des ersten Entwurfs beratend mitgewirkt hatten, distanzieren sich von dieser Fassung aus folgenden Gründen:

Die in der nun vorliegenden Fassung vorliegende Kompetenzdefinition für den Altenpflegeabschluss verlangen nunmehr eine nur reduzierte Beherrschung des Pflegeprozesses; Kompetenzen zur Unterstützung von Familien bzw. sozialen Bezugssystemen wurden reduziert, das Niveau kommunikativer Kompetenzen wurde abgesenkt; außerdem wurden Kompetenzen zur Erschließung und Nutzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, Theorien und Modelle komplett gestrichen. Darin sehen die Pflegewissenschaftlerinnen ein nicht den Versorgungsansprüchen entsprechendes Kompetenzprofil und damit die Qualität in der Altenpflege gefährdet, und stellen fest: „Es entsteht der Eindruck, dass nicht die Interessen der zu pflegenden Menschen und der Pflegenden, sondern die der Arbeitgeber in der Altenpflege im Vordergrund stehen.“¹¹⁵

Auch ver.di hat den vorliegenden Entwurf als „Absenkung des Ausbildungsniveaus“ kritisiert und kommt zu vergleichbaren Schlussfolgerungen über Grund und Zweck dieser eingeschlagenen Richtung:

„Statt die überfällige Aufwertung der Altenpflege zu organisieren und mit attraktiven Bedingungen für ausreichend Fachkräfte zu werben, wird – wie auch bei der Zwischenprüfung – den Interessen der kommerziellen Pflegekonzerne entsprochen, die Altenpflege so billig wie möglich zu halten, um die Gewinne zu maximieren.“¹¹⁶

Leider – diese Wertung sei hier einmal erlaubt – scheinen sich somit mit dieser Entwicklung eine in diesem Bericht an verschiedenen Stellen angesprochene Befürchtung zu erhärten: Kann es bei der Erhaltung der Altenpflegeausbildung als Parallelstruktur zur generalistischen Pflegeausbildung tatsächlich lediglich darum gegangen sein, die spezifischen fachlichen Anforderungen und Kompetenzen der Altenpflege in einem im Übrigen gleichwertigen, ja sogar aufgewerteten Berufsbild zu erhalten? Die jetzt vorgelegten Prüfungsanforderungen für die Altenpflege widersprechen dieser Erzählung. Offenkundig, so scheint es zumindest, wurde und wird weiterhin angestrebt, einen Altenpflegeberuf als einen im Vergleich zur generalistischen Ausbildung im Qualifikations- und Anspruchsniveau niedriger angesiedelten Beruf zu fixieren, der – will man den Zusammenhang von Anforderungs- und Entgeltniveau nicht in Frage stellen, der Entgelthierarchien mit begründet – auch niedrigere Einkommen in der Altenpflege legitimieren könnte. Und damit, so scheint es zumindest, ist es gelungen, die ursprüngliche Reformabsicht der Aufwertung insbesondere der Altenpflege gründlich zu konterkarieren.

6 Der Blick über die Landesgrenzen: Pflegequalifizierung und Pflegereformen in Österreich und in den Niederlanden

Die folgende Darstellung der Qualifizierungssysteme in der Pflege in Österreich und den Niederlanden haben keinerlei Vollständigkeitsanspruch. Auf Basis der Überlegung, dass der demografische Wandel alle modernen Gesellschaften vor vergleichbare Herausforderungen in der gesellschaftlichen Organisation der Pflege stellt, folgte die Anlage der Untersuchung dem Anliegen, aus der Betrachtung ausgewählter Ausbildungssysteme und deren aktueller Weiterentwicklung zusätzliche Gesichtspunkte für eine Bewertung der deutschen Ausbildungsreform und Anregungen für die weitere Entwicklung zu gewinnen. Entsprechend weist die methodische Anlage der Untersuchung als empirische Grundlage zur Einschätzung der Reform durch wichtige institutionelle Akteure mit zwei Interviews pro Land einen klar beschränkten Radius auf. Zum Schwerpunkt der berufsbildungspolitischen Implikationen wurde jeweils ein Berufsverband befragt sowie zur Frage der Rückwirkungen auf die Pflegearbeit jeweils eine Gewerkschaft einbezogen. Die Interviews in den Niederlanden wurden auf Englisch geführt.

¹¹⁵ Vgl. Darmann-Finck/Muths: Stellungnahme der das BMG beratenden Expertinnen zum Entwurf der Anlage 4 der PflAPrV vom 18. Juni 2018, öffentlich gemacht am 25. Juni 2018. - http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/Stellungnahme_der_das_BMG_beratenden_Expertinnen_Juni_2018_1806.pdf. Dort finden sich auch ausführliche Begründung der Kritik aus Sicht der Pflegewissenschaft.

¹¹⁶ <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/reform-der-pflegeausbildung/++co++bbcd37bc-7573-11e8-9378-52540066e5a9>

6.1 Österreich

6.1.1 Verfasstheit von Gesundheits- und Pflegesystem

Konservativer Wohlfahrtsstaat

Österreich gilt als „konservativer Wohlfahrtsstaat“, und in Bezug auf die Organisation und Regelung der Pflege als Mischsystem (Hofmarcher-Holzacker 2008) zwischen subsidiärer Verantwortung der Familie und sozialstaatlichen Leistungsrechten, finanziert aus vergesellschafteten Mitteln über Pflichtversicherungen bzw. Steuermittel.

Verschiedene Bundesgesetze regeln einerseits mittels Krankenversicherung die medizinische Versorgung, von der die Pflege einen Teil bildet; andererseits wird der Bereich der Langzeit- und Altenpflege insbesondere durch das Bundespflegegeldgesetz (BPGG 2016) geregelt, dessen Leistungen aus Steuermitteln finanziert werden.

Auf Basis dieser Auftrennung handeln Untersuchungen zum „Pflegesystem“ auch in Österreich in der Regel vom System der Langzeitpflege, während die Akutpflege als Unterpunkt von Darstellungen des „Gesundheitssystems“¹¹⁷ vorkommt.

Im Folgenden werden die Regelungen der Langzeitpflege kurz dargestellt, da hier wichtige Unterschiede im Detail zur deutschen Pflegeversicherung bestehen.

In Anwendung des Subsidiaritätsprinzips ist häusliche Pflege durch Angehörige die gewollte Regel. Schätzungen gehen davon aus, dass 80 Prozent der Pflegeleistungen durch Angehörige erbracht werden; so dürfte beispielsweise jede dritte Person an der häuslichen Pflege eines Elternteils beteiligt sein; dies betrifft auch hier vor allem Frauen (Schmidt 2014: 16), die so tendenziell im Zugang zum Arbeitsmarkt nachhaltige Nachteile erleiden (vgl. AK Wien 2014: 3-5).

„Die Konsequenzen für diese Frauen, häufig erst mittleren Alters, sind absehbar: weniger Pensionsbeiträge, Altersarmut und wiederum Abhängigkeit von der Betreuung der eigenen Töchter und Söhne bei Pflegebedürftigkeit, ganz zu schweigen von den gesundheitlichen Folgen der Pflegearbeit“ (Schmidt 2014: 24).

In der „formellen“ Pflege liegt der Frauenanteil in der stationären Pflege bei 81 Prozent, in der mobilen Pflege sind es sogar 93 Prozent. Der Teilzeitanteil liegt jeweils bei 51 Prozent bzw. 88 Prozent (AK Wien 2014: 5). Dieses „Arrangement“ wird allerdings genau wie in Deutschland zunehmend brüchig.

Die öffentlichen Leistungen für die Langzeitpflege lagen in Österreich (Studie aus dem Jahr 2012) bei 1,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Die Leistungen des im europäischen Vergleich recht früh (bereits 1993) geschaffenen Bundespflegegeldgesetzes werden einkommensunabhängig gewährt. Der Anspruch richtet sich nach 7 Bedarfsstufen. Das bewilligte Pflegegeld kann von den Empfänger/-innen frei eingesetzt werden, also ohne weitere Voraussetzungen auch in Kompensationsleistungen für informelle Betreuungspersonen weiterfließen.

Da die Pflegegeldleistung nicht darauf berechnet ist, die Kosten zu decken, sind Eigenleistungen zur Abdeckung des Pflegebedarfs die Regel. Ein Drittel der Kosten im ambulanten Bereich bzw. zwischen 1000 und 6000 Euro monatlich im stationären Bereich sind privat zu decken; ggf. übernehmen die Sozialhilfeträger die Kosten (ebd.: 17f).

Beim Zugang zu Sachleistungen wurde Mitte des Jahres 2017 die rechtliche Grundlage dafür abgeschafft, dass in den Ländern unterschiedlich auf die Privatvermögen der Klienten und derer Angehörigen bei einem Langzeitpflegebedarf zugegriffen werden konnte, wenn die eigenen Ressourcen und die staatlichen Zuwendungen nicht mehr ausreichen (länderspezifisch konnte bspw. die Eigentumswohnung progredient für die Finanzierung des Langzeitpflegebedarfs herangezogen werden).

Pflegearbeit („formelle“ Pflege)

Im Akutpflegebereich kann in Österreich von einem hohen Fachkräfteanteil ausgegangen werden. Zur Einschätzung der Verteilung der Qualifizierungsniveaus in der Langzeit- bzw. Altenpflege skizzieren Waldhausen/Sittermann-Branden/Matarea-Türk (2014) die Verhältnisse wie folgt:

¹¹⁷ Eine Zusammenfassung bietet die Broschüre „Das österreichische Gesundheitssystem, Zahlen – Daten – Fakten“ des österreichischen Gesundheitsministerium (2013). Die Pflege wird darin (S. 15f) nur mit zwei Zahlen gewürdigt: 2011 waren in Krankenhäusern 55.594 Pflegefachkräfte (gegenüber ca. 23.000 Ärztinnen und Ärzten) beschäftigt. 2011 gab es ca. 70.000 Plätze in Alten- und Pflegeheimen.

Entsprechende Daten werden nicht systematisch erfasst und es gibt keine österreichweite Vorgabe für die Personalzusammensetzung. Die Personalausstattung sowie die Anteile der verschiedenen Berufsgruppen variieren stark je nach Pflegesetting sowie auch zwischen den Bundesländern. Einer Erhebung aus dem Jahr 2006 zufolge lag der Anteil von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in Alten- und Pflegeheimen bei bis zu 40-50%, der Anteil von Pflegehelfer/innen und Altenfachbetreuer/innen bei 43%. Der Anteil von gering oder gar nicht qualifiziertem Hilfspersonal (z. B. Heimhilfen) liegt bei 7%. In der mobilen Altenpflege hingegen stellen die Heimhelfer/innen die größte Berufsgruppe mit 57%, Pflegehilfen sind mit 25% vertreten und diplomierte Kräfte mit 18%.

In Bezug auf die helfenden Berufe wurde angesichts des auch in Österreich steigenden Kostendruckes auf das Feld der Altenpflege eine Aufwertung und ein verstärkter Einsatz von unterstützenden und assistierenden Berufen diskutiert. Auch eine bedarfsorientierte Spezialisierung für die Pflegehilfen war im Gespräch (Rappold et al. 2011).

Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen gilt insbesondere der noch „junge“ Bereich der Langzeitpflege noch als un-, bzw. unterreguliert und prekär, und insofern entwicklungsbedürftig, wobei die vorhandenen Ambivalenzen und seine Komplexität sich einfachen Lösungen widersetzen (Leichsenring/Schulmann/Gasior 2015: vii und 84). Statistische Daten zur Einschätzung der jeweiligen Einkommen für die Beschäftigtengruppen liegen uns nicht vor. Gleichwohl kann über die Kollektivverträge eine Einschätzung zu den Entgelten erfolgen, da diese für alle Beschäftigten bindend sind, aufgrund der Zwangsmitgliedschaft der Arbeitgeber in den jeweiligen Interessensvertretungen. Unterschiede ergeben sich hierbei über die Qualifikation, die die Verwendungsstufe bestimmt, die jeweilige Betriebszugehörigkeit für den der ausgehandelte Kollektivvertrag gilt und damit oftmals verbunden regionale Unterschiede sowie die je nach Dauer der Betriebszugehörigkeit variierende Gehaltsstufe. Exemplarisch sei hier die die Gehaltstafel für die Beschäftigten bei der katholischen Kirche zur Veranschaulichung dargestellt, damit eine erste Einordnung des Gehalts erfolgen kann. Dabei wird Krankenpflegepersonal, deren Ausbildung mit einem Diplom abgeschlossen wird der Verwendungsgruppe IV zugeordnet. Alten- und Pflegehelfer, Altenfachbetreuer, Pflegehelfer werden in die Verwendungsgruppe V eingruppiert, Heimhelfer in die Verwendungsgruppe VII. Sonderzuschläge sind der Einfachheit halber nicht aufgeführt, sind jedoch durchaus üblich.

Tabelle 12: Gehaltstafel für Beschäftigte karitativer Einrichtungen der katholischen Kirche in Österreich

Gehaltstafel für Beschäftigte karitativer Einrichtungen der katholischen Kirche in Österreich, gültig ab 1. 3. 2018 (Angaben in Euro)											
	I	II	III	IVa	IV	Va	V	VI	VII	VIII	IX
1	3.092,90	2.727,70	2.443,10	2.375,00	2.290,00	2.109,30	2.006,50	1.896,10	1.814,40	1.688,70	1.589,50
2	3.161,90	2.780,40	2.490,80	2.412,30	2.332,30	2.141,20	2.038,40	1.917,40	1.840,60	1.710,20	1.602,20
3	3.235,80	2.852,40	2.540,10	2.449,70	2.374,70	2.180,80	2.077,90	1.940,50	1.864,10	1.731,00	1.614,90
4	3.378,50	2.977,80	2.630,00	2.529,00	2.459,00	2.255,00	2.151,80	2.010,30	1.914,60	1.778,80	1.644,60
5	3.492,70	3.078,80	2.719,50	2.608,50	2.543,50	2.329,30	2.225,80	2.062,60	1.965,40	1.826,30	1.674,30
6	3.607,10	3.179,40	2.809,30	2.688,50	2.628,50	2.403,50	2.299,90	2.115,10	2.016,20	1.857,90	1.703,90
7	3.721,10	3.280,20	2.898,70	2.746,80	2.691,80	2.459,40	2.355,50	2.167,30	2.050,10	1.889,70	1.733,50
8	3.835,10	3.381,00	2.966,20	2.805,20	2.755,20	2.514,60	2.410,60	2.219,70	2.083,70	1.921,60	1.762,90
9	3.949,30	3.481,30	3.033,40	2.863,50	2.818,50	2.570,70	2.466,30	2.272,20	2.117,80	1.953,10	1.792,50
10	4.063,50	3.582,10	3.100,40	2.922,30	2.882,30	2.626,10	2.521,80	2.324,20	2.151,50	1.968,90	1.807,50
11	4.149,00	3.657,40	3.167,70	2.980,20	2.945,20	2.681,90	2.577,20	2.359,40	2.168,50	1.984,70	1.822,00
12	4.234,90	3.732,60	3.212,50	3.017,80	2.987,80	2.719,00	2.614,30	2.394,10	2.185,30	2.000,70	1.836,70
13	4.291,70	3.783,40	3.257,00	3.055,00	3.030,00	2.756,20	2.651,30	2.411,60	2.202,30	2.016,60	1.851,80
14	4.320,50	3.808,20	3.279,60	3.071,10	3.051,10	2.774,70	2.669,70	2.428,80	2.219,00	2.032,60	1.866,50
15	4.348,90	3.833,60	3.301,90	3.087,10	3.072,10	2.793,40	2.688,30	2.446,30	2.236,00	2.048,20	1.881,30
16	4.377,50	3.858,60	3.324,60	3.103,60	3.093,60	2.811,60	2.706,70	2.464,00	2.253,20	2.064,20	1.896,30

Quelle: ÖGB 2018

Die Organisationsprinzipien in der Langzeitpflege, die die häusliche Pflege durch Angehörige und Pflegegeldzahlungen präferieren und damit (Deutschland vergleichbar) eine Situation der Überlastung der Angehörigen herbeiführen, hat auch in Österreich dazu geführt, dass ein wachsender Markt für Agenturen entstanden ist, die vorwiegend osteuropäische Pflegekräfte in Haushalte als „24-Stunden-Betreuung“ vermitteln. Um die damit verbundenen Grauzonen zu regeln bzw. Schwarzarbeit zurückzudrängen, wurden 2007 mit dem Hausbetreuungsgesetz (HBeG 2007) eine arbeits- und gewerberechtliche Basis für diese Tätigkeiten bzw. eine neue Grundlage für eine 24-Stunden-Betreuung im Rahmen des Rechts geschaffen. Die Einhaltung dieses Rechtsrahmens ist offenbar gegen die im System eingerichteten ökonomischen und familiärer Verantwortlichkeit geschuldeten Zwänge schwer in der Praxis einzuführen; es scheint weiterhin unklar, wie viel Geld die Betreuerinnen bekommen, die Qualität ist nicht garantiert, die Agenturen entziehen sich ggf. der rechtlichen Verantwortung, während sie ihren Unterbietungswettbewerb mit Dumpingpreisen gegeneinander fortsetzen.¹¹⁸

¹¹⁸ Vgl. „Goldgräberstimmung in der Altenpflege“, Die Presse, 30.08.2016.

Pflegerressourcen

In der Organisation von Gesundheits- und Pflegerressourcen wird aktuell ein neuer Ansatz verfolgt, der für diplomierte Pflegekräfte interessante neue Einsatzperspektiven bieten könnte. Primärversorgungseinheiten sollen einem umfassenden medizinischen Versorgungsanspruch genügen und dabei insbesondere eine wohnortnahe und kontinuierliche medizinische Versorgung bei Optimierung des Diagnose- und Behandlungsprozesses ermöglichen. Für Pflegefachkräfte bilden diese Versorgungseinheiten eine besondere Perspektive, da sie gemeinsam mit dem medizinischen Dienst unverzichtbarer Bestandteil ihrer Kernteams sind (§ 2 Absatz 2). Das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG §16) stärkt hier die Position der Berufsgruppe, insofern sie in multiprofessionellen Teams ihre pflegerische Expertise mittels Vorschlags- und Mitwirkungsrechten und der eigenständigen Durchführungsverantwortung für alle pflegerischen Maßnahmen ausüben.

Bisheriges Qualifizierungssystem

Das Qualifizierungssystem in der Pflege für den „gehobenen Dienst“ (d. h. Fachkräfte) kannte bisher drei eigenständige Ausbildungen, in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Diese dreijährigen Ausbildungen waren an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen angesiedelt. Eine eigenständige Altenpflegeausbildung gab es nicht. An den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen wurden auch Pflegehelfer/-innen einjährig ausgebildet.

6.1.2 Aktuelle Reform

Am 1. September 2016 trat das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) in Kraft, die Umstellung soll 2024 abgeschlossen sein. Als zentrale Veränderungen sind zunächst festzuhalten:¹¹⁹

- Die drei Fachausbildungsgänge werden zusammengeführt in ein generalistisches Berufsbild. Die Ausbildung wird an Fachhochschulen durchgeführt und schließt mit einem BA-Grad (diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger/in) ab.
- Es werden zwei gestufte Assistenzberufe geschaffen, die mit 1- bzw. 2-jähriger Ausbildungsdauer weiterhin an den Schulen für Gesundheitsberufe ausgebildet werden.
- Nicht mehr Aufgaben-, sondern Kompetenzbeschreibungen bilden die Basis der einschließlich der Fort- und Weiterbildung in einem Gesetz zusammenhängend geregelten Berufsbilder.

Unter Beschränkung auf zentrale inhaltliche Bestimmungen sollen folgende Punkte angeschnitten werden:

Das erste Hauptstück, 2. Abschnitt regelt in §§ 4-10 die Berufspflichten für alle geregelten Berufe (u. a. Gewissenhaftigkeit, Wissenschaftlichkeit, Fortbildungspflicht, Pflicht zur Hilfe, Dokumentation und Einsicht Gewährung, Verschwiegenheit (mit Ausnahmen zur Gefahrenabwehr), Anzeige- und Meldepflicht bei Gefährdungsgefahr. „Eigenmächtige Heilbehandlung“ wird ausdrücklich untersagt.

Das zweite Hauptstück regelt die Ausbildung für den „gehobenen Dienst“ (Fachkräfte), Abschnitt 2 Berufsbild und Kompetenzbereich. Das Berufsbild wird „modern“ auf Basis einer breiten Definition der Aufgaben des Berufs mit klarer Eigenständigkeit definiert: Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen aller Altersstufen und in allen gängigen Pflegebereichen. Sie handeln auf wissenschaftlicher Grundlage gesundheitsfördernd, präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ zur „Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung einer höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht“ (§ 12 Absatz 2).

Außerhalb dieser Beschreibung dieses von Fachpflegekräften eigenständig und eigenverantwortlich auszufüllenden Berufsbilds wird ihnen im Bezug auf medizinische Therapie und Diagnostik lediglich eine abhängig ausführende und unterstützende Rolle zugewiesen: sie „führen die ihnen von Ärzten übertragenen Maßnahmen und Tätigkeiten durch“ (§ 12 Absatz 3). Auf der anderen Seite weitet sich das Tätigkeitsfeld der Pflegefachkräfte in Bezug auf die Pflege in Richtung von Entwicklung und Durchführung von Strategien und Konzepten im weitesten Sinn der Gesundheitsförderung (§ 12 Absatz 5).

In den §§ 13–17 werden dann die (zu erwerbenden und auszuübenden) Kompetenzen recht detailliert aufgeführt. Das Gesetz unterscheidet nicht zwischen vorbehaltenen und nicht vorbehaltenen Aufgaben, sondern definiert (§ 14)

¹¹⁹ Kurzdarstellungen der Reform bei Frohner (2016), Resetarics (2016) sowie ausführlich auch BMGF (2016).

in insgesamt 17 Punkten zunächst die „Kernkompetenzen“, die u. a. neben der „Verantwortung für den Pflegeprozess gleichwertig auch die „Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens“ einschließen.¹²⁰

Genauso detailliert – und damit eindeutig und transparent – wird geregelt, welche Maßnahmen in der medizinischen Diagnostik und Therapie Fachpflegekräften – gemäß im Regelfall schriftlicher ärztlicher Anordnung – übertragen werden dürfen, und damit auch, welche nicht (§ 15). Die Liste umfasst 21 Punkte. Nach Maßgabe der Anordnung können Tätigkeiten unter Aufsicht weiter übertragen werden (z. B. an Auszubildende).

§ 16 erlaubt es den Fachpflegekräften, eigenständig Weiterverordnungen von Medizinprodukten (z. B. Verbandsmaterial, Inkontinenzversorgung) bei vorliegender ärztlicher Erstverordnung vorzunehmen.

§ 17 gibt den Fachpflegekräften einen eigenständigen Stand in multiprofessionellen Versorgungsteams, insofern Vorschlags- und Mitwirkungsrechte und die Durchführungsverantwortung für alle pflegerischen Maßnahmen gesichert werden.

§ 18 definiert insgesamt zehn „setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen“¹²¹ sowie „Spezialisierungen für Lehr- oder Führungsaufgaben“, deren jeweils vorbehaltenen Tätigkeitsprofile in den folgenden §§ jeweils ausgeführt werden. Die Berechtigung zur Ausübung dieser Tätigkeitsprofile setzt eine entsprechende Sonderausbildung voraus.

Das dritte Hauptstück regelt die Pflegeassistentenberufe, also die zweijährige Pflegefachassistenz sowie die einjährige Pflegeassistenz. Die entsprechenden Tätigkeitslisten erscheinen dabei als Teilbereiche der jeweiligen höheren Ausbildungsstufe. Während die Pflegeassistenz auf Mitwirkungsaufgaben an der Pflege unter Vorbehalt der Anordnung durch Pflegefachkräfte sowie generell formal unter Aufsicht beschränkt wird, darf die Pflegefachassistenz bestimmte, ihnen übertragene Tätigkeiten, eigenständig ausführen. Die medizinisch-diagnostischen Tätigkeiten, zu denen sie beauftragt werden dürfen, sind wesentlich weiter gefasst als die der Pflegeassistenz; sie umfassen z. B. das Legen von Magensonden sowie auch diagnostische Programme wie EKG und Lungenfunktionstests.

Von Interesse ist insbesondere noch eine Bestimmung aus § 117, in dem das Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen enthalten sind. Demnach soll (Absatz 23) ab 2025 das Krankenhaus als Tätigkeitsort für alle einjährigen Assistenzkräfte, die ihre Ausbildung nach 2024 abschließen, verschlossen bleiben. Es sei denn, eine Evaluation zeigt, dass in mindestens drei Bundesländern weiterhin Bedarf besteht, oder durch den Wegfall in mindestens drei Ländern „erhebliche Mehrkosten“ entstehen. Die weitere Zulassung lediglich einjährig ausgebildeter Hilfskräfte wird somit klar von ökonomischen Erwägungen und Sparzielen der Länderhaushalte abhängig gemacht.

¹²⁰ Insofern das Gesetz diese beruflichen Kernkompetenzen als zentrale Elemente der erlaubnispflichtigen Tätigkeit einer Pflegekraft definiert, und die „eigentliche Pflege“ erkenntlich darin einschließt, werden im „Ersten Hauptstück“ daher noch eine Reihe von Ausnahmen definiert, unter denen nicht ausgebildete Menschen z. B. an einer Basisversorgung mitwirken dürfen, um die rechtliche Haltbarkeit realer Pflegearrangements abzusichern.

¹²¹ U.a. Intensiv-, Anästhesie-, OP-, Hospiz- und Palliativpflege, Krankenhaushygiene, Wundmanagement, ... insbesondere aber auch „Kinder- und Jugendlichenpflege“ und „Psychogeriatrische Pflege“: Während diese Aufgabenfelder, vorher eigenständige 3-jährige Ausbildungsberufe, damit quasi zu einer Spezialisierung „aufgewertet“ werden, gibt es keine Spezialisierung zur „Altenpflege“ - die Pflege alter Menschen ist in den Kernkompetenzen der Fachkraft implizit mit aufgehoben.

Tabelle 13: Übersicht über das Pflegequalifikationssystem in Österreich

	"gehobener Dienst" / Fachkräfte: - Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	Pflegefachassistent/in (PFA)	Pflegeassistent/-in (PA)
Ausbildungsdauer (Vollzeit)	3 Jahre	2 Jahre	1 Jahr
Ausbildungsort	Fachhochschulen (bis 2024 alternativ noch an Schulen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, wenn Evaluation nichts anderes verlangt)	an Schulen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege	an Schulen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege
Zugang	Hochschulzugangsberechtigung (bisher auch: Schulabschluss 10 Jahre)	Schulabschluss 10 Jahre	Schulabschluss 10 Jahre
Anschlüsse	Ausbildungen und -studiengänge zur Spezialisierung	Abschluss nach 1 Jahr als PA, Recht zu verkürzter Ausbildung für den "gehobenen Dienst", Recht auf Anmeldung zur Reifeprüfung	Möglichkeit, die Ausbildung zur PFA fortzusetzen
Berufsprofil	Eigenständige Ausübung der Pflege, nach ärztl. Anweisung selbstständige Ausführung von Tätigkeiten in Diagnostik und Therapie.	Selbstständige Ausübung von ausgewählten Tätigkeiten auf Anweisung von Fachkräften	
Abschluss	BA (bisher: Diplom)	Diplom	Zeugnis
Fortbildungspflicht	60h in 5 Jahren	40 h in 5 Jahren	40 h in 5 Jahren
Ausbildungszeiten (Davon Praxis/Theorie)	Min. (T/P)		
Modell	Generalistisch – für Krankenpflege und Altenpflege. "Kinderkrankenpflege" und "Gerontopsychiatrie" sind nur als aufbauende Spezialisierungen möglich!	Generalistisch	Generalistisch
Einsatz	In allen Einrichtungen und Pflegesettings	In allen Einrichtungen und Pflegesettings	Ab 2025 nicht mehr im Krankenhaus – Evaluation kann dies aber noch wieder ändern, wenn Bedarf oder Kosten (!) dies erfordern.

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Die Durchführungsverantwortung für die Reform (Personalverantwortlichkeit und die Ausbildungsverantwortlichkeit) liegt vergleichbar wie in Deutschland im Kompetenzbereich der Bundesländer.

Nicht unmittelbar Teil, aber in Zusammenhang mit der Ausbildungsreform zu sehen, ist der Beschluss, ein Berufsregister für Gesundheitsberufe aufzubauen.

6.1.3 Die Einschätzung der Entwicklung: Berufsverband [E04]

Für die Gesprächspartnerin ist mit dem neuen Beruf eine Zusammenführung der bisherigen Berufe zu einem generalistischen Beruf gelungen. Eine zielgruppenspezifische Differenzierung der Pflege habe keine sachliche Grundlage. Ein wichtiger Vorteil der Zusammenführung liege darin, „Bildungssackgassen“ zu vermeiden und umgekehrt Möglichkeiten für Pflegefachkräfte zu schaffen, zwischen den verschiedenen Bereichen der Pflege zu wechseln. Der Wechsel der Ausbildung an die Fachhochschulen kann diese Öffnung unterstützen, insofern sie eine Situation beende, in der im Wesentlichen die großen Träger „ihre Schule“ hatten und für ihre jeweiligen Bedarfe zugeschnitten ausgebildet haben. Für den Praxiseinsatz ergibt sich nun die Chance, sie entlang der verschiedenen Einsatzbereiche zu diversifizieren.

Die Gesprächspartnerin stand dem nun in drei Niveaustufen differenzierten Ausbildungssystem im Grundsatz nicht ablehnend gegenüber. Dennoch sei die weitere Entwicklung der Assistenzberufe genau zu beobachten. Der Einsatz von Assistenzkräften müsse situationsgerecht erfolgen, bzw. die Anforderungen des jeweiligen Praxisfelds müssten den Ausschlag geben, ob und wie ein Mix von zwei oder sogar drei Qualifikationslevel möglich ist. Während in anderen Bereichen z. B. der Langzeitpflege eine prozentual größere Beteiligung von Assistenzkräften möglich erschien, ergäben sich in Akutkrankenhäusern dafür enge Grenzen.

Wir haben hier eine kritische [Position], und müssen ganz genau hinschauen, wie diese Ausbildungen in der Pflegepraxis ankommen, und das ist momentan auch sehr intensiv in Bearbeitung. Nun gibt es die zweijährige Pflegefachassistentin, wo wir jetzt aufpassen müssen, dass jetzt nicht ein gehobener Dienst light entsteht, bzw. die eierlegende Wollmilchsau, die alles macht. [...] Aber es gilt auch alle weiteren Ausbildungen zu beobachten. Ich kann mir z. B. nicht vorstellen, dass ein einjährig ausgebildeter Pflegeassistent sich dann plötzlich auf einer Intensivstation im Einsatz befindet, das kann ja wohl nicht sein. Daher versuchen wir schon von vornherein bestimmte Sorgfaltskriterien und Qualitätskriterien zu setzen, [...] damit das Patientenkontinuum schon nach wie vor die dementsprechende kompetente Qualität hat, die sie brauchen. Die Träger haben, insbesondere wenn sie Personalkosten verhandeln, sicher auch wirtschaftliche Überlegungen. [E04].

Gegen das ökonomische Argument wird demnach Überzeugungsarbeit zu leisten sein, und bundesweit einheitliche Pflegequalitäts- und Personalausstattungskriterien für alle Pflegebereiche sind zu definieren.

Und hier müssen wir halt gut aufpassen, dass wir nicht nur sehr gute Stellen für Fachärzte und -ärztinnen finanzieren lassen, sondern auch für qualifiziertes Pflegepersonal haben. [E04]

Dass die einjährig ausgebildeten Pflegeassistenten ab 2025 grundsätzlich nicht mehr neu im Krankenhaus eingesetzt werden sollen, ist daher für die Gesprächspartnerin der richtige Ansatz.

Die hochschulische Ausbildung soll primär leisten, gut qualifizierte Pflegefachkräfte für die Arbeit in der praktischen Pflege hervorzubringen, was Ausdifferenzierungen der Aufgaben, aufgabengerechte Qualifikationsmixe und eine Höherqualifizierung für spezielle Anforderungen nicht ausschließen soll.

Es ist natürlich aus unserer Sicht nach wie vor so, die Bestausgebildeten ans Bett, aber natürlich werden sie in der Patienten-, Bewohner- und Klientenversorgung immer eine Arbeitsteilung erleben. [E04]

Wenn die Pflege ihre Aufgaben eigenständig und professionell versehen soll, ist aber ein hohes Qualifikationslevel als Standard grundsätzlich nötig.

Wir sind die Prozess-Owner, wir entscheiden, wer was macht, wenn es um den Pflegeprozess geht [...] Ich muss, um die komplexen Versorgungsaufträge auch adäquat erledigen zu können, auch dementsprechend ausgebildet sein. [E04]

In §14 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz kann man sehr gut nachlesen, welche Tätigkeiten das umfasst [...]. Dafür sind wir ausgebildet, dafür sind wir berechtigt, gleichzeitig kann es aber nicht sein,

dass Gesundheits- und Krankenpflege für Servicetätigkeiten und Administrationstätigkeiten verantwortlich ist. [E04]

Die Befürchtung, dass der neue hochschulische Qualifizierungsweg dazu führen könnte, dass sich die Fachkräfte vom Bett entfernen (lassen), sah die Gesprächspartnerin nicht, wenn die Rahmenbedingungen es den Pflegekräften erlauben, im Rahmen ihrer spezifischen Kompetenzen als professionelle Fachkräfte zu handeln.

Als Fortschritt bezeichnete die Gesprächspartnerin die parallel zur Umsetzung der Ausbildungsreform geplante Einrichtung eines Pflegeregisters. Dies dient zunächst als Instrument, um valide Daten als Grundlage für Angebots- und Bedarfsplanung und -steuerung zu generieren.¹²² Darüber hinaus solle es auch zur Information von Pflegekräften dienen (wo ist Bedarf, in welchem Bereich kann sich eine Weiterqualifizierung lohnen) sowie für Nachfrager Qualität und Kompetenz des Angebots transparent zu machen helfen. Eine darauf aufbauende Funktion zur Kontrolle der Fortbildungsverpflichtung als Bedingung einer regelmäßigen Erneuerung des Registerintrags wurde im Gespräch befürwortet.

6.1.4 Die Einschätzung der Entwicklung: Gewerkschaft [E03]

Im Gespräch mit Vertreter/-innen des ÖGB konnten zwei thematische Linien verfolgt werden:

- a) Position zum neuen GuKG und seinen Auswirkungen auf attraktive Pflegearbeit
- b) Handlungsmöglichkeiten für eine Gewerkschaft in dem Bereich, besondere Rahmenbedingungen und Strategien

a) Position zum neuen Ausbildungsgesetz in der Gesundheits- und Krankenpflege

1. Die Umstellung der Fachkräfteausbildung auf Fachhochschulbasis wurde im Interview voll unterstützt und als Chance gesehen. Die Verlagerung der Ausbildung an die Fachhochschulen wurde sogar als eigentlich noch nicht ausreichend bezeichnet: Eine echte Akademisierung (5 Jahre universitäres Studium, bei gemeinsamen Studienanteilen mit der Medizin) würde den Anforderungen und Aufgaben noch mehr entsprechen. Der Wegfall der schulischen Ausbildung sei positiv, einerseits, weil die höhere Ausbildungsebene für die Qualität der Pflege notwendig sei, andererseits, weil das damit erweiterte Tätigkeits- und Kompetenzprofil auch für eine höhere Attraktivität des Berufsbilds stehe.

Einen unmittelbaren Zusammenhang von Ausbildungsreform und Attraktivität gebe es – natürlich – nicht. Das hänge viel mehr von Arbeitsbedingungen ab. Dabei stehe die Personalausstattung ganz oben. Gehalt sei wichtig, stehe aber nicht an erster Stelle: Rahmenbedingungen, die ein ganzheitliches, befriedigendes Arbeiten ermöglichen, seien am wichtigsten.

Die Ausbildung könne zugleich eine Grundlage dafür sein, mit der sich die Pflege in veränderten Versorgungsstrukturen bewähren kann, für die eine hochwertige Fachkräftequalifikation unverzichtbar ist. Das ist z. B. in einer modernen Klinik der Fall, in der die Pflege auch das tun kann und darf, wofür sie qualifiziert ist, und sich gerade in ihrer zentralen Funktion der unmittelbaren Betreuung der Patienten medizinisch und sozialkompetent in komplexen Zusammenhängen bewähren kann. Die Beibehaltung der Berufsbezeichnung als „Gesundheits- und Krankenpflege“ wurde begrüßt, da sie das breite Berufsbild, das neben der Pflege im Krankheitsfall auch eine Verantwortung für Beratung, Vorsorge usw. einschließt, dem Pflegeberuf sichtbar zuordne.

Neue interessante Bereiche für eine professionell agierende Pflege ergeben sich mit den kommenden ambulanten Versorgungszentren (auch Primary Health Center, PHC), in denen die Pflege ebenso eine zentral wichtige Rolle für den Ablauf der Betreuung spielen kann wie im Spital.

Im Bereich der Langzeitpflege wären ebenso Ansätze für eine von der Pflege führend organisierte Quartierspflege denkbar, in der die Pflege umfassend die Beratung, Planung, Organisation und Ausführung der Pflege übernehmen können. Es wäre wünschenswert, dass daher Pflegefachkräfte einmal auch die zentrale Rolle bei der Festlegung der Pflegestufen und damit des Pflegegeldes übernehmen könnten, also die aus Sicht der Pflege notwendigen Bedarfe ermitteln und damit auch über die dafür zu mobilisierenden Ressourcen und deren Finanzierung entscheiden könnten.

¹²² Der Mangel, dem hier abgeholfen werden soll, kommt z. B. auch darin zum Ausdruck, dass aktuelle statistische Informationen zur aktuellen Zusammensetzung des Pflegepersonals in den verschiedenen Bereichen in Österreich derzeit nicht vorliegen.

2. In Bezug auf die zwei neuen Assistenzberufe schien deren zukünftige Bedeutung noch nicht klar absehbar. Eine Einschätzung wurde auch dadurch erschwert, dass zum Interviewzeitpunkt die Ausbildungscurricula noch nicht vorlagen. Auf dieser (fehlenden) Grundlage ließen sich auch die realen Durchlässigkeit Chancen nicht einschätzen. Diese Entwicklungen sind also kritisch zu begleiten.
3. Es wurde jedoch deutlich, dass man auf einen unhintergehbaren Fachkräftebedarf setzt, und daher davon ausgeht, dass Versuche zu Dequalifizierung in der Pflege wenig Chancen haben werden. Insofern wurde auch davon ausgegangen, dass sich hohe Fachkraftanteile in der Pflege auch weiterhin gesellschaftlich finanzieren lassen. Schon die bestehenden Qualitätsstandards ließen ein Absinken des Qualifikationsniveaus nicht zu. Zudem habe eine (unveröffentlichte) Studie zeigen können, dass Fachkräfte auch letztlich wirtschaftlich effizienter als Assistenzkräfte arbeiten. Drittens können überhaupt nur Fachkräfte eine Pflege in der Qualität leisten, die neue und effizientere Versorgungsformen verlangten (z. B. Versorgungszentren, die Aufgaben von Kliniken übernehmen).
4. Die Eigenständigkeit der Pflege in ihren erweiterten Zuständigkeitsbereichen unterstreiche gerade die notwendige Rolle der Kooperation der Professionen; ein „Ärzte-Bashing“ in einem Streit um die Rangfolge sei wenig nützlich. Es sei positiv, dass das neue Gesetz den vorher offenen und in der Praxis dann uneinheitlich und widersprüchlich umgesetzten Streit darum, welche medizinischen Tätigkeiten der Medizin und welche der Pflege zukommen, nun transparent für alle Seiten geklärt habe.

b) Wie bringt die Gewerkschaft in Österreich ihre Anliegen in der Pflege voran?

In bestimmten Bereichen werden hohe Organisationsgrade erreicht, die aus Sicht deutscher Verhältnisse aufhorchen lassen. In der Zentralklinik läge der Organisationsgrad um 80 Prozent, sonst um 50 Prozent.

Als Grundlage für die Herstellung dieser Erfolgsbedingung wurden verschiedene Faktoren angeführt:

1. Die Gewerkschaft hat Gesundheitspolitik zu ihrem Politikfeld gemacht. Sie nimmt es betrieblich und gesellschaftlich als ihre Aufgabe an, sich praktisch um Gesundheit zu kümmern.
2. In diesem Sinn wurde erfolgreiche gesundheitsschutzorientierte Betriebsratsarbeit u. a. in Gesundheitsbetrieben gemacht, z. B. durch das Angebot anonymer Vorsorgeuntersuchungen u.a.m.
3. Damit ist es den Gewerkschaftsfunktionären/-funktionärinnen gelungen, sich nicht von der Basis abkoppeln, sondern für die Beschäftigten in den Betrieben sichtbar und wirksam zu sein.
4. In Bezug auf das Entgelt bzw. die Entgeltentwicklung lässt sich festhalten, dass durch die bestehende Tarifpolitik einerseits und durch die institutionelle Verfasstheit, die u.a. die hohe Tarifbindung bedingt, die Entgeltproblematik, die sich durch die Fragmentierung der Tariflandschaft in Deutschland ergibt, in Österreich in dieser Form nicht vorhanden ist. Vielmehr wäre für Deutschland eine Änderung in Rahmenbedingungen zu diskutieren, damit sie sich österreichischen Verhältnissen ähnelt. Dies wäre zum Beispiel über eine Allgemeinverbindlicherklärung der Tarifverträge möglich.
5. Eine gute Vernetzung der Gewerkschaftsfunktionäre/-funktionärinnen unter anderem mit der Politik hat sich als vorteilhaft erwiesen.

Unter anderem darum habe die Diskussion um eine Pflegekammer in Österreich keine besonderes große Zugkraft. Grundlage dafür sei einerseits der hohe Organisationsgrad in der Gewerkschaft, allerdings auch, dass mit der bundesweiten Arbeiterkammer auch eine „politische“ Vertretung der Pflegebeschäftigten bestehe. Pflegekräfte in Österreich seien also schon „doppelt“ vertreten.

Im Resultat ist noch festzuhalten, dass auch in Österreich keine unmittelbare Wirkung der Reform auf die Attraktivität der Pflegearbeit besteht; auch hier seien andere Stellschrauben und Parameter entscheidend. Wichtig sei dabei vor allem Sicherung einer adäquaten Personalberechnung.

Die Reform ist allerdings mögliche Basis von neuen Versorgungsformen, in denen die höher qualifizierten Pflegekräfte a) nötig und b) am rechten Platz sind, und ihre Kompetenzen umfassend zur Geltung bringen können. Auch so wird attraktive Pflegearbeit gefördert.

6.1.5 Zwischenfazit Österreich

Am jetzt in Österreich gewählten Weg beeindruckt – insbesondere vor dem Hintergrund des Ergebnisses des deutschen Reformprozesses – gewissermaßen die konzeptionelle Reinheit des damit aufgestellten Rechtsrahmens.

- Für Pflegefachkräfte gibt es genau einen Beruf und einen Ausbildungsweg

- Fach- und Assistenzberufe werden in einem Gesetz und in Stufen aufeinander bezogen durch die pflegerische Kompetenzen (bzw. Subsets davon) definiert
- Die Kompetenzen der Fachpflegekräfte in der medizinischen Pflege sind klar und transparent geregelt. Es wurde ebenso klar daran festgehalten, dass eigenständige Heilkunde nicht zur Kompetenzbeschreibung gehört – medizinische Pflege erfolgt auf schriftliche ärztliche Anordnung. Funktionale Ausnahmen betreffen lediglich das Recht zur fortlaufenden Erneuerung der Verordnung von Pflegemitteln.
- Auch die Felder, Kompetenzen und Vorbehaltstätigkeiten der auf die Fachpflegeausbildung aufbauenden Spezialisierung sind im Gesetz klar geregelt.

Auch wenn es sich nicht in den geführten Interviews niedergeschlagen hat: Das Gesetzgebungsverfahren war auch in Österreich nicht unumstritten.¹²³ Dabei ging es weniger um den generalistischen Ansatz und die Überführung der Ausbildung an die Fachhochschulen. Als zentrales Problem erschienen und erscheinen jedoch die neuen Assistenzbildungen, da sie vor dem Hintergrund der gegebenen ökonomischen Interessen und Zwänge einen Dequalifizierungstrend in der Pflege fördern könnten.

Hinter den oben dokumentierten gewerkschaftlichen Optimismus, dass die sachliche Notwendigkeit von Fachkräften schon für die Finanzierung sorgen würde, sei jedoch abschließend ein kleines Fragezeichen gesetzt. Zu den konkreten tariflichen Entgelthöhen wurden uns keine Übersichten zur Verfügung gestellt. Festzuhalten ist aber, dass in Österreich aufgrund der Pflichtmitgliedschaft der Arbeitgeber eine nahezu vollständige Tarifbindung herrscht. Auf deutsche Verhältnisse übertragen würde dies einer Allgemeinverbindlicherklärung bedürfen..

In einem offenen Brief vom 29.08.2017 sah sich die Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV), Ursula Frohner zu einem Einspruch gegen den zu diesem Zeitpunkt noch als Bundesminister für Europa, Integration & Äußeres fungierenden Sebastian Kurz herausgefordert. Dieser hatte offenbar die Ansicht vertreten, dass die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen hinreichend damit beschrieben werden könne, dass sie aus ‚...christlicher Haltung...‘ sowie ‚...im Ehrenamt...‘ geleistet werde. Dem wurde entgegengehalten:

„Per se ist die christliche Haltung in diesem Zusammenhang möglich. Jedoch erfordert der umfangreiche Versorgungsauftrag durch Pflegefachkräfte in diesem Bereich hohe Fachkompetenz. Konkret geht es um direkte Pflegeinterventionen bei Pflegebedürftigen, die Umsetzung des medizinischen Therapieplans und – die vielleicht größte Herausforderung – die bedarfsorientierte Unterstützung pflegender Angehöriger sowie deren Bezugspersonen. Im Namen des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) rege ich daher dringend an, im Sinne der betroffenen Pflegebedürftigen und deren Angehörige, die notwendige Professionalität auch dementsprechend zu beachten und zu kommunizieren.“¹²⁴

Trotz der erreichten Verlagerung der Fachkräfteausbildung an die Hochschulen scheint die Anerkennung der Pflege als professionelle berufliche Aufgabe auch in Österreich noch nicht im gesellschaftlichen Konsens angekommen und damit eine offen Durchsetzungsfrage zu sein.

6.2 Niederlande

Die Übersicht zu den aktuellen Entwicklungen in den Niederlanden musste, da sie sich in der vorliegenden deutschsprachigen vergleichenden Literatur noch nicht widerspiegeln und auch niederländische Quellen nur in Landessprache vorlagen, aus letzteren Quellen destilliert werden. Zum Teil brachten deutsche und niederländische Wikipedia-Einträge aktuelle Fakten bei. In der Wahl der Gesprächspartner wurde für einen gewerkschaftlichen Standpunkt die FNV (Federatie Nederlandse Vakbeweging, <https://www.fnv.nl/>) angesprochen, die über einen Zweig für die Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegesystem (Sector Zorg & Welzijn) verfügen. Es gibt in den Niederlanden auch eine Sparten-gewerkschaft für Pflegekräfte, NU-91 (<https://www.nu91-leden.nl>), die jedoch dem befragten Berufsverband (v&vn, Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen, <https://www.venvn.nl/>) inhaltlich nahestehen, so dass im Interesse der Kontrastierung von Aussagen die Wahl auf die Befragung der FNV fiel.

¹²³ Vgl. z. B. <https://derstandard.at/2000022783515/Entwurf-fuer-neues-Pflegegesetz-weiter-umstritten>; https://stmk.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundrecht/gesundheitsberufe/Die_drei_neuen_Saeulen_der_Gesundheits-_und_Krankenpflege.html,

¹²⁴ https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Aktuell/OEGKV_Ursula_Frohner_Sommergespraeche_Bundesminister_Kurz_28082017.pdf

6.2.1 Verfasstheit von Gesundheits- und Pflegesystem

Mischsystem im Wandel

Das Gesundheitssystem und seine Finanzierung haben in den Niederlanden in den letzten Jahrzehnten erhebliche Veränderungen durchgemacht. Heute findet sich ein Mischsystem aus allgemeiner staatlich fixierter Kopfprämien-Pflichtversicherung bei privaten Versicherungsunternehmen, Selbsthalten und Zuzahlungen, Zuständigkeiten von Gemeinden und steuerfinanzierten Leistungen.¹²⁵

In den Niederlanden wurde bereits ab 1967 das Pflegerisiko versichert. Damit waren die Niederlande lange Zeit Vorreiter auch hinsichtlich der für Langzeitpflege bereitgestellten Mittel in Europa (Wild 2010: 32). Denn die damit lange etablierte gesellschaftliche (Mit-)Verantwortung für die (Alten-)Pflege kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Ausgaben für die Langzeitpflege gemessen am Bruttoinlandsprodukt relativ große Anteile ausmachen (2007: 3, 4 %, vgl. Wild 2010: 34). Die Niederlande gelten oft als „Weltmeister der Pflegekosten“.¹²⁶

Insgesamt wird das Gesundheits- und Pflegesystem heute im Wesentlichen durch drei Gesetze geregelt, wobei Tabelle 14 versucht, das Wichtigste kurz zusammenzufassen:

- ZVW (Zorgverzekeringswet, etwa Gesundheitsversorgungsversicherungsgesetz), das die ambulante wie stationäre medizinische Versorgung (einschließlich der in diesen Bereich fallenden Pflege) abdeckt. Die Finanzierung beruht auf einer allgemeinen Pflichtversicherung bei privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen eines gesteuerten Wettbewerbsansatzes. Finanziert wird diese über direkt an die Versicherer zu zahlende staatlich fixierte Kopfprämien sowie mit einem einkommensabhängigen Beitrag zu einem Fonds, der von den Arbeitgebern erstattet wird und insofern einen „Arbeitgeberanteil“ bildet; beide Seiten sollen sich die Waage halten (Agasi 2008: 282f). Die Versicherer sind verpflichtet, Basispakete anzubieten, die zu ebenfalls staatlich fixierten Basisleistungen berechtigen. Die Kostenerstattung beginnt erst nach der Erreichung eines Selbstbehalts. Es bestehen weitere Zuzahlungsregelungen. Andererseits gibt es einen Zuschuss für Einkommensschwache. Für weitere Leistungsbereiche kann (bzw. muss) eine zusätzliche private Versicherung bei einem der Anbieter abgeschlossen werden. Diese Kombination von Kopfpauschale und privatem Geschäft von Versicherungsunternehmen ist gesellschaftlich nicht unumstritten. Von der SP (Socialistische Partij, <https://www.sp.nl>) wurde eine Diskussion um einen alternativen nationalen Fonds (<https://nationaalzorgfonds.nl>) angestoßen, um eine Versorgung ohne eigenes Risiko und ohne das Dazwischentreten des Interesses der Versicherungsunternehmen anzuregen, die anfangs auch von anderen gesellschaftlichen Gruppen unterstützt wurde. Die Diskussion scheint jedoch an der Frage der positiven Umsetzungsvorstellungen ins Stocken geraten zu sein [E01].
- WLZ (Wet Langdurige Zorg, etwa Gesetz zur Langzeitpflege) sichert das „nicht individuell versicherbare Krankenkostenrisiko“¹²⁷ ab. Es dient zur Finanzierung für großen, dauerhaften Pflegebedarf einschließlich der Notwendigkeit für eine 24-Stunden-Versorgung. Aus deutscher Sicht erscheint interessant, dass das Pflegerisiko, das sich nicht durch mobile Pflege im Rahmen des ZVW adressieren lässt, somit als nicht individuell versicherbar aufgefasst wird, und daher durch eine allgemeine Versicherung beantwortet wird. Eine „Vollkasko“-Versicherung ist allerdings auch dies nicht; für die Heimkosten beispielsweise sind (nach Leistungsfähigkeit abgestufte) Eigenbeiträge zu zahlen.¹²⁸ Eine Bedürftigkeit nach WLZ wird von einem staatlichen Institut (Centrum Indicatiestelling Zorg) festgestellt.
- WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, etwa Gesetz zur gesellschaftlichen Unterstützung) ist dagegen größtenteils steuerfinanziert. Die Aufgaben sind den Kommunen übertragen. Das WMO ist damit für die Unterstützung der häuslichen Pflege im Quartier zentral. Sein Ziel ist die Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe sowie die Ermöglichung bzw. Erhaltung der Selbstständigkeit im Wohnen. Die Gemeinden ermitteln und regeln Unterstützungsleistungen auf Grundlage dieses Gesetzes. Im Zentrum stehen Unterstützungsangebote

¹²⁵ Vgl. auch <https://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/nl-wissen/soziales/vertiefung/gesundheitsversorgung/modernisierung.html>.

¹²⁶ <https://www.dnhk.org/news/single-view/artikel/niederlande-sind-weltmeister-der-pflegekosten>, am 2018-04-22 nicht mehr abrufbar.

¹²⁷ „... een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's“, https://nl.wikipedia.org/wiki/Wet_langdurige_zorg.

¹²⁸ Das vorher mit breitem Zuständigkeitsbereich unter anderem auch für die stationäre Pflege zuständige AWBZ (Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten, ca. Allgemeines Gesetz besondere Krankheitskosten) ist nicht mehr gültig seit dem 01.01.2015. Seine Aufgaben wurden einerseits an die Gemeinden übertragen und sind andererseits an das WLZ übergegangen. „Sinds 2015 wordt de extramurale zorg door de gemeenten geregeld. De overblijvende delen van de AWBZ zijn omgevormd tot de Wet langdurige zorg.“ Vgl. https://nl.wikipedia.org/wiki/Algemene_Wet_Bijzondere_Ziektekosten

(also nicht Pflege im engen Sinn) für den Unterstützungsbedürftigen und für die Personen (Familie, Bekannte, Nachbarn sowie durch andere unbezahlte Pflege-Laien), die sich um die pflegebedürftige Person kümmern. Es werden allgemeine Angebote organisiert sowie und individuelle Unterstützung auf Grundlage von personengebundenen Budgets finanziert. Ein Beispiel für ein allgemeines Angebote können Gelegenheiten für Sozialkontakte oder die Organisation einer mobilen Versorgung mit Essen sein („Bijvoorbeeld een koffieochtend in het buurthuis, of een maaltijdservice“). Bei personengebundenen Hilfen geht es um Dinge wie Haushaltshilfe, Begleitung im täglichen Leben, Wohnungsanpassungen, Rollstuhl oder „Scootmobiel“ (= stabiles, elektrisch betriebenes Fahrzeug für 1 Person), sowie Kurzzeitpflege in einer Tagesstätte.¹²⁹ Diese Angebote verstehen sich im umfassenden Sinn als subsidiär: Die Hilfe der Gemeinde versteht sich als Ergänzung zu dem, was der Bedürftige selbst tun kann, und was seine Familie, Freunde und Nachbarn tun können.¹³⁰ Andererseits besteht Anspruch, dass die Gemeinde sich um die damit nicht abgedeckten oder abdeckbaren Bedarfe kümmert.¹³¹

Insofern besteht in den Niederlanden eine Mischung aus Subsidiarität und gesellschaftlicher Verantwortung für die Pflege, in der letztere klarer als in Deutschland den Gemeinden als Tätigkeitsfeld (Bedarfe feststellen, Angebote organisieren, Anträge bearbeiten usw.) zugewiesen ist.

Es gibt aktuell Hinweise in der niederländischen Presse, dass sich auf der Grundlage der Zuständigkeit der Gemeinden die Versorgungsprofessionalität und -qualität in der Altenpflege in den Gemeinden stark unterscheidet, mit einem ausgeprägten Nord-Süd Gefälle. Im gegebenen Beispiel ruht die Versorgung „im armen Norden beinahe vollständig auf Freiwilligen“.¹³²

¹²⁹ Quellen für das Folgende: https://www.regelhulp.nl/bladeren/zorgstelsel/wmo-ondersteuning/_/artikel/wmo/, https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/pgb-voor-wmo-ondersteuning/

¹³⁰ „Hulp van de gemeente is een aanvulling op wat u zelf kunt. En wat uw familie, vrienden en burens kunnen doen.“ (ebd.)

¹³¹ „De gemeente kijkt wat u nodig heeft om zo zelfstandig mogelijk te leven en mee te doen aan activiteiten. Bijvoorbeeld een training, hulpmiddelen of dagbesteding.“ (ebd.)

¹³² „In het arme Noorden leunt de verpleegzorg bijna geheel op vrijwilligers“, Huisman, Charlotte (2018): Zorgwekkende bezuinigen of gratis yogales: ook de ouderenzorg verschilt sterk per gemeente, in: Volkskrant, 11 maart 2018, <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/zorgwekkende-bezuinigen-of-gratis-yogales-ook-de-ouderenzorg-verschilt-sterk-per-gemeente~a4580297/>

Tabelle 14: Gesetzliche Pflegegrundlagen Niederlande

	WMO	ZVW (1.1.2006)	WLZ (1.1.2015)
	Wet maatschappelijke ondersteuning – (ca. Gesetz gesellschaftliche Unterstützung)	Zorgverzekeringswet (ca. Gesundheitsversorgungsversicherungsgesetz)	Wet langdurige Zorg (ca. Gesetz Langzeitpflege)
Ziel und Art der Leistungen	Ermöglichung selbständigen Lebens und gesellschaftlicher Teilhabe, Unterstützung durch Hilfen und Dienste Organisiert durch Gemeinde	Medizinische Versorgung (soweit im Basispakt definiert) Med. Behandlungen (z. B. Hausarzt (Hausarztmodell -> Überweisung Facharzt) Krankenhaus) und Hilfsmittel, aber auch Versorgung durch ambulante Pflegedienste	Pflegerische Versorgung in der Langzeitpflege - Inanspruchnahme von Sachleistungen oder über persönliches Budget (Verwendung frei auch für pflegende Angehörige)
Leistungsanspruch	Subsidiär – Ergänzend, wenn private Möglichkeiten nicht ausreichen – für alle, allgemeine und individuelle Angebote, festgestellt durch Gemeinde	Für alle Versicherten soweit im Basispaket definiert. Versicherer bieten weitere Pakete zur freiwilligen Zusatzversicherung (insb. Zahnversorgung) an	Für alle Versicherten -> Feststellung des Anspruchs durch ... CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)
Finanzierung	Gemeinden, Finanzierung individueller Hilfen aus persönlichem Budget (zu beantragen)	Pflichtversicherung für alle Private Versicherungen bieten Basispakete zu gesetzlich fixiertem einheitlichem Preis an. Selbstbehalt (derzeit 385 EUR). Arbeitgeber finanzieren Einkommensabhängig mit Zuschuss für Einkommensschwache	Pflichtversicherung für alle Einkommensabhängige Prämien Eigenbeitrag nach Einkommen und der Frage ob in Einrichtung oder zu Hause unterschieden.

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Pflegearbeit („formelle“ Pflege)

Auch in den Niederlanden ist die professionelle Pflege eine Frauendomäne, wird jedoch im Vergleich zum nationalen Durchschnitt relativ gut entlohnt. Zahlen zur Zusammensetzung der Pflegekräfte nach Qualifikationsstufen in den verschiedenen Pflegebereichen liegen uns nicht vor. Es gibt Hinweise auf eine zunehmende Verknappung an Pflegefachpersonal, auch wegen des hohen Anteils älterer Pflegekräfte (23% älter als 55).¹³³ Als eine Reaktion zur Entlastung der Pflegekräfte und zur Ausdehnung der für die Pflege zur Verfügung stehenden Zeit soll die bisher von den Pflegekräften stark kritisierte Dokumentationspflicht im 5-Minuten-Raster in der häuslichen Pflege anscheinend tatsächlich abgeschafft werden.¹³⁴

¹³³ Zorg zoekt meer handen aan bed: 'Tekort aan personeel neemt komende tijd toe' - wetenschap, in: <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/zorg-zoekt-meer-handen-aan-bed-tekort-aan-personeel-neemt-komende-tijd-toe~a4580308/>

¹³⁴ Minister de Jonge maakt haast met vernieuwing in de zorg en schrapt 5-minutenregistratie voor wijkverpleging, <https://www.volkskrant.nl/binnenland/minister-de-jonge-maakt-haast-met-vernieuwing-in-de-zorg-en-schrapt-5-minutenregistratie-voor-wijkverpleging~a4578650/>

Das Tarifsystem und die Entgelte haben sich seit 2000 ausdifferenziert. Auf Betreiben der Arbeitgeber in der Pflege wurden die vorher einheitlichen durch bereichsspezifische Tarifverträge (cao, collectieve arbeidsovereenkomst) ersetzt, so dass bei gleicher tätigkeitsbezogener Eingruppierung sich unterschiedliche Gehälter in Krankenhaus, ambulanter Versorgung und Altenheimpflege entwickelt haben. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die aktuell gültigen Vereinbarungen (Quelle: FNV).

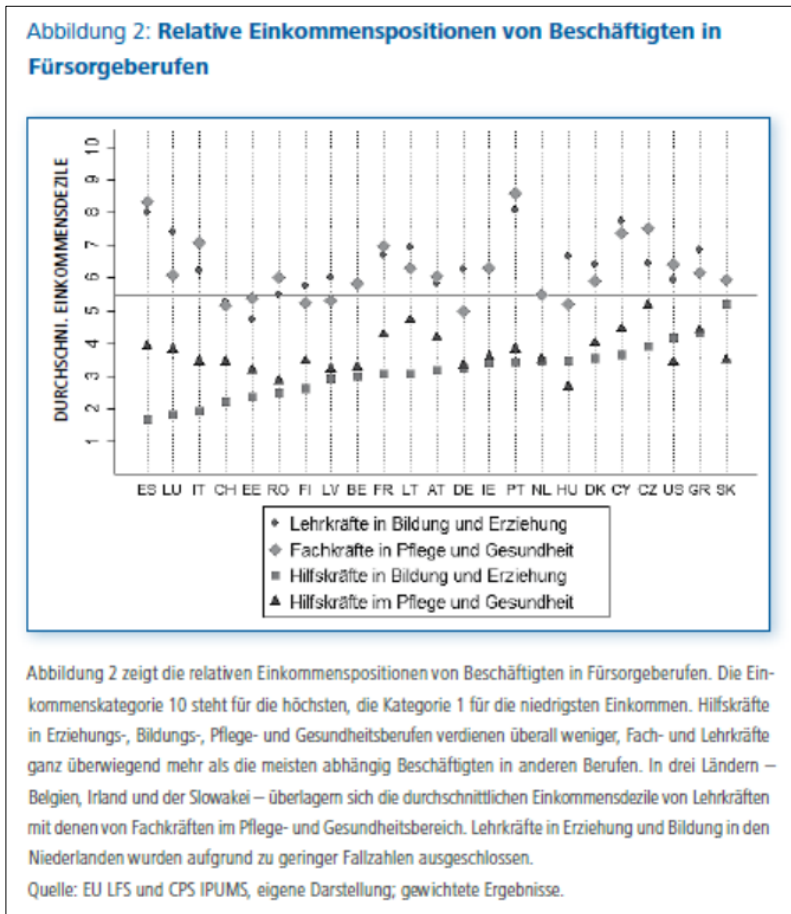
Tabelle 15: Most common gross salary scales in the four largest healthcare branches / NL

Branch	Jobtitle	Job evaluation system	Minimum #	Maximum#*
Hospitals	Nurse	FWG 45 cao z	2.144	3.072
	Nurse+	FWG 50 cao z	2.336	3.490
	Specialised nurse	FWG 55 cao z	2.665	3.917
Mental Healthcare	Nurse (begeleider)	FWG 45 cao GGZ	2.222	3.135
	Nurse+	FWG 50 cao GGZ	2.535	3.467
Care for disabled people	Nurse (begeleider)	FWG 40 cao GHZ	1.826	2.701
		FWG 45 cao GHZ	1.940	2.967
Elderly care	Nurse	FWG 40 cao VVT	1.865	2.760
		FWG 45 cao VVT	2.248	3.032
Home care		FWG 45 cao VVT	2.248	3.032
		FWG 50 cao VVT	2.373	3.444
Amounts in Euros, # excluding irregularity allowance and year-end bonus more than 8 % of the annual salary, *usually after 11 or 12 annual steps (Source: FNV)				

Quelle: FNV

Wenngleich sich die Gehälter unterschiedlich entwickelt haben, je nach Branche bzw. je nachdem, ob die Pflege ambulant oder stationär erfolgt, zeigt sich anhand der folgenden Abbildung für die Niederlande, die relative Einkommensposition von Beschäftigten in Fürsorgeberufen.¹³⁵ Dabei wird deutlich, dass Hilfskräfte im Gesundheits- und Pflegebereich deutlich weniger als die übrigen Beschäftigten verdienen, die Fachkräfte hingegen dem durchschnittlichen Einkommen aller Beschäftigten entsprechend entlohnt werden – ein Trend der sich ähnlich auch in Deutschland und Österreich finden lässt.

¹³⁵ Grundlage der Berechnung ist die Europäische Arbeitskräfteerhebung (EU LSF) von 2011.

Abbildung 7: Relative Einkommenspositionen von Beschäftigten in Fürsorgeberufen (EU)

Quelle: Hipp/Kelle 2016: 16

Pflegere Ressourcen

Die Institutionen für die Durchführung der Langzeitpflege in Pflegeheimen, die insbesondere eintritt, wenn eine häusliche Pflege nicht mehr angemessen möglich erscheint, liegt vor allem in den Händen von Wohlfahrtsverbänden (Wild 2010: 33). Zur Finanzierung sind auch Eigenbeiträge, die Einkommen berücksichtigen, zu zahlen. Diese Beiträge sollen jedoch Personen mit niedrigem Einkommen nicht ihrer Ersparnisse und Rücklagen berauben und auch nicht die Verwandten belasten.

Aus den Interviews wurde deutlich, dass sich eine Versorgung im Pflegeheim in der Regel und zunehmend auf die allerletzte Lebensphase bezieht – und entsprechend relativ kurze Verweildauern üblich sind. Man geht nicht mehr ins Altenheim, um dort „zu leben“. Dies bedeutet gleichzeitig, dass dort zunehmend eine komplexe Pflege vorherrscht. Über die Zusammensetzung des Personals in diesem Bereich liegen uns keine Zahlen vor. Einschätzungen aus den Interviews gehen von einem Mix aus Fachkräften (mit mbo-3-Kräften > 50%) aus.

In der häuslichen Pflege liegt derzeit ein Mix aus Verantwortung der Gemeinde und der Angehörigen vor. Da sich die genderübergreifenden, örtlichen und zeitlichen Flexibilitätsanforderungen der Arbeitgeber mit dem familiären Pflegemodell auch in den Niederlanden nicht vertragen, stellt sich auch dort die Frage nach neuen Versorgungsmodellen.

In der ambulanten Pflege ist hierzu besonders auf das Phänomen der „Buurtzorg“¹³⁶ – vielleicht als „pflegerische Betreuung im Quartier“ zu übersetzen – hinzuweisen. Es handelt sich um ein privat geführtes, aber „non-

¹³⁶ <https://www.buurtzorgnederland.com/>

profit“-Unternehmen, das ein erhebliches Wachstum zu verzeichnen hat - 2016 ca. 10.000 Beschäftigte, davon 300 Männer.¹³⁷ Der administrative Overhead wird – unter anderem durch Einsatz von unterstützender IT-Technik in Pflege – so gering wie möglich gehalten. Hervorzuheben sind die hohen Fachkräfteanteile von ca. 70 %, davon noch einmal 40 % mit hbo-5-Abschluss (Hauer 2016: 2). Dies kann darauf hindeuten, dass Pflegefachkräfte hier ein attraktives Tätigkeitsfeld im Rahmen sich selbst organisierender Teams finden können.

Buurtzorg hat mit allen Versicherungsanbietern Verträge geschlossen. Dabei konnte offenbar erreicht werden, dass die Pflegekräfte den Bedarf ermitteln und pauschal abrechnen können (vgl. Hauer 2016). „Die Pflegekräfte übernehmen die gesamte Koordination, schauen auf Ressourcen der KlientInnen und binden bewusst Angehörige, Nachbarschaft und Primary-Health-Care-Strukturen ein“ (Staflinger 2017). Buurtzorg scheint es gelungen zu sein, im Pflegemarkt, aber ein Stück weit auch gegen dessen Abrechnungslogik, eine effizientere und attraktivere Pflegearbeit zu ermöglichen.

Eine mögliche Gefährdung der Pflegekräfte kann sich aus dem hohen Grad der Selbstorganisation im Zusammenwirken mit der pauschalen Abrechnung ergeben, insofern die effektive Arbeitszeit nicht mit der bezahlten Pflegezeit zusammenfällt, und auf dieser Grundlage Entgrenzungssphänomene und „ein aus dem Ruder laufendes Überengagement“ (Staflinger 2017) der engagierten Pflegekräfte eintreten könnten. Über die spannende Frage der betrieblichen Regelung und Praxis des Arbeitsschutzes unter diesem Modell wissen wir jedoch offenbar bislang noch zu wenig.

Grundlagen Ausbildungssystem

Das berufliche Ausbildungssystem in den Niederlanden ist eng mit dem Schulsystem verzahnt. Zur Erfüllung der Schulpflicht zwischen dem 4. bis zum 18. Lebensjahr muss bis zum 16. Lebensjahr eine Schule besucht werden.¹³⁸ Alle Schulstufen oberhalb der „Basisschool“ verstehen sich als Vorbereitung oder Vermittlung beruflichen Kompetenzerwerbs. Auf der Ebene der Vorbereitung finden sich drei Stufen:

- ein sechsjähriger „vorwissenschaftlicher“ Bildungsgang (voorbereidend wetenschappelijk onderwijs, vwo) dient der Vorbereitung auf ein Studium an einer Universität,
- ein fünfjähriger, auf „höhere“ Berufsausbildung (hogere algemeen voortgezet onderwijs, havo) vorbereitender Bildungsgang, der im Abschluss am ehesten der Fachhochschulreife entspricht,
- ein auf vier Jahre angelegter kann „mittlerer“ berufsvorbereitender Bildungsgang (voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs, vmbo) bereitet vor allem auf einen Anschluss im schulischen Berufsbildungssystem vor (mbo), und bietet dabei allerdings noch einmal verschiedene Wege an, die hier nicht weiter von Belang sind.

Die Berufsausbildung erfolgt aufbauend einerseits an Universitäten (wetenschappelijk onderwijs, wo), Fachhochschulen (hogere beroepsonderwijs, hbo) und Berufsschulen (middelbaar beroepsonderwijs, mbo¹³⁹), in den Abschlüssen zugeordnet in die entsprechenden EQR-Stufen.

Für die Berufsausbildungen im mbo-Zweig gilt:

- Es gibt zwei Modelle für den Ausbildungsweg: arbeitsbegleitend (BBL) oder schulisch mit Praktika (BOL). Dies kann mit sehr unterschiedlichen Praxisanteilen der Ausbildung einhergehen.¹⁴⁰
- Die Auszubildenden tragen Ausbildungskosten (ab 18 Jahre); je nach Ausbildungsweg kann eine Finanzierung beantragt werden, bzw. gibt es die Möglichkeit, dass der Arbeitgeber neben der Vergütung die Kosten (teilweise) übernimmt.
- Formell ist jede Ausbildungsstufe die Berechtigung, eine Ausbildung auf der jeweils höheren Stufe anzuschließen.

¹³⁷ <http://www.buurtzorg-in-deutschland.org/buurtzorg/>

¹³⁸ https://de.wikipedia.org/wiki/Bildungssystem_in_den_Niederlanden

¹³⁹ Dazu tritt noch die niederländische „duale Ausbildung“ (leerlingwezen).

¹⁴⁰ Für die Pflegeausbildung in den Niveaus mbo-3 und mbo-4 liegt der Praxisanteil in der betrieblichen Ausbildungsform beispielsweise bei 70 % praktischer Ausbildung, in der schulischen Vollzeitform nur bei 30 %. (Marzell 2006 : 9) Komplementär unterscheiden sich die Theorieanteile. Verpflichtende Vorgaben für Mindest-Praxisanteile scheinen nicht vorzuliegen.

6.2.2 Aktuelle Reform

Die Ausbildung der Pflegefachkräfte (verpleegkundige) wurde im Gesetz zu den Berufen der individuellen Gesundheitsversorgung (Wet BIG, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) geregelt. Diese regelt zugleich die Eintragung in die Berufsregister der zur Berufsausübung zugelassenen professionellen Kräfte. Insgesamt stellt sich das Ausbildungssystem vor und mit einigen, aber wichtigen Veränderungen nach der geplanten Reform in Übersicht wie folgt dar (Tabelle 16).¹⁴¹

¹⁴¹ Die aktuellen Reformvorstellungen sind derzeit noch nicht beschlossen, aber haben Eingang in einen Gesetzentwurf gefunden; es ist davon auszugehen, dass die darin vorgeschlagenen Veränderungen kommen werden. <https://www.nursing.nl/magazine-artikelen/de-laatste-puntjes-op-de-wet-big-ii/>

Tabelle 16: Übersicht über das Pflegequalifikationssystem in den Niederlanden

Bezeichnung	Assistent Dienstverlening en Zorg ("Assistent Dienstleistung und ca. Care")	Helpende Zorg en Welzijn ("Helfende" ca. Care und Gesundheit)	Verzorgende-IG ("Versorgende")	Verpleegkundige ("Pflegekundige")	Verpleegkunde ("Pflegekunde")
Ziel-Niveau	MBO Niveau 1	MBO Niveau 2	MBO Niveau 3	MBO Niveau 4	HBO Niveau
Dauer (wenn VZ)	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	4 Jahre
Form	MBO berufsbegleitend (BBL) sowie schulisch mit Praktika (BOL) möglich				
Voraussetzung	Keine ("Entree")	VMBO (BBL)	VMBO	VMBO	HAVO
Kompetenzen/ Aufgabenbereiche	Dienstleistungsaufgaben in verschiedenen Sektoren – darunter auch im Pflegebereich, Einsatz als Zorghulp – ca. "Care-Helfer". Unterstützung im Haushalt, kleine Reparaturen. Einsatz im privaten oder im Pflegeheim, Andere mögliche Schwerpunkte für die Ausbildung sind Frisörgewerbe, Reinigungsgewerbe, Hotel- und Gaststättengewerbe)	In häuslichen und anderen Pflegesituationen: Unterstützung im Haushalt und der persönlichen Versorgung (Hilfen bei Waschen/Ankleiden)	Zusätzlich zu Helpende: Beratend, stimulierende und anleitend zur (Wiedererlangung von mehr) Selbstständigkeit, pflegetechnische Verrichtungen (z. B. Durchführung Ernährung Magensonde)	Fachkraft – neu: "Basis-Fachkraft" – eigenständige Pflege in allen Formen und Situationen	Fachkraft – neu: "Regie-Fachkraft" eigenständige Pflege in allen Formen und Situationen Schwerpunkte in Planung und Organisation von Pflegeprozessen, wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Pflege
Anschluss	> z. B. 2. Stufe	> z. B. 3. Stufe	> z. B. 4. Stufe	-> z. B. HBO, diverse Fortbildungsmöglichkeiten für diverse Spezialisierungen	-> Uni (Master) diverse Fortbildungsmöglichkeiten für diverse Spezialisierungen
	Zugang für 2. Stufe	Zugang für 3. Stufe	Zugang für 4. Stufe	Zugang für HBO	Zugang für Universität

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Nach geltendem BIG ist die Pflegeausbildung¹⁴² im berufsschulischen System in vier Stufen organisiert. Auf dem Niveau 4 findet sich die in Vollzeit vierjährige Ausbildung zur Pflegefachkraft (verpleegkundige mbo-4). Daneben besteht ein fachhochschulisches System der Pflegeausbildung, mit einem Bachelor-Abschluss (verpleegkundige hbo-5), sowie mit einem Masterstudiengang „ANP“, und Studiengängen in Pflegemanagement. Diese Ausbildungen sind (mit Ausnahme der ersten Stufe) generalistisch angelegt. Eine „Altenpflegefachkraft“ gab es in den Niederlanden nicht.

Das BIG-Register kannte bisher nur eine Kategorie für Pflegefachkräfte (verpleegkundige), ohne nach dem Bildungsweg und -abschlussniveau zu differenzieren. Das bedeutet, dass für Pflegefachkräfte bisher zwei im Wesentlichen gleich verwertbare Wege offenstanden. Beide Abschlüsse konnten sich für höhere Aufgaben fortbilden; das Entgelt wurde somit lediglich von den tatsächlich ausgeübten Aufgaben und deren Anforderungen bestimmt. Folgt man den Informationen aus unseren zwei Interviews, hatten weder hbo- noch mbo-Pflegekräfte damit ein Problem – Unzufriedenheit der Pflegekräfte z. B. über nicht eingelöste Erwartungen, mit Studium automatisch mehr verdienen zu können, bildeten offenbar keinen Ausgangspunkt für die aktuellen Reformvorschläge.

Über eine Reform wurde in den Niederlanden bereits seit längerem nachgedacht. Ein erstes Dokument bildeten die unter Beteiligung des Berufsverbands v&vn entwickelten Vorschläge des Projekts V&V 2020 (2012), die erhebliche Veränderungen am „Berufshaus“ der Pflege vorsahen. Die Pflegefachkraftausbildung sollte in zwei Stufen (verpleegkundige hbo-bachelor und verpleegkundig specialist, hbo-master) ganz an die Fachhochschulen verlagert werden. Im mbo-Bereich war auf Niveau 4 die neue Berufsbezeichnung „zorgkundige“ vorgesehen, offenbar in Zusammenlegung der bisherigen Berufe auf Niveau 3 und Niveau 4, mithin eine Art aufgewerteter Pflegeassistentin oder abgewerteter Pflegefachkraft, insofern die Gleichstellung mit den hbo-verpleegkundigen damit wegfiel.

Insgesamt orientieren sich die Vorschläge für die Reform der Berufe auch an einem salutogenetischen Leitbild der Pflegeprofession, demzufolge nicht Krankheit und Erkrankung, sondern „das Funktionieren“ in ihrer Lebensumgebung und die Befähigung zu höchstmöglicher Selbstständigkeit des Bürgers im Zentrum der Pflege stehen sollen (Kaljouw/van Vliet 2015: 10).

Die einzelnen Berufsprofile orientieren sich in ihren umfangreichen Kompetenz- und Rollenbeschreibungen eng an der Systematik der Canadian Medical Education Directions for Specialist (CanMEDS)¹⁴³. Kompetenzgebiet (deskundigheidsgebied) und Fähigkeiten (bekwaamheden) sowie ihre jeweiligen Rollen darin (fachlich als Pflegeleistende, als Kommunikatoren, Teammitglieder, als wissenschaftlich reflektiert Handelnde, als gesellschaftlich Handelnde, als Organisatoren und als professionelle und die Qualität fördernde Kräfte) werden für alle neuen Ausbildungsgänge detailliert auseinandergelagt.¹⁴⁴

Die Reformvorschläge wurden sehr kontrovers diskutiert. Offensichtlich gab es starke Widerstände insbesondere von den „alten“ mbo-4-Fachkräften, die eine Entwertung ihrer Qualifikation in Bezug auf Einsatz und Aufstiegsmöglichkeiten befürchten mussten. Der gefundene Kompromiss¹⁴⁵ lief darauf hinaus, dass das mbo-4-Niveau parallel zu hbo-4-Niveau als Fachkraftausbildung beibehalten werden soll, dass aber die Aufgaben und Kompetenzen beider Stufen nun inhaltlich klar ausdifferenziert werden. Dazu kommen Übergangsregelungen, die den bisherigen mbo-4-Kräften erlauben sollen, ihren Status, Qualifizierungswege und Aufstiegsmöglichkeiten zu wahren. Die auf dieser Grundlage veröffentlichten Beschreibungen der Berufsprofile in der Pflege – in der Übersicht vgl. Stuurgroep 2015 – definieren insofern den nun neuen Unterschied von hbo-verpleegkundigen als „Regie- und Übersichtskräfte“ sowie mbo-verpleegkundigen als Fachkraft für die Pflege (vgl. die Kurzvorstellungen der neuen Berufsprofile in Stuurgroep 2015a, b, c).

Die Reformvorschläge sind inzwischen als Teil in ein Gesetzgebungsverfahren für ein reformiertes „Wet BIG II“-Gesetz¹⁴⁶ eingegangen.¹⁴⁷

¹⁴² Insofern alle Anschlüsse zum Zugang zur Ausbildung der nächsthöheren Stufe berechtigen, können die Ausbildungsgänge auch als Weiterbildungen betrachtet werden.

¹⁴³ Vgl. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds-e>, Zugriff: 2018-04-23.

¹⁴⁴ Der Berufsverband v&vn hat weitere detaillierte Kompetenz- und Aufgabenbeschreibungen für bestimmte Einsatzfelder (Spezialisierungen) vorgeschlagen, vgl. v&vn (2012 und 2014).

¹⁴⁵ Vgl. nursing, 08.12.2015, <https://www.nursing.nl/stuurgroep-twee-verschillende-beroepen-voor-verpleegkundigen-nodig-2729922w/>

¹⁴⁶ Das BIG-Gesetz (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) regelt in den Niederlanden die Berufsausbildung und Registrierung von Berufen im Gesundheitsbereich.

¹⁴⁷ <https://www.medicalfacts.nl/2018/01/17/internetconsultatie-wet-big-ii-gestart/>

6.2.3 Die Einschätzung der Entwicklung: Berufsverband [E02]

Der Berufsverband hat aktiv an der Entwicklung der Reformvorschläge mitgewirkt. Diese vorbereitenden Tätigkeiten wurden bereits 2010 vom zuständigen Ministerium in Auftrag gegeben. Im Hintergrund stehen die bekannten Veränderungen in der Pflege, die ihre Komplexität stark erhöht haben, insbesondere komplexere Pflegeaufgaben infolge der demografischen Entwicklung, stark verkürzte Liegedauern im Krankenhaus, damit höhere Anforderungen in der ambulanten Versorgung, Einsatz von IT-Technik.

You need another type of nurses, you need nurses, that are not only good bedside nurses, who can do the daily care, you need nurses who can also think about the questions: where is the patient next week, is he still with us, or is he home already, and if he goes home, what care does he need, what does the doctor at home have to know, what kind of care does he need. It is much more complex and faster now [E02].

Als Hintergrund des Reformbedarfs wurde jedoch auch auf ökonomische Gründe verwiesen; das Interesse, den Kostenanstieg zu bremsen, führt zur Suche nach günstigeren, auf häusliche Pflege und quartiersbasierter Pflege aufbauenden Arrangements und den dafür erforderlichen Qualifikationen. Auch werde so dem Bedürfnis der Menschen entsprochen, möglichst lange in ihrem Zuhause bleiben zu können.

Eine Unzufriedenheit damit, als hbo-Fachkraft mit mbo-Kräften als „verpleegkundige“ gleichgestellt zu sein, gab es im Vorfeld der Reform nicht. Die Reformvorschläge waren insofern theoriegetrieben. Der lange Anlauf seit dem Beginn der Vorarbeiten bis zum Gesetzentwurf hatte jedoch damit zu tun, dass vor allem die bisherigen mbo-Kräfte über die Vorschläge nicht glücklich waren, da sie ihren Status und ihre Berufschancen in Gefahr sahen. Aus Sicht der Interviewpartnerin sind diese Befürchtungen jedoch im Kern nicht fundiert, denn der Weg in den hbo-Status stünde ihnen über eine einjährige hochschulische Qualifizierungsphase jederzeit offen. Ein „emotioneller“ Verlust, insofern es zukünftig eine Niveaustufe über ihnen geben wird, wurde zugestanden.

In Bezug auf das BIG-Register waren der Gesprächspartnerin folgende, parallel zur Berufsreform geplante Verbesserung wichtig. Das Register sei einerseits wichtig, weil die Berücksichtigung der Pflegefachkräfte als registrierungspflichtig neben anderen professionellen Gesundheitsberufen einer gesellschaftlichen Anerkennung als gleichwertiger Profession gleichkommt. Allgemein sei es jedoch Aufgabe des Registers, die Qualität in der Versorgung zu sichern. Bislang erfolgte dies für Fachpflegekräfte lediglich auf dem sehr grundlegenden Niveau, dass für die Aufrechterhaltung des Eintrags lediglich 2000 Stunden Arbeit als Pflegekraft im Jahr nachzuweisen war. Dies soll nun um die Nachweispflicht von Weiterbildung von 100 Stunden in 5 Jahren ergänzt werden. Der Berufsverband hätte sich hier noch mehr (200 Stunden) gewünscht.

Die Gesprächspartnerin rechnete damit, dass das neue Gesetz 2018 beschlossen wird, so dass die neuen Ausbildungswege 2020 in Kraft treten und damit 2025 mit der ersten Registrierung von hbo-Pflegefachkräften im Register zu rechnen ist.

Der Berufsverband war auch an der Entwicklung von Vorschlägen für erweiterbare Rollen- und Aufgabenbeschreibungen (insgesamt 13 Expertise-Gebiete) beteiligt, wie z. B. Expertisegebiet wijkverpleegkundige (ca. Community Nurse, professionelle Fachkraft mit steuernder Funktion in der Organisation der häuslichen Pflege im Quartier). Mit der Reform werden sich hier die Zugangswege verändern, insofern einige Fortbildungen nur noch hbo-Kräften offenstehen. Die Gesprächspartnerin verwies aber auf Übergangsbestimmungen, die es den „alten“ mbo-Kräften mittels eines Kompetenznachweises erlauben sollen, diese Fortbildungen weiter wahrnehmen zu können. Nach der Übergangszeit muss dann allerdings erst der hbo-Status erworben werden. Bislang standen Fortbildungen mbo- und hbo-Kräften gleichermaßen offen.

Die Gesprächspartnerin bestätigte die Einkommensunterschiede zwischen der Krankenhauspflege und der Heimpflege. In der Heimpflege dominieren niedriger Ausgebildete Niveau-3 Kräfte („verzorgende IG“). Aufgrund der schlechteren Bezahlung sei die Heimpflege bislang wenig attraktiv für Fachkräfte ab Niveau 4 gewesen. Diese Pflege habe auch ein Image-Problem. Bei der Bezahlung habe es aber in letzter Zeit Anpassungen gegeben, um die Attraktivität zu erhöhen. Dafür habe auch eine Rolle gespielt, dass die Verhältnisse in den Heimen von der Öffentlichkeit aufgegriffen worden sind und so in die Kritik kamen. Da die Arbeit im Altenheim aber komplexer werde, müssten sich eigentlich auch interessantere Aufgabenfelder für mbo- und hbo-Kräfte im Altenheim entwickeln lassen.

Obwohl in der Pflegeausbildung im Prinzip ein generalistischer Ansatz verfolgt wird, findet sich somit heute eine ungleiche Verteilung, nicht entlang von Ausbildungsberufen, sondern entlang der verschiedenen Levels. mbo- und hbo-Fachkräfte werden in der Praxis somit vor allem für das Krankenhaus ausgebildet. Aus dem Gespräch ergab sich, dass es für die Praxisanteile (Praktika) keine allgemein geregelten Vorgaben gibt, dass oder zu welchen Teilen sie in den verschiedenen Bereichen zu leisten wären. Es wäre damit den Hochschulen und Individuen überlassen,

bzw. auch dem, was überhaupt an Praxisplätzen angeboten wird, wie der Praxiseinsatz ausfällt. Es sei vermutlich möglich, dass jemand, der sich ganz sicher ist, im Krankenhaus arbeiten zu wollen, seine Praxiseinsätze fast vollständig im Krankenhaus wird abwickeln können. Darüber hinaus seien gute, die Ausbildung durch intensive fachliche Praxisanleitung fördernde Praxisstellen schwer zu finden.

6.2.4 Die Einschätzung der Entwicklung: Gewerkschaft [E01]

Den Gesprächspartner/-innen war zunächst wichtig, alle Qualifizierungs-Levels, vom Einstiegslevel bis zur hbo-5-Kraft,¹⁴⁸ als beruflich ausgebildete Kräfte in der Pflege einzuschließen. Man dürfe sein Interesse nicht nur auf die Fachkräfte richten, und die „darunter“ angesiedelten Kräfte „vergessen“. Die befragte Gewerkschaft beansprucht es als ihre Aufgabe, für alle Level gute Arbeit zu schaffen.

Gegenüber den vorgeschlagenen Neuerungen, insbesondere gegenüber dem nun eingeführten Unterschied in der Aufgabenzuweisung von schulisch und hochschulisch ausgebildeten Fachkräften, gab es Fragezeichen und Kritik. Diese Entwicklung wurde von der befragten Gewerkschaft nicht mitgetragen und im Gespräch als „strange thing“ qualifiziert.

Zuallererst wurde die Notwendigkeit für die Reform in Hinsicht der Differenzierung zwischen mbo- und hbo-Fachkräften nicht geteilt.

There is the theory that it should improve quality in nursing. But we think, why, in every research Dutch health care is one of the best in the world – what's the problem? [E01b]

Galt bisher, dass in der Praxis kein Unterschied im Einsatz zwischen hbo und mbo gemacht wurde, also bisher lediglich „ambition, knowledge, skills of the individual nurse“ darüber bestimmten, welche Aufgaben sie übernahm und welche Vergütung sie damit erreichen konnte, wird nun ein substanzieller Unterschied schon auf Basis des Ausbildungsabschlussniveaus gemacht. Das Problem dabei sei, dass die neuen Einsatzfelder im Wesentlichen erst noch gefunden und entwickelt werden müssten. Von einer durchschnittlich höheren Entlohnung für hbo-Kräfte kann man dennoch ausgehen, auch wenn sich genaueres dazu noch nicht sagen lässt, weil Einsatzfelder und deren Einstufung eben noch nicht bekannt sind. Ein wenig ist dabei der Eindruck entstanden, dass der Berufsverband mit der Reform selbst den Bedarf herbeidefiniert, dem Abzuhelfen die Reform nötig sein soll.

Für die mbo-Kräfte bedeute die Neuregelung durchaus eine reale Herunterstufung und neue Hürden für die berufliche Weiterentwicklung. Formell stehe ihnen zwar der Aufstiegsweg über Qualifizierung offen – dies sei allerdings auch ein Finanzierungsproblem, da noch nicht klar sei, wer die Ausbildungskosten (pro Jahr 4000-5000 Euro) tragen wird – Individuum, Betrieb oder Staat? Bisher gilt tarifvertraglich abgesichert die Regel, dass der Arbeitgeber für die Fort- und Weiterbildung zahlt, wenn er diese als betrieblich notwendig von den Beschäftigten erwartet.

Andere ungelöste Finanzierungsfragen sind mit dem vermehrten Einsatz von hbo-Kräften verbunden:

For hbo-nurses it is a challenge to earn more money, but for the system it's a thread: because if there are high numbers of this new regieverpleegkundige, who is going to pay for it? [E01b]

Dass dieser Ausbildungszweig in hoher Zahl genutzt werden sollte, erscheint angesichts des Trends zu steigenden Kosten und erklärten Sparzwängen in der Pflege nicht nachvollziehbar.

Als Ausgleich könnten – zumindest im Krankenhaus – medizintechnische Fortschritte kostensenkend wirken. Hier erwartet die befragte Gewerkschaft in den nächsten 5-10 Jahren eine „revolution“:

You use technology to lessen the work. [E01a]

We expect to see in 5 or 10 years to see a technological revolution in health care. Robotica, making things digital with all kind of apps to use at home for things you would go to the hospitals, communicate with your doctor. That means a lot of changes, which might lower the cost, but which also require a different type of nurse, a different kind of communication, this will be a bigger change than the educations system change, but we can't predict exactly how ... [E01b]

¹⁴⁸ Die Qualifikationsniveaus, die hier angesprochen sind (5 Verpleegkundige 1e niveau (hbo), 4 Verpleegkundige 2e niveau (mbo4), 3 Verzorgende (mbo3), 2 Helpende, 1 Zorghulp), sind niederländische Qualifikationsniveaus, nicht die des Europäischen EQF.

Erste entsprechend ausgerichtete Kooperationen von Krankenhäusern und großen IT-Firmen wurden bereits gestartet.

Im ambulanten Bereich werden die Kostensparpotenziale technologischer Innovationen eher beschränkt eingeschätzt. Im Streit um die Frage, wie die Pflege im Quartier organisiert werden kann, kommt es zunächst auf gut ausgebildete Kräfte an, darunter auch mit hbo-Level. An dieser Stelle kann IT-Technik nur unterstützen, nicht ersetzen:

An app can help you in caring, but it is not going to take the full coordination, and the oversight. You need people for the personal touch, and that's going to stay [E01a].

Das Gespräch ergab in Bezug auf die ambulante häusliche Versorgung im Quartier einen neuen Trend hin zu dem vermehrten Einsatz von Freiwilligen und Ehrenamt. Einige Gemeinden hätten auch versucht, Arbeitssuchende gegen deren Neigung zu einer Arbeitsaufnahme in der Pflege zu nötigen. Der Mangel an Arbeitssuchenden in der ambulanten Versorgung auf den niedrigeren Qualifizierungslevel 1 und 2, der durch Freiwillige kompensiert werden soll, könnte auch daher rühren, dass die Kommunen in diesem Bereich vorwiegend befristete Verträge und somit keine sichere Arbeit anbieten. Diese Kräfte wanderten daher in andere Branchen ab. Damit befördere der Staat eine Rückkehr zu einer auf Familie und anderer kostenloser Arbeit basierten Hauspflege (mantelzorg), nachdem die Niederlande in den 70 Jahren das Standbein der öffentlichen Verantwortung für die Organisation der Altenpflege deutliche gestärkt hatten.

Im Gespräch bestätigte sich auch die Differenz in der Pflegearbeit in Krankenhaus und ambulanter Pflege gegenüber der Heimpflege. Für die Grade-Zusammensetzung in Altenheimen wurde folgende Schätzung gemacht: 10-15 % mbo-4, 50 % mbo-3, Rest: Trainees und Level 2 und 1. Der mbo-3-Anteil könnte durchaus auch höher liegen, der Anteil Level 2 und 1 auch niedriger. Genaue Aussagen zur Qualifikationszusammensetzung in den einzelnen Bereichen sind schwierig, da insbesondere das Register erst Level 3 und darüber erfasst. Es ist besonders schwer für Pflegeheime, Level-5 Kräfte zu bekommen; diese haben zudem einen kurzen Verbleib.

What happened in the homes for the elderly ... if they find a nurse level 5, and most of them want to work in hospitals anyway, you see, they don't stay, they go away very quickly, because the work there is not work they were educated for. [E01a]

Heimpflege gilt im Vergleich als weniger attraktiv, weniger qualifiziert, und ist geringer bezahlt. Die Arbeit wird niedriger eingruppiert, für diese Gruppen wird in den zuständigen Tarifverträgen weniger gezahlt als in den anderen Sektoren.

Dieser Zustand wurde sehr kritisch gesehen, da die Arbeit im Heim sich ebenfalls ändert, da sich die Funktion der Heime geändert hat. Durch die Aufwertung der ambulanten Pflege sind die Heime zur Auffangstation für die allerletzte Lebensphase geworden, wenn eine ambulant unterstützte Pflege zu Hause nicht mehr realisierbar ist. Die durchschnittliche Verbleibszeit im Heim reduziert sich statistisch auf 2,3 Monate vor dem Tod, Altenpflege und Palliativpflege werden immer mehr eins. Entsprechend anspruchsvoll ist die Pflegearbeit dort geworden, was sich noch nicht im durchschnittlichen Qualifikationslevel, Bezahlung und Attraktivität für höher qualifizierte Pflegekräfte niedergeschlagen hat. Bislang habe es sich auch als schwierig erwiesen, die Arbeitgeber davon zu überzeugen, für berufs begleitende Höherqualifizierungen von Level-3-Kräften (verzorgende IG) aufzukommen.

Zur Praxisausbildung ergaben sich ergänzende Informationen, denen zufolge die Ausbildungseinrichtungen schon auf eine gewisse Abdeckung aller Praxisfelder in den Praktika hinwirken. Dass die Versorgung mit guten Praktikumsstellen aber ein erhebliches Problem darstellt, wurde bestätigt. Es mangelt insbesondere an guter Praxisbegleitung. Es gebe Fälle, in denen die Ausbildung abgebrochen wird, weil in ihrem letzten Jahr statt Praxisausbildung eigentlich nur Arbeit vorgesehen gewesen sei, ohne dass der dafür erforderliche Kompetenzstand schon vorliegt.

Für die Attraktivität der Pflegearbeit kommt es den Befragten vor allem darauf an, Stress und Arbeitsdruck aus der Pflegearbeit zu nehmen, dann folgt eine bessere Bezahlung. Zur Belastung durch Schicht- und Nachtarbeit treten zunehmend Belastungen durch Flexibilitätsanforderungen und Entgrenzungstendenzen zu. Von Teilzeitkräften würden beispielsweise umfangreiche Bereitschaftszeiten bei geringer oder keiner Bezahlung verlangt; die Freizeiten sind unsicher. Die Belastungen schlagen sich auch in einem überdurchschnittlichen Krankenstand in der Pflege nieder. Im Vergleich zum Krankenstand in allen Branchen (3,8 %) liege der Wert in der Pflege bei durchschnittlich 6 %, in einzelnen Einrichtungen der stationären Altenpflege würden sogar 20 % erreicht, was wiederum den Druck auf den Rest der Beschäftigten verstärkt.

Zuviel Arbeitsdruck sei generell der wesentliche Grund, aus dem Beruf auszusteigen. Dabei resultiere ein großer Teil des Drucks aus sachlich nicht erforderlichen Dokumentationspflichten. 40 bis 60% der Arbeitszeit würde inzwischen für bürokratische Pflichten verschwendet. Das System sei überreguliert. Die Dokumentation solle die

Effizienz der Arbeit sichern, letztlich wäre die Arbeit aber effizienter, würde die Dokumentation entfallen. Der Staat bringe in seinen Dokumentationspflichten ein Misstrauen gegen die Fachkräfte zum Ausdruck, grundlos Ressourcen verschwenden zu wollen. Für die Qualität der Arbeit der Fachkräfte stünde aber bereits das Register ein: „We are asking more for trust in people.“ [E01b]

„Less pressure, less stress, more pay“ ist daher die Richtung, in der die Gewerkschaft versucht, Fortschritte für die Pflegebeschäftigten zu erreichen.

6.2.5 Zwischenfazit Niederlande

In den Niederlanden gab es über Jahre hinweg eine schulische und hochschulische Ausbildung von generalistischen Pflegekräften parallel und mit gleichen Aufgaben und Aufstiegschancen in der Praxis gelaufen. Die Vergütung erfolgte entsprechend der übernommenen Aufgaben. Die Pflegekräfte selbst hatten damit offenbar kein Problem, insbesondere gab es keine Erwartungshaltung der hbo-Kräfte, allein auf Grund des höherwertigen Abschlusses mehr zu verdienen als eine mbo-Kraft. Dies hätte ein Modell für die Entwicklung in Deutschland sein können, in dem parallele Ausbildungsstrukturen nun Teil des Pflegeberufsgesetzes geworden sind.

In den Niederlanden wurde jedoch nun beschlossen, diese Gleichstellung aufzuheben und eine Differenzierung von hbo- und mbo-Fachkräften einzuführen. Interessant ist, dass die aus Deutschland bekannte Frage, was denn wohl die vom Ausbildungsweg vorgezeichneten genauen Aufgaben der höher qualifizierten Kräfte sein sollen, bzw. die Feststellung, dass diese Aufgaben erst noch genauer zu definieren und zu erfinden sind, auch in den Niederlanden in Bezug auf die neuen „Regie“-Pflegekräfte aufgekommen ist. So eindeutig wie die Befürworter es darstellen, scheint die Notwendigkeit für diesen Schritt nicht gewesen zu sein. Zum Teil scheint eine interne Logik der berufsständischen Aufwertung im Spiel zu sein. Dass es eine höher qualifizierte Abteilung unter den Pflegekräften geben soll, ist dabei nicht strittig und auch gut begründbar. Fraglich ist nur, ob dies an eine spezifischen Bildungsgang zu koppeln ist.

Insgesamt präsentiert sich aber (auch weiterhin) das niederländische Qualifizierungssystem als in sich konsistent, insofern es auf allen Stufen Durchlässigkeit ermöglicht. In den Niederlanden ist die Ausbildung tief in das Schulsystem integriert, und so stets auch als „Weiterbildung“ denkbar.

6.3 Zusammenfassende Bewertung des exkursorischen Ländervergleichs

Der Blick über die Landesgrenzen sollte dazu dienen, zusätzliche Gesichtspunkte für die Bewertung der deutschen Pflegeberufereform zu erschließen und weitere Gesichtspunkte ihrer Weiterentwicklung zu gewinnen.

1. Vor dem Hintergrund der deutschen Reformprozesses ist dabei zunächst folgende Frage von Interesse: Haben sich in der Untersuchung „Standards“ der Pflegeausbildung identifizieren lassen, an denen die Deutsche Reform zu messen wäre, und an die sich das deutsche Pflegequalifizierungssystem in Zukunft orientieren sollte?

Dies kann zunächst mit nein beantwortet werden. Die Darstellung der Entwicklungen in den Niederlanden und in Österreich hat gezeigt, dass von den vielbeschworenen „Standards“ nicht die Rede sein kann. Zwar folgen beide Länder dem generalistischen Ansatz. Doch während Österreich seine schulische Fachkräfteausbildung außerhalb der Hochschulen aufgibt, hat man sich in den Niederlanden durchgerungen, sie beizubehalten. Die Fachkraftausbildung dauert entweder drei oder vier Jahre. Österreich wird mit Verordnungen den Rahmen dafür setzen, dass die Ausbildung auch in ihren Praxisteilen generalistisch verläuft. In den Niederlanden scheint das mehr oder weniger dem individuellen Beschluss und den jeweiligen schulischen Regelungen überlassen zu sein. In Österreich gibt es Ausbildungsvergütung, in den Niederlanden ist (refinanzierbares) Schulgeld zu zahlen.

Dennoch lassen sich Vorbildelemente identifizieren, die sich in beiden Ländern – jeweils auf andere Art – herausgebildet haben. Beide Länder können ein *konsistentes und kohärentes* System der Pflegeausbildung vorweisen. Kohärent in diesem Zusammenhang bedeutet, dass alle Qualifizierungsgänge generalistisch angelegt sind. Konsistent wiederum heißt, die Übergänge sind formell klar geregelt und möglich. Österreich regelt das in einem großen Gesetz, das „für alles“ von der einjährigen Pflegeassistenten bis hin zu den Spezialisierungsfurtherbildungen einen großen gemeinsamen Rahmen konstruiert hat. In den Niederlanden ist die Pflegequalifikation mit ihren Stufen in ein klar gegliedertes schulisches Ausbildungssystem eingegliedert, jede Ausbildung kann auch Weiterbildung sein; lediglich für einen Übergang in die Fachhochschule ergibt sich die Einschränkung, dass er mit einem Finanzierungsproblem verbunden sein kann.

2. Eine weitere Frage könnte sein, ob sich zumindest in Österreich und den Niederlanden Hinweise dafür finden lassen, ob die Gestaltung von Ausbildungssystemen überhaupt als Hebel für Attraktivität und gute Arbeit gedacht werden kann.

Dies erscheint auch für Österreich und die Niederlande eher fraglich. Zwar ist offenkundig, dass Pflegefacharbeit in beiden Ländern einen gesicherten und anerkannten Stand hat. In Österreich scheint dies allerdings mehr mit höheren gesellschaftlichen Organisationsgraden verbunden, in den Niederlanden scheint die politische Gestaltung und Finanzierung von Pflege eine Rolle zu spielen, in deren Rahmen sich Modelle wie „Buurtzorg“ entwickeln konnten, und in denen Pflege eine relativ höhere Anerkennung zu genießen scheint.

Die Ausbildungssysteme scheinen dafür jedoch eher wenig bedeutsam. Dass kein Automatismus zwischen Ausbildungssystem und Guter Arbeit angenommen werden kann, zeigt gerade der Blick auf die stationäre Altenpflege in den Niederlanden. Eine besondere Altenpflegeausbildung fehlt. Insbesondere die stationäre Langzeitpflege kann jedoch offenbar in Image und Attraktivität nicht automatisch von der generalistischen Ausbildung profitieren, die in den Niederlanden praktisch doch deutlich primär auf das Krankenhaus als Arbeitsfeld zielt. Aus der Qualifizierung generalistischer Fachkräfte für sich folgt offenbar nicht, dass diese dann auch den Qualifikationsmix insbesondere in der stationären Altenpflege bestimmen würden. Anders gesagt: Eine generalistische Ausbildung ist offenbar kein Garant dagegen, dass Altenpflege zu großen Teilen in den Händen von Kräften unterhalb des Fachkraftniveaus verbleibt.

3. Als letzter Punkt sei auf das interessante Faktum hingewiesen, dass auch in den betrachteten Ländern die jeweiligen Reformüberlegungen der Pflegeausbildung stark umstritten und mit lang dauernden Reformprozessen verbunden waren – in dieser Hinsicht steht die deutsche Reformdiskussion nicht allein. Im Gesamtbild wird dennoch in Österreich und den Niederlanden eine Entwicklungsrichtung sichtbar, die die hochschulische Ausbildungswege in der Pflege stärkt und dabei auf generalistische Fachkräfte setzt. Die Reformvorhaben beider Nachbarländer weisen eine stark an Kompetenzbeschreibungen orientierte Berufsdefinition auf. Diese tendieren zu einer stärkeren Spreizung der Aufgabenzuweisungen und legen damit Grundlagen für Skill- und Grad-Mix-Konzepte, die auch dazu führen könnten, dass sich in der Pflege eine Kompetenzschere aus gleichzeitig stattfindender qualifikatorischer Auf- und Abwertung öffnen könnte. Die kritische Beobachtung dieser Entwicklungen in den Nachbarländern können wichtige Aspekte zu den konkreten Gestaltungsfragen beisteuern, wenn Deutschland in der Pflegeausbildung zukünftig auch in diese Richtung fortschreitet.

7 Ausblick: Entwicklungsfelder für die Qualifizierungswege in der Pflege in Deutschland

Auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse der Pflegeausbildungsreform in Deutschland, ihrer Bewertung durch die institutionellen Akteure/Akteurinnen und des Exkurses in die aktuellen Entwicklungen im Pflegeausbildungssystem der Niederlande und Österreichs kann nun abschließend der Versuch gemacht werden, auf Grundlage des mit der Reform erreichten Stands einen Ausblick auf die weitere Gestaltung des Qualifizierungssystems in der Pflege zu wagen.

Es versteht sich von selbst, dass der Fortschritt, der mit der Reform gemacht wurde, nun dafür zu nutzen ist, für die Arbeit in der Pflege zu werben und weiter steigende Ausbildungszahlen zu erreichen. Die Kritik am Reformergebnis sollte dem nicht im Wege stehen. Die Defizite und Inkonsistenzen des Reformergebnisses als solche zu benennen und festzuhalten, bleibt dennoch wichtig, um im Blick nach vorn Wegmarken für die Umsetzung des Erreichten und für die Weiterentwicklung des Qualifizierungssystems der Pflege auf dieser Basis zu definieren.

Das Projekt war darauf angelegt, mit Hilfe der Expertenbefragung die Auswirkungen der Reform auf die Pflegearbeit zu analysieren, um auf dieser Grundlage Handlungsempfehlungen formulieren zu können. Leider muss konstatiert werden, dass sich zum Zeitpunkt der Befragung – angesichts der Fülle offener Fragen und Unsicherheiten durch noch fehlende Rechtsgrundlagen, insbesondere der fehlenden Ausbildungs- und Prüfungsordnung –, die Gesprächspartner/-innen oft nicht in der Lage sahen, die im Leitfaden formulierten Fragen so detailliert und zugleich solide zu beantworten, wie es hierfür wünschenswert gewesen wäre.

Trotzdem kann die folgende Zusammenfassung mehr bieten, als nur bekannte Gemeinplätze zu wiederholen. Der Unsicherheit wird jedoch Rechnung getragen, indem auf die Formulierung von „Empfehlungen“ verzichtet wird. Stattdessen werden potenzielle „Entwicklungsfelder“ benannt, die der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, vor allem im Hinblick auf den regionalen Bezugsraum.

Für den Ausblick auf die weitere Entwicklung werden im Folgenden drei Ebenen angesprochen:

- die Weiterentwicklung des Pflegeausbildungssystems,
- die Stellschrauben für attraktive Pflegearbeit,
- sowie Anregungen auf Basis der Entwicklungen in Österreich und in den Niederlanden.

7.1 Entwicklungsfelder im Ausbildungssystem

Die Untersuchung hatte zur Einschätzung geführt, dass die Pflegeberufereform ihre Ziele hinsichtlich der Anpassung an die veränderten Anforderungen der Pflegearbeit durch eine Weiterentwicklung in Richtung eines generalistisch ausgerichteten Pflegeberufs nur unvollkommen erreicht hat. Weder ein einheitliches Berufsbild noch ein konsistentes Aus- und Fortbildungssystem wurden mit der Reform erreicht. Zumindest bis zur Evaluation der erhaltenen alternativen Abschlüsse ist mit grundlegenden Veränderungen nicht zu rechnen. Als wichtige Entwicklungsfelder können auf dieser Grundlage benannt werden:

- Die Entwicklung eines *konsistenten und kohärenten Aus-, Fort- und Weiterbildungssystems*:
Das bedeutet insbesondere, dass auf Länderebene eine Abstimmung und vereinheitlichende Neugestaltung der Assistenzbildungen erfolgen sollte. Diese sind insbesondere so auf die generalistische Fachkraftausbildung auszurichten, dass erfolgreiche Übergänge in eine Höherqualifizierung zur Fachkraft ermöglicht und gefördert werden.
Damit würden nicht nur zusätzliche Fachkräftepotenziale erschossen, sondern zugleich auch die Generalistik als glaubwürdige Alternative zum Festhalten an den alten Berufen gestärkt, auf die sich die bisherigen ein- und zweijährigen Qualifizierungsgänge mehrheitlich noch beziehen.
- Die Entwicklung der Einsatzfelder für *akademische Pflegekräfte*:
Hier stellt sich die Frage, ob die ursprüngliche Idee, höher qualifizierte Pflegekräfte „am Bett“ einzusetzen, weiter verfolgt und umgesetzt wird, oder ob der deren Aufgabenzuschnitt letztlich dazu führt, Höherqualifizierung mit Qualifikationsabbau „im Unterbau“ zu kombinieren.
- Die Entwicklung der *Schullandschaft*: Hier ergeben sich verschiedene Felder:
 - Wie können Strukturen geschaffen werden, die für die Auszubildenden gleiche Entwicklungschancen bei einem komplexer werdenden Praxiseinsatz unterstützen?

- Wie können Strukturen geschaffen werden, mit denen die unterschiedlichen Eingangsniveaus bei vereinheitlichtem Anspruchsniveau der Ausbildung durch unterstützende Maßnahmen im Bedarfsfall ausgeglichen werden können?
- Die Finanzierung sollte sich an den Aufgaben orientieren, nicht umgekehrt.
- Das Gesetz schafft die Chance, mehr Einheitlichkeit in der Ausbildung herzustellen: Curricula und Lehrpläne sollten entsprechend gestaltet und gleiche Voraussetzungen für eine hochqualitative Ausbildung in den Schulen geschaffen werden.
- Es entsteht ein großer Bedarf an Lehrkräften und Praxisanleitung! Die Bremer Hochschulen müssen hier vermehrt zur Bedarfsdeckung beitragen können.

7.2 Entwicklungsfelder zur Attraktivitätssteigerung der Pflegearbeit

Auch hinsichtlich der weiter gesteckten Ziele der Ausbildungsreform, zur Attraktivitätssteigerung der Pflegearbeit beizutragen, hat die Untersuchung eher Zweifel an einer Zielerreichung hervorgebracht. Wenn die Aufwertung der Pflegearbeit eine Funktion des Ausbildungssystems sein soll, dann wird sie mit dieser Reform vermutlich nicht erreicht. Zumindest herrscht unter den befragten institutionellen Akteuren/Akteurinnen die Einschätzung vor, dass Attraktivität und Image der Pflegearbeit von dieser Reform nur marginal positiv berührt werden, und insofern primär mit anderen „Stellschrauben“ zu erreichen wäre.

Als wichtige Entwicklungsfelder können auf dieser Grundlage benannt werden:

- *Personalausstattung und Personalbemessung:*
Die Arbeitsbedingungen sind v.a. durch Personalausstattung bedingt, insofern sind alle Initiativen, diese über ein am Bedarf ausgerichtetes Bemessungsverfahren zu ermitteln, grundsätzlich zu begrüßen. Dabei sollte vorerst die Fachkräftequote nicht in Frage gestellt werden. In den Bemessungsverfahren wird es insbesondere darauf ankommen, dass die Zeitbedarfsermittlungssysteme die Komponente der Beziehungs- und Interaktionsarbeit angemessen erfassen können. Andernfalls könnte die Bedarfsermittlung nur einen weiteren Schritt zur „Taylorisierung“, Verdichtung und Zergliederung der Pflegearbeit darstellen.
- *Die Entwicklung der „Organisationsfrage“ in der Pflege:*
Für die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen guter Arbeit in der Pflege sind vor allem die Sozialpartner gefragt. Angesichts der in diesem Bericht analysierten Zwänge einer „ökonomisierten“ Pflege wäre in der Pflege eine starke gewerkschaftliche Interessenvertretung als Gegengewicht um so wichtiger. Der gegenwärtig geringe Organisationsgrad in der Pflege ist daher ein Problem, zumal ein Negativzirkel als wirksam angenommen werden kann: Ohne aktive Unterstützung organisierter Pflegekräfte kann ein gewerkschaftlicher Kampf seine Durchsetzungsmöglichkeiten nicht optimal entfalten; erfolgreiche Durchsetzung und den Aufwand von Mitgliedschaft und Aktionen lohnend machende Ergebnisse sind aber zugleich umgekehrt ein zentrales Motiv dafür, sich einer Gewerkschaft anzuschließen. In einer solchen Situation sind Schuldfragen nicht angebracht. Es fragt sich aber, wie der Zirkel durchbrochen werden könnte. Insofern richtet sich die Frage nach Strategien, aus der derzeitigen Situation heraus einen höheren Organisationsgrad zu erreichen, zunächst an die Gewerkschaft. Es stimmt zwar, dass die Gewerkschaft nur soviel vermag, wie sie mit dem Rückhalt ihrer Mitglieder rechnen kann. Die innere Abgrenzung nach Bereichen bildet jedoch möglicherweise ein strukturelles Hemmnis dafür, die kumulierbare Kraft einer doch vereinten Dienstleistungsgewerkschaft auch bereichsübergreifend dafür zu mobilisieren, um Ressourcen für eine Stärkung der Position der Gewerkschaft im Pflegebereich bereitzustellen, um damit letztlich einen sich selbst haltenden Organisationsgrad in der Pflege zu erreichen.
- *Verbesserung des Rechtsrahmens für die Allgemeinverbindlicherklärung von Tarifabschlüssen:*
Hier ist auf die Möglichkeit des Gesetzgebers hinzuweisen, Hemmfaktoren im Verfahren, die insbesondere in der aktuellen Stellung des Tarifausschusses ausgemacht werden können, durch eine Neugestaltung des Verfahrens aus dem Weg zu räumen, damit dieser Weg zu einer größeren Verbreitung tariflicher Bezahlung in der Pflege leichter genutzt werden kann. (Vgl. Waltermann 2018).
- *Diskussion um Pflegekammer:*
Die Forderung nach einer (bundesweiten) Pflegekammer, die es ermöglicht, „mit einem Gesicht und einer Stimme“ für die berufsständischen Interessen der professionellen Pflegekräfte eintreten könnte, war unter den Befragten umstritten. Dabei war deutlich, dass vor allem ein Imagegewinn erhofft wird, eine Klarstellung, dass Pflege nicht unter dem ärztlichen Dienst steht, sondern eine ihm gleichwertige Rolle in der Gesundheitsversorgung einnimmt.
Pflegekammerkritische Positionen aus der Gewerkschaft, aber auch von den Verbänden der privaten Anbieter, verweisen auf den spezifischen und damit auch eingeschränkten Wirkradius einer Berufekammer. Kritisch wird festgehalten, dass einerseits die Befugnisse einer solchen Kammer, insbesondere die Regelung der

Berufsausübung, teilweise auf bereits bestehende Regelwerke treffen; so sind z. B. in Bremen Berufsordnung und Fortbildungsordnung auf Landesebene schon verankert. Andererseits sind Pflegekammern für wesentliche Fragen der Gestaltung der Pflegearbeit ausdrücklich *nicht* zuständig: sie sind weder an der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Entlohnung beteiligt, wirken nicht an Verhandlungen zur Refinanzierung der Pflegeeinrichtungen mit. Mit einer Zuständigkeit für die Registrierung von Pflegeexperten/-expertinnen und -fachkräften und damit für deren Zulassung zur Berufsausübung (wie auch für deren sanktionierenden Entzug) bleiben zudem große Teile der beruflich Pflegenden außen vor. (Vgl. z. B. ver.di/DGB/Arbeitnehmerkammer 2018.)

Die Frage der Einrichtung von Pflegekammern in den Ländern und im Bund ist unter den Akteuren weiterhin umstritten. Wenn es aber so ist, dass das Image der Pflege eine Funktion von guter Arbeit ist (und nicht umgekehrt), dann bleibt eine Pflegekammer letztlich ein mattes Instrument einer Aufwertung der Pflege, da sie für die entscheidenden Hebel „guter Arbeit“ unter Einschluss auch der Hilfs- und Assistenzkräfte keinerlei Zuständigkeiten besitzt.

7.3 Entwicklungsanregungen auf Basis der Entwicklungen in Österreich und in den Niederlanden.

Auch wenn die doch erheblichen strukturellen Unterschiede der Systeme einer unmittelbaren „Übernahme“ von „Best-Practice“-Elementen entgegenstehen, lassen sich aus dem Ländervergleich folgende Entwicklungsanregungen für das deutsche Pflegequalifizierungssystem formulieren:

- Da auch die Qualifizierungssysteme in Österreich und den Niederlanden im Veränderungsprozess stehen, sollten die Entwicklungen dort aufmerksam beobachtet werden: Welche Folgen hat die Verlagerung der Fachausbildung an die Hochschulen in Österreich für den Qualifizierungsmix, die faktische Durchlässigkeit und für die Entwicklung des Lohngefüges über alle Qualifizierungsniveaus? Wie wirkt sich die kommende Differenzierung der Aufgaben von hbo- und mbo-Fachkräften in den Niederlanden auf diese Parameter aus?
- Aus der bisherigen Praxis in den Niederlanden lässt sich zumindest lernen, dass eine Bezahlung nach übernommener Aufgabe, ohne Ansehen des Qualifizierungswegs, durchaus möglich ist, ohne dass Erwartungen auf automatische Besservergütung für studierte Pflegekräfte geweckt werden müssen, die dann zu Enttäuschungen führen könnten. Mit einer unabhängig vom Qualifizierungsgang an der jeweils tatsächlich ausgeübten Aufgabe ausgerichteten Vergütung können offenbar auch Ungerechtigkeitsempfindungen in der Vergütung von akademischen und nicht akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften vermieden werden.
- An der in beiden Ländern auf verschiedene Weise realisierten bestehenden Konsistenz und Kohärenz des Ausbildungssystems unter Einschluss der Qualifizierungswege unterhalb des Fachkraftniveaus mit den Fachausbildungen könnte sich Deutschland in dem Sinn ein Beispiel nehmen, dass, wenn auch eine „große Lösung“ in einem Ausbildungsgesetz derzeit nicht in Sicht ist, Bund und Länder es als ihre Aufgabe begreifen müssen, die länderspezifischen Ausbildungen zu vereinheitlichen und inhaltlich auf die generalistische Fachkraftausbildung auszurichten.
- Das Beispiel der Niederlande mit einer schon länger funktionierenden generalistischen Fachkräfteausbildung zeigt, dass diese nicht automatisch für ein „Ankommen“ dieser höheren Qualifikation insbesondere in der stationären Altenpflege sorgt. Hier scheint Deutschland mit seiner spezifischen Altenpflegequalifikation plus Fachkräftequote bisher zumindest nicht schlechter dazustehen. Es erscheint wichtig, dass und wie die bisherige Altenpflegekompetenz als voll- und gleichwertige Vertiefungsrichtung ihren Weg in die Ausbildungs- und Prüfungsordnung und damit in die Ausbildungspraxis der generalistischen Ausbildung findet. Dies könnte zugleich die Akzeptanzbasis für die Generalistik weiter verbreitern.
- Sowohl in den Niederlanden wie in Österreich entwickeln sich neue Versorgungsstrukturen (Gesundheitszentren, Buurtzorg), die gerade für gut qualifizierte Pflegekräfte interessante Tätigkeitsfelder bieten. Entwicklungen in dieser Richtung, gerade im Bereich der stadtteilnahen ambulanten Versorgung, sollten auch in Deutschland institutionell und finanziell verstärkt gestützt werden.
- Insgesamt scheinen Österreich und die Niederlande zu zeigen, dass eine institutionell weniger fragmentierte Pflege nicht nur zu verbesserten Arbeitsbedingungen, sondern auch zu klareren Ausbildungsstrukturen beitragen können. Dementsprechend dürfte für Deutschland eine Verringerung der Spaltungslinien generell zur Verbesserung des Arbeitsfeldes Pflege beitragen.

8 Literaturverzeichnis

- Agasi, Susanne (2008): Die Krankenversicherung in den Niederlanden zwei Jahre nach der Reform, Finanzentwicklung und Markttrends, in: ZSR 54 Heft 3, S. 279-303.
- AK Wien (Arbeitnehmerkammer Wien) (Hrsg.) (2014): Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich, Eine Analyse des Status Quo und 10 Forderungen für eine qualitätsvolle Pflege und Betreuung der Zukunft, Wien. - https://media.arbeiterkammer.at/PDF/Pflege_und_Betreuung_2014.pdf (Zugriff: 2018-04-19).
- Allmendinger, Jutta (Hrsg.); Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (Hrsg.) (2000): Soziologie des Sozialstaates, Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen, Juventa: Weinheim und München.
- AltPflG (2003): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) in der Fassung der Bekanntmachung von 25. August 2003 (BGBl.I S.1690).
- ASMK (2012): Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege, 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012, Hannover. - https://asmkintern.rlp.de/fileadmin/asmkintern/Beschluesse/Aeltere_Beschluesse/ergebnisprotokoll_89_asmk.pdf (Zugriff: 2017-10-23).
- Auth, Diana (2013): Ökonomisierung von Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: WSI Mitteilungen 66, 2013, Düsseldorf, 412-422.
- Auth, Diana (2016): Soziale Sicherheit in Zeiten der Ökonomisierung: Wandel von Pflegearbeit in Großbritannien, Schweden und Deutschland, in: Abels, Gabriele (Hrsg.): Vorsicht Sicherheit! Legitimationsprobleme der Ordnung von Freiheit, Nomos-Verlag, Baden-Baden, 333-353.
- AWO (2015): Europa und die deutsche Pflegeausbildungsreform - Welche Zusammenhänge wirklich bestehen, beschlossen vom UAK Altenpflege des Bundesverbands der Arbeiterwohlfahrt März 2015. - http://www.aaa-deutschland.de/images/pdf/Europa_und_die_deutsche_Generalistik.pdf (Zugriff: 2017-10-23).
- Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Neubauer, Jennifer: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste, 5., durchges. Aufl., VS: Wiesbaden.
- Backes, Getrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege, Herausforderungen für die Politik, WISO Diskurs, FES: Bonn.
- Balzer, Katrin; Berta Schrems (2018): 30 Jahre Pflege – Sichtweisen zur Zukunft der Pflege, in: Pflege (31), 5–7.
- Bartholomeyczik, Sabine (2017): Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung der Beziehungsarbeit, in: Pflege & Gesellschaft 12 (3), 240-248.
- Bauer, Ullrich (Hrsg.); Büscher, Andreas (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege, Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden.
- Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (2008a): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung - ein Bezugsrahmen, in: Bauer/Büscher (2008), 7-45.
- Becker, Wolfgang (2003): Berufsausbildung in der Altenpflege, Leitfaden für die praktische Ausbildung, BIBB, Bertelsmann: Bielefeld.
- Becker, Wolfgang; Meifort, Barbara (1998): Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf, Berichte zur beruflichen Bildung (227), BIBB: Berlin.

- Becker, Wolfgang (2004a): Berufsausbildung in der Altenpflege, Lernzielorientiertes Curriculum für praktische und schulische Ausbildung auf Grundlage des Berufsgesetzes für die Altenpflege (AltPflG), BIBB, Bertelsmann: Bielefeld.
- Becker, Wolfgang (2004b): Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Lernzielorientiertes Curriculum für praktische und schulische Ausbildung auf Grundlage des Bezügesetzes für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG), BIBB, Bertelsmann: Bielefeld.
- Benedix, Ulf (2016): Aufstiegsmobilität und -chancen auf dem regionalen Arbeitsmarkt, Stand und Entwicklungspotenzial in der regionalen Logistik, Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen (15), iaw: Bremen.
- Benedix, Ulf; Hammer, Gerlinde; Medjedović, Irena, Schröder, Esther (2013): Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege, Eine Erhebung im Land Bremen, Arbeit und Wirtschaft in Bremen (3), iaw: Bremen.
- Benedix, Ulf; Medjedović, Irena (2014): Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege, Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten, Arbeit und Wirtschaft in Bremen (6), iaw: Bremen.
- Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, WSI: Düsseldorf.
- BKK firmus (2018): Grundpauschale - BKK firmus. - <https://www.bkk-firmus.de/leistungen/lexikon/a-z/grundpauschale.html> (Zugriff: 2018-03-24).
- BMG (2016): Pflegeberufsgesetz - 1. Lesung BT. - <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/pflegeberufsgesetz-1-lesung-bt.html> (Zugriff: 2016-04-25).
- BMG (2018): Beiträge und Tarife. Bundesgesundheitsministerium. - <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege-und-tarife/?L=0> (Zugriff: 2018-03-24).
- BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) (Österreich) (2017): Gesundheitsberufe in Österreich, Wien.
- Bode, Ingo (2007): Wohlfahrt, in: Benz et al. (Hrsg.) 2007.
- Bogai, Dieter; Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris; Hell, Stefan; Ludewig, Oliver (2015): Viel Varianz Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient, IAB: Nürnberg. – https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf
- Bonse-Rohmann, Mathias (Hrsg.); Burchert, Heiko (Hrsg.) (2011): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen (Berichte zur Beruflichen Bildung), BIBB, Bertelsmann: Bielefeld.
- Bonß, Wolfgang; Ludwig-Meyerhofer, Wolfgang (2000): Arbeitsmarkt, in: Almendinger/Ludwig-Meyerhofer (Hrsg.) (2000), 109-144.
- BPGG (2016): Bundespflegegeldgesetz (Österreich), (Fassung konsolidiert vom 06.10.2017). - www.ris.bka.gv.at (Zugriff: 2018-05-21).
- Brandenburg, Hermann (Hrsg.); Dorschner, Stephan (Hrsg.) (2015): Pflegewissenschaft 1, Lehr und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege, 3. Aufl., Huber: Bern.
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Klink, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.
- Bräutigam, Christoph; Dahlbeck, Elke; Enste, Peter; Evans, Michaela; Hilbert, Josef (2010): Das letzte Mittel? Leiharbeit in der Pflege, Forschung aktuell 10, IAT: Gelsenkirchen. - <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2010/fa2010-10.pdf>

- Bruxel, Hoger (2011): Studienbericht Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen, Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen, Münster, Foliensatz. - http://www.fh-muenster.de/oecotrophologie-facility-management/downloads/holger-buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal.pdf (Zugriff: 2018-07-27).
- Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012): Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines Neuen Pflegeberufegesetzes, 01.03.2012. - <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/77280/eckpunkte-pflegeberufegesetz-data.pdf>, Zugriff: 2018-03-23.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. o. J. Anspruch - Pflegeversicherung - Wegweiser Demenz. - <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/gesetzliche-leistungen/pflegeversicherung/anspruch-pflegestufe.html> (Zugriff: 2018-03-25).
- Bundesministerium für Gesundheit (Österreich) (2013): Das österreichische Gesundheitssystem, Zahlen - Daten - Fakten, Aktualisierte Auflage 2013, Wien, <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitsystem-zahlen-daten-2013.pdf> (Zugriff: 2018-05-21).
- Bundesregierung (2017): Mindestlöhne in der Pflege steigen. - <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2017/07/2017-07-19-mindestlohn-pflege-verordnung.html> (Zugriff: 2018-07-21).
- Busse, Reinhard; Blümel, Miriam; Spranger, Anne (2017): Das deutsche Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen, 2. Aufl., MWV: Berlin.
- Butterwegge, Christoph (2005): Krise und Zukunft des Sozialstaats, 2. Aufl., VS: Wiesbaden.
- Darmann-Finck, Ingrid; Baumeister, Andreas (2017): Qualifikationsmix in der stationären Krankenpflege, Einsatzpotenzial für Pflegehilfeberufe, in: BWP 1/2017.
- Darmann-Finck, Ingrid; Baumeister, Andreas; Greiner, Agnes-Dorothee (2016): Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“, IPP: Bremen.
- Darmann-Finck, Ingrid; Muths, Sabine (2017): Die Generalistik kommt - die Differenzierung der Pflegeberufe bleibt bestehen, in: Dr. med. Mabuse 228, 32-34
- Dieckmann, Silvia ; Häußler, Andreas; Kindlein, Paul; Knüppel, Johanna; Klessen, Beate; Kutsch, Dorothee; Lippert, Robert; Schnurr, Gesine; Zirkelbach, Monika; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2011): Auf den Zuschnitt kommt es an, Skill Mix auf Krankenstationen, Eine Bewertung aus Sicht der Praxis, Berlin.
- Dielmann, Gerd (2011): Ein hohes Gut, zur Reform der Pflegeausbildung, in: Dr. med Mabuse 193, September/Oktober 2011, 14-15.
- Dielmann, Gerd (2015): Zur geplanten Reform der Pflegeausbildung: Kommt die „Generalist Nurse“?, in: Infodienst Krankenhäuser 69/Juni 2015, ver.di, 42-45.
- Dingeldey, Irene; Kathmann, Till (2017): Einführung und Wirkmächtigkeit des gesetzlichen Mindestlohns in Deutschland, Institutionelle Reformen und gewerkschaftliche Strategien in einem segmentierten Tarifsysteem, Institut Arbeit und Wirtschaft: Bremen.
- DPR (2018): Wohltätig oder professionell? Pflegende sind kaum organisiert, in: Heilberufe - das Pflegemagazin 70, 64.
- DRK Generalsekretariat (2015): Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufgesetz) vom 9.12.2015.
- Dütthorn, Nadin (2017): Pflegebildung in Europa stärken - ein empirische Beitrag zur Harmonisierung eines inhomogenen Kompetenzbegriffs, in: Weyland/Reiber (Hrsg.), 205-221.

- Espint-Andersen, Gøsta (1990): *The Three Worlds of Welfare Kapitalism*, Princeton.
- Evans, Michaela (2016): *Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel*, Friedrich-Ebert-Stiftung: Bonn.
- Filkins, Jacqueline; Landenberger, Margarete (2005): *Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Großbritannien*, in: Landenberger et al. (Hrsg.): *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa*: 79-109.
- Fischer, Wolfram (2002): *Diagnosis related groups (DRGs) und Pflege, Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*, Huber, Bern.
- Friesacher, Heiner (2008): *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns, Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft (Pflegewissenschaft und Pflegebildung Band 2, Hrsg. Hartmut Remmers)* Universitätsverlag Göttingen, v&r unipress: Göttingen.
- Friesacher, Heiner (2015): *Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege*, in *INTENSIV* 4/15, 200-202 und 213. - www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/tw_pfleger/Friesacher_intensiv_4_15_.pdf (Zugriff: 2018-04-10).
- Frohner, Ursula (2016): *Neuerungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschlossen*, ÖGKV, 9/2018.
- Gärditz, Klaus Ferdinand (2010): *Das verfassungsrechtliche Existenzminimum im „Hartz IV“-Urteil des Bundesverfassungsgericht*, in: *Bonner Rechtsjournal*, 1/2000, 4-11. - http://www.bonner-rechtsjournal.de/fileadmin/pdf/Artikel/2010_01/BRJ_004_2010_Gaerditz.pdf (Zugriff: 2018-02-28).
- Gerhardinger, Günter (2004): *Zur Ökonomisierung Sozialer Arbeit - Chancen und Risiken der Privatisierung sozialer Dienstleistungen*, Vortrag. - [http://www.gerhardinger-online.de/Oekonomisierung Sozialer Arbeit.doc](http://www.gerhardinger-online.de/Oekonomisierung%20Sozialer%20Arbeit.doc) (Zugriff: 2018-03-26).
- Gerhardinger, Günter (o.J.): *Sozialpolitik in einer ökonomisierten Gesellschaft (o.J.)*. - http://www.gerhardinger-online.de/Sozialpolitik_in_der_oeonomisierten_Gesellschaft.doc (Zugriff: 2018-03-26).
- Gerlinger, Thomas (2012): *Die Kompetenzen von EU und ihren Mitgliedstaaten in der Gesundheitspolitik*. - <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72853/kompetenzen> (Zugriff: 2018-03-08).
- Glassner, Vera; Pernicka, Susanne; Dittmar, Nele (2015): *Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor*, HBS: Düsseldorf.
- Gottschall, Karin (2001): *Zwischen tertiärer Krise und tertiärer Zivilisation*, in: *Berliner Journal für Soziologie* 11(2): 217-235.
- Gräbel, Elmar; Behrndt, Elisa-Marie (2016): *Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige*, in: Jacobs et al. (Hrsg.), *Kapitel 11*, 169-187.
- Greß, Stefan; Stegmüller, Klaus (2016): *Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege*, Hochschule Fulda: Fulda.
- Gronemeyer, Marianne (2017): *Hilfebedarf*, in: Gronemeyer/Jurk (Hrsg.), 91-100.
- Gronemeyer, Reiner (Hrsg.); Jurk, Charlotte (Hrsg.) (2017): *Entprofessionalisieren wir uns! Ein kritisches Wörterbuch über die Sprache in Pflege und sozialer Arbeit*, transkript: Bielefeld.
- GuKG 2017: *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) (Österreich)*, Fassung vom 04.10.2017. - Konsolidierte Fassung von www.ris.bka.gv.at (Zugriff: 2017-10-04).
- Hagen, Kornelia; Rothgang, Heinz (2014): *Erfolge und Misserfolge der Pflegeversicherung - Ihre Weiterentwicklung bleibt notwendig*, in: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 84, 5–20.
- Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris (2013): *Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege*, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 59: 413–431.

- Hanneken, Astrid; König, Stefan; Pulm, Jannis; Schmaus, Margit; Steffen, Petra; Blum, Karl (2010): Das erfolgreiche kommunale Krankenhaus, Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser, Abschlussbericht des Deutschen Krankenhausinstituts, Berlin/Düsseldorf. - https://www.ivkk.de/images/downloads/2010-05-04_Endbericht_Erfolgreiches_kommunales_Krankenhaus_IVKK.pdf (Zugriff: 2018-03-09).
- Hans-Böckler-Stiftung (2018): Pflegenotstand: „Konzentrierte Aktion Pflege“ ein wichtiger Schritt. - https://www.boeckler.de/36713_114696.htm (Zugriff 2018-07-21).
- Harsch, Katrin; Verbeek, Hans(2012): Der Mindestlohn in der Pflegebranche – Die Folgen eines Mindestlohns in einer Wachstumsbranche, *Journal for Labour Market Research* 3–4: 355–378.
- Hauer, Gerlinde (2016): Buurtzorg – Vom Pilotprojekt zum größten Non-Profit-Unternehmen in der mobilen Pflege, blog.arbeit-wirtschaft.at. - <http://blog.arbeit-wirtschaft.at/buurtzorg-vom-notstand-in-der-pflege-zur-sozialen-innovation> (Zugriff: 2018-04-22).
- HBeG (2007): Hausbetreuungsgesetz (Österreich), Bundesgesetzblatt der Republik Österreich, Jg. 2007, Teil I, Ausgegeben am 29. Juni 2007. - www.ris.bka.gv.at.
- Heintze, Carola (2015): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem, WISO-Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung: Bonn.
- Helmrich, Robert; Güntürk-Kuhl, Betül; Hall, Anja; Koscheck, Stefan; Leppelmeier, Ingrid; Maier, Tobias; Tiemann, Michael (2016): Attraktivität und Zukunftsaussichten in den Berufsfeldern Pflege und Erziehung, Working Paper Forschungsförderung Nr. 11, Hans-Böckler-Stiftung: Düsseldorf. - <https://www.boeckler.de/64509.htm?produkt=HBS-006324>
- Hibbeler, Birgit (2014): Größe will mehr Pflegekräfte, in: *Deutsches Ärzteblatt* 111: 248.
- Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas: Pflege in den eigenen vier Wänden, Zeitaufwand und Kosten, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft (pdf), Study der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 363, Juni 2017. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf
- Hilbert, Josef; Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela (2014): Berufsbildung im Gesundheitswesen: Ein Sonderweg mit Fragezeichen, in: *WSI Mitteilungen*, HBS: Düsseldorf, 43-51. - https://www.boeckler.de/wsi-mitteilungen_45302_45319.htm (Zugriff: 2018-03-28).
- Hipp, Lena; Kelle, Nadiya (2016): Nur Luft und Liebe? Die Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit im Länder- und Berufsvergleich, Friedrich-Ebert-Stiftung: Bonn.
- Hofmarcher-Holzacker, Maria M. (2008), Stationäre Pflege: Kosten und Einnahmestruktur, in: *ÖKSA* (2008), S. 39-54.
- Hülken-Giesler, Manfred (2017): Dynamiken im Berufsfeld Pflege und Folgen für die Fachkräftequalifizierung, in: *BWP* 1/2017.
- Jacobs, Klaus (Hrsg.); Schwinger, Antje(Hrsg.); Klauber, Jürgen(Hrsg.); Greß, Stefan(Hrsg.); Kuhlmeier, Adelheid (Hrsg.) (2016): *Pflege-Report 2016*, Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus, Wissenschaftliches Institut der AOK: Berlin.
- Jäggi, Jolanda; Künzi, Kilian (2015): Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter - Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG, Bern
- Jansen, Martin (2011): Krank arbeiten statt gesund pflegen, Präsentismus im Krankenhaus, Huber, Bern.
- Kaljouw, Marian; van Vliet, Katja (2015): Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren, Zorginstituut Nederland, ohne Ort.

- Kathmann, Till (2017): Zum Wechselverhältnis von Mindestlohn und Tarifpolitik, Handlungsstrategien tarifpolitischer Akteure in der Gebäudereinigung, im Einzelhandel und der Metallbranche, Hans-Böckler-Stiftung: Düsseldorf.
- Kehrbach, Antje; Nowack, Sabine G.; Die Senatorin für Gesundheit (Hrsg.); Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (Hrsg.) (2014): Bericht zum Schulversuch Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (generalistische Ausrichtung) in Bremen, Schulversuch vom 01.04.2012 bis 31.03.2014. - <http://www.bremer-krankenpflegeschule.de/uploads/EndberichtGKPGGAEndfassung.pdf> (Zugriff: 2018-04-05).
- Kelle, Udo (2005): Computergestützte Analyse qualitativer Daten, in: Flick et al (Hrsg.), Qualitative Forschung, Rowohlt: Reinbek bei Hamburg, 485-501.
- Klaes, Lothar; Köhler, Thorsten; Rommel, Alexander; Schüler, Gerhard; Schröder, Helmut (2013): Public Private Health, Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft, Bertelsmann: Bielefeld.
- Klinke, Sebastian (2008): Ordnungspolitische Wandel im stationären Sektor, 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus, Berlin.
- Koalitionsvertrag (2013): CDU/CSU/SPD, Deutschlands Zukunft gestalten, 18. Legislaturperiode, zitiert nach: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (Zugriff: 2018-04-13).
- Koalitionsvertrag (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa, Eine neue Dynamik für Deutschland, Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. - <https://www.mdr.de/nachrichten/politik/inland/download-koalitionsvertrag-quelle-spd-100-downloadFile.pdf> (Zugriff: 2018-03-20).
- Krankenkassenzentrale (2018): Krankenkassenbeitrag 2018 – Auswirkungen der Beiträge, Krankenkassen-Zentrale. - <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/krankenkasse-beitrag> (Zugriff: 2018-03-24).
- Kreutzer, Susanne (Hrsg.) (2010): Transformationen pflegerischen Handelns, Pflegewissenschaft und Pflegebildung 5, Hrsg. Hartmut Remmers, V&S unipress: Göttingen.
- KrPflG (2003): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442).
- Kuckartz, Udo (2005): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, VS : Wiesbaden.
- Kümmerling, Angelika (2016): Erschöpft, unterbezahlt und ohne Lobby – Beschäftigte in der Altenpflege, in: Haipeter, Thomas/Latniak, Erich/Lehndorff, Steffen (Hrsg.): Arbeit und Arbeitsregulierung im Finanzmarktkapitalismus. Chancen und Grenzen eines soziologischen Analysekonzepts, Springer VS: Wiesbaden, S. 141-167.
- Landenberger, Margarete; Stöcker, Gertrud; Filkins, Jacqueline; de Jong, Anneke; Them, Christa; Selinger, Yvonne (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Hannover.
- Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG) (2012): Armut macht krank – Krankheit macht arm?! Dokumentation einer gemeinsamen Fachtagung des Regionalen Knotens Bayern – Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit und des Landes-Caritasverbandes Bayern e.V.. München, 3. Dezember 2012, München. - <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de> (Zugriff: 2018-04-24).
- Leichsenring, Kai; Schulmann, Katharine, Gasior, Katrin (2015): Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten, Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege, AK Wien, Wien. - https://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Gute_Pflege_August_2015.pdf (Zugriff: 2018-04-19).
- Marzell, Robert (2006): Aus- und Weiterbildungen in der Sozial- und Krankenpflege (zorg en verpleging) im deutsch-niederländischen Vergleich, Kenniscentrum Beroepsoponderwijs Arbeidsmarkt, Nijmegen/Düsseldorf. - https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/niederlandenet/pdfs/marzellpflegeausbildungnl_def1.pdf (Zugriff: 2018-04-05).

- Matthes, Stephanie (2016): Attraktivitätssteigerung durch Reform der Pflegeberufe, Hinweise aus einer Schülerbefragung, BIBB: Bonn. - <https://www.bibb.de/de/45440.php>; <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/8031> (Zugriff: 2018-04-13).
- Medjedović, Irena; Witzel, Andreas (2007): Secondary Analysis of Interviews: Using Codes and Theoretical Concepts From the Primary Study, in: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 6(1): 46. - <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/507/1094> (Zugriff: 25.8.2016).
- Meleis, Alaf Ibrahim (1999): Pflgeetheorie, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege, Huber: Bern.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2003): Experteninterview, in: Bohnsack et al (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung, Leske + Budrich: Opladen, 57-58.
- Moses, Simone. 2015. Akademisierung der Pflege in Deutschland, Huber: Bern.
- Mühlberger, Ulrike; Knittler, Käthe; Guger, Alois (2010): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegeversorgung, in: Finanzierung der Pflegeversorgung, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, ÖGB-Verlag: Wien.
- MVWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2016): Het Nederlandse zorgstelsel, Den Haag.
- Niehues, Christopher; Winkelhaus, Linda (2017): Krankenhausfinanzierung verständlich erklärt: allgemeine Grundlagen. - <http://www.iww.de/cb/verguetung/krankenhausfinanzierung-krankenhausfinanzierung-verstaendlich-erklart-allgemeine-grundlagen-f103444> (Zugriff: 24. März 2018).
- Offe, Claus (1984): Sozialstaat und politische Legitimation, in: Randelzhofer/Süß (Hrsg.): Konsens und Konflikt, 35 Jahre Grundgesetz, Berlin/New York.
- ÖGB (2018): Kollektivvertrag für Arbeitnehmer und Lehrlinge karitativer Einrichtungen der Katholischen Kirche in Österreich. - <http://www.kollektivvertrag.at/kv/karitative-einrichtungen-der-kathol-kirche-caritas-arb-ang/karitative-einrichtungen-der-kathol-kirche-rah-men/206444?term=Arbeitnehmer+und+Lehrlinge+karitativer+Einrichtungen+der+Katholischen+Kirche+in+%C3%96sterreich> (Zugriff 2018-07-21).
- ÖKSA (Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit) (Hrsg.) (2008): Finanzierung der Pflege in Österreich, Bedarf - Modelle – Perspektiven, Dokumentation der Jahrestagung 2008, Wien.
- Paritätischer Gesamtverband (2014): Modellrechnungen zur Unterfinanzierung der ambulanten Pflege in der Sozialen Pflegeversicherung 1998 bis 2013, Paritätischer Gesamtverband, Berlin.
- PfIBRefG (2016): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinettentwurfPfIBG.pdf
- PfIBRefG (2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe, Pflegeberufereformgesetz (PfIBRefG), nach Bundesratsdrucksache 511/17 vom 23.06.17.
- Pitschas, Rainer; Thiele, Günter (2016): Pflege in Zeiten sozialstaatlicher Transformation, Notwendigkeit und Gewährleistungsprofil eines zukunftsmaßigen Pflegesystems, in: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften (57): 143–169.
- PrimVG (2017): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz PrimVG) (Österreich), Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Jg. 2017, Teil I, 2. August 2017, www.ris.bka.gv.at.
- Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid; Aistleithner, Regina et al. (2011): Reformansätze für die Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich. Diskussionsgrundlage für die Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“ am 26. 09. 2011, Wien.

- Rebeggiani, Luca; Stöwhase Sven (2018): Effekte informeller Pflege auf die Sozialversicherung – Eine Gegenüberstellung gesparter Aufwendungen und potentiell entgangener Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, in: Sozialer Fortschritt (67,2), 79-98. - <https://doi.org/10.3790/sfo.67.2.79>
- Reiber, Karin; Weyland, Ulrike; Andrea Burda-Zoyke (2017): Herausforderungen für die Gesundheitsberufe aus Sicht der Berufsbildungsforschung, in: Weyland/Reiber (Hrsg.), 9-27.
- Remmers, Hartmut (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze, in: Kreutzer (Hrsg.) (2010), 33-64.
- Remmers, Hartmut (2011a): Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt, in: Remmers (Hrsg.) (2011), 7-47.
- Remmers, Hartmut (Hrsg.) (2011): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog, Pflegewissenschaft und Pflegebildung (1), v&r unipress: Oldenburg.
- Resetarics, Paul (2016): News aus dem BMG, GuKG-Novelle 2016, Langen Nacht der Pflege Graz 2016, Bundesministerium für Gesundheit (Österreich), Wien, Foliensatz. - www.kinderkrankenpflege.at/media/file/635_Resetarics_GuKG_Novelle.pdf.
- Rothgang, Heiz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport "Pflege 2030", Was ist zu erwarten – was ist zu tun?, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. - <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030>.
- Rothgang, Wolfgang (2006): Die Regulierung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive: Auf dem Weg zur Konvergenz? in: Wendt, Claus; Wolf, Christof Wolf (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, VS-Verlag: Wiesbaden.
- Röthig, Iris (2012): Wahrer Lohn – Was Beschäftigte in der Altenhilfe tatsächlich verdienen – Wohlfahrt Intern startet den bundesweiten Vergleich der Tarifverträge, in: Wohlfahrt intern 6 (9): 16-17.
- Schildmann, Christina; Voss, Dorothea (2018): Aufwertung von sozialen Dienstleistungen, Warum sie notwendig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen, Hans-Böckler-Stiftung: Düsseldorf.
- Schmid, Josef (2010): Wohlfahrtsstaaten im Vergleich, Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme, 3. Aufl., VS: Wiesbaden.
- Schmidt, Andrea E. (2014): Kampf der Generationen oder Solidarität zwischen Jung und Alt? Das österreichische Pflegesystem im europäischen Vergleich, in: momentum, Vol. 3, No. 1 (2014), p. 1-57.
- Schön, Jasmin (2011): Kooperative Pflegeausbildung: Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege, Ein Beitrag zur Curriculumentwicklung an einer beruflichen Schule in Baden-Württemberg, in: Bonse-Rohmann/Burchert (Hrsg.), 79-97.
- Schroeder, Wolfgang (2017): Kollektives Beschäftigungshandeln in der Altenpflege. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung. - https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_373.pdf (Zugriff: 2018-04-22).
- Schroeder, Wolfgang (2017): Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege, Hans-Böckler-Stiftung: Düsseldorf. - https://www.boeckler.de/pdf_fof/99634.pdf
- Schubert, Klaus (Hrsg.) Hegelich, Simon (Hrsg.); Bazant, Ursula (Hrsg.) (2008): Europäische Wohlfahrtssysteme, Ein Handbuch, VS: Wiesbaden.
- Schulte, Bernd (2000): Das deutsche System der sozialen Sicherheit, Ein Überblick, in: Almendin-ger/Ludwig-Meyerhofer (Hrsg.) (2000), 15-38.
- Schulz, Erika (2014): Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert, Heirich-Böll-Stiftung. - <https://www.boell.de/de/2014/03/03/das-deutsche-pflegesystem-ist-im-eu-vergleich-unterdurchschnittlich-finanziert> (Zugriff: 20.8.2016).

- Schwaller, Corinne (2013): Die Ökonomisierung der ambulanten Pflege, Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegenden aus einer Arbeitswelt im Umbruch, ARBEITSBLATT Nr. 58, Universität Bern.
- Schwinger, Antje; Tsiasioti, Chrysanthi; Klauber, Jürgen (2016): Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege - eine Befragung pflegender Angehöriger, in: Jacobs et al. (Hrsg.), Kapitel 12, 189-216.
- Seibert, Holger; Carstensen, Jeanette; Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften - weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. - <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen> (Zugriff: 2018-04-22).
- Sell, Stefan (2009): Das Kreuz mit der Pflege, Konfessionelle Träger von Pflegeheimen als Getriebene und Treiber in Zeiten einer fortschreitenden Ökonomisierung des Pflegesektors, Remagener Beiträge zur Sozialpolitik 06/2009.
- Sell, Stefan (2010): Abschied von einer Lebenslüge der deutschen Pflegepolitik, Plädoyer für eine 'personenbezogenen Sonderregelung' und für eine aktive Gestaltung der Beschäftigung von ausländischen Betreuungs- und Pflegekräften in Privathaushalten, Remagener Beiträge zur Sozialpolitik 02/2010.
- Sell, Stefan (2017a): Wenn private Pflegeheimbetreiber eine „ideologiefreie Diskussion“ vorschlagen, Die Altenpflege, ihre Personalmisere und die das Geschäft störende Fachkraftquote, Aktuelle Sozialpolitik, Blogbeitrag 22. August 2017. - <https://aktuelle-sozialpolitik.blogspot.de/2017/08/wenn-private-pflegeheimbetreiber-eine-ideologiefreie-diskussion-vorschlagen.html> (Zugriff: 2017-03-28).
- Sell, Stefan (2017b): Nicht Fisch, nicht Fleisch, Von der Dreigliedrigkeit zu 1. + 2. (+3.) Generalistik bzw. (ab 3.) Y-Optionsmodell. - <https://aktuelle-sozialpolitik.blogspot.de/2017/06/reform-der-pflegeausbildung-nicht-fisch-nicht-fleisch.html>
- Sell, Stefan (2018): Der Pflegenotstand – (noch) kein Thema für das Bundesverfassungsgericht, Arbeitsverweigerung oder wohlbedachtes Zurückschrecken vor der Systemfrage durch die Nicht-Annahme von Pflegeverfassungsbeschwerden? Remagener Beiträge zur Sozialpolitik 21/2018. - <https://opus4.kobv.de/opus4-hs-koblenz/files/116/Sozialpolitik+2018-21.pdf> (Zugriff: 2018-03-13).
- Senator für Wirtschaft, Arbeit und Häfen (2015): Keine Mehrheit im Tarifausschuss: Allgemeinverbindlichkeit in der Altenpflege gescheitert. - <https://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen146.c.156883.de> (Zugriff: 2018-07-21).
- Slotala, Lukas (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege, Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste, VS: Wiesbaden.
- Staflinger, Heidemarie (2017): Die mobile Pflege goes Buurtzorg? Chancen und Grenzen des niederländischen Modells für Österreich, in: Gesund&Sozial, 69. Jg, Heft 2, ÖGB, S. 9.
- Statistisches Bundesamt (2016): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1., Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018): Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3 - 2017
- Steffen, Petra; Löffert, Sabine (2010): Ausbildungsmodelle in der Pflege, Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf. - www.dkgev.de/media/file/8863.RS008-11_Anlage-Endbericht_Ausbildungsmodelle_in_der_Pflege.pdf (Zugriff: 2018-03-27).
- Stuurgroep Verpleging & Versorging 2020 (2015): Toekomstbestendige beruepen in de verpleging en verzorging, Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling, ohne Ort.
- Stuurgroep Verpleging & Versorging 2020 (2015a): Beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige, ‚regie en overzicht‘, ohne Ort.

- Stuurgroep Verpleging & Versorging 2020 (2015b): Beroepsprofiel mbo-opgeleide verpleegkundige, ‚een sterke combinatie von hoofd, hart en handen‘, ohne Ort.
- Stuurgroep Verpleging & Versorging 2020 (2015c): Beroepsprofiel verzorgende ig, ‚altijd dichtbij‘, ohne Ort.
- Tews, Bernd (2017): SPD lenkt ein, Koalition einigt sich auf Kompromiss bei Pflegeberufen, Altenpflege erhält Chance auf Fortbestand, in: bpa.magazin 1/2017, S. 11-13. - http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BUND/bpa_Magazin/bpa_Magazin_01_2017_Internet.pdf
- Trilling, Angelika; Klie, Thomas (2003): Die Ermittlung von pflegekulturellen Orientierungen und Pflegebereitschaft als Instrument der Altenhilfeplanung, Hrsg. Roland Schmidt, Thomas Klie, Anke Buhl und Hildegard Entzian, Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main.
- Turquet, Pascale (2012): Reformen der Finanzierung der Krankenversicherungssysteme in den Niederlanden, in Deutschland und in Frankreich: Auswirkungen auf die Abdeckung und Umverteilung, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit 65: 31–57.
- V&V Project Verplegkundigen & Versorgenden 2020 (2012): Leren van de toekomst, Utrecht.
- v&vn (2012): Expertisegebied transferverpleegkundige, ohne Ort.
- v&vn (2014): Expertisegebied wijkverpleegkundige, ohne Ort.
- ver.di (2014): Geschäftsbericht, Fachbereich 3, 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2014, ver.di: Berlin.
- ver.di (2015): Erste Kurzbewertung zum vorläufigen Arbeitsentwurf BMFSFJ/BMG für das Bund-Länder-Gespräch auf Fachebene am 2./3. Juni 2015, infopost Berufspolitik vom 06.07.2015.
- ver.di (2017): Allgemeinverbindlichkeit ist das Ziel in Bremen. - <https://www.verdi.de/themen/nachrichten/++co++89d45140-146d-11e7-a7c2-525400940f89> (Zugriff: 2018-07-21).
- ver.di Bezirk Bremen-Nordniedersachsen; DGB Region Bremen-Weser-Elbe; Arbeitnehmerkammer Bremen (2018): Wir brauchen eine Politik für moderne und gute Arbeit in der Pflege - keine Pflegekammer.
- Vera, Antonio (2009): Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse, in: Gesundheitswesen (71), 10-17.
- VkA (2017): Vka-Jahresbericht - <http://www.vka.de/media/exe/14/e22768537710c5aa646b00255cb86c6f/vka-jahresbericht-2017-webversion.pdf> (Zugriff: 2018-03-20).
- Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes, Westdeutscher Verlag: Wiesbaden:.
- Waldhausen, Anna; Sittermann-Brandens, Birgit; Matarea-Türk, Letitia (2014): (Alten) Pflegeausbildungen in Europa, Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU, (Hrsg.) Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Frankfurt a.M.. - http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Veroeffentlichungen/PflegeEU_Aug2014.pdf
- Waltermann, Raimund (2018): Koalitionsvertrag: Flächendeckende Tarifgeltung in der Pflegebranche, in: NZA 11/2018, S. 686-692.
- Weidner, Frank; Kratz, Thomas (2012): Eine Zukunftsorientierte Pflegebildung? Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe, in: BWP 6/2012, 11- 15.
- Weinkopf, Claudia; Hieming, Bettina; Mesaros, Leila (2009): Prekäre Beschäftigung, Expertise für die SPD-Landtagsfraktion NRW, Institut Arbeit und Qualifikation: Duisburg.
- Welskop-Deffaa, Eva M. (2016): Who cares? – Zur Reichweite gewerkschaftlicher Interessenvertretung für gute Pflege in Deutschland, in: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften (57), 43-60.

- Wendt, Claus (2009): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, VS: Wiesbaden.
- Wendt, Claus; Wolf, Christof Wolf (Hrsg.) (2006): Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, VS: Wiesbaden.
- Wetzstein, Mathias; Rommel, Alexander; Lange, Cornelia (2015): Pflegende Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst, Gesundheitsberichterstattung - GBE kompakt, Robert Koch Institut, Ausgabe 03/2015.
http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=21301
- Weyland, Ulrike (Hrsg.); Reiber, Karin (Hrsg.); BIBB (Hrsg.) (2017): Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen - aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder (Berichte zur beruflichen Bildung), Bertelsmann: Bielefeld.
- Will, Rosemarie (2011): Bedeutung der Menschenwürde in der Rechtsprechung, in: APuZ 35-26, 61. Jg, 8-14.
- Zöller, Maria (2017): Ausbildung in der Pflege, Strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklung durch das Pflegeberufereformgesetz, in: BWP 5/2017, 50-52.

Impressum

Herausgeber

Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen
Wiener Straße 9
28359 Bremen

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen

Abschluss der Untersuchung:

Stand November 2018

Umschlaggestaltung

GfG / Gruppe für Gestaltung, Bremen

Titelfotos

fotolia.com / Dan Race
fotolia.com / CHW
fotolia.com / auremar
fotolia.com / Carl-Juergen Bautsch

Druck

Girzig + Gottschalk GmbH, Bremen

1. Auflage 2019
ISSN: 2195-7266


Bestellung

Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Geschäftsstelle
Telefon 0421.218-61704
iaw-info@uni-bremen.de

Die Arbeitnehmerkammer Bremen vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der im Land Bremen beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Um diesem gesetzlichen Auftrag auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse umfassend gerecht zu werden, kooperiert die Arbeitnehmerkammer mit der Universität Bremen. Teil dieser Kooperation ist das Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw), das gemeinsam von beiden Häusern getragen wird. Schwerpunkte des iaw sind die Erforschung des Strukturwandels von Arbeit, Wirtschaft und Gesellschaft, insbesondere in seinen Auswirkungen auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Rahmen dieser Reihe werden die Forschungsergebnisse, die aus der Kooperation zwischen Arbeitnehmerkammer und iaw hervorgehen, veröffentlicht.

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen
Telefon 0421.3 63 01-0
Telefax 0421.3 63 01-89
info@arbeitnehmerkammer.de
www.arbeitnehmerkammer.de

iaw – Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität Bremen
Wiener Straße 9
28359 Bremen
Telefon 0421.2 18-6 17 04
Telefax 0421.2 18-6 17 07
iaw-info@uni-bremen.de
www.iaw.uni-bremen.de



Neue Wege der Pflegeausbildung – Anspruch und Leistungen der Pflegeberufere- form für die Attraktivität der Pflegearbeit

Der Personal- und Fachkräftemangel in der Pflege ist groß. Es fehlt an Nachwuchs und die Arbeitsbedingungen sind wenig attraktiv. Die 2017 beschlossene Neuordnung der Pflegeberufe mit der generalistischen Ausbildung hatte den Anspruch, nicht nur die Ausbildung an veränderte Anforderungen anzupassen, sondern auch die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die aktuell in der Umsetzung befindliche Reform ihren Zielen gerecht werden wird. Welcher Fortschritt ergibt sich für das Berufsbild der Pflege? Welche Impulse werden für die Entwicklung „guter Arbeit“ – nicht zuletzt bei der Entlohnung – gesetzt?

Die Studie beschreibt zunächst Elemente des Pflegesystems, die den Hintergrund des umstrittenen Reformprozesses bilden.

In Interviews mit Experten und Expertinnen regionaler und überregionaler institutioneller Akteure wurden Einschätzungen zu den Auswirkungen der Reform auf die Pflegearbeit und zu den Anforderungen an ihre praktische Umsetzung gewonnen. Vergleichend wurden die Ausbildungssysteme der Niederlande und Österreichs hinzugezogen.

Auf dieser Grundlage wird das Reformergebnis bewertet und es werden Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Umsetzung der Reform benannt.