



PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

weitblick

1/2015



DIE PFLEGENOTEN IM FOKUS:

Dichtung und Wahrheit bei der Pflege-
transparenz und was die Zukunft bringen soll(te)

ENTBÜROKRATISIERUNG AUS UNTERNEHMERSICHT:

Ein Paradigmenwechsel für die Pflege

GENERALISIERUNG LIGHT:

Zu den Vorschlägen der Bund-Länder-Kommission zur Pflegeausbildungsreform

DIE PRIVATE PROFESSIONELLE PFLEGE IN DEUTSCHLAND

Inhalt

Editorial	3
Die Pflegenoten im Fokus: Dichtung und Wahrheit bei der Pflgetransparenz und was die Zukunft bringen soll(te).....	4
Ein Paradigmenwechsel für die Pflege – Entbürokratisierung aus Unternehmersicht.....	8
Generalisierung light – Die Vorschläge der Bund-Länder-Kommission zur Pflegeausbildungsreform.....	11
Autorenverzeichnis.....	15
Impressum.....	16



**Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,**

viel spricht dafür, dass 2015 ein Jahr zahlreicher Veränderungen für die professionelle Pflege wird. Hauptgrund ist natürlich die seit Jahresanfang in Kraft getretene erste Stufe des Pflegestärkungsgesetzes. Und auch die für Anfang 2017 angekündigte zweite Stufe wirft vor allem im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff schon ihre Schatten voraus. Dazu kommen die Eisen, die gerade im Bundesgesundheitsministerium und beim Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung Karl-Josef Laumann heiß geschmiedet werden.

Es sind alte Bekannte: Entbürokratisierung, Pflegetransparenz und generalisierte Pflegeausbildung.

Beim Thema Pflegetransparenz hat sich der VDAB seit Jahren klar positioniert. Seitdem die „Pflegenoten“ vor über fünf Jahren überhastet eingeführt wurden, reißen die Debatten über Wohl und Wehe der Transparenz nicht ab. Zu Recht! Denn das bestehende System erfüllt ganz offensichtlich nicht, was es soll. Es bietet den Pflegebedürftigen, Angehörigen und auch Pflegenden keine Orientierung in Sachen Pflegequalität. Wenn es nach dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung Karl-Josef Laumann geht, soll sich das nun radikal ändern. An welchem Punkt wir heute in der Diskussion stehen und welche Schlussfolgerungen aus der bisherigen Entwicklung zu ziehen sind, das können Sie im vorliegenden WEITBLICK nachlesen.

Auch das Anliegen der professionellen Pflege, weniger Zeit für die Bürokratie aufwenden zu müssen und stattdessen mehr „Luft“ für die eigentliche Pflege zu haben, ist nicht neu. Mit der flächendeckenden Umsetzung des neuen Strukturmodells soll es konkret werden. VDAB-Bundesvorstand Dr. Jörg Biastoch schildert aus Sicht des Unternehmers, wie hier der aktuelle Stand aussieht.

Des Weiteren wirft Rainer Merschmann, Geschäftsführer der VDAB-Schulen, einen genauen Blick auf den aktuellen Stand der Diskussionen um eine Reform der Pflegeausbildung. Die zentrale Frage dabei: Was bringt die Reform der Altenpflege?

Neben allen Großprojekten darf nicht aus dem Blick geraten, worauf die zahlreichen Bemühungen in der Pflegepolitik eigentlich abzielen: Auf die Zukunftsfähigkeit der Pflege. Dazu bedarf es einer Vision, wie diese nachhaltig zu gestalten sein muss. Der VDAB wird jedenfalls alle Veränderungen, die das Jahr 2015 bringen wird, an einem zentralen Maßstab messen und danach handeln: Jeder, der professionelle Pflege braucht, muss sie auch in Zukunft bekommen können.

Ich wünsche **Ihnen** eine interessante Lektüre.

Stephan Baumann
Bundesvorsitzender des VDAB

Die Pflegenoten im Fokus

Dichtung und Wahrheit bei der Pflege­transparenz und was die Zukunft bringen soll(te)



von

Thomas Knieling

Das Thema Pflege­transparenz hat derzeit in der politischen Debatte wieder einen hohen Stellenwert. Der Pflegebeauftragte der Bundesregierung Karl-Josef Laumann hat den Stein Ende letzten Jahres mit seinem Positionspapier zu den Pflegenoten ins Rollen gebracht. In der Folge haben sich viele Akteure an der Debatte beteiligt.

In gut fünf Jahren kontroverser Diskussion über Pflege­transparenz war aus dem Blickwinkel von Politik, Wissenschaft, Praxis sowie Verbänden und Kassen als Vereinbarungspartner der zuständigen Selbstverwaltung eigentlich schon alles zur inhaltlichen Qualität des bestehenden Systems gesagt. Neu ist die politische Bereitschaft auch weitreichende Konsequenzen wie die Abschaffung der Noten in Kauf zu nehmen. Das ist sehr zu begrüßen. Allerdings ist es wünschenswert, dass die Konsequenzen solcher Art sind, dass damit historisch gewachsene Fallstricke und Irrtümer rund um die Pflege­transparenz ausgemerzt würden. Ein gründlicher Blick zurück ist dabei eine wesentliche Voraussetzung.

Schuld und Sühne

Die Mechanismen der öffentlichen Wahrnehmung sind hinlänglich bekannt: Gibt es Felder von öffentlichem Interesse, denen Defizite festgestellt werden, verlässt die öffentliche Diskussion die inhaltliche Ebene, sobald kein Erkenntnisdefizit mehr besteht, sondern ein Mangel an Konsequenzen daraus. Dieser Reflex führt aktuell dazu, dass mit einfachen Botschaften und einfachen „Wahrheiten“ der

Stab über dem bestehenden Transparenzsystem gebrochen und die Frage von „Schuld“ an den sinnlosen Pflegenoten in den Fokus gerückt wird. Die Reaktionen der Beteiligten sind in solchen Fällen vorhersehbar. Die Verantwortung wird immer beim Gegenüber gesehen.

Der Reigen aktueller Schuldzuweisungen begann mit der Feststellung von Herrn Laumann, die Pflegeselbstverwaltung habe versagt, weil sie in den letzten fünf Jahren nicht in der Lage gewesen sei, ein System für aussagekräftige Pflegenoten zu vereinbaren. In der Folge schoben die Kassen in Gestalt des GKV-Vorstands Gernot Kiefer und des MDS-Geschäftsführers Dr. Peter Pick den Schwarzen Peter den Leistungserbringerverbänden zu. Schon die Beteiligung solcher Interessensgruppen verhindere nach deren Ansicht aussagekräftige Pflegenoten. Die einfache Botschaft lautete: „Abiturienten schreiben sich die Noten ja auch nicht selbst“. Bei näherem Hinsehen ist das allerdings nicht einmal die halbe Wahrheit.

Auf die Frage, wer schuld an dem ungeeigneten System der Pflege­transparenz ist, gibt es keine einfache Antwort. Es ist also höchste Zeit, durch einen klaren Blick zurück auch eine klare Perspektive für die Zukunft zu entwickeln.

Wo liegt der Ursprung der Pflegenoten und auch deren Geburtsfehler?

Im Zuge der Pflegeversicherungsreform im Jahre 2008 kam die Bundesgesundheitsministerin der rot-grünen Bundesregierung Ulla Schmidt zu dem Entschluss, Transparenz über die Qualität von ambulanten und stationären Pflegeleistungen herstellen zu wollen. Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes wurden deshalb der § 115 SGB XI um den Absatz 1a ergänzt, wonach die Pflegeselbstverwaltung verpflichtet ist, sicher zu stellen, „dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (...) zugrunde zu legen“.

Dieser Regelung liegen zwei zentrale Fehleinschätzungen zugrunde: Zum einen wurde unterstellt, dass es bereits taugliche Prüfungen zur Erhebung von Pflegequalität gibt. Zum anderen wurde daraus geschlossen, dass es „nur“ einer Übersetzung der Ergebnisse der bestehenden Qualitätsprüfungen bedarf und schon könnten sich Interessierte ein Bild von der tatsächlichen Qualität der Pflege machen.

Diese Missverständnisse gepaart mit dem machtpolitischen Interesse der damaligen Regierung (pünktlich vor der Bundestagswahl) in einem sensiblen Feld wie der Pflege Transparenz zu schaffen, führte unter massivem politischem

Druck zum völlig überhasteten Abschluss der Pflegetransparenzvereinbarung ambulant (PTVA) und der Pflegetransparenzvereinbarung stationär (PTVS). Konkret standen gerade einmal sechs Monate zur Verfügung. In der Kürze der Zeit war weder eine seriöse inhaltliche Entwicklung von Qualitätskriterien nach wissenschaftlichen Maßstäben möglich, noch konnte eine valide Methodik und Instrumentarien für deren Erhebung und Darstellung entwickelt werden.

Das System kann nicht, was es soll

Wie zu erwarten, stellte sich in der praktischen Umsetzung von PTVA und PTVS schnell heraus, dass das System nicht tut was es soll. Die Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) des Medizinischen Dienstes taugen gerade nicht als Blaupause für die Pflegetransparenz, denn diese Richtlinien fußen auf der Sicht von Kassen als Finanziers und Prüfer von Pflege und nicht auf der Sicht von Pflegebedürftigen und deren Angehöriger. Eine wissenschaftliche Evaluation lieferte im Jahre 2010 dann auch den Nachweis für das, was sich praktisch bereits zeigte: Die Pflegetransparenz ist fokussiert auf die Struktur- und Prozessqualität der Pflegeeinrichtungen. Nur hat diese so gut wie keine Aussagekraft für Dritte. Belohnt wird also der Bürokratierfolg der jeweiligen Einrichtung und nicht tatsächlich gute Pflege. Um keinen Wettbewerbsnachteil zu haben, gaben viele Einrichtungen trotzdem diesen Fehlanreizen nach und leiteten wertvolle personelle Ressourcen in die Pflegedokumentation um, mit dem Ziel gute Noten zu erhalten. Da die Herausforderung für die Einrichtungen rein administrativer Art war und ist, kann es kaum verwundern, dass sich die Noten aller



Einrichtungen schnell und einheitlich in den oberen Bereich der Notenskala verschoben und keine Differenzierungsmöglichkeit gegeben war und ist.

Welche Initiativen gab es, das Transparenzsystem zu verbessern?

Nachdem die Kritik am Transparenzsystem und damit auch den Vertragspartnern nach § 113 SGB XI ständig wuchs, wurden Verhandlungen über die „Weiterentwicklung“ der PTVS angestoßen. Angesichts der Tatsache, dass sich das System weder inhaltlich noch methodisch als geeignet erwiesen hat, wäre zu erwarten gewesen, dass man sich einer Neuentwicklung zuwendet, denn die bestehenden Mängel können nicht mit Nachjustierungen behoben werden. Insbesondere der GKV-Spitzenverband und die ihm angeschlossenen Kassen waren allerdings anderer Meinung und wollten mit einer Verschärfung der Bewertungsskala und einer höheren Gewichtung von sogenannten „Risikokriterien“ künstlich eine breitere Streuung der Noten herbeiführen. Dies sollte die öffentliche und politische Debatte beruhigen. Besonders unverständlich daran ist, dass es greifbare Alternativen gegeben hätte, denn zu dieser Zeit wurde ein vom Bundesministerium für Gesundheit finanziertes Modellprojekt erfolgreich abgeschlossen, aus dem Indikatoren für Ergebnisqualität der Pflege (also für die tatsächliche Qualität der Pflege) samt Erhebungsinstrumentarium zur Verfügung standen. Erklären lässt sich dies allenfalls aus dem Interesse Einzelner, sich nicht grundsätzlich korrigieren oder zurücknehmen zu müssen. Eine Verschlimmbesserung des bestehenden Systems auf dem Vereinbarungsweg

scheiterte am Widerstand des VDAB, der in den Verhandlungen immer wieder konkrete Vorschläge für einen Systemwechsel auf Basis vorhandener wissenschaftlicher Erkenntnisse machte. Für diese Haltung wurde der VDAB kritisiert und bis heute als Blockierer diffamiert, obwohl die zugrunde liegende Argumentation heute Allgemeingut ist.

Kassen hatten kein Interesse an einem Systemwechsel

Die Partner der Pflegeselbstverwaltung riefen dann in Sachen PTVS die Schiedsstelle an. Die Kassen hielten auch dort unbeirrt an ihren Vorschlägen zum alten System fest. Die Kassenseite wollte durch Mehrfachgewichtung von „Kernkriterien“ und eine Verschärfung der Bewertungssystematik künstlich die Noten verschlechtern. Eine Verbesserung hinsichtlich der Aussagekraft und der methodischen Qualität war dadurch nicht zu erreichen und auch gar nicht intendiert, denn Ziel war vor allem die Beruhigung der öffentlichen Diskussion. Herausgekommen ist schließlich ein Schiedsspruch, der allenfalls als öffentliches Feigenblatt taugt und deshalb auch keine Akzeptanz gefunden hat.

Ungeachtet dessen hat der GKV-Spitzenverband im April 2014 die Vertragspartner zur Verhandlungen über die PTVA aufgerufen. Die krude Logik war, dass nun die Inhalte des Schiedsspruchs zur PTVS auf möglichst kurzem Verhandlungsweg übertragen werden sollten. Die Verhandlungen dazu sind fast abgeschlossen und auch hier wird es wohl zu einem Schiedsverfahren kommen, dass im Ergebnis genauso wenig Fortschritt bringen wird, wie das erste Verfahren zur PTVS.

Welche Perspektive hat die Pflege- transparenz?

Die Notwendigkeit einer Transparenz der Qualität von Pflegeleistungen wird von keiner Seite bestritten. Voraussetzung ist allerdings ein Bewertungssystem, das für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige aussagekräftig sowie für die Pflegeeinrichtungen fair ist. Beide Anforderungen erfüllt das derzeitige System nicht. Die Pflegeselbstverwaltung muss sich also dringend einem Systemwechsel zuwenden, um die Pflege-
transparenz aktiv mitgestalten zu können. Die Aussagen von Herrn Laumann gehen allerdings eher in die Richtung, der Selbstverwaltung ihre Aufgabe an dieser Stelle zu entziehen. Dabei übersieht der Staatssekretär die Tatsache, dass, um das Ziel eines Systemwechsels zu erreichen, zuvorderst und ganz im Gegensatz zu seiner derzeit vertretenen Meinung, die allgemeine Selbstverwaltung gestärkt werden muss. Denn nur so lässt sich der auf Verhinderung und Blockade ausgerichtete Einfluss der Kassen in der Selbstverwaltung reduzieren. Die Selbstverwaltung die Aufgabe zur Pflege-
transparenz ganz zu entziehen oder gar, wie sich mancher bei GKV und MDS wünschen mag, die Richtlinienkompetenz für die PTV ganz den Kassen zu übertragen, werden die Aussagekraft der Transparenz nicht verbessern, sondern noch weiter verschlechtern.

Fazit: Was sollte weiter passieren?

Unabhängig davon, wer zukünftig die Pflege-
transparenz gestaltet, es wird darauf ankommen, aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen und sich vor allem auf das zu besinnen, wofür eine Pflege-
transparenz eigentlich gedacht ist: Als Orientierung für Pflegebedürftige und

Einrichtungen zum Status der tatsächlichen Pflegequalität und kein Mittel staatlicher Sanktionierung.

Für die PTVS bedeutet das, die Umsetzung eines indikatorengestützten Systems zur Erfassung und Darstellung der Ergebnisqualität voranzutreiben und dafür zu sorgen, dass die Berichterstattung und die Weiterentwicklung des Systems in den Händen eines neutralen Instituts liegt. Dazu braucht es eine Gesetzesänderung, die sowohl die Qualitätsprüfungen als auch die Rolle der Medizinischen Dienste neu regelt.

Für die PTVA bedeutet das, umgehend auf Basis eines gesicherten Verfahrens und gesicherter Methodik in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich einzusteigen.

Festzuhalten bleibt jedenfalls, dass die Pflege-
transparenz auf der gedanklichen Basis der QPR gescheitert ist. Gleiches gilt für die Darstellung mittels Schulnoten. Pflege ist ein komplexer Dienstleistungsprozess am Menschen und deshalb auch nicht mittels eines „Pflege-TÜVs“ zu erfassen. Pflege ist mehr als Technik und ihr Erfolg bemisst sich nicht allein über die Antwort auf die Frage: Funktionieren Strukturen und Prozesse? 

Ein Paradigmenwechsel für die Pflege

Entbürokratisierung aus Unternehmensicht



von
Dr. Jörg Biastoch

Seit vielen Jahren schon sind die täglichen Bürokratiebelastungen für professionell Pflegende Kristallisationspunkt für öffentliche Kritik. Und das zu Recht, denn Pflegende waren und sind noch immer gezwungen, große Teile ihrer verfügbaren Arbeitszeit auf die Dokumentation von Pflege zu verwenden. Parallel wird die Zeit für die Pflege von Pflegebedürftigen immer knapper. Der dringliche Appell an die Politik, diesem Missstand zeitnah Abhilfe zu schaffen, wurde immer lauter – auch weil sich in dieser Hinsicht nicht viel tat. Nun stehen die Zeichen allorts auf Veränderung. Die Hoffnungen liegen in der sogenannten entbürokratisierten Pflegedokumentation. Für die Unternehmen steht damit nichts weniger als ein Paradigmenwechsel an.

Es mag auf den ersten Blick irritieren, wie weit man ausholen muss, erlaubt man sich einmal einen umfassenderen Blick auf die Entbürokratisierung in der Pflege und ihre Hintergründe. Das liegt aber nicht zuletzt an einem zentralen Irrtum, der mit der Dokumentation im Zusammenhang steht: Dokumentation ist keine Erfindung der Qualitätssicherung – auch wenn es aus heutiger Sicht den meisten Akteuren so erscheint. Vielmehr ist Dokumentation eng verbunden mit dem Pflegeprozess als solches.

Warum ist die Dokumentation heute so ausufernd?

Anfang der 90iger Jahre war die Einführung der AEDL's ein wesentlicher Fortschritt, um den Pflegeprozess nicht nur weiter zu entwickeln, sondern auch besser auf den Pflegebedürftigen abzustimmen. Im weiteren Verlauf fanden Biografiefragebögen und diverse Skalen Eingang

in die Dokumentation. Zur Einführung der Pflegeversicherung beschränkte sich die Pflegedokumentation pro Bewohner auf maximal 10-12 Seiten. Beflügelt durch die Diskussion um den Pflegeprozess, der Erarbeitung von gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen gemäß SGB XI im Jahr 1996 und auf Grund des immer stärker werdenden Rufs nach Qualitätssicherung in der Altenpflege, wurde die Pflegedokumentation ständig erweitert. Die externen Prüfinstanzen stellten immer weitergehende Nachweisanforderungen, die primär ihnen selbst die Arbeit erleichtern sollte und nicht der Pflege vor Ort. Dies führte zu einer ausufernden Pflegedokumentation (40 bis 50 Seiten) zunächst auf Papier und später digital. Diese Entwicklung wurde zunächst nicht allzu kritisch hinterfragt. Sie mündete vielmehr in der Frage des technisch Machbaren und nicht in der Frage der fachlichen Sinnhaftigkeit. So entfernte sich die Pflegedokumentation immer weiter von ihrem eigentlichen Zweck: der

internen Sicherstellung einer qualitativen Pflege. In der Folge wurden durch immer starrer werdende Dokumentationsvorgaben die eigenverantwortliche Arbeit und die professionelle Einschätzung der Pflegefachkräfte immer weiter in den Hintergrund gedrängt. Durch die digitalen Dokumentationssysteme wurde es immer einfacher, in der Dokumentation noch eine Checkliste im Programm zu integrieren. Im Endeffekt war somit der (Irr-)Weg bereitet: Fort von einer eigenverantwortlichen professionellen Pflege, hin zu einem dokumentationsfixierten Abarbeiten von mechanischen Vorgaben. Es zeigte sich, dass die Fixierung der Qualitätssicherung auf die Dokumentation nicht zu einer Verbesserung der Pflegequalität führte.

Zeit, das System grundsätzlich zu hinterfragen

Es wäre aber ein Trugschluss, ein Abschaffen der Dokumentation zu fordern, da ein gewisses Maß an Dokumentation aus den Gründen der Informationsweitergabe und auch aus leistungsrechtlichen Gründen erforderlich ist. Trotzdem war es dringend Zeit, Umfang und Aufwand sowie den Nutzen zu hinterfragen und auch die dabei zugrunde liegenden Theorien zum Pflegeprozess kritisch zu beleuchten. Die Kasseler Erklärung (Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht der Juristischen Expertengruppe – Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) vom Januar 2014 war ein ganz wesentlicher Impuls. Darin wurde mit dem vermeintlich unverrückbaren Grundsatz „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht geschehen“ aufgeräumt. So kann nun die Dokumentation wieder zum Handwerkszeug

der Pflegekräfte werden, ohne dass darüber immer das Damoklesschwert des Haftungsrechts schwebt.

Wichtiger Wechsel für die Zukunftsfähigkeit der Pflege

Warum ist der Wechsel sehr wichtig für die Herausforderungen der Pflege im 21. Jahrhundert? Die Antwort darauf ist ganz nah beim Pflegenden selbst zu finden. Die bisherigen Systeme sind sehr stark checklistenorientiert. Die professionell Pflegenden wurden dazu erzogen, Checklisten auszufüllen und dem Ergebnis blind zu vertrauen. Da die Pflege aber immer eine große Bandbreite hat, kann die Checkliste maximal als Orientierung dienen und nicht den professionellen Blick ersetzen. Auch war und ist die Betrachtungsweise in der Pflege auf den Pflegebedürftigen eher passiv, dass heißt auf seine vermeintlichen Defizite orientiert. Schon lange ist es in der Wissenschaft Basiswissen, dass gerade bei der Pflege die Selbsteinschätzung und auch die Beobachtung einen hohen Stellenwert hat. Dies wurde im bisherigen System viel zu wenig berücksichtigt. Ein ganz wichtiger Aspekt der strukturierten Informationssammlung (SiS) als Basis der neuen Dokumentation ist der Bericht des Pflegebedürftigen beziehungsweise seines bisher Pflegenden. Die ehemalige Projektverantwortliche für Entbürokratisierung im Bundesgesundheitsministerium Elisabeth Beikirch fordert zu Recht, dass dies als Wortprotokoll aufzunehmen ist. Für die Pflegefachkräfte ist es eine große Herausforderung, die Informationen ohne ihren fachlichen Filter aufzuschreiben. Hier ist es erforderlich, den professionell Pflegenden den Hintergrund zu erläutern und



ihnen zu vermitteln, dass hier ganz wertvolle Informationen für die weitere Pflege gegeben werden und damit die Maßnahmenplanung wirklich erst individualisiert werden kann. Es hat sich auch gezeigt, dass das gesamte Qualitätsmanagementsystem überprüft werden muss, jedes Formular in Frage zu stellen ist und die Modellierung der neuen Dokumentation einrichtungsbezogen erfolgen muss.

Die Chancen sind groß, die Herausforderungen auch

Mit dem Projekt zur entbürokratisierten Pflegedokumentation hat die Pflegebranche die einmalige Chance, die Fesseln der extern verordneten und kontrollmotivierten Bürokratieflut abzustreifen und die Dokumentation wieder zu einer echten Arbeitshilfe für die Pflegekräfte zu machen. Damit würde sich auch die Frage nach Sinn und Unsinn einer Pflegedokumentation erübrigen, denn dann erfolgt sie im Eigeninteresse der Pflege. Gleichzeitig wird die Stellung der Pflegefachkräfte gestärkt und ihrem fachlichen Urteil mehr Bedeutung und auch mehr Vertrauen entgegen gebracht.

Für Pflegeunternehmen und Pflegekräfte gilt es, diese große Herausforderung an das eigene Umdenken und die neue Rolle anzunehmen. Damit verbunden ist, sich von alten Verhaltens- und Arbeitsmustern zu lösen und den Pflegebedürftigen mit seinen Ressourcen auch in der Pflegedokumentation zum Dreh- und Angelpunkt der fachlichen Betrachtung zu machen und nicht seine Defizite und die Anforderungen dritter Kontrollinstanzen. Damit rückt das System natürlich auch für alle innovativen Pflegeunternehmer in den Fokus,

da neue Betreuungsformen sich hiermit deutlich besser abbilden lassen als mit bisherigen Strukturen. Weiterhin wird die strukturierte Informationssammlung den Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gerecht beziehungsweise ihm wird hier schon Rechnung getragen. Es zeigt sich also, dass es sich nicht nur um eine Veränderung im Dokumentationsverhalten handelt, sondern um einen generellen Paradigmenwechsel in der Pflege. 

Generalisierung light

Die Vorschläge der Bund-Länder-Kommission zur Pflegeausbildungsreform

Die Arbeitsergebnisse der von Bund und Ländern eingesetzten Kommission „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ zeichnen sich ab. Ihr Herzstück: eine teilgeneralisierte und teilakademisierte Fachkraftausbildung mit deutlich reduzierter Auszubildendenbindung, aber erheblich höheren Kosten, vor allem für die Pflegeversicherung. Ein Kompromiss, der drei etablierte Berufe entkernen, aber keinen neuen schaffen würde.



von
Rainer Merschmann

Die zuständigen Bundesministerien – das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) scheinen sich einig zu sein: Mit der Zusammenführung der bisher getrennten Pflegefachkraftausbildungen zu einem allgemeinen ("generalistischen") Bildungsgang will man – so der Anspruch – dem „wachsenden Anteil älterer Menschen in allen Versorgungszweigen“ und den „komplexer werdenden medizinischen Versorgungsbedarfen in der Langzeitpflege“ Rechnung tragen. Noch in diesem Jahr soll das Gesetzgebungsverfahren beginnen. Der Zeitplan der beteiligten Ministerien: Referentenentwurf bis Ostern, Gesetzesbeschluss bis zum Jahresende, bundeseinheitlicher Rahmenlehrplan bis Ende 2016, Anpassung der Ausbildungsstrukturen bis 2019.

Halbherzig: Teilgeneralisierung

Hehre Ziele und ein ambitionierter Zeitplan, doch bereits im Fundament des Vorhabens bröckelt's. Die Fachkraftausbildungen in der Heilerziehungspflege und Familienpflege mit zurzeit immerhin mehr als 17 500 Ausbildungsplätzen sollen außen vor bleiben. Einziger, kaum

kommunizierter Grund: Die Gesetzgebungshoheit. Diese Ausbildungsgänge unterliegen nämlich dem von den Ländern gegenüber Eingriffen des Bundes so eifersüchtig abgeschotteten eigenen Zuständigkeitsbereich, dass sich das vermeintlich große Reformwerk mit einer Teilgeneralisierung lediglich der bundesrechtlich geregelten Pflegeberufe zufrieden geben soll. Und selbst das nur in abgespeckter Form. Die künftigen Auszubildenden sollen sich für eine Vertiefungsrichtung in einem der vier allgemeinen Arbeitsfelder (stationäre Akutpflege, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege, pädiatrische Pflege) entscheiden. Eine Teilkonzession an die massive Kritik aus der professionellen Pflege?

Misstrauisch: Entdualisierung

„Die duale Berufsausbildung ist ein wesentliches Element des deutschen Bildungssystems und hat erheblich dazu beigetragen, dass Deutschland die Finanzkrise der vergangenen Jahre gut überstanden hat“ und „Die duale Ausbildung verzahnt optimal Theorie und Praxis, weswegen Fachkräfte ‚made in Germany‘ international einen sehr guten Ruf genießen und ein Ausbildungsberuf den perfekten Startpunkt für einen



erfolgreichen Karriereweg bildet.“ Zwei von vielen aktuellen Imagebotschaften der Bundesregierung pro duale Berufsausbildung (betriebliche Berufsausbildung mit begleitendem Berufsschulbesuch auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes BBiG). Ihre weithin unbestrittenen Erfolgsfaktoren: das Lernen in Echtarbeit im Arbeits- und Geschäftsprozess mit hoher Bindung der Auszubildenden an ihre Ausbildungsbetriebe. Folgerichtig, dass die Pflegefachkraftausbildungen mit der letzten Reform (2000 ff.) der betrieblichen Ausbildung angenähert („teildualisiert“) wurden. Dieser bescheidene Fortschritt soll jedoch ausgebremst werden. Während eine Altenpflegefachkraftauszubildende aktuell mindestens 80% ihrer praktischen Ausbildung in Pflegeeinrichtungen verbringt, sollen künftig nur noch höchstens 56,25% auf Pflegeeinrichtungen entfallen, und das auch nur, wenn die Auszubildende sich für eine der Vertiefungsrichtungen stationäre Langzeitpflege oder ambulante Pflege entscheidet. Die Präsenz beim Anstellungsträger stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung soll halbiert werden: auf höchstens gut ein Drittel der

praktischen bzw. ein Fünftel aller Ausbildungsstunden (siehe Abbildung) – im Gegensatz zur Berufsausbildung nach BBiG (im Normalfall werden mehr als 70% der Ausbildungszeit im Ausbildungsbetrieb verbracht). Noch mehr Felderfahrung in der Altenpflege soll den künftigen Absolventen der zusätzlich geplanten hochschulischen Pflegeausbildung vorenthalten werden. Bis zu 20% der praktischen Ausbildung sollen durch Simulation an der Hochschule ersetzt werden können. Wächst auf diesem Weg heilkundliche Kompetenz?

Mit 55% der Gesamtstunden soll die praktische Ausbildung zwar weiterhin überwiegen. Den Takt angeben soll aber die Pflegeschule („Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie für die Koordination des Unterrichts mit der praktischen Ausbildung“). So sollen die ausbildenden Einrichtungen Ausbildungspläne vorhalten, die sich nach den Vorgaben der Pflegeschulen zu richten haben. Das allein genügt der Kommission jedoch noch nicht. Es drohen zusätzliche

Generalistische Pflegefachkraftausbildung: geplante Stundenaufteilung (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“, aktueller Beratungsstand)

	Aktuell (AltPflG 2000/2003)	Geplant (Generalisierung)
Einsatzstunden praktische Ausbildung gesamt	Mindestens 2 500	Mindestens 2 560
Einsatzstunden in Pflegeeinrichtungen	Mindestens 2 000 = 80%	Höchstens 1 440 = 56,25%
Einsatzstunden beim Anstellungsträger stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung	Länderunterschiedlich, z. B. NRW höchstens 1 940 = 77,6%	Höchstens 960 = 37,5%
Gesamtstunden (praktische + schulische Ausbildung)	Mindestens 4 600	Mindestens 4 660
Anteil Pflegeeinrichtungen	Höchstens 43,5%	Höchstens 30,9%
Anteil Anstellungsträger stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung	Länderunterschiedlich, z. B. NRW höchstens 42,2%	Höchstens 20,6%

Auflagen ohne Ende: Die Grundqualifizierung der Praxisanleiter soll 300 Stunden umfassen; hinzukommen sollen Folgequalifizierungen im Umfang von mindestens 24 Stunden pro Jahr. Pro Auszubildendem soll 0,1 Planstelle Praxisanleiter/in vorgehalten werden. So stellt man ein Erfolgsmodell von den Füßen auf den Kopf: In anderen Wirtschaftssektoren genügt eine Prüfung (nach der Ausbildereignungsverordnung), Mindeststunden für die Ausbilderqualifizierung werden nicht verlangt. Und die Idee, den Berufsschulen die Gesamtverantwortung auch für die betriebliche Ausbildung zu übertragen, würde auf komplettes Unverständnis stoßen. Warum wird nicht zumindest ein Teil der Regelungsgegenstände der Selbstverwaltung überlassen? Ganz offensichtlich aus einem nur allzu bekannten Motiv: tiefsitzendem Misstrauen gegenüber der professionellen Pflege.

Teuer: Höhere Kosten, geringerer Ertrag

Mit zunehmender Dauer einer Berufsausbildung steigt normalerweise der produktive Ausbildungsertrag. Landauf und landab wirbt die Politik bei den Arbeitgebern aus nahezu allen Branchen mit diesem Argument Ausbildungsplätze an. Erst ganz aktuell wieder, weil im laufenden Ausbildungsjahr mehr als 80 000 Schulabgänger unversorgt geblieben sind. Die Bundesregierung selbst wirbt auch entsprechend für die Altenpflege – siehe das Portal <http://altenpflege.gck-tool.de/>. Dass die Pflegeauszubildenden sich künftig nur noch peripher in die Versorgungsaufgaben im Stammbetrieb einbringen könnten, bekümmert offensichtlich wenig. Im Gegenteil. Angestrebt wird eine „deutliche Stärkung des Ausbildungscharakters“, die „Arbeitsleistung der Auszubildenden“ soll „zurücktreten“. Das

Ausbildungsziel Berufsfähigkeit wird aufgegeben; stattdessen steht eine sanktionsbewehrte Fortbildungspflicht an. Aber die Beitragszahler der Pflegeversicherung sollen mit 33,8% der Gesamtkosten (2,7 Mrd. Euro pro Jahr), also zu Beginn prognostizierten 913 Mio. Euro pro Jahr, in die Pflicht genommen werden – und das, obwohl die zweischrittige Beitragserhöhung durch die Pflegestärkungsgesetze voraussichtlich nicht einmal für die parallel erfolgenden Leistungsverbesserungen ausreichen wird. Der Staat selbst dagegen spart kräftig: Die Länder sollen lediglich 8,9% von insgesamt 2,7 Mrd. Euro, also 240 Mio. Euro pro Jahr beisteuern. Sie investieren lieber in die Hochschulen – bei 33% Studienabbrechern (Bachelorstudiengänge an Universitäten) nicht unbedingt eine rentable Anlage, anders als die Altenpflegefachkraftausbildung mit 9,5% Abbrechern. Müssten die Länder die Berufsschulplätze für die Pflegeausbildung selbst vorhalten, kämen bei 133 144 Auszubildenden (Schuljahr 2013/14) schnell rund 450 Mio. Euro pro Jahr nur für den schulischen Ausbildungsteil zusammen – ohne den kommunalen Aufwand für Immobilien und Schulverwaltung. Ungemein praktisch, dass sich allein mehr als 80% der Altenpflegeschulen in privater Trägerschaft (Einrichtungsträger, Verbandsgliederungen, freie Träger) befinden. So viel Engagement soll jedoch genauso wenig belohnt werden wie das Engagement der Ausbildungsträger: Ein „pauschaler“ Bestandsschutz für alle Pflegeschulen ist nicht vorgesehen. Die Kommission diskutiert dem Vernehmen nach bereits über die Zusammenlegung von Alten- und Krankenpflegeschulen. Wie will man in diesem Fall besonders in ländlichen Räumen das angestrebte „wohnortnahe Ausbildungsangebot“ sicherstellen? Und die Einrichtungen? D

Anders als bisher soll es Ausschlusskriterien für ihre Ausbildungseignung geben.

Wenig Bewegung: Ausbildungszugang

Trotz sinkender Schulabgängerzahlen droht künftig einem erklecklichen Teil des Rekrutierungspotentials das Aus. Seit 2009 dürfen bekanntlich auch Schulabgänger mit einem nach zehn aufsteigenden Schuljahren erworbenen erweiterten Hauptschulabschluss, aber ohne mittlere Reife in die Ausbildung aufgenommen werden. Allein in Nordrhein-Westfalen geht es um ca. 1/3 der Ausbildungsanfänger. Und sie werden in Zukunft eigentlich noch wichtiger. Denn immer mehr Abiturienten und Fachabiturienten studieren (Bund und Länder wollen die aktuelle Studierendenquote von rund 50% jedes Abgängerjahrgangs noch weiter steigern) und fallen damit für den Berufsausbildungsmarkt aus, während der allgemeine Schulabgänger-rückgang und die steigende Abiturienten- bzw. Fachabiturientenquote die Abgängerzahl mit mittlerem Schulabschluss dezimieren. Dennoch soll künftig als schulische Zugangsvoraussetzung wieder zumindest der mittlere Bildungsabschluss gefordert werden. Hier Rückschritt, da Stagnation: Pauschalisierte Verkürzungen soll es für medizinische Fachangestellte, Absolventen von Freiwilligendiensten, Alltagsbegleiter und Sozialassistenten weiterhin nicht geben.

Ziel verfehlt: Am Bedarf vorbei

Letztendlich sprechen, wie immer, die Zahlen für sich. 10 954 gemeldeten Stellenangeboten standen Ende Februar ganze 3 278 arbeitssuchende Altenpflegefachkräfte gegenüber. Derweil hat die Altenpflegefachkraftausbildung mit

über 24 000 Ausbildungsanfängern und insgesamt mehr als 62 000 Auszubildenden (Schuljahr 2013/14) einen neuen Rekord aufgestellt. Wenn ausreichend Ausbildungs- und Schulplätze zur Verfügung gestellt werden, finden sich offensichtlich, allen landläufigen Vorurteilen zum Trotz, genug motivierte und geeignete Interessenten. Mehr als genügend Abnehmer für die Absolventen stehen mit mehr als 25 000 Pflegeeinrichtungen jedenfalls bereit. Woran die professionelle Pflege demnach leidet: zu wenig, nicht jedoch die falsche Ausbildung. Eigentlich eine makro- und mikroökonomische Binsenweisheit, dass die Produktion ohne einschneidende Änderung des Produktdesigns erweitert wird, wenn ein Produkt auf erhebliche Nachfrage stößt. Für die Idee, Golf, Polo und Passat zu einem Modell zusammenzuführen und dann die Produktion zu drosseln, bekäme jedenfalls in Wolfsburg zurzeit niemand eine Vorstandsmehrheit oder gar einen Innovationspreis.

Kein Wunder, dass die Gegenbewegung aus der Pflege erstarkt (<http://www.dvlab.de/buendnis-altenpflege/index.php5>). Neuerdings sind auch aus einzelnen Landesregierungen Absetzbewegungen zu hören, so zum Beispiel aus Nordrhein-Westfalen, bisher eigentlich einem der Generalisierungsvorreiter. Für die Altenpflege wichtige Schlüsselkompetenzen dürften durch eine Ausbildungsreform nicht verloren gehen, heißt es überraschend, und: „Die neue Ausbildung darf auch nicht zu einem Einbruch bei den Ausbildungszahlen führen. Deshalb muss das neue Ausbildungsmodell von den Ausbildungsträgern unterstützt werden, damit die Ausbildungsbereitschaft nicht zurückgeht.“ Diese vernünftige Einsicht, der sich unser Verband unbesehen anschließen kann, kommt spät, aber – so bleibt zu hoffen – nicht zu spät. 

Thomas Knieling,

Bundesgeschäftsführer des VDAB

Volljurist, Betriebswirt (Sozialwesen) und Sozialmanager,
seit Anfang 2009 Bundesgeschäftsführer des VDAB in Berlin.

Dr. Jörg Biastoch,

Arzt, Landesvorsitzender des VDAB-Landesverbands Sachsen-Anhalt,

Mitglied des VDAB-Bundesvorstands und Geschäftsführer der HUMANAS-Gruppe.

Rainer Merschmann,

Geschäftsführer des VDAB-Schulungszentrums

Sozialwissenschaftler, seit 2005 Geschäftsführer des VDAB-Schulungszentrums und
seit 2006 des VDAB-Bildungswerkes.

Impressum

weitblick ist das politische Magazin des Verbandes deutscher Alten- und Behindertenhilfe. Es erscheint dreimal jährlich. Für Mitglieder ist der Bezug des Magazins kostenlos.

Herausgeber und Redaktion:

Thomas Knieling (V.i.S.d.P.)
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Hauptstadtbüro
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 - 20 05 90 79 - 0
Fax 030 - 20 05 90 79 - 19

Der Nachdruck von Artikeln, auch auszugsweise, oder von im Auftrag des VDAB erstellten Zeichnungen, Diagrammen und Schaubildern ist nur mit Quellenangabe und nach Genehmigung der Redaktion gestattet.

Der **weitblick** ist beim VDAB unter folgender Anschrift erhältlich:

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Im Teelbruch 132
45219 Essen
Fon 02054 - 95 78 - 0 | Fax 02054 - 95 78 - 40
E-Mail info@vdab.de | www.vdab.de

Gestaltung: FuhlrottDesign
Druck: Im intermedia GmbH
Auflage: 3 000