

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktorin: Prof.in Dr. phil. Gabriele Meyer

Altenpflegeausbildung in Deutschland

Diskussion der Prognosen zu einer Integration der Altenpflegeausbildung
in eine generalistische Pflegeausbildung

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Ursula Kriesten, MBA
geboren am 05.08.1958 in Wipperfürth

Betreuer: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Prof. Dr. theol. Dr. rer. soc. Reimer Gronemeyer (Gießen)
PD Dr. med. Horst Gerhard (Essen)

19.01.2016

05.12.2016

***„Ich habe grausame Schmerzen. Der bitterste ist der, gescheitert zu sein:
In der Literatur und in der Hoffnung auf eine Gesellschaft,
wie wir sie alle einmal erträumten“.***

Aus dem Testament von Franz Antonia Josef Rudolf Maria Fühmann
(Schmitt 1994)

***Im Dilemma einer Zukunft, die das Leben verlängert,
aber das Altern nicht verhindert.***

frei nach Franz Antonia Josef Rudolf Maria Fühmann
1922-1984

***Über die Minderschätzung zukünftiger altersassoziierter Bedürfnisse,
den Verlust des Sozialen in der Pflegebildung
und die Chance einer tatsächlichen Professionalisierung der beruflichen Pflege.***

Für Herbert und Peter

Vorwort

Muss ich im Alter erst krank werden, um an bezahlte Pflege zu gelangen?

Die Entscheidung zum Thema Altenpflegeausbildung in Deutschland zu forschen, entspringt meiner beruflichen Erfahrung, meinem Interesse und der Ermutigung durch Herrn Prof. Dr. Johann Behrens, der sich nicht scheute, mich bei der Forschungsarbeit zu einem berufspolitisch brisanten Thema zu betreuen.

Als ich 1972, vierzehnjährig, ein Schulpraktikum in der stationären Altenpflege absolvierte, faszinierten mich die Menschen, die damals das Altern in Institutionen versuchten oder versuchen mussten. Parallel zu den sich entwickelnden Bedarfen und Bedürfnissen alter Menschen in einer älter werdenden Gesellschaft der deutschen Nachkriegszeit etablierte sich der Beruf der Altenpflege vorrangig in Institutionen. Aus Sicht der Krankenpflege, die ich 1975-1978 erlernte, war die Altenpflegeausbildung (noch) keine interessante Option der Berufswahl und der Karriereplanung. Seit Mitte der sechziger Jahre begann in Deutschland eine evolutionäre Verberuflichung der Altenpflege, passgenau zu den altersdemografischen und gesellschaftlichen Veränderungen. Heute, rund fünfzig Jahre später, werden wir mit der Frage konfrontiert, ob der Altenpflegeberuf abgeschafft oder in eine generalistische Pflegeausbildung integriert werden soll.

Als berufserfahrene Aus- und Weiterbildnerin (aller Pflegeberufe) und Ökonomin wuchs meine Motivation zur Weiterentwicklung der beruflichen und akademischen Qualifizierung von Pflegeberufen kontinuierlich. Insbesondere veranlasste mich die altersassoziierte Pflege vertiefend der Frage nachzugehen, ob die Idee einer generalistischen Pflegeausbildung zu kurz greift, will man den altersspezifischen Bedarfen und Bedürfnissen gerecht werden. Hierbei kann die Betrachtung aus verschiedenen forschungsleitenden Perspektiven den Blick auf Zusammenhänge, Strukturen, Interdependenzen und Szenarien schärfen.

Ursula Kriesten

Wiehl, im November 2015

Die Verfasserin erlaubt sich aus Gründen des Leseflusses im Text überwiegend nur ein Genus zu verwenden. Das jeweils andere Geschlecht ist stets mitgemeint.

Referat

Zielsetzung: Die Forschungsarbeit untersucht das politische Vorhaben, die Altenpflegeausbildung gemeinsam mit der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege in eine generalistische Pflegeausbildung zu integrieren. Es werden die Hypothesen der Befürworter und die Argumente der Gegner an statistischen Verläufen und ihren Trendfortschreibungen überprüft und diskutiert. Die Dissertation untersucht das Thema nicht nur curricular, sondern in historischer, alters- und partizipationsassoziierter, territorialer, berufsbildungstheoretischer, ökonomischer und systemisch-struktureller Perspektive. Das Spezifische, sowie Mehrwert und Outcome der deutschen Altenpflege(-ausbildung) wird umrissen und eine prognostische ökonomische und soziale Gesetzesfolgenabschätzung antizipiert. Besondere Herausforderungen ergaben sich aus dem geringen Material an Forschungsergebnissen zur Berufsbildungsforschung zu Pflegeberufen, aus fehlenden europäischen Vergleichsmöglichkeiten und aus mangelnder Evaluationsforschung zum Outcome der deutschen Altenpflegeausbildung.

Methoden: Es handelt sich um eine historisch-, quellenkritische Literatur- und Dokumentenanalyse, die durch Ergebnisse aus leitfadengestützten Experteninterviews und betriebswirtschaftlichen Analysen ergänzt wird. Sie bilden die Grundlagen für Trendfortschreibungen, Prognosen und Szenarien.

Ergebnisse: Eine generalistische Pflegeausbildung kann durch eine Umstellung von Ausbildungsinhalten und -strukturen eine verstärkte Hinwendung der Pflege zu medizinischen Einrichtungen bewirken, eine altersspezifische, soziale und sorgende Pflege in Generationentypik vernachlässigen und ein unklares Pflegeberufsprofil schaffen. Dies könnte nachhaltige Auswirkungen auf die Pflege alter Menschen und das Altenhilfe- und Sozialsystem haben. Nachweise oder zumindest Plausibilitäten zu den hoffnungsvollen Prognosen, dass die geplante Pflegeberufereform dem Pflegefachkräftemangel entgegenwirkt und die Attraktivität des Pflegeberufes steigern kann, konnten nicht gefunden werden.

Folgerungen: Die Ergebnisse können als Bausteine für eine vertiefende Gesetzesfolgenabschätzung dienen, entsprechend der gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien. Empfohlen wird eine spezifische, nationale und internationale Berufsbildungsforschung, die sich auf die Gesundheitsberufe fokussiert und auch an realen altersassozierten Bedarfen orientiert.

Kriesten, Ursula: Altenpflegeausbildung in Deutschland. Diskussion der Prognosen zu einer Integration der Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 200 Seiten, 2015.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einführung - Problemstellung	1
1.1 Ziel der Forschungsarbeit	1
1.2 Hypothesen.....	2
1.3 Stand der Forschung – Forschungsergebnisse - Forschungslücke.....	3
2 Material und Methoden	10
2.1 Forschungsprozess.....	11
2.2 Anwendung der Begriffe.....	13
2.3 Zur Datenerhebung der leitfadengestützten Interviews.....	14
2.3.1 Auswahl der Experten.....	14
2.3.2 Fragebogen, Fragetechnik und Konzeption der Interviews.....	14
2.3.3 Auswahl und Verwendung der Interviewergebnisse	15
2.4 Zum Zugang der Forscherin	15
2.5 Aufbau, Struktur und Abgrenzung der Arbeit.....	16
3 Geplante Pflegeausbildungsreform	16
3.1 Eckpunktepapier zum neuen Pflegeberufegesetz	17
3.2 Black-Box Generalistik - Was ist nicht bekannt?	19
3.3 Rückblick – Überlegungen zu einer generalistischen Pflegeausbildung.....	20
3.4 Formal-strukturelle Typen generalisierter Pflegeausbildung	21
3.5 Dogmatismus versus konstruktiver Auseinandersetzung.....	23
4 Historische Perspektive	29
4.1 Gewordenheit der Altenpflege	30
4.2 Altenpflege – kein Abkömmling der Krankenpflege	35
4.3 Altenpflege – Beschäftigungsmöglichkeit zweiter Wahl in Generationentypik.....	36
4.4 Geriatrie und Gerontologie – Begleiter der Altenpflege	38
4.5 Ergebnisse.....	40

5	Alters- und partizipationsassoziierte Perspektive.....	42
5.1	Altersdemografische Herausforderungen und Chancen.....	43
5.2	Altersassoziierte Hilfe- und Pflegebedarfe und -bedürfnisse	48
5.3	Partizipationsassoziierte Herausforderungen durch das Alter	50
5.4	Potenzielle soziale Ungleichheiten im Alter	54
5.5	Medizinalisierung der (Alten-)Pflege.....	57
5.6	Ergebnisse	60
6	Territoriale Perspektive	63
6.1	Kommunale altersassoziierte Herausforderungen und Chancen	64
6.2	Altenpflegeausbildung in anderen Ländern.....	68
6.3	Europäische Berufsankennung „Allgemeine Pflege“	70
6.4	Ergebnisse	73
7	Berufsbildungstheoretische Perspektive.....	74
7.1	Überlegungen zur Berufsbildung Altenpflege	75
7.2	Zur Attraktivität der Altenpflege(ausbildung).....	76
7.3	Vakante Ausbildungsinhalte der Altenpflege	81
7.4	Ergebnisse der Modellprojekte Pflegeberufe	84
7.5	Zum Erwerb interner und externer (altersassoziiertes) Evidence.....	89
7.6	Entwicklung „kompetenter Performanz“ zur Berufsfähigkeit.....	92
7.7	De- Professionalisierung der (Alten-)Pflege	95
7.8	Auswirkungen der Generalistik auf die wissenschaftliche Leistung.....	100
7.9	Ergebnisse	101
8	Ökonomische Perspektive	102
8.1	Aktuelle Finanzierung der Pflegeberufe	103
8.2	Zum Forschungsgutachten zur Finanzierung	104
8.3	Erkenntnisse aus dem Forschungsgutachten	105
8.4	Zahlen und potenzielle Auswirkungen der Finanzierungsvarianten	109
8.5	Berufsfeld, Arbeitsmarkt und Tertiarisierung in der Altenpflege.....	116
8.6	Ergebnisse	121
9	Systemisch-strukturelle Perspektive	122
9.1	Spezialisierung, Differenzierung, Generalisierung?	123
9.2	Rationierung - Begründung zur Generalistik?.....	128
9.3	Über die Verwertbarkeit von Pflegegeneralisten in Systemen	130
9.4	Systematische Auswirkungen auf Pflege-Ausbildungsstätten.....	135

9.5	Systematische Folgen eines vernachlässigten Wettbewerbs	136
9.6	Ergebnisse.....	137
10	Das Spezifische der Altenpflege(ausbildung) - Mehrwert und Outcome	141
10.1	Ergebnisse - Was hat die Altenpflege(ausbildung) bewirkt?.....	142
11	Prospektive Gesetzesfolgenabschätzung.....	148
11.1	Potenzielle ökonomische und soziale Folgen und Risiken	148
12	Diskussion, Reflexion, Limitation.....	156
12.1	Diskussion und Anwendung der Perspektiven	156
12.2	Ergebnisse der SWOT-Analyse.....	157
12.3	Methodenreflexion	160
12.4	Reflexion der leitfadengestützten Experteninterviews	161
12.5	Reflexion und Limitation der Interviewergebnisse.....	162
12.6	Selbstreflexion der Forscherin.....	162
12.7	Limitation.....	163
13	Ausblick und Szenarien	165
14	Hinweise für weitere Forschung.....	172
15	Zusammenfassung.....	174
16	Literaturverzeichnis.....	178
Thesen	198
Anlage Fragebogen		
Interviewte Personen		
Anlage V.2, BAR EU		
Tabellarischer Lebenslauf		
Publikationen von Ergebnissen zu dieser Arbeit		
Erklärungen		
Danksagung		

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Arbeitskreis der Ausbildungsstätten Altenpflege Deutschland
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
AltPflG	Altenpflegegesetz
AltPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers
AP	Altenpflege
BeKD	Berufsverband der Kinderkrankenpflege Deutschland e.V., ehemals BKK
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BKK	Berufsverband der Kinderkrankenschwestern e.V.
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Inneren
BPA	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBR	Deutscher Bildungsrat
DBVA	Deutscher Berufsverband für Altenpflege
DPR	Deutscher Pflegerat
Destatis	Deutsches statistisches Bundesamt
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DV	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
DVLAB	Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderten- einrichtungen e. V.
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GesinE	Gesundheitsfachberufe in Europa
GFA	Gesetzesfolgenabschätzung
GGO	Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien
G(KI)KP	Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege
GKIP	Gesundheits- Kinderkrankenpflege

GKP	Gesundheits- und Krankenpflege
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg	Herausgeber
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
i.d.R.	in der Regel
INT.	Interview
ICSU	International council of science
Jg	Jahrgang
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
KrPflG	Krankenpflegegesetz
MBA	Master of Business Administration
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic, Co-operation and Development
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
pGFA	prospektive Gesetzesfolgenabschätzung
PKV	private Krankenversicherung
SGB	Sozial Gesetzbuch
SWOT	Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen), Threats (Risiken)
UNESCO	Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Kommunikation
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Zu untersuchende Ordnungskategorien – hier „Perspektiven“	10
Abbildung 2	Forschungsprozess.....	12
Abbildung 3	Zusammenführung der drei Pflegeberufe	22
Abbildung 4	Formal strukturelle Typen generalistischer Pflegeausbildung	22
Abbildung 5	Ursprünge der Alten- und Krankenpflege und des Hebammenwesens	31
Abbildung 6	Entwicklung und Auflösung des Altenpflegeberufes	60
Abbildung 7	Systeme der Pflege	125
Abbildung 8	Prozess der Verengung durch Generalisierung.....	138
Abbildung 9	Ende und Beginn der Altenpflegeausbildung.....	166

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Zentrale Merkmale der Grounded Theory im Forschungskontext.....	11
Tabelle 2	Vakante Ausbildungsinhalte der Altenpflege	81
Tabelle 3	Ausbildungsplatzverluste nach geplantem neuem Pflegeberufegesetz	112
Tabelle 4	Kostensteigerung nach geplantem neuen Pflegeberufegesetz.....	114
Tabelle 5	Ökonomische und soziale Gesetzesfolgenabschätzung.....	149
Tabelle 6	SWOT-Analyse generalistische Pflegeausbildung.....	158

1 Einführung - Problemstellung

Mitte der 60er Jahre hat sich in Deutschland, neben der Kranken- und Kinderkrankenpflege, entsprechend der Lebensorte und der Bedarfe (in Armut) und im Alter, der Beruf der Altenpflege entwickelt. Heute, rund 55 Jahre später, ist die Abschaffung der Altenpflege als eigenständiger Beruf, in Form einer Zusammenlegung der drei bislang getrennten nicht akademischen Pflegeausbildungen Altenpflege (AP), Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) und Kinderkrankenpflege (GKIP) politisch beabsichtigt¹ (vgl. Bundesregierung 2009 und 2013). Akteure der Pflegebildung und politisch Verantwortliche befassen sich seit mehr als 30 Jahren mit der Neustrukturierung, hierbei vorrangig mit der Zusammenlegung der drei Pflegeausbildungen (Bischoff-Wanner 2001, Ladenberger 2002, S. 280, Becker 2003, MAGS 1996, Robert Bosch Stiftung 2000 und 2002, DBR 2007, Deutscher Bundestag 2010, Dielmann 2011, Funk 2014).

Die Frage, ob eine Überführung der Altenpflegeausbildung in eine generalisierte Pflegeausbildung sinnvoll ist, wurde während der Jahre 2011 bis 2013 öffentlich und in Fachkreisen kaum noch gestellt. Im Jahr 2014 nahmen die kritischen Stimmen zur Absicht einer „Generalistik“ in der Öffentlichkeit zu. Eine erste Analyse machte deutlich, dass das Thema vorrangig curricular diskutiert wurde. Potenzielle systemische und strukturelle Auswirkungen und Gesetzesfolgen² wurden nicht untersucht.

1.1 Ziel der Forschungsarbeit

Die Forschungsarbeit untersucht das politische Vorhaben, die Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung zu integrieren. Ziel der Forschungsarbeit ist es, die Hypothesen derer, die eine Integration der Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung befürworten und die Prognosen deren Gegner, auf „ihre Wahrheit“ hin zu untersuchen und zu diskutieren. Es sollen Antworten auf noch offenen Fragen gefunden, potenzielle soziale und ökonomische Gesetzesfolgen abgeschätzt und die Chancen einer weiteren Professionalisierung der Pflege kritisch untersucht werden. Das theoretische Erkenntnisinteresse dieser Arbeit bezieht sich auf pflegewissenschaftliche, bildungspolitische und wirtschaftswissenschaftliche Ergebnisse. Zur Spezifizierung des Untersuchungsgegenstandes wurden Hypothesen gewählt, die eine generalistische Pflegeausbildung befürworten.

¹ Daran beteiligt sind das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

² Vgl. die Hinweise von Prognos (2008): Der monetäre Teil der Gesetzesfolgenabschätzung, internationale Ansätze im Vergleich.

1.2 Hypothesen

Die folgenden zehn Hypothesen (H1-H10) der Befürworter einer generalisierten Pflegeausbildung werden im weiteren Verlauf, entsprechend der sechs strukturgebenden Perspektiven dieser Forschungsarbeit (siehe Kap. 2.1 Forschungsprozess) überprüft und diskutiert.

- H1** *„Jetzt wächst zusammen, was zusammen gehört“ (Weidner 2014, S. 14).*
- H2** *Die generalistische Pflegeausbildung bietet eine große Chance für den Altenpflegeberuf, sich aus seiner historisch begründeten Unorganisiertheit zu emanzipieren (vgl. Werner 2014, S. 15).*
- H3** *Die generalistische Pflegeausbildung trägt dazu bei, die Herausforderungen und Chancen des demographischen Wandels zu gestalten (vgl. Wagner 2014).*
- H4** *„Weil die Grundelemente der Pflege immer dieselben sind, macht es keinen Sinn bei den Versorgungssystemen zwischen alten und jungen Patientinnen, Patienten oder Pflegebedürftigen zu unterscheiden“ (Westerfellhaus 2014).*
- H5** *„Durch die begrenzten Ressourcen bei der Gesundheitsversorgung ist eine Neuverteilung von Aufgaben und damit veränderten Kompetenzprofilen erforderlich, die ausgebildet werden müssen. Dazu brauchen wir die generalistische Ausbildung“ (Wagner 2014).*
- H6** *„Ein weiteres Argument, eine solide gemeinsame Ausbildung zu gestalten, ist die fast durchgängig fehlende Anerkennung der Qualifikation Altenpflege im europäischen Ausland“ (Klotz 2014, S. 26).*
- H7** *Der Pflegeberuf soll durch eine generalistische Pflegeausbildung attraktiver und durchlässiger werden (vgl. Bundesregierung 2013, S. 164).*
- H8** *Das Berufsbild der Altenpflege ist völlig veraltet. (...) An einem überholten Bild der Altenpflege festzuhalten, bewirkt die Entprofessionalisierung eines Berufs (vgl. Werner 2014, S. 16).*
- H9** *Die Finanzierung einer generalistischen Pflegeausbildung erfolgt gerecht, einheitlich und gemeinsam (vgl. Bundesregierung 2013, S. 164).*
- H10** *„Es macht einfach keinen Sinn mehr, so zu tun, als ob das Versorgungssystem noch grundsätzlich zwischen alten und jungen PatientInnen (sic), zwischen pflegebedürftigen und kranken Menschen unterscheiden würde“ (Weidner 2014, S. 14f.).*

Demgegenüber betonen die Gegner einer generalistischen Pflegeausbildung die jeweils gegensätzliche Position aller hier aufgeführten Hypothesen, ohne dass Befürworter oder Gegner ihre Behauptungen begründen können, oder dies tun. Die vorliegende Forschungsarbeit soll hierzu ihren Beitrag leisten.

1.3 Stand der Forschung – Forschungsergebnisse - Forschungslücke

Der Stand der Forschung weist themenbezogen gleich mehrere Defizite auf. Zum einen mangelt es an Forschungsergebnissen in der Berufsbildungsforschung im Hinblick auf das Vorhaben der Generalisierung der drei Pflegeausbildungen und zum anderen an Forschungsergebnissen zu potenziellen systemischen Auswirkungen und sozialen und ökonomischen Gesetzesfolgen. Käme es bei der Umsetzung eines neuen Pflegeberufsgesetzes dazu, dass die Ausbildung und der Beruf der Altenpflege abgeschafft würden, hätte dies unmittelbare Folgen für Menschen mit Alterspflegebedarf, für Unternehmen und Organisationen der Altenhilfe und damit vernetzte Systeme. Somit begründet sich die Sichtung beteiligter Forschungsergebnisse. In Struktur der Ordnungskategorien dieser Arbeit ist der Stand der Forschung wie folgt festzustellen:

1. Historisch begründbare Forschungsergebnisse

Im sozialhistorischen Kontext der Altenpflege ist im Besonderen die historische Studie von Irmak (2002) zu nennen, da sie einen bedeutenden Stellenwert für die aktuelle Situation der Altenhilfe hat. Es werden wesentliche historische Ursprünge, aber auch aktuelle Fragestellungen und Kontroversen der Altenhilfe in Deutschland für den Zeitraum 1924 – 1961 untersucht. Auf der Suche nach der historisch begründeten Altenpflege fällt auf, dass die Literaturquellen selten eine Abgrenzung zur Krankenpflege vorweisen. In der Forschungsarbeit von Riedel (2007) gelingt dieser Diskurs für den Zeitraum ab ca. 1950. Interessante Erkenntnisse ergeben sich zudem aus Forschungen, die bis in die Antike zurückgehen und im Ergebnis darauf hinweisen, dass die Pflege alter Menschen kein maßgeblicher Bestandteil der medizinorientierten Krankenpflege war (vgl. Lohmann 1970, Irmak 2002, Heumer und Kühn 2010).

2. Alters- und partizipationsassoziierte begründbare Forschungsergebnisse

Altenpflege beschränkt sich nicht nur auf den sozialversicherungsrechtlich festgestellten Pflegebedarf, sondern auch auf die Lebenslagen und Lebensbedingungen älterer Menschen. Lebenslagen umfassen die Gesamtheit der Ressourcen und Beschränkungen, die eine Person bei der Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen beeinflussen. Es handelt sich bei dem geplanten Vorhaben „Generalistik“ nicht nur um die ausschließliche Frage der Berufsbildung, sondern um Fragen, die die Strukturen des Alten- und Krankenhilfesystems betreffen. Da nach wie vor soziologisch die Zielgruppe „alte Menschen“ nicht bestimmbar ist und es ebenso wenig sozial- und gesundheitspolitisch für den festgestellten „Hilfebedarf im Alter“ eine Bestimmung gibt und geben kann, ist es verständlich, dass das Berufsbild Altenpflege immer noch beliebig ist (vgl. Becker und Meifort 1997, S. 53, Gronemeyer 2013b). Zu Lebenslagen älterer Menschen in Deutschland

stehen umfangreich Daten zur Verfügung, wie z.B. aus Statistischen Ämtern, dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP), Infratest Sozialforschung, Alten-, Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung, Deutscher Alterssurvey des DZA, Berliner Altersstudie oder der Bertelsmann-Stiftung. Zu Lebensbedingungen und Lebenslagen pflegebedürftiger alter Menschen hingegen stehen kaum statistisch erfasste Daten zur Verfügung. Zu nennen wäre hier die Arbeit von Spath et al. (2012) oder beispielhaft die Arbeit von Becker et al. (2010), die sich mit der Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz befassen. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit dem Dezember 1999 zweijährlich durchgeführt. Ziel der Statistik ist es, Daten zum Angebot von und der Nachfrage nach pflegerischer Versorgung zu gewinnen. Es werden Daten über die Pflegebedürftigen sowie über die Pflegeheime und ambulanten Dienste einschließlich des Personals erhoben (Destatis 2011 und 2013). Insbesondere mangelt es an systematischer Altenhilfesystemforschung, deren Ergebnisse für die Aussagekraft der Lebensqualität im Alter und einer generationenspezifischen Pflegeausbildung unabdingbar wären. Die Altenhilfesystemforschung zeigt nur Ansätze, wie z.B. die umfassende Untersuchung von Gilberg (2000) zur Inanspruchnahme von Unterstützung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter.

Vorrangig wurden sozialwissenschaftlich, gerontologisch ausgerichtete Forschungsfragen zur Qualität in der Altenpflege und zu alten Menschen, deren Betreuung und Teilhabe (Bauer und Büscher 2008, Behrens et al. 2012b, Weigl 2012, Beske 2014, Klie 2014), zur sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit (Richter und Hurrelmann 2006, Knesebeck und Schäfer 2006, Behrens 2008a, Bauer und Büscher 2008, Solga et al. 2009) sowie zum Wohnumfeld (Iken 2007) und zu Altenpflegeheimen (Hämel 2012) untersucht, die nicht in den Kontext Qualifizierung in der Altenpflege gestellt wurden. Die wissenschaftlich noch spärlich berücksichtigte Teilhabeforschung für ältere Menschen, verbunden mit dem Bedeutungszuwachs der sozialen Teilhabe älterer Menschen, ohne festgestellte Behinderung im Sinne des SGB IX, gilt es zudem zu bemängeln.

3. Territorial begründbare Forschungsergebnisse

Die Bedeutung des Lebensortes nimmt in der Altenpflege die zentrale Rolle ein und wurde bislang als Qualifizierungsinhalt in den durchgeführten Modellprojekten vernachlässigt. Die Qualifizierung in der Altenpflege hat sich in der Vergangenheit inhaltlich an Institutionen orientiert und muss sich zukünftig am Territorium, am sozialen Umfeld und an den Lebenslagen alter und pflegebedürftiger Menschen ausrichten. Die Situation älterer, pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu untersuchen, mit der Perspektive

darauf aufbauend die Anwendungsmöglichkeiten technischer Hilfssysteme zu analysieren, gelang Elsbernd, Lehmeyer und Schilling (2014). Das Territorium beschäftigt im Kontext Wohnen, sowie Senioren im „Quartier“ und in der „Region“ zunehmend Verbände, Kommunen und politisch Verantwortliche. Vielfältige Empfehlungen für eine altersadäquate, kommunale Infrastruktur werden ausgesprochen (z.B. Schneekloth und Leven 2003, Deutscher Verein 2011, Rothe et al. 2015). Beachtliche Ergebnisse zur Langzeitpflege liefert die von der OECD veröffentlichte Studie „Help Wanted?“ (Colombo et al. 2011). Haberkern (2009) untersucht die Pflege in Europa im Kontext von Familie und Wohlfahrtsstaat. Haberkern und Brandt (2010) untersuchen die intergenerationale und professionelle Unterstützung älterer Personen in europäischen Ländern. Über die Hilfe zwischen den Generationen forschen Brandt et al. (2009), Haberkern (2009) und Haberkern und Brandt (2010). Sie untersuchen, wie die Unterstützung älterer Menschen in europäischen Ländern gesellschaftlich organisiert ist. Neben der Frage, ob hilfe- und pflegebedürftige ältere Personen auf eine Unterstützung zählen können, wurde analysiert, wer welche Aufgaben übernimmt und welche Bedeutung informelle und formelle Unterstützungsnetzwerke in Ländern Nord-, Mittel- und Südeuropas haben.

4. Berufsbildungstheoretisch begründbare Forschungsergebnisse

Die Berufsbildungsforschung der Gesundheitsberufe hat in Deutschland erst eine junge Kultur. Einer der Gründe dafür, warum die Berufsbildungsforschung bei den Gesundheitsberufen erst am Anfang steht und die altersassoziierte Pflegebildung bisher vernachlässigt hat ist, dass die Fokussierung auf die Probleme der lebensweltlichen Prozesse alter Menschen und die damit verbundenen spezifischen Altenpflegerischen Berufskompetenzen schwer messbar sind. Dies ist in der Gesundheits- und Krankenpflege, bei der vorrangig somatische Effekte nachgewiesen werden, einfacher. Insbesondere mangelt es an Analysen der Altenpflegespezifischen Bildungsforschung (Irmak 2002, Meyer 2002). Zu nennen sind hier zum Beispiel auch die Arbeiten von Hammer (1994) und Beiersdorf (2007). Als eine der wenigen Untersuchungen wurde die Altenpflege als Beruf, speziell die Berufseinmündung und der Berufsverbleib von Altenpflegekräften, Anfang der 90er Jahre in einer viel zitierten Längsschnittuntersuchung von Becker und Meifort (1997, 1998)³

³ Die Untersuchung umfasste zwei große Erhebungsblöcke: Die erste Erhebungsphase (FP 4.2002) konzentrierte sich auf die Aspekte Berufswahl, Ausbildungsmotivation, Übergang von der Ausbildung in den Beruf sowie erste Erfahrungen in der Berufspraxis. Sie beruht auf mehreren (schriftlichen und mündlichen) Befragungsdurchgängen, die jeweils zum Ende der schulischen Altenpflegeausbildung im Laufe des Jahres 1992 sowie ein Jahr später, zum Ende des ersten Berufsjahres in der Altenpflege (1993/Anfang 1994) durchgeführt wurden. Der zweite Teil der Untersuchung (FP 4.2008, Teilprojekt II) wurde seit Ende 1995 bis Ende 1997 – im vierten und fünften Berufsjahr der Absolventen von 1992 – durchgeführt. Dieser Teil der Erhebung konzentrierte sich im Wesentlichen auf eine kritische Bestandsaufnahme der von den Altenpfleger/innen zwischenzeitlich gesammelten Berufserfahrungen sowie ihre weiteren beruflichen Pläne und Perspektiven. Die rund 20 Jahre zurückliegende

untersucht. Hierzu wurde an 300 westdeutschen Altenpflegeschulen der Altenpflege der Ausbildungsjahrgang 1992 analysiert. Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FFG) der Technischen Universität Dortmund untersuchte von 1992 bis 1994 in einer durchgeführten Längsschnittuntersuchung für das Land Nordrhein-Westfalen (MAGS 1996) eine mögliche Strukturreform der Pflegeausbildungen. Als weitere Studie zur Verweildauer in Pflegeberufen ist die für Rheinland-Pfalz von Behrens et al. (2009b) durchgeführte ViPb-Studie⁴ zu nennen und die von Behrens et al. durchgeführte Fachkräftestudie Pflege für das Land Brandenburg (MASGF 2013). Zum Berufsverbleib in Pflegeberufen in Europa wurde die sogenannte NEXT-Studie⁵ (vgl. Achenbach 2005, Hasselhorn et al. 2005) und die weiterführenden Publikationen zur Next-Studie (2011) durchgeführt. Im europäischen Vergleich fehlt es jedoch an systematischer Pflegebildungsforschung. Nur Deutschland hat die Altenpflege berufsständig entwickelt (Rennen-Allhoff und Bergmann-Tyacke 2000, Landenberger et al. 2002 und 2005, Riedel 2007); somit ist ein direkter Vergleich mit anderen Ländern nicht möglich. In Deutschland, im europäischen und internationalen Ausland fehlt somit der Nachweis, ob eine generalisierte Pflegeausbildung effektiver und effizienter ist, als eine auf Generationentypik basierende, spezialisierte Altenpflegeausbildung. Lehmann et al. (2014) haben hierzu einen wesentlichen Forschungsbeitrag mit der von 2009 bis 2012 durchgeführten GesinE-Studie⁶ geleistet. Die Studie liefert Erkenntnisse zu Ausbildungs-, Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofilen von 16 deutschen Gesundheitsfachberufen und setzt diese in den Vergleich anderer europäischer Länder.

Des Weiteren hat die Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa (Waldhausen et al. 2014), angesichts der geplanten Reformvorhaben der Pflegeausbildungen in Deutschland, die (Alten)Pflegeausbildungen in Europa in folgenden Ländern der EU: Dänemark, Frankreich, Vereinigtes Königreich, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden und Spanien untersucht. Die Kurzstudie wurde angefertigt, da es wenig Fachliteratur gibt, die sich mit der Fragestellung von Pflegeausbildungen in Europa unter dem Blickwinkel der Alten- bzw. Langzeitpflege beschäftigt. Untersucht wurde, welchem

Untersuchung wird hier erwähnt, da es in Folge keine vergleichbaren, systematischen Untersuchungen in Deutschland gab und eine Untersuchung dieser Art für das Vorhaben Generalistik von hoher Bedeutung wäre.

⁴ ViPB steht für Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz.

⁵ NEXT steht für die „Nurses Early Exit Study“. Es handelt sich um eine Studie, die länderübergreifend in Polen, den Niederlanden, Deutschland, Slowakei, Schweden, Belgien, Frankreich, Italien, Großbritannien und Finnland die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsmotivation in der professionellen Pflege untersucht und die der zentralen Fragestellung nachgeht, was professionell Pflegenden dazu führt, frühzeitiger als andere Berufsgruppen den Beruf zu verlassen.

⁶ Bei der GesinE-Studie handelt es sich um eine Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich.

Ausbildungsmodell Pflegeausbildungen in Europa folgen und welche Ausbildungswege zu einer Tätigkeit in der Altenpflege führen. Zur beabsichtigten Reform der Pflegeausbildung in Deutschland verfasste Twenhöfel (2007) eine Arbeit, die in beachtlicher Weise auf die Gefahren der geplanten Neuordnung, insbesondere auf die Vernachlässigung der Langzeitpflege hinweist (vgl. auch Twenhöfel 2014). Stöver (2010) hat zu 39 durchgeführten Ausbildungsmodellprojekten eine systematische Evaluation vorgenommen. Eine chronologische, sachlich, neutrale⁷ Darstellung zur Entwicklung einer generalistischen Pflegeausbildung ist Roes (2014) gelungen, bei der sie themenbezogen Ereignisse zusammengetragen hat. Roes geht in ihrer Darstellung von der Perspektive des Krankenpflegegesetzes (2003) aus und bezieht sich nicht auf das Altenpflegegesetz (2003). Während der Recherche zu dieser Arbeit wurde festgestellt, dass es bei dem geplanten Reformvorhaben eher um eine Reform des Krankenpflegegesetzes geht, bei dem der Altenpflegeausbildung eine, wenn überhaupt, sekundäre Position zukommt und nicht als eigenständig weiter zu entwickelnde Ausbildung betrachtet wird. Die Arbeiten von Becker (2006b und 2006c) sind im Zusammenhang mit der integrierten Weiterentwicklung der Pflegeberufe zu nennen.

Trotz der nun 50jährigen Verberuflichung der Altenpflege in Deutschland fehlt es an Untersuchungen, die Effekte und den Outcome der Altenpflegeausbildung für Menschen mit Alterspflegebedarf und für die deutsche Wirtschaft belegen. Speziell mangelt es an Forschungsnachweisen positiver Effekte der Altenpflegeausbildung, da diese mehrheitlich defizitär, überholt und reformbedürftig dargestellt wird (siehe Kap. 4.2 und 4.3). Forschungsfragen zu der sich rasant entwickelnden Altenpflege(ausbildung) und deren Einfluss und Rahmenbedingungen wurden in Deutschland nur spärlich untersucht (vgl. hier die Arbeiten von Becker 2003, Hanussek 2005, Klement 2006, Schönborn 2007, Bossle 2012, Mayeres 2013). Die in der Altenpflege Tätigen stehen mit ihren spezifischen Kompetenzen selten im Forschungsinteresse, obwohl die beruflich erbrachte Pflege und Betreuung alter Menschen bereits gegenwärtig große Bedeutung hat und es zu einer starken Expansion in diesem Arbeitsmarktsegment gekommen ist (vgl. Schönborn 2007, Oschmiansky 2013). Systematische Analysen in der Altenpflege wurden in den letzten 20 Jahren begonnen. Diese fokussierten sich primär auf Arbeitsbelastungen und Rahmenbedingungen (wie z.B. Bermejo und Muthny 1994, Becker und Meifort 1997, Zimmer und Weyerer 1998, Wolke 2004, Hasselhorn et al. 2005, Zellhuber 2003, Zimpel 2004, Glaser et al. 2005, Borutta und Giesler 2006 und Behrens et al. 2009b). Zur internen

⁷ Der Großteil der aktuellen Veröffentlichungen zum Thema „Generalistische Pflegeausbildung“ entbehren einer sachlich, wissenschaftlichen Aufbereitung und sind durch tendenziöse, subjektive, dogmatische und meinungsbildende Elemente zu charakterisieren (siehe Kap. 3.5).

und externen pflegerischen Evidence haben Behrens und Langer (2006, 2010a und 2010b) die wesentlichen Werke im deutschsprachigen Raum verfasst. Barre (2014) hat die pflegedidaktische Vermittlung von Evidence-based Nursing in die (Alten-)Pflege untersucht. Um die am Arbeitsmarkt verwertbaren Handlungskompetenzen von Auszubildenden zu messen, die für die Ausübung einer qualitativ hochwertigen beruflichen Tätigkeit in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendig sind, hat das BMBF 2011-2015 eine Forschungsinitiative gestartet, die unter dem Begriff ASCOT (2014) fünf große Berufsfelder abdeckt. Als Berufsfelder wurden mit hoher Übereinstimmung zwischen den Ländern auch Kranken-/Altenpfleger(innen) (social and health care) vorgeschlagen (vgl. auch die Analysen von Baethge et al. 2015).

Die in der Literatur mit erstaunlicher Hartnäckigkeit und Naivität vertretene Hypothese, die Ausbildungsinhalte und Kompetenzprofile von Altenpflege und Krankenpflege würden sich weitgehend ähneln (vgl. Becker 2003, S. 98, Twenhöfel 2011), halten sich permanent und werden unreflektiert fortgesetzt, obwohl hinlänglich bekannt ist, dass Altenpflege untrennbar mit dem Wissenschaftsfeld der Gerontologie verbunden ist. Ergebnisse zur gerontologisch ausgerichteten Pflegewissenschaft legten u. a. Volz (2009), Becker et al. (2010), Bossle (2012) Becker und Brandenburg (2014) und Hasseler et al. (2013) vor. Bossle (2012) untersuchte die Zukunftsorientierung der deutschen Pflegewissenschaft an der Schnittstelle von Alter(n) und Pflege und stellt wie Brandenburg (2001) fest, dass Alter(n) und Pflegebedürftigkeit keine dominanten Themen der deutschen Pflegewissenschaft sind. Bossle (2012, S. 171) kommt zu dem Ergebnis, dass das Verhältnis von Pflegewissenschaft zu Alter(n) und Pflege von einem tradierten medizinisch-therapeutischen Problemlösungsparadigma abhängt (vgl. auch Gronemeyer 2013b). Ein medizinisch-therapeutisches Problemlösungsparadigma wird aktuell vom deutschen Pflegerat als anzustrebende Entwicklung für die Professionalisierung der Pflege erachtet (DPR 2014, 2015). Dies gilt es professionstheoretisch und -praktisch, kritisch zu diskutieren (vgl. den Ethik Kodex der Pflegenden, siehe ICN 2012, vgl. auch die Arbeiten von Friesacher 2008, 2015 zum „Kern der Pflege“). Zum Selbstverständnis und zur Professionsforschung der (Alten-)pflege haben, wie bereits erwähnt, Meyer (2002), Klement (2006), Hülsken-Giesler (2008), Dörge (2009), Dielmann (2013) und Gerlach (2013) Forschungsergebnisse vorgelegt. Dörge (2009) hat insbesondere die inflationäre Nutzung des Begriffes „professionelle Pflege“ untersucht und professionelles Pflegehandeln in Aussicht gestellt.

5. Ökonomisch begründbare Forschungsergebnisse

Die ökonomisch fokussierten Untersuchungen und Ergebnisse dieser Arbeit beziehen sich auf das DKI Gutachten (2010) und im Wesentlichen auf die Erhebungen des Forschungsgutachtens, welches das wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands WIAD gem. e.V. gemeinsam mit der Prognos AG (prognos/WIAD 2013) zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufgesetzes⁸ vorgelegt hat. Das Forschungsgutachten, das sich auf die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2012) vorgelegten Eckpunkte stützt, hat eine Aufarbeitung der derzeitigen Ausbildungskosten und der monetären Mittel, die mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung beabsichtigt werden, vorgenommen.

6. Systemisch begründbare Forschungsergebnisse

Ansätze der soziologischen Systemtheorie gehen auf Parsons (2009) und Luhmann (1975, 2012) zurück und helfen bei den Überlegungen, ob eine Spezialisierung, Differenzierung oder eine Generalisierung eines Systems zielführend ist. Ob es im Krankheitsbewältigungssystem überhaupt ein Gesundheitssystem gibt (Pelikan 2007, Behrens et al. 2012b und 2012c, Bauch 2006) und ob Altenpflege im Gesundheitssystem sinngemäß verortet ist, wirft berechnete Fragen auf.

Ob eine Generalisierung der drei Pflegeberufe, wie behauptet, unabdingbar ist, ist wissenschaftlich bislang nicht belegt. Die Datenlage beweist, dass das wissenschaftliche und (berufs-)politische Interesse an der Altenpflege(ausbildung) in den Jahren 1960-2010 gering war, aber zunehmend an Bedeutung gewinnt. So kommt (auch) im Gutachten des Wissenschaftsrates mit Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen (Wissenschaftsrat 2012) die Altenpflege als Beruf und Ausbildung thematisch nicht vor. Der Wissenschaftsrat begründet z.B., dass alle Pflegeschulen, Schulen besonderer Art sind, in Unkenntnis darüber, wie die Strukturen der Altenpflegebildung sind. So behauptet der Rat auch, dass die Hochschulen besser in der Lage wären, eine praktische Ausbildung in der Altenpflege sicher zu stellen, als gängige Pflegeschulen. Insgesamt ist nach der (Berufs-)bildungsforschung ein generelles qualifikatorisches upskilling (ohne Verschwinden von geringqualifizierter Arbeit) (Baethge 2013) zu verzeichnen. Eine Generalisierung der beruflichen Pflegebildung würde neben der (von den Hochschulen) zunehmend geforderten hochschulischen Qualifizierung ein downqualifying bewirken. Hierzu wurden keine spezifischen Forschungsergebnisse gefunden, ebenso nicht bei der Frage, ob es sich bei der Generalisierung um einen Prozess der Rationierung handelt. Vielmehr zeigen die vorliegenden Untersuchungen, dass das Vorhaben Generalistik Auswirkungen auf verschiedene Systeme haben wird. Zur

⁸ Das Forschungsgutachten hatte eine Laufzeit von Februar 2013 bis Juni 2013.

geplanten Generalisierung der Pflegeberufe liegen keine systematischen Forschungen, keine systemische Betrachtung und keine Gesetzesfolgenabschätzung vor. Die gewählten Materialien und Methoden, sowie die Art und Weise des Vorgehens zur vorliegenden Arbeit, werden im nun folgenden Kapitel beschrieben.

2 Material und Methoden

Es handelt sich um eine historisch-, quellenkritische Literatur- und Dokumentenanalyse (Lamnek 2010, Strauss 1998, vgl. Mayring 2002, S. 46 ff.), bei der die hoffnungsvollen Prognosen der Befürworter und Gegner einer generalistischen Pflegeausbildung überprüft werden. Die Forschungsarbeit wird methodisch durch Ergebnisse aus leitfadengestützten Experteninterviews (Lamnek 2010, Meuser und Nagel 1991) ergänzt. Die inhaltsanalytische Technik (Analyse) ist hier gleichbedeutend mit der Interpretation von Daten (vgl. Strauss 1998, S. 28) zu verstehen. Aus der Literaturanalyse und den Beiträgen der Befragten wurden thematisch relevante Ordnungskategorien gebildet, die in dieser Arbeit als Perspektiven (siehe Kap. 4 bis 9) benannt sind.

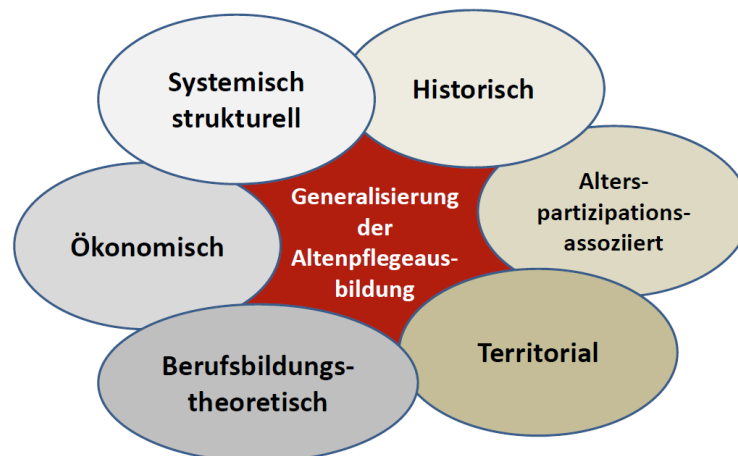


Abbildung 1 Zu untersuchende Ordnungskategorien – hier „Perspektiven“
Quelle: Eigene Darstellung

Aus der systematischen Bildung von soziologisch sinnvollen Ordnungskategorien ergeben sich die historische, alters- und partizipationsassoziierte, territoriale, berufsbildungstheoretische, ökonomische und systemisch-strukturelle Perspektive. Aus der jeweiligen Perspektive wird der Untersuchungsgegenstand der Integration der Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung vorgenommen. Zur Analyse und Ergebnissicherung werden eine SWOT-Analyse und eine prospektive ökonomische und

soziale Gesetzesfolgenabschätzung eingesetzt. Im Zuge dieser Untersuchung wird auf die Grounded Theory (Strauss 1998) verwiesen, insofern sie sich mit der „Wirklichkeit des Alltags“ beschäftigt, die die Gesellschaft vielmehr als den Einzelnen betrifft und alle vier zentralen Merkmale der Grounded Theory (Strauss 1998) berücksichtigt. Die zentralen Merkmale der Grounded Theory werden in der folgenden Tabelle, an der Herleitung der „Wirklichkeit des Alltags“ am konkreten „Fall der generalistischen Pflegeausbildung“ im Kontext und in der Berücksichtigung dargestellt.

Tabelle 1 **Zentrale Merkmale der Grounded Theory im Forschungskontext**
Quelle: **Eigene Darstellung in Anlehnung an Strauss (1998)**
(Zentrale Merkmale der Grounded Theory)

Zentrale Merkmale der Grounded Theory	Im Kontext dieser Forschungsarbeit	Berücksichtigung in dieser Forschungsarbeit
Der Fall als eigenständige Untersuchungseinheit	Der „Fall“ generalistische Pflegeausbildung im Kontext Altenpflege und Gesellschaft	Identifikation zentraler Prognosen (Hypothesen)
Soziologische Interpretation als Kunstlehre	Theoriegenerierungs- und Erfahrungsprozess	Analyse und Interpretation von Daten
Kontinuität von alltagsweltlichem und wissenschaftlichem Denken	Systematische Nutzung und Berücksichtigung von Alltagswissen und berufliche Erfahrung in der Pflegebildung als unersetzliche Ressource	Theoretical sampling
Offenheit wissenschaftlicher Begriffsbildung	Anstelle unumstößlicher Theorien werden kontinuierliche Interpretationsprozesse erarbeitet und angeregt	Sinnstrukturen, Zusammenhänge, potenzielle systemische, gesellschaftliche Auswirkungen der „Generalistik“ auf die Altenpflege

Im Forschungsstil der Grounded Theory werden Beziehungen untereinander (vgl. Strauss 1998, S. 31) systematisch analysiert. Ziel war nicht die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen Einzelner, sondern im primären Erkenntnisinteresse lagen die zugrunde liegenden Phänomene und Kontexte.

2.1 Forschungsprozess

Der Forschungsprozess erstreckte sich über die Jahre 2012-2015. Das Forschungsvorhaben fokussiert die Bedeutung und Auswirkungen der deutschen Altenpflegeausbildung und einer generalistischen Pflegeausbildung auf die sich entwickelnden altersassoziierten Bedarfe. Chronologisch stellt sich der Forschungsprozess wie folgt dar:

- 1) Literatur- und Quellenrecherche, Identifikation zentraler Prognosen (Hypothesen)
- 2) Konzeptualisierung und Planung der Interviews, Pretest
- 3) Auswahl der Interviewpartner, Kontaktaufnahme und Interviewführung

- 4) Auswertung der Interviews und Dokumente, Transkription, Schaffen von Ordnungskategorien in einer Themenmatrix
- 5) Auswahl der Hypothesen
- 6) Erneute Literatur- und Quellenrecherche zur Sättigung und Verdichtung der Daten
- 7) Verifizierung und Falsifizierung, Analyse und Interpretation der Daten
- 8) Soziale und ökonomische Gesetzesfolgenabschätzung

Neben dem zugrunde liegenden Kontextwissen der Forscherin folgte die wissenschaftliche Untersuchung in den drei Aspekten der Induktion (hier Hypothesenidentifikation), der Deduktion, Implikationen, Ableitungen aus Hypothesen und der Verifikation. Zudem wurde die Systematik der Gesetzesfolgenabschätzung (GFA)⁹, entsprechend der Vorgabe und der Arbeitshilfe der gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (BMI 2009), verwandt. Grafisch stellt sich der Forschungsprozess wie folgt dar:

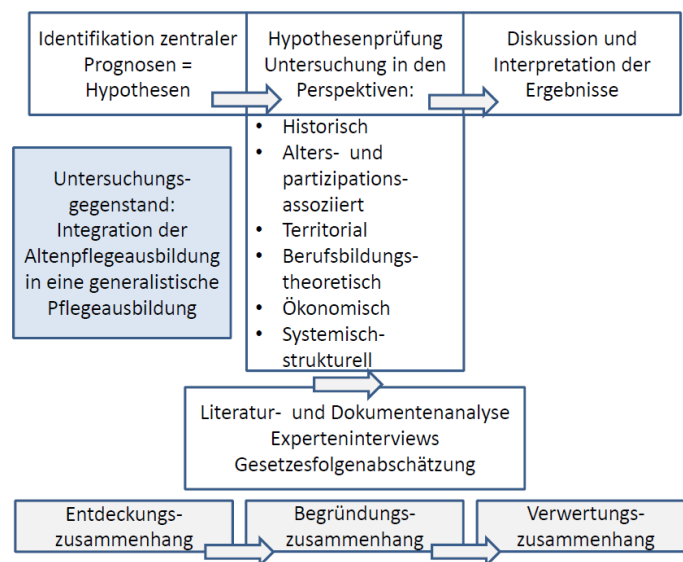


Abbildung 2 **Forschungsprozess**
Quelle: **Eigene Darstellung**

Die Spezifizierung der forschungsleitenden Perspektiven ergab sich aus der Sichtung der Literatur und Dokumente, sowie aus einer Generalisierung der transkribierten Interview-

⁹ Das Bundesministerium für Inneres hat eine Arbeitshilfe zur Gesetzesfolgenabschätzung veröffentlicht. Entsprechend § 43 Absatz 1 Nr. 5 und § 44 Absatz 1 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) sind die Ressorts verpflichtet, die voraussichtlichen Gesetzesfolgen einer Regelung darzustellen. Diese umfassen die beabsichtigten Wirkungen und unbeabsichtigten Nebenwirkungen (§ 44 Absatz 1 Satz 2 GGO). Die Darstellung der voraussichtlichen Gesetzesfolgen muss im Benehmen mit den jeweils fachlich zuständigen Bundesministerien erfolgen. Es ist darüber hinaus darzustellen, ob die Wirkungen des Vorhabens einer nachhaltigen Entwicklung entsprechen, insbesondere welche langfristigen Wirkungen das Vorhaben hat (§44 Absatz 1 Satz 4 GGO). Das Bundesministerium des Innern kann zur Ermittlung von Gesetzesfolgen Empfehlungen geben (§ 44 Absatz 1 Satz 5 GGO). Die Arbeitshilfe ist auf Grundlage eines intensiven Austauschs des Bundesministeriums des Innern mit den Ressorts entwickelt worden und stellt eine Empfehlung für das Verfahren einer Gesetzesfolgenabschätzung¹ im Sinne des § 44 GGO dar.

ergebnisse. Folgend werden die Begriffe „Perspektive“, „Generalistik“, „Spezialisierung“, „Rationalisierung“ und „Rationierung“, „Evolution“ und ihre Anwendung erklärt, da sie in dieser Arbeit eine zentrale Rolle einnehmen.

2.2 Anwendung der Begriffe

Der Begriff „**Perspektive**“ wird hier bildungssprachlich verwandt, im Sinne der Betrachtungs- und Sichtweise des Gegebenen und der Möglichkeit, eine Aussicht für die Zukunft entwickeln zu können. Der Begriff „**Generalistik**“ rührt aus einer rund 30 Jahre alten Diskussion um die Zusammenlegung verschiedener Pflegeberufe. Im Weiteren wird der Begriff „Generalistik“ hier für das im Koalitionsvertrag des Bundes vorgesehene Reformvorhaben „Neues Pflegeberufegesetz“ eingesetzt, bei der die drei Pflegeberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege zusammengelegt werden sollen. Die Anwendung des Begriffes „**Spezialisierung**“ wird vom römischen Wort „specialis“ abgeleitet und bezeichnet das „Besondere“, das „Abgesonderte“, das „Sich-spezialisieren“. Hieraus leitet sich ein „Spezialist“ ab, jemand, der über besondere Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. In Bedeutung der „Sinn gebenden“ Effizienzsteigerung einer Qualifizierung und der damit verbundenen Systeme wird der Begriff „**Rationalisierung**“ genutzt und überprüft. Der Begriff wird hier nicht eng betriebswirtschaftlich und unternehmensspezifisch, sondern systemisch auf die hier untersuchten Perspektiven angewandt. Überprüft wird die nach Max Weber benannte „Entzauberung der Welt“ (Weber 1922), im Sinne einer humanen und wirtschaftlichen Gestaltbarkeit und Entwicklung der Wissenschaft durch den Menschen. Hier wird die „Intellektualisierung“ auf das geplante neue Pflegeberufegesetz transformiert. Der Begriff „**Rationierung**“ wird hier im ökonomischen Sinne einer Zuteilung von Wissen, Qualifizierung und Dienstleistungen, speziell von Auszubildenden in Pflegeberufen oder von examinierten Pflegekräften oder weiterer Ressourcen im Sinne von Angebot und Nachfrage verwandt. Untersucht wird, ob ein Rationierungsmechanismus bei der Einführung der Generalistik für eine Allokation bestimmter Ressourcen sorgt. Im Sinne von Entwicklung, Entfaltung, Fortentwicklung wird der Begriff „**Evolution**“ im Zusammenhang der Berufswerdung Altenpflege im Komplexitätswachstum beschrieben. In der Folge einer evolutionären Transformation wird der Begriff „Evolution“ für die sich allmählich entwickelnde Altenpflege(ausbildung) in Bezug zu einer älterwerdenden Gesellschaft gesetzt.

2.3 Zur Datenerhebung der leitfadengestützten Interviews

Ergänzend zur Literatur- und Dokumentenanalyse wurden von der Verfasserin leitfadenorientierte Experteninterviews (Meuser und Nagel 1991) von November 2012 bis Januar 2013 durchgeführt. Hierzu suchte die Verfasserin die zu Befragenden an ihren Arbeitsorten oder im privaten Umfeld auf. Die Dauer der Interviews beliefen sich auf rund 80 bis 240 Minuten. Acht Interviews wurden vollständig auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Ein Interview wurde handschriftlich dokumentiert. Die Transkription ermöglicht das Nachvollziehen der Äußerungen der Interviewpartner und somit eine detaillierte Auswertung der Gespräche. Die bandbasierte Analyse und Verdichtung erfolgte durch mehrfaches Abhören, Zusammenfassen und Vergleichen der Aussagen. Die Interpretation der Expertenmeinung konzentrierte sich auf das Kontextwissen entsprechend der forschungsleitenden Fragen (Meuser und Nagel 1991); dies begründet, dass auf ein Notationssystem verzichtet wurde.

2.3.1 Auswahl der Experten

Interviewt wurden neun Personen. Bei der Auswahl dieser „Experten“ handelt es sich um eine spezifische Population, die sich dadurch auszeichnet, dass sich acht von ihnen während des Zeitraumes 2007-2013 mit der Thematik der Generalistik oder mit der Altenpflegeausbildung auseinandersetzt haben und eine Expertin an der Entstehung der Altenpflegeausbildung maßgeblich beteiligt war (Interviewte Personen, s. Anhang). Alle neun Experten verfügen nach Ausbildung und Studium über umfangreiche Erfahrungen zum Thema Qualifizierung in Pflegeberufe bzw. Altenpflege. Ergebnisse aus Befragungen gelten als individuelle, subjektive Sichtweisen und eignen sich in keiner Weise zur Falsifikation. Vielmehr wurde in Ermangelung eines wissenschaftlichen Datenmaterials, neben der Literaturrecherche zum Beginn dieser Arbeit, die Methode der Interviews gewählt, um von sogenannten „Kennern“ der Altenpflege(ausbildung) oder „Kritikern“ der „Generalistik“ Wissen und impulsgebende Inputs zu erhalten.

2.3.2 Fragebogen, Fragetechnik und Konzeption der Interviews

Der Fragebogen umfasst 18 halbstandardisierte Fragen (vgl. Leitfadeninterview, Flick 2011, S. 194ff.). Die Befragungstechnik erfolgte, nach Informationen zu Freiwilligkeit und Datenschutz, per Aufnahmegerät. Im Vorfeld der Forschungsarbeit fand eine differenzierte Analyse von Bedarfen im Alter statt, die ggf. Basis für eine generationentypische Altenpflegeausbildung sein könnte. Diese Herangehensweise fand in der inhaltlichen Gestaltung des Fragebogens Niederschlag. Die Fragen umfassen die Bereiche: aktuelle und prospektive Bedarfe im Alter, prospektive Dienstleistungen, persönliche Meinung zur

Generalistik und zur Weiterentwicklung der Altenpflege, Aufgabenfelder und Unternehmensrelevanz der Altenpflege(ausbildung), Finanzierung der (Alten-)pflegeausbildung, Position der Kommunen im Kontext Altenpflege, Möglichkeiten der EU-Anschlussfähigkeit und Akademisierung der Altenpflege. Abschließend wurde nach „Sonstigem“ gefragt (Fragebogen, s. Anlage).

2.3.3 Auswahl und Verwendung der Interviewergebnisse

Alle Interviewten erklärten sich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte für Publikationszwecke verwendet werden darf. Die Auswahl der Interviewergebnisse erfolgte durch mehrfaches Abhören der Antworten und Statements nach ihrer Aussagekraft sowie Eindeutigkeit, und wurde in Bezug zu den Hypothesen gesetzt. Transkribiert wurde wörtlich, nicht lautsprachlich. Nonverbale Informationen wurden nicht berücksichtigt. Es wurde so viel und so genau transkribiert, wie für die Fragestellung tatsächlich notwendig erscheint (Flick et al. 1995 S. 162, Meuser und Nagel 1991). Die in dieser Arbeit zitierten Aussagen der Experten resultieren aus dem handlungspraktischen, konjunktiven Wissen (Bohnsack 2007, Mannheim 1980), wie es in den Interviewbeiträgen artikuliert wurde. Die Zitate wurden nicht weiter interpretiert. Das Datenmaterial aus den Interviews ist als persönliche, gewertete Einschätzung zu verstehen und wurde auf die Daten und Aussagen hin untersucht, auf die sich die Befragten selber beziehen. Die Aussagen wurden inhaltlich kategorisiert. Die Ergebnisse wurden als O-Ton Zitate in den einzelnen Perspektiven der Forschungsarbeit verwendet.

2.4 Zum Zugang der Forscherin

Das Verhältnis der Forscherin zum untersuchten Gegenstand kann als intensiv bezeichnet werden. Die Forscherin verfügt über ein umfassendes Fach- und Erfahrungswissen zum Problemfeld. Während der Jahre 1988-1996 war die Forscherin der Überzeugung, dass eine generalistische Pflegeausbildung sinnvoll ist und die Altenpflegeausbildung keiner eigenen Existenz bedarf. Vielmehr hat sich die Forscherin Anfang der 90er Jahre mit der Zusammenlegung der Pflegeausbildung in der praktischen Umsetzung konkret befasst. Erst durch eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik und dem Kennenlernen von Altenhilfestrukturen, der Pflege-Bildungssystematik und deren Finanzierung entwickelte die Forscherin eine differenzierte Sichtweise auf das hier behandelte Forschungsfeld.

2.5 Aufbau, Struktur und Abgrenzung der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in 16 Kapitel. Nach der Einführung ins Thema und der Aufzählung der Hypothesen, die es in der Arbeit zu untersuchen gilt (Kap.1), folgen in Kapitel 2 Hinweise zu Material und Methoden. Kapitel 3 umreißt das politisch geplante Vorhaben, die Pflegeberufe der drei bislang getrennten Pflegeausbildungen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Kinderkrankenpflege) zusammen zu legen. Die Kapitel 4 bis 9 geben den Untersuchungsgegenstand und die Diskussion in verschiedenen Perspektiven wieder. Die Forschungsarbeit untersucht die Perspektiven im historischen (Kap. 4), alters- und partizipationsassoziierten (Kap. 5), territorialen (Kap. 6), berufsbildungstheoretischen (Kap. 7), ökonomischen (Kap. 8) und systemisch-strukturellen Kontext (Kap. 9). Den Kapiteln 4 bis 9 sind jeweils Hypothesen vorangestellt, die es zu widerlegen oder zu bestätigen gilt. In die Kapitel 4 bis 9 sind ausgewählte Ergebnisse der Interviews (jeweils rechtsbündig) eingestreut. Den Kapiteln 4 bis 9 sind jeweilige Analyseergebnisse nachgesetzt. Das in Kapitel 10 beschriebene „Spezifische der Altenpflege(ausbildung)“ ist Ergebnis einer intensiven Analyse nach dem bislang vernachlässigten Outcome der spezifischen generationentypischen Altenpflegebildung. Eine prospektive Gesetzesfolgenabschätzung stellt in Kapitel 11 die sozialen und ökonomischen Folgen des Vorhabens in Nachhaltigkeit dar, bevor in Kapitel 12 die Diskussion, Reflexion und Limitation folgen. Hier fasst eine SWOT-Analyse die Analyseergebnisse zusammen. Kapitel 13 wagt einen umfassenden Ausblick und zeigt Szenarien auf, die nach Umsetzung der Generalistik denkbar wären. Hinweise für weitere wissenschaftliche Untersuchungen zeigt Kapitel 14, bevor im Kapitel 15 eine Zusammenfassung der Untersuchung erfolgt. Kapitel 16 führt die verwendete Literatur auf.

3 Geplante Pflegeausbildungsreform

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) planten bereits in der 17. und aktuell in der 18. Legislaturperiode ein neues Pflegeberufegesetz (Bundesregierung 2009 und 2013). CDU/CSU und SPD haben ihre Koalitionsverhandlungen am 27. November 2013 abgeschlossen und einen Koalitionsvertrag konsentiert. Zum Thema Pflege(-ausbildung) (S. 60) wurde folgendes beschlossen: *„Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen die Pflegeberufe aufwerten.“*

Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das Nötigste begrenzt werden. Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren. Wir wollen die Ausbildungsangebote an staatlichen Berufsfachschulen stärken und die Ausbildung gerecht, einheitlich und gemeinsam finanzieren. Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem sein. Wir prüfen ein verbindliches Verfahren zur Refinanzierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewährleisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zentrale Bedeutung zukommen. Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden“ (Bundesregierung 2013, S. 60).

In der Betrachtung des Vorhabens wird deutlich, dass hier nicht näher definiert wird, ob die Spezialisierung während oder nach einer dreijährigen Ausbildung geplant ist, ob die Ausbildung ausschließlich an Berufsfachschulen erfolgen soll und welche Rahmenbedingungen den Wechsel zwischen den Berufen und die Aufwertung der Pflegeberufe verbessern sollen. Die Bundesländer haben sich durch Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2009) jeweils einstimmig für die Zusammenführung der Pflegeberufe ausgesprochen. In der Folge wurde im März 2010, unter gemeinsamer Federführung der Bundesministerien für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ auf Fachebene eingesetzt. Diese Arbeitsgruppe hat am 01.03.2012 ein Eckpunktepapier für ein Gesetzgebungsverfahren vorgelegt, das die Grundlage für den weiteren politischen Entscheidungsprozess zur Vorbereitung eines Gesetzentwurfes darstellen soll (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012).

3.1 Eckpunktepapier zum neuen Pflegeberufegesetz

Das BMFSFJ, welches aus der Historie begründet für die Altenpflegeausbildung zuständig ist und das BMG, zuständig für die Gesundheits- und Kranken- sowie Kinderkrankenpflege, haben in gemeinsamer Federführung in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ ein Eckpunktepapier (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012) zu wesentlichen Aspekten eines neuen Pflegeberufegesetzes entwickelt, welches das Altenpflege- und das Krankenpflegegesetz (2003) ablösen soll. Das Eckpunktepapier

wurde am 2. März 2012 veröffentlicht und bildet die Grundlage für den weiteren politischen Entscheidungsprozess zur Vorbereitung eines Gesetzentwurfs. Das Eckpunktepapier enthält Vorschläge für eine Zusammenführung der Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer generalistisch ausgerichteten, beruflichen Pflegeausbildung mit einem Berufsabschluss. Darüber hinaus sieht das Eckpunktepapier die ergänzende Einführung einer neuen „akademischen Ausbildung“ vor. Die berufliche und akademische Ausbildung soll keine Konkurrenz darstellen, sondern soll zentraler Bestandteil einer gestuften durchlässigen Pflegebildung sein (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012).

Als Gründe für die Zusammenführung der Pflegeberufe werden veränderte Versorgungsanforderungen und ein dynamischer Arbeitsmarkt angegeben. Weiter gibt das Eckpunktepapier (ebd. S. 5) an, dass die Differenzierung der Pflegeberufe nach Altersgruppen nicht mehr dem Stand der Erkenntnisse der Pflegewissenschaft entspreche. Begründet wird dies hier nicht. Die neue Ausbildung soll zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsformen befähigen. Die Zusammenführung der Pflegeberufe erhöht nach Einschätzung der Arbeitsgruppe die Attraktivität des Ausbildungsberufs, verbessert die beruflichen Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten über die gesamte Zeit des Erwerbslebens und wird die individuelle Berufszufriedenheit stärken.

Die neue Pflegefachausbildung soll die Voraussetzungen der geregelten Ausbildungen nach der Berufsankennungsrichtlinie (Europäische Union 2005 und 2013) erfüllen. Für die berufliche Pflegeausbildung gilt als Zugangsvoraussetzung der mittlere Bildungsabschluss oder ein gleichwertiger Abschluss. Die Ausbildung wird weiterhin dreijährig im Umfang von insgesamt mindestens 4.600 Stunden durchgeführt, von denen mindestens 2.100 Stunden für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie mindestens 2.500 Stunden für die praktische Ausbildung angesetzt werden. Das handlungsorientierte und exemplarische Lernen soll dabei im Vordergrund stehen, Inhalte werden in Lernfeldern oder Modulen vermittelt. Die Pflegeschule, die als Berufsfachschule einzuordnen ist, trägt wie bisher die Gesamtverantwortung für die Ausbildung und koordiniert die Einsätze im Rahmen der praktischen Ausbildung. Die Schulen selbst können öffentlich, frei gemeinnützig oder private Einrichtungen sein.

Die praktische Ausbildung erfolgt in allen relevanten Bereichen der Pflege. Im Rahmen der praktischen Ausbildung schlägt die Kommission Folgendes vor:

- 960 Stunden Pflichteinsatz in Krankenhäusern und Pflegeheimen.
- 480 Stunden in einem ambulanten Pflegedienst oder in einem Kinderkrankenhaus.

- 80 Stunden in der psychiatrischen Einrichtung nach Wahl in der Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- 240 Stunden in drei der Wahl-Arbeitsfelder Hospiz, Palliation, Rehabilitation, Beratung, Prävention, spezieller Funktionsbereich im Krankenhaus (OP, Anästhesie, Intensivstation, Endoskopie), ambulanter Spezialpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationärer Pflege.
- Weitere 160 Stunden Pflichteinsatz sowie 580 Stunden Vertiefungseinsatz müssten Auszubildende wahlweise in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim, einem ambulanten Pflegedienst oder einem Kinderkrankenhaus absolvieren.

So sind Pflichteinsätze in der Akutpflege, der vollstationären Pflege, der ambulanten Pflege, der Kinderpflege und der psychiatrischen Pflege gleichermaßen vorgesehen. Diese werden durch Wahlpflichteinsätze und einen Vertiefungseinsatz ergänzt, letzterer wird im Zeugnis als Schwerpunkt ausgewiesen. Die Ausbildung selbst schließt mit einer staatlichen Abschlussprüfung nach dem bisherigen Muster ab (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012).

3.2 Black-Box Generalistik - Was ist nicht bekannt?

Das beabsichtigte Vorhaben Generalistik (Stand Juli 2015) lässt viele Fragen offen, die Anlass zu Spekulationen und ggf. auch zu Fehldeutungen geben. So gibt es bis dato noch keine Antworten auf folgende Fragen: Welche Ausbildungsinhalte und -struktur werden Curriculum und Rahmenlehrplan auszeichnen? Wie wird die juristische Verortung der Pflegeschulen sein? Was ist Kern und gemeinsamer Berufsethos eines generalistisch ausgerichteten Pflegeberufes? Welche bildungstheoretischen Auswirkungen wird die Tatsache hervorbringen, wenn Altenpflege Unterrichtsfach wird? Wie wird die Generalistik finanziert? Welche Berufsbezeichnung erhält der neu geschaffene Pflegeberuf? Bleibt die Berufsbezeichnung Altenpflege oder wandelt sich die Vertiefungsrichtung zum Begriff Langzeitpflege? Wie wird die spezifische Pflege alter Menschen in einer Generalistik sichergestellt? Wie wird eine wohnortnahe Ausbildungsinfrastruktur sichergestellt? Wird eine selbstständige Ausübung der Heilkunde geplant? Wie werden Inhalte und Strukturen für sich anschließende Weiterbildungen organisiert und finanziert? Welche systematische Attraktivitätssteigerung sichert den Bewerber- und Fachkräftenachwuchs? Welche Strukturen werden für eine praktikable Durchlässigkeit, von der Assistenz bis zur Promotion, geschaffen? Welche akademischen Qualifizierungen werden durch das neue Pflegeberufegesetz vorgegeben? Welche Verbesserungen der Rahmenbedingungen werden unabhängig von der Generalistik für die Altenpflege geplant und realisiert? Welche Erfordernisse ergeben sich aus dem Vorhaben, alle Pflegeschulen in Berufsfachschulen umzubauen? Welche

Auswirkungen hat die Finanzierung der Generalistik auf Sozialsysteme und die Finanzierung aus den Ländern? Die Black Box lässt nur Vermutungen zu. Eine dialogorientierte Auseinandersetzung zwischen den Befürwortern und Gegnern der Generalistik wird vermisst.

3.3 Rückblick – Überlegungen zu einer generalistischen Pflegeausbildung

Überlegungen, Pflegeausbildungen in ein generalistisches Format fassen zu wollen sind nicht neu, sondern werden seit mehr als dreißig Jahren unternommen (MAGS 1996, Becker und Meifort 1997, Hammer 1994, Becker 2003, vgl. Dibelius und Uzarewicz 2006, S. 257). Später bezieht sich Meifort auf das Jahr 1982 und macht darauf aufmerksam: *„Eine generalistische Ausbildung, die berufsübergreifende Grundlagen vermittelt, ist kein neuer Vorschlag, das haben wir schon vor 20 Jahren angeregt“* (Meifort 2002, S. 122). Hierbei wurde die Altenpflege als eigenständiger Beruf in Frage gestellt oder mit anderen Berufen in Modellprojekten zusammengefasst oder gedanklich zusammengelegt. So zum Beispiel wurde die Altenpflege und die Erzieherausbildung (Becker et al. 1995) oder die Altenpflege und die Heilerziehungspflege über 3,5 Jahre in Modellprojekten gemeinsam (Diakonie-Kork 2014) oder in Modulversuchen (Walter 2011) ausgebildet. Die integrierte Ausbildung zur Heilerziehungs- und Altenpflege begründet sich durch die Attraktivitätschancen zweier Berufsabschlüsse und durch den Erwerb einer erhöhten Kompetenz der Begleitung von Menschen mit Unterstützungsbedarf in allen Lebensbereichen. Mehrfach wird gefordert, dass Heilerziehungspflege mit Schwerpunkt Soziales und Behinderung in die generalistische Ausbildung der Pflegeberufe integriert werden solle, um so als wichtiger Beruf des Sozial- und Gesundheitswesens anerkannt zu werden. Hierbei wäre die Hürde zu nehmen, dass sozialpflegerische Berufe nach dem föderalistischen Prinzip in Länderkompetenz zu regeln sind. Dies widerspräche einer bundeseinheitlichen Ausbildungsregelung.

Becker und Meifort befassten sich während der 90er Jahre mit den berufspolitischen Strukturen der Altenpflege. 1997 bezweifelten Becker und Meifort, ob die Altenpflege als *„berufs- und beschäftigungspolitischer Hoffnungsträger (...) gehandelt werden kann“* (Becker und Meifort 1997, S. 29), da eine Expansion der Arbeitsplätze davon abhängt, welches Berufsprofil und Arbeitskonzept der Altenpflege in Zukunft gesellschaftlich zugebilligt wird (ebd. S. 29). Die Expansion des Berufsfeldes Altenpflege hat stattgefunden. Die Arbeits- und Ausbildungsplätze in der Altenpflege sind explodiert (siehe Kap. 8.5). Dennoch wird die Integration der Altenpflege heute weiter diskutiert und politisch

geplant. Anlässlich des, von der Bundeskanzlerin von Mai 2011 bis Juli 2012 durchgeführten Zukunftsdialogs, wurde erneut kontrovers diskutiert, die Heilerziehungspflege und die Entbindungspflege in die generalistische Pflegeausbildung zu integrieren (Zukunftsdialog 2013). Auch wird die Altenpflegeausbildung verkürzt für Heilerziehungspfleger angeboten. Entsprechend dem Altenpflegegesetz (2003) besteht für Heilerziehungspfleger die Möglichkeit, die Ausbildung zur Altenpflege auf Antrag um zwei Jahre zu verkürzen. Ebenso kann auf Antrag die Dauer der Ausbildung verkürzt werden: 1. für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenpfleger, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger mit dreijähriger Ausbildung um bis zu zwei Jahre, 2. für Altenpflegehelferinnen, Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelferinnen, Krankenpflegehelfer, Heilerziehungspflegehelferinnen, Heilerziehungspflegehelfer, Heilerziehungshelferinnen und Heilerziehungshelfer um bis zu einem Jahr ((AltPflG) § 7 Abs. 1). Auch wurde die Idee einer gemeinsamen „*vereinheitlichten Grundausbildung*“ von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie bereits 1996 beschrieben (MAGS 1996, S. 248 ff.). Begründet wurde die Idee unter anderem durch die gemeinsame Schnittmenge an pflegerischem Basiswissen. Weder wurde in der Vergangenheit eine definierte Schnittmenge an Basiswissen in den Pflegeberufen pflegewissenschaftlich konsentiert, noch eine prospektive berufsfeldspezifische Begründung durch Ableitung aus Trends und Szenarien (vgl. hier auch den Artikel von Bischoff-Wanner 2001).

3.4 Formal-strukturelle Typen generalisierter Pflegeausbildung

Die Überlegungen, die Pflegeausbildungen neu zu strukturieren, geschahen bildungswissenschaftlich und berufspädagogisch ungeplant. So wird die Bezeichnung „generalistische Pflegeausbildung“ aktuell immer noch inflationär und widersprüchlich gehandelt. Ursprünglich war (und ist) mit der „Generalistik“ die Auflösung der drei Pflegeberufe gemeint und die Verschmelzung zu einer generalistischen Pflegeausbildung ohne Vertiefungsmöglichkeit und ohne möglichen Abschluss bestimmter Berufsbezeichnungen (s. Abb. 3). Geplant war die Ausbildung von Pflegegeneralisten. Im Zuge des generalistischen Modells wird für alle drei Pflegeberufe ein gleicher Berufsinhalt innerhalb von drei Jahren gelehrt. Die Spezialisierung erfolgt auf dem Weiterbildungsweg im Anschluss an die Ausbildung. Das bisher in den getrennten Grundausbildungen vermittelte Spezialwissen muss somit Gegenstand von Anpassungs- bzw. Aufstiegsweiterbildungen werden. Weiter wurde neben der generalistischen Typik auch die integrative und die integrierte Pflegeberufeausbildung in Modellversuchen erprobt. Eine Übersicht über durchgeführte Modellprojekte und formal strukturierte Typen von Pflegeausbildungen zeigt die Arbeit von Stöver (vgl. 2010, S. 84ff.).



Abbildung 3 Zusammenführung der drei Pflegeberufe
 Quelle: Eigene Darstellung

Derzeit werden insbesondere drei mögliche Ausgestaltungen der Pflegeausbildung diskutiert: Das integrierte Modell steht für eine gemeinsame zweijährige Basisausbildung für Auszubildende der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege und späterer Differenzierung innerhalb des Ausbildungszeitraumes von drei Jahren.

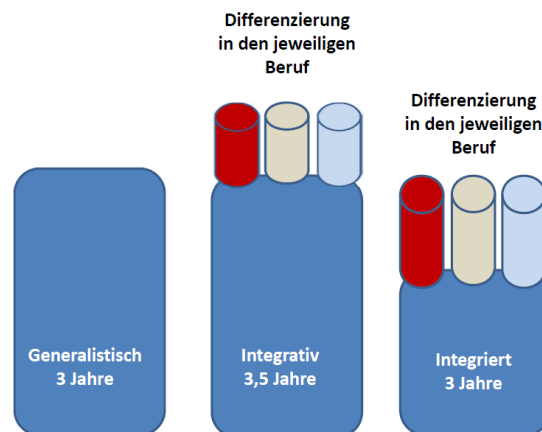


Abbildung 4 Formal strukturelle Typen generalistischer Pflegeausbildung
 Quelle: Eigene Darstellung

Die integrative Pflegeausbildung bewirkt nach einer zweijährigen Basisausbildung in insgesamt 3,5 Jahren zwei Berufsabschlüsse. An einer beruflichen Schule in Baden-Württemberg wurde zudem die „Kooperative Pflegeausbildung“ (Schön 2011) erprobt. Sie ist vergleichbar wie die integrative Pflegeausbildung strukturiert, wobei sich jeder Auszubildende zu Beginn der Ausbildung verpflichtet, nach 3,5 Jahren einen zweiten Abschluss zu erreichen (vgl. Schön 2011, S. 86). Der nicht wissenschaftlichen Literatur ist häufig der Begriff generalistische Pflegeausbildung zu entnehmen, wenn auch andere formal-strukturelle Typen gemeint sind. Eine einheitliche Definition zur Begrifflichkeit

einer generalistischen Pflegeausbildung war bis zur Abgabe der Arbeit¹⁰ nicht abgeschlossen. Vielmehr verhindert die unsaubere Anwendung des Begriffes generalistische Pflegeausbildung eine konstruktive Auseinandersetzung und zielführende Diskussion der am Thema Beteiligten.

3.5 Dogmatismus versus konstruktiver Auseinandersetzung

Die berufspolitische Diskussion zum Thema Generalisierung der Pflegeberufe entbehrt aktuell einer konstruktiven Auseinandersetzung. Vielmehr duellieren sich Kontrahenten für oder gegen die Generalistik¹¹. Die gegenwärtige Diskussion um die Zukunft der Pflegeausbildung scheiden somit die Geister (vgl. Twenhöfel 2014, S. 178) und ist gekennzeichnet durch Dogmatismus und eine massive Schärfe der Argumentation (vgl. Sahmel 2014, S. 20) zwischen Berufsverbänden, wie z.B. dem DBfK (2014), den Partnern im Bündnis für Altenpflege¹², den Mitgliedern des Deutschen Pflegerates. Aktionen wie „Rettet die Altenpflege“ kreuzen sich mit Presseerklärungen wie „Rettet die Altenpflege vor ihren Rettern“ (DBfK 2014, S. 4). Nicht nur Vertreter der Altenpflege veröffentlichen zunehmend kritische Beiträge gegen die Generalistik, auch Experten der Kinderkrankenpflege haben Bedenken (vgl. Danzglock 2013, S. 4). So äußerte sich auch der Berufsverband der Kinderkrankenpflege (BKK e.V., bzw. BeKD¹³) zum Beispiel:

- *„In einer generalistischen Ausbildung werden die gewachsenen Strukturen des Gesundheits- und Pflegewesens in Deutschland nicht berücksichtigt.“*
- *Die Ausbildungsqualität in den Pflegeberufen begründet sich durch eine Spezialisierung während der Ausbildung.*
- *Eine generalistische Ausbildung würde das momentan hohe Niveau der Pflegeausbildung in Deutschland nivellieren. In vielen anderen Berufen zeichnet sich der berufliche Fortschritt durch ein Spezialistentum aus.*
- *Die Nivellierung der Ausbildung durch eine generalistische Ausbildung hätte auch negative Folgen bei der altersgerechten Versorgung der Patienten“ (BeKD 2005).*

Die Berufsgruppe der Kinderkrankenpflege kämpft für den Beibehalt ihrer Berufsbezeichnung. Sie versucht den Konsens über den einheitlichen Gegenstand der Disziplin Pflege und schlägt im Dilemma um die Generalistik den Kompromiss einer integrierten

¹⁰ Bis Oktober 2015.

¹¹ siehe Hypothesen und Zitate der Experten.

¹² Das Bündnis für Altenpflege repräsentiert über die Hälfte aller Pflegeeinrichtungen (13.000 ambulante und stationäre Einrichtungen und Dienstleister). Beteiligt sind: Arbeitskreis Ausbildungsstätten Altenpflege, Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V., Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V., Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V., Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V., Deutscher Verband der Führungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen, Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Wohnstifte im Paritätischen. Unterstützt wird die Zielsetzung des Bündnisses zudem vom Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen.

¹³ Der BKK e.V. wurde 2000 in den BeKD e.V. umbenannt.

Pflegeausbildung vor: *„Generell ist davon auszugehen, dass es einen einheitlichen Gegenstand der Disziplin Pflege gibt. Gleichzeitig ist die Schwerpunktsetzung ‘Gesundheits- und Kinderkrankenpflege’ innerhalb einer dreijährigen generalistisch angelegten pflegeberuflichen Erstausbildung unverzichtbar“* (Pätzmann-Sietas 2015). Der BeKD spricht sich für eine integrative Pflegeausbildung, mit Beibehaltung der Berufsbezeichnung aus (BeKD 2005, Leupold 2014).

Der DBfK, der für sich in Anspruch nimmt alle Pflegeberufe gleichermaßen zu vertreten, „warnt“ die Altenpflege, sollte sie der Generalistik nicht zustimmen, mit Dequalifizierung und der Gesundheits- und Krankenpflege nachgeordneten Position des Berufsstandes (DBfK 2014). Das sogenannte „Bündnis für Altenpflege“ (2014) äußert seine Befürchtungen wie folgt: *„Die Abschaffung der Spezialisierung Altenpflege steigert weder die Attraktivität des Pflegeberufs noch verbessert sie die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Obwohl wir international um die duale Ausbildung und um die spezifischen Kompetenzen der Altenpflege beneidet werden und die demografische Entwicklung in aller Munde ist, soll der Beruf abgeschafft werden. Die Zusammenfassung der Pflege in einem Ausbildungsgang wäre an der EU-Richtlinie der Krankenpflege auszurichten. Damit wären Synergieeffekte unmöglich. Im Gegenteil: Die Krankenpflege bliebe im Wesentlichen wie sie ist, und die spezifischen Inhalte der Altenpflege entfielen ebenso wie der Berufsabschluss“* so Tews, Geschäftsführer des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) und Bündnismitglied. Tews befürchtet einen Anstieg des Fachkräftemangels, sollte sich die generalistische Ausbildung durchsetzen (vgl. Politik Express 2014). Das sieht die Gruppe der Arbeitnehmer im Berufsbildungsbericht 2012 (noch) genauso (BMBF 2012)¹⁴, während im Folgebericht 2014 die Prognosen pro integrierter Pflegeausbildung abgegeben wurden. In der abschließenden Stellungnahme im Berufsbildungsbericht (vgl. BMBF 2012) heißt es, dass die vorgeschlagene generalistische Ausbildung die Qualität der Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege gefährdet, die Berufsfähigkeit bei erfolgreichem Abschluss der Ausbildung aufs Spiel setzt und am Bedarf des Arbeitsmarktes vorbeigeht. Zwei Jahre später (2014) wurde diese Position im aktualisierten Berufsbildungsbericht jedoch korrigiert. *„Da die Anforderungen an die Pflegearbeit steigen, bedarf es einer qualifizierten Ausbildung auch im Pflegebereich mindestens auf dem Niveau eines anerkannten Berufsbildungsabschlusses. (...) Um dem wachsenden Fachkräftebedarf gerecht zu werden, wäre eine breit angelegte dreijährige Pflegeausbildung mit Schwerpunkt in der ambulanten Pflege auf Grundlage des*

¹⁴ Dies ist dem Berufsbildungsbericht 2012 zu entnehmen, während in Folgebericht 2014 die Prognosen pro integrierte Pflegeausbildung abgegeben wurden.

Berufsbildungsgesetzes eine sinnvolle Alternative zu den landesrechtlich geregelten Assistenzausbildungen“ (BMBF 2014a, S. 162f.). Hier wird deutlich, wie unsicher die Prognosen für oder gegen eine generalistische Pflegeausbildung ausfallen.

Der Theologe und Soziologe Gronemeyer (2013a) äußert seine Meinung zur Generalistik eindeutig. Er benennt eine exzessive Standardisierung als Ursache und Impuls für die Generalisierung der Pflegeberufe. *„Wenn Menschen zu Fällen geworden sind, ist die generalistische Pflege richtig“*. Er bestärkt dies durch die Aussage: *„Alle müssen gewandelt und gefüttert werden – also Generalistik“* (Gronemeyer 2013a). Weiter spricht er von der *„Abschaffung der Person auf beiden Seiten“* und von einer *„Industrialisierung der Pflege“* (Gronemeyer 2013a), wenn Altenpflege in einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung aufgehen würde. Die Standardisierung der Pflege aller Altersgruppen vergleicht Gronemeyer (2013a) mit einer vergleichbaren *„Autoinspektion – überall das Gleiche“*. Kristel (2011) sagt, dass *„die Vermischung von drei Pflegeberufen zu einem einer dreifachen Schmalspurausbildung gleicht“*.

Auf die wesentliche Frage, ob es darum geht, Profile der Berufe zu schärfen oder zu generalisieren, rät Hoppe als Vorstandsvorsitzende des AAA und als Direktorin einer Bildungseinrichtung (SPI-Berlin), die auch die Altenpflegeausbildung anbietet:

„Generalisierung ist eine Sackgasse – ‘es ist grober Unfug’. Ich rate zur Spezialisierung zu hoch differenzierten Bedarfen“ (Hoppe 2012, Int. 33,00).

Sie begründet die hartnäckige Fortsetzung des Vorhabens mit dem Willen zur Abhandlung des *„sich einmal Vorgenommenen“*:

„Manchmal basieren ja Antworten auf schwierige Fragen in der beruflichen Bildung auf Annahmen von gestern und ich denke, dass dies bei der Idee der Generalistik der Fall ist. Und ich denke, dass relativ Wenige den Mut haben dazu zu stehen. Viele wollen Systeme dann abgehandelt wissen, nach dem Motto ‘Das haben wir schon immer gewollt’. Die Leute in der Altenpflege wissen, die Altenpflege hat die Generalistik in dieser Form nie gewollt, weil sie Kenntnis darüber hat, wie die Verschiedenheit einer Pflege bei Krankheit und Langzeitpflegebedarf ist. (...) Ich frage mich: Wollen hier manche ihr Lebenswerk abschließen?“ (Hoppe 2012, Int. 24,00-25,30).

Als Chefärztin einer Gerontopsychiatrie führt Baumgarte inhaltliche und berufssystematische und –politische Gründe gegen die Integration der Altenpflege in eine generalistische Pflegeausbildung an:

„Ich halte die Generalistik für einen hohen Verlust für die Altenpflege. Die Krankenpflege könnte die Altenpflege sicher problemlos schlucken. Aber die Altenpflege hat ja einen hohen Anteil an Inhalten, die eher Lebensqualität steigernd sind. Die spezifischen Bedürfnisse gehen verloren. Man muss befürchten, dass die Altenpflege berufspolitisch keine ausreichende Lobby hat, dies kund zu tun, und die Krankenhäuser sehen dieses Problem gar nicht“ (Baumgarte 2012, Int. 18,00-20,20).

Sie begründet die Beibehaltung der Altenpflege als Ausbildung mit:

„Wir haben heute auch nicht mehr die generalisierte Krankenschwester, sondern die spezialisierte mit einer hohen Differenzierung an Wissen“

(Baumgarte 2012, Int. 34,00).

„Auch ein Studium Generale geht heute nicht mehr“ (Baumgarte 2012, Int. 36,00).

Sahmel äußert sich als Hochschulprofessor hier weniger eindeutig:

„Der Grundgedanke einer generalistischen Pflegeausbildung ist eigentlich der richtige. Die Separierung der Pflegeberufe ist schwierig“ (Sahmel 2012, Int. 9,00).

Gleichzeitig äußert Sahmel im Hinblick einer Generalisierung der Pflegebildung die potenzielle Auswirkung für die Altenpflege:

„Ich befürchte, dass Altenpflege eher zweijährig qualifiziert wird“ (Sahmel 2012, Int. 17,00).

Riedel, mit ihren Kenntnissen aus der beruflichen und der hochschulischen Qualifizierung von (Alten-)pflegekräften, befürwortet das Vorhaben Generalistik grundsätzlich, äußert jedoch gleichermaßen mehrfach Bedenken zur Subsumierung der Altenpflege:

„Ich bin grundsätzlich nicht gegen eine generalistische Pflegeausbildung“
(Riedel 2012, Int. 6,00).

„Aber die Altenpflege darf in einer generalistischen Pflegeausbildung nicht subsumiert werden. Sondern es geht darum, dass die alten Menschen, als eine Zielgruppe professionellen Handelns, ihren Platz behält (sic). Es darf nicht sein, dass die Altenpflege Teil der Gesundheits- und Krankenpflege wird, sondern sie muss ihr eigenes Berufsprofil behalten“
(Riedel 2012, Int. 8,30).

„Innerhalb der generalistischen Pflegeausbildung ist das Profil der Altenpflege ein ganz zentrales und ich würde dann auch sagen, dass es Altenpfleger geben muss, die genau dieses Profil dann ausweisen. Es geht um das Handlungsfeld Altenhilfe und der Pflege alter Menschen, mit ihren Spezifika und Besonderheiten“
(Riedel 2012, Int. 11,20).

„Wir brauchen das Handlungsfeld Altenpflege, ich glaube, dass es auch bei einer generalistischen Pflegeausbildung nicht verlorengeht“ (Riedel 2012, Int. 1.07,00).

Mit dem Import des altersassoziierten Wissens begründet Götzer, als stellv. Schulleitung einer Berufsfachschule für Altenpflege/-hilfe und Familienpflege, das Bestreben der Befürworter der Generalistik:

„Die Krankenpflege merkt, dass ihr wesentliche Inhalte in der Ausbildung fehlen, Wissen in der Versorgung. Sie wollen sich nicht anderes Personal in die Teams holen, sondern sie wollen das Wissen in die Ausbildung holen. Multiprofessionelle Teams sind anstrengend, aber effektiv. Ich frage mich: Braucht die Krankenpflege wirklich zusätzliches ‚Versorgungswissen‘, oder benötigen sie nur Versorgungspersonal, so wie Betreuungskräfte?“
(Götzer 2012, Int.).

Kaleve sieht die Abschaffung des Altenpflegeberufes als Bedrohung im Kontext der Deckung altersspezifischer Bedarfe:

„Ich habe zur Generalistik eine ablehnende Position, da die altersspezifischen Bedarfe zunehmen werden. Von daher benötigen wir eine spezialisierte Pflegeausbildung.... Auch das

*Krankenhaus hat spezielle Bedarfe – andere. Die Altenpflege würde dann abgeschafft“
(Kaleve 2012, Int. 9,00).*

*„Altenpflegeausbildung deckt genau das ab, was die Gesellschaft benötigt“
(Kaleve 2012, Int. 13,00).*

*„Wir wissen, dass Altenpflegekräfte über ein sehr hohes gerontopsychiatrisches Wissen,
speziell bei Demenz verfügen“
(Kaleve 2012, Int. 19,35).*

*„Falls die generalistische Pflegeausbildung kommt, würde die Versorgung alter Menschen
noch mehr zusammenbrechen, als wie sie aufgebaut würde“
(Kaleve 2012, Int. 39,50).*

*„Die Generalistik hätte zur Folge, dass die Krankenhäuser Personal haben, aber die
Altenpflege ins Hintertreffen geraten würde“ (Kaleve 2012, Int. 41,00).*

Ebenso überzeugt äußert sich Kunczik als Geschäftsführer des DBVA:

*„Der Altenpflegeberuf ist aktuell passgenau, für das was wir brauchen.
Die Umfrage unter gerontopsychiatrischen Chefarzten mit 60 Anfragen und 30 Antworten
ergaben, dass 90% sehr zufrieden sind mit dem was Altenpfleger tun“
(Kunczik 2012, Int. 9,30-11,15).*

Twenhöfel, Professor der Soziologie und Geschäftsführer eines katholischen Familien- und Altenpflegewerkes, begründet im Anforderungsprofil in der Systematik des Settings seine Position gegen die Generalistik:

*„Die Altenpflege hat ein ganz anderes Anforderungsprofil als die Krankenpflege, die von
Ärzten umgeben ist, und zwar in der Form, dass sie Tätigkeiten in eigener
Durchführungsverantwortung erbringt“
(Twenhöfel 2012, Int. 21,00).*

*„In der Altenpflege ist ein ganz anderes Setting als in der Krankenpflege. In der Altenpflege
stehen bis zum Tod alle möglichen Professionen um das Bett“
(Twenhöfel 2012, Int. 28,00).*

*„Die Anforderungen in der Altenpflege sind so vielfältig, als dass sie in drei Jahren gar nicht
unterzubringen sind, jetzt soll sie auch noch mit den anderen Pflegeberufen zusammengelegt
werden, wie soll das gehen?“ (Twenhöfel 2012, Int. 28,00-30,10).*

Twenhöfel beurteilt die beabsichtigte Generalistik auch insofern kritisch, als dass die politisch Verantwortlichen das Ausmaß des Verlustes der Altenpflege als Beruf nicht erkennen:

*„Die Generalistik klingt vordergründig plausibel ... aber was dahintersteckt. Die Politik ist
sehr von der Krankenpflege beeinflusst und die Krankenpflege braucht die Altenpflege gar
nicht“ (Twenhöfel 2012, Int. 25,00).*

*„Die Durchlässigkeit ist auch kein Argument. Die Durchlässigkeit, z.B. für einen
Altenpflegehelfer, ist heute schon gegeben. Es geht, glaube ich, um etwas anderes“
(Twenhöfel 2012, Int. 27,00).*

Lehr¹⁵ äußert im Interview im Januar 2013, dass ihr das politische Vorhaben, die Pflegeausbildung generalisieren zu wollen, nicht bekannt ist. Dennoch gibt sie zu bedenken:

*„Alle anderen Wissenschaften entwickeln sich weiter, spezialisieren und differenzieren sich, wie zum Beispiel Medizin, Psychologie. Bei allen Berufen am Menschen, z.B. Psychologie, Medizin usw. findet eine Ausdifferenzierung statt“
(Lehr 2013, Int. 27,00).*

*„Bei der Pflege scheint es nun gegenläufig zu sein. Aber..., auch die Kinderkrankenpflege benötigt spezialisiertes Wissen“
(Lehr 2013, Int. 28,50).*

*„Das Berufsbild der Altenpflege darf nicht verloren gehen. Alle drei Ausbildungen zusammen zulegen, das sehe ich sehr kritisch“
(Lehr 2013, Int. 33,00).*

„Warum soll man einen Altenpfleger mit spezifischen Aufgaben einer Kinderschwester konfrontieren und warum sollte man eine Kinderschwester mit speziellen Tätigkeiten der Altenpflege belasten?“ (Lehr 2013, Int. 52,00).

Bei den Zitaten wird deutlich, dass die Positionen der Befürworter und der Gegner der Generalistik die gleichen Argumente anführen. Die Befürworter und Gegner der generalistischen Pflegeausbildung vernachlässigen gleichermaßen eine systematische Analyse einer anforderungsgerechten Pflegeausbildung, sowie eine Untersuchung der Sinnhaftigkeit einer Generationentypik. So auch Twenhöfel:

„Die Kritiker der Generalistik haben sich nur gegen die Generalistik positioniert und versäumt, deutlich zu machen, was Altenpflege ausmacht“ (Twenhöfel 2012, Int. 31,00).

Die spezifischen Anforderungen an eine altersspezifische (Langzeit-)Pflege nach Lebensorten werden weder von Befürwortern noch von Gegnern des aktuellen Pflegereformvorhabens thematisiert. Eine differenzierte, wissenschaftlich begründete Betrachtung der Pflege im Alter, die nicht auf Krankheit und Heilung abzielt, erfolgte bislang nicht. Das dogmatische Beharren auf dem „Wie es ist“ verstellt den Blick für eine wertfreie Schau auf prospektive Qualifizierungsanforderungen. Die Überprüfung ausgewählter Hypothesen in den folgenden Perspektiven schärft den Blick auf Zusammenhänge, Strukturen, Interdependenzen und Szenarien. Um eine Analyse der „Gewordenheit“ des Altenpflegeberufes neben den anderen Pflegeberufen zu beginnen, ist ein Blick in die Historie angezeigt.

¹⁵ Prof. Dr. Ursula Lehr ist eine der führenden deutschen Gerontologinnen. Sie war von 1988 bis 1991 Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Ihr gelang der Ausbau der Seniorenpolitik und sie war Vorbereiterin des Bundesaltenpflegegesetzes. Sie ist Gründungsdirektorin des Deutschen Zentrums für Altersforschung (DZFA). Seit 2009 ist sie Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO).

4 Historische Perspektive

Die ersten zwei Hypothesen, die es zu überprüfen gilt, betreffen die „Gewordenheit“ und historische Systematik des Berufes Altenpflege, als Anlass einer aktuell zu vollziehenden Pflegeberufereform.

H1 *„Jetzt wächst zusammen, was zusammen gehört“ (Weidner 2014, S. 14).*

H2 *Die generalistische Pflegeausbildung bietet eine große Chance für den Beruf, sich aus seiner historisch begründeten Unorganisiertheit zu emanzipieren (vgl. Werner 2014, S. 15).*

Die erste Hypothese begründet die anstehende Reform damit, dass die Berufe Alten- und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ursächlich zusammengehören und durch das geplante Reformvorhaben zusammenwachsen würden. Weidner begründet seine Hypothese damit, dass die Pflegeausbildungen „zusammengehören“ mit einem inhaltlich, curricularem Ansatz. Er bezieht sich auf die Evaluationen der durchgeführten Modellprojekte (BMFSFJ 2008), an denen er mitgewirkt hat. Integrierte Ausbildungsgänge sind seit den 80er Jahren traditionelle Mittel, um in Situationen des Einsatzes neuer Techniken, veränderter Arbeitsorganisationen oder bei anderen strukturell neuartigen Entwicklungen in Berufen oder Berufsbereichen qualitativ hochwertige, konsensfähige und betriebswirtschaftlich akzeptable Lösungen zu finden (Becker 2003, S. 99). Auch Klement (2006) hofft darauf, dass die „internen Auseinandersetzungen“ der verschiedenen Pflegeberufe durch eine gemeinsame Ausbildung der Alten- und Krankenpflege verringert würden (vgl. Klement 2006, S. 260). Weiter vermutet sie, dass dadurch das Berufsprofil eines einheitlichen Pflegeberufes geschärft und eine höhere Anerkennung angestrebt werde (vgl. ebd. S. 260).

Die Emanzipation aus einer Unorganisiertheit, im Sinne einer Nicht-Systematik und eines unüberlegten und ziellosen Agierens, wie sie die zweite Hypothese beschreibt, zielt auf die häufig zu lesende defizitär und negativ dargestellte Altenpflege, als unattraktive Beschäftigungsalternative zweiter Wahl. Werner stellt das Reformvorhaben Generalistik als Chance dar, um die Altenpflege in geordnete Strukturen zu emanzipieren und in eine (ihm) bekannte Systematik, und zwar die der Gesundheits- und Krankenpflege, zu integrieren. Damit folgen die beiden Autoren mit ihren Hypothesen einer Argumentationsfolge, wie sie häufig in der Literatur anzutreffen ist. So wird die Altenpflege zum Beispiel als „Schwester“ oder als „Hilfsberuf“ der Krankenpflege verstanden. *„Altenpflege kompensiert die große Schwester Krankenpflege“* (Hammer 1994, S. 116). Altenpflege wird als *„Nicht-Beruf“* oder *„Hilfsberuf der Krankenpflege“* beschrieben. Auch wird die Altenpflege als *„Ausgliederung der Altenhilfetätigkeiten aus der Krankenpflege“* verstanden

(vgl. ebd. 1994, S. 113ff.). Zudem war das politische und öffentliche Interesse an der Altenpflege lange gering (vgl. die Ausführungen von Zellhuber 2003). Dies hat sich während der letzten Jahre geändert. Die Behauptung, dass die Pflegeberufereform im Sinne einer Generalistik als „unumgänglich“ und nicht mehr diskussionswürdig gilt, wird von den Befürwortern der Generalistik mehrheitlich unterstrichen, nicht aber weiter begründet (vgl. Bienstein 2015). So auch Weidner: *„Die Generalisierung der Pflegeausbildung in Deutschland ist aus pflegewissenschaftlicher und berufspädagogischer Perspektive keine Option mehr sondern ein Muss!“* (Weidner 2014, S. 14). Es gilt die historische Entwicklung der Altenpflege als Beruf und die potenzielle Legitimation einer eigenständigen Altenpflegeausbildung näher zu untersuchen. Eine Reflexion kann helfen, den gegangenen Weg und die Ursprünge der Altenpflege zu analysieren und auf Effekte hin zu überprüfen, um die „Gewordenheit“ der Altenpflegeausbildung zu verstehen.

4.1 Gewordenheit der Altenpflege

*„Aus armen wurden alte Insassen und aus einem Armensiechenhaus wurde ein Heim für den ruhigen Lebensabend“
(Irmak 2002, S. 219).*

Ausgehend von der „Gewordenheit“, der Historizität (vgl. Mayring 2002, S. 24) der Altenpflegeausbildung, werden potenzielle Ursachen und Auswirkungen untersucht. Die Betrachtung der Historizität des Altenpflegeberufs ist angesichts seiner erst jungen Berufsgeschichte wenig erforscht (vgl. Heumer und Kühn 2010, S. 7). Die rückblickende Reflexion der „Altenpflegewerdung“ erscheint von hoher Bedeutung, um anstehende Entscheidungen zielführend treffen zu können. Auch ist eine historische Betrachtung vom Umgang mit dem Alter (vgl. Moses 2007, S. 201ff.) aufschlussreich, um aktuelle altersassoziierte gesellschaftliche Herausforderungen besser verstehen zu können. *„Zudem hat die Vernachlässigung der historischen Dimension in den Humanwissenschaften schon zu den erstaunlichsten Fehlinterpretationen geführt“* (Mayring 2002, S. 34).

Es hilft nicht erneut festzustellen, dass sich Deutschland auf dem Irrweg der (Alten-) Pflegequalifizierung befindet, ohne Gründe für die Entwicklung der deutschen Altenpflegeausbildung zu kennen. Während die Ursprünge der Krankenpflege mit dem Christentum und parallel zur Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin bis in die Antike zurückverfolgt werden (Pollak 1978, Seidler 2003, Pröhlen 2011, S. 19, 37ff.), sind die Ursprünge einer Altenpflege als Beruf nur wenig dokumentiert und meist im Kontext der Krankenpflege erwähnt. Um 800 v. Chr. werden in den Schriften Homers u.a. erstmals von Kriegsverletzungen mit Angaben zur Blutstillung und Wundtherapie und auch die Pflege Verwundeter beschrieben (Pollak 1978). Im 5. Jhd. v. Chr. wurde Asklepios zum

eigentlichen Gott der Heilkunst erklärt. Nach ihm wurde auch der Asklepioskult benannt. Überall in der griechischen Welt wurden Tempel, sogenannte Asklepieien errichtet, in denen sich Heilpersonal mit Heilakten befasste (Pollak 1978, Maier 1997). Es entstanden erste Asklepiadenschulen. Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.) war als berühmter Asklepiade (Priesterarzt), als Heilkünstler erfolgreich, mit bekannten Auswirkungen (Eid des Hippokrates) bis in die heutige Zeit. Weder die hippokratische Heilkunde noch die Asklepiadenschulen brachten ein organisiertes Pflegewesen hervor (Maier 1997). Interessant ist, dass unheilbar Kranke und Sterbende, sowie Schwangere, sie galten als unrein, gar nicht erst in die Asklepieen eingelassen wurden (Maier 1997). Galten doch unheilbar Kranke und Sterbende als wenig erfolgreiche Klienten, um Heilungen vollziehen zu können.

Alte Menschen wurden damals in dem Maße wie heute nicht thematisiert, da die allgemeine Lebenserwartung geringer war als heute. Ebenso galten Schwangere noch bis in die Nachkriegszeit des Zweiten Weltkrieges als besonders gefürchtete Patientinnen für Haus- und Landärzte, da starke Blutungen und komplizierte Geburtsvorgänge medizinischen Interventionen Grenzen aufzeigten. Im „Nicht-Interesse dieser Klienten“ ist der eigentliche Ursprung der Altenpflege und auch des Hebammenwesens zu sehen.



Abbildung 5 Ursprünge der Alten- und Krankenpflege und des Hebammenwesens
Quelle: Eigene Darstellung

Die Altenpflege findet ihren Ursprung in der Armen- und Siechenpflege (Hämel 2012, S. 54ff.) und verfolgte nicht das primäre Ziel des Heilens, sondern um Verrottung zu vermeiden und Tod zu verzögern. Dementsprechend entwickelte Altenpflege ihr eigenes Wissensmanagement und bediente sich den Kenntnissen der Krankenpflege, die das Ziel verfolgte, heilen zu wollen. Erste Belege für eine Altenpflege und Altersversorgung, die sich mit der Krankenpflege vermischt, beschreibt Prühlen (2011, S. 10) für das Mittelalter

(500 bis 1500 n. Chr.) im mitteleuropäischen Raum. Altersversorgung wird in dem Zusammenhang beschrieben, dass vermögende alte Menschen die Unterbringung in Spitälern nutzten, um bessere Kost als andere „Insassen“ und Versorgung bis zum Lebensende zu erhalten. Interessant ist, dass die von Prühlen beschriebenen Quellen belegen, dass *„Krankenpflege oft nur durch die Erwähnung eines entsprechenden Gebäudes greifbar wird“* und erst dann Wert erfuhr, wenn Pflege Institutionen zugewiesen wurde (Prühlen 2011, S. 22). Eine Erkenntnis, die in den 1960er Jahren für die Qualifizierung der Altenpflege in Deutschland ebenso zum Tragen kam. Bis Mitte des vorigen Jahrhunderts kann die Altersfürsorge nicht getrennt von der allgemeinen Armenhilfe betrachtet werden, da weder die Einrichtungen noch die Leistungen differenziert waren (vgl. Lohmann 1970, S. 13). Die Geschichte der geschlossenen Altenhilfe ist ein Teil der Armenpflege in Anstalten (vgl. Lohmann 1970, S. 13, Hämel 2012) und der Armen und Siechen (Irmak 2002¹⁶). Im Zusammenhang der Kasten- und Armenordnungen im 15. und 16. Jahrhundert wird beschrieben, dass es an geschultem Personal und Mitteln für die Organisation und Durchführung der Armenpflege fehlte (vgl. Lohmann 1970, S. 19).

Riedel (2007) befasst sich in ihrer Dissertation umfassend mit der Entwicklung der Altenpflege und beschreibt detailliert die Bedeutsamkeit einer spezifischen Ausbildung für die Pflege älterer Menschen. Altenpflege entwickelte sich entsprechend der Institutionen, speziell der stationären Altenhilfe (Riedel 2007, S. 79 und 228ff.) und der in Folge neu konzipierten Wohnformen und vor allem entsprechend der zunehmenden Bedarfe und Bedürfnisse alter Menschen (Riedel 2007, S. 81) im Sinne einer lebensweltorientierten Pflege (Braun und Schmidt 1997, Koch-Straube 2005, S. 221). Somit trifft die Feststellung von Reinhart hier zu: *„Der pflegerische Handlungsauftrag wurde nicht aus den Pflegebedarfen und Pflegephänomenen der zu pflegenden Menschen abgeleitet, sondern an den zu versorgenden Altersgruppen (Kinder, Erwachsene, alte Menschen) und an den Institutionen der Versorgung (Krankenhaus, Altenheim, etc.)“* (Reinhart 2014, S. 21). Reinhart und die anderen Befürworter der Generalistik nehmen dies zum Anlass, damit eine generalistische Pflegeausbildung zu begründen, obwohl dies in sich ein Widerspruch ist. Die Pflegebedarfe und Phänomene ergaben und ergeben sich aus der am Alter des Menschen festzumachenden Spezifik.

Während der Nachkriegszeit und der Zeit des Wirtschaftswunders veränderten sich in Deutschland die gesellschaftlichen Bedingungen stark. Die Zahl alter und behinderter Menschen nahm zu. Familienstrukturen waren durch den Zweiten Weltkrieg zerstört oder

¹⁶ Irmak (2002) weiß die Entstehung der Altenpflege als Beruf und als „altersfürsorgespezifische Ausbildung“ im Nationalsozialismus (ebd. S. 87, 101, 296) erkannt zu haben.

veränderten sich stark durch die Möglichkeiten der Berufstätigkeiten, auch für Frauen. Gleichzeitig entstanden als Folgen des Krieges und der Wohnungsnot immer mehr Einrichtungen der Altenhilfe. Mit quantitativ nachlassender familialer Selbsthilfe während der 50er Jahre konnte die Versorgung der älteren Menschen nicht mehr hinreichend sichergestellt werden. Damit stieg der formelle Unterstützungsbedarf der älteren Menschen an. Diese gesellschaftlichen Entwicklungen trugen zu der Entstehung des Altenpflegeberufes bei (vgl. Riedel 2007, S. 13, Heumer und Kühn 2010). Zunehmend entstanden Altenheime und damit verbunden war ein hoher und zunehmender Bedarf an Pflegepersonal. Krankenpflegepersonal war nicht in ausreichender Zahl vorhanden oder nicht bereit in der Altenpflege zu arbeiten. Die vielen neu entstandenen Einrichtungen in der Altenhilfe verschärften den Mangel an ausgebildetem Personal, so dass 1958 gemeinnützige Träger großer Altenhilfeeinrichtungen begannen, Lehrgänge für Altenpflege durchzuführen, in deren Folge dann im Lauf der Jahre der heutige Altenpflegeberuf entstand. Die Krankenpflege entwickelte sich in der Heilhilfstätigkeit, entsprechend der medizinischen Disziplinen, der Technisierung und Funktionsabteilungen in Krankenhäusern, während die Altenpflege primär in Institutionen außerhalb der Krankenhäuser entstand (Lohmann 1970, Graber-Dünow 2014).

Die Entwicklung der Altenpflege in der ehemaligen DDR verlief anders. Bis zur Wende gab es außerhalb der wenigen kirchlichen Institutionen (und dort ohne staatliche Anerkennung) kaum ausgebildete Altenpflegerinnen; die Pflege in den Einrichtungen der Altenhilfe wurde von Krankenschwestern geleistet. Nach der Wiedervereinigung entstanden in den neuen Bundesländern sehr rasch viele Umschulungsmaßnahmen, da ungeachtet der in diesem Bereich bereits tätigen Krankenschwestern mit einem großen Bedarf an Altenpflegern und -pflegerinnen gerechnet wurde. Mittlerweile haben sich Bildungsangebote und Fachkräftebedarf in den alten und neuen Bundesländern einander angenähert (Bundesagentur für Arbeit 2014).

Interessant ist, dass in den alten Bundesländern seit den 60er Jahren und in den neuen Bundesländern seit der Wiedervereinigung 1990 bis heute, die Krankenpflege die altenhilfespezifische Pflege nicht übernahm. Die Beschäftigten der Altenpflege übernahmen zu Beginn der Verberuflichung Tätigkeiten, die eine Krankenschwester ungern ausübte, weil sie nicht so viel Ansehen wie die Tätigkeiten in der Akutmedizin versprachen. Altern, chronische Krankheiten und Sterben seien keine erfolgsorientierten Tätigkeiten im Sinne der naturwissenschaftlichen Medizin (Bäcker 1988). Die Pflege der Älteren wurde lange von Personen organisiert, die über keinerlei fachliche Kompetenz verfügten, sondern aus Berufung und Überzeugung handelten. Während das Krankenhaus

als zur Wiederherstellung von Gesundheit entwickelt wurde, entstanden Orte des Wohnens für alte Menschen mit Pflegebedarf (Schneekloth und Leven 2003, Iken 2007, Schulz-Nieswandt et al. 2012, Graber-Dünow 2014).

In den alten Bundesländern hat der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge am 12. März 1965 einen ersten „Rahmenlehrplan zur Ausbildung der Altenpflegerin“ wie auch über die „Tätigkeitsmerkmale der Altenpflegerin“ beschlossen (vgl. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1965, S. 182 und 200ff.) Das Berufsbild wurde vom DV wie folgt definiert: *„Der Beruf der Altenpflegerin/des Altenpflegers ist ein moderner sozialpflegerischer Beruf. Der Altenpflegerin/dem Altenpfleger obliegt die Pflege und Betreuung gesunder und pflegebedürftiger alter Menschen in Heimen, geriatrischen Abteilungen und sonstigen Einrichtungen und Maßnahmen der Altenhilfe sowie in ihrer Häuslichkeit. Im Rahmen dieser Tätigkeiten kann sie/er eigenständig eingesetzt werden und bei entsprechender Berufserfahrung die Leitung von Stationen und Heimen übernehmen“* (Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1965, S. 201). Mit der sozialpflegerischen inhaltlichen Ausrichtung erfolgte eine klare Abgrenzung zum Berufsprofil der Krankenpflege. Eine definierte Ausrichtung auf alte und auch gesunde alte Menschen in Institutionen und in Häuslichkeit war gewollt. Die Dauer der Ausbildung wurde auf ein Jahr festgelegt. Sie schloss mit einer Prüfung ab. Nach einem anschließenden erfolgreich abgeleisteten „Bewährungsjahr“ in der beruflichen Praxis wurde die Berufsbefähigung bescheinigt (vgl. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1965, S. 202).

Die Altenpflegeausbildung ist aus zwei gegenläufigen Entwicklungen heraus entstanden. Zum einen durch den zunehmenden Pflegebedarf, der durch die rasche Zunahme Älterer zum Ende der 50er Jahre entstand und zum anderen aus dem mangelnden Angebot an Pflegenden, der sich daraus ergeben hat (Nölle und Goesmann 2009). Neben der Idee, eine neue sozialpflegerische Ausbildung für alte Menschen zu schaffen, spielten ökonomische Gründe und Personalbedarfe ebenso eine Rolle. So gibt die Literatur einige Quellen her, die beschreiben, dass es neben der Krankenpflege eine kostengünstigere Variante zur Versorgung alter Menschen geben musste (Oschmiansky 2013). Der ökonomische Einsatz von *„Altenpflegerinnen, Fürsorgerinnen und Pflegeschwestern“*, differenziert nach der *„Unterbringung“*, wurde auch von Lohmann (1970, S. 151) empfohlen, um dem Personalmangel entgegen zu können. Weiter stellt Lohmann fest: *“Die Frage nach ausgebildetem Pflegepersonal ist in fast allen Altenheimen ein besonderes Problem. Ob es*

nun um die Betreuung von kranken oder gesunden Heiminsassen geht, es fehlen überall ganz allgemein Pflegekräfte und besonders geschulte Altenpflegerinnen“ (Lohmann 1970, S. 130). Wie bereits erwähnt, historisch betrachtet hat die „generalistische“ Krankenpflege in Deutschland dem Bedarf an altersassoziierten Pflegeleistungen nicht entsprochen; ähnlich entwickelt sich die Kinderkrankenpflege. Eine erste Ausrichtung einer generalistisch geprägten staatlichen Regelung zur Krankenpflegeausbildung in Deutschland erfolgte 1906. Aufgrund der sehr hohen Säuglingssterblichkeit folgte 1917 eine erste staatliche Regelung der Säuglingsschwesternausbildung, die dann zur Kinderkrankenpflegeausbildung für Frauen und ab 1985 auch für Männer entwickelt wurde.

4.2 Altenpflege – kein Abkömmling der Krankenpflege

Der Literatur ist häufig zu entnehmen, dass die Altenpflege als Abkömmling der Krankenpflege oder als Hilfsberuf der Krankenpflege verstanden wurde (vgl. Zellhuber 2003, S. 112). *„Der sehr junge Beruf der Altenpflege hat den Charakter des Krankenpflege-Hilfsberufs und als tendenziell alltagsgeprägter Nichtberuf – in der Literatur wird die Krankenpflege sogar als die ‘große Schwester der Altenpflege’ bezeichnet“* (Hammer 1994, S. 116). Diese Sichtweise ist nicht belegbar, da der Altenpflegeberuf nicht aus oder neben der Krankenpflege entstand, sondern autonom, entsprechend altersdemografischer Fakten und gesellschaftlich erstmalig entstehender altersassoziierten Bedarfe. Anders als in der Literatur mehrfach zu finden ist, wurden zwar die praktischen Altenpflegeleistungen aus dem Berufsbild der Krankenpflege ausgegliedert oder erst gar nicht aufgenommen, aber die Altenpflegeausbildung ist kein ausgegliederter Teil der Krankenpflegeausbildung. Der Altenpflegeberuf galt gesellschaftlich als „Kompensator“ und Entlastung für die Krankenpflege (hierzu auch Beiersdorff 2007, Nölle und Goesmann 2009, S. 8). Hierbei ist bedeutsam, dass die Altenpflege sich nicht etwa an Krankenpflegeschulen und in ihrer Struktur und Finanzierung gründete, sondern eigenständig, als sozialpflegerischer Beruf in Länderhoheit an unterschiedlichen, vorrangig wohlfahrtsstaatlichen Bildungseinrichtungen. Die Altenpflege entwickelte sich zu Anfang des 20. Jahrhunderts ebenso wie die Kinderkrankenpflege und das Hebammenwesen Mitte des 20. Jahrhunderts, entsprechend der humanen und institutionellen Bedarfe. Gefragt waren Personen (Personal) mit spezifischen adäquaten Fachkompetenzen. Im Gegensatz zur bundeseinheitlich geregelten Krankenpflegeausbildung unterlag die schulische Ausbildung in der Altenpflege den einzelnen Bundesländern. Noch bis 2003 gab es in 16 Bundesländern 17 verschiedene Ausbildungsmodelle. Im selben Jahr wurde von der Bundesregierung ein Gesetz verabschiedet, das den Beruf der Altenpflege durch eine dreijährige Ausbildung mit

staatlicher Prüfung zu einem Lehrberuf macht und eine Vereinheitlichung der Ausbildung gewährleistet. Der seit 1991 umfassende Bettenabbau in deutschen Krankenhäusern trug dazu bei, dass zunehmend ältere Menschen mit einem hohen Pflegebedarf außerhalb der Krankenhäuser auf eine qualifizierte medizinische Pflege angewiesen waren. Im März 1980 ergriff der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge die Initiative zur Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung. Er legte eine Empfehlung „für eine bundeseinheitliche Ausbildungsordnung für Altenpfleger“ vor (Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1980, S. 73ff.). Im Jahr 1990 legte die damalige Bundesregierung, unter der Federführung des Bundesministeriums für Familie und Senioren, erstmalig mit einem Entwurf eines bundesweiten Gesetzes für die Berufe in der Altenpflege vor (Lehr 2014 im Interview).

Die Anerkennung der Altenpflege als Heilberuf erfolgte nach einer Normenkontrollklage vor dem Bundesverfassungsgericht (2002)¹⁷. Dies geschah dadurch, dass die medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten wert geschätzt wurden, nicht die sozialpflegerischen, kommunikativen und altersassoziierten. Der Appell von Lohmann (1970, S. 130) zur Aufwertung des Altenpflegeberufes fand 2003 somit nur bedingt Anwendung, als dass es zu einer Annäherung an die Inhalte und Strukturen der an Krankheit orientierten Krankenpflegeausbildung kam, nicht aber zu einer Aufwertung des ursprünglichen Berufes Altenpflege mit seiner Fokussierung auf die Lebenswelten alter Menschen. Riedel (2007) stellt fest, dass die berufliche Altenpflege als personenbezogene Dienstleistung einen eigenständigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung älterer Menschen in der Gesellschaft erbringt. Die Altenpflegeausbildung und das Berufsbild der Altenpflege haben sich in der Folge der Jahre in Deutschland markt- und demografieadäquat an realen Bedarfen älterer und alter Menschen, sowie neu entstandener Pflegeeinrichtungen und Versorgungsstrukturen entwickelt (vgl. Kriesten 2011).

4.3 Altenpflege – Beschäftigungsmöglichkeit zweiter Wahl in Generationentypik

Die Alten-, damals Siechenpflege, galt nicht nur in den 30er Jahren als benachteiligte Berufsgruppe. Auch war die Siechenpflege bis in die 40er Jahre der Irrenpflege arbeitsrechtlich nachgeordnet (vgl. Irmak 2002, S. 279f.). Die Krankenpflege intensivierte ihre inhaltliche Ausrichtung nicht nur während des Zweiten Weltkrieges an die Medizin (vgl. ebd. S. 280). In den 1960er und 1970er Jahren galt die Tätigkeit in der Altenpflege

¹⁷ Nach dem Urteil des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichtes am 24. Oktober 2002 (Urteil im Normenkontrollverfahren zum Altenpflegegesetz des Bundes, Az.: 2 BvF 1/01) konnte das Bundesgesetz schließlich in den Ausbildungsalltag umgesetzt werden.

weiter als unattraktive Beschäftigungsalternative für die sich zunehmend medizinisch und technisch entwickelnde Krankenpflege. In ihren Lehrplänen kamen die Alterskrankheiten nicht vor. Entsprechend des negativen Bildes vom Alter (Irmak 2002, insbesondere S. 282) galt die Altenpflege als Beschäftigungsmöglichkeit zweiter Wahl, der man eher aus persönlichen und privaten Gründen nachging (vgl. Oschmiansky 2013). Die Ursprünge der Altenpflegeausbildung sind in der Literatur meistens defizitär und negativ dargestellt. Es wird von Altersgruppe, Lebensphase oder Generationentypik gesprochen und nicht von personenbezogenen altersabhängigen Pflegebedarfen. So stellen Nölle und Goesmann (2009) fest, dass im Unterschied zur Krankenpflege, die Altenpflegeausbildung immer noch die Versorgung einer bestimmten Altersgruppe der Bevölkerung zum Ziel hat. Die Pflege nach Lebensphasen kam während der letzten zwanzig Jahre immer mehr in die Kritik (Landenberger et al. 2002, S. 280, Bischoff-Wanner 2001). Der Literatur ist vielfach zu entnehmen, dass die bestehende Ausbildung nach Lebensphasen überholt sei, ohne dass verständlich oder begründet wird, warum dies nun so wäre (vgl. Twenhöfel 2011). Diese Behauptung wird nicht in Frage gestellt. Behauptet wird, dass die Trennung der Pflegeausbildungen nach Generationstypik historisch und berufsständisch bedingt ist, aber nicht fachlich begründet (vgl. Ammende et al. 2010, S. 7). Oschmiansky (2013, S. 128) stellt den Werdegang der Altenpflege so dar, dass diese inhaltlich von den Heimträgern zunächst als „billige Version der Krankenpflege“ konzipiert wurde.

Cappell (1996, S. 41 ff.) beschreibt drei Merkmale, die zu wesentlichen Kernelementen des späteren Altenpflegeberufs wurden: Erstens waren dies die genannten relativ heterogenen Zielgruppen. Zweitens stellte das Ziel der Ausbildung die Schaffung von Hilfskräften für besser qualifizierte Berufe dar. Drittens ist der von der Finanzierung bestimmte Ausbildungsrahmen zu nennen, der entweder von den Arbeitsämtern finanzierte kompakte Kurse vorsah, oder es wurden von dem Träger praxisdominierte, kostengünstige Kurse angeboten, in dem die Teilnehmer/innen entsprechend viel arbeiteten und die sonstigen Pflegekräfte entlasteten (ebd. S. 129).

Die arbeitsmarktpolitische Finanzierung der Altenpflegeausbildung „*arbeitsmarktpolitisches Auffangbecken*“ (ebd. S. 142) und die niedrighwelligen Zugangsbedingungen haben dem Image des Altenpflegeberufes geschadet. Voges (2002, S. 134) stellt fest, dass die Altenpflege in den 1980er und 1990er Jahren immer noch das Bild des „*Wiedereinstiegsberufes*“ für Frauen hatte, mit der Folge, dass Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen vermehrt als Umschüler/innen auftraten. Für Becker und Meifort (1997, S. 88) war der Altenpflegeberuf für mehr als die Hälfte der Ausgebildeten des untersuchten Schuljahrgangs ein Beruf der „*zweiten Wahl*“, begründet durch die erfolgte

Umschulung. Fussek und Loerzer (2005, S. 151) beschreiben den Altenpflegeberuf als „Restberuf“, in den Menschen mit anderen gescheiterten Berufsbiografien eintreten und ziemlich sicher auch einen Arbeitsplatz finden konnten. Insgesamt wurde die Umschulungspraxis der Arbeitsämter von verschiedenen Autor/innen kritisch beurteilt. Zellhuber (vgl. 2003, S. 7) weist in diesem Zusammenhang auf den Aspekt der Dequalifikation des Berufsbildes hin. So äußert sich auch Bartholomeyczik kritisch dazu, dass die Qualifikation als nebensächlich erachtet wird: *„Das Ansehen der Altenpflege als ‘Haldenberuf’ für Frauen mit geringen Bildungsvoraussetzungen, die sonst nirgendwo ankommen, vertreibe auch noch die letzten gut Qualifizierten aus diesem Beruf“* (Bartholomeyczik 2014a, 2014b, S. 94). Dies hat in der Konsequenz unweigerlich damit zu tun, dass der Staat in Deutschland nur bedingt die Finanzierung, nicht aber die „Produktion“ von Altenpflegekräften übernahm, sondern dies den Wohlfahrtsverbänden überließ (vgl. Oschminansky 2013, S. 142).

Die Geringschätzung des Berufes Altenpflege begründet sich aus der gesellschaftlichen Dimension „Alter“ und aus statistischer Diskriminierung. Klement (2006, S. 76) führt prekäre Berufssituationen als Ursache dafür an, dass die Altenpflege kein einheitliches Berufsbild entwickeln konnte und sich als typischer Frauenberuf mit geringem Prestige (ebd. S. 26ff.) gesellschaftlich nicht etablieren konnte. Der Altenpflegeberuf wird häufig im Kontext von Armut, Frauenberuf (vgl. Klement 2006, S. 39ff.), schlechtere Bezahlung, Aussichtslosigkeit und Alter als unheilbarer Zustand gehandelt.

4.4 Geriatrie und Gerontologie – Begleiter der Altenpflege

Spätestens seit den Überlegungen von Nascher (1863-1944) als Begründer der Geriatrie, ist bekannt, dass Alter nicht sinngebend mit Krankheit gleichzusetzen ist, (da Alter nicht heilbar ist); dennoch ist Nascher der Namensgeber der medizinischen Lehre vom Alter. Das Interesse der Medizin am Alter als unheilbare Krankheit nimmt aktuell in dem Maße zu, als an ihr verdient werden kann. Wie beschrieben, hat die Altenpflege als Beruf sich nicht zur geriatrischen Fachpflege entwickelt, auch wenn Altenpflegerinnen in geriatrischen Abteilungen oder Krankenhäusern (zunehmend) Beschäftigungen finden. Vielmehr hat die Altenpflege sich der Gerontologie genähert, in der Auseinandersetzung mit Altersforschung, Demografie, Alterssoziologie, sowie –psychologie, Biogerontologie, Gerontopsychiatrie, institutioneller Altenhilfe, Senioren- und Versorgungsmanagement. Alter und Medizin sind in den westlichen Industriegesellschaften des 21. Jahrhunderts untrennbar miteinander verbunden (vgl. Fangerau et al. 2007, S. 9). Eine systematische Zeitschriftenanalyse einschlägiger deutscher allgemeinmedizinischer Wochenschriften von 1800-1930 zeigt ein zunächst geringes, aber tendenziell steigendes Interesse der

Medizin am Alter (vgl. ebd. 2007, S. 9). Der in Wien geborene New Yorker Arzt Nascher besuchte 1908 in Österreich das für damalige Verhältnisse hochmoderne Versorgungsheim Lainz. Ihm fiel die geringe Sterberate der Bewohner auf, die auf ein Betreuungskonzept zurückzuführen ist, bei dem mit den Insassen ebenso verfahren wird, wie der Pädiater mit seinen Kindern. Nascher prägte daraufhin den Begriff Geriatrie (in Anlehnung an die Pädiatrie) für die Medizin bei alten Menschen (vgl. Nascher 1909, S. 358f.). Altern wurde somit als positiv beeinflussbar erkannt. Dennoch hat die Geriatrie ein eher geringes Interesse bei Ärzten verursacht (vgl. Moses 2007, S. 203). Diese Tatsache scheint auf die aus der Antike stammende Überlieferung zurückzugehen, nach der die Gebrechen nicht als Krankheit betrachtet wurden, sondern als pathologische Gegebenheiten, die nicht zu heilen waren (ebd. S. 203). Wie beschrieben war der Anlass zur Pflege alter Menschen historisch betrachtet an den Ort der Pflege in Institutionen gebunden, nicht an eine Diagnose. Der Anlass zur Pflege alter Menschen wird aktuell wieder im Kontext „krank sein“ diskutiert. Nicht heilende Aspekte der Pflege waren und sind weniger attraktiv, als heilende Anlässe. Die klinische Geriatrie widmet sich heute den stationärbehandlungspflichtigen Erkrankungen des alten Menschen, die in Wechselwirkung mit Multimorbidität und Alterungsprozessen auftreten und nimmt die Altenpflege als wichtige Disziplin zunehmend wahr.

Becker und Brandenburg (2014) bezeichnen die Gerontologie als *„Klammer und verbindendes wissenschaftliches Element, das als eine gemeinsame Basis zum Verständnis der Lebenssituation alter und hochbetagter Menschen und damit als Verständigungsmedium zwischen den Disziplinen genutzt werden kann und Fachwissen bereitstellt, das für eine optimale Beratung, Betreuung und Pflege älterer und hochaltriger Menschen von zentraler Bedeutung ist“* (ebd. S. 19). Die Gerontologie dient hiernach als Basis der Altenpflege und als Bindeglied zwischen den Disziplinen um den alten Menschen herum. Dies bestätigt auch Wingchen (2004, S. 13): *„Die Gerontologie weist derzeit eine multidisziplinäre soziologische, sozialpolitische, philosophische als auch kulturvergleichende Ausrichtung nach“* (vgl. auch Baltes und Baltes 1992). Sahmel stellt 2010 fest, dass insbesondere die Entwicklung der Altenpflege in den letzten Jahren - gerade weil sie keine Pflege von Kranken ist (!) - eine interessante Stellung zwischen Pflege und Sozialarbeit eingenommen hat, mit der Gerontologie als zentraler Bezugswissenschaft (ebd. S. 9). Während sich die Gerontologie vornehmlich mit dem „normalen Altern“ beschäftigt, hat sich historisch betrachtet das Feld der Interventionsgerontologie seit den 1970er Jahren dynamisch entwickelt (Wahl 2012, S. 22, Wahl et al. 2012) Dennoch, die Gerontologie ist in der Altenpflegeausbildung und -praxis anschlussfähig geworden und gilt als zentrale

Wissenschaft der gerontologischen Pflege. Altenpflege in Deutschland hat sich zur gerontologischen Pflege entwickelt (Kriesten 2014a). Zumindest stellt die Gerontologie eine wichtige Grundlage für die Pflege alter Menschen dar (vgl. Bartholomeyczik 2014b). Bedingt durch die Einschränkung der theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte (vgl. Kühn-Hempe und Thiel 2013) würde eine Generalisierung der Pflegeausbildung unweigerlich die gerontologischen Interventionen und die Anlässe zu sozialer Arbeit vernachlässigen müssen. So auch Sahmel:

„Die Gefahr der Trennung von Sozialarbeit und Pflege sehe ich, wenn die soziale Gerontologie nicht als Wissenschaft in die Altenpflege integriert wird“ (Sahmel 2012, Int. 28,00).

Die Pflege und Betreuung alter Menschen erfordert gründliche Kenntnisse der Gerontologie, der anwendbaren gerontologischen und geriatrischen Interventionen und eine praxisvernetzte wissenschaftliche Wissenszirkulation. Nur ein intensiver Austausch von Theorie- und Praxiswissen kann eine gegenseitige und gemeinsame Weiterentwicklung bewirken. Würde die Pflege generalistisch ausgebildet, wäre eine historische gewachsene Berufsausbildung, die sich an den Bedürfnissen alter Menschen orientiert, verloren. Geriatrisches und gerontologisches Wissen und Können kann in einer generalistischen Pflegeausbildung im besten Falle eine gleichberechtigte Rolle, neben akutpflegerischem, pädiatrischem, psychiatrischem Wissen und Können, einnehmen. Dem zur Folge würden sich die Wissensbestände in den Praxisfeldern auch weg vom spezialisierten fachlichen Wissen und Können hin zum generellen pflegerischen Basiswissen und -können transformieren. Dieser Transformationsprozess bewirkt nachhaltige Effekte auf das gesamte Wissensmanagement (Probst et al. 2012) und somit auch auf das Humankapital.

4.5 Ergebnisse

Was Weidner und Werner vernachlässigen, ist die Erkenntnis, dass Altenpflege sich zwar an Institutionen orientiert(e), aber primär die Bedürfnisse alter Menschen im Fokus hatte und hat. Eine ernüchternde Erkenntnis, die während der Recherche dieser Arbeit durchgängig zu Tage trat war, dass die Pflegeberufereform nicht vom Menschen mit seinen individuellen Pflegebedarfen hergedacht wurde, sondern von Rahmen gebenden Strukturen. Eine generalistisch ausgerichtete Pflege schafft einen erneuten zunehmenden Mangel an Bewusstsein für eine eigene Betreuung betagter Menschen¹⁸. Die Altenpflege entwickelte sich Mitte des 20. Jahrhunderts, ebenso wie die Kinderkrankenpflege und das Hebammenwesen, entsprechend der humanen und institutionellen Bedarfe. Gefragt waren

¹⁸ Vgl. die Arbeit von Irmak 2002, S. 88ff., die einen relevanten Gegenwartsbezug herstellt.

Personen (Pflegepersonal) mit (alters-) spezifischen Fachkompetenzen. Unreflektiert und nicht geprüft zu glauben, dass deren berufliche Qualifikation nicht sinnvoll und eine generalistische Pflegebildung zielführender ist, kann den ersten systematischen Fehler bei dem Vorhaben „Neues Pflegeberufegesetz“ darstellen. Historisch betrachtet hat die „generalistische“ Krankenpflege in Deutschland dem Bedarf an altersassoziierten Pflege nicht entsprochen, sondern diesen vielmehr vernachlässigt.

Falsifikation der Hypothese 1:

Der Altenpflegeberuf entstand nicht aus der Krankenpflege und der Medizin heraus, sondern hat sich seit Anfang der 50er Jahre evolutionär, entsprechend der damals neu entstehenden Altenpflegeinstitutionen, der Beschäftigungsmöglichkeiten und der altersassoziierten und klientenspezifischen Bedarfe entwickelt. Die erste Hypothese, „*dass zusammenwächst, was zusammengehört*“ (Weidner 2014, S. 14), kann somit historisch begründet nicht bestätigt werden. Die Herleitung der Altenpflegeausbildung ist keine ursächlich zugehörige Disziplin der Krankenpflege oder der Medizin. Altenpflege hat sich ursprünglich mit dem „normalen Altern“, sprich der Gerontologie, beschäftigt. Würde die Pflegeausbildung generalisiert, so ist die Gefahr gegeben, dass die Gerontologie als Wissenschaft nur noch eine untergeordnete Rolle in der Ausbildung spielt.

Falsifikation der Hypothese 2:

Dass Altenpflege „*historisch begründet unorganisiert*“ erscheint (vgl. Werner 2014, S. 15), ist mit dem Blick aus den Strukturen der Gesundheits- und Krankenpflege heraus nachvollziehbar. Die „Ordnung“ der Krankenpflegesschulen an Krankenhäusern mögen dort Tätigen geordnet erscheinen, im Vergleich zu den Strukturen der Altenpflegesschulen in allen deutschen Bundesländern. Zudem werden die Entstehung des Altenpflegeberufes und der Altenpflegeberuf an sich in der Literatur häufig negativ, defizitär, imageschädlich und kompensatorisch dargestellt. Die positiven Absichten und Effekte der Altenpflegeausbildung und die gerontologische Ausrichtung werden nur selten dargelegt (vgl. Hasseler et al. 2013). Der Altenpflegeberuf würde sich entsprechend der Pflegeberufereform nicht „*aus seiner historisch begründeten Unorganisiertheit emanzipieren*“ (H2), sondern er würde abgeschafft, eliminiert. Altenpflege als Beruf würde nur noch als ein „überholter Beruf“ der Vergangenheit angehören.

Die Antwort auf die Frage: Warum hat die Krankenpflege (-ausbildung) 1960 die aufkommende altersassoziierte Pflege nicht übernommen, kann nur spekulativ beantwortet werden. Mangelnde Humanressourcen, mangelndes Interesse der Handelnden, die Nähe zur Medizin mit dem Interesse an Diagnostik und Therapie, die Assistenzfunktion der Krankenpflege zur Medizin oder die Dimension des sozial

zugeschriebenen benachteiligten Alters können als Ursache herangezogen werden. Eine (generalistische) Pflegeausbildung für die „generelle oder allgemeine Pflege“ gibt es in Deutschland in diesem Sinne seit Beginn des 20. Jahrhunderts mit der (Gesundheits-) und Krankenpflege. Die Abschaffung eines Berufes, um sich aus seiner „Unorganisiertheit zu emanzipieren“ (H2), erscheint wenig zielführend und als schlechte Lösung, um sich (von was auch immer) zu befreien. Für die Behauptungen, dass eine Reform der Pflegeausbildung, im Sinne einer generalistischen Ausbildung „unumgänglich“ (vgl. Bienstein 2015) sei, konnten keine Argumente gefunden werden. Vielmehr sollte die alters- und partizipationsassoziierte Perspektive näher untersucht werden, um die Herausforderungen und Chancen einer älter werdenden Gesellschaft auf ihre spezifischen Pflegebedarfe hin zu prüfen.

5 Alters- und partizipationsassoziierte Perspektive

H3 *„Die generalistische Pflegeausbildung trägt dazu bei, die Herausforderungen und Chancen des demographischen Wandels zu gestalten“ (Wagner 2014).*

H4 *„Weil die Grundelemente der Pflege immer dieselben sind, macht es keinen Sinn bei den Versorgungssystemen zwischen alten und jungen Patientinnen, Patienten oder Pflegebedürftigen zu unterscheiden“ (Westerfellhaus 2014).*

Die dritte zu überprüfende Hypothese zielt auf die Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandels. Diese ergeben sich primär aus dem Rückgang junger und dem Zuwachs alter Menschen. Sollte eine generalistische Pflegeausbildung hierbei positive Effekte bewirken, so müsste sie zum einen mehr junge Menschen zu Pflegegeneralisten qualifizieren und zum anderen dem Zuwachs an spezialisierten, altersassoziierten Pflegebedarfen entsprechen. Die theoretischen Kenntnisse und das Können sollen generellem Pflegewissen entsprechen. Die Befürworter erhoffen, dass die Pflegegeneralisten damit auch auf die Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten und auf eine eigenverantwortliche, selbstständige Berufsausübung vorbereitet sind. Außerdem erhoffen sie, dass diese Pflegekräfte u. a. auch an der Erprobung eigener Verordnungs- und Handlungsrechte teilnehmen, die der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Frühjahr 2012 ermöglicht hat¹⁹.

Die vierte zu überprüfende Hypothese, dass es im Berufsprofil „keinen Sinn macht“ nach Generationentypik zu unterscheiden, erscheint Westerfellhaus bewiesen. Die

¹⁹ Einige Behandlungstätigkeiten, die bislang ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind, können künftig im Rahmen von Modellprojekten probeweise auf ausgebildete Kranken- und Altenpflegekräfte übertragen werden. Dies regelt die neue Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des G-BA, die am 22. März 2012 in Kraft trat.

professionelle Pflege von Früh- und Neugeborenen, Kindern, Erwachsener und hochaltriger Menschen soll von einem Berufsprofil und Berufsverständnis ableitbar sein. Westerfellhaus bezieht sich hierbei auf die „*Grundelemente*“ der drei Pflegeausbildungen (Westerfellhaus 2014). Er definiert die immer gleichen Grundelemente der Pflege *„in der Unterstützung der zu pflegenden Menschen auf der Grundlage einer geplanten Pflege, der Information und Beratung dieser Menschen und ihrer Angehörigen sowie koordinierenden Aufgaben im Umfeld der Versorgung. Diese Kompetenzen braucht jede Pflegefachperson - daher können sie auch gemeinsam vermittelt werden“* (Westerfellhaus 2014). Diese Betrachtung ist einer prozessorientierten Arbeitsweise zuzuordnen. Nicht das Individuum, in diesem Falle der zu pflegende alte Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen steht in der zentralen Betrachtung, sondern die Arbeitsprozesse wie Pflegeprozessplanung, Beratung und Koordination. Diese tayloristische, prozesssteuernde Systematik folgt dem Prinzip der Effizienzsteigerung und Standardisierung und einer Reduktion von Handlungsspielräumen bei Pflegenden. Westerfellhaus definiert die Grundelemente der Pflege auf der Grundlage von identischen Arbeitsprozessen und nicht auf der Grundlage eines bedürftigkeits- oder personenbezogenen Pflegeparadigmas. Becker und Meifort haben bereits 1997 (S. 54f.) angemahnt zu klären, welches Pflegeparadigma der verschiedenen Hilfebedürftigkeiten bei Kindern, Kranken, Alten oder Behinderten zugrunde liegt. Sie bezeichneten die deutsche Berufskonstruktion der drei Pflegeberufe als *„historisch begründete Scheindifferenzierungen“* (ebd. S. 54). Eine Konsequenz der Überführung oder Integration der Altenpflegeausbildung in eine generalisierte Pflegeausbildung könnte hiernach die Auflösung einer Generationentypik sein. Das Hinterfragen der Auflösung einer Generationentypik in der Pflegebildung führt zur nächsten systemrelevanten Frage: Bedarf eine zukunftsfähige Pflegeausbildung der Systematik einer begründeten Generationentypik, entsprechend der anstehenden altersdemografischen Herausforderungen und Chancen?

5.1 Altersdemografische Herausforderungen und Chancen

Der demografische Wandel wird Deutschland stärker prägen als alle anderen Trends und wird nirgends stärkere Effekte, Herausforderungen, aber auch Chancen haben als in Bezug auf Alterspflegebedürftigkeit. Die Zahl der (Alters-)Pflegebedürftigen²⁰ steigt in den nächsten vier Dekaden um 80%. Schon heute wird jeder zweite Mann und zwei von drei Frauen in ihrem Leben pflegebedürftig, Tendenz steigend. Pflegebedürftigkeit ist unser

²⁰ In der Pflegestatistik 2013 (Destatis 2013) wurden erstmals auch Personen ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erfasst.

aller Zukunft (vgl. Rothgang 2014). Inwieweit hierbei die Pflegeausbildung zwischen Altersgruppen unterschieden werden sollte, ist die zentrale Frage dieser Arbeit. Älter werden ist weltweit ein neues Phänomen, verbunden mit dem Risiko, im Alter und bis zum Tod auf die Hilfe, Betreuung und Pflege anderer Menschen angewiesen zu sein. Der Fortschritt der Medizin, die steigende Lebenserwartung in der Bevölkerung und das damit verbundene Alter produziert eine Anhäufung von „Defekten“, die Menschen in ihren Lebensaktivitäten einschränken. Auch führt das Alter zu sozialen Sorgebedarfen, zu altersspezifischen Lebensorten und macht Individuen von externer Hilfe, Betreuung und Pflege abhängig. All dies bedingt zunehmende Wissensanforderungen in der Pflegebildung und branchenspezifische Arbeitsanforderungen. Im aktuellen Berufsbildungsbericht (BMBF 2014a) werden die Veränderungen klar umrissen. Festgestellt wird, dass die Zahl der Pflegebedürftigen sowie die Komplexität der Versorgung zunehmen, gleichzeitig immer weniger Schulabgänger für eine Ausbildung zur Verfügung stehen und die Konkurrenz zwischen den Ausbildungsberufen steigt. *„Immer mehr Angehörige übernehmen Betreuungs- und Pflegeaufgaben, sind aber gleichzeitig berufstätig. Die Unterstützung durch soziale Netzwerke und bürgerschaftlich engagierte Menschen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Vor allem aber steigt der Bedarf an professioneller Betreuung und Pflege im Alter. Die Altenpflege gehört zu den besonders stark wachsenden Dienstleistungsbranchen und bietet damit zugleich eine sichere Beschäftigungsperspektive“* (BMBF 2014a, S. 63). Der Berufsbildungsbericht stellt weiter fest: *„In der (Alten-)Pflege besteht bereits heute bundesweit ein Fachkräftemangel, der in Zukunft weiter zunehmen wird, wenn nicht rechtzeitig und entschieden gegengesteuert wird“* (BMBF 2014a, S. 63). In seinen demografisch-epidemiologischen Prognosen geht Dennler (2009) von einem sogenannten *„Tsunami der Senioren in Krankenhäusern“* aus. Angela Merkel, Bundeskanzlerin in Deutschland, bezeichnet anlässlich des ersten Demografie Gipfels 2012 den demografischen Wandel *„neben den Fragen der Globalisierung (als) die größte Veränderung unseres gesellschaftlichen Lebens (...) in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts“* (Demografie-Portal 2015). Dem im gleichen Jahr eingerichteten Demografie-Portal ist aktuell zu entnehmen: *„Das Altern der Bevölkerung steht im Mittelpunkt der zukünftigen demografischen Entwicklung Deutschlands. Hochaltrigkeit wird zum Massenphänomen“* (Demografie-Portal 2015).

Naegele (2015) beschreibt das sogenannte *„dreifache Altern“*, bei dem erstens die absolute Zahl älterer Menschen steigt, zweitens der Anteil älterer an der Gesamtbevölkerung steigt und drittens der Anteil der Hochbetagten über 80 Jahren steigt. Die Gründe liegen in der konstant niedrigen Geburtenrate und der weiter steigenden ferneren Lebenserwartung

(ebd. 2015). Die Risiken des demografischen Wandels²¹ werden uns einholen, wenn die Gesellschaft, die politisch Verantwortlichen und die Unternehmen sich zu spät oder nur zögerlich auf ihn einstellen (vgl. Kocka und Staudinger 2009, S. 21ff.). Ganze Geburtenjahrgänge gehen erstmals, seit Beginn der Menschheitsgeschichte, geschlossen in einen Abschnitt der höheren oder höchsten Lebensjahre. Noch nie wurden Menschen so alt und entsprechend kann nicht auf Erfahrungswissen vorheriger Generationen zurückgegriffen werden. *„Die überwiegende Mehrheit – 82% – aller Pflegebedürftigen in Deutschland ist 65 Jahre alt oder älter, jeder dritte bereits über 85. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der Bevölkerung pflegebedürftig. Frauen gelangen in diese Situation häufiger als Männer“* (SVR 2009, S. 21). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einer Gesellschaft des längeren Lebens stellt weiter fest: *„Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland verdeutlichen, dass der Pflegesektor auch in Zukunft mit einer erheblichen Dynamik zunimmt. Für das Jahr 2050 weist die Status quo-Prognose des Rates mit 4,35 Millionen die höchste Zahl an Pflegebedürftigen auf, andere neuere Vorausberechnungen erreichen aber ebenfalls Größenordnungen von um oder über 4 Millionen. Selbst unter der Annahme einer Morbiditätskompression²² steigt die Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,5 Millionen“* (SVR 2009, S. 91f.). Die Versorgung älterer und alter Menschen ist untrennbar von einer umfassenden professionellen und nicht professionellen Pflege zu entwickeln und zu verstehen. Hierbei ist der Pflegebegriff nicht eng, sondern umfassend, sozialräumlich und lebensweltlich zu verstehen (vgl. Braun und Schmidt 1997). Alte Menschen wünschen sich eine individualisierte und am Lebensalter orientierte Pflege und Versorgung, möglichst in den eigenen vier Wänden. Der Professionalisierungsgrad der Pflegekräfte muss sich an den Bedarfen orientieren und im Dienstleistungsmarkt (siehe Kap. 8.6) adäquat abrufbar sein. Aus der veröffentlichten Studie „Help Wanted?“ zur Langzeitpflege (Colombo et al. 2011) geht hervor, dass in Deutschland (und Österreich) die Pflegekosten von derzeit rund 1,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes auf bis zu 2,7 Prozent in den kommenden 40

²¹ Weiterführende Empfehlungen zum Thema „Altern in Deutschland“ wurden von der Akademie der Naturforscher Leopoldina und der Deutschen Akademie für Technikwissenschaften entwickelt und publiziert. Diese Empfehlungen befassen sich mit den Chancen und Herausforderungen des demografischen Wandels. Sie wurden von der Akademiengruppe „Altern in Deutschland“, einer Gruppe von Wissenschaftlern und Praktikern aus verschiedenen Disziplinen und Bereichen, erstellt. Beauftragt wurde die Gruppe hierzu im Jahr 2005 von der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften (acatech).

²² Das Konzept der „Morbiditätskompression“, welches von Fries 1980 vorgestellt wurde, geht von der Erkenntnis aus, dass die meisten Erkrankungen chronischer Art sind und im späten Lebensalter auftreten. Fries postuliert, dass die Lebenszeitbelastung durch Erkrankung dann reduziert werden kann, wenn der Beginn der chronischen Erkrankungen hinausgezögert wird und wenn diese Verzögerung größer ist als der Anstieg in der Lebenserwartung (vgl. Fries 2003).

Jahren steigen. Schon heute ist in Deutschland gut jeder dreißigste Mensch auf dauerhafte Pflege im Alter angewiesen. Eine steigende Lebenserwartung, nachlassende familiäre Bindungen und mehr berufstätige Frauen führen laut OECD dazu, dass Pflegekapazitäten in den kommenden Jahrzehnten knapp werden könnten. Colombo et al. (2011) weisen darauf hin, dass es für Deutschland besonders kritisch wird, da Deutschland im Jahr 2050 zu knapp 15 Prozent von Menschen bewohnt sein wird, die älter sind als 80 Jahre. Derzeit seien es etwa fünf Prozent. Laut Studie sollten alle 34 OECD-Mitgliedsstaaten - die meisten davon sind Industrieländer - eine gezielte Pflegepolitik stärker vorantreiben. Viele Länder reagierten auf den wachsenden Pflegebedarf nur mit kleineren Verbesserungen statt mit nachhaltigen Reformen, kritisierte die OECD. Der demografische Wandel mache ein rasches Vorgehen nötig, da Deutschland in vielen Gebieten Vorreiter ist und den größten Druck durch die Alterspyramide hat (vgl. Colombo et al. 2011).

Wie bereits erwähnt, der demografische Wandel sorgt für eine schrumpfende Bevölkerung, die zugleich deutlich älter wird. Dadurch wird die Zahl der ausbildungsberechtigten Jugendlichen deutlich zurückgehen, und zwar um knapp 1,5 Millionen (20%) bis 2035. Diese Entwicklungen treten regional unterschiedlich und zeitlich versetzt auf. Neben Auswirkungen auf den Bedarf an Infrastruktur wird es zu einem Fachkräftemangel kommen, dessen Konsequenzen kontrovers diskutiert werden. Die OECD rät, es müsse mehr Anreize für den Beruf des Altenpflegers geben. Bereits heute kämen in Deutschland auf 100 über 80-Jährige nur etwa elf Vollzeit-Altenpfleger. Dieses Verhältnis wird sich drastisch verschlechtern, wenn nicht mehr Menschen für den Beruf gewonnen werden können. Ein Weg, um die Kosten für die Langzeitpflege überschaubar zu halten, besteht laut OECD darin, die Bedürftigen so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden wohnen zu lassen (vgl. Iken 2007, Colombo et al. 2011, Schulz-Nieswandt et al. 2012).

Altersrealitäten schaffen Zukunft, neue Berufe und neue Dienstleistungen. Ist hier die Auflösung der Altenpflegeausbildung der richtige Weg? Haberkern (2009) stellt in seinen Forschungen fest, dass vielen älteren Menschen in Europa eine Unterversorgung mit sozial-medizinischen Leistungen droht. Der sich entwickelnde Alterspflegebedarf stellt den größten Hilfebedarf der Menschheitsgeschichte dar (Dörner 2012b, S. 11) und ist eine gesellschaftliche weltweite bisher einmalige Entwicklung. Während es früher galt, immer mehr Krankheiten besiegen zu können – hin zu einer leidensfreien Gesellschaft, gilt es heute immer mehr Hilfebedarf im Alter zu bewältigen (Dörner 2012b). Den Pflege- und Unterstützungsbedarf im Alter zu analysieren, zu definieren und zu decken, ist geschichtlich betrachtet neu (Dörner 2012b, vgl. Klie 2014, S. 11) und stellt eine der

großen Aufgaben der Zukunft, sowie eine herausragende Verantwortung für politisches Handeln dar. Die Feststellung mündet in der Frage, wer übernimmt zukünftig die Hilfe und Pflege alter Menschen? Klie (2014) verbindet die Frage „*Who cares*“, mit der Frage nach den Strukturen, in denen die Qualifizierung der Pflege alter Menschen stattfinden soll. Bedarf es einer berufspädagogischen Fundierung pflegeberuflicher Bildung, sprich bedarf es zukünftig der Altenpflege als Beruf (Riedel 2007), oder sollte Altenpflege Bestandteil einer neuen generalistischen Pflegeausbildung sein? Die Herausforderungen ergeben sich aus der alternden Gesellschaft, der Zunahme von chronischen Krankheiten, neuen epidemiologischen Risiken, veränderten Erwartungen mündiger und autonomer Bürger, aber auch aus den hohen Gesundheitsausgaben mit steigendem Selbstbehalt-Anteil und einer sinkenden ärztlichen Workforce (vgl. Sottas und Brügger 2012, S. 9). Hier mangelt es an spezifischer Forschung. Bereits 1970 stellt Lohmann in Ihrer Veröffentlichung des Institutes für Altenwohnbau des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e.V. Köln fest, dass die Kenntnisse der Lebenslagen alter Menschen durch die Auswertung der Ergebnisse von Repräsentativerhebungen zu erweitern und daraus Empfehlungen abzuleiten sind (vgl. Lohmann 1970, S. 9).

Die Versorgungsstrukturen in Deutschland, welche primär auf die familiäre Pflege bauen, verschärfen die Probleme. Mit Einführung der Pflegeversicherung hat sich ein Pflegeverständnis eingestellt, das im hohen Maße defizitorientiert ist (vgl. Klie 2014, S. 30). Sektorale Abgrenzungen zwischen stationärer und ambulanter Pflege verhindern interdisziplinäre Ansätze und die seit Jahren geforderte integrierte Versorgung. Gleichzeitig findet eine eklatante Schrumpfung der jungen Bevölkerung in Deutschland statt. Die Geburtenrate in Deutschland befindet sich seit Jahren in freiem Fall, so dass sich innerhalb einer Generation die Zahl der Nachkommen halbieren wird (SVR 2009, S. 51ff.). SHARE (2014), der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe ist ein groß angelegtes europäisches Forschungsprojekt, das sich mit dem Leben von Frauen und Männern im Alter 50+ von Nord nach Süd und von West nach Ost beschäftigt. So stellt Share fest: „*Geriatric care needs improvement*“ (SHARE 2014). Geriatrische Pflege braucht Verbesserung in allen untersuchten Ländern der EU. Wie bereits erwähnt, werden die Risiken des demografischen Wandels uns einholen, wenn die Gesellschaft, die politisch Verantwortlichen und die Unternehmen sich zu spät oder nur zögerlich auf ihn einstellen (vgl. Kocka und Staudinger 2009, S. 21ff., vgl. Görres 2013). Die Gruppe der alten und hochaltrigen Menschen zeichnet sich durch spezifische Bedarfe und Bedürfnisse aus, auf die es zu reagieren gilt.

5.2 Altersassoziierte Hilfe- und Pflegebedarfe und -bedürfnisse

Die Begriffe Bedarf und Bedürfnis stehen in einem unmittelbaren Zusammenhang. Bedarf meint dabei objektivierte Kriterien und in Zahlen zu fassende bzw. gefasste Bedürfnisse im Hinblick auf bestimmte Waren oder Dienstleistungen. Wie hoch der tatsächliche Bedarf an einer Ware oder Dienstleistung letztlich ist, wird auf dem Markt durch die Nachfrage bestimmt, die bei einem bestimmten Preis nach dieser Leistung oder Ware entsteht. Hilfe und Pflege unterscheiden sich in verschiedenen Aspekten. Pflege ist sehr zeitintensiv und erfolgt meist regelmäßig. Hilfeleistungen sind hingegen nicht unbedingt an einen (längerfristigen) Bedarf gekoppelt (Gilberg 2000, Haberkern und Brandt 2010, S. 189). Der Prozess der Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfe- und Pflegeleistungen wird bestimmt durch die älteren Menschen und das Angebot an Hilfe- und Pflegemöglichkeit (vgl. Gilberg 2000, S. 19). Wingefeld und Büscher (2011) umschreiben, dass die Kategorie Pflegebedürftigkeit etwas anderes ausdrückt als die Kategorie Pflegebedarf (vgl. ebd. 2011, S. 194). Pflegebedürftigkeit drückt aus, dass ein Mensch infolge von Krankheit oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfe angewiesen ist. Bei Pflegebedürftigkeit handelt es sich also um ein personales Merkmal, wohingegen Pflegebedarf kein personales Merkmal ist, sondern als Teil oder Gesamtheit pflegerischer Maßnahmen, die als geeignet oder erforderlich gelten, um individuelle Pflegeprobleme zu bewältigen (vgl. ebd. S. 194). Pflegebedarf ist vielmehr das Ergebnis einer Beurteilung. Um mit Behrens zu sprechen: „Nur Bedarfe, die Bedürfnisse werden, werden wirksam“ (Behrens 2013 im Gespräch). Der Alterspflegebedarf, seine Beurteilung und dessen Bewältigung stehen hier im zentralen Fokus. Weigl (2012, S. 13) wagt die Hypothese, dass die zukünftigen Bedarfe unter den heutigen Strukturen der Altenhilfe und Pflege nicht zu bewältigen sein werden. Wie die Berliner Altersstudie (BASE 2014²³) beschreibt, zeigen sich in allen untersuchten Funktionsbereichen (Kognition, soziale Einbindung, Wohlbefinden, Selbst und Persönlichkeit, körperliche Gesundheit) im Alter Veränderungen, wobei diese in verschiedenen Bereichen unterschiedlich stark ausfielen und sich Personen im Ausmaß der Veränderung unterschieden. Zudem belegen die Befunde, dass selbst hochaltrige Personen über Regulationsstrategien und Kapazitätsreserven verfügen, wenngleich vor

²³ Seit 1989 haben Mitglieder des Forschungsbereichs Entwicklungspsychologie im Kontext der Berliner Altersstudie alters- und todesbezogene Veränderungen im psychologischen Funktionsbereichen untersucht. Längsschnittliche BASE-Daten von acht Messzeitpunkten über mehr als 18 Jahre der Beobachtungszeit stehen nun zur Verfügung. Neben disziplinspezifischen Themen leiten vier integrative theoretische Orientierungen die Studie:

- differenzielles Altern
- Kontinuität versus Diskontinuität des Alterns
- Plastizität und Reservekapazität (Bandbreite und Grenzen)
- Altern als systemisches Phänomen.

allem letztere im sehr hohen Lebensalter begrenzter ausfallen als in früheren Lebensphasen.

Menschliche Bedürfnisse, somit auch altersassoziierte Bedürfnisse, stellen die Basis für den Wirtschaftsprozess dar. Interessant ist hierbei die Frage, wann und warum es zu Angeboten und wann es zu deren Inanspruchnahme kommt. Bedürfnis und Kaufwille definieren den Bedarf. Bedarf und Kaufkraft definieren die Nachfrage. Kaleve, als Bundesvorsitzende des DBVA, fordert eine spezialisierte Erhebung von Bedarfen:

„Bedarfe von Senioren müssten spezieller erhoben werden“ (Kaleve 2012, Int. 7,00).

Lehr verstärkt dies:

„Ich weiß nicht, wie der Versorgungsbedarf bewältigt werden soll“ (Lehr 2013, Int. 20,00).

Riedel hat die spezifischen Bedarfe alter Menschen im Blick und äußert im Kontext einer möglichen generalistischen Pflegeausbildung:

„Es geht mir nicht darum, nach Alter auszubilden, aber es ist so, dass alte Menschen ganz spezifische Bedarfe haben, die immer auch im pflegerischen Blick sein müssen“ (Riedel 2012, Int. 10,30).

Ebenso stellen Baumgarte und Riedel zunehmende Bedarfe in Häuslichkeit und bei Behinderung fest:

„Ich glaube, dass es zukünftig einen erheblichen Unterstützungsbedarf, insbesondere an Unterstützung im Haus geben wird“ (Baumgarte 2012, Int. 2,00).

„Ältere Menschen mit Behinderung werden auch im ambulanten Bereich neue Bedarfe produzieren“ (Riedel 2012, Int. 1,00).

Haberkern und Brandt (2010 S. 194) stellen in ihren Untersuchungen in europäischen Ländern fest, dass der Pflegebedarf die Pflegeleistungen insgesamt übersteigt. Sie sprechen von „struktureller Unterversorgung in Pflegesystemen“.

Auf die Frage nach evtl. zunehmenden altersassoziierten Bedarfen konsentiert Lehr:

„Warum fragen wir nicht deutlicher: „Wie können wir Pflegebedürftigkeit verhindern?“ (Lehr 2013, Int. 00,12).

„Ich sage immer: Erstens: Wir müssen weit mehr Bereiche von Prävention ausbauen, Sekundär- und Tertiärprävention und zweitens: Wir müssen mehr dafür tun, dass jemand, der in Pflegestufe eins ist, nicht in zwei kommt und jemand, der in zwei, ist nicht in drei kommt. Ich habe dafür gekämpft, dass der Satz 'Rehabilitation vor Pflege' mit rein kommt“ (Lehr 2013, Int. 01,30).

Mit „rein kommt“ meint Lehr das erste Altenpflegegesetz²⁴, an dessen Vorbereitung sie als zuständige Ministerin während der Jahre 1988-1991 verantwortlich mitgewirkt hat. Gutzmann, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und

²⁴ Ursprüngliche Fassung vom 17.11.2000.

Psychotherapie (DGGPP) fordert: *„Medizinische und pflegerische Forschung und Praxis fordern für die über 65-Jährigen eine genau auf die emotionalen, sozialen und medizinischen Bedürfnisse sowie die noch vorhandenen Ressourcen ausgerichtete Behandlung und Pflege. Der Altenpflegeberuf verfügt schon heute über genau jene Kompetenzen, er muss erhalten und weiterentwickelt werden. Eine Online-Umfrage in der Alterspsychiatrie ergab 2012, dass knapp 90 Prozent aller Abteilungen Altenpfleger beschäftigen. Die fachliche Qualifikation von examinierten Altenpflegern wird von über 90 Prozent als sehr gut oder gut bewertet. Für die gerontopsychiatrische Pflege werden sie ebenso zu über 90 Prozent als sehr gut oder gut geeignet eingeschätzt. Tendenziell wird überlegt, mehr Altenpfleger einzustellen“* (Gutzmann 2014). Auch Behrens et al. (2009b) stellen fest: *„Der demographische Wandel führt dazu, dass nicht nur mehr Gesundheits- und Krankenpflegerinnen gebraucht werden, sondern auch mehr Altenpflegerinnen“* (ebd. S. 69). Wenn die Indikation für Pflege im Alter sich nach Leistungsberechtigung nur auf objektiv sachlich begründete Fakten beschränkt, bei der Alter keine Rolle spielt, wird der individuellen erlebten und erlittenen Situation (im Alter) keine Bedeutung beigemessen. Altersassoziierte Bedarfe und Bedürfnisse sind untrennbar mit Teilhabe und partizipationsassoziierten Herausforderungen verbunden.

5.3 Partizipationsassoziierte Herausforderungen durch das Alter

Anlass zur Pflege ist nicht immer Krankheit und ebenso nicht immer Gesundheit. Anlass zur Pflege im Alter ist auch der Wunsch nach Partizipation. Ein pflegebedürftiger Körper wird nicht erst über die medizinische Unterscheidung krank/gesund sichtbar (vgl. Findeiß 2008, S. 308ff.). Nein, schon unter dem Blickwinkel von kulturspezifischer Teilhabe (Schönheit, Fitness, Wellness, Sicherheit) wird ein Körper als pflegebedürftig sichtbar (vgl. Behrens 2009a, S. 29). *„Man wäscht sich auch, wenn man nicht krank ist. Man kämmt sich und zieht sogar ein frisches Hemd an noch aus ganz anderen Gründen als dem, den Läusen, Flöhen und ansteckenden Krankheiten vorzubeugen“* (Behrens 2009a, S. 29).

Die Voraussage und das Messen von Pflegebedürftigkeit bedarf erheblicher Anstrengungen und bestimmter, definierter Variablen (vgl. Behrens 2008a, S. 185). Eine noch speziellere Anstrengung stellt die Definition der Pflegebedürftigkeit einer bestimmten Altersgruppe dar, nehmen wir hier das Alter in der Langzeitpflege. Hier erscheint Behrens die *„Partizipation am biographisch relevanten sozialen Leben trotz Pflegeabhängigkeit“* (Behrens 2008a, S. 191) eine sinnvolle Zielvariable zu sein, um soziale Ungleichheit zu messen, aber auch um das Hauptziel von Pflege zu definieren, da ein Ende der Pflegeabhängigkeit im Alter häufig kein realistisches Ziel ist. Ist der Anlass zur Pflege im Alter immer nur eine chronische Krankheit, das „chronische Alter“ mit dem unrealistischen Ziel dieses zu verbessern oder zu überwinden? Vielmehr ist das

realistische Interventionsziel einer Pflege im Alter die soziale Partizipation. Partizipation ist allgemein eine unterschätzte Variabel bei der Zielformulierung von pflegerischen Interventionen und der Definition von Pflege selbst. Mit Teilhabe oder Partizipation wird laut ICF²⁵ die „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ bezeichnet. Partizipation ist als Begriff, bei der Frage ob Menschen mit Beeinträchtigungen²⁶ die gleichen Chancen haben wie Menschen ohne Beeinträchtigungen, weitaus gebräuchlicher, als bei der Frage, ob ältere Menschen (mit Beeinträchtigungen) einer gesellschaftlichen Chancenungleichheit unterliegen. Die Bundesregierung hat im Jahr 2013 zum ersten Mal einen Teilhabebericht (BAMS 2013) über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen veröffentlicht. Liest man diesen Bericht mit der „altersspezifischen Brille“ und dem Interesse an Versorgungsbedarfen im Alter, so ließe sich nahezu der gesamte Bericht auf die Situation älterer Menschen (ohne Beeinträchtigung im Sinne einer definierten Behinderung) übertragen. Die Behindertenpolitik der Bundesrepublik hat einen viel zitierten „Paradigmenwechsel“ – von der Fürsorge zur gleichberechtigten Teilhabe – vollzogen (Haack 2003, vgl. auch DGGG 2011). Dörner (2012b) weist darauf hin, dass Teilhabe immer auch „Geben“ bedeutet. Erst wenn ich nicht nur „teilnehme“ sondern auch „teilgebe“, im Sinne von „ich habe Bedeutung für Andere“, ist mein Leben nicht mehr sinnlos (vgl. ebd. S. 52ff.) Die wechselseitige Teilhabe, wie sie zunehmend nicht nur durch die Forderung nach der Schließung von Altenheimen, sondern auch nach der Forderung von lebenswerten Lebensräumen (Quartieren) (siehe Kap. 6) gefordert wird, kennzeichnet das moderne Paradigma einer Altershilfe und -pflege. Partizipation als Paradigma einer modernen Altenhilfe steht im Spannungsfeld einer sich entwickelnden Mündigkeit alter Menschen und der staatlichen Verpflichtung, Strukturen für Pflege und Versorgung im Alter zu schaffen. Partizipation gilt im Sinne von Teilnahme, Teilhabe, Teilgabe und wirklicher Beteiligung als eine zentrale Zieldimension und als Handlungsmaxime gesellschaftlichen Handelns. Hiervon dürfen ältere Menschen nicht ausgeschlossen werden. Mit Blick auf Berufsgruppen und Strukturen schlägt Sahmel beispielhaft vor:

„Mehrgenerationenhäuser in großen Komplexen benötigen Kindergärtnerinnen, aber dann auch Altenpfleger“ (Sahmel 2012, Int. 1.11,00).

„Altenheime dürfen sich nicht so monokulturell weiterentwickeln, wie sie das zurzeit tun. Zum Thema Inklusion – Warum soll es keine Heime geben in denen Pflegebedürftige und die Partner, die nicht pflegebedürftig sind, aufgenommen werden?“ (Sahmel 2012, Int. 1.16,00).

²⁵ ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation. Sie dient der fach- und länderübergreifenden einheitlichen und standardisierten Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen.

²⁶ Im Sinne des Gesetzbuches IX kann Pflegebedürftigkeit als Behinderung verstanden werden.

Die Selbstbestimmung eines (alten) Menschen hängt maßgeblich von dem Wert und vom Umfang der Partizipationsmöglichkeiten ab. Die Partizipationsmöglichkeiten wären in Lebenszentren besser als in Altenzentren. In Lebenszentren könnten von der Kindertagesstätte bis hin zur stationären Altenhilfe Lebens- und Aufenthaltszeiten neu gedacht werden. Wird in diesen Zusammenhängen gedacht, so scheint auch die generationenspezifische Professionalität an Bedeutung zu gewinnen. Bei der Separierung und Isolation von alten Menschen in Anbieterorganisationen stand eine Bedarfsfeststellung im Kontext der Partizipation nicht im Vordergrund.

In der Krankenversorgung können Konsumenten Güter und vor allem Dienstleistungen nicht hinreichend beurteilen, um kompetente Anbieterkontrollen durchführen zu können (vgl. Behrens 1996a, S. 204), vielmehr kommt den Anbieterorganisationen – „*in perfekter Stellvertretung der Konsumenten- die Aufgabe der Bedarfsfeststellung, Qualitätssicherung und Anbieterkontrollen*“ (vgl. ebd. S. 204) zu. Die stellvertretende Bedarfsfeststellung, Qualitätssicherung und Anbieterkontrolle minimiert das Maß der Selbstbestimmung und die Teilhabefelder auf ein Minimum. Die Lebenslagedimensionen, im Teilhabebericht (BAMS 2013) als „*Teilhabefelder*“ bezeichnet, werden behandelt: - Familie und soziales Netz - Bildung und Ausbildung - Erwerbsarbeit und Einkommen - Alltägliche Lebensführung (mit Behandlung der Themen Wohnen, öffentlicher Raum, Mobilität, ambulante Dienstleistungen, persönliche Assistenz) - Freizeit, Kultur und Sport (mit Behandlung des Themas Reisen) - Politik und Öffentlichkeit - Gesundheit - Sicherheit und Schutz vor Gewalt. Diese Teilhabefelder sind ausnahmslos auf eine professionelle Pflegeausbildung älterer Menschen anzuwenden.

Wird die generalistische Pflegeausbildung die Teilhabeaspekte und das Maß sozialer Teilhabe als Anlass zur pflegerischen Intervention aufnehmen und realisieren? Nach Prüfungen der Modellversuche und Aussagen zu geplanten Inhalten wird dies nicht gelingen (vgl. Dielmann 2009, vgl. Stöver 2010, vgl. Schmidt-Richter 2012). Das Vorhaben „Generalistik“ wird in seiner Zielsetzung durch die Umschreibung von Stöcker (2012) am Beispiel der Heidelberger generalistischen Pflegeausbildung deutlich. Hierbei wird „*den aktuellen und prognostizierten Bedarfen in der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf Hochaltrigkeit und Chronifizierung von Krankheiten*“ (ebd. 2012, S. 5) Rechnung getragen. Aufschlussreich ist, dass hier nur noch von generalistisch ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen gesprochen wird. Anhand des Heidelberger Curriculums (Schmidt-Richter 2012), nach der die Pflege seit 2005 generalistisch ausgebildet wird, wird deutlich, dass der „*alte Mensch in Gesundheit und Krankheit*“ (ebd. S. 68f.) mit 56 Stunden Unterricht, in Definition eines „*Patienten*“ (im Kontext methodische Kompetenz) (ebd. S.

70) berücksichtigt wird. Ein sechswöchiger Einsatz in der stationären Altenpflege ist für die Berufserkundung vorgesehen. Bisherige Inhalte und Praxiseinsätze nach dem aktuellen Altenpflegegesetz (2003) wären verlustig (siehe Kap. 7.3).

Medizinisches Handeln ist sinnvoll, wenn es effektiv und effizient die objektiven und subjektiven Bedürfnisse kranker Menschen erfüllt. Partizipatives Handeln ist sinnvoll, wenn es die subjektiv erlebbaren Bedürfnisse älterer (oder behinderter) Menschen berücksichtigt. Dies zeigt sich im Alltag als schwer erreichbare Größe. *„Die Beurteilungsfähigkeit zwischen Klient und Professionsangehörigen bleibt immer asymmetrisch“* (Behrens 1996a, S. 205). Die Beurteilungsfähigkeit ist in der Pflege alter Menschen, bedingt durch häufige Multimorbidität und Vulnerabilität, besonders problematisch und asymmetrisch. Wolfensberger (1991) hat sich mit der Entwertung von Menschen befasst (vgl. ebd. S. 18ff.), besonders wenn die Gesellschaft sich einig ist, bestimmte Gruppen abzuwerten. Wolfensberger, der sich im Schwerpunkt mit der gesellschaftlichen Position von Menschen mit Behinderung auseinandergesetzt hat, benennt ältere Menschen, besonders wenn sie hilflos und arm sind und vor allem, wenn sie in Pflegeheimen sind, als Risiko-Personen für das „Totmachen“ in unserer Gesellschaft (vgl. ebd. S. 35). Das „Totmachen“ gewinnt an Bedeutung, wenn (Ent-)personalisierung zum Beispiel durch Technisierung vollzogen wird. Auch erfolgt Kränkung, Diskriminierung und Ausgrenzung durch die Konzentration von Menschen in großen Institutionen und durch Generalisierung von Bedarfen und Bedürfnissen und der Vernachlässigung von Partizipation.

Verbunden mit der Frage nach dem Partizipationswillen eines alten Menschen in Institutionen oder in Häuslichkeit nimmt die Bedeutung der sozialen Teilhabe zu (Weigl 2012). Auch im 6. Altenbericht der Bundesregierung heißt es: *„Ein Berufsverständnis mit überwiegend medizinisch-pflegerischen Schwerpunkten bietet von seiner konzeptionellen Anlage her nicht genug Ansatzpunkte für ein Interventionsgeschehen, das Potenziale, Kompetenzen und Teilhabemöglichkeiten der alten Menschen in den Mittelpunkt stellt“* (6. Altenbericht, Bericht der SVK 2010, S. 368). Beispiel: Die Bedeutung der „Sitzordnung“ oder eines Konfliktes im Speisesaal einer Pflegeeinrichtung kann für Senioren einen hohen Stellenwert im Sinne der Teilhabe haben. Auch beschränkt sich Wohnen im Alter nicht auf die architektonischen Formen und auf mögliche generationstypische Strukturen, sondern auf die Lebensraumbedeutung und die Möglichkeit der Selbststeuerung (vgl. Schneekloth und Leven 2003, S. 33). Zu erwarten ist ein hohes Maß an Individualisierung und dem Bedarf an hochspezifischen Dienstleistungen, aber ebenso wird eine Vielzahl von Menschen ohne Selbststeuerungsfähigkeit von einer Sicherung auf Mindestniveau

abhängig sein. Die Fähigkeit zur Selbststeuerung müsste ein wesentlicher Qualifizierungsinhalt einer zukünftigen Altenpflegeausbildung sein. Hoppe weist darauf hin:

„Es gibt grundsätzlich zwei unterschiedliche Herangehensweisen: Entweder ich koordiniere für Andere oder die Befähigung zur Selbststeuerung. (...) Wir haben eine zu lange Tradition von Zuständigkeitsdenken“ (Hoppe 2012, Int. 18,20-20,00).

Von der Gesellschaft entwertete Menschen erhalten weniger Pflege und Aufmerksamkeit, als Menschen, denen ein hoher Wert beigemessen wird (Mount 1976). Entwertete Menschen sind z. B. Alte, chronisch Kranke, Sterbende (vgl. Wolfensberger 1991, S. 128ff.). Das Erkennen und die Wertschätzung der Verletzlichkeit des hohen Alters (Klie 2014, S. 28) bedürfen des Erlernens spezifischer Kenntnisse. Alte Menschen mit Pflegebedarf bedürfen einer speziellen, professionellen gerontologischen Pflege und Fachexpertise (vgl. Mauk 2013, Brandenburg 2001 und 2008, DGGG 2011, Kriesten 2014a, S. 8). Eine partizipative Entscheidungsfindung über Pflegeinterventionen im Alter, bei denen mögliche Pflegeinterventionsfolgen aufgezeigt werden, erfordert vom Pflegepersonal umfassende Kompetenzen interner und externer Evidence (siehe Kap. 7.5 und 7.6). Dies wirft die Frage auf: Benötigen wir nicht vielmehr eine Teilhabepflege als eine Pflegeplanung? Bezogen auf die Bedeutung der Altenpflegeausbildung und die geplante Generalisierung der Pflegeausbildung äußerte Lehr (2012):

„Man könnte es in die Politik bringen, aber wie? Aber wenn man es in die Politik bringt und denen erklärt, dass Altenpfleger auch 'Mensch ärgere Dich nicht' spielen, dann wird es der Altenpflege schaden“ (Lehr 2012, Int. 35,10).

Der sozialpflegerische Schwerpunkt wird auch von Sahmel eingefordert:

„Altenpflege müsste mehr sozialpflegerisch eingebunden werden, auch in Pflegeheimen, dies kann man nicht alles an die Sozialarbeiter delegieren. Das Spaziergehen muss wieder Bestandteil der Altenpflege werden“ (Sahmel 2012, Int. 1.13,00).

Das Vorhaben der generalistischen Pflegeausbildung birgt die Gefahr der Entwertung des Alters und die Minderschätzung altersassoziierter Bedürfnisse in sich, da das Alter als Anlass zur Pflege, nicht vorgesehen ist.

5.4 Potenzielle soziale Ungleichheiten im Alter

Trotz der Zunahme an altersdemografischen Herausforderungen und Chancen ist die „Lobby“ des Alters schlecht. Assoziationen zum Begriff „Alter“ sind in aller Regel negativ. Ursula Lehr brachte es im Interview auf den Punkt:

„Sie können noch so viel tun und überlegen und am Begriff Alter arbeiten. Es kommt ein Fußballspiel und dann lässt der Oli Kahn einen Ball durch und dann sagt der Kommentator: Jetzt sieht der aber alt aus“ (Lehr 2013, Int 1.03,00).

Erpenbeck (2007) ist noch eindeutiger: „Das Alter und die Altenpflege haben eine miserable Lobby, (...)“. „Die Bundesrepublik ist in Bezug auf die Altenpflege ein Pflegefall“ (ebd. S. 3). Historisch ist die Sorge um die Altersversorgung, wie bereits beschrieben, neu. Alter war (und ist) Anlass für Mitleid, Anlass für Nächstenliebe und Wohlfahrt. Die Verachtung des Alters, in Abgrenzung zum Altern²⁷ in Absonderung, Verarmung war und ist gleichermaßen ein gesellschafts- und gesundheitspolitisches brisantes Thema (vgl. Knesebeck und Schäfer 2006).

Während sich in Deutschland eine Kinderschutz- und Missbrauchsdebatte entwickelt hat, die in Jugendämtern und Kinderschutzbundorganisationen ihre Zuständigkeit findet, ist es zu vergleichbaren Strukturen zum Schutz von vulnerablen Seniorinnen und Senioren nicht gekommen. Es ist die Frage, ob die Versorgung alter Menschen vergleichbare sozialinvestive Politik provozieren wird, wie dies für Kinder und Jugendliche praktiziert wird. Die Assoziationen mit Alter und Alterspflegebedarf bewirken nicht gewollte Ideen. Was geschieht mit einem Menschen, der sich rein aus altersspezifischen Gründen, ohne medizinische Diagnose, am Tag fünfmal inkotet? Welcher pflegerischen Unterstützung und welcher Profession bedarf er?

Das Phänomen der Pflegeabhängigkeit im Alter veranlasst zu Überlegungen, ob die Generalistik Auswirkungen auf die soziale Ungleichheit hat. Solga, Berger und Powell sprechen von sozialer Ungleichheit, „wenn Menschen (immer verstanden als Zugehörige sozialer Kategorien) einen ungleichen Zugang zu sozialen Positionen haben und diese sozialen Positionen systematisch mit vorteilhaften oder nachteiligen Handlungs- und Lebensbedingungen verbunden sind“ (Solga et al. 2009, S. 15). Behrens (2008a, S. 180) stellt im Kontext, inwieweit Fachpflege soziale Ungleichheit verstärkt, fest: „dass die Beschäftigung der Pflege- und Sozialwissenschaften mit dem Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Pflege in Deutschland noch sehr am Anfang steht“. Richter und Hurrelmann (2006) beschreiben, dass die meisten Ressourcen zur Behandlung von Krankheiten verwendet werden, während nur wenige sich mit den vorgelagerten Determinanten der Krankheit befassen (vgl. ebd. S. 23). Die vorgelagerten Determinanten erreichen in der Betrachtung des Alterns eine hohe Bedeutung, die in den direkten Zusammenhang von Politikfolgen zu setzen sind, die wiederum in direkten Zusammenhang mit der altersassoziierten Versorgungspolitik zu setzen wären.

Wird Pflege im Alter ein Problem der medizinischen Versorgung oder der Einkommensverteilung (Behrens 2008a, S. 182, Bauer und Büscher 2008)? Wird die Pflege

²⁷ Der Begriff Alter umschreibt eine Lebensphase. Das Altern beschreibt den Prozess des Älterwerdens und die damit verbundenen körperlichen, geistigen und sozialen Veränderungen für den Menschen (vgl. Knesebeck und Schäfer 2006, S. 241).

alter Menschen in Deutschland ein Thema, das der (rationierungs-) ethischen Überprüfung Stand halten muss (vgl. hier auch die Ausführungen von Behrens 2001)? In diesem Zusammenhang stellt Hoppe fest: *„Altenpflege ist keine Krankenpflege. Arbeit mit alten Menschen meint, die Lebensqualität im Rahmen vorhandener Möglichkeiten zu erhalten und zu fördern. Es geht um Wohnen, Freiheit, Armut und Rehabilitation, Krankheits- und Krisenbewältigung. Die Krankheit eines alten Menschen in den Mittelpunkt zu stellen hieße letztlich, die gesamtgesellschaftliche Abwertung des Alters - hinfällig, minderwertig, leistungsreduziert - ins Berufsfeld zu übernehmen“* (Hoppe 1992, S. 309).

Zudem sagt sie voraus:

„Wir werden eine wachsende Altersarmut bekommen, die wachsende Dienstleistungen nicht zahlen können“ (Hoppe 2012, Int. 2,80).

Geht es um alte Menschen und deren Bedarfe, so ist nicht die Rede von Integration oder Inklusion, sondern von Versorgung. Die wörtlich implizierte Sorge tritt hier semantisch in den Hintergrund, da Versorgung negativ und stigmatisierend besetzt ist. Die nicht sichergestellte Versorgung der Älteren, die traditionell und auch heute vor allem in den Familien geschieht, führt unweigerlich zu Problemen. Durch die Zunahme an Sorgebeziehungen kann es zu Kippfaktoren (Kohl und Gatermann 2012) kommen, die die sorgenden und pflegenden Familienmitglieder erschöpfen lassen. Nach Kocka und Staudinger (2009) droht sie aus numerischen Gründen und angesichts der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen zu Engpässen zu führen, zur Überlastung der erwerbstätigen Erwachsenen vor allem der Frauen, zur Vernachlässigung der Älteren, zur Verlagerung der *„Altenlast“* in Institutionen außerhalb der Familie und damit zum weiter wachsenden Finanzierungsbedarf des Sozialstaats, der den Jüngeren aufgebürdet werde. Überhaupt wird befürchtet, dass der demografische Wandel zu neuen Ungleichgewichten, Spannungen und Konflikten zwischen den Generationen führt (vgl. Kocka und Staudinger 2009, S. 91). *„Auch der Anteil der Scheidungsfamilien wird steigen“* (ebd. S. 93). Der demografische Wandel kann dazu führen, dass in Zukunft Ausfälle der familiären Solidarität und der mangelnden Pflegebereitschaft zunehmen.

Auch Brandt et al. (2009) kamen zu der Erkenntnis, dass in den europäischen Ländern nicht alle älteren pflegebedürftigen Personen die benötigte Unterstützung erhalten. Da in fast allen Pflegesystemen ein erheblicher oder schwerer Pflegebedarf nachgewiesen werden muss, bevor öffentliche oder Pflegeleistungen aus Versicherungen bezogen werden können, dürften vor allem Personen mit geringem oder mittelschwerem Pflegebedarf keine Unterstützung erhalten und verstärkt von einer Unterversorgung betroffen sein, besonders wenn im persönlichen Umfeld keine Helfer zur Verfügung

stehen (vgl. Brandt et al. 2009). Ohne die Unterstützung durch die Familie kann eine Gesellschaft den Bedürfnissen der älteren Generation zumindest gegenwärtig nicht gerecht werden. Hinsichtlich solidarischer Verantwortung zwischen den Generationen geht Sahmel sogar soweit:

„Es kann sein, dass wir einen Kampf bis aufs Messer kriegen, dass es die Jungen nicht mehr interessiert, wie es den Alten geht“ (Sahmel 2012, Int. 26,00).

Sahmel bezieht sich hierbei auf den Kontext des Neoliberalismus. Ebenso äußert Twenhöfel seine Bedenken:

„Wir werden noch eine ganz andere Kategorie von Angehörigen bekommen, nämlich die, die gar keine medizinische Pflege und Lebensverlängerung für die Senioren möchten“ (Twenhöfel 2012, Int. 45,00).

Ambulante Pflegedienste gründen Existenzen bewusst in einkommensstärkeren Regionen und müssen potenzielle Kunden wegen zu hoher Nachfrage nach altersassoziiierter Pflege abweisen. Ebenso erfährt die Altenpflege häufig Nachteile zu öffentlich gemachten Missständen in Pflegeheimen. Susanne Moritz hat in ihrer Dissertation die provokante Forderung aufgestellt: *„Die belegbaren Missstände in den Pflegeheimen verletzen die Grundrechte der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen. Zwar erfolgt die Pflege der Menschen in den Pflegeeinrichtungen durch Dritte; eine Zurechenbarkeit dieser Grundrechtsverletzungen an den Staat ergibt sich aber aus dessen Schutzpflichten, die ihm gegenüber den Pflegebedürftigen obliegen und die er durch seine Untätigkeit verletzt“ (Moritz 2013, S. 2).*

Kruse (2013, S. 41) spricht insbesondere von einer *„spezifischen Verletzlichkeit im Alter bei Demenz“*. Insbesondere weist er auf die Bedeutung einer alters- und einer pflegefreundlichen Kultur hin (Kruse 2013, S. 35ff., 47ff.). In der Auseinandersetzung mit der alten ethischen Forderung, dass jede Intervention sich nur durch ihre mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eintretende Wirkung rechtfertige (vgl. Behrens 2008a, S. 180), müssen sich Pflegefachkräfte die Frage stellen, welche sozialen, altersassoziierten Interventionen ihr generalisiertes Berufsprofil zukünftig vorsieht und wieviel Untätigkeit ethisch vertretbar ist oder in den Bereich der Medizin verantwortet wird, wobei die Pflege sich gleichzeitig ihrer Autonomie und berufsethischen Verantwortung entledigt. Der Altenpflege käme eine zunehmend inhumane Rolle zu, würden die spezifischen Pflegeinterventionen nicht mehr gelehrt oder leistungsrechtlich vorgesehen.

5.5 Medizinalisierung der (Alten-)Pflege

Das Alter als Lebensbereich scheint zunehmend in den Verantwortungsbereich der Medizin zu rücken (vgl. Twenhöfel 2011, Gronemeyer 2015). Während der gesellschaft-

liche Veränderungsprozess, bei dem menschliche Lebenserfahrungen und Lebensbereiche in den Fokus systematischer medizinischer Erforschung und Verantwortung rücken, die vorher außerhalb der Medizin standen, als Medikalisierung bezeichnet wird, bezeichnet Medizinalisierung die *„Formgebung des beruflichen Handelns von Nichtmedizinern nach dem Vorbild der Ärzte, die durch Übernahme oder Übertragung ärztlicher Kompetenzen bzw. Handlungsmuster stattfinden kann“* (Twenhöfel 2011, S. 12). Bei diesem gesellschaftlichen Veränderungsprozess, bei dem Medizin das Alter medikalisiert, ist eine zunehmende Übertragung der Verantwortung an Ärzte und das Gesundheitswesen festzustellen. Die Beschränkung der Mediziner auf die ärztliche Behandlung alter Menschen liegt auf der Hand. Die *„Symptome des Alter(n)s“* werden pathologisiert und medikalisiert (vgl. Twenhöfel 2011, Dörner 2012a und b, Gronemeyer 2015). Neben dem zu erwartenden hohen Lebensalter spielen Krankheiten die entscheidende Rolle in der Gesundheitsversorgung (vgl. Beske 2014). *„Im höheren und hohen Lebensalter treten Krankheitszustände auf, die zu altersspezifischen Versorgungsanforderungen führen. Hierzu gehören das Phänomen der Multimorbidität und die Polypharmazie alter mehrfach erkrankter Menschen, sowie die Pflegebedürftigkeit“* (SVR 2009, S. 41).

Die Rede ist von Gesundheitsversorgung; Es stellt sich die Frage, ob es nicht vielmehr um Krankenversorgung im Alter geht (siehe Kap. 9)? Vor allem die Demenz wurde und wird als Krankheit definiert und gilt in unserer Gesellschaft nicht als normaler Weg alt zu werden (vgl. Dörner 2012b, S. 13ff., Gronemeyer 2015). Vielmehr nutzt die Demenz nach Whitehouse²⁸ und George (2009) den Ärzten als Marketingstrategie. Bei den Überlegungen zur generalistischen Pflegeausbildung spielen berufspädagogische Inhalte zum „normalen Altern“ und dem Hilfe- und Pflegebedarf²⁹, sprich dem Alterspflegebedarf, keine Rolle (siehe Kap. 7.3). Umstritten ist, inwieweit durch die Zusammenführung die sogenannte Behandlungspflege und eine geriatrisch ausgerichtete Krankenpflege den neuen Pflegeberuf dominieren würden. Aus Kreisen der Altenpflege wird eine stärkere sozialpflegerische Ausrichtung und die Ausrichtung auf einen, der Berufsgruppe Altenpflege bekannten Alterspflegebedarf, dringend angemahnt. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass dies auch die bundesrechtliche Regelungskompetenz in Frage stellt³⁰. Auch Klie (2014, S. 27) mahnt an, dass die Themen Sorge, Pflege, hohes Alter nicht an die Medizin, an die Pflegeheime oder die Pflegeversicherung delegiert werden dürfen. Bedingt

²⁸ Dr. Peter J. Whitehouse ist einer der weltweit führenden Alzheimer-Experten.

²⁹ Dörner (2012b) spricht vom „Helfensbedarf“, bzw. von „Helfensbedürftigen“.

³⁰ Sozialpflegerische Berufe sind nach Verfassungsrecht in Länderkompetenz zu regeln (Gesetzgebungskompetenz Artikel 74 Nr. 19 Grundgesetz).

durch den zunehmenden Statusgewinn der Ärzte in den Siechenanstalten seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts entstand die Patientenorientierung alter Menschen in den Siechenanstalten. Aus Insassen wurden Patienten (vgl. Irmak 2002, S. 236f.). Twenhöfel (2013, S. 14) befürchtet „dass die Einrichtungen der Altenhilfen zu aus- oder nachgelagerten, gleichsam zu ´verlängerten Werkbänken´ der Kliniken werden!“

Einerseits wird vom Deutschen Pflegerat die völlig eigenständige Ausführung auch ärztlicher Tätigkeiten diskutiert und andererseits die Ausweitung des Delegationsprinzips.³¹ Hierzu Hoppe:

„Was wollten uns die Initiatoren damit sagen? Wenn ich darüber nachdenke, vermute ich die Abstufung von Versorgungsleistung. Aber das ist etwas anderes, als die qualitative berufliche Weiterentwicklung (...)“ (Hoppe 2012, Int. 53,40).

Ist die patientenzentrierte Medizin geeignet und geneigt, um in ihren Strukturen eine bedarfe- und altersassoziierte Pflege zu erlernen? „Ich bin froh, dass wir getrennt geblieben sind und eine ganz eigenständige Entwicklung nehmen konnten, daß (sic) wir uns unabhängig von Medizinern entwickeln konnten“, machte Willi Rückert, seinerzeit Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altershilfe deutlich. „Die Altenpflege ist der Krankenpflege in vielen Bereichen weit voraus, weil sie sich ohne Fesseln der Mediziner entwickeln konnte. Das möchte ich gerne erhalten, aber ich weiß nicht, wie das gelingen kann. Ich bin hin und her gerissen“ (Rückert 2002, S. 128). Hoppe kritisiert den Ruf nach der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten:

„Ich frage mich: Was wäre der Gewinn von Übernahme ärztlicher Versorgung für die Pflege? (...) Mir erschließt sich nicht, was die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten bei Demenz sein soll?“ (Hoppe, Int. 52,00).

Auch Riedel weiß:

*„Alte Menschen haben einen anderen Bedarf als medikalisierte Pflege“
(Riedel 2012, Int. 24,30).*

„Das kann dann die Gesundheits- und Krankenpflege korrigieren“ (Riedel 2012, Int. 25,00).

Wezsäcker (2008) fragt, ob es nicht vielmehr die Nöte eines alten Menschen zu verstehen bedarf, als die Krankheit, an der er leidet. Eine Abkehr von einer Medizin und an Krankheit orientierten Pflege, hin zu gesundheitsfördernden und -sichernden Aufgaben, der Rehabilitation und der Hilfestellung bei der Alltagsbewältigung, wie sie 1996 von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie³² empfohlen wurde (vgl. MAGS 1996, S. 5),

³¹ Hinweis: In der Altenpflegeausbildung wird der Prüfungsvorsitz in der staatlichen Prüfung nicht von Medizinern wahrgenommen.

³² Das 1996 erstellte Gutachten über Handlungsbedarfe zur Neustrukturierung von Berufsbildern der gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe erbrachte bildungspolitische Schlussfolgerungen, die eine Vereinheitlichung einer gemeinsamen Schnittmenge in Form einer gemeinsamen Grundausbildung, bei Beibehaltung spezialisierter Ausbildungsinhalte und einer gleichzeitigen Erweiterung des Arbeitsbereiches um den Einbezug des sozialen Umfeldes empfahl (vgl. MAGS 1996, S. 5, 251).

scheint nicht gelungen (vgl. auch die Ansätze von Nefiodow 2006). Nach Twenhöfel (2011) darf sich der Altenpflegeberuf von der Medizin nicht vereinnahmen lassen. „Er wird über einen eigenen Begriff des Alters verfügen müssen, um sich in einem keineswegs durchgängig komplementären, sondern auch konfliktreichen Aufgabenfeld von medizinisch-pflegerischer Versorgung und Sorge positionieren und behaupten zu können“ (ebd. S. 168).

5.6 Ergebnisse

Während Medizin naturgegeben ein höheres Interesse an den krankhaften Veränderungen des alten Körpers hat, beschäftigt sich Altenpflege (auch) oder vornehmlich mit den reinen Altersveränderungen und dem Alterspflegebedarf. Ein Alterspflegebedarf entwickelt sich unabhängig von medizinisch definierten Diagnosen. In einer alternden Gesellschaft dürfen Menschen nicht zu Patienten werden, nur weil sie alt sind. Die Auflösung der Altenpflege als Beruf und die Integration der Altenpflege in eine generalistische Pflege kann negative Konsequenzen für die berufliche Berücksichtigung des „normalen Alterns“ und die gesellschaftliche Berücksichtigung alter Menschen und ihrer Bedarfe haben. In diesem Kontext ergibt sich die Frage: Bedarf es einer generalistischen Pflege, um die soziale, politische und kulturelle Teilhabe und eine möglichst lange selbständige Lebensführung älter werdender Menschen sowie ein aktives Altern in Selbst- und Mitverantwortung sicherzustellen?

Die Entwicklung der Altenpflege als Beruf und ihre potenzielle Auflösung wird in Phasen in Abbildung 6 dargestellt. Der Verlust einer generationentypischen „Haus- und Sozialpflege“, eine zunehmende Medikalisierung und die „Bereinigung“ des Sozialen, die mit einer Ausgliederung der Teilhabe in den Lehrplänen und der berufspraktischen Ausbildung einhergeht, führt systematisch zu einer Generalisierung der Pflegebildung und dem Verlust einer altersspezifischen Pflege. Alter läuft Gefahr in einer generalistischen Pflegeausbildung „medizinisch“ definiert zu werden.

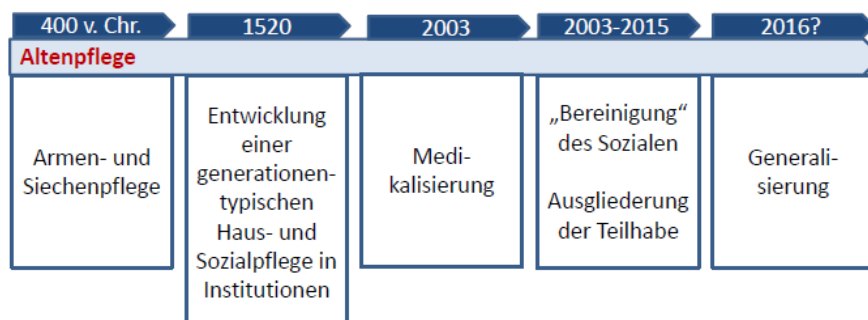


Abbildung 6 Entwicklung und Auflösung des Altenpflegeberufes
Quelle: Eigene Darstellung

Die Auflösung des Altenpflegeberufes und die sozialpolitischen Entwicklungen um den alten Menschen, verändern sich im Kontext der Anforderungen an den Sozialstaat, nicht im Sinne der „Alten“. Irmak³³ (2002, S. 90) stellt fest, dass ähnlich, wie die „*Not der Alten*“ nach dem Zweiten Weltkrieg, die „*Not der Alten*“ aktuell hinter dem allgemeinen Pflegenotstand verschwindet. Die Ausgliederung der, dem Leben Sinn gebenden Teilhabe, im Sinne von „*Teilgabe*“ (Dörner 2012b, S. 52), als definierten Anlass zur generalistischen, pflegerischen Intervention, degradiert Menschen mit Alterspflegebedarf zu für die Gesellschaft nutzlosen Objekten. Die Bedarfsbestimmung Alterspflege ist keine Sache ausschließlich wissenschaftlicher Diagnostik, sondern eines sozialpolitischen Standpunktes gegenüber dem Menschen, dessen Bedarf beurteilt wird (Haisch 2004).

Festgestellt werden kann: Alter produziert lebens- und altersphasenbezogene Bedürfnisse und Bedarfe, aus der sich eine spezifische Alterspflegebedürftigkeit ableiten lässt, die sich nicht primär an Krankheit orientiert, sondern vielmehr an Partizipation, Lebensqualität und Krisenbewältigung. Es gibt somit einen spezifischen generationentypischen Alterspflegebedarf, der neben spezifischen Produkten vornehmlich auf Dienstleistung zielt. Eine zukunftsfähige (Alten- oder Langzeit-)Pflegeausbildung sollte die Systematik einer Generationentypik mit Spezialisierung auf die Lebensphasen und -lagen unterschiedlicher Kohorten älterer Menschen höchste Bedeutung beimessen (vgl. Neumann 2012). In einer modernen Gesellschaft des Älterwerdens, verbunden mit dem Wunsch nach hoher Autonomie der Individuen, stellen die Grenzen der Medizin eine große Ressource für die nicht medizinalisierte (Alten-) Pflege dar (Kriesten 2011). Heute gilt es nicht primär das medizinische System in Richtung Versorgung Älterer voranzutreiben. Das Leben im Alter, verbunden mit Gebrechlichkeit und dem Bedarf an Sorge und Pflege, darf nicht mit dem Verlust an Selbstbestimmungsrecht, der medizinischen Definition von Alter und mangelnder sozialer Betreuung einhergehen. Die Pflege im Alter bedarf nicht nur einer medizinischen Diagnostik und Therapie und einer „medizinalisierten Krankenpflege im Alter“. Altenhilfe sieht gesellschaftliche soziale Teilhabe und Inklusion gleichermaßen vor. Die Altenpflegeausbildung realisiert gerontologische und geriatrische Pflege und Partizipation alter Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf (Hasseler et al. 2013). Die Teilhabechancen alter Menschen nehmen ab, wenn keine lebensphasenbezogene, altersadäquate Pflege und Sorge erfolgt. Eine professionelle, eigenständige Altenpflege erhöht die Partizipation und gesellschaftliche Teilhabe älterer und alter Menschen an der Gesellschaft. Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind

³³ Die Ausführungen von Irmak (2002) beschreiben exemplarisch die sozialpolitischen Änderungen um alte Menschen für die Jahre 1924-1961.

Lobbyisten für Senioren. Das Berufsbild der Altenpflege wurde entsprechend der Generationentypik entwickelt. Die Pflege hochaltriger Menschen wird produziert und die Vielfalt von Sorgebeziehungen nimmt zu. Beides erfordert gleichermaßen Bedarfsdeckung. Altenpflege schafft einen Beitrag zur Normalisierung und Disziplinierung – gerade durch Unterstützung, Beratung, Prävention, aber auch gleichzeitig einen Beitrag zur Ökonomisierung – gerade durch die Ambivalenz von Konzepten wie „Autonomie“, „Selbstpflege“, „Eigenverantwortung“ (vgl. Brandenburg und Dorschner 2008).

Falsifikation der Hypothese 3:

Eine generalistische Pflegeausbildung trägt primär nicht dazu bei, die Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandels zu gestalten, sondern konterkariert diese. Vielmehr würden Pflegegeneralisten den beruflichen Anforderungen in der Akutpflege, der technikaffinen und der altersassoziierten Pflege nach der Ausbildung nicht entsprechen können, da sie auf die spezifischen generationentypischen Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandels nicht vorbereitet wurden.

Falsifikation der Hypothese 4:

Das Versorgungssystem unterscheidet zwischen jungen und alten „Patienten“ (sic) oder Pflegebedürftigen. Je nach Alter des zu Pflegenden oder nach Dauer der Pflegebedürftigkeit unterscheidet das Versorgungssystem nach Organisationen und Leistungsrecht. Die Betrachtungsweise, dass es sich bei Pflege vorrangig um Patienten handelt (H4), macht den Unterschied im Verständnis deutlich. Pflege kann sich als Profession nur dann bestimmen, wenn sie sich davon löst, dass sie vorrangig für Patienten zuständig ist. Pflege ist ebenso für Menschen in bestimmten Bedarfslagen zuständig, von der Geburt bis zum Tod, unabhängig von medizinischen Diagnosen. Pflege bedarf in ihrer Definition einer gemeinsamen Orientierung, entsprechend gemeinsamer Interaktionsmechanismen (Parsons 2009) und einer anerkannten primär berufsständigen Spezialisierung. Die Unterscheidung zwischen Altersgruppen und verschiedenen Versorgungssystemen macht bei Pflegeausbildungen Sinn, da die menschlichen Bedürfnisse von der Geburt bis zum Tod Lebensphasen bezogen von elementarer Bedeutung sind. Beispiel: Ein (zu) früh geborener Mensch (Frühchen) und ein 90jähriger Mensch mit Demenz, der in seiner Erinnerung den Nationalsozialismus zu bewältigen versucht, erfordern grundlegende unterschiedliche Kompetenzen bei Pflegenden. Das Berufsprofil der Pflege kann sich nur durch die Anerkennung und Bewältigung dieser Spezifika profilieren, nicht durch einen Konsens auf somatisch identische oder organisatorische Parameter, wie zum Beispiel die Anatomie und die Pflegeprozesssteuerung, die als Grundelemente der Pflege definiert würden. Eine generalistische Pflege

würde in den verschiedenen Versorgungssystemen mehrdimensionale Dilemmata produzieren, wenn auf Fachexpertise und Versorgungssystem verzichtet werden müsste. Eine generalistische Pflegeausbildung birgt die Gefahr, dass Pflege im Alter sich zur medizinalisierten (Kranken-) pflege im Alter entwickelt und von der „Staussicherung Krankheit“ abhängig sein wird. Dies belegen Bestrebungen, dass genuine Pflgetätigkeiten von Assistenzpersonal übernommen werden soll (Beispiel Betreuungskräfte SGB XI § 87b) und die gewünschte Übernahme Arzt vorbehaltener Aufgaben (Modellvorhaben des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes nach SGB V § 63, 3c). Eine zunehmende Übernahme ärztlicher Tätigkeiten wird den Ursprung der Pflege entkernen, eine Medizinalisierung der Pflege vorantreiben und eine weitere Abhängigkeit von ärztlichen Berufen bewirken. Dies ergibt sich durch das Delegationsrecht und wird deprofessionalisierende Effekte für den Pflegeberuf bewirken (siehe Kap. 7.7). Der Beruf der Altenpflege und eine mögliche Generalisierung der Pflegebildung soll hinsichtlich seiner Spezifika im Weiteren in territorialer Perspektive untersucht werden.

6 Territoriale Perspektive

Das Thema „Generalistik“ in territorialer Perspektive zu untersuchen, ergibt sich aus der Tatsache, dass Altenpflege neben der individuellen, biografischen Berücksichtigung, grundsätzlich ein Thema des Lebensortes darstellt und zunehmend ein Thema des Sozialraumes und der Region und Kommune wird. Zudem stellt die territoriale Perspektive Europa einen wesentlichen Untersuchungsgegenstand dar. Die europäische Berufsanerkennung gilt als einer der Anlässe zur Generalisierung der Pflegeberufe.

Die hier zu überprüfenden Hypothesen lauten:

- H5** *„Durch die begrenzten Ressourcen bei der Gesundheitsversorgung ist eine Neuverteilung von Aufgaben und damit veränderten Kompetenzprofilen erforderlich, die ausgebildet werden müssen. Dazu brauchen wir die generalistische Ausbildung“ (Wagner 2014).*
- H6** *„Ein weiteres Argument, eine solide gemeinsame Ausbildung zu gestalten, ist die fast durchgängig fehlende Anerkennung der Qualifikation Altenpflege im europäischen Ausland“ (Klotz 2014, S. 26).*

Kompetenzprofile können nicht „ausgebildet“ werden (H5), sondern werden von Auszubildenden entwickelt. „Berufsprofile“ sollten umrissen sein, bevor die dazu entsprechende Ausbildung inhaltlich und strukturell geplant wird. Der Behauptung, dass zunehmende begrenzte Ressourcen, wie weniger Jugendliche und weniger Pflegefachkräfte bei der Gesundheitsversorgung, gerade in der Zuteilung von Gesundheitsleistungen und Personal für alte Menschen eine wesentliche Rolle spielen, ist uneingeschränkt

zuzustimmen (vgl. Beske 2014). Inwieweit Aufgaben neu verteilt und Kompetenzprofile verändert werden müssen, würde einer intensiven Diskussion und strategischen Planung bedürfen und wären durch das jeweils geltende Leistungsrecht beeinflusst. Hier scheint für Wagner die Lösung durch eine generalistische Pflegeausbildung gegeben zu sein. Die Vorteile scheinen klar auf der Hand zu liegen. Generalistisch ausgebildete Pflegekräfte wären für die Versorgung akut und chronisch Kranker jeder Altersstufe, von der Geburt an, für die Pflege von multimorbiden, psychisch kranken oder demenzkranken älteren Menschen qualifiziert. Pflegegeneralisten wären vielseitiger einsetzbar, in ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Hospizen und alternativen Wohnformen gleichermaßen.

Die Pflegeausbildung generalistisch auszurichten wird immer wieder mit der europäischen Vergleichbarkeit und Durchlässigkeit (H6) begründet. Nur so könne eine Anerkennung der Ausbildung innerhalb der EU gewährleistet werden. Die Befürworter der Generalistik argumentieren wie Pöhlmann (vgl. DPR 2015), die darauf hinweist, dass bei der Zusammenführung der drei Pflegeberufe zu einem Neuen die Anforderungen der EU-Richtlinie 2013/55/EG erfüllt würden. Dies steht im Kontext der pflegeberuflichen Bildung in Europa und ermöglicht eine Mobilität im Berufsfeld Pflege. Ein Blick auf die Altenpflege in anderen Ländern macht deutlich, auf wessen Kosten und zu wessen Nutzen eine europäische Berufsanerkennung erfolgen würde. Zuvor ein kleinräumiger, territorialer Blick in die Region, vielmehr in die Kommune.

6.1 Kommunale altersassoziierte Herausforderungen und Chancen

Die häusliche Unterstützung, Betreuung und Pflege älterer und alter Menschen ist eine der zentralen, gesellschaftlichen, sozialen, gesundheitspolitischen und kulturellen Aufgaben, die zukünftige Lebensqualität gestalten, Infrastruktur fördern und Regionalentwicklung beeinflussen wird. Nach den Erhebungen von Rothgang (2014) wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Langzeitpflege steigen und zwar regional sehr unterschiedlich. Während der Jahre 2009-2030 von plus 28% (Bremen) bis plus 72% (Brandenburg). Auf kommunaler Ebene wird die Langzeitpflege von weniger als 20% bis mehr als 100% zunehmen (Rothgang 2014). Die Steigerung der Lebensfähigkeit bewirkt, dass alte Menschen bis zu 10 Jahren länger zuhause leben können. Schneekloth und Leven (2003) merkten bereits 2003 an, dass insgesamt 47% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, die auf eine demenzielle Erkrankung hindeuten und die mit einem zum Teil erheblichen Bedarf im Bereich der Beaufsichtigung, Anleitung und Betreuung verbunden sein dürften (ebd. S. 34).

Die Entwicklung eines altersassoziierten häuslichen Versorgungsmanagements und die sozialräumliche Ausgestaltung erfordert kommunales Handeln. So wird auch der siebte Altenbericht mit dem Titel: „*Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften*“ der Bundesregierung erwartet (SVK 2015). Die Kommune ist als kleinste räumlich-politische Verwaltungseinheit hauptzuständig für die Daseinsvorsorge der Bürger und Bürgerinnen; gleichzeitig bestimmen die lokale Infrastruktur und soziale Netzwerke in der örtlichen Gemeinschaft maßgeblich die Qualität des Lebens im Alter mit. Der „Wegweiser-Kommune“ der Bertelsmann-Stiftung (2015) zeigt anschaulich die eklatanten Herausforderungen, die Kommunen im Kontext des altersdemografischen Faktors zu bewältigen haben. Durch den demografischen und sozialen Wandel findet kommunale Politik für ältere Menschen unter sich verändernden Bedingungen statt. Insbesondere die Alterung der Gesellschaft, Binnenmigration sowie die Veränderung von Familienstrukturen stellen die Kommunen im Hinblick auf die Gestaltung der Lebensverhältnisse älterer Menschen vor neue Herausforderungen (SVK 2015). Kommunen sind von Überalterung, Aussterben ihrer Einwohnerinnen und Einwohner und dem Wegbruch familiärer Strukturen bedroht (MASGF 2013, Bertelsmann-Stiftung 2015). Zudem sind sie vor große Aufgaben im Versorgungsmanagement der älter werdenden Bevölkerung gestellt. Altersassoziierte Gesundheitsversorgung und die Entwicklung einer Seniorenwirtschaft findet im sozialen Nahraum statt und muss regional koordiniert werden. Hierbei stellt die Eigenständigkeit der Senioren im häuslichen Umfeld die zentrale Ressource dar. In der häuslichen Versorgungssituation steigt die Anforderung an die Ganzheitlichkeit (vgl. die Ausführungen von Findeiß 2008) und Individualisierung der Betreuung und Pflege und die Nachfrage nach Dienstleistungen und Produkten (Deutscher Verein 2011). Oschmiansky (2013, S. 156) stellt fest, dass die Kommunen mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995/1996 an Bedeutung verloren haben. Da seither die Versorgungsverträge von den Pflegekassen mit den Pflegeanbietern abgeschlossen werden, haben die Kommunen kaum Steuerungsmöglichkeiten.

In der Betrachtung und Definition von Gesundheitsversorgung hat das medizinkonforme Versorgungsdenken immer noch Vorrang. Dieses vorrangige Vorgehen erweist sich bei der altersassoziierten Gesundheitsversorgung als problematisch, da die Versorgung an den noch nicht als krank definierten Anteilen im Versorgungsmanagement keine Berücksichtigung findet. Die Verbesserung der Zielgenauigkeit von gesundheitspolitischen Maßnahmen und altersassoziierten Versorgung ist mehr und mehr auf den Gesundheits- und Sozialdienst der öffentlichen Gebietskörperschaften übergegangen (Luthe 2013).

Alten- oder Langzeitpflege muss weg vom Symptom und hin zum Risikoprofil. Die gesellschaftlichen Veränderungen erfordern eine Risikoeinschätzung und -vermeidung hinsichtlich der selbständigen Lebensführung im Alter. Dies ist, vor allem im Alter, immer im Sozialraum des jeweiligen Menschen zu betrachten.

Das Leben und die Versorgung alter Menschen zu Hause erfordert kommunales seniorenpolitisches Engagement (Weigl 2012) und gleichermaßen umfassende regionale Bildungs- und Qualifizierungsangebote, die Risikoprofilbildung ermöglichen. Kommunen werden hier zunehmend in die Pflicht genommen und der Ruf nach regionalen Lösungen zur Versorgung von alten Menschen in einer sozialräumlichen Gestaltung nimmt zu (Rothe et al. 2015). Twenhöfel berichtet von zunehmenden stadtteilbezogenen Entwicklungen:

*„Gerade im sozialpsychiatrischen Bereich entstehen, stadtteilbezogen, wahrscheinlich Bedarfe, z.B. im Bereich Sucht, Vermüllung, Wahn“
(Twenhöfel 2012, Int. 14,30 und 23,30).*

Der soziale Lebensraum wird zum Planungs- und Verantwortungsraum. Der Aufbau von Sorgenetzwerken ist unerlässlich, um die private Welt im Zusammenwirken von Elementen zu koordinieren (vgl. Dörner 2012b). Bei dieser Neuverortung von Verantwortung stellt die aktuelle Altenpflegeausbildung mit ihren Inhalten die wesentliche Ressource dar. Dennoch hat die Altenpflege und Altenpflegeausbildung zunehmend kompensatorische Tätigkeiten in Auftrag bekommen, die weder sozialräumlich noch präventiv ausgerichtet sind. *„Der Sachverständigenrat des Bundesgesundheitsministeriums weist seit langem darauf hin, dass Pflege in Deutschland überwiegend den Charakter kompensatorischer Grund- und Behandlungspflege besitzt. Die präventiven Potenziale der Pflege spielen hingegen kaum eine Rolle. Internationale Erfahrungen, vor allem im skandinavischen Raum, zeigen jedoch, dass eine gezielte Pflegeprävention beispielsweise die Heimeinweisungsrate³⁴, Krankenhausaufenthalte und letztlich auch die Sterblichkeit nachhaltig reduzieren kann. Die größten Effekte wurden dort erzielt, wo Pflegeprävention als gemeindenahes und zugehendes Angebot stattfand, das heißt in Form von präventiven Hausbesuchen durch speziell geschultes Fachpersonal. Eine Stärkung der präventiven Möglichkeiten der Pflege würde allerdings voraussetzen, entsprechende Anreize dafür im System zu verankern“* (Winter 2006, S. 6f.).

Die deutsche Altenpflege verfügt über professionelle Ressourcen, diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Diese Entwicklung hängt allerdings maßgeblich von zukünftigen Personalstrukturen, dem Leistungsrecht und einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung ab. Kommunale Strukturen, Netzwerke und Steuerungspotenziale gehören

³⁴ Der Begriff „Heimeinweisungsrate“ macht die starke Fremdbestimmung des Klienten deutlich.

als Inhalt in eine zukünftige Altenpflegeausbildung. Riedel und Lehr sehen auch die Ausbildung in Mitverantwortung der Kommunen:

„Kommunen sollten sich miteinbringen, um eine gute Qualifizierung in der Altenhilfe zu schaffen“ (Riedel 2012, Int. 43,00).

„Kommunen müssen sich an der Ausbildung, oder sagen wir an selbständigkeitserhaltende Maßnahmen beteiligen“ (Lehr 2013, Int. 59,00).

Das Förderprogramm „Lernen vor Ort“ zielt darauf, lokale Bildungsstrukturen zu stärken und ein umfassendes kommunales Bildungsmanagement zu entwickeln, in das auch regionale Weiterbildungsakteure einbezogen werden (BMBF 2014b). Ideen zur kommunalen Verantwortung werden von den Experten genannt:

„Regionale Versorgung könnte sich als Netzwerk analog der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung entwickeln. Dies sollte funktionieren, wie ein Callcenter“ (Baumgarte 2012, Int. 6,00-9,00).

„Beratungszentren, mit Ausbildung und Studium, dies könnten gut Altenpfleger machen, die umfänglich beraten“ (Sahmel 2012, Int. 1.08,00).

Auch Sottas und Brügger (2012) haben sich mit der zunehmenden Problematik und Herausforderung einer „robusten Primär- bzw. Grundversorgung bei Gesundheitsanliegen der Bevölkerung“ befasst und fordern neue ambulante, regionale Ansprechstrukturen (Sottas und Brügger 2012, S. 9 ff.). Der Bericht „Ansprechstrukturen“ (Sottas und Brügger 2012) wirft einen Blick über die Landesgrenzen und zeigt, dass in den letzten Jahren in vielen Ländern neue Leistungserbringer zum Einsatz kommen, dass etablierte Grenzen bei Aufgaben und Zuständigkeiten verschoben und erweitert werden und dass sich neue Rollen und Organisationsmodelle entwickeln. Dieser Ausblick ist hilfreich, weil davon auszugehen ist, dass im Zuge der Globalisierung und Internationalisierung der Gesundheitsmärkte innovative Grundversorgungsmodelle früher oder später auch im deutschsprachigen Europas Verbreitung finden (vgl. Trapp und Klug 2009). Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass breiter angelegte Ansprechstrukturen eine Chance, auch für die Hausärzte und -ärztinnen darstellen: Sie reduzieren die Arbeitslast, erhöhen die Berufszufriedenheit und die Leistungsfähigkeit und sie verbessern das Zeitbudget für Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Der Ausbildung und dem Beruf der Altenpflege könnte hier nicht nur national, sondern auch international eine wesentliche Schlüsselposition zukommen.

6.2 Altenpflegeausbildung in anderen Ländern

Waldhausen et al. (2014) stellen fest, dass in fast allen Ländern diskutiert wird, wie Pflegeberufe sich angesichts des demografischen Wandels verändern und weiterentwickeln müssten. Der Debatte voraus geht die Diagnose, dass die aktuellen Berufsausbildungen nicht in ausreichendem Maße die Kompetenzen ermöglichen, die es für eine alternde Gesellschaft mit Herausforderungen bezüglich chronischer und gerontopsychiatrischer Erkrankungen bedarf (Waldhausen et al. 2014, S. 13).

Eine eigenständige Ausbildung in der Altenpflege gibt es europaweit nur in Deutschland und in Österreich – in anderen europäischen Staaten ist etwa eine Zusatzqualifikation wie beispielsweise in der Schweiz zum geriatrischen Fachkrankenpfleger erforderlich. Die Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa (Waldhausen et al. 2014) hat angesichts der geplanten Reformvorhaben der Pflegeausbildungen in Deutschland in einer Kurzstudie die aktuellen Ausbildungsformate von Pflegekräften der Altenpflege in folgenden Ländern der EU untersucht: Dänemark, Frankreich, Vereinigtes Königreich, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden und Spanien. Ziel der Arbeit war, einen Überblick über Berufsprofile zu geben und in eine Reihe von Kontextinformationen über die Altenpflege in den jeweiligen Ländern einzuordnen. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass das am häufigsten vertretene Ausbildungsmodell eine grundständige Hochschulausbildung mit anschließender Spezialisierung / Weiterbildung für den Bereich der Altenpflege darstellt. Da es sich bei der Akademisierung um eine relativ neue Entwicklung handelt, sind viele Fragen bezüglich der Folgen noch nicht beantwortet. Im Bereich der Altenpflege sind in der Praxis hauptsächlich Helferberufe und andere Qualifizierte tätig. Diese sind zum Teil für die Arbeit in der Altenpflege spezialisiert. Die Kurzstudie stellt fest, dass für den Bereich der Altenpflege eine genauere Untersuchung dieser Ebene aufschlussreich wäre (Waldhausen et al. 2014). Aussagen über die Personalstruktur, damit ist der Anteil von Pflegefachkräften, Assistenz- und anderen qualifizierten Berufsgruppen sowie ungelerten Pflegekräften in der Altenpflege gemeint, sind laut Studie schwer zu treffen (ebd. 2014). Hinsichtlich der Langzeitpflege alter Menschen erfassen und veröffentlichen nur wenige Länder Daten. Ländervergleichende Daten zu finden, ist dementsprechend noch schwierig (Waldhausen et al. 2014, Baethge et al. 2015). Dies ergänzt Twenhöfel:

*„Die Idee und die Absicht der Politik, die Generalistik einzuführen, ist vorschnell, wenn man sieht, dass zum Beispiel England und Frankreich überlegen, die Generalistik zurückzufahren“
(Twenhöfel 2012, Int. 23,30).*

Auch die GesinE-Studie (Lehmann et al. 2014) stellt eine mangelnde Vorbereitung auf die Bedarfe einer altersgewandelten Gesellschaft fest. Sowohl die befragten Expertinnen und

Experten als auch die Berufsangehörigen kommen zu dem Schluss, dass deutliche Schwächen in der Vorbereitung der angehenden Pflegefachpersonen auf die Bedarfe chronisch kranker und alter Menschen bestehen. Dies gälte sowohl für die Versorgung in Krankenhäusern und in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen als auch in der häuslichen Pflege: *„Probleme werden dabei in der zu geringen Vermittlung des notwendigen medizinischen Grundlagenwissens in der berufszulassenden Ausbildung und in der mangelnden Befähigung gesehen, die pflegerischen Bedarfslagen der Patient/-innen bzw. Bewohner/-innen unter Berücksichtigung ihres persönlichen Lebensumfeldes zu erkennen“* (Lehmann et al. 2014, S. 180).

Die Aufteilung in drei grundständig ausgebildete Pflegeberufe der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege, wie es sie in Deutschland gibt, ist in keinem der Vergleichsländer zu finden. Dieses Ergebnis bestätigt die Erkenntnisse der GesinE-Studie (Lehmann et al. 2014, S. 144). Findet in den meisten Ländern die Qualifizierung zur Pflegefachkraft über ein Bachelorstudium (EQR 6) statt, so ist diese Gruppe in der Pflegepraxis im Bereich der Altenpflege allerdings nur zu einem geringen Teil tätig. Sie übernehmen eher koordinierende und leitende Tätigkeiten. Bei der Analyse der aktuellen Diskussionen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe fällt auf, dass eigentlich in allen Ländern ein Mangel an Kompetenzen bezüglich der Pflege älterer Menschen festgestellt wird.

Von der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa werden neue Varianten der postgraduierten Spezialisierung, die Verschiebung von Ausbildungsinhalten oder auch die Einführung neuer Berufsprofile auf Helfer bzw. Assistenzebene diskutiert (vgl. Waldhausen et al. 2014). In der Schweiz wurde 2002 der Einheitsberuf Fachangestellte Gesundheit (FAGE) eingeführt (Ludwig 2015). Diese Ausbildung erfolgt nicht mehr an der Krankenpflegeschule, die an einem Krankenhaus angesiedelt ist. Sie ist eingegliedert in das staatliche Berufsschulsystem, die so genannte duale Ausbildung. *„Das Ziel, eine bessere Besetzung freier Pflegestellen in den eben genannten Einrichtungen in der Schweiz zu erreichen, ist mehr als ernüchternd: Nicht einmal 20% der Absolventen arbeitet später in diesem erlernten Beruf. Nach Angaben des Schweizer Berufsverbandes für Krankenpflege (SBK) sind es 16%. Fazit: Die generalistische Pflegeausbildung ist in der Schweiz gescheitert“* (Kristel 2011). Vielmehr nimmt die Bedeutung gemischter Teams in Pflegesettings im pflegerischen Alltag zu (vgl. Ludwig 2015, auch Behrens 2011). Die Entscheidung hin zu Pflegegeneralisten, wie sie international üblich sind, würde gemischte Teams entsprechend schmälern. Als weiterer territorialer Aspekt soll im Folgenden die internationale Anschlussfähigkeit der deutschen Pflegeausbildung untersucht werden.

6.3 Europäische Berufsanerkennung „Allgemeine Pflege“

Zur Vergleichbarkeit und vereinfachten Anerkennung von sogenannten reglementierten Berufen innerhalb Europas dient seit vielen Jahren die europäische Berufsanerkennungsrichtlinie (EU-BAR)³⁵, mit dem Ziel der Erleichterung der Arbeitnehmerfreizügigkeit. Ausgangspunkt für eine europäische Verständigung zur generalistischen Pflegeausbildung waren Richtlinien der Europäischen Union (EU) aus dem Jahr 1977, insbesondere die Koordinierungsrichtlinie (77/452/EWG und 77/453/EWG)³⁶. Diese regelte inhaltliche Vorgaben zur Ausbildung mit dem Ziel, die Ausbildung zur „Nurse responsible for general care“, also zur/zum Krankenschwester/-pfleger, die/der für die allgemeine Pflege³⁷ verantwortlich ist, innerhalb der EU zu harmonisieren. Seit 2005 gilt für Deutschland die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/-in. Für diese ergibt sich daraus ein berufsbezogenes automatisches Anerkennungsverfahren. Dieser Ausrichtung an einer generalistischen Erstausbildung folgten Strategien und Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Landenberger et al. (2002) schreiben, dass die Länder Frankreich, Großbritannien und die Niederlande über positive Erfahrungen mit einer gemeinsamen Grundausbildung für alle Pflegeberufe verfügen, geht weiter aber nicht auf Struktur, Inhalt und andere Details, wie die Pflege für alte Menschen, ein (ebd. S. 280). Die Anlage V.2.³⁸ verdeutlicht, dass bei Umsetzung der BAR die Altenpflegeausbildung, vielmehr deren Inhalte, keine Berücksichtigung finden würden. Altenpflege wäre nach den dort vorgesehenen Ausbildungsinhalten nur noch ein marginales Randgebiet. Die Anlage V.2. (siehe Anlage) beweist einmal mehr, dass Deutschland bereits eine „allgemeine Pflegeausbildung“ hat.

Seit ca. zehn Jahren nimmt die Nachfrage aus europäischen und nichteuropäischen Ländern nach der deutschen Altenpflegeausbildung zu. Viele Länder zeigen großes Interesse an der professionalisierten Altenpflege Deutschlands, die den Sozialraum und die sozialpflegerische Arbeit im Fokus hat. Eine Nachfrage nach internationalen Nachwuchskräften in Pflege, speziell der Altenpflege, Wissenschaft und Wirtschaft in

³⁵ Die Intension der EU-BAR ist die in den geregelten Berufen innerhalb der europäischen Union. Da die EU-BAR der ständigen Weiterentwicklung unterliegt, wurden 2013 weitreichende Veränderungen an der bis dahin geltenden BAR 2005/36/EG vorgenommen, die auch Auswirkungen auf die Pflegeausbildung haben. Die novellierte Fassung (EU-BAR 2013/55/EU) trat am 17. Januar 2014 in Kraft. Die Mitgliedsstaaten sind verpflichtet, die vorgenommenen Änderungen bis Januar 2016 in nationales Recht zu überführen.

³⁶ Vgl. die am 25.02.2014 archivierte Konsolidierte Rechtsakte - Richtlinie des Rates 77/452/EWG vom 27. Juni 1977 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweisen der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, und über Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr.

³⁷ Vgl. die BAR EU, siehe Anlage V.2. KRANKENSCHWESTER UND KRANKENPFLEGER, DIE FÜR DIE ALLGEMEINE PFLEGE.

³⁸ Siehe Fußnote 37 und Anlagen dieser Arbeit.

Deutschland ist absehbar. Bildungsexport ist somit im Gegenzug unabdingbar. Im Prozess der Internationalisierung können multilaterale Organisationen und Gremien (z.B. OECD, UNESCO, Carnegie-Group, ICSU u.a.) bei der Entwicklung von globalen Rahmenbedingungen und Standards, bei der Identifizierung wichtiger Themen mit globalem Forschungsbedarf sowie beim Aufbau und der Koordinierung internationaler Netzwerke wertvolle Unterstützung leisten (BMBF 2014b).³⁹

Altenpflege hat sich zu einem Exportartikel entwickelt. Zu der Forderung, dass Deutschland in der Pflegebildungsstruktur anderen europäischen Ländern folgen muss, nimmt der AAA Stellung: *„Die vorhandenen europäischen Lösungen sind keineswegs Vorbilder für eine Ausbildung von Pflegekräften auf dem Gebiet der Altenhilfe. Mit ihrer Unterscheidung zwischen Nursing und Care haben sie zu einer Ausdifferenzierung von Pflegeleistungen geführt, die konzeptionelle und administrative Aufgaben von der direkten Pflege trennt. Eine qualifizierte Altenpflege kann nur als integrative Leistung, d.h. Pflegehandlungen auf der Basis von Konzepten und Modellen, verantwortet werden. Die in Deutschland etablierte Altenpflegeausbildung stellt dies sicher. Vermehrte Anfragen nach Expertise für die Umsetzung der Ausbildung auch in anderen Ländern Europas ebenso wie die Nachfrage nach Absolventen spiegeln diese Realität“* (AAA 2007).

Ebenso zeichnet sich in der Kinderkrankenpflege ab, dass die Pflegeausbildung in einer Generationentypik sinnvoll erscheint. So trafen sich Ende April 2014 im norwegischen Oslo zum 23. Mal Vertreter der Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE) und der Berufsverband der Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD e.V.). Die Bundesvorsitzende des BeKD konsentiert: *„Dieser internationale Austausch bestärkt uns als BeKD e.V. im Einsatz für unsere Ziele und er macht deutlich, dass wir uns in der Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung weiter für den Schwerpunkt ‘Gesundheits- und Kinderkrankenpflege’ innerhalb der Grundausbildung einsetzen müssen, um die im europaweiten Vergleich befriedigende Situation der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Deutschland nicht zu verschlechtern und sich damit gegen einen europäischen Trend zu richten“* (Leupold 2014). Die EU-Anschlussfähigkeit stellt für Hoppe kein unüberwindbares Hindernis dar:

„Ich halte das Damoklesschwert EU-Anschlussfähigkeit für die falsche Perspektive. Denn wir müssen erst einmal sehen, wie viele Berufsangehörige überhaupt innerhalb der EU wandern möchten. Die Entscheidung der Anerkennung richtet sich stark danach, welche Bedarfe man

³⁹ „Lernen vor Ort“ ist eine gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung mit deutschen Stiftungen. Die Initiative schafft für Kreise und kreisfreie Städte Anreize, ein kohärentes Bildungsmanagement vor Ort zu entwickeln und zu verstetigen. „Lernen vor Ort“ ist ein zentraler Bestandteil der Qualifizierungsinitiative „Aufstieg durch Bildung“, die einen energischen Schritt für mehr und bessere Bildung und Weiterbildung in allen Lebensbereichen unternimmt. Siehe: BMBF 2014b.

hat. Und wenn die Bedarfe stark sind, ändern sich die Anerkennungsrichtlinien. Ich sehe es viel vordergründiger und bin überrascht, dass das nie passiert ist, dass man von Seiten des Bundes Bescheinigungen vorbereitet, in allen EU-Sprachen, die dann Altenpflegerinnen und Altenpfleger mitnehmen können, wenn sie sich in einem anderen Land als Berufstätige bewegen wollen“ (Hoppe 2012, Int. 1.16,00).

„Ich halte die EU-Anschlussfähigkeit für ein minderes Problem aus zwei Gründen: Erstens: Weil der europäische Gedanke zwar wichtig und gut ist und die Mobilität wichtig und gut ist, aber ich weiß nicht, ob dies unser vorrangiges Problem sein sollte, ob die bei uns Ausgebildeten anderswo beruflich tätig werden sollen und wenn man´s will, dann kann man´s erleichtern. Und dass man´s nicht erleichtert hat, obwohl man´s könnte, das kann jeder interpretieren, wie er will“ (Hoppe 2012, Int. 1.17,35).

Sahmel ergänzt dies mit dem konkreten Vorschlag:

„Wenn das sich eine Ministerin mal ernsthaft vornehmen würde, das Thema Altenpflege in der EU zu behandeln, dann würde sie wahrscheinlich in vielen Ländern, wie Norwegen, Schweden auf offene Ohren stoßen. So nach dem Motto, was können wir von Deutschland zum Thema Altenpflege lernen. Aber dazu müsste es erst mal eine Politikerin, einen Politiker geben, der sich ernsthaft für die Altenpflege einsetzen würde und der ist mir nicht bekannt“ (Sahmel 2012, Int. 1.32,00).

„Es wäre eine Idee die Altenpflege nicht nur integrativ weiterzuentwickeln, sondern die Altenpflege EU-kompatibel zu machen“ (Sahmel 2012, Int. 1.34,00).

In der internationalen Forschung zur Frage, welche Ausbildung für die Altenpflege sinnvoll erscheint und für die Attraktivität einer Pflege und Betreuung für ältere Menschen spricht, ist die Arbeit von Hasseler (2012) zu nennen. In ihrer Metaanalyse schlussfolgert Hasseler (2012), dass trotz generalistischer Ausbildung international ein hoher Personalmangel in der Altenpflege herrscht. Als Hypothesen für Personalmangel in der Altenpflege gibt sie an:

- geringes Interesse für Altenpflege auf unterrepräsentierte Inhalte gerontologischer Pflege und Praxiseinsätze
- zu wenig grundständige Qualifizierungsmöglichkeiten
- kolportierter Mythos: keine spezifische Expertise oder kritisches Denken, fachliches Wissen für Pflege älterer Menschen notwendig
- Pflege älterer Menschen als unattraktive Karriereoption
- in generalistischen Ausbildungsangeboten Reduktion der Komplexität Pflege und Gesundheitsversorgung älterer Menschen.

Hasseler (2012) benennt internationale Hinweise, dass Pflegeausbildungen weltweit nicht ausreichend die Inhalte der Pflege älterer Menschen berücksichtigen und die Pflege alter Menschen im Vergleich zur Möglichkeit akutpflegerisch zu arbeiten, als unattraktiv erachtet wird.

6.4 Ergebnisse

Altenpflegeheime haben Altenpfleger hervorgebracht – Kommunen benötigen sie heute und in Zukunft. Die Zukunft der altersassoziierten Pflege liegt im Quartier und in einem teilhabeorientierten Paradigma. Kommunen sind vor die große Herausforderung gestellt ein altersassoziiertes, nicht medizinalisiertes Teilhabemanagement zu entwickeln, zu organisieren und zu realisieren. Die Entpflichtung der Kommunen erweist sich seit der Einführung der Pflegeversicherung als nicht zielführend. Zunehmend wird diskutiert, die Verwaltungsorganisation der Pflegeversicherung auf kommunale Ebene zu verlagern (Kocka und Staudinger 2009, Deutscher Verein 2011, Schulz-Nieswandt et al. 2012, Elsbernd et al. 2014, Bertelsmann-Stiftung 2015, Naegele 2015).

Falsifikation der Hypothese 5:

Die Neuverteilung von Aufgaben verlagert die altersassoziierte Pflege in die Kommune. Hier wird die Fachexpertise und die Kompetenzen der aktuellen Altenpflege maßgeblich gefragt und nicht die einer generalistischen Pflegekraft. Dies begründet sich aus den Ausbildungsinhalten der aktuellen Altenpflegeausbildung (siehe Kap. 7.3) und der berufspraktischen Ausbildung, die den Erwerb interner altersassoziiertes Evidence durch entsprechende, spezifische Einsatzorte und -zeiträume (siehe Kap. 7.5) ermöglicht.

Die zunehmenden begrenzten Ressourcen bei der Gesundheitsversorgung (H5) dürfen nicht zu Lasten der Altenpflege neu verteilt werden. Es mag sein, dass in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege veränderte Kompetenzprofile hin zu altersassoziiertem Können gefragt sind. Dafür aber die spezifischen Kompetenzprofile der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege zu schmälern, ergibt keinen Sinn. Relevante altersassoziierte Arbeits- und Ausbildungsfelder erfordern spezielle Kompetenzen, die durch die Ausbildungsorte regional realisiert werden müssen. Sie müssen somit professionalisierbar sein. Altenhilfe wird zunehmend eine kommunale Aufgabe, die in das Mandat der Berufsgruppe Altenpflege fällt. Altenpflege entwickelt sich zunehmend zur kommunalen Daseinsvorsorge, wobei die Kompetenzen der aktuellen beruflichen Altenpflege nachweislich gefragt sind und sozialraumorientiert und nicht medizinalisiert weiterentwickelt und verankert werden sollten. Die Pflege im Alter entwickelt sich zur territorialen Frage. Eine generalistische Pflegeausbildung vernachlässigt die territoriale Perspektive um den alten Menschen, bedingt durch ihr geplantes generalistisch ausgerichtetes Ausbildungsprofil.

Falsifikation der Hypothese 6:

Bei einer Berücksichtigung der europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie würde die Fachexpertise der Altenpflege verloren gehen, zugunsten der generellen Pflege des

europäischen Arbeitsmarktes. Die Nicht-Anerkennung der Qualifikation Altenpflege im europäischen Ausland kann nicht Grund dafür sein, dass Deutschland den demografieadäquaten Beruf Altenpflege abschafft. Einer Anerkennung als generalistische Pflegekraft auf dem europäischen Arbeitsmarkt nach der aktuellen Berufsanerkennungsrichtlinie⁴⁰ (Europäische Union 2013) würde die Fachexpertise Altenpflege geopfert. International könnte die deutsche Altenpflegeausbildung Vorbildfunktion für eine zukünftige Berufsanerkennung übernehmen. Internationalisierte Bildung in der Senioren- und Gesundheitswirtschaft, konkret eine internationalisierte Altenpflegeausbildung, stellt eine wesentliche Komponente einer umfassend ansetzenden regionalen Struktur-, Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik dar, die auf die besonderen Herausforderungen einer Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft reagieren würde (vgl. Trapp und Krug 2009). Die Bestrebungen einer EU-Anerkennung einer generalisierten Pflegeausbildung stellen eine Gefährdung der deutschen altenpflegerischen Fachexpertise dar. Zur erhofften Attraktivitätssteigerung und zu berufsbildungssystematischen deutschen Berufsbildungsstrukturen wird vertiefend in der folgenden berufstheoretischen Perspektive eingegangen.

7 Berufsbildungstheoretische Perspektive

H7 *„Der Pflegeberuf soll durch eine generalistische Pflegeausbildung attraktiver und durchlässiger werden“ (Bundesregierung 2013).*

H8 *Das Berufsbild der Altenpflege ist völlig veraltet. (...) An einem überholten Bild der Altenpflege festzuhalten, bewirkt die Entprofessionalisierung eines Berufs (vgl. Werner 2014, S. 16).*

Mit der Hypothese 7 ist die Hoffnung und implizite Annahme gemein, dass das Interesse am Beruf der Altenpflege ebenso verbunden ist, wie mit dem der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege und umgekehrt (vgl. Matthes 2015, S. 8f.). Auch sollen sich durch die Zusammenlegung der drei Pflegeberufe die Attraktivität, das Image und die Durchlässigkeit⁴¹ für die Altenpflege bzw. den Pflegeberuf erhöhen. Ebenso könnte die Hypothese aufgestellt werden, dass durch die Schaffung einer generalistischen Pflegeausbildung die Entscheidung für den Pflegeberuf ganz entfällt, da dieser keine Spezifizierung und kein differenziertes Berufsprofil mehr vorsieht. Über die Attraktivität

⁴⁰ RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Text von Bedeutung für den EWR) (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22).

⁴¹ Mit Durchlässigkeit ist die Beschäftigungsmöglichkeit in den verschiedenen Berufsfeldern der Pflege gemeint. Auf eine strukturelle Durchlässigkeit im Sinne der Anerkennung der Schul- und Berufsabschlüsse geht die Bundesregierung bei dem Vorhaben „Neues Pflegeberufsgesetz“ nicht ein.

des Pflegeberufes, speziell der Altenpflege, gibt es zahlreiche und auch widersprüchliche Aussagen (Zellhuber 2003, Nölle und Goesmann 2009, Behrens et al. 2009b, Ciesinger et al. 2011, Klatt und Ciesinger 2012).

Werner (H8) hält das Berufsbild der Altenpflege für veraltet, ohne dies näher zu begründen. Ein veraltetes Berufsbild, eine mangelhafte Attraktivität und entprofessionalisierende Effekte scheinen der Argumente genug, um eine Reform anzustreben. So konsentiert auch Werner: *„Wer heute zurück will zur sozialpflegerischen Altenpflege von vor 2003 oder in Richtung Heilerziehungspflege, koppelt die Altenpflege von der Professionalisierungsdebatte in der Pflege ab und wird angesichts der demographischen Herausforderungen eine Deprofessionalisierung befördern“* (Werner 2015). Auch Riedel glaubt, dass die bekannte Altenpflegeausbildung nicht gewollt ist:

„Ich glaube es bringt nichts, ein Berufsprofil aufrechterhalten zu wollen, das die Gesellschaft und die Politik nicht will“ (Riedel 2012, Int. 1.12,00).
„Ich kann die Entwicklungen nicht verhindern, aber beeinflussen“ (Riedel 2012, Int. 1.13,00).

Welche berufsbildungstheoretischen Aspekte können einer „Wahrheitsfindung“ hinsichtlich Attraktivität und Professionalisierung dienen und Antworten geben, auf die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer generalistischen Pflegeausbildung?

7.1 Überlegungen zur Berufsbildung Altenpflege

Wird es so sein, dass Pflegende keine „Kranken“, keine „Kinder“, und keine „Alten“ mehr pflegen werden sondern „Personen“, wäre Pflege auf dem richtigen Weg, um eine am Gemeinwohl orientierte Definition für ihr Tun finden zu können. Dann würde sie aber auch keine „Patienten“, keine „Frühchen“ und keine „Bewohner“ mehr pflegen, sondern müsste ihr Klientel anders betrachten. In Folge wäre es in der Logik ebenso denkbar, dass Pflegende ihr Klientel individuell (in Einzelbetreuung) von der Geburt bis zum Tod begleiten und pflegen, ähnlich wie bei einem Hausarzt, obwohl dieser die Phase der Kindheit und der Jugend der Verantwortung der Kinderärzten übergeben hat.

Bischoff-Wanner (2001, S. 83) begründet, dass eine altersbezogene Pflege durchaus ihre Berechtigung hat, bedingt durch deren alleinige Ausrichtung am Alter. Gleichzeitig stellt sie fest, dass dies jedoch keine zeitgemäße Begründung für eine dreigeteilte Pflegeausbildung ist. Dies hat Relevanz bei der Einteilung von Personen in Bildungsgruppen und Berufszugehörigkeiten. Erst wenn eine Klassifikation von Ausbildungsberufen oder eine Klassifikation von Arbeitsplätzen gegeben ist, können Personen Berufe erwerben und ausüben. In Unterscheidung dazu üben Personen einen Job aus, bei dem in jedem Einzelfall detailliert beschrieben werden müsste, was zu tun ist (vgl. Sloga et al. 2009, S. 18). Nach Berufsbildungsbericht (BMBF 2014a) müssen sich Berufe und Ausbildungsordnungen den

kontinuierlichen Veränderungen einer wandelnden Arbeitswelt anpassen. „Nur so kann gewährleistet werden, dass Fachkräfte auch weiterhin in der Lage sind, sich einer ständig wandelnden Arbeitswelt anzupassen und sich darin zurechtzufinden“ (BMBF 2014a, S. 99). Hier greift die grundsätzliche Frage dieser Arbeit. Die Arbeitswelt hat sich entsprechend altersassoziierter Bedarfe gewandelt. Eine generalistische Pflegeausbildung würde sich entsprechend konträr positionieren. Sie zielt auf den utilitaristischen Einsatz des Pflegepersonals, ohne dass diese entsprechend der Bedarfe des Arbeitsmarktes und der Klienten qualifiziert wären. Hier würden sich Berufe nicht entsprechend einer wandelnden Arbeitswelt anpassen. Zudem hängt der wirtschaftliche Erfolg von Unternehmen in hohem Maße von deren qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ab. Die Ausbildungsordnungen für die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften werden daher kontinuierlich auf Passgenauigkeit überprüft und gegebenenfalls modernisiert. Neben bereits bestehenden Berufen gibt es jedes Jahr Berufe, die von Experten neu entwickelt oder neu geregelt werden. Sie entstehen, weil Unternehmen für neue Aufgaben und Tätigkeiten anders ausgebildete Spezialisten brauchen. Neue Berufe entstehen durch Differenzierung der Arbeit und Spezialisierung der Aufgaben und Tätigkeiten. Das geplante Vorhaben Generalistik verfolgt einen anderen Weg. Geplant ist eine Attraktivitätssteigerung durch Generalisierung.

7.2 Zur Attraktivität der Altenpflege(ausbildung)

Wie Ciesinger et al. (2011) in dem BMBF geförderten Verbundprojekt „Berufe im Schatten“ festgestellt haben, leiden diese Berufe aufgrund mangelnder gesellschaftlicher und unternehmensinterner Anerkennung an Fachkräftemangel, hoher Fluktuation und am schwachen Marktwert ihrer Dienstleistungen. Die Beschäftigten beziehen oftmals eine zu geringe Entlohnung und leiden an mangelhafter Arbeitsqualität (Ciesinger et al. 2011). Die mangelnde Wertschätzung der Altenpflege und die gesellschaftlich verankerte und politisch kommunizierte Annahme „pflegen könne Jeder“, erschwert es den Unternehmen der Branche, ihre Dienstleistungen entsprechend zu verkaufen. Es stellt sich leicht die Frage, warum die Dienstleistung der Altenpflege ihrer Fachkompetenz entsprechend bezahlt werden sollte, wenn einem seitens der Politik suggeriert wird, dass „Jeder“ diese Tätigkeit ausüben kann (Nölle und Goesmann 2009).

Die Öffentlichkeit muss dahingehend sensibilisiert werden, dass die Betreuung von bestimmten pflegebedürftigen Gruppen im Alter (psychisch Kranke, Menschen mit Demenz⁴², etc.) ein wesentlicher Bestandteil der Altenpflege ist und (nur)⁴³ von

⁴² Anmerkung der Verfasserin.

Fachkräften geleistet werden kann (vgl. Nölle und Goesmann 2009) und es nicht um eine rein quantitative Optimierung der Pflegefachkräfte gehen kann (vgl. auch Rothe et al. 2015). Die systematische Analyse von Nölle und Goesmann (2009) zur Wertschätzung der Altenpflege zeigt, dass auf allen drei Ebenen – Interaktionsebene, Organisationsebene und Gesellschaftsebene – Merkmale einer geringen Wertschätzung zu finden sind, die sowohl die Altenpfleger selbst betreffen, sowie die Öffentlichkeit negativ beeinflussen. Die Altenpfleger weisen (noch) nicht das berufliche Selbstverständnis auf, das sie für eine positivere Wahrnehmung ihrer Tätigkeiten in der Öffentlichkeit aufweisen müssten. Wenige Merkmale einer Professionalisierung des Berufsfeldes Altenpflege sind bislang so weit fortgeschritten, wie es angemessen (oder wünschenswert) wäre. Die im Projekt befragten Altenpfleger identifizieren sich sehr stark mit ihrem Beruf, drücken dies allerdings wenig professionell aus und vermitteln ihr berufliches Selbstverständnis nicht nach außen. Dies führt zu einer mangelnden Wertschätzung ihrer Leistungen (vgl. Nölle und Goesmann 2009). Die 2011 durchgeführte repräsentative Befragung der Bevölkerung von 2.528 Personen ergab hingegen die hohe Wertschätzung des Altenpflegeberufes in der öffentlichen Wahrnehmung, vor allem von den jüngsten Befragten (Ciesinger et al. 2011, Klatt und Ciesinger 2012, S. 541ff.). Bereits 1996 stellte das FFG einen Mangel an qualifizierten Altenpflegefachkräften fest (vgl. MAGS 1996, S. 145). Anders stellt sich die Situation heute auch nicht dar. Immer noch wird ein Personalnotstand in den Berufsfeldern der Altenhilfe festgestellt (Dibelius und Urzarewicz 2006, S. 245f.). Allerdings decken die Altenpfleger heute zunehmend die fortschreitenden Versorgungsbedarfe älterer, alter und sterbender und vorrangig gerontopsychiatrisch veränderter Menschen in verschiedenen Settings. *„Die Altenpflegeausbildung ist gemessen an der Ausbildungszahl einer der begehrtesten Ausbildungsberufe in Deutschland. Sie steht im Vergleich zu den beliebtesten Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz an vierter Stelle, noch vor den Kfz-Mechatronikern“*⁴⁴.

Zum Ansehen der Altenpflege folgende Interviewergebnisse der Experten:

„Altenpflege wird zusätzlich beschädigt, weil öffentlich gesagt wird, wir haben so und so viel Schulabbrecher – sollen die doch mal in die Altenpflege gehen. So etwas schadet dem Berufsprofil der Altenpflege“ (Lehr 2013, Int. 36,00).

„Altenpflege soll als Ausbildung beibehalten bleiben, aber das Ansehen muss verbessert werden. Man muss an dem Begriff was ändern. Wie zum Beispiel Senioren. Ich weiß nicht, da muss man suchen (44,00). Altenpflege muss sozialpsychologisch werden (45,00). Tierpfleger, Kinderpfleger, Raumpflegerin, Altenpfleger – was verbindet man denn damit? Wir müssten

⁴³ Anmerkung der Verfasserin.

⁴⁴ Vorlage zum Termin der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ des BMFSFJ, 9.6.2011.

einen neuen Begriff finden. Man müsste einen Wettbewerb machen“ (46,00). „Ein Pfleger ist nur etwas, was verwahrt“ (Lehr 2013, Int. 56,00).

„Die Begrifflichkeit ‘Altenpflege’ müsste sich ändern, hin zum Begriff ähnlich dem der ‘Langzeitpflege’. Der neuen ‘Langzeitpflege’ müsste mehr Verantwortung und Verhandlungsspielraum eingeräumt werden, die sich nicht nur an der Heilkunde sondern an der altersgerechten Betreuung orientiert und zwar wissenschaftlich fundiert“ (Götzer 2012, Int.).

„Es gibt immer noch Auszubildende der Altenpflege, die sich öffentlich nicht trauen zu sagen, dass sie eine Ausbildung in der Altenpflege machen, wegen des schlechten Images“ (Götzer 2012, Int.).

„Das Interesse, sich mit alten Menschen zu beschäftigen, wächst“ (Baumgarte 2012, Int. 24,30).

„Wir finden ja immer noch nicht genügend Gründe, warum die Altenpflegeausbildung in den letzten zwanzig Jahren so attraktiv geworden ist“ (Sahmel 2012, Int. 28,50).

Zur erhofften Attraktivitätssteigerung durch eine generalistische Pflegeausbildung berichtet Kristel (2011), dass die Spezialisierung das Magische ist, das die jungen Menschen in die Pflege lockt. *„Die Generalisierung schreckt ab und verschärft das Nachwuchsproblem. Der einheitliche Pflegeberuf hat einen gefährlichen Profil- und Kompetenzverlust zur Folge, besonders für die Krankenhauspflege. (...) Eine höhere Berufsattraktivität ist keinesfalls zu erwarten, das Gegenteil ist der Fall. Qualifizierte junge Menschen, die sich heute noch für den Gesundheits- und Krankenpflegeberuf entscheiden, weil der Ausbildungsschwerpunkt im Krankenhaus stattfindet, würden sich vom generalistischen Pflegeberuf abwenden, wenn sie erfahren, dass, wie in Bayern, nach dem Modellprojekt gut ein Drittel der praktischen Ausbildungszeit im Altenpflegeheim und in ambulanten Einsatzgebieten abgeleistet werden müssen“ (Kristel 2011).*

Das klare Bekenntnis zur Altenpflege von Auszubildenden ist auch Kaleve bekannt:

„Auszubildende der Altenpflege entscheiden sich im Vorfeld klar für die Altenpflege. Sie wollen nicht in die Krankenpflege. Sie wollen dies häufig wegen der Langzeit- und der Beziehungspflege, die dort stattfindet“ (Kaleve 2012, Int. 40,30).

Ganz anders schätzt dies Riedel ein:

„Eine generalistische Pflegeausbildung könnte per se zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes beitragen. Ich glaube, es ist schwer, sich für einen Sektor zu entscheiden bevor man ihn kennt, ob Alten- oder Gesundheits- und Krankenpflege. Mit einer generalistischen Pflegeausbildung hätte man das Gefühl, man ist flexibler“ (Riedel 2012, Int. 7,00).

Sie glaubt, dass die Einrichtungen der Altenhilfe für die Attraktivität ihrer pflegenden Mitarbeitenden verantwortlich sind:

„Die Einrichtungen der Altenhilfe müssen sich anstrengen attraktive Arbeitsfelder zu schaffen, damit die Pflegenden sich identifizieren können“ (Riedel 2012, Int. 50,00).

Eine mögliche und häufig prognostizierte gesteigerte Attraktivität des Pflegeberufes durch die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten und Heilkunde auf Pflegepersonal (Heilkundeübertragungsrichtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) entschärft als negativer Nebeneffekt den ärztlichen Fachkräftemangel und verschärft den Pflegefachkräftemangel (MASGF 2013, S. 246). Ferner würde die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf das Pflegepersonal dazu führen, dass die sozialpflegerischen Tätigkeiten ganz in den Bereich der Pflegeassistenz verlagert werden (Twenhöfel 2011, S. 10).

Die Wertschätzung und das Ansehen von bestimmten Dienstleistungsberufen entsprechen nicht ihrem tatsächlichen Wert. Das betrifft insbesondere das Berufsfeld der Altenpflege, in ihrer andauernden Beziehungsklärung zur Krankenpflege (vgl. Hammer 1994, S. 116, vgl. Nölle und Goesmann 2009). Hinweise auf Schwächen zerstören auf Dauer die Lernmotivation und das Selbstwertgefühl. Eine Überforderung der theoretischen Ausbildung und der praktischen Einsatzgebiete, wie sie die Generalistik fordert (siehe Kap. 3.1), und ein unspezifisches Berufsprofil können zu demotivierenden Selbstwertgefühlen und zum Abbruch der Ausbildung führen (vgl. die Ergebnisse von Becker und Meifort 1997, 1998⁴⁵). Eine generalistische Pflegeausbildung wird weniger Wege in den Beruf, eine geringere Attraktivität für die Pflege alter Menschen und einen zunehmenden Pflegenotstand bewirken (Kriesten 2011, 2014c, 2015a). Das vorliegende Altenpflegegesetz (2003) wurde vorrangig als Reaktion auf den herrschenden Pflegenotstand geschaffen (vgl. Zellhuber 2003, S. 92). Der gleiche Anlass zur Reform der generalistischen Pflegeausbildung liegt jetzt vor, nur mit dem Unterschied, dass nun die Fachexpertise der Altenpflege verlorengehen würde. In der von Matthes (2015) aktuell durchgeführten Studie zur „Attraktivitätssteigerung durch Reform der Pflegeberufe“, bei der Jugendliche vor der Berufswahl befragt wurden, wurde deutlich, dass das Interesse an den verschiedenen Pflegeberufen nicht gleich stark ausgeprägt ist. Insbesondere Jugendliche, die sich für den Beruf Gesundheits- und Kinderkrankenpflege interessieren, haben häufig kein Interesse am Beruf der Altenpflege. Vielseitige berufliche Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten sind den befragten Jugendlichen bei der Berufswahl durchaus wichtig. Sie schätzen diese im geplanten generalistischen Pflegeberuf zwar besser ein als in der Altenpflege, jedoch schlechter als in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Inhabern des geplanten generalistischen Pflegeberufs werden kaum Eigenschaften zugeschrieben, die das Ansehen des Berufes fördern. Statt vom positiveren Image der

⁴⁵ 60% fordern für die Ausbildung „mehr praktische Anleitung“, 42% würden sich „qualifiziertere Praxisanleiter“ wünschen und immerhin noch 31% – fast ausschließlich jüngere Ausbildungsteilnehmer – hätten sich eine „bessere Betreuung der Praktika“ durch die ausbildende Schule gewünscht.

Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zu profitieren, scheint der geplante generalistische Pflegeberuf eher Gefahr zu laufen, das negativere Image des Altenpflegeberufs zu übernehmen (vgl. Matthes 2015, S. 11ff.). Würde sich diese Studie bewahrheiten, nähme der Pflegeberuf in Gänze Schaden. Der beabsichtigte Attraktivitätsgewinn würde sich nicht realisieren, und die Fachexpertise Altenpflege wäre über die Pflegeausbildung nicht mehr zu erlangen. Um den Verlust der Fachexpertise der Altenpflege in einer generalistischen Pflegeausbildung greifen zu können, müssen die Ausbildungsinhalte und die berufspraktische Ausbildung auf vakante Verluste hin untersucht werden.

7.3 Vakante Ausbildungsinhalte der Altenpflege

Inhalte, die aktuell in der Altenpflegeausbildung (AltpfLG 2003 und AltPflAPrV 2002) vorgesehen sind und bei der Umsetzung der Generalistik und dem Wegfall einer Generationentypik wegfallen würden, sind die in Tabelle 2 aufgeführten. Der Wegfall begründet sich aus den bislang vorgelegten Curricula der Modellprojekte. Weiter wurden für den Vergleich das Heidelberger Curriculum (Schmidt-Richter 2012), die generalistische Pflegeausbildung in Modulen (Kühn-Hempe und Thiel 2013) und European Nursing Care (Panke-Kochinke et al. 2015) und die Anlage V2 (siehe Anlage) der Europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie herangezogen.

Tabelle 2 *Vakante Ausbildungsinhalte der Altenpflege*
Quelle: *AltPflAPrV 2002*

Aktuelle Lernfelder	Inhalte	Umfang
1.1. Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen	Alter, Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit, Konzepte, Modelle und Theorien der Pflege, Handlungsrelevanz von Konzepten und Modellen der Pflege anhand konkreter Pflegesituationen, Pflegeforschung und Umsetzung von Forschungsergebnissen, Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Biografiearbeit, Pflegerelevante Grundlagen der Ethik	80
1.2. Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren	Wahrnehmung und Beobachtung, Pflegeprozess, Pflegediagnostik, Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege, Grenzen der Pflegeplanung, Pflegedokumentation, EDV	120
1.3. Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen	Pflegerelevante Grundlagen, insbesondere der Anatomie, Physiologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Psychologie, Arzneimittelkunde, Hygiene und Ernährungslehre, Unterstützung alter Menschen bei der Selbstpflege, Unterstützung alter Menschen bei präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, Mitwirkung bei geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitationskonzepten, Umgang mit Hilfsmitteln und Prothesen, Pflege alter Menschen mit eingeschränkter Funktion von Sinnesorganen, Pflege alter Menschen mit Behinderungen, Pflege alter Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen, Pflege infektiöser alter Menschen, Pflege multimorbider alter Menschen, Pflege alter Menschen mit chronischen Schmerzen, Pflege alter Menschen in	720

	existentiellen Krisensituationen, Pflege dementer und gerontopsychiatrisch veränderter alter Menschen, Pflege alter Menschen mit Suchterkrankungen, Pflege schwerstkranker alter Menschen, Pflege sterbender alter Menschen	
2.1. Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	Altern als Veränderungsprozess, Demografische Entwicklungen, Ethniespezifische und interkulturelle Aspekte, Glaubens- und Lebensfragen, Alltag und Wohnen im Alter, Familienbeziehungen und soziale Netzwerke alter Menschen, Sexualität im Alter, Menschen mit Behinderung im Alter	120
2.2. Alte Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung unterstützen	Ernährung, Haushalt, Schaffung eines förderlichen und sicheren Wohnraums und Wohnumfelds, Wohnformen im Alter, Hilfsmittel und Wohnraumanpassung	60
2.3. Alte Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbst organisierten Aktivitäten unterstützen	Tagesstrukturierende Maßnahmen, musische, kulturelle und handwerkliche Beschäftigungs- und Bildungsangebote, Feste und Veranstaltungsangebote, Medienangebote, Freiwilliges Engagement alter Menschen, Selbsthilfegruppen, Seniorenvertretungen, Seniorenbeiräte	120
3.1. Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	Systeme der sozialen Sicherung, Träger, Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, Vernetzung, Koordination und Kooperation im Gesundheits- und Sozialwesen, Pflegeüberleitung, Schnittstellenmanagement, Rechtliche Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit, Betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit	120
3.2. An qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mitwirken	Rechtliche Grundlagen, Konzepte und Methoden der Qualitätsentwicklung, Fachaufsicht	40
4.1. Berufliches Selbstverständnis entwickeln	Geschichte der Pflegeberufe, Berufsgesetze der Pflegeberufe, Professionalisierung der Altenpflege; Berufsbild und Arbeitsfelder, Berufsverbände und Organisationen der Altenpflege, Teamarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Ethische Herausforderungen der Altenpflege, Reflexion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns	40

Die praktische Ausbildung in der Altenpflege (AltPflAPrV 2002) umfasst 2.500 Stunden und sieht aktuell im jeweiligen altenpflegespezifischen Einsatzfeld den alten Menschen vor:

1. Kennenlernen des Praxisfeldes unter Berücksichtigung institutioneller und rechtlicher Rahmenbedingungen und fachlicher Konzepte.
2. Mitarbeiten bei der umfassenden und geplanten Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und Mitwirken bei ärztlicher Diagnostik und Therapie unter Anleitung.
3. Übernehmen selbstständiger Teilaufgaben entsprechend dem Ausbildungsstand in der umfassenden und geplanten Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und Mitwirken bei ärztlicher Diagnostik und Therapie unter Aufsicht.
4. Übernehmen selbstständiger Projektaufgaben, z. B. bei der Tagesgestaltung oder bei der Gestaltung der häuslichen Pflegesituation.
5. Selbstständig planen, durchführen und reflektieren der Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und Mitwirken bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie unter Aufsicht.

Der Wegfall einer altersspezifischen praktischen Pflegeausbildung (siehe Kap. 3.1) wird nicht nur Auswirkungen auf den Erwerb interner Evidence und auf die Handlungskompetenz haben (Kap. 7.5 und 7.6). Bislang wurde versäumt die Inhalte einer generalistischen praktischen Ausbildung verbindlich festzulegen (siehe Kap. 3.1). Wie Becker (2003, S. 98) bereits bei der letzten Reform der Alten- und Krankenpflegeausbildung kritisierte, werden *„lediglich abstrakte Fertigkeitsvorstellungen und individuelle Dispositionen angesprochen, die sämtliche gängigen berufspädagogischen Standards völlig außer Acht lassen“*. Die sozial-gerontologische Fachexpertise wäre offenkundig aus der generalistischen Pflegeausbildung ausgeklammert und müsste bestenfalls in den Weiterbildungsbereich verlagert werden. Die von Becker geforderte Berücksichtigung berufspädagogischer Standards im Sinne von Kompetenzen zur professionellen Steuerung und Gestaltung pädagogischer Situationen im Handlungsfeld von Theorie und Berufspraxis liegen bislang nicht vor.

Hierzu intervenieren die Experten:

*„Zur Weiterentwicklung des Altenpflegeberufes müsste ein hohes spezifisches Wissen in die Ausbildung mit einer Ausrichtung, vor allem auch an ethischem Wissen, ausgerichtet an der Selbstbestimmung der Alten und des Respektes davor, dass Menschen ihr Leben immer noch selbst bestimmen, egal wie alt oder dement und dabei weg von der medizinischen Perspektive, wie der Erhalt des Body-Mass-Index bei Dementen“
(Baumgarte 2012, Int. 37,50-38,50).*

*„Es gibt einen dringenden Bedarf an altersbezogener Forschung. Es gibt z.B. überhaupt keine Forschungsergebnisse darüber, wie verändern sich Laborwerte im höheren Alter. Oder Genderforschung oder wie sind Standardwerte im Alter ist ein Thema“
(Baumgarte 2012, Int. 38,50-40,15).*

*„Die Altenpflege hat den Bedarf an Schärfung ihres Berufsprofils. Dies würde ich aber auch für viele andere Berufe sehen, wie den der sozialen Arbeit. Erst einmal muss in der dreijährigen Ausbildung Identität und Handlungssicherheit entwickelt werden“
(Hoppe 2012, Int. 40,00).*

*„Die Generalistische wird kommen, das ist klar und das hat seine Berechtigung, aber wir müssen uns da einbringen, weil die Altenhilfe die Fachexpertise braucht“
(Riedel 2012, Int. 1.11,00).*

„Wir sind gefordert, dass was in der Altenpflege entstanden ist, weiterzuentwickeln und zu erhalten“ (Riedel 2012, Int. 19,00).

„Bei allen, die sagen, ich nehme lieber eine Altenpflegerin, spielt die sozial-gerontologische Ausbildung die entscheidende Rolle“ (Sahmel 2012, Int. 29,00).

Bei Verlust der Ausbildungsinhalte der Alternswissenschaften, Alternstheorien, Erkenntnisse der Alternsforschung, Gerontopsychologie, und -psychiatrie, Alterssoziologie, Geragogik, Interventionsgerontologie, historisch biografischer Kenntnisse, der Sozialraumorientierung (Wohnen und Lebensraum), sowie fachspezifischer Rechtswissenschaften und Managementkenntnissen usw. zugunsten standardisierter Pflegekenntnisse, die auf Menschen aller Altersgruppen zutreffen, wird deutlich, dass die Beziehungsarbeit und der professionelle Erwerb interner Evidence (Behrens und Langer 2010b) keine wesentliche Rolle in der generalistischen Pflegeausbildung spielen kann (siehe Kap. 7.5). Hanussek (2005) weist darauf hin, dass eine für eine Profession notwendige Beziehungsebene durch eine Standardisierung der Leistung nicht herstellbar ist (vgl. Hanussek 2005, S. 194). Die Standardisierung und Verknappung von altersspezifischem Pflegewissen und -können wurde bereits in den durchgeführten Modellprojekten festgestellt, aber nur wenig publik gemacht.

7.4 Ergebnisse der Modellprojekte Pflegeberufe

In den Jahren 2003 bis 2008 wurden 43 wissenschaftlich begleitete Modellprojekte zur „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ durchgeführt und von Stöver (2010) systematisch untersucht. Alle Modellprojekte variieren hinsichtlich Grundtyp, Ausbildungsdauer, Anzahl der zu erlangenden Abschlüsse und sind somit kaum vergleichbar. Der Begriff Weiterentwicklung lässt eine Optimierung vermuten. Tatsächlich hatten die Modellprojekte zum Ziel, die drei Berufe zusammenzuführen (BMFSFJ 2008, S. 150, Oelke und Menke 2005, S. 53f., Müller 2009). Eine berufsspezifische inhaltliche Weiterentwicklung war nicht gegeben. Hervorzuheben ist der Modellversuch zur „Integrierten

Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege“ auf der Grundlage eines vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) unter Berücksichtigung der geltenden Berufsgesetze entwickelten Ausbildungs- und Prüfungskonzepts (Becker 2006a), da die berufsübergreifende, integrierte Ausbildung sich durch ein dualisiertes Ausbildungscurriculum auszeichnet, mit Beibehaltung der altenpflegerischen Fachexpertise.

An dem vom BMFSFJ (2008) und vom Europäischen Sozialfonds geförderten Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ waren acht Projekte von acht verschiedenen Trägern in acht Bundesländern und rund 300 Auszubildenden beteiligt. Da die Berufsausbildungsgesetze keine andere Möglichkeit zulassen, wurde in allen Modellen nach Abschluss der dreijährigen Ausbildung der Berufsabschluss in einem der drei Pflegeberufe vergeben. Allerdings wurden verschiedene Formen der Integration erprobt: in drei Fällen (Berlin, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) wurden drei Ausbildungsgänge Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zusammengeführt, in den übrigen fünf ging es lediglich um die Integration von Krankenpflege und Altenpflege. Drei Modelle (Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) erprobten eine generalistische Ausbildung (mehr als 90% gemeinsame Anteile). In den übrigen ging es um eine integrierte Ausbildung (mit über 60% gemeinsamen Anteilen), in drei Modellversuchen (Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz) bestand die Möglichkeit, durch ein Aufbaumodul von sechs Monaten einen zweiten Berufsabschluss zu erwerben (vgl. hier auch die kritischen Ausführungen von Sahmel 2010).

Die aus den Modellprojekten hervorgegangenen Curricula sind dadurch charakterisiert, dass sie die Generationentypik der bisherigen Pflegeberufe überwinden, in dem sie ein generalistisches oder integratives, bzw. integriertes Berufsprofil (siehe Kap. 3.4) zugrunde legen. Primäres Interesse dieser Vorhaben und Evaluationen war herauszufinden, welche theoretischen Ausbildungsinhalte und praktischen Einsatzorte von allen drei Ausbildungen gleichermaßen in Anspruch genommen werden könnten. Vernachlässigt wurde hierbei die Frage nach der Passgenauigkeit der Berufe für den Arbeitsmarkt, die Kundenperspektive und ob sie den sich entwickelnden Versorgungsbedarfen entsprechen (Lehman et al. 2014, S. 150). Insbesondere wurde die Frage nach den Besonderheiten der berufsfeld-eigenen Aufgaben der Altenpflege und der damit verbundenen Kompetenzen nicht gestellt. Weiter wurden Fragen nach der Finanzierung und deren Auswirkungen, sowie anderer struktureller und systemischer Auswirkungen einer „Generalistik“ vernachlässigt. Die aus den Modellprojekten gewonnenen Evaluationsergebnisse stellen aktuell die Basis für die geplante Generalisierung der drei Pflegeberufe dar (siehe z.B. Heidelberger Curriculum, Kap. 1 (Schmidt-Richter 2012)).

Auch wenn die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung⁴⁶ belegen, dass generalistische Ausbildungsangebote möglich sind, so wird bisher nicht befriedigend nachgewiesen, dass sie den Ausbildungsgängen in den Einzelberufen überlegen sind (vgl. Dielmann 2009, S. 47). Die Begleitforschung kommt demgegenüber zu einem durchgängig positiven Urteil: *„Im Modellvorhaben hat sich gezeigt, dass mit einer integrierten Pflegeausbildung eine berufsfeldbreite Qualifizierung sichergestellt und gleichwohl eine berufsfachliche Vertiefung ermöglicht wird“* (Abschlussbericht BMFSFJ 2008, S. 206).

Die Integration Altenpflegerischer Themen in die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung macht die Dominanz deutlich. Die Berücksichtigung krankenpflegerischer Themen in die Altenpflegeausbildung war in keinem Modellprojekt vorgesehen. Vielmehr ging es um die *„Integration der Pflege älterer Menschen“* (BMFSFJ 2008, S. 135). Hinzuweisen ist auch auf die geringe Erfolgsquote bei den Absolventen. Von den 308 Schülern haben lediglich 78% erfolgreich abgeschlossen, also 22% haben abgebrochen oder nicht bestanden. Kristel, Leiter der Krankenpflegeschule am Klinikum Bayreuth bestätigt, dass die Abbrecherquote in den bisher durchgeführten Modellversuchen höher war als in der jetzigen Form der Ausbildung. Zahlreiche Kursteilnehmer solcher generalistischen Modellversuche haben sich bei Kristel um einen Schulwechsel beworben. Als Gründe gaben sie an: *„Die Unterschiedlichkeit der Versorgungssysteme Krankenhaus, Altenpflegeheim und ambulante Pflege erlebten sie als chaotisch und führte zur Überforderung. Grund dafür sind z.B. verschiedene Träger mit unterschiedlicher Unternehmenskultur, grundverschiedene Anforderungen und Erwartungen, andere Arbeitsabläufe und Pflegeempfänger. Nach den Vorstellungen der Befürworter können generalistisch ausgebildete Pflegekräfte überall arbeiten. Sie genügen den fachlichen und menschlichen Anforderungen auf der hoch technisierten Intensivstation, der Säuglingsstation, der psychiatrischen Station, der Dementenstation im Altenpflegeheim oder zu Hause in den eigenen vier Wänden des Patienten. Diese Vorstellung ist utopisch. Abgesehen von der immensen Vielfältigkeit der Pflegeeinsatzgebiete unterliegt jedes Versorgungssystem für sich einem hohen Tempo dynamischer Entwicklung, dem bei häufigem Wechsel nicht nachgekommen werden kann“* (vgl. Kristel 2011). Ebenso beschreibt er eine Abwanderung aus der Altenpflege. Der Vorstand des Diakonischen Werkes in Bayern betont in seinem Schreiben vom 10. Mai 2010, dass Erfahrungen mit dem Modellversuch zeigen, dass sich nahezu keine dieser generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte für die Altenpflege interessieren. Sie wandern aus der Altenpflege ab und

⁴⁶ Durchgeführt durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung / DIP und das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands / WIAD.

möchten im Krankenhaus arbeiten (vgl. Kristel 2011). Die Bewertung durch die Lehrenden zu Modellende ergab folgende Ergebnisse: Der bisherige Verlauf des Modellprojekts ist voll zufriedenstellend: 5% trifft gar nicht zu, 13% trifft eher nicht zu, 27% trifft teils zu, teils nicht zu, 39% trifft eher zu, 16% trifft ganz und gar zu. Dies wird im Rahmen des Berichts als Erfolg beschrieben. Der Bericht (BMFSFJ 2008) kommt zu der Empfehlung einer generalistischen Zusammenführung von Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung.

Der Beirat schließt auch noch die Kinderkrankenpflegeausbildung mit ein, obwohl hier der Bericht am deutlichsten grundsätzliche Bedenken der Beteiligten skizziert. Durch Rückmeldungen der Modellprojekte wurde deutlich, dass Altenpflege Themen von besonderem Interesse für die Gesundheits- und Krankenpflege sind. Ähnliche Rückmeldungen bezüglich der Relevanz der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege für die Altenpflege haben sich nicht feststellen lassen. In den Einrichtungen der Krankenpflege sahen sich über die Hälfte der Auszubildenden (53%) nur teilweise zur praktischen Umsetzung des Wissens in der Lage, positiv votierten lediglich zwei Fünftel (31% eingeschränkt und 8% voll), 9% schätzten das entsprechende Potenzial negativ ein (BMFSFJ 2008, S. 122). Das im Bericht „Pflegeausbildung in Bewegung“ (BMFSFJ 2008) zugrunde gelegte Verständnis der professionellen Beziehung zu Menschen mit Pflegebedarf weicht deutlich vom Verständnis von Altenpfleger/innen zu ihren Klienten ab.

Zu den Effekten der gemeinsamen Ausbildung auf das berufliche Selbstverständnis kann festgestellt werden, dass im Verlauf der Modell-Ausbildung es die Schülerinnen und Schüler zunehmend unterließen, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Lebenspraxis der Pflegeempfängerinnen und -empfänger zu fokussieren. Sie trafen dabei zwar weniger Aussagen, die auf die Bevormundung der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger verwiesen, allerdings auch seltener solche, die auf eine situationsangepasste Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung hindeuteten (BMFSFJ 2008, S. 170). Insgesamt fokussiert der Bericht die Nähe der Medizin als essentiell für das berufliche Selbstverständnis und fragt diese auch als „Erfolgskriterien“ im Sinne der Projektziele ab. Die Orientierung an sozialen, psychosozialen und gerontologischen Disziplinen wird als Faktor noch nicht einbezogen. Edelman (2014, S. 31), Leiter eines KWA Bildungszentrums, stellt fest: *„Altenpflege ist eine eigene Profession. In einer Hochtechnologie-Gesellschaft, in der sich Ärzte, Ingenieure und viele andere Berufsgruppen spezialisieren, ist es falsch und schlichtweg ein Unding, über den umgekehrten Weg nachzudenken. Wir wünschen uns sehr, dass unsere selbsternannten Pflegeexperten den*

Abschlussbericht der Modellversuche genau lesen. Absolventen berichten dort unter anderem, dass vieles nur oberflächlich behandelt werde, zu viel vermischt werde, und sie doch lieber gleich Krankenpflege gelernt hätten. Wann endlich wird sich die Altenhilfebasis ihrer berufsständischen Identität bewusst und bezieht eine klare Position, die die Gesellschaft und vor allem die Politik nicht überhören kann?“ Dielmann (2011, S. 14) resümiert: *„Eine valide Aussage, dass integrierte und/oder generalistische Ausbildungsgänge den Anforderungen der verschiedenen Arbeitsfelder besser als die bisher spezialisierten Ausbildungen entsprechen, konnte aber nicht getroffen werden“.* Auch in der 2011 im Auftrag des BMBF durchgeführten Expertenbefragung wurde „mehrfach geäußert“, dass man sich in den generalistisch ausgerichteten Modellausbildungen auf die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung konzentriere und den Bereich der Kinderkranken- und der Altenpflege, sowie allgemein die Langzeitversorgung im ambulanten Sektor vernachlässige (Lehmann et al. 2014, S. 159). Sahmel spricht im Zusammenhang der durchgeführten Modellprojekte von einer:

*„(...) fatalen Rolle von Politik zum Thema Altenpflege“ (Sahmel 2012, Int. 29,50).
„Das BMFSFJ hat viel Geld für Modellprojekte ausgegeben, bei denen überprüft wird, ob die Pflegeberufe zusammengeführt werden. Herausgekommen ist doch nicht eine Gleichwertigkeit von Altenpflege und Krankenpflege. Bei den Modellprojekten ist herausgekommen, dass die Altenpflege keine Rolle spielt“ (Sahmel 2012, Int. 30,00).*

Sahmel geht sogar so weit:

„Die Politik hat versagt: Nach den Eckpunkten reichen zwei kurze Einsätze in der Altenpflege und das war's. Alle Alten sind auch krank“ (Sahmel 2012, Int. 32,00).

Ein weiteres Ergebnis war, dass im durchgeführten Modellprojekt nach Heidelberger Curriculum nur noch 7% der Pflegeauszubildenden an der Pflege alter Menschen interessiert waren (Schmidt-Richter 2012, S. 142f.). Die Breite der Ausbildung führt zur Oberflächlichkeit und verhindert eine vertiefende Qualifizierung (ebd. S. 144). Aus Sicht des Lehrpersonals an Krankenpflegeschulen wird zwar vom *„Erweiterten Verständnis, Wissen und kritischem Hinterfragen über die Versorgung von alten Menschen durch Einsatz im Pflegeheim, Biografiearbeit und Unterrichte“* (Schmidt-Richter 2012, S. 146) gesprochen. Es gibt jedoch keine Evaluationsergebnisse von Lehrenden aus Altenpflegeschulen zum Verlust des Altenpflegespezifischen Verständnisses, Wissens und kritischen Hinterfragens durch die Generalistik. Ebenso liegen keine Evaluationsergebnisse über den Outcome der generalistischen Pflegeausbildungen in Wirkung auf alte Menschen vor. Der Fokus aller Modellprojekte lag auf berufspädagogisch, curricularen Aspekten. Die Qualität der Ergebnisse zu den Modellprojekten ist wissenschaftlich als sehr gering einzuschätzen, da keine vergleichbaren Untersuchungsgruppen und jeweils kleine Fallzahlen zugrunde gelegt wurden. Bei der Gestaltung einer Pflegeausbildung stellt sich grundsätzlich die

Frage: Welches Wissen und welche Erfahrung führen zur Berufsfähigkeit und zur professionellen pflegerischen Handlung, die immer auch begründungspflichtig ist?

7.5 Zum Erwerb interner und externer (altersassoziierter) Evidence

Die Frage, ob der Erwerb einer Berufsfähigkeit während, nach der Ausbildung oder erst nach einer sich daran anschließenden inhaltlich spezifizierenden Weiterbildung erfolgen soll, verdeutlicht die potenziellen Auswirkungen auf die Bildungssystematik. In welcher Phase soll eine begründbare, professionelle pflegerische Handlungsentscheidung von Pflegegeneralisten getroffen werden können? Zudem stellt sich die Frage nach dem Erwerb generationentypischen Wissens und Könnens. Eine generalistische Pflegeausbildung führt zu generalistischem Wissen und im besten Falle auch Können, ohne Berücksichtigung einer systematischen, theoretisch begründeten Generationentypik⁴⁷. Am Beispiel des biogerontologischen Wissens zu Sehen und Hören im Alter oder am Beispiel der Pflege von Menschen mit Demenz ergibt sich die Frage: Wie handeln Auszubildende der Pflege mit oder an ihren Klienten, wenn sie während ihrer Ausbildung kein generationentypisches Wissen erlangen und keine ausreichende interne Evidence⁴⁸ erfahren können? Der Erwerb atheoretischen Wissens geschieht durch Zufälle, Erfahrungen und Situationen, die nicht theoriegeleitet erfolgen. Wissen, welches in sogenannten konjunktiven Erfahrungsräumen (Mannheim 1980) entsteht, ist ein implizites und weitgehend atheoretisches Wissen, das kaum explizit abgefragt werden kann und sich in dem ‚Wie‘ sozialer Handlungen und Äußerungen ausdrückt bzw. dokumentiert (Mannheim 1980). Hinzu kommt der Habitus (Bourdieu 1997) des Ausführenden einer pflegerischen Intervention, der sich individuell in seiner Gesamtheit durch persönliche Vorlieben, Gewohnheiten und die Art seines Sozialverhaltens ausdrückt. Erfolgt Pflege im Sinne einer Generationentypik atheoretisch, so bedeutet dies, dass von den hierüber Wissenden bewusst auf ein spezielles theoretisches Rüstzeug verzichtet wird (vgl. Soziales Feld und Habitus (Bourdieu 1997)). Dem Akteur ist sein Wissen, aber auch sein Nichtwissen häufig nicht klar. Das Agieren in konjunktiven Erfahrungsräumen kann nur zu ungeplanten Überraschungen führen, die dem Zauberberuf (Behrens und Langer 2010a, S. 35ff.) als Ursprung des Pflegehandelns gleicht. Gemeinsame Interaktionen und gemeinsame Erfahrungsräume schaffen Verständigung

⁴⁷ Vergleiche hier die bereits erwähnte Hypothese 4: „Weil die Grundelemente der Pflege immer dieselben sind, macht es keinen Sinn bei den Versorgungssystemen zwischen alten und jungen Patientinnen, Patienten oder Pflegebedürftigen zu unterscheiden“ (Westerfellhaus 2014).

⁴⁸ Behrens (2008b, 2009a) unterscheidet: Externe Evidence: verlässliche Erfahrung Dritter und interne Evidence: was ich nur von mir selbst wissen und in der Begegnung klären kann (Ziele, Empfindungen, „outcomes“, Qualität...).

und sind bedeutsam zur Erlangung interner Evidence. Pflegende, auch Auszubildende der Pflege, sind in ihren Handlungen den zu Pflegenden gegenüber verpflichtet. Pflegende müssen als Profession valide Evidence der Ergebnisse ihres professionellen Handelns produzieren. Die Entscheidung für eine pflegerische Intervention sollte auf solider Evidence basieren. *„Das Verhältnis von externer und interner Evidence hat erhebliche Folgen für die Aus-, die Fort- und die Weiterbildung in Pflege- und Gesundheitsberufen. Die Aneignung von Lehrbuchwissen mit Standardregeln reicht keineswegs und führt häufig zu einer unangemessenen, respektlosen Haltung gegenüber Klienten; stattdessen geht es darum, Fähigkeiten zur Erschließung externer und zum Aufbau interner Evidence mit den KlientInnen (sic) zu erwerben“* (Behrens 2008b, vgl. Barre 2014). Interne Evidence entsteht auf der Seite der Pflegenden durch Erfahrungen in einem professionstypischen Setting. Die Qualität der Erfahrungen hängt zudem vom Bekanntheitsgrad eines Settings und von professionstypischen Arbeitsbündnissen ab (Behrens und Langer 2010a, vgl. auch die Ausführungen von Oevermann 1997, insbesondere S. 122). Wesentlich hierbei ist der Klientenbezug. *„Pflegerische und Therapeuten können meist nicht am Pflegebedürftigen oder Patienten, sondern nur mit ihm hilfreich wirken. Denn diese pflege- oder therapiebedürftigen NutzerInnen (sic) sind nicht Konsumenten von ihnen unabhängig zu erstellender Produkte, sondern durch ihre Nutzung erzeugen sie die Pflege- oder Therapieleistung“* (Behrens 2008b). Das fälschliche Agieren am Klienten (im Gegensatz zu: mit ihm) verdeutlicht das wesentliche Paradigma, welches eine generationentypische, theoriegeleitete Pflegeausbildung begründet und unabdingbar macht. Während einer Pflegeausbildung bedarf es einer professionellen Lehre und Theorieleitung (auch) zur Erlangung interner Evidence in professions- und generationentypischen Erfahrungsräumen⁴⁹, in denen theoriegeleitet Arbeitsbündnisse zwischen Klient und Auszubildendem auf Augenhöhe durch den *„Vollzug einer lebendigen, zukunfts-offenen Beziehung“* (vgl. Oevermann 1997, S. 122) entwickelt werden können. Dieses Moment bedarf der Lehre und einer ausreichenden Zeit und kann nicht dem Zufall überlassen bleiben. Vielmehr bedarf es eines didaktisch und methodisch begründbaren Erlernens von Beziehungsarbeit, um professionelles Handeln zu ermöglichen. Ein Mensch generiert sein implizites Wissen aufgrund der von ihm gemachten Erfahrungen, seiner Geschichte und seines Lernens. Dieses Erfahrungswissen ist allerdings nur teilweise reflektierbar (vgl. Willke 2001, S. 12f.). Professionelles, pflegerisches Handeln muss regelhaft reflektiert werden, reflektierfähig sein und darf nicht ausschließlich durch impliziertes Wissen begründet sein (Scholz 2008).

⁴⁹ Als Beispiel können hier die unterschiedlichen Settings: Intensivstationen für frühgeborene Kinder und Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz angeführt werden, die ein spezielles generationentypisches Pflegehandeln erfordern.

Dem Gegenstand der Pflegewissenschaft ist vielmehr die Bedeutung der internen Evidence mit eigenen Methoden, im Sinne einer Handlungswissenschaft und nicht im Sinne einer Kunst zugänglich zu machen. Erst durch den Aufbau interner Evidence ist die externe Evidence für den Einzelfall nutzbar zu machen (vgl. Behrens 2005 und 2011). Folgt man der Logik, dass aus der Erfahrung Dritter (externer Evidence) keine Interventionen im Einzelfall ableitbar sind, sondern des Aufbaus interner Evidence in der Begegnung bedarf, um die Anwendbarkeit und Relevanz für den einzigartigen Patienten oder Klienten (Behrens 2011) bestimmen zu können, so kann festgestellt werden, dass es ohne Erfahrung keine gegenstandsbezogene, situationsspezifische Theorie geben kann.

Nonaka und Takeuchi (1997) beschreiben, dass es grundsätzlich zwei Arten von Wissen gibt: das explizite Wissen, das Büchern und beschriebenen Verfahren zu entnehmen ist, und das implizierte Wissen, welches über Erfahrungen erworben werden kann. Explizites Wissen kann problemlos von Mensch zu Mensch weitergegeben werden (Nonaka und Takeuchi 1997, S. 8, vgl. auch Scholz 2008). Impliziertes Wissen jedoch entzieht sich formalem sprachlichem Ausdruck und umfasst Wertesysteme, persönliche Überzeugungen und Perspektiven (vgl. ebd. S. 8) und ist Anlass zu menschlichem Verhalten. Für den Prozess des „Wissen Schaffens“ stellt die soziale Interaktion die Basis dar, auf der *„sich implizites und explizites Wissen durch diesen Umwandlungsprozess sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht“* erweitert (vgl. Nonaka und Takeuchi 1997, S. 73).

Die Gefahr, dass bei einer generalisierten Pflegeausbildung interne Evidence nicht ausreichend aufgebaut werden kann, ist gegeben, bedingt durch die nur marginale Vorhaltung der bedeutenden sozialen Interaktion im Ausbildungsprozess (vgl. Kühn-Hempe und Thiel 2013). Die Klärung, was mein Klient will und wessen er bedarf, erfordert reale Lernorte mit ausreichend Handlungsspielräumen und Reflexionsmöglichkeiten. Das gesicherte altersassoziierte Wissen aus der Erfahrung Dritter (externe Evidence) hat sich aus der realen Arbeit mit den älter werdenden Menschen entwickelt und bedarf einer spezifischen Weiterentwicklung. Berufsfähigkeit kann nur durch Hinzuwirken interner Evidence entwickelt werden. Altersassoziierte professionalisierte Handlungs- und Wissenschaftskompetenz sollte sich vielmehr am Klienten und am folgenden Paradigma orientieren: *„Was ist das individuelle Teilhabebedürfnis?“* (Behrens 2015 im Gespräch). Das individuelle Teilhabebedürfnis als Maßstab für die Entscheidung einer Pflegeintervention ist bislang regelhaft als Ausbildungsinhalt einer generalistischen Pflegeausbildung vorgesehen. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Teilhabe überhaupt in den

Gegenstandsbereich von Gesundheit fällt⁵⁰ (vgl. Behrens 2008a, S. 185ff.). Die Gefahr, dass durch eine gemeinsame Pflegeausbildung der professionellen Pflege altersassoziierte Lern- und Forschungsorte und somit ihre Wissenschaftsorientierung verloren gehen, ist gegeben. Zum Erwerb von Altenpflegerischer Handlungskompetenz und interner Evidence, aber auch einer Wissenschaftsorientierung, ist der Erwerb spezifischen Wissens und der Lernort (Barre 2014) bedeutsam, wo reale altersassoziierte Bedarfe entstehen und Arbeitsbündnisse geschlossen werden können. Zur Akzeptanz individueller altersassoziiierter Teilhabebedürfnisse bedarf es pflegfachlicher Kompetenzen. Welche Kompetenzentwicklungsmaßnahmen würde eine generalistische Pflegeausbildung bewirken?

7.6 Entwicklung „kompetenter Performanz“ zur Berufsfähigkeit

Bekanntermaßen sind Wissensvermittlung und Qualifizierung keine Kompetenzentwicklungsmaßnahmen (Erpenbeck 2007). *„Kompetente Performanz‘ oder das Ausmaß der Entwicklung beruflicher(Handlungs-) Fähigkeiten (Kompetenzen) kann danach beurteilt werden, inwieweit es in der Ausbildung gelungen ist, die für berufliches Handeln erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten (Qualifikationen) so an berufstypische und einsatzgebietsübliche Handlungssituationen und/oder Arbeitsprozesse zu koppeln (exemplarisches Lernen), dass sie im beruflichen Kontext zuverlässig mobilisiert werden können“* (Becker 2006a, S. 279). Die Fokussierung auf eine neue Methodenkompetenz *„Nicht das Wissen dreier Ausbildungen soll vermittelt werden – sondern Schüler müssen in einer generalisierten Pflege lernen wie man sich Wissen aneignet“* (Bund - Länder-Arbeitsgruppe 2012) setzt voraus, dass Schüler an Ausbildungen teilnehmen, die über diese Kompetenz verfügen (werden) und in der Lage sind, sich selber die adäquaten Fachspezifika anzueignen, welche zu externer wie interner Evidence führen.

Unternehmen gehören zu den wichtigsten Akteuren, die Kompetenzentwicklung ermöglichen. Analysen zur Antizipation von benötigter Kompetenz ergeben Unternehmens- und Klientenbedürfnisse sowie Marktnachfrage. Unternehmen behalten in der Regel die Mitarbeiter, die ihnen Gewinn bringen. In Organisationen und bei Dienstleistungen stellen zunehmend das Wissen und die Kompetenz der Mitarbeitenden den entscheidenden Wettbewerbsvorteil dar. Die Maßgaben des lebensbegleitenden Lernens erfordern eine Permanenz in beruflichen Entwicklungsprozessen, die vor allem auch arbeitsintegriert über eine lern-, entwicklungs- und persönlichkeitsförderliche Arbeitsgestaltung erzielt wird (vgl. Baethge 2003). Das Hauptkriterium ist die

⁵⁰ „In vielen Ländern fällt 'long term care' nicht in das Gesundheitssystem“ (Behrens 2008a, S. 200).

Qualifikation des Einzelnen. Je besser diese den Anforderungen des Unternehmens entspricht, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Betreffende seine Arbeit behält. Die 2011 durchgeführte EU-Studie zur Übertragbarkeit von Kompetenzen (Europäische Kommission 2001) stellt fest, dass die spezifischen Berufskompetenzen die wichtigsten Voraussetzungen für die berufliche Anstellung darstellen, während allgemeine Berufskompetenzen und Sozialkompetenzen Vorteile für die Anstellung sind. *„Zusammenfassend gesagt, hängt die Beschäftigungsfähigkeit des Einzelnen von spezifischen Kompetenzen ab, wird aber durch fachübergreifende Kompetenzen gefördert“* (ebd. S. 33). Dies zeigt, wie entscheidend die Rolle spezifischer Kompetenzen für die Beschäftigung ist, wie auch in der Theorie des Humankapitals behauptet wird (vgl. Becker 1993).

Vorwiegend Großunternehmen verwenden zudem spezifische Instrumente zur Antizipation der benötigten Kompetenzen. Sie setzen auf verschiedene Arten von Analysen, z. B. SWOT-Analyse, Analyse der Unternehmensbedürfnisse, Analyse der Marktnachfrage und Kundenbedürfnisse (Untersuchung der Marktbedürfnisse), Szenarienanalyse, globale Analyse, technische Analyse künftiger Projekte oder Trendvorhersagen sowie Schritthalten mit den Entwicklungen in der Industrie. *„Das Hauptproblem der Bildungseinrichtungen in ganz Europa ist ihre mangelnde Erfahrung in Bezug auf die Anforderungen von Arbeitgebern hinsichtlich der Kompetenzen, die ihre Absolventen vorweisen sollten“* (Europäische Kommission 2011, S. 92). Die Antizipation von benötigten Kompetenzen der Mitarbeitenden in den unterschiedlichen Pflegeunternehmen wäre der wesentliche Analyseschritt vor einer Pflegeberufereform gewesen. Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung nach dem Heidelberger Curriculum beschrieben Nachteile: *„Man kann zu allem nur ein bisschen sagen“* und *„wenig routiniert, da man viele Einsätze außerhalb der Klinik hat“* (Schmidt-Richter 2012, S. 144). Das berufsfeldspezifische Wissen soll nach der Ausbildung in sich anschließenden Weiterbildungen erworben werden. *„Das für die pflegerische Tätigkeit in diesen spezialisierten Bereichen erforderliche spezielle Wissen, seien es altersspezifische (Fach-) Kompetenzen, seien es Kompetenzen zu verschiedenen medizinischen Teilgebieten, kann nicht in der Gesamtheit bereits in der Grundausbildung vermittelt werden, sondern muss von den examinierten Pflegenden nach Beendigung der Ausbildung durch lebenslange Fort- und Weiterbildung erworben werden“* (Ammende et al. 2010, S. 105)⁵¹.

Dem stimmt auch Götzer zu:

⁵¹ Aus dem Abschlussbericht zum Schulversuch „Entwicklung, Erprobung und wissenschaftliche Auswertung einer gemeinsamen Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit integrierter Fachhochschulreife zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe“.

„Ich sehe die Umstellung der Altenpflegeausbildung auf die generalistische Pflegeausbildung sehr problematisch. Es würden viele Generalisten produziert, die nichts richtig können. Nach drei Jahren werden viele nicht bereit sein, sich weiter zu qualifizieren. Auch bei der Akademisierung verpufft das Wissen, wenn es nicht angewandt wird. Wir benötigen bessere Rahmenbedingungen in der Altenhilfe. Rahmenbedingungen retten wir auch nicht durch eine Generalistik. In der generalistischen Pflegeausbildung würden Transferleistungen abverlangt, vom Wissen ausgehend, vom Kleinkind bis hin zum alten Menschen“ (Götzer 2012, Int.).

Würde Pflege generalistisch ausgebildet, entstünde ein hoher Weiterbildungsbedarf. In Deutschland zeichnen sich keine Tendenzen ab, dass berufliche Weiterbildung für Pflegeberufe gesetzlich verpflichtet vorgegeben wird und nachgewiesen werden muss, wie dies in Großbritannien und den Niederlanden der Fall ist (Landenberger et al. 2002, S. 280). Eine Generalisierung der Pflege müsste eine gesetzliche Weiterbildungsverpflichtung an ggf. staatlich anerkannten Institutionen mit sich bringen, wenn Qualität steuer- und prüfbar gemacht werden will. Damit verbunden wären hohe Verwaltungs- und Weiterbildungskosten, deren Zuständigkeit nicht bei den Pflegenden liegen kann.

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD „Deutschlands Zukunft gestalten“ wird eine Allianz für Aus- und Weiterbildung angestrebt. Es fehlen allerdings strategische Elemente und konkrete Überlegungen zur Gestaltung der Weiterbildung. So begrüßenswert eine Novellierung des Aufstiegsfortbildungsgesetzes ist, wird dies nicht ausreichen, eine Weiterbildungskultur in Deutschland zu erreichen. Erfreulich ist, dass eine signifikante Steigerung der Weiterbildungsbeteiligung (von 42% auf 49% in 2012) zu verzeichnen ist. Allerdings zeigt der „Trendbericht Weiterbildung“ weiterhin eine starke soziale Spaltung im Weiterbildungssystem (vgl. BMBF 2014a, S. 164). Anhand dieser Daten muss man von einer Zwei-Klassen-Gesellschaft in der Weiterbildung sprechen.

Während der Bund für die Gesetzgebung des Pflegeberufes zuständig ist, gehört die berufsfeldspezifische Weiterbildung in die gesetzliche Kompetenz der Bundesländer. Somit wäre die sich an die Basisausbildung anschließende berufsfeldspezifische Weiterbildung nicht durchgängig an qualitätssichernde und bundesweit vergleichbare Regelungen gebunden. Die fehlende verbindliche Regelung im Weiterbildungssektor, sowie die mangelnde Transparenz, fehlende Beratung, unklare Finanzierung und ein erschwerter Zugang zur Weiterbildung, lässt für die erforderlichen Nachqualifizierungen, die eine Generalisierung der Pflegeausbildung bewirken würde, keine qualitätssichernde Entwicklung absehen.

Die Hoffnung auf ein weiterentwickeltes Qualifikationsprofil, die eine generalistische Pflegeausbildung erwirken soll, ist dennoch gegeben. So kommt man in der vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF

2013) in Auftrag gegebenen Fachkräftestudie (vorsichtig ausgedrückt) zu der Erkenntnis, dass es durch „*veränderte Ausbildungsmodelle, etwa in Richtung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeerausbildung (...) zu einer signifikanten (Weiter-) Entwicklung der Qualifikationsprofile im Pflegebereich kommen kann*“ (ebd. S. 15). Das Qualifikationsprofil und die expertisenhafte Zuständigkeit einer Profession wird folgend näher untersucht.

7.7 De- Professionalisierung der (Alten-)Pflege

Werner (H8) glaubt, dass das Festhalten an „*einem überholten Bild*“ der Altenpflege die „*Entprofessionalisierung*“ bewirken würde (Werner 2015). Die Behauptung, dass Altenpflege ein „*überholtes Bild abgibt*“ wird nicht näher begründet. Zur Professionalisierung der Altenpflege sind vielfältige widersprüchliche Aussagen in der Literatur zu finden (z.B. Hanussek 2005, Klement 2006), die in ihrer Widersprüchlichkeit einer Zerrissenheit gleichen. Wenn, nach Combe und Helsper (1997) „*Professionen vornehmlich für besondere Aufgaben in einigen gesellschaftlichen Funktionsbereichen zuständig sind und zwar, wenn es sich dabei um ein existentielles, ohne spezielles Wissen nicht mehr bewältigbares Problem einer individuellen Klientel in einem konkreten soziokulturellen Lebenszusammenhang handelt*“ (Combe und Helsper 1997, S. 21)⁵², so kann die Überlegung angestellt werden, ob dies für die Altenpflege zutrifft. Die von Combe und Helsper (1997) benannten „*Dispute über den Eigensinn der Arbeit und ständige Auseinandersetzungen über ihre Bedingungen, Handlungsgrundlagen und Handlungsmöglichkeiten, sowie eine Selbstthematization und ständige Prozeßreflexion (sic) erscheinen unentbehrlich*“ (ebd. S. 21f.) und erscheinen aktuell so richtig für die Altenpflege wie damals. Folgt man dem Ansatz, dass „*eine Profession eine expertisenhafte Zuständigkeit*“ gegenüber konkreten Menschen hat, die ihre Probleme nicht alleine bewältigen können (Hanussek 2005, S. 193), so gilt es den altersdemografischen Herausforderungen Aufmerksamkeit zu schenken. Die Qualifizierung und Professionalisierung der Pflegeberufe und die Arbeitsbedingungen stehen in einem klaren Spannungsfeld gegenüber den demografieadäquaten Versorgungsproblemen und -ansprüchen und der Leistungserteilung. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an professionell Tätige (vgl. Kriesten 2010).

In der Entstehung, Durchsetzung und Etablierung von Professionen (Daheim 1992) ist es interessant im Kontext von Macht und Ungleichheit zu schauen, welchen Mechanismen die Altenpflege heute und im Zuge der „Generalistik“ ausgesetzt ist. Unsere Gesellschaft war und ist auf die Leistungen der Berufsgruppe Altenpflege angewiesen und hat ihr den

⁵² Combe und Helsper skizzieren dies am Beispiel der Medizin.

Auftrag und das Recht zur Pflege alter Menschen erteilt. Der Berufsgruppe Altenpflege ist es gelungen, für relevante soziale Bereiche des Alterns eine expertisenhafte Zuständigkeit zu sichern und zu institutionalisieren (vgl. die Ausführungen von Combe und Helsper 1997, S. 11). Dieser Prozess ist trotz schwieriger ökonomischer und rahmengebender Bedingungen als gelungen zu bezeichnen. Altenpflege hat als eine Art „Praktikerelite“ ein Marktsegment (Combe und Helsper 1997, S. 11) erobert, verbunden mit langdauernden Bildungsgängen und Wissensakkumulation. Altenpflege besitzt allerdings (noch) keine „Definitions-macht“ (vgl. Daheim 1992) über soziale Problemlagen, da es an „Titel gesicherter Kompetenz“ und auch an „sozialer Anerkennung“, sowie „der Zuerkennung der Organisations- und Klientenautonomie“ (ebd. S. 11) mangelt. Jedoch ist erkennbar, dass Altenpflege eine zunehmende Definitionsmacht erreicht. Belege hierzu sind die zunehmenden altersassoziierten Bedarfe, zunehmende Ausbildungsplatzzahlen, zunehmende Institutions- und Organisationsentwicklung, die Zuerkennung von Organisations- und Klientenautonomie, die erst die Definitionsmacht über soziale Problemlagen sichert (Daheim 1992, Combe und Helsper 1997, S. 11).

Klement (2006, S. 254f.) stellt in ihren Untersuchungen fest, dass die Altenpflege trotz großer Heterogenität der beruflichen Aufgaben und einer „Janusköpfigkeit“⁵³ rechtlich, wie auch gesellschaftlich auf dem Weg ist, den Status eines Fachberufes zu erlangen. Professionalisierung geht einher mit Spezialisierung der beruflichen Tätigkeit, ein Umstand, der tendenziell mit dem generalistischen (Aufgaben des „nursing“ und „caring“ umgreifenden) Anforderungsprofil des Altenpflegeberufes in Widerspruch gerät (Twenhöfel 2007, S. 224).

Als Professionsmerkmale gelten eine einheitliche akademische Ausbildung, autonomes Handeln unter Anwendung systematisierten Spezial- und Fachwissens, eine eigene Fachsprache, Spezialisierungsprozesse durch Fort- und Weiterbildung während der Berufsausübung, die Organisation in Berufsverbänden, die autonome Berufsverwaltung und eine eigenständige Berufsethik. Professionalität speziell in personenbezogenen Dienstleistungen – wie etwa der Pflege – bezieht sich nicht nur auf die fachliche Expertise (spezialisierte Ausbildung, Fachwissen, etc.), sondern auf die Interventionspraxis des dienstleistenden Personals am ganzen Menschen (vgl. Findeiß 2008). Mit der Professionalisierung der Pflege geht das Ziel einher, die Autonomie auf beiden Seiten zu sichern, auf der Seite der Pflegenden und der zu Pflegenden. Für Pflegende müssen

⁵³ Klement beschreibt das autonome Handeln der ambulanten Altenpflege (im Gegensatz zum Handeln in der stationären Altenhilfe) bei gleichzeitig wenig prestigeträchtigem Charakter, bedingt durch haushaltsnahe und unproduktive Tätigkeiten (Klement 2006, S. 253) mit Janusköpfigkeit.

ebenfalls Gestaltungsspielräume vorhanden sein, d.h. dass die Pfl egetätigkeiten so wenig standardisiert und so individuell wie möglich sein sollten (vgl. Nölle und Goesmann 2009). Die Politikfeldanalysen von Oschmiansky (2013) weisen auf widersprüchliche Steuerungsanreize der deutschen Pflege-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik hin, die eine Prekarisierung und Deprofessionalisierung der Pflegebeschäftigung unterstützt (ebd. S. 500). Oschmiansky begründet dies durch einen verstärkten Einsatz von Pflegekräften im Rahmen atypischer Beschäftigung und mit geringen Qualifikationsanforderungen in der Altenpflege. Sie vermutet *„den Abschied von der Berufsorientierung und den Verberuflichungsanstrengungen für die Altenpflege in Deutschland“* (Oschmiansky 2013, S. 430). *„Diese mögliche Entwicklung wird durch die EU-Politik forciert, die die deutsche Altenpflegeausbildung nicht anerkennt, generell die Berufsförmigkeit in Frage stellt und die zudem auf eine Flexibilisierung der Erwerbsformen zielt“* (ebd. S. 430). Eine weitere Pluralisierung bei den Erwerbsformen und Qualifikationen, die auch eine größere Spaltung bei den Arbeitsbedingungen und der Entlohnung impliziert, ist daher nicht unwahrscheinlich. Wird es der Altenpflege gelingen, für die relevanten sozialen Bereiche der Altenpflege eine expertisenhafte Zuständigkeit zu sichern und zu institutionalisieren? Wenn ja, würde die Altenpflege nach den Überlegungen von Combe und Helsper (1997, S. 11) in Verflechtung mit sozialen Machtzentren – ein *„Mandat“* für die autonome Bearbeitung zentraler sozialer Belange erlangen (Combe und Helsper 1997, S. 11). Der reduktionistischen Annahme folgend, dass die Initiatoren einer Professionalisierung die Professionen selber sind (vgl. Combe und Helsper 1997, S. 10) kann zugestimmt werden. Altenpfleger erfahren eine Professionalisierung ihres Berufsbildes, wenn sie sich gegenüber anderen Pflegeberufen abgrenzen, eine expertisenhafte Zuständigkeit sichern und so zu einem einheitlichen Berufsbild gelangen. Kaleve unterstreicht diese Überlegungen:

„Die Altenpflege muss nicht professionalisiert werden, sie hat ja schon ein Berufsprofil vorzuweisen. Dies kann optimiert werden“
(Kaleve 2012, Int. 51,00).

Altenpflege orientiert sich an praktischen Problemstellungen. Eine fachwissenschaftliche Verankerung ist noch nicht erfolgt⁵⁴. Die Entwicklung der Altenpflege, weg von einem sozialpflegerischen Beruf, hin zu einem medizinisch-pflegerischen Heilberuf, der sich maßgeblich durch den Beschluss des Verfassungsgerichtes 2002 bedingte, wird von Riedel (2007, S. 88) als *„Theorie-Praxis-Diskrepanz“* beschrieben. Sie stellt fest, dass nicht mehr für die Bedarfe im beruflichen Handlungsfeld qualifiziert wird und begründet einen

⁵⁴ Vergleichbar befasst sich die 'Soziale Arbeit' als junge Fachdisziplin seit einigen Jahren mit dem Thema Spezialisierung oder Generalisierung, siehe Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft für Sozial Arbeit (Kraus et al. 2011 und Staub-Bernasconi 2013).

daraus resultierenden möglichen Ausstieg aus dem Beruf wegen Unzufriedenheit. Die sozialpflegerische Arbeit wurde zunehmend von Betreuungskräften übernommen⁵⁵. Riedel hofft, dass trotz Generalisierung der Pflegeausbildung die Profilierung und Professionalisierung, sowie die Attraktivität des Berufsbildes der Altenpflege fortschreitet (Riedel 2007, S. 24). Unklar ist aber, ob das Berufsbild Altenpflege überhaupt bestehen bleibt oder durch eine „generelle Pflegefachkraft“ abgelöst wird. Bei einer Vertiefungsrichtung in Langzeitpflege wäre das Berufsbild Altenpflege nur noch im Übergang zu einer Pflege-Generalistin erkennbar und wäre während weniger Jahre in Deutschland verschwunden.

Kristel (2011) befürchtet, dass das Modell der generalistischen Pflegeausbildung durch die fehlende Spezialisierung die Gefahr birgt, dass innerhalb der Pflegeberufe ein sehr großes Proletariat entsteht. Also eine Berufsgruppe, die „unten“ steht und all die Pflegearbeiten verrichtet, die sowohl im Krankenhaus, im Altenpflegeheim als auch in der Hauskrankenpflege anfallen, und als niedere Tätigkeiten eingestuft und niedrig entlohnt werden können. Auch Twenhöfel spricht gar von „*professionspolitischer Verwerfung*“ (Twenhöfel 2013, S. 2). Er stellt eine „*Enteignung altenpflegerischer Kompetenzen auf eigenem Terrain durch Medizinalisierung bzw. Psychiatrisierung sozialer Betreuungsleistungen*“ fest (Twenhöfel 2007, S. 216). Auch in der GesinE-Studie (Lehmann et al. 2014, S. 179) äußern befragte Migrantinnen und Expertinnen die Gefahr einer „*Deprofessionalisierung und einer Entfernung der Pflege vom Kern ihres beruflichen Handelns*“.

Der Altenpflege war und ist es im Zugzwang der Leistungszuteilung nicht möglich in der Berufspraxis ihr Wissen handlungsautonom an den Mann und die Frau zu bringen, wie es vergleichbar dem Mediziner möglich ist. Wie Findeiß (2008) beschreibt, funktioniert die medizinische Praxis über den Blick auf den reinen Körper, der von allen anderen Faktoren befreit, nur noch als kranker und damit medizinisch behandlungsbedürftiger Körper sichtbar wird (vgl. ebd. S. 314). Die kritische Frage, wie die Orientierung an „Körpern mit Seelen“ in ihrer Ganzheit (vgl. ebd. 314) bis hin zu den Lebenswelten älterer und alter Menschen, an Wohnsituationen und an sozialer Kommunikation als Kernkompetenzen der Altenpflege in einer Generalisierung der Pflegeberufe aufrechterhalten werden kann und soll, ist zukünftig entscheidend. Hier sollte heute und prospektiv vielmehr die Frage gestellt werden, ob genau dieses Kompetenz- und Berufsprofil die exakt zukunftsweisen den Lösungen aufweisen, die in einer Gesellschaft des Älterwerdens gefragt sind (vgl.

⁵⁵ Der GKV-Spitzenverband hat im August 2008 Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeeinrichtungen beschlossen und im Mai 2013 angepasst.

Kriesten 2010). Denn Forderungen nach „Selbstbestimmung“, „Alltagsnormalität“ und „Integrität“ für Pflegebedürftige, als zentrale Werte eines erweiterten Qualitätsverständnisses, besitzen hohe intuitive Evidenz und zunächst einmal nur deshalb große Akzeptanz (vgl. Twenhöfel 2007, S. 224).

Ob generalistisches Wissen zur Professionalisierung beiträgt, ist heute ebenso fraglich wie damals (vgl. Bischoff-Wanner 2001, S. 83). Ob generalistisch ausgelegte Berufe nur als Übergangsphänomen anzusehen sind ohne arbeitsmarktpolitische Perspektive (Meifort 2001, S. 83) ist bis heute nicht widerlegt. Der Vergleich, dass der Beruf des Maurers, des Elektroinstallateurs und des Gas- und Wasserinstallateurs oder des Tischlers zu einem generalistisch ausgelegten Bauberuf mit anschließender Spezialisierung führt, lässt die Antworten auf die Frage der Professionalisierung und der Arbeitsmarktchancen ebenso offen, wie die Übernahme von Verantwortung und Finanzierung einer sich anschließenden beruflichen Spezialisierung.

Deutlich wird die Unsicherheit, welchen Professionalisierungsansprüchen zukünftiges Pflegepersonal genügen soll, durch die in der Brandenburger Fachkräftestudie Pflege (MASGF 2013) zitierte Fragestellung: *„(...) ob die in der Altenpflege Tätigen im Hinblick auf verfestigte Traditionen und Rekrutierungsproblematiken den hohen Ansprüchen an die notwendige Professionalität der Berufsausübung gerecht werden können“* (ebd. S. 113). Klement (2006) hat die Einflussmöglichkeiten der ausgebildeten, ambulant tätigen Altenpflegekräfte auf den Wandel ihres Berufes untersucht. Sie unterscheidet sechs Beruflichkeitstypen, die „Alltagspraktischen“, „Verberuflichten“, „Professionalisierten“ sowie „verberuflicht Handelnde“ und „sich alltagspraktisch verstehende Altenpflegekräfte“. Klement schreibt, dass aus der beruflichen Perspektive heraus nicht eindeutig zu beantworten ist, ob es sich bei dem Altenpflegeberuf um eine einfache Arbeit, einen Beruf oder gar eine Profession handelt (vgl. ebd. S. 260).

Die Verabschiedung vom Patienten als wesentlichen Klienten für Pflege scheint den professionstheoretischen Überlegungen dienlich. Die Berücksichtigung des Alters als wesentlichen Lebensabschnitt, den es pflegerisch zu begleiten gilt, stellt bei der Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegewissenschaften das wesentliche Paradigma dar. *„Wird Pflege als Aspekt eines Lebensabschnittes gesehen, dem adäquat begegnet werden muss, wie bei anderen Problemlagen, die eines individuellen Beistands bedürfen, dann wäre ihre Professionalisierung zwangsläufig“* (Hanussek 2005, S. 274). Es geht um ein eindeutiges berufliches Kompetenzprofil, das die Legitimität des Berufsbildes Altenpflege sichert. Dies hätte im gegenwärtigen Spannungsfeld, zwischen der angestrebten Professionalisierung durch Verwissenschaftlichung der Pflege und den parallelen

Tendenzen der Deprofessionalisierung im beruflichen Handlungsfeld, aufgrund des gesundheitspolitisch-ökonomischen Handlungsdrucks zu geschehen. Eine erneute Diskriminierung (siehe Kap. 4.3), bedingt durch die Schaffung einer „ehemaligen Berufsbezeichnung Altenpflege“, würde der „Identität Pflege“ (siehe Kap. 9.2) schaden.

7.8 Auswirkungen der Generalistik auf die wissenschaftliche Leistung

Die Frage, welche Auswirkungen „Generalistik“ und der Verlust einer primär berufsqualifizierenden „Spezialisierung“ auf die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegewissenschaft haben wird, ist insofern interessant, als dass Wissenschaft den Wert der Spezialisierung Altenpflege bislang nicht ergründet hat.

Max Weber (1922) vertritt die Position, dass eine wissenschaftliche Leistung nur durch Spezialisierung zu erreichen ist: *„Nur durch strenge Spezialisierung kann der wissenschaftliche Arbeiter tatsächlich das Vollgefühl, einmal und vielleicht nie wieder im Leben, sich zu eigen (sic) machen: hier habe ich etwas geleistet, was dauern wird.“*⁵⁶

Zu den Professionsmerkmalen gehört eine der Profession zugehörige Wissenschaft. Die sind für die Altenpflege nicht nur die medizinischen Fachdisziplinen, sondern vielmehr sind der Altenpflege Sozialwissenschaften zugehörig. Auch bei akademisch qualifizierten Pflegekräften stellen die Identitätsbildung und der Prozess der Professionalisierung keine nachweisbare Basis für eine kollektive akademisch fundierte Pflegeberufeidentität dar. Gerlach (2013) untersuchte die professionelle Identitätsbildung von Pflegeakademikern. Gerlach stellt fest, dass die fehlende kollektive professionelle Identität der Pflegeakademikerinnen ein Indiz dafür darstellt, dass der Prozess der Professionalisierung mit der Akademisierung keineswegs abgeschlossen, möglicherweise sogar stehen geblieben ist, mindestens aber stockt (vgl. ebd. S. 247). Vielmehr weist Gerlach auf ein *„berufssoziologisch fassbares Dilemma“* hin, begründet aus dem System der beruflichen Bildung im Bereich der Pflege (ebd. S. 247). Als Wissenschaft gelten kontemplative Wissenschaften wie Biologie und Soziologie, die nicht den Einzelfall, sondern das Allgemeine anzielen (Behrens 2011). Bei der Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegewissenschaften wird zukünftig die Definition des „Allgemeinen der Pflege“⁵⁷ das wesentliche Paradigma darstellen. Potenzielle Auswirkungen einer Generalistik werden Effekte auf die wissenschaftliche Leistung und Ausrichtung verursachen. Wird die Pflegeausbildung generalisiert und richtet diese sich maßgeblich am Patienten und am

⁵⁶ Max Weber 1922 in: Wissenschaft als Beruf. Abschnitt: Leidenschaft als persönliche Voraussetzung des Wissenschaftlers.

⁵⁷ Vgl. die BAR EU, siehe Anlage V.2. KRANKENSCHWESTER UND KRANKENPFLEGER, DIE FÜR DIE ALLGEMEINE PFLEGE.

kranken alten Menschen aus, so wird Altenpflege (wieder) Laienpflege. Wird Altenpflege Laienpflege (Klement 2006, S. 253ff.), wäre sie der wissenschaftlichen Forschung und Gesundheits- und Pflegewissenschaft zu großen Teilen genommen.

7.9 Ergebnisse

Altenpflege hat sich hin zur gerontologischen Pflege entwickelt und kann eine berufliche und akademisch konsekutive Qualifizierung, entsprechend einer sich wandelnden Arbeitswelt, begründen (Kriesten 2014a). Bei den Diskussionen um die Fortsetzung der Pflegeausbildung und den dazu durchgeführten Modellprojekten stand nicht die Weiterentwicklung, sondern die Zusammenlegung der drei Pflegeberufe nach dem Rationierungsprinzip (siehe Kap. 9.2) im Fokus. Die durchgeführten Modellprojekte erwiesen sich in ihren Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der altersassoziierten Gesundheitsprofile als nicht förderlich (BMFSFJ 2008, S. 136). Bei einer Zusammenlegung der drei Pflegeausbildungen entfallen die interventionsgerontologischen Inhalte (siehe Kap. 7.3). Im Vorfeld der Gesetzesplanung erfolgte keine systematische Analyse von potenziellen Qualifizierungsdefiziten.

Falsifikation der Hypothese 7:

Eine Attraktivitätssteigerung durch eine generalistische Pflegeausbildung erscheint unwahrscheinlich. Die implizite Annahme, dass eine Zusammenlegung der drei Pflegeberufe zu einem generalistischen Pflegeberuf das Image der Altenpflege und die Attraktivität des Pflegeberufes steigert, konnte nicht bewiesen werden. Auch gibt es keine gesicherten Erkenntnisse inwieweit Milieus bei der Auswahl von Pflegeberufen eine Rolle spielen und welchen Einfluss Milieus auf den neuen Beruf Pflegegeneralist haben. Vielmehr würden bessere Ausbildungsbedingungen, familienfreundliche Arbeitsbedingungen, ein besserer Stellenschlüssel, eine höhere Entlohnung mit entsprechender Refinanzierung und eine hohe Durchlässigkeit von Hilfsberufen zu akademisch qualifizierten Pflegekräften die Attraktivität des (Alten-) pflegeberufes steigern (siehe weitere Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen Kap. 13).

Falsifikation der Hypothese 8:

Das Berufsprofil der Altenpflege ist nicht „völlig veraltet“, sondern entspricht den aktuellen und zukünftigen altersspezifischen Versorgungsbedarfen. Die Abschaffung des Berufes Altenpflege wird den Professionalisierungsbestrebungen der Pflege schaden. Die Generalisierung der Pflegeberufe führt zu einer Entdifferenzierung der Kompetenzen und zu einem Berufsbild, dessen Berufs- und Beschäftigungsfähigkeit nicht definiert ist. Die Entwicklung entspringt nicht einem realen Berufsfeld „Generelle Pflege“, sondern einer theoretisch erdachten Zusammenführung von Lehrplänen.

Durch einen möglichen Verlust an Orten der Altenhilfe mit Bildungsauftrag werden Orte zur Entwicklung altersspezifischer interner Evidence verloren gehen. Bei Umsetzung der vorgeschlagenen Eckpunkte kann während der Pflegeausbildung nur bedingt interne Evidence erworben werden, da theoretische Kenntnisse und berufspraktische Einsätze nicht ausreichend auf Beschäftigungsfelder vorbereiten. Dieser Effekt würde ökonomische, bildungssystematische, deprofessionalisierende und soziale Folgen nach sich ziehen und bewirkt durch Standardisierung und Entindividualisierung deprofessionalisierende Effekte für den Pflegeberuf.

Eine generalistische Pflegeausbildung wird Wissensbestände in den Praxisfeldern weg vom spezialisierten fachlichen Wissen und Können hin zum generellen Basiswissen einer „allgemeinen Pflege“ transformieren. Dies wird Auswirkungen auf die pflegerische Praxis und Wissenschaft haben. Lehrende und betriebliches Ausbildungspersonal müssten sich mit einer generalisierten Pflegeausbildung identifizieren, wenn sie professionell ausbilden wollen. Die eigene Berufs- und Bildungsbiografie müsste hierzu kritisch reflektiert werden. Auch hier impliziert die hypothetische Annahme, dass dies Lehrende, Ausbildungspersonal und wissenschaftlich Arbeitende möchten und tun werden. Die Finanzierung einer neuen Pflegeausbildung stellt bislang ein nahezu unüberwindbares Problem dar und wird im folgenden Kapitel näher untersucht.

8 Ökonomische Perspektive

H9 Die Finanzierung einer generalistischen Pflegeausbildung erfolgt gerecht, einheitlich und gemeinsam (vgl. Bundesregierung 2013, S. 164).

Die Bundesregierung (2013, S. 164) plant die Finanzierung der neuen Pflegeausbildung „gerecht, einheitlich und gemeinsam erfolgen zu lassen“. Die gemeinsame Finanzierung wäre eine logische Konsequenz und ein nötiges Übel, welches bislang zu unüberwindbaren Diskussionen der Länder geführt hat. Während Schulgeldzahlungen⁵⁸ in der insgesamt schlecht finanzierten Altenpflegeausbildung häufig negative Schlagzeilen in den Medien verursachen, erscheint es nahezu heilbringend, die Finanzierung endlich anders und „gerecht“ regeln zu wollen. Das Lösen der Finanzierungsfragen scheint für Ott schon realisiert: „Dass sich auch die Finanzierungsfragen lösen lassen, hat die Prognos-Studie ‘Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes (sic)’ vom 20. Juli 2013 gezeigt“ (Ott 2014, S. 35). Rückert (2002) sah die Probleme der Finanzierung der Pflegeberufe schon in der Vergangenheit auf Deutschland zukommen. Er begründete die

⁵⁸ Damit ist gemeint, dass Auszubildende für ihre Ausbildung an die Altenpflegeschule Geld zahlen.

Probleme im Generationenkonflikt. „Wenn die Finanzierung der Altenpflege ganz anders geregelt ist als die der Krankenpflege, dann wird sich in Zukunft der Generationenkonflikt verschärfen, da wir immer mehr ältere Menschen haben werden“ (Rückert 2002, S. 128). So scheint auch hier die generalistische Pflegeausbildung der Problemlöser erster Güte zu sein. Ob sich eine gerechte und solidarische Finanzierung der Pflegeberufsausbildung realisieren lässt, und ob die heute weitaus schlechter finanzierte Altenpflegeausbildung im Vergleich zur Krankenpflegeausbildung gewinnen kann, bedarf einer genauen Untersuchung und einer Überprüfung der Hypothese, bzw. der Absicht der Bundesregierung.

8.1 Aktuelle Finanzierung der Pflegeberufe

Die Finanzierung der Altenpflege erfolgt gänzlich anders als die der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. In der Altenpflege werden die Ausbildungsvergütungen berücksichtigungsfähig nach § 82a SGB XI, sowie in den Vergütungsvereinbarungen der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89 SGB XI). Alternativ sind Länder-Ausbildungsumlagen⁵⁹ zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen möglich. Bei Teilnehmern, die durch die BA/ARGEN gefördert werden, erfolgt die Finanzierung des Unterhaltsgeldes nach SGB III/II. Die schulische Ausbildung erfolgt in den Ländern unterschiedlich nach Rechtsgrundlage in Berufsfachschulen oder Fachseminaren. Die Sachkosten der Schulen erfolgt in einer „Kopffinanzierung“, Teilnehmer bezogen durch die Länder oder auch nach SGB III. Die Finanzierung der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt über Zuschläge auf die DRGs als separates Ausbildungsbudget § 17a Abs. 1 und Abs. 3 KHG auf Basis der realen Kosten. Die Ausbildungskosten können als Elemente der zuschlagsfähigen Ausbildungskosten geltend gemacht werden. Diese sind: Ausbildungsvergütungen als Mehrkosten gegen gerechnete „Arbeitsleistung“⁶⁰ und die Kosten der Ausbildungsstätten⁶¹ (vgl. Kriesten 2014b). Ziel der Bundesregierung ist es, die Pflegeausbildungen und somit auch deren Finanzierung zusammenzuführen. Ein zukunftsfähiges Finanzierungsmodell, ohne Verluste für einzelne beteiligte Akteure, wurde bislang nicht gefunden.

⁵⁹ Umlagefähig (Länder-RVO) gem. § 25 AltPflG.

⁶⁰ 1:9,5 voll ausgebildete Fachkraft, § 17a, Abs. 1, S. 2 KHG.

⁶¹ Abzüglich der jeweils von den Ländern finanzierten Ausbildungskosten, per Beleg testen Wirtschaftsprüfer die zweckentsprechende Verwendung, Abs. 7. Bei Streit wird ein Schiedsstellenverfahren, § 17a Abs. 2 S. 2 KHG eingesetzt.

8.2 Zum Forschungsgutachten zur Finanzierung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gaben dem wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands WIADGem.e.V. ein Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes⁶² in Auftrag (Laufzeit: Februar 2013 – Juni 2013). Gemeinsam mit der Prognos AG hat WIAD in diesem Forschungsgutachten, das sich auf die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2012) vorgelegten Eckpunkte stützt, eine Aufarbeitung der derzeitigen Ausbildungskosten und der Kosten, die mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung beabsichtigt werden, vorgenommen (Kriesten 2014b).

Ergebnis des Gutachtens ist, dass im Vergleich zum Status quo bei gleicher Anzahl Auszubildender die Schulkosten der G(KI)KP bedingt durch eine erwartet moderate Reduktion der Anzahl an Schulen sinken werden. Hingegen vollzieht sich in der AP eine Kostensteigerung, die durch eine verbesserte Ausstattung und Infrastruktur der Schulen zu erwarten ist. Die Kosten der Praxisanleitung summieren sich auf 610 Mio. €, wovon 334 Mio. € auf die G(KI)KP und 277 Mio. € auf die AP entfallen. Die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung bilden auch in der künftigen Pflegeausbildung unter generalistischen Bedingungen den größten Kostenblock. Bei unterstelltem gleichen Vergütungsniveau in der ehemaligen G(KI)KP und AP belaufen sich die Gesamtkosten auf rund 1,3 Mrd. €, wobei der größere Teil von 733 Mio. € auf die G(KI)KP entfällt (AP 607 Mio. €). Insgesamt ergeben sich für die künftige Pflegeausbildung unter generalistischen Bedingungen Kosten von 20.064 € pro Auszubildenden und Jahr (prognos/WIAD 2013, S. 171).

Das Gutachten setzt die Ergebnisse und Vorschläge des vorangegangenen DKI Gutachtens (2010) fort und stützt sich auf die dort vorgeschlagenen vier Finanzierungsmodelle:

- A. Status-Quo-Lösung: Die jetzigen Finanzierungsmodalitäten bleiben trotz Zusammenführung der Ausbildungen bestehen.
- B. Länder-Lösung: Die Länder finanzieren – unabhängig von der Verortung – alle Schulen, die im zusammengeführten Ausbildungsgang unterrichten.
- C. Kostenträger-Mix-Lösung: Sowohl Länder als auch Krankenkassen und Pflegeversicherungen tragen jeweils einen Teil der Schulkosten.
- D. Kassen-Lösung: Die Finanzierung aller Schulen erfolgt über die Krankenkassen und Pflegekassen (DKI 2010, S. 90, vgl. Kriesten 2014b).

⁶² Siehe die ausführliche Stellungnahme hierzu (Kriesten 2014b).

Das Gutachten entbehrt einer methodischen Aufbereitung von Kenntnissen und Daten auf Basis struktureller, curriculärer und didaktischer Rahmgebung der Altenpflege. Stattdessen sieht es eine Zusammenlegung der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege und der Altenpflege nach den Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflege vor. Die strukturellen, curricularen und didaktischen Parameter der heutigen Altenpflegeausbildung, wie z.B. Akquise von Ausbildungsträgern, Ausbildungsvertragswesen, Verortung der Schulen im beruflichen Bildungssystem, Berufsprofile des Lehrpersonals, Bewerberauswahl, berufspraktische Begleitung und Durchführung der praktischen Prüfung in den Pflegeeinrichtungen, bleiben im Gutachten unberücksichtigt. Die Validität des Gutachtens wird durch nahezu identisch kalkulierte Daten des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) begründet, wobei Kosten der Altenpflegeausbildung zum Teil nur geschätzt wurden (z. B. wurden Schulgeldkosten (AP) und berufsbegleitende AP-ausbildung nicht berücksichtigt). Auffallend ist, dass die aufgeführten Werte der Gesundheits- (Kinder-) Krankenpflege nur geringfügig (3%) von den bereits erhobenen Daten des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)⁶³ abweichen (vgl. prognos/WIAD 2013, S. 10, Kriesten 2014b). Das Forschungsgutachten schafft Erkenntnisse, macht aber auch deutlich, welche Faktoren unberücksichtigt bleiben und auf welche Fragen (noch) keine Antworten gefunden wurden (vgl. Kriesten 2014b).

8.3 Erkenntnisse aus dem Forschungsgutachten

- In allen Kalkulationsvarianten des Gutachtens stellen die Verwertungsoptionen der Auszubildenden über Anrechnungsschlüssel die entscheidenden Effekte dar.
- Der nachgewiesene Wertezuwachs, ebenso wie der subjektiv empfundene Mehrwert der bisherigen Altenpflegeausbildung, bleibt im Gutachten unberücksichtigt.
- Ob der Ökonomisierungsdruck (z.B. durch Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenplan und Nichtfreistellung von Praxisanleitern) eine (Pflege-) Professionalisierung begünstigt, ist nachgewiesen kontraproduktiv.
- Eine Finanzierung durch die Agentur für Arbeit (BA) nach Bundesdurchschnittskostensatz ist nicht kostendeckend und von Ausbildungsstätten nicht zu akzeptieren.

⁶³Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat in seinem „Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013“ unter anderem im Rahmen einer sog. „Kalkulationsrunde zur Ermittlung berufsbezogener Ausbildungskosten“ anhand einer Erhebung unter Ausbildungsstätten die Ausbildungskosten je Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege ermittelt.

- Kostenwirkungen, die von einer generalistischen Umgestaltung selbst ausgehen, sind nicht absehbar.
- Nach Vorschlag des Gutachtens sind Auszubildende auf den Stellenplan des Pflegepersonals angerechnet (Verhältnis 10,6:1). Dies würde einen Verlust der Qualität der (Alten-) Pflegeausbildung bewirken und den Fachkräftemangel weiter verschärfen, da durch die Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenschlüssel rein rechnerisch weniger examinierte Pflegekräfte nachgewiesen werden müssen, z.B. in NRW würden rechnerisch belegt rund 1.500 examinierte Pflegefachkräfte weniger benötigt.
- Es besteht die Gefahr, dass aktuelle Lernorte der Altenpflegeausbildung⁶⁴, die auch zunehmend mehr Arbeitsfelder der Altenpflege darstellen, nach der Umsetzung aller Finanzierungsvarianten, die das Gutachten vorschlägt, nicht mehr finanzierbar sein werden und nach Umsetzung der Eckpunkte (Bund - Länder-Arbeitsgruppe 2012) wegen zu knapper zeitlicher Ressourcen nicht mehr als Lernort vorgesehen werden können.

Im Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufgesetzes wurden nicht berücksichtigt:

- Systemimmanente Finanzierungsprobleme und Strukturkonflikte, die sich durch die Strukturen des SGB V und des SGB XI ergeben.
- Belastungen der Sozialhilfeträger, wenn Pflegeausbildung und Pflegefachkräfte primär den Krankenhäusern zu Gute kommen.
- Strukturelle Verantwortlichkeiten und Kosten zur Sicherung eines pflegegestützten, guten kommunalen, regionalen Versorgungsmanagements von Seniorinnen und Senioren.
- Orte des Kompetenzerwerbs - Kompetenzen beruflicher Qualifizierung erfordern berufliche Identifizierung im konkreten Arbeitsfeld (Erwerb interner Evidence⁶⁵).
- Möglicher Imageverlust durch unklares neues Berufsprofil und Professionalisierungsverlust der jetzigen drei Pflegeberufe.
- Eine zurückgehende Entlohnung der Lehrkräfte und Schulleitungen⁶⁶.
- Die heute funktionierenden Wertschöpfungsprozesse der Altenpflege.

⁶⁴ Gemeint sind Tagespflegeeinrichtungen, Einrichtungen der offenen Altenhilfe, Wohngemeinschaften, etc..

⁶⁵ Interne Evidence und somit Professionalität kann nur im Berufsfeld durch Erfahrung und direkten Kontakt mit den Nutzern entwickelt werden.

⁶⁶Die Entlohnung der Lehrkräfte und Schulleitungen der Altenpflegesschulen liegt heute i.d.R. über den im Gutachten vorgeschlagenen Entgeltgruppe 9.

- Mögliche Rückgänge bei Ausbildungsplätzen und Bewerberzahlen⁶⁷. Der heutige gelungene Zuwachs der Ausbildungsplatzzahlen in der Altenpflege und das aktuell zunehmende Interesse von Bewerberinnen und Bewerbern an der Altenpflegeausbildung.
- Die Strukturhoheit über die Bildungsstätten, sowie Folgen und Notwendigkeit einer generellen Ansiedelung im System beruflicher Bildung, statt Regelung außerhalb des Schulrechts und/oder des BBiGs.
- Verlust regionaler, kleinräumlicher Ausbildungssituationen und Netzwerke.
- Die Unterfinanzierung von (Altenpflege-)Schulen heute.

Kosten, die im Gutachten unberücksichtigt blieben:

Das Gutachten weist 305 Mio. € aus, die mit einer sogenannten einhergehenden Qualitätssteigerung unter generalistischen Bedingungen fehlen. Gleichzeitig fehlt die gleiche Summe nach Aussage des Gutachtens ebenso ohne Umgestaltung der Pflegeausbildung in eine generalistische Struktur, wenn qualitätssteigernde Aspekte im Status quo eingeführt würden (vgl. prognos/WIAD 2013). Auch fehlen teilweise Kosten der berufsbegleitenden Altenpflegeausbildung, die in einigen Bundesländern umfänglich existiert (wie beispielsweise Berlin⁶⁸).

Weitere Kosten, die bei dieser Darstellung unberücksichtigt blieben:

- Kosten, die sich durch eine wissenschaftlich fundierte Pflegeausbildung ergeben würden⁶⁹. Die Berücksichtigung spezifischer externer Evidence ab Ausbildungsbeginn.
- Systemkosten für Curriculumentwicklung einer neu ausgerichteten Pflegeausbildung.
- Kosten und Aufwand für Verwaltung, Strukturumbau und -anpassung und die strukturelle und organisatorische Umgestaltung der Schulen. Kosten für Vertragsbeziehungen (Kooperationsverträge), juristische Rahmenbedingungen, Beratungsaufwand, etc..
- Kosten für neu zu definierende Lernortkooperation. Kosten für Personalaufwand, Koordination der Praxiseinsätze, Definitions- und Informationsaufwand.
- Kosten für die Systemüberführung zweier / dreier Systeme in ein Neues.
- Investitionskosten, die die Zusammenlegung der Bildungsstätten verursacht.

⁶⁷ Der Beschäftigungszuwachs und die Zunahme der Ausbildungsplatzzahlen sind in der Altenpflege gelungen.

⁶⁸ In Berlin wird rund 45% der Altenpflegeausbildung berufsbegleitend durchgeführt.

⁶⁹Nur marginal wurde im Gutachten das Thema Akademisierung der Pflegeberufe aus der Finanzierungsperspektive umrissen.

- Kosten und Aufwand für die Nachqualifizierung der geriatrischen, gerontologischen und gerontopsychiatrischen, pädiatrischen und der akutpflegerischen und medizinisch spezifischen Kenntnisse.
- Kosten für Praxisbegleitung in ländlichen Regionen. Die flächendeckende Betreuung der Auszubildenden in den zerstreuten Ausbildungsbetrieben der Altenpflege, Personal-, Sach- und Fahrtkosten.
- Kosten für neu zu erstellende Literatur für generalisierte und nachqualifizierende Lehre.
- Kosten für zukünftige Bewerber- und Personalakquise⁷⁰, Personaldienstleister, Personalleasing.
- Kurzfristige Kosten, die durch den möglichen Einbruch bei den Ausbildungsplatzzahlen entstehen werden, bedingt durch den Strukturumbau (das Gutachten erwartet eine „moderate Reduktion der Schulen“ (prognos/WIAD 2013, S. 21).
- Langfristige Kosten durch Rückgang der Versorgungsqualität (vorausgesetzt einer Verknappung von Pflegepersonal und einer Reduzierung von Wissen auf Basiskompetenzen) – Folgen für Gesundheit, Versorgungsstrukturen, Lebensqualität und sozialer Gerechtigkeit (im Alter).

Das Gutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufgesetzes fordert eine Kostensteigerung, obwohl demgegenüber kein nachgewiesener Nutzen definiert ist. Versprochen wird eine qualitative Verbesserung der Praxisanleitung. Wenn diese durch die Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenschlüssel zukünftig finanziert wird, so wäre dies ein hoher Preis.

Fragen, die bleiben:

- Vertritt die DKG die Versorgungsstrukturen einer regionalen und kommunalen Altenhilfestruktur gleich ambitioniert wie die Versorgungsstrukturen in Kliniken?
- Wie würden sich die Anrechnung der Auszubildenden auf den Personalschlüssel und die Freistellung von Praxisanleitungen im ambulanten Pflegesystem auswirken? Wie erfolgt hier die Finanzierung, die inhaltliche Umsetzung der Ausbildung, bis hin zur praktischen Prüfung?
- Welche juristischen Auswirkungen hat die generalistisch organisierte Pflegeausbildung auf die ambulanten Pflegestrukturen (Delegation, selbstständige Übernahme von Tätigkeiten...)?

⁷⁰Mangelnde Personalbindung verursacht zusätzlichen Aufwand und Kosten für sich anschließende Personalakquise. Mangelnde Identifizierung mit dem Unternehmen verursacht zusätzlichen Aufwand und Kosten für Personalbindung.

- Warum findet Akademisierung und wissenschaftlich fundierte Qualitätssteigerung im Gutachten keine (kaum) Berücksichtigung bei den Kosten?^{71 72}
- Soll sich an die dreijährige Pflegeausbildung eine Fort- und Weiterbildungsverpflichtung anreihen, oder wird das Erlernen altersspezifischer Pflege optional jedem Einzelnen überlassen?
- Warum soll die bislang besser finanzierte Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege wegen einer Generalisierung der Pflegeausbildung verlieren, da ihre finanziellen und strukturellen Ressourcen abnehmen werden?
- Welche betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen würde eine generalistische Pflege auf den Sektor der Altenhilfe haben?

8.4 Zahlen und potenzielle Auswirkungen der Finanzierungsvarianten

Die Zahl der Altenpflegefachkräfte in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen hat sich zwischen 1999 und 2011 um 91% auf rund 210.000 erhöht, die Zahl aller in der Altenpflege Beschäftigten ist in demselben Zeitraum um rund 53% auf rund 952.000 gestiegen (vgl. Destatis 2011 und 2013). Die Entwicklung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ist ähnlich, wenn auch nicht von gleicher Dynamik. In ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen arbeiteten 2011 rund 136.000 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und 12.000 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. Damit beträgt der Anteil der Angehörigen der drei Pflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) mit 358.000 rund 38% aller in der Altenpflege beschäftigten Personen. Angesichts der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an qualifiziertem Personal in der Pflege weiter wachsen. So wird allein die Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2030 im Verhältnis zum Vergleichsjahr 2011 um knapp 40% auf dann 3,2 Millionen steigen. Gleichzeitig wird die Zahl der dem Ausbildungsmarkt zur Verfügung stehenden jungen Menschen zukünftig deutlich sinken. Erstmals bietet die Pflegestatistik 2013 (Destatis 2013) Daten zu den angestrebten Berufsabschlüssen der insgesamt 48.000 Auszubildenden bzw. (Um-)Schüler/-innen in Pflegeheimen. Die deutliche Mehrheit (83%) strebte dabei einen Abschluss als Altenpfleger/-in an. 40% befanden sich im 1. Lehrjahr.

⁷¹ Danzglock (2013, S. 4) weist zudem darauf hin, dass im tertiären Bereich auf die Länder in jedem Fall erhebliche Kosten für die Finanzierung von Studienplätzen zukommen.

⁷² Vergleichsländer, wie Frankreich, Großbritannien und Niederlande weisen den Auszubildenden einen Studierendenstatus zu, was bedeutet, dass sie während der Praxisausbildung nicht als Arbeitskräfte eingesetzt werden (Landenberger et al. 2002, S. 280).

Immerhin ein Siebtel (14%) absolvieren die Ausbildung im Rahmen einer Umschulung (Destatis 2013, S. 19).

Von den aktuell 133.144 Auszubildenden aller drei Pflegeberufe werden in der Altenpflege immerhin 62.355, in der Krankenpflege 64.009 und in der Kinderkrankenpflege 6.780 ausgebildet, in 1.500 Pflegeschulen (prognos/WIAD 2013), davon in 740 Altenpflegeschulen und in 760 Kranken-/Kinderkrankenpflegeschulen. Zudem beteiligen sich heute 10.000 ausbildende Pflegeeinrichtungen und 900 ausbildende Krankenhäuser als Ausbildungsträger in der Pflegeausbildung der drei Pflegeberufe (prognos/WIAD 2013). Eine Entwicklung, die es ohne die deutsche Altenpflegeausbildung nicht gegeben hätte. Größtes Motiv hierbei war die Qualifizierung der spezialisierten Pflegekräfte für den „Eigenbedarf“ bzw. die altersspezifischen Pflegebedarfe. Ob es nach der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung bei diesen Zahlen ausbildungsbereiter Unternehmen bleibt, ist nicht sicher, vielmehr unsicher (vgl. Kriesten 2014b).

Aktuelle politische Absicht zur Finanzierung

Ein aktueller Arbeitsentwurf der Bundesregierung⁷³ (DVLAB 2015) sieht ein neues Umlageverfahren unter Einbeziehung aller Einrichtungsträger vor, welches dem Entwurf C (Kostenträger-Mix) nahe kommt, wo in einen Ausbildungsfond unter Beteiligung aller bisherigen Kostenträger gezahlt werden soll. Eine Steuer-Finanzierung der Schulen, wie sie dringend geboten wäre, ist nicht geplant. Ebenso ist keine Berücksichtigung des Berufsbildungsgesetzes vorgesehen, sondern im Arbeitsentwurf explizit ausgeschlossen. Keine der beiden Lösungen als gesetzlich zu erachten, wäre unverzeihlich und würde die Forderungen vieler Experten über Jahrzehnte erneut nicht berücksichtigen. Das vorgeschlagene Modell der Bundesregierung sieht eine Finanzierung der gesamten Ausbildungskosten (auch der Personal- und Sachkostenfinanzierung der Schulen) über 16 eigenständige Landesfonds mit je zwei getrennten (also in Summe 32) Umlageverfahren für die Bereiche Alten- und Krankenpflege vor (vgl. Kriesten 2015b).

Die Anteile der Umlagebeiträge teilen sich nach dem Arbeitsentwurf wie folgt auf:

- 57,2380 vom Hundert durch Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 Nummer 1 (SGB V)
- 32,0174 vom Hundert durch Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 Nummer 2 (SGB XI)
- 8,9446 vom Hundert durch das Land
- 1,8 vom Hundert durch Direktzahlung der sozialen Pflegeversicherung, wobei die private Pflege-Pflichtversicherung der sozialen Pflegeversicherung 10 vom Hundert ihrer Direktzahlung erstattet (vgl. DVLAB 2015).

⁷³ -vorläufiger Arbeitsentwurf BMFSFJ/BMG für das Bund-Länder Gespräch auf Fachebene am 2./ 3. Juni 2015 – nicht leitungsabgestimmt / nicht ressortabgestimmt – Stand Mai 2015 – (Artikel 1 eines „Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe“) Gesetz über den Pflegeberuf, (Pflegeberufegesetz – PflBG).

Bei diesem Vorschlag müsste sich die Sozialversicherung an den Schulkosten der Länder beteiligen.

Was alle an der Umlage Beteiligten mitfinanzieren würden:

- Das geplante Schließen der (Alten-)pflugeschulen um 6%⁷⁴.
- Weniger wohnortnahe Ausbildungsstätten durch den Zusammenschluss großer Ausbildungszentren, vorrangig an Krankenhäusern.
- Weniger berufsfeldspezifisches Wissen und Können ihrer Auszubildenden.
- Weniger Präsenz ihrer Auszubildenden in ihren Unternehmen.
- Weniger Wege in einen Beruf.
- Weniger Migranten in der Ausbildung⁷⁵.
- Den Verlust eines Altenpflegerischen Berufsverständnisses.
- Die Hinwendung zu einer medizinerorientierten Pflege.
- Die Übernahme Arzt vorbehaltener Tätigkeiten.
- Einen fraglichen Nachweis von Effektivität und Effizienz einer qualitativ besseren generalistischen Pflegeausbildung.
- Weniger Möglichkeiten zur Entwicklung einer beruflichen Kompetenz während der Ausbildung.
- Die berufsfeldspezifische und generationentypische Nachqualifizierung ihrer Mitarbeiter.
- Fragliche Auswirkungen auf die Ausbildungsqualität der Pflegeschulen, bei denen sich Änderungen in der Lehrerstruktur, Verlust des Wissensmanagements, weniger akademische Fachdisziplinen und weniger Zuständigkeiten in der berufspraktischen Ausbildung ergeben.
- Keine bedarfsgerechte Sicherstellung von Ausbildungsplätzen und Schulplätzen, die sich an Bewerberzahlen richtet, sondern nach wie vor nach limitierten Schulplätzen und damit unsichere bedarfsgerechte Ausbildungskontingente an Pflegeschulen.
- Planungs- und Systemunsicherheit der Pflegeschulen.
- Unsichere Ausbildungsbereitschaft der Träger.
- Unsichere Attraktivität des neuen Berufsprofils Pflegefachfrau und Pflegefachmann und damit verbunden unsichere Bewerberzahlen.
- Aufbau eines neuen Marketings und die Werbung und Vermarktung eines neuen Berufes Pflegegeneralist.

⁷⁴ Ergebnisbericht Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufgesetzes.

⁷⁵ Berufserfahrene, Umschüler und Migranten wählen heute die Arbeit in der Altenpflege wegen der sozialpflegerischen Arbeit.

- Aufbau neuer Schiedsstellen und deren Amtsführung in allen Bundesländern für Budgetverhandlungen.
- Einrichtung einer Fachkommission und Geschäftsstelle, die über Planungszyklen von fünf Jahren empfehlende Rahmenlehrpläne und Rahmenausbildungspläne für die Pflegeausbildung erarbeitet.
- Die Praxiseinsätze für die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen (Kriesten 2015b).

Zu prüfen wäre eine Verfassungskonformität für das beabsichtigte neue Finanzierungsmodell der Pflegeausbildung, bedingt durch die verpflichtende Beteiligung der Sozialhilfe und der sozialen Pflegeversicherung. Die Inhalte der Ausbildung sollen erst nach der Verabschiedung des Gesetzes festgelegt werden. Das Parlament hätte dann keinen Einfluss mehr darauf, ob und was von den Inhalten der Altenpflege im neuen Pflegeberufegesetz vorgesehen wäre.

Zahlen zu potenziellen Ausbildungsplätzen

Dreh- und Angelpunkt des Reformvorhabens ist neben inhaltlichen und strukturellen Fragen die Wirkung auf potenzielle Bewerber- und Ausbildungsplatzzahlen. Die Mehrzahl der Gegner einer generalistischen Pflegeausbildung sagt einen zunehmenden Bewerber- und Pflegefachkräftemangel, sowie den Verlust von Ausbildungsplätzen voraus. So auch Twenhöfel:

*„Kleine Altenpflegeschulen, vor allem Zwergschulen, werden zukünftig schließen müssen“
(Twenhöfel 2012, Int. 34,00).*

In der folgenden Tabelle⁷⁶ werden die potenziellen Ausbildungsplatzverluste bei Umstellung auf eine generalistische Pflegeausbildung berechnet und dargestellt.

Tabelle 3 *Ausbildungsplatzverluste nach geplantem neuen Pflegeberufegesetz*
Quelle: *Eigene Darstellung und Berechnung*

Ursache und Berechnung⁷⁷	Potenzielle Verluste von Ausbildungsplätzen
Minus 10% entsprechend der Schließungen von Altenpflegeschulen. 10% von 133.144 Auszubildenden (ges.) 10% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	13.314 Auszubildende (ges.) 6.235 Auszubildende (APL)
Minus 8% durch Schließung von Altenpflegeschulen in öffentlicher Trägerschaft. 8% von 133.144 Auszubildenden (ges.)	10.651 Auszubildende (ges.)

⁷⁶ Vgl. auch die Analysen von Frommelt und Hoppe(2015).

⁷⁷ Die prozentualen Verluste sind entsprechend der aktuell realen, belegten Zahlen geschätzt.

8% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	4.988 Auszubildende (APL)
Minus 15% durch freiwillige Schließungen von Altenpflegeschulen, wegen Wegfall des Kompetenzprofils Altenpflege oder wegen der Abhängigkeit von Budgetverhandlungen. 15% von 133.144 Auszubildenden (ges.) 15% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	19.972 Auszubildende (ges.) 9.353 Auszubildende (APL)
Minus 25% durch Anhebung der Zugangsvoraussetzungen ⁷⁸ . 25% von 133.144 Auszubildenden (ges.) 25% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	33.286 Auszubildende (ges.) 15.589 Auszubildende (APL)
Minus 10% durch verändertes Berufsprofil. Kein Interesse an Generalistik. 10% von 133.144 Auszubildenden (ges.) 10% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	13.314 Auszubildende (ges.) 6.235 Auszubildende (APL)
Minus 5% wegen erwarteter erhöhter Abbrecherzahlen, bedingt durch Überforderung wegen häufiger Wechsel der berufspraktischen Einsätze. 5% von 133.144 Auszubildenden (ges.) 5% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	6.657 Auszubildende (ges.) 3.118 Auszubildende (APL)
Minus 8% wegen Wegfall der SGB III und II Finanzierungen, Wegfall von Umschülern. 8% von 133.144 Auszubildenden (ges.) 8% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	10.652 Auszubildende (ges.) 4.988 Auszubildende (APL)
Minus 20% durch Wegfall der berufsbegleitenden und der Teilzeit-Altenpflegeausbildung. 20% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	12.471 Auszubildende (APL)
Minus 5% Rückgang durch nicht ausbildungswillige ambulante Träger. 5% von 133.144 Auszubildenden (ges.) 5% von 62.355 Auszubildenden (Altenpflege= APL)	6.657 Auszubildende (ges.) 3.118 Auszubildende (APL)
Verlust von 80% aller Bewerber für die Kinderkrankenpflege ⁷⁹ . 80% von 6.780 Auszubildenden (Kinderkrankenpflege= KIP)	5.424 Auszubildende (KIP)
Summe	Auszubildende
	119.927 Auszubildende (ges.)
	66.095 Auszubildende (APL)

⁷⁸ Rund 25% der Auszubildenden der Altenpflege verfügen über eine 10jährige Schulbildung und nicht über einen Mittleren Bildungsabschluss.

⁷⁹ 100% aller Bewerber entscheiden sich bewusst für die Kinderkrankenpflege.

Eingruppierung des Lehrpersonals bei nachgewiesenem Masterabschluss	Mehrkosten ⁸⁰ von 100.000 € pro Schule/Jahr x 1.400 Schulen	14.000.000,- €
Investitionskosten	Nicht berücksichtigt Investitionskosten sind laut Arbeitsentwurf (DVLAB 2015) nicht anrechenbar.	/
Räumliche und sachliche Ausstattung	Nicht berücksichtigt	/
Ausbildungsvergütung	Nicht berücksichtigt	/
Sachkostenfinanzierung Schule durch Lehrer-Schüler-Verhältnis	Hierdurch entsteht die Unterfinanzierung von 20 Schülern (18+2), als eines ges. Kurses.	
GK(KI) 1:22 AP 1:38 GP 1:20	133.144 Azubis: 40 Schüler= 3.328 Kurse 133.144 Azubis: 20 Schüler= 6.657 Kurse 6.657-3.328= 3.329 Kurse 3.329 Kurse x 20 Schüler= 66.580 Schüler x Geschätzte Kosten Generalistik 472,77 €/Monat=	Bei 133.144 Auszubildenden (ges.): 20 Schüler/Kurs wären 3.329 Kurse und 66.580 Schüler nicht finanziert. Fehlbetrag: 31.477.026,- €/3 Jahre= 10.492.342,- € p.a.

Die in der Tabelle aufgeführten Berechnungen und Ergebnisse zeigen Beispiele für variable Kostensteigerungen. Die Sachkostensteigerung für Pflegeschulen zeigt hier nur am Beispiel einer Unterfinanzierung von 190,- €/Schüler/Ausbildungsmonat, dass eine Unterfinanzierung von rund 15 Mio. € p.a. eine unrealistische Größe darstellt. Eine Unterfinanzierung von 300,- € /Schüler/Ausbildungsmonat⁸¹ würde eine jährliche

⁸⁰ Zur höheren Eingruppierung akademisch ausgebildeter Lehrkräfte wagte nur eine Schule, die entstehenden Personalkosten auch zu beziffern. Dabei handelte es sich um eine mittelgroße Schule mit 13 Lehrkräften. Erwartet wird eine Zunahme der Personalkosten um bis zu 100.000 € pro Jahr. Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeschulen, die eine Integration der ihnen fehlenden Ausbildungsgänge vornehmen würden, rechnen eher nicht mit zusätzlichen Investitions- oder Koordinationskosten. Altenpflegeschulen, die eine Integration anstreben, sehen dagegen erhebliche Zunahmen der Personalkosten, der Sachkosten, von Investitionskosten und Koordinationskosten auf sich zukommen. Dass eine generalistische Ausbildung Einsparungen mit sich bringen wird, erwartet keine(r) der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer, auch nicht auf lange Sicht. Auch hier wird die höhere Eingruppierung des Lehrpersonals als Grund genannt (prognos/WIAD 2013, S. 121).

⁸¹ Die Sachkostenförderung in Nordrhein-Westfalen beträgt aktuell 280,- €/Schüler/Ausbildungsmonat und würde im Vergleich zu einer Sachkostenfinanzierung von 580,- €/Schüler/Ausbildungsmonat eine Unterfinanzierung von 300,- € ausmachen.

Mehrbelastung von 226.800.000,- € bewirken. Die Berechnung ließe sich variabel fortsetzen. Die Qualifizierung der Pflegelehrer, der Praxisanleiter und der jährliche Weiterbildungsbedarf des Lehrpersonals zum Thema Generalistik wurden hier pro Person aufgeführt und würden sich einer entsprechenden Finanzierung pro Gruppe reduzieren lassen. Zur höheren Eingruppierung akademisch ausgebildeter Lehrkräfte, in Summe 14.000.000,- €, wurde auf Zahlen des Forschungsgutachtens zurückgegriffen (vgl. prognos/WIAD 2013). Die nicht zu berücksichtigten Kosten für Investition und räumliche und sachliche Ausstattung würde zu Lasten der Betreiber und Bundesländer gehen. Eine weitere zusätzliche Kostensteigerung in Schulen ergibt sich aus der geplanten Lehrer-Schüler Relation. Geht man von einem Verhältnis von 1:22 in der GK(KI) und einem Verhältnis von 1:38 in der AP aus und plant ein Verhältnis von 1:20 in der generalistischen Pflegeausbildung, so führt dies zu geschätzten zusätzlichen Kosten von rund 31.477.026,- € in drei und 10.492.342,- € in einem Ausbildungsjahr.

Nicht zu vernachlässigen sind auch die Ausbildungszeiten während der berufspraktischen Ausbildung. Sie verschieben sich zu Gunsten der Krankenhäuser. Hier stellt die folgende Berechnung ein Beispiel für den Wertschöpfungsgewinn der Krankenhäuser dar, der sich durch die Zunahme an Ausbildungszeiten durch ehemals Auszubildende der Altenpflege ergibt.

- 62.355 Auszubildende AP x 10 h Einsatz im Krankenhaus mehr = 623.550 h mehr Einsatz im Krankenhaus.
- 62.355 Auszubildende AP x 480 h Einsatz im Krankenhaus = 29.930.400 h/39 Std. (pro Woche) = 767.446,15 Wochen/ 5 Tage = 153.489,22 Tage (in drei Jahren)
- 62.355 Auszubildende / 900 Krankenhäuser = 69,28 Azubis/Krankenhaus x 480 h = 33.256 h Einsatz/Krankenhaus

Wie die aufgeführten Berechnungen beispielhaft zeigen, sind die Kostensteigerungen, je nach gewählter Variable von einem Ausmaß, das volkswirtschaftliche Auswirkungen, das Berufsfeld, den Arbeitsmarkt und die Entwicklung des Dienstleistungsmarktes bewirken wird. Hierauf wird im folgenden Kapitel vertiefend eingegangen. Insgesamt ist eine Wertschöpfungszunahme für den Krankenhaussektor festzustellen.

8.5 Berufsfeld, Arbeitsmarkt und Tertiarisierung in der Altenpflege

Berufsbildung im eigentlichen Sinne ist betrieblich dominiert. Berufsbildung wird in erster Linie als Teil der Arbeitsmarktpolitik und nicht der Bildungspolitik gestaltet. Alles entscheidet sich auf der Ebene der betrieblichen Arbeitsorganisation und ihrer institutionellen Steuerungsfunktionen. Nach Berufsbildungsgesetz hat: „die Berufsausbildung die für

die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendigen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit) in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln. Sie hat ferner den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrungen zu ermöglichen“ (§ 1(3) BBIG 2015). Die Pflegeausbildungen unterliegen nicht dem BBIG. Die Berufsstrukturentwicklung der Pflegeberufe weist keine systematische Planung auf. Vielmehr hat dennoch der Arbeitsmarkt entschieden in welchen Strukturen und mit welchen Inhalten Pflege ausgebildet wurde. Landenberger et al. (2002) stellen fest, dass lange Jahre die Berufsstrukturentwicklung bei den Pflegeberufen sich selbst überlassen wurde und vermehrt Beschäftigungen im Niedrigqualifizierungsbereich entstanden (vgl. ebd. S. 277). Das Interesse an der Altenpflege war auf Seiten der Krankenpflege und politisch Verantwortlichen lange gering. Mit Zunahme der Zahl der Ausbildungsplätze und des Fachwissens wurde die Altenpflege interessant. An dieser Stelle ist der beschriebene *„denkbare stetige Bedeutungsgewinn examinierter Altenpfleger/innen in der Pflege“*, der mit einem *„vergleichbaren Bedeutungsverlust von Krankenpfleger/innen einhergeht“* zu erwähnen (vgl. MASGF 2013, S. 43). Dies könnte sich langfristig zu einem Problem entwickeln. Die hohe Spezialisierung einzelner Betriebe der Gesundheits- und Pflegewirtschaft einerseits, der Trend zu akademischen Bildungsabschlüssen, Konkurrenz zu Studiengängen, Vereinheitlichung der Berufsbildung durch die Bemühungen für einen europäischen Berufsbildungsraum, Konkurrenz durch vergleichbare Lernfelder können hier beispielhaft angeführt werden. Ganz anders sieht dies Hoppe, die vor einem Strukturwechsel warnt:

*„Ein vollkommener Strukturwechsel wäre fatal und kein Gewinn“
(Hoppe 2012, Int. 33,00).*

Sie begründet dies mit der Frage:

*„Muss die Ausbildung sich ändern, damit die Praxis sich ändert? Viel vielversprechender ist die Praxis zu ändern und die Fachkräfte zu nutzen, die die Praxis braucht“
(Hoppe 2012, Int. 34,00).*

*„Wie soll sich Ausbildung verändern, damit sich Versorgungsstrukturen ändern?
Das ist ein Irrsinn“ (Hoppe 2012, Int. 38,00).*

Hoppe begründet ihre Aussage durch das sektorale Sozialversicherungssystem SGB V, SGB XI und der weiteren Sozialgesetzbücher. Sie ergänzt die Sichtweise durch:

„Wir benötigen keine neuen Strukturen, sondern sollten über die inhaltliche Entwicklung und neue Kooperationen beruflicher Bildung versuchen, das berufliche Profil weiter zu entwickeln“ (Hoppe 2012, Int. 57,00).

Hoppe plädiert statt der Schaffung neuer Strukturen, vielmehr für die Neuschreibung des Altenpflege-Curriculums und einer Weiterentwicklung von dem, was gut konsolidiert ist.

Sottas (2010) beschreibt für Österreich die Situation mit dem Fokus der Ausbildung auf Akutmedizin: Die jungen Menschen werden einseitig in einer einzigen Berufsperspektive sozialisiert. Sie lernen das Spital kennen, aber nicht das Heim oder die Hauspflege. So lernen sie insbesondere den Umgang mit Menschen im hohen Alter und mit chronischen Leiden nicht (ebd. S. 85).

Die Umsetzung der theoretisch anspruchsvollen Ausbildung und ein breit gewonnenes Qualifikationsspektrum lässt sich wegen widriger Rahmenbedingungen in der beruflichen Praxis nur bedingt umsetzen (vgl. BMBF 2014a, S. 155). Die Wirtschaft, ihre Lobbyverbände und die der Hochschulen, sowie internationalen Organisationen (z. B. die OECD) sind an einer Ökonomisierung der Bildung interessiert. Hierdurch wurden einzelne Fächer und Fachwissen zugunsten allgemeiner Fertigkeiten (Lernfelddidaktik) zurückgedrängt. Eine zunehmende Prozessorientierung und eine Kostensenkungsstrategie bewirken Organisationsformen von Arbeit und Ausbildung.

Der altersassoziierte Pflegemarkt ist ein Markt mit Zukunft. Der Pflegemarkt wurde mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 und 1996 geöffnet. Gleichzeitig wurde von den Leistungserbringern ein am Marktgeschehen orientiertes Wettbewerbsverhalten eingefordert, der Markt andererseits aber den öffentlich-rechtlichen Regulierungen des Sozialrechts unterworfen. Dies wirkt auf die Preise, das Dienstleistungsangebot und damit auf die Arbeitsbedingungen (Blass 2012). Langfristig ist ein hohes organisches Wachstum zu erwarten. In der bereits zitierten, von 1992 bis 1994 durchgeführten Längsschnittuntersuchung stellen Becker und Meifort (1997, S. 28) fest: *„Altenpflege entwickelte sich in den 80er Jahren zu einem eigenständigen beschäftigungspolitischen Wachstumsfeld“*. Wurden 1970 in der Volks- und Berufszählung noch rund 8.000 Altenpflegekräfte registriert, waren es 1987 laut Mikrozensus bereits über 80.000. 1993 wurden schon mehr als 193.000 Altenpflegekräfte gezählt, davon allein 177.000 in den alten Bundesländern. 1995 waren es laut Mikrozensus 213.000 Altenpflegekräfte. Bereits 2008 wurde der Gesundheitsbranche mit einer Steigerung der Wertschöpfung um 3,3%/Jahr und einem Beschäftigungszuwachs um 1,9%/Jahr im Jahr 2020 vorausgesagt, dass sie eine der wichtigsten Säulen des Gesamtwachstums der deutschen Wirtschaft sein würde (McKinsey & Company 2008, S. 12). Zum 31. Dezember 2011 waren rund 4,9 Millionen Menschen in Deutschland und damit etwa jeder neunte Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig. Wie das Statistische Bundesamt weiter mitteilt, gab es 2011 rund 87.000 mehr Arbeitsplätze im Gesundheitswesen als 2010. Das entspricht einem Beschäftigungswachstum von 1,8%. Der positive Beschäftigungstrend der letzten fünf Jahre setzte sich damit auch 2011 weiter fort. Zwischen 2006 und 2011 wuchs die Zahl der

Beschäftigten im Gesundheitswesen um insgesamt 457.000 Personen oder 10,2%. Zusätzliche Arbeitsplätze gab es im Jahr 2011 wie in den Vorjahren vor allem in Gesundheitsdienstberufen (plus 45.000): Hier stieg beispielsweise die Zahl der Ärzte und der Gesundheits- und Krankenpfleger um jeweils 8.000. In den sozialen Berufen gab es 23.000 zusätzliche Stellen, die fast alle auf die Altenpflege entfielen (Destatis 2013). Dennoch nehmen Pflegefachkraftmangel und überfordernde Pflegesituationen zu. Oschmiansky (2013) stellt eine stark veränderte arbeitsmarktpolitische Steuerung der Altenpflegearbeitsmärkte seit den 1990er Jahren fest (Oschmiansky 2013, S. 362ff.). Viele kurzzeitige, „billige“ arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und ein deregulierter Arbeitsmarkt waren kennzeichnend für den Altenpflegemarkt. Eine irreguläre Pflege (Schwarzarbeit) in Haushalten nahm zu. Ausländische Pflegepersonen waren und sind hierbei kein randständiges Phänomen. Lehr berichtet:

„Ich habe ein Problem. Wenn man sich in der Nachbarschaft umschaut, dann geht es nicht ohne Polin“ (Lehr 2013, Int. 1.04,10).

Die Altenpflege ist zum bevorzugten Feld des Niedriglohnssektors und prekärer Arbeitssituationen geworden. Verfolgt man die Theorie, dass Altenpflege staatlich rationiert wird und dass Alterspflegebedarfe Versorgungsengpässe provozieren, so werden bekannte Marktmechanismen nachvollziehbar. Hier ist ein Schwarzmarkt entstanden, als Folge von Ausweichreaktionen auf die staatliche Rationierung bezahlbarer altersassoziiertes Hilfe, Sorge und Pflege. Durch staatlich geduldete osteuropäische Haushaltshilfen („die Polin“) erfolgt in einem evulutorischen Prozess eine Bedürfnisbefriedigung und ein geringerer Nettonutzen, der sich als rationierungsmindernde Institution (vgl. Göke und Hartwig 1998, S. 110) entwickelt hat. Als weitere rationierungsmindernde Faktoren könnten Betreuungsassistenten und die Automatisierung der Pflege genannt werden. Automatisierung der Pflege, vor allem in der Altenpflege, wird durch den Großteil der Bevölkerung abgelehnt (vgl. Oertzen et al. 2006, S. 62ff.).

Eine Vereinheitlichung und Angleichung der Pflegeausbildung und die Veränderung von Berufsprofilen wird keine grundlegende Umstrukturierung des Berufsfeldes bewirken. Inwieweit die Generalistik das Berufsfeld Altenpflege zum Arbeitsfeld Altenpflege transformieren und einen erneuten deregulierten Arbeitsmarkt schaffen würde, bliebe abzuwarten. Zur Schaffung von Arbeitsplätzen und als wesentlicher Wertschöpfungsfaktor in Deutschland ist die Entwicklung und Realisierung von Dienstleistungen zu nennen. Die Generierung von innovativen Dienstleistungen bildet eine wesentliche Aufgabe für die Zukunft des Wirtschaftsstandorts Deutschland (Reichwald et al. 2012). Dies ist in der

Altenhilfebranche hinlänglich bekannt und muss zunehmend ein Thema aller Dienstleistungen, deren Outcome (Älteren und alten) Menschen dienen. So empfiehlt Baumgarte:

„Handwerkskammern sollen dahingehend beraten, dass sich Dienstleistung in den häuslichen Bereich verlagern muss“ (Baumgarte 2012, Int. 4,00).

Kaleve und Twenhöfel ergänzen:

„Viele unterstützende Dienstleistungen werden in Zukunft benötigt und vor allem Service und Beratung“ (Kaleve 2012, Int. 3,50).

„Die Frage nach allen haushaltsnahen Leistungen wird zukünftig entstehen, wie z.B. präventionsorientierte Dienste – haushaltsunterstützende Dienste“ (Twenhöfel 2012, Int. 10,00).

Twenhöfel berichtet von vielfältigen Erfahrungen in seiner Position als Leitung einer Senioreneinrichtung, bei denen Senioren mit sozialpsychiatrischer Unterstützung in Häuslichkeit aufgesucht werden. Neue Angebote und vor allem Dienstleistungen eröffnen Unternehmen und Existenzgründern Möglichkeiten, sich gegenüber Wettbewerbern zu differenzieren, neue Geschäftsfelder zu entwickeln und auch auf internationalen Märkten erfolgreich zu sein. So stellt auch Kaleve für die Altenpflege fest:

„Die Bedeutung der Altenpflegeausbildung für die Unternehmen ist enorm hoch“ (Kaleve 2012, Int. 27,00).

Hoppe weiß im Kontext der Klienten- und Unternehmensbedarfe:

„Die aktuelle Altenpflegeausbildung deckt die aktuellen Bedarfe im Großen und Ganzen ab“ (Hoppe 2012, Int. 38,30).

Bei der Altenpflege handelt es sich um die Dominanz eines neuen Typus von Arbeit seit der Säkularisierung (Baethge 2012 und 2013). Der neue Typus von Arbeit ist die Dienstleistung am Menschen. Dennoch ist seit geraumer Zeit unsere Gesellschaft dabei die Dienstleistungen am Menschen zu objektivieren (Wolfensberger 1991). Wolfensberger stellt einen Prozess der Depersonalisierung menschlicher Dienstleistung fest, bei der eine massive Entfremdung zwischen Klient und Beschäftigten geschaffen wird. Er geht sogar so weit, dass er von der Schaffung eines „*entgifteten schuldlosen Genozids*“ (Wolfensberger 1991, S. 48) spricht. Behrens (1996a, S. 211) bezeichnet das in Professionen verbreitete Modell der „*perfekten Stellvertretung der Konsumenten durch ihre Anbieter*“, als nicht mehr human, effektiv und effizient. Depersonalisierung und eine Übernahme von Entscheidungen im Sinne einer „*perfekten Stellvertretung*“ schafft Vertrauensverluste (vgl. Behrens 1996a, S. 211 am Beispiel der Zusammenarbeit mit Kostenträgern). Die zukünftigen Kunden der Altenhilfe suchen sich im Alter eine auf sie angepasste Versorgung, Wohnformen und adäquate Dienstleistungen. Zum einen muss die Versorgung auf die physischen und kognitiven Fähigkeiten ausgerichtet sein, zum anderen

spielt in einer zunehmend diversifizierten Welt der Lebensstil und die Vertrauensbildung eine entscheidende Rolle für das Nachfrageverhalten (vgl. Spath et al. 2012). Der ernstgemeinten Berücksichtigung der Begriffe Kunde und Konsument (Scholz 2008, S. 11) wird die wesentliche Rolle bei der Entscheidung spielen, ob Dienstleistungen effektiv und effizient sein werden. Inwieweit eine generalistische Pflegeausbildung Auswirkungen auf die Vertrauensbildung und die Optionen einer altersspezifischen Tertiarisierung haben wird, bleibt abzuwarten. Festgestellt werden kann, dass eher negative Entwicklungen zu erwarten sind.

8.6 Ergebnisse

Die Finanzierung der neu zu gestaltenden Pflegeberufe stellt sich als zentrales Problem dar. Partikularinteressen und sektorale Bedürfnisse und Bedarfe stehen einer Struktur vereinfachenden Lösung gegenüber. Mögliche Finanzierungsmodelle eines neuen Pflegeberufegesetzes verdeutlichen das Dilemma der beabsichtigten Generalisierung der Pflegeberufe, da ein Benefit bei allen Ausbildungsbeteiligten nicht realisierbar ist. Zu prüfen wäre eine Verfassungskonformität für das beabsichtigte neue Finanzierungsmodell der Pflegeausbildung.

Falsifikation der Hypothese 9:

Die Hypothese 9, die vielmehr eine hoffnungsvolle Absichtserklärung ist, wird kaum zu realisieren sein. Eine Lastenverteilung auf alle Kostenträger wird in seinen Effekten Zerreißproben provozieren, je nachdem, wer überhaupt in den Genuss fertig ausgebildeter (generalistischer) Pflegekräfte kommt. 10.000 Pflegeeinrichtungen ständen zukünftig mit 900 Krankenhäusern in Konkurrenz um Bewerber mit dem identischen Ausbildungsprofil „Pflegegeneralist“. Eine Aussage dafür, dass Pflegegeneralisten Fachkräftemangel verhindern, kann zudem nicht getroffen werden. Vielmehr würden sich Ausbildungsplätze und die Anzahl der Pflegefachkräfte verringern. Dies bedingt sich durch den Rückgang von Bewerbern als Konsequenz einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung, bedingt durch weniger Wege in nur einen Berufe, Wegfall der berufsbegleitenden Altenpflegeausbildung und die Anrechnung der Auszubildenden auf den Personalschlüssel. Eine Zusammenlegung der drei Berufe würde den Mangel an qualifiziertem Fachpersonal, voraussichtlich vor allem in der Altenpflege, drastisch verschärfen. Von welchen ökonomischen Überlegungen Arbeitgeber sich dann noch für examiniertes Pflegepersonal entscheiden werden, hängt vom Leistungsrecht und von der Entwicklung inflationär wachsender neuer branchenspezifischer Qualifizierungen ab, für deren Absolventen geringere Entgelte zu zahlen wäre. Zudem führen ökonomische Erklärungsansätze zu Überlegungen, welche Effekte eine Generalisierung der Pflegeausbildung hinsichtlich einer

Diskriminierung⁸² der Berufsgruppe und des Berufsfeldes Altenpflege bewirken wird. Zudem wird die Abschaffung der Altenpflege als Beruf diskriminierende Wirkungen auf Frauen haben (Altenpflege gilt als Frauenberuf), da die Berufsausbildung als solche und die damit verbundenen Wege in den Beruf entfallen. Der Weg in das Berufsfeld Altenpflege wäre dann wieder über niederschwellige Qualifizierungen (z.B. Betreuungsassistentinnen) gegeben, vergleichbar wie in den 60er und 70er Jahren in Deutschland. Ob die „Dienstleistung Altenpflege“ zukünftig in Form von prekärer, geringqualifizierter Beschäftigung oder in Form professionell hochwertiger und existenzsichernder Beschäftigung erbracht werden soll (Blass 2012), bleibt abzuwarten. Berufliche Bildung sollte nicht zum Gegenstand von Budgetverhandlungen gemacht werden, wie sie der Arbeitsentwurf vorsieht. Die Finanzierung von Schulen muss steuerfinanziert in Länderkompetenz verortet sein und muss von der praktischen Ausbildung getrennt werden. Neben der umrissenen ökonomischen Perspektive kann die nun folgende systemisch-strukturelle Sichtweise weitere Erkenntnisse erzeugen.

9 Systemisch-strukturelle Perspektive

H10 *„Es macht einfach keinen Sinn mehr, so zu tun, als ob das Versorgungssystem noch grundsätzlich zwischen alten und jungen PatientInnen (sic), zwischen pflegebedürftigen und kranken Menschen unterscheiden würde“ (Weidner 2014, S. 14f.).*

Weidner begründet seine Hypothese (H10)⁸³ damit, *„dass in Krankenhäusern immer mehr alte und hochaltrige Patienten mit multimorbiden Erkrankungen und zunehmenden Alterserkrankungen (vor allem Demenz) versorgt werden müssen“ (sic) (vgl. Weidner 2014, S. 14).* Das Versorgungssystem muss sich insgesamt auf immer mehr alte Menschen einstellen (vgl. Rothe et al. 2015, Rothgang 2014, Görres 2013). Dennoch unterscheidet das Versorgungssystem zwischen alten und jungen, sowie pflegebedürftigen und kranken Menschen. Weidner scheint im Systemumbau der Pflegeausbildung keine Probleme zu erkennen, vielmehr erscheint ihm die Generalistik logisch, entspräche doch der Pflegegeneralist allen Versorgungssystemen. Zudem gilt es dem Argument von Reinhart Beachtung zu schenken: *„Wird die Pflegebildung in Deutschland nicht in ein schlüssiges Gesamtkonzept generalisierter Grundbildung mit nachfolgender Spezialisierung überführt,*

⁸² Entsprechend der Diskriminierungsforschung wird beschrieben, dass eine Gruppe, die diskriminiert wird, dies einkalkuliert und ihre ökonomischen Aktivitäten rational danach ausrichtet. In der Folge wird Diskriminierung zu einer „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ (vgl. Lorenz 1998, S. 272). Bei Wegfall der Altenpflege als Beruf, würde ein Großteil der Frauen, die heute bewusst die Strukturen der Altenpflegeausbildung nutzen, als Interessentinnen für Pflege wegbrechen.

⁸³ In Abgrenzung zur H4 soll hier auf das Versorgungssystem vertiefend eingegangen werden.

wird die heute beobachtbare Diversifizierung des Pflegeberufs in eine Unzahl von Teilqualifikationen und Teilberufen zu einem letztlich nicht mehr steuerbaren Qualitätsrisiko in der Versorgung für die zu Pflegenden“ (Reinhart 2014, S. 24). Nach dieser Theorie bedarf es einer generellen Pflegegrundbildung als Basis und sich daran anschließende Spezialisierungen. Demgegenüber sind für Äußerungen, die für das System der Altenpflege sprechen, beispielhaft die Aussage von Baumgarte zu nennen.

„Ein gutes und funktionierendes System, wie das der Altenpflege zu zerschlagen, um es später dann wieder neu zu entwickeln, ist absurd. Warum müssen wir jeden Fehler dreimal machen?“ (Baumgarte 2012, Int. 36,00-37,40).

9.1 Spezialisierung, Differenzierung, Generalisierung?

Zu den Begriffen: Während bei einer Spezialisierung vom Allgemeinen zum Besonderen geschlossen wird, handelt es sich bei einer Generalisierung um einen Prozess, bei dem vom Besonderen zum Allgemeinen vorgegangen wird. Die Differenz macht den Unterschied zwischen etwas aus und die Identität begründet, dass etwas von etwas anderem nicht unterschieden werden kann. Folgt man nun, entsprechend des vorliegenden Forschungsgegenstandes, dem Prozess der Generalisierung, so wird von den besonderen Pflegeausbildungen auf das Allgemeine, die Identität aller drei Pflegeberufe geschlossen. Die Definition der Identität aller drei Pflegeberufe scheint curricular betrachtet einfach definierbar zu sein. Dennoch wurde sie pflegewissenschaftlich nicht definiert. Vielmehr folgt man hier aus dem Bauch heraus der Idee, dass grundlegend z.B. Anatomie und Kommunikation gelehrt wird. Dies wäre jedoch für viele Berufe zutreffend (z.B. für die Physiotherapie, Heilerziehungspflege, Erzieher, Hebammen usw.). Außer Acht gelassen werden die generationentypischen, spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse.

Systemtheoretisch handelt es sich bei der Entwicklung der Altenpflege als Beruf mit entsprechender Ausbildung um einen Prozess, bei dem eine Replikation stattfand, im Sinne von Vervielfältigung von spezifischer Dienstleistung, komplementär zu altersassoziierten Bedarfen, ausgehend vom Ursprungssystem der Armen- und Siechenpflege über die Institutionalisierung der Altenhilfe hin zur modernen (Alten-) Langzeitpflege. Vergleiche lassen sich durchaus zur (Behinderten-) Langzeitpflege herstellen. Aus dem Ursprungssystem der Barmherzigkeit, Fürsorge und Hilfe hat sich zum einen die Krankenpflege als medizinischer Assistenzberuf mit dem Fokus Heilen entwickelt und zum anderen die Altenpflege, die sich ebenso evolutionär, als autonome Variation (altersassoziierte Kenntnisse und Fähigkeiten) auch für nicht heilbare und rehabilitationsfähige Menschen ent- und weiterentwickelt. Die Altenpflege entspricht zwar auch der Kodexdefinition des ICN (2012), unterscheidet sich von den Berufen der Kinder- und Krankenpflege aber dennoch. Geht man davon aus, dass Alt nicht gleich Krank

zu setzen ist, und ein Altenpfleger nur die gebrechlichen, alten zu unterstützenden Anteile eines Menschen pflegerisch berücksichtigt, so entsprächen diese Handlungen nicht dem medizinischen System. Vielmehr kann jedoch festgestellt werden, dass Altenpflege in der beruflichen Praxis medizinisch-pflegerische Aufgaben übernimmt und für die sorgenden, sozialen und altersspezifischen Aufgaben keine Zeit zur Verfügung steht. Twenhöfel (2011, S. 38f.) spricht in diesem Zusammenhang von uneingeschränkt dominierender medizinisch-pflegerischer Versorgung, wobei es bei Pflegenden durch die gleichermaßen hohen Erwartungen der beiden Teilsysteme (verrichtungsbezogene, medizinisch ausgerichtete Krankenpflege und sorgende, soziale Betreuung) zu Konflikten, bis hin zu Überforderungen („burn out“) kommt. Gemessen an den eigenen Vorstellungen und Erwartungen glauben Pflegenden, den falschen Beruf gewählt zu haben. Die sorgende, betreuende -sprich soziale- Pflege, nimmt angesichts der stark zunehmenden Zahl von Menschen mit Demenz und der Singularisierung von alten Menschen in Häuslichkeit stark zu.

Altenpflege hat sich in eigenen Systemen⁸⁴ entwickelt und ist heute in den verschiedenen Sektoren, Organisationen und Disziplinen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft verhaftet. Steigende Komplexität von Pflege- und Versorgungsleistungen in einer Gesellschaft des Alterwerdens erfordert einen systemischen Blick. Das jetzige Gesundheitssystem wurde entwickelt nach Maßgabe der Behandlung von Erkrankungen. Ein eigenes System der Pflege gibt es nicht. Behrens et al. (2012c, S. 40) stellen fest, dass auf der gesellschaftlichen Ebene aktuell kein einheitliches Verständnis eines Systems der Pflege vorliegt. Diskutiert wird, ob es neben dem Krankheitsbewältigungssystem überhaupt ein Gesundheitssystem gibt (Pelikan 2007, Behrens 2012c, Bauch 2006). Behrens und Pelikan bejahen dies. Die Altenpflege ist weder im System der Krankheitsbewältigung noch dem der Gesundheitsförderung zu verorten, jedenfalls nicht durchgängig. Pflege im Alter kann Krankheitsbewältigung oder vorbeugende Gesundheitsförderung umfassen, aber auch das bislang nicht umrissene System der nicht rehabilitierfähigen (Gesundheits-) Pflege bis zum Tod. Behrens et al. (2012c, S. 42) sprechen von der *„organisierten Unverantwortlichkeit jeweils hoch spezialisierter Einrichtungen, zwischen denen sich Zonen der freien Vernachlässigung ausbreiten konnten“*. Zonen der freien Vernachlässigung treffen alte Menschen besonders hart. In der Darstellung des Systems der Gesundheitsförderung, zwischen dem System der Krankenversorgung und des fiktiven Systems der Förderung der Lebensqualität im Alter und bei Handicap, mit dem Kern der Teilhabe, wird deutlich, zwischen welchen Polen sich die Pflege als Profession bewegt. Ist

⁸⁴ Gemeint sind Qualifizierungs-, Beschäftigungs-, Finanzierungs-, sowie Betreuungssysteme.

Pflege (im Alter) ein kollektives und öffentliches Gut, ähnlich wie Gesundheit, Atemluft, Trinkwasser, Bildung oder Rechtssicherheit? Behrens et al. (2012b, S. 62ff.) beschreiben eindrücklich, dass Menschen gesund sein können, ohne viel dafür zu tun, aber nicht gepflegt sein können, ohne sich zu pflegen oder gepflegt zu werden. Pflege ist nicht nur bei Krankheit erforderlich. Krankenpflege ist nur der Teil der Pflege, der dem System der Krankenbehandlung zugehört. Auf Krankheit und auf Pflege kann nicht wahlweise verzichtet werden, wie auf Konsumgüter. Der Mensch, als soziales Wesen, kann ebenso nicht auf Teilhabe verzichten. Teilhabe ist dem ökonomischen Paradigma und einer versteckten Altersgrenze unterworfen. Während Inklusion bei Kindern, Menschen mit Behinderung und Migranten ein selbstverständliches Paradigma darstellt, wirkt die Forderung nach Inklusion im Alter eher fremd. Dem Alter bleibt häufig nur das System der Krankenversorgung, um an Pflege und Teilhabe zu gelangen.

Die folgende Abbildung 7 stellt die Systeme der Kranken- und der Gesundheitsförderung im Spannungsfeld zwischen gesund, krank und gepflegt und ungepflegt dar. Das Spannungsfeld zwischen Teilhabe und Nicht-Teilnahme, hier als Exklusion bezeichnet, ist dem System der Förderung der Lebensqualität zugeordnet. Die Abbildung soll verdeutlichen, oder vielmehr die Frage aufwerfen, ob das neue Pflegeberufegesetz die Teilhabe als gleichberechtigtes Paradigma berücksichtigen wird?

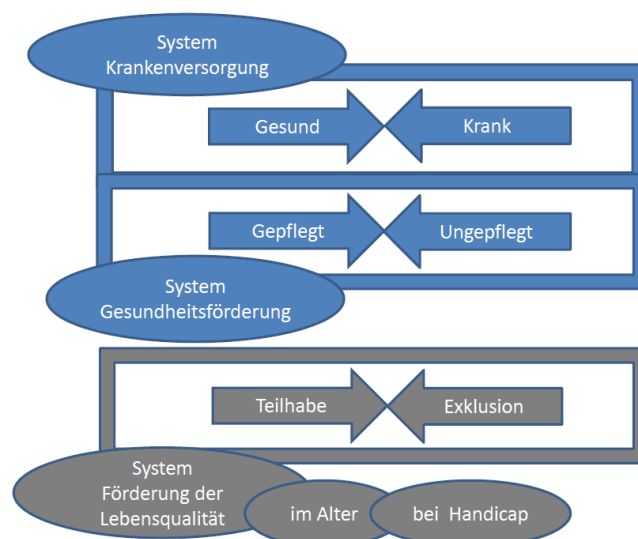


Abbildung 7 Systeme der Pflege
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Behrens et al. (2012c)

Eine Generalisierung der Pflege auf das System der Krankenversorgung wäre professions-theoretisch fatal. Die Hinwendung zum System Förderung der Lebensqualität, im Sinne der Partizipation, spricht der sozialen Teilhabe im Alter und bei Handicap, ausgehend vom

System „Gepflegt und Ungepflegt“, wäre wünschenswert und sollte durch ein demokratisches Gemeinwesen Ziel der Pflegeberufereform sein.

Die Generalisierung der Pflegeberufe wirkt vordergründig, wie ein leicht handhabbares curriculares „Reförmchen“. Die Auswirkungen auf die damit verbundenen Systeme sind weitaus größer. Luhmann (2012, S. 57) analysiert die Mechanismen sozialer Systeme wie folgt: *„Die Mechanismen, durch die ein soziales System den Anforderungen steigender Komplexität gerecht werden kann, lassen sich auf zwei Grundformen zurückführen: auf Differenzierung und auf Generalisierung. Die Differenzierung eines Systems steigert die Komplexität des Systems und hat zur Folge, dass im System im Ganzen mehr Möglichkeiten gegeben sind, als für den einzelnen verfügbar sind“* (Luhmann 2012, S. 57). Folgt man der Betrachtung der Komplexitätssteigerung in Systemen, so gilt die Differenzierung als unausweichlich, wenn der Einfluss in Systemen durch Berufsgruppen⁸⁵ gewünscht ist und Einfluss zunimmt. Wie entsteht Einfluss? *„Der eine weiß, was andere nicht wissen; der eine kann, was andere nicht können, der eine verfügt über etwas, über das andere nicht verfügen können. Eine solch asymmetrische Lage ist Voraussetzung dafür, dass Einfluss überhaupt erst zustande kommt“* (Luhmann 2012, S. 58). Hier ergibt sich die Frage, ob Einfluss in Zusammenhang steht mit einer strukturbedingten Differenzierung der Horizonte, des Erlebens und Handelns (vgl. Luhmann 2012, S. 58). Sind in dieser Differenzierung nicht die Mechanismen zu suchen, die Einfluss generalisieren (ebd. 2012)? Eine Generalisierung ist primär eine Verallgemeinerung. Bei ungleichem zivilisatorischem Entwicklungsstand sind komplexe, funktional differenzierte Systeme bestandsfähiger als einfache Systeme (vgl. Luhmann 2012, S. 137). Zunehmende Differenzierung sozialer Systeme erfordert eine stärkere Generalisierung der gemeinsamen Orientierung und Interaktionsmechanismen. Dies ist eine alte, neuerdings von Parsons besonders nachdrücklich aufgegriffene Einsicht (vgl. Luhmann 2012, S. 58f., Parsons 2009).

Stabilisierend und stärkend wären, am Beispiel der drei Pflegeberufe gemeinsam definierte Werte und Normen. *„Die Generalisierung von Einfluss beruht vor allem darauf, dass es bestimmte Alternativen gibt, die generell stabilisiert sind und dadurch Selektionsprozesse strukturieren. Das können gemeinsam festgehaltene Werte, Normen oder Zwecke sein, die Entscheidungen legitimieren, aber auch Alternativen, die für die Beteiligten keineswegs dasselbe bedeuten und gerade deswegen ein Einflussgefälle erzeugen, wenn das System sie permanent nahelegt“* (Luhmann 2012, S. 60). Wenn menschliche Gesellschaften entstehen, die verschiedene Funktionen erfüllen, kommt die Tendenz auf, das System der Gesellschaft

⁸⁵ Zudem steht eine Berufsgruppendifkussion erst am Anfang (vgl. Klie und Frommelt 2013, S. 264).

nach diesen Funktionen (Religion, Wirtschaft, Krankenpflege...) zu differenzieren (ebd. 137). *„Vielfach wird solche funktionale Differenzierung geradezu als das Kriterium des Fortschritts genannt“* (Luhmann 2012, S. 137). Somit hätte die Generalisierung in der Definition gemeinsamer Werte und Normen oder gar Handlungs- und Berufsausübungsdefinitionen bei den drei Pflegeberufen (auf das Gemeinsame) zu erfolgen, um autonom mit Macht Entscheidungsleistungen durchsetzen zu können. Wird Macht allgemein als Generalisierung individueller Entscheidungsleistungen, als Übertragung ihres Selektionseffektes auf andere definiert (Luhmann 2012, S. 139), so kann sie anderen Disziplinen standhalten. *„Durch Generalisierung wird der Einfluss relativ unabhängig von der konkreten Situation stabilisiert“* (Luhmann 2012, S. 59).

Obwohl sich in Deutschland die Altenpflege evolutionär entwickelt hat, ist sie dem Zugriff verschiedener Disziplinen ausgesetzt und somit maßgeblich fremdbestimmt (vgl. Twenhöfel 2007). Unter Disziplinen sind hierbei in erster Linie Fachwissenschaften, d.h. Teilsysteme des Wissenschaftssystems, zu verstehen (vgl. Luhmann 1990, S. 271 ff., 446 ff.). Zum Stichwort der „Integration“ der Altenpflege spricht Becker bereits 1996 von einer möglichen *„Kolonialisierung“* der Altenpflege durch die Krankenpflege (vgl. Becker 1996, S. 90). Twenhöfel (2007) beschreibt anschaulich die *„Paradoxien“* des Berufsfeldes Altenpflege und spricht vom Zugriff auf die Altenpflege durch verschiedene Disziplinen. So stellt Twenhöfel (2007, S. 215f.) fest, dass es nur im Zugriff der Disziplinen durch Ausübung von Macht gelungen ist, die *„Fachlichkeit“* der Altenpflege dem für erforderlich erachteten Niveau anzunähern. Das erforderliche Niveau richtet sich zunehmend an medizinisch-pflegerischen Parametern aus. Twenhöfel (2011) spricht vom *„medical-turn“* der Altenpflege. Die Handlungsfelder, zu denen betreuende Aufgaben gehören, wurden sukzessive an Laien und Betreuungsassistentinnen abgegeben oder entfielen, begründet durch Zeit-, Fachkräftemangel und Ökonomisierung. Das Thema *„Sich pflegen und kleiden“* wurde zum Gegenstand qualitätssichernder, minutiös geplanter Pflegeprozesssteuerung, überprüft vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Die Selbstbestimmung und Autonomie des alten Menschen in seinem Lebensraum hatten bei diesen Medizinialisierungsprozessen keine Chance. Der Generalisierungsprozess der Altenpflege, hin zu einer medizinisch-pflegerischen Krankenpflege schien seit Jahren im Gang. Somit konnte die Altenpflege, entsprechend dem allgemeinen öffentlichen und individuellen Anspruch an sie, keine *„gute“* Altenpflege mehr erfüllen. Die Forderungen, wie Riedel sie formuliert, scheinen hier ein Relikt der Vergangenheit zu sein:

„Die Altenpflege muss ihren Platz behalten. Alle Handlungsfelder müssen gleichwertig berücksichtigt sein. Der Verlust des Altenpflegewissens kann in keinem Interesse sein, nicht

*dem der Träger, der Kostenträger und der Ausbildungsstätten“
(Riedel 2012, Int. 40,00).*

Im dogmatischen Kampf (siehe Kap. 3.5) um den Kern der Pflege und um die Legitimation einer sozialen, betreuenden Pflege im Alter, um Ausbildungsinhalte und -strukturen (siehe Kap. 7.3) und einer rasant zunehmenden Differenzierung von pflegerischen (Kurz-)Ausbildungen stellt sich die Frage: Ist der Prozess der Differenzierung und Spezialisierung innerhalb der Pflegeberufe überhaupt aufzuhalten? Spezialisierungstendenzen für die „Einheit des Faches“ stellen keine Bedrohung, sondern eher eine Chance dar, insofern davon auszugehen ist, dass weder Professionalisierung, noch Disziplinbildung, auf Spezialisierung verzichten können. Oder geht es bei der Generalisierung der Pflegebildung vielmehr um den Prozess einer Reduktion auf medizinisch-pflegerisches Wissen und Können oder gar um eine geplante Rationierung?

9.2 Rationierung - Begründung zur Generalistik?

Bei bekannten zunehmenden Anforderungen an Pflegeberufe lässt die Zusammenführung dreier Berufe, die jeweils drei Jahre Ausbildungszeit umfassen, in eine dreijährige generalistische Pflegeausbildung, eine geplante Rationierung⁸⁶ vermuten. Pflegeleistungen werden durch Leistungsrecht bestimmt und unterliegen zunehmend ökonomischen Marktmechanismen. Der Markt an sich ist richtungslos, um nicht zu sagen blind. Dem Markt müssen Ziele und Richtungen vorgegeben werden. Das „Gut“ Pflege (im Alter) wird in Deutschland maßgeblich durch einen Pflegebedürftigkeitsbegriff bestimmt. Bedingt durch ökonomische Zwänge, einzelfallabhängiger Begutachtungen und außermedizinischer Selektionskriterien, wie Alter, Status, Einkommen oder Versichertenstatus wird entschieden, ob und wer am Gut „Pflege“ partizipieren darf.

Jeder neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schafft neue defizitäre Altersbilder. (Alten-)Pflege darf sich nicht durch einen „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ definieren lassen (vgl. BMG 2013), sondern muss sich unabhängig von politisch definierten und finanzierten Rahmenbedingungen determinieren. Pflege wird sonst Opfer einer medizinischen, ökonomischen und politisch gesteuerten Rationierung. Die Definition von Rationierung, bei der es sich immer um die Verteilung eines knappen Gutes handelt, kann in diesem Forschungsgegenstand verstanden werden als Verweigerung oder Nichtbereitstellung von primären Ausbildungsleistungen und späteren Pflegeleistungen, trotz Nachfrage und zugleich festgestelltem, objektiven oder latentem Bedarf. Handelt es sich bei der

⁸⁶ Die Rationierung kann verstanden werden als Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Pflege- oder Behandlungsleistungen trotz Nachfrage und zugleich festgestelltem, objektivem (oder latentem) Bedarf.

Generalisierung vielmehr um eine Rationierung statt einer Entwicklung hin zu anforderungsbezogenen beruflich definierten Handlungskompetenzen (vgl. Behrens 2001)? Handelt es sich gar um eine professionsgesteuerte Rationierung (Behrens 2001), bei der Bedarfe verweigert und nicht definiert werden? Die Merkmale für eine professionsgesteuerte Rationierung sind zum einen, dass Professionsangehörige sowohl den Bedarf feststellen (und beeinflussen) als auch die rationierende Verweigerung der Bedarfserfüllung zu entscheiden haben. Wenn Rationierungsentscheidungen zu schwer zu fällen und zu rechtfertigen wären, ergäbe sich bei professionsgesteuerter Rationierung die Möglichkeit bzw. die Versuchung, die Notwendigkeit der Rationierung durch die Feststellung eines fehlenden Bedarfs zu vermeiden (vgl. Behrens 2001). So wäre der Bedarf altersspezifischer Pflege vermieden. Allendhalben wird die Praxis der Altenpflege Wissen und Können herausfordern, da die altersassoziierten Bedarfe und Bedürfnisse gegeben sind. Diese Herausforderung werden Verhalten und Interventionen provozieren, welche nicht theoriegeleitet sein werden, sondern „aus dem Bauch“ heraus geschehen. Dies käme einem Rückschritt gleich, in eine Zeit vor der Entwicklung der Altenpflege als Beruf, bis hin zum Rückschritt interaktionistischer und kultureller Fähigkeiten in der Altenhilfe. Unternehmen der Altenhilfe müssten den Qualifizierungsbedarf des Pflegepersonals definieren. Was geschieht mit dem Wissen und Können, das durch die Generalisierung der Pflegeausbildung verloren geht? Wer verwaltet dieses? Nach einer Generalisierung der Pflegeausbildung ist das spezialisierte Wissen und Können der Altenpflege substantiell nicht mehr vorhanden, weder in Lehrplänen, theoretischem Unterricht noch berufspraktischen Vorgaben zur Theorie und zum Praxistransfer (Schmidt-Richter 2012, Kühn-Hempe und Thiel 2013).

Einen Qualifizierungsbedarf ließe sich wie folgt mit anerkannten Methoden des Bildungsmanagements analysieren: Arbeitsplatz-, Prozess- und Dokumentenanalysen, Personalbeurteilungsverfahren, Assessmentcenter, Befragungs- und Beobachtungsmethoden, Szenario-Methode, Delphi-Methode. Da es sich bei der geplanten Pflegeberufereform nicht um eine Optimierung, sondern um eine Zusammenlegung von dem was da ist handelt, ist die Möglichkeit zur Diversifizierung nicht gegeben, sondern die der Rationierung. Diese Rationierung von Wissen und Können auf grundlegendem theoretischem Pflegewissen und Basiskompetenzen wird Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung haben. Es wird zu Qualifizierungsdefiziten kommen, die es in Weiterbildungen aufzufangen gilt.

Der Pflegende ist seinem Klienten gegenüber handlungs- und begründungsverpflichtet (Behrens und Langer 2010a, S. 75 und S. 99) und von seinem Qualifizierungskapital

abhängig. Werden Pflegekräfte zur (wie auch immer definierten) Basisversorgung qualifiziert, so werden sie diese ausführen. Verglichen mit der von Kersting (2002) umschriebenen angemessenen Basisversorgung der Gesundheitsleistungen (vgl. S. 52ff.), werden Pflegeleistungen zu Themen der Rationierungsethik und zu Rationierungsgrenzen (Kersting 2002, S. 62ff.). Wenn durch Rationierung eine Altersbenachteiligung (vgl. Kersting 2002, S. 81ff.) entsteht, sind die Grenzen der Rationierungsethik erreicht. Als Vergleich kann hier die Verkürzung der Schulzeit bis zum Abitur von 13 auf 12 Jahre, im Sinne einer Rationierung, angeführt werden. Die Verwendung beschränkter Mittel könnte so auch in einer sozialstaatlichen Rationierung diskutiert werden, bei der das BMFSFJ sich nur noch auf Kinder und Jugendliche beschränkt und mit der Abschaffung der Altenpflege alte Menschen entsprechend ihrer Erkrankungen dem BMG zugeordnet werden. Das Vorhaben und der Prozess der Generalistik werden mehrere Wirkungen provozieren, deren Auswirkungen bislang nicht analysiert wurden.

Die potenziellen Absichten einer Rationierung und Rationalisierung unterscheiden sich durch Begrenzung und Benennen des Nutzens. *„Prinzipiell bieten sich zwei Möglichkeiten an, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen: die Rationierung und die Rationalisierung. Erstere orientiert sich primär an den Kosten, letztere primär am Nutzen der medizinischen Maßnahmen“* (Porzolt 1996, S. 608). Im Sinne der Wirtschaftswissenschaft hat die Rationalisierung die Optimierung von Betriebsabläufen und eine Effizienzsteigerung zum Ziel. Würden diese Parameter auf das Vorhaben Generalistik übertragen, so könnten Betriebsabläufe auf die prozessoptimierte Steuerung von Pflegebildungsstrukturen übertragen werden. Die Effizienzsteigerung könnte auf den zahlenmäßigen Output an examiniertem Pflegepersonal und deren Produktivität und den langfristigen Outcome übertragen werden, im Sinne einer effizienten Verwertung von Pflegegeneralisten in allen Gesundheitssystemen. Stellt sich die Frage, ob bei dieser Effizienzsteigerung und einer Fokussierung auf medizinisch-pflegerisches Handeln nicht zunehmend vernachlässigte, alte pflegebedürftige Menschen produziert werden, die krank sind an Leib und Seele. Das medizinisch ausgerichtete Pflegeverständnis, welches sich an gesund und krank ausrichtet, hätte Recht behalten.

9.3 Über die Verwertbarkeit von Pflegegeneralisten in Systemen

Das deutsche Gesundheitssystem ist fragmentiert und in die verschiedenen Sektoren segmentiert⁸⁷. Notwendig ist eine integrierte Versorgung, die eine ineinander greifende Versorgungskette etabliert und dabei den Präventions-, Gesundheits-, Reha- und

⁸⁷ Gesundheit, Pflege, Reha, Prävention sowie innerhalb des Gesundheitssystems, ambulant vs. stationär.

Pflegebereich umfasst, sowie Versorgungslücken vermeiden würde (vgl. Rothgang 2014). Mit der generalistischen Pflegeausbildung ist die Hoffnung verbunden, allseits und in allen Fachgebieten einsetzbare Pflegekräfte zu qualifizieren (utilitaristischer Ansatz).

Als Begründung für die Generalistik stellt Funk (2014, S. 299) fest, dass die berufliche Praxis angesichts der demografischen Entwicklung vermehrt nach Pflegefachkräften aus allen drei „*Pflegeberufssparten*“ fragt. Unklar bleibt jedoch, worauf sich diese Feststellung begründet. Die demografische Entwicklung ist wohl kaum Ursache dafür, dass in einem spezifischen Berufsfeld der Altenpflege (andere Berufsfelder wären denkbar) eine Kinderkrankenschwester gesucht wird. Vielmehr scheint hier der Mangel an spezifischen Pflegefachkräften Ursache für eine berufsübergreifende Suche nach Personal zu sein. Der medizinisch-technische Fortschritt, eine kürzere Verweildauer und die Zunahme alter und hochaltriger Patienten in Krankenhäusern wird von ihm weiter als Begründung angeführt, dass im Krankenhaus eine größere geriatrisch-altenpflegerische Kompetenz benötigt wird (vgl. Funk 2014, S. 299). Gleichzeitig wird aber nicht erwähnt, dass ebenso akutpflegerische Kompetenzen, prä- und postoperative Pflege und medizintechnische Kompetenzen in Kliniken gefordert sind. Politische Absicht ist, dass die Pflegekräfte der Zukunft flexibler und schneller auf die sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen reagieren können und befähigt werden, grundsätzlich in allen pflegerelevanten Arbeitsfeldern tätig zu werden, d.h. die Pflegeausbildung muss zukünftig die Absolventen und Absolventinnen berufsfeldbreit auf den Arbeitsmarkt vorbereiten (vgl. Pflegeausbildung in Bewegung, BMFSFJ 2008). *„Der Arbeitsmarkt im Dienstleistungssektor Pflege erfordert in Zeiten des demografischen Wandels den flexiblen und universellen Einsatz von Pflegekräften“* (Bund-Länder- Arbeitsgruppe- Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012, S. 5). Damit wird impliziert, dass Fachwissen nicht notwendig ist, dass Pflegefachkräfte omnipotent vom Frühgeborenen bis zum sterbenden alten Menschen je nach Bedarf einsetzbar sind. Pflege alter Menschen und von Menschen mit Demenz wird unterschätzt. Pflegepersonal wird zur *„zentralen Ressource der Pflegeindustrie“* (Hanussek 2005, S. 34).

Wie beschrieben, ist das Ziel der Befürworter der Generalistik, die Durchlässigkeit nach der Ausbildung in die verschiedenen Arbeitsbereiche der Pflege, verbunden mit einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes. Mit Durchlässigkeit können zum einen Bildungsstrukturen und zum anderen Beschäftigungsfelder gemeint sein. Potenzielle Nutznießer dieser Durchlässigkeit könnten Berufsinteressierte, Arbeitgeber oder Vertreter der Hochschulbildung sein. Für Berufsinteressierte ist die Durchlässigkeit, soweit sie überhaupt in Anspruch genommen wird, heute schon gegeben durch den

Verkürzungstatbestand⁸⁸ im aktuellen Kranken- und Altenpflegegesetz (2003) in § 7 AltPflG und nach § 6 KrPflG (Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen). Im Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2013, S. 60) wird als Begründung für die Zusammenlegung der Pflegeberufe angegeben, dass „*der Wechsel zwischen den Berufen erleichtert werden muss*“. Der Wechsel zwischen den Berufen ist heute schon im realen Arbeitsmarkt möglich. Hiernach kann die zuständige Behörde auf Antrag der jeweils anderen Ausbildung im Umfange ihrer Gleichwertigkeit bis zu zwei Dritteln der Gesamtstunden der Ausbildung anrechnen. Somit ist heute schon in vier Jahren Ausbildung der jeweils andere Berufsabschluss möglich. Eine Möglichkeit, die bundesweit von Pflegekräften kaum in Anspruch genommen wird. Hieran scheint bei Pflegekräften kein Interesse zu bestehen.

Dies unterstreicht Sahmel:

„In Deutschland sehe ich keinen Arbeitgeber, der die Doppelqualifikation Kranken- und Altenpflege haben möchte“ (Sahmel 2012, Int. 18,00).

Wäre an einer schnellen Anerkennung und einem unproblematischem Wechsel zwischen den Berufen gelegen, so könnte dies bei bestehenden Pflegeberufegesetzen durch ein sich an das Examen anschließendes Modul (zum Pflegegeneralisten) realisiert werden. Allein diese Tatsache verdeutlicht, dass dies nicht beabsichtigtes Ziel im Vorhaben Generalistik ist. Man verfolgt bei Generalisierung nicht den Weg der Anerkennung und der Verschmelzung, sondern den des (Berufs-)Verlustes.

Ebenso ermöglichen die verschiedenen Beschäftigungsfelder der Pflege dem Alten- wie (Kinder-)krankenpflegepersonal heute schon diverse Wechsel und rasant zunehmende Möglichkeiten der Beschäftigung. Zum dritten stehen allen drei Pflegeberufen gleichberechtigte Zugänge zu Weiterbildungen und Studiengängen offen. Von daher scheint der Anlass zur Reform kein drängender zu sein. Die Durchlässigkeit kann aber auch von Seiten der Arbeitgeber als Verwertungsinteresse interessant sein. Die Generalistik würde die Verwertbarkeit von Pflegekräften aus Arbeitbersicht eindeutig erhöhen. Pflegegeneralisten könnten utilitaristisch eingesetzt werden. Arbeitgeber, die über Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen verfügen, haben nachgewiesen ein größeres Interesse an Pflegegeneralisten als fach- oder branchenspezifische Arbeitgeber.

Wessen Interessen bei dem Pflegeberufereformvorhaben im Vordergrund stehen, wird nicht deutlich. Es sind jedoch nicht die Interessen der Zielgruppen und Pflegeempfänger, wie Frühgeborene, Kinder, akut und chronisch Kranke, Menschen mit Behinderung, alte

⁸⁸ Der Verkürzungstatbestandsparagraph ermöglicht den Abschluss durch ein zusätzliches weiteres Ausbildungsjahr im jeweils anderen Beruf.

Menschen, Menschen mit Demenz und Sterbende. Das Interesse der Pflegeempfänger liegt nachvollziehbar auf dem spezifischen Wissen und Können der Pflegenden und an funktionierenden Strukturen. Absicht der Reform ist nicht, dass eine generalistische Pflegekraft „ihren“ Patienten oder Klienten durch die verschiedenen Lebensphasen und Institutionen, von der Geburt an, über die Kinder- und Jugendkrankheiten, mögliche Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte bis hin zum Einzug in ein Seniorenheim und zum Tod begleitet. Ein solches Bezugspflegesystem für Pflegekräfte, ähnlich dem Hausarztprinzip, über die Lebensspanne ist ein interessanter Ansatz, der aber bei dem geplanten Pflegeberufereformvorhaben keine Rolle spielt. Vielmehr ist mit der „Verwertbarkeit“ der pflegerischen Leistung das Institutionsinteresse gemeint.

Fest steht, dass es das Berufsfeld „Generelle Pflege“ nicht gibt. So stellt sich die Frage, ob die Ausbildung zur „Generellen Pflege“ nicht vielmehr zu einer Durchlaufausbildung mutiert, die nicht zur Berufsfähigkeit qualifiziert, sondern die als „Erste Etappe“ für sich daran anschließende akademische oder nichtakademische Qualifizierungen darstellt. Ist die akademische Qualifizierung erst eingeführt und implementiert, kann auf die berufliche Pflegeausbildung verzichtet werden, oder sie mutiert noch mehr zur Assistenz. So macht der erste Arbeitsentwurf zum neuen Pflegeberufegesetz⁸⁹ deutlich, dass aus Sicht der Schulen, nur noch die akademische Qualifizierung attraktive Arbeitsbedingungen und Handlungsautonomie darstellt, da die Schulen hiernach Planungsgewalt über praktische Einsatzorte haben. In der beruflichen Qualifizierung wäre dies den Ausbildungsträgern vorbehalten.

Ob der Pflegegeneralist als angestrebter Berufsabschluss zu einer Attraktivitätssteigerung und zu höheren Bewerberzahlen führen wird, ist spekulativ, da es diesen Beruf (noch) nicht gibt. In integrierten Modellprojekten hat sich gezeigt, dass der angestrebte Berufsabschluss für die Wahl der Praxiseinsätze eine große Bedeutung zu haben scheint (vgl. Stöver 2010, S. 147). Relevant wäre hier in der curricularen Betrachtung der Anwendungsbezug. *„Fehlt dieser (Anwendungs-) Bezug, weil Inhalte und Gegenstände der praktischen Ausbildung nicht beschrieben sind, bleiben »Lernfelder« ohne systematische Fundierung und für die Didaktik der beruflichen Bildung wirkungslos“* (Becker 2003, S. 98). Angesichts der absehbaren Abnahme von nachkommenden Jugendlichen, geht es vielleicht auch nur um „die Macht“, über diese Masse verfügen zu können.

Wem bleibt die Weiterqualifizierung spezialisierten Wissens und Könnens vorenthalten? Eine Generalisierung der Pflegebildung wird Auswirkungen auf die „Verwaltung“ und „Rationierung“ von Pflegekräften haben. Die Allokation von Pflegewissen wird zu einem

⁸⁹ Mit Stand 12.06.2015.

Gerechtigkeitsproblem führen (vgl. die Ansätze von Gutmann 2002, Schmidt und Gutmann 2002). In der sogenannten „NEXT-Studie“ (Hasselhorn et al. 2005) wurde die Berufszufriedenheit und der Berufsausstieg beim Pflegepersonal in den Jahren 2002 bis 2005 in 10 europäischen Ländern untersucht. Speziell wurden Ursachen, Umstände und Folgen eines frühzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf hinterfragt. Es stellt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Berufszufriedenheit und der Absicht, den Beruf zu verlassen, heraus (ebd. S. 36). Als Empfehlung, um dem Personalmangel zu begegnen, wurde die Personalbindung empfohlen (ebd. S. 137). Die Bindung an den Beruf ist weniger erforscht als die Bindung an eine Organisation (Hasselhorn 2005, S. 32f.). Dennoch war Ergebnis der NEXT-Studie, dass die Bindung an den Beruf höher ist als an Organisationen. Auch war Ergebnis, dass die Bindung an kleinere Institutionen, wie Pflegeheime und in der gemeindenahen Grundversorgung höher war wie an große, wie zum Beispiel Krankenhäuser (ebd. S. 40 ff.). Erklärt wird dies durch die Möglichkeit einer höheren Autonomie im Handeln der Pflegenden in kleineren, nicht arzt dominierten Pflegesettings. Am höchsten war die Bindung an den Beruf in Pflegeeinrichtungen festzustellen, die durch „kontinuierliche Pflege“ charakterisiert wurden (ebd. S. 44). Inwieweit diese Ergebnisse auf eine generalistische Pflegeausbildung übertragbar sind, bleibt abzuwarten. Ungünstig wäre, wenn schon während der Ausbildungszeit eine geringere Bindung an Beruf und Organisation geschähe. Dies könnte zum Ausstieg aus der Ausbildung führen. Ob die Bindung an den Altenpflegeberuf stärker ist als an einen generalistischen Pflegeberuf, könnte erforscht werden, wenn vor Einführung der Generalistik systematische Befragungen erfolgen würden.

Ein anderer Aspekt ist der Verbleib im Beruf. Generell wird eine frühzeitige Erwerbsverlaufsbahnung empfohlen. Kränkungslose Übergänge von Mitarbeitern sollen realisierbar sein, bevor qualifikatorische und gesundheitliche Sackgassen entstehen (vgl. Behrens et al. 2009b, S. 11, Behrens und Voges 1996b). Behrens et al. (2009b) haben festgestellt, dass die Absolventinnen von Pflegeberufen überwiegend in der Sparte tätig werden, in welcher ihre Grundausbildung liegt. Wechsel in andere Sektoren betreffen vor allem ambulante Pflegedienste. Sie erhalten sowohl Absolventinnen der Alten- als auch der Gesundheits- und Krankenpflege. Nur selten wechseln Kinderkrankenpflegerinnen dort hin. Diese sind bemüht, in ihrem Spezialbereich tätig zu werden und nehmen hierfür z.T. Arbeitslosigkeit in Kauf. Helferinnen in der Alten- und Krankenpflege finden meist in Altenpflegeeinrichtungen einen Wirkkreis, sofern sie nicht den meistens genutzten Weg der Weiterqualifizierung gehen. Keiner der Absolventinnen wurde im Anschluss an ihre Prüfung im Hospiz tätig, hingegen zeichnen sich neue Arbeitsfelder im Privatbereich ab

(vgl. Behrens et al. 2009b). Ein Abbau von dreijährig examinierten Pflegepersonen zugunsten von Assistenzpersonal führt unweigerlich dazu, dass bei einer generalistischen Pflegeausbildung zunehmend Assistenzpersonal in der Altenhilfe arbeiten würde, anstelle examinierten Pflegepersonals. Ausgehend von einer poolfinanzierten Ausbildung ergibt sich die Frage, ob es nicht zu Ressourcenallokation von examinierten Pflegegeneralisten kommen wird. Wer kommt noch in den Genuss des geringer werdenden Pflegenachwuchses oder examinierter Pflegegeneralisten und wer verteilt diese?

9.4 Systematische Auswirkungen auf Pflege-Ausbildungsstätten

Was bis hierher wie ein harmloses Gedankenspiel der Konstruktion neuer Berufsbildungscurricula und Arrangements klingt, ist in der Realität eine hoch politische Angelegenheit, die das ganze Steuerungssystem der Berufsbildung zur Disposition stellt (vgl. Baethge et al. 2007, S. 82). Aufgrund der fehlenden Verankerung im Berufsbildungsgesetz (BBiG) findet die Berufsausbildung „Pflege“ in sogenannten „Pflegesschulen“ statt. Nach Schätzung von prognos und WIAD (2013) sind von den 731 Altenpflegesschulen 80% in freier Trägerschaft, 591 Schulen in (frei)gemeinnütziger, kirchlicher oder privatgewerblicher Trägerschaft und 140 in öffentlicher Trägerschaft. Damit verbunden ist eine erschwerte Durchlässigkeit in weiterführende Bildungsgänge und Nachteile für Lehrende an Pflegeschulen. Ungenauigkeiten im Bildungssystem wie bereits Bischoff-Wanner (2001, S. 78) festgestellt hat, beschreiben Baethge et al. (2007), Dielmann (2013), sowie Bals und Dielmann (2013). Hoppe machte bereits 2002 im sogenannten „Streitgespräch“ darauf aufmerksam, dass die Einordnung in das berufliche Bildungssystem in der Mehrzahl der Bundesländer realisiert ist⁹⁰, wie auch die Autonomie der Schulen, die oft als Schulen in freier Trägerschaft mit eigener Budgetverantwortung bestehen (Hoppe 2002, S. 117). Sie forderte auch 2012:

*„Systemsicherheit durch Berufsfachschulen“
(Hoppe 2012, Int. 52,00).*

In der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Kontaktstudium „Propädeutikum Pflegewissenschaft“ an der Universität Bremen stellte Piechotta (2000, S. 137) in durchgeführten Befragungen an Studiengangsbewerber bereits 1994 fest, dass im Vergleich zu Kinderkranken- und Krankenpflegesschulen der Unterricht in Altenpflegesschulen eher auf einem dialogischen Prinzip beruht, das jederzeit Fragen und das Einbringen persönlicher Interessen erlaubt ist und dass das Lehrpersonal in

⁹⁰ Drei Bundesländer sind nur noch Schulen besonderer Art, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Hessen.

Altenpflegesschulen „mehrzählig über pädagogische und sozialpädagogische Kompetenzen verfügt“ (ebd. S. 137), im Gegensatz zu Kinderkranken- und Krankenpflegesschulen. Auch wurde festgestellt, dass Altenpflegesschulen und Pflegeeinrichtungen besser auf die Pflege Demenzkranker vorbereiten als Gesundheits- und Krankenpflegesschulen. Zu diesem Ergebnis kommt die Studie „Demenzsensible nicht medikamentöse Konzepte in Pflegeschulen“ des Institutes für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Die Studie bestätigt den fachlich hohen Standard der Altenpflegeausbildung im Bereich der Demenzversorgung. Grund dafür sei die hohe Relevanz demenzspezifischer Kompetenzen in der Altenpflege. Die Ergebnisse der Studie sprechen für eine spezialisierte Altenpflegeausbildung.

Die Zusammenführung von Alten- und Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegesschulen hätten für Altenpflegesschulen von 13 Bundesländern erwartungsgemäß nachteilige Entwicklungen, da sie aus dem System des beruflichen Bildungssystems in „Schulen besonderer Art“ überführt werden müssten. Zudem wird das neue Pflegeberufegesetz Auswirkungen auf die Lehrerqualifikation, auch inhaltlich haben. Lehrer werden zu Autodidakten der gerontologischen Pflege, da sie langfristig als Pflegegeneralisten in die Lehrerbildung gehen.

9.5 Systematische Folgen eines vernachlässigten Wettbewerbs

Eine Ausweitung von Wettbewerbssituationen führt grundsätzlich zu einer Qualifikations- und Kompetenzsteigerung. Wäre Pflege auf dem freien Markt als Dienstleistung wählbar, so müsste sie sich der Konkurrenz stellen und durch ein besseres Leistungsangebot positionieren. Staatliche Versorgungssysteme schränken dies ein. Der Wettbewerb zwischen Berufen hat während der letzten 30 Jahre eine gesunde Entwicklung erzeugt. Während die Altenpflege lange neben der Krankenpflege die „zweite Wahl“ darstellte, haben sich die Ausbildungszahlen und die Attraktivität zugunsten der Altenpflege deutlich gesteigert (siehe Kap. 8.4).

Altenpflege und Altenpflegeausbildung hat sich, wie bereits erwähnt, evolutionär entwickelt. Der Markt der Altenpflege entstand durch das Beobachten und Erkennen von dem was ältere und alte Menschen benötigen. Die Altenpflegeausbildung, vielmehr die produzierten Altenpflegerinnen, wurden zunehmend zu konkurrierenden Anbietern von bedarfsgerechter altersassoziierter Pflege, neben der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Gesundheits- und Krankenpflege, die primär den kranken Menschen, also den Patienten im Fokus hat, gerät entsprechend der zunehmenden altersspezifischen lebenspraktischen, nicht an Krankheit definierten Bedarfen unter Druck. Der höhere Zielerreichungsgrad „Anzahl der Auszubildenden Altenpflege“ wurde zunehmend für die Krankenpflege eine

Bedrohung. Die evulotorische Entwicklung der Altenpflegeausbildung in Deutschland würde durch die Umsetzung der Generalistik unterbrochen. Es lohnt, die Wettbewerbsmechanismen im Markt näher zu betrachten. Ein funktionierender Marktmechanismus führt zur Allokationseffizienz. Übertragen auf die Produktion von Pflegekräften war es so, dass sich Altenpflegekräfte entsprechend der vernachlässigten personifizierten und institutionellen Armen- und Altenpflegebedarfe entwickelt hat. Um hier von Marktmechanismen sprechen zu können, bedarf es der gesonderten Betrachtung der Marktfaktoren im Gesundheits- bzw. Altenhilfesektor. Die drei Marktfaktoren Angebot, Nachfrage und Preis greifen hier nur bedingt, da staatliche Steuerung und Leistungsrecht den Anspruch auf Leistungen und die angebotenen Leistungen stark steuern. Bei steigenden altersassoziierten Bedarfen steigert sich die Nachfrage nach adäquaten Dienstleistungen und Pflegeangeboten. Sollte es dementsprechend nicht entsprechende Angebote geben, so kann dies nicht nur marktwirtschaftlich interessante Fragen aufwerfen, sondern auch ethische, bis hin zu der Frage: Wird die Generalistik ein Gegenstand der Allokationsethik (Kersting 2002)? In den 1920er Jahren betrachteten die Siechenhausleitungen durch das wachsende krankenpflegerische Selbstverständnis die Abwanderung des Pflegepersonals (Irmak 2002, S. 268) mit ähnlichen gemischten Gefühlen, wie die Einrichtungsleitungen der Altenhilfe heute, wenn sie von der generalistischen Pflegeausbildung hören. Damals erfuhr die Krankenpflege einen sozialen Aufstieg, in dem im Siechenhaus Tätige die Titel „Pfleger und Schwester“ führen durften und Aussicht auf eine berufliche Karriere im Krankenhaus erfuhren. Dies bewirkte, dass das Personal aus den Siechenhäusern in die Krankenhäuser „drängte“ (Irmak 2002, S. 268). Ein Prozess, der von Gegnern der Generalistik heute ähnlich befürchtet wird.

9.6 Ergebnisse

Demografieadäquate, altersassoziierte Dienstleistungen werden zunehmend weltweit benötigt, eingekauft und verkauft werden können und auch als Service entsprechend gewährleistet werden müssen. Zukünftig werden sich neue und vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten in der häuslichen Versorgung und Pflege in Deutschland ergeben und ergeben müssen. Die traditionelle Fokussierung auf medizinische Fachgebiete und Heilhilfstätigkeiten, die mit Ausprägung der Krankenpflege einherging, gilt in der generalistisch orientierten Weiterentwicklung der Pflegeberufe als kritisch zu betrachten. Die Überprüfung der Hypothese H10 *„Es macht einfach keinen Sinn mehr, so zu tun, als ob das Versorgungssystem noch grundsätzlich zwischen alten und jungen PatientInnen (sic), zwischen pflegebedürftigen und kranken Menschen unterscheiden würde“* (Weidner 2014, S. 14f.) kann nicht bestätigt werden. Gilberg (2000, S. 275) fordert als Ergebnis seiner

Untersuchungen zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter, dass ein gutes Ausbildungssystem für die bei der Altenpflege benötigten Berufe zu gewährleisten ist. Bei einer Generalisierung der Pflegeausbildung wird der Kampf um die Humanressourcen (examierte Pflegekräfte) größer, da ein Wettbewerb zwischen Ausbildungsverantwortlichen, Interessenten und Pflegefachpersonal entfällt und das Ausbildungsangebot abnimmt. Bei dem Umbau der Systeme, hin zu einer generalistischen Pflegeausbildung kommt es bildlich gesprochen zu einer Verengung, siehe Abbildung 9. Ausgehend von differenzierten Strukturen des Wissens und Könnens, der personeller Ressourcen, der von Qualifizierungswegen und -modellen, der Finanzierungsvarianten, Beschäftigungsmöglichkeiten und der Fachkräfte- und Schulstrukturen würde der Prozess der Generalisierung einem Systemumbau gleich kommen, der im Wesentlichen rationiert und normiert. Selbst mit der Absicht der Attraktivitäts- und Imagesteigerung würde das Wagnis versucht, ungeprüft ein neues undefiniertes Image schaffen zu wollen. Nach dem Prozess der Verengung käme naturgegeben wieder der Prozess der Differenzierung, wie ihn humane Bedarfe, Arbeitsmarkt, Qualifizierungsbedingungen, etc. einfordern und bedingen. Der Outcome und die potenziellen Gesetzesfolgen dieses Systemumbaus wurden weder real noch szenarisch umrissen.

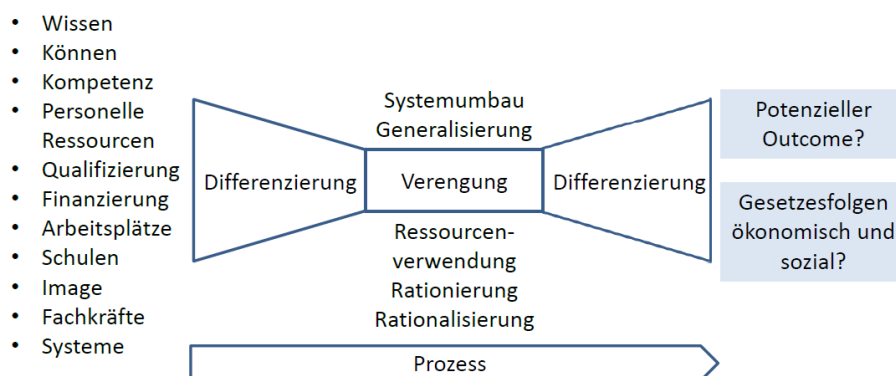


Abbildung 8 *Prozess der Verengung durch Generalisierung*
Quelle: *Eigene Darstellung*

Welche wesentlichen Veränderungen eine erlernte „allgemeine Pflege“ auf Gesellschaft und Volkswirtschaft bewirkt wird unterschätzt. Hier wäre beispielhaft Heintze (2012) anzuführen, der darauf hinweist, dass nur Pflege, die auf basale Grundfunktionen zielt, sich als Minutenpflege durchrationalisieren lässt und die bei pflegerischen, psychologischen und sozialen Unterstützungsleistungen, die Menschen mit reduzierter Alltagskompetenz benötigen, kaum möglich ist. Zudem wurde bislang pflegewissenschaftlich versäumt den „Kern der Pflege“ professionstheoretisch zu

definieren. Hierzu auch Becker (2003): „Um den Kern der Altenpflege, bzw. der Pflege beschreiben zu können, müssen begründbare Qualifikationsinhalte gefunden werden, die den Beruf am Arbeitsmarkt unterscheidbar machen und ihn in Konkurrenz zu anderen Berufen im Berufsfeld verwendungsfähig erhalten“ (ebd. S. 98). Der Systemumbau kommt einem Wagnis gleich, dessen Outcome und Folgen nicht definiert sind.

Die Verwendungsfähigkeit der Altenpfleger heute ist durch die Beschäftigungsfähigkeit bewiesen. Ein System „generalistische Pflegeausbildung“ wird Pflegekräfte als Monopol mit Anbieterdominanz produzieren. Über eine Normierung der Bedürfnisse und eine Dominanz in der Zuteilung von Pflegekräften, entsprechend des aktuell definierten Leistungsrechts, besteht die Gefahr, dass Pflegeleistungen und Zuständigkeiten weiter verknappert werden und berufliche Identität genommen wird. Die Marktposition der Altenhilfeeinrichtungen wird durch die Generalisierung der Pflegeausbildung geschwächt, bedingt durch den Kompetenzverlust der beruflich Qualifizierten. Eine Veränderung des Denkens und Handelns von (Alten-)Pflegerinnen, mit Verlust sozialpflegerisch-partizipativen Handelns, hin zu generellen Basis-Pflegetätigkeiten verbunden mit einer Kommerzialisierung und Eliminierung marktfremder Interaktionsbeziehungen begründet den Prozess der Ökonomisierung. Dieser wird mit einer Veränderung des professionellen Selbstverständnisses der (Alten-)Pflege hin zur Tendenz einer medizinisch definierten (Kranken-)Pflege und einer Ökonomisierung sozialer Dienste und Einrichtungen, die mit Vermarktlichung und privat zahlungsfähige Nachfrage von Kunden einhergehen wird. Dies wird Auswirkungen auf die soziale Ungleichheit und auf Kommunen, als Gewährleister sozialer Dienste und Hilfen vor Ort haben.

Bei der geplanten Generalisierung der Pflegeberufe würden Systeme der Finanzierungs-, und Bildungsstrukturen aufgelöst und Neue geschaffen, anstatt den Status quo und den gewonnenen Outcome zu diskutieren und zu optimieren. Die Gefahr, dass ein Systemumbau der Pflegebildung von den aktuell bekannten und zu optimierenden Rahmenbedingungen der Pflegebranche ablenkt, ist groß. Bei der Generalisierung der Pflegeberufe handelt es sich um Prozesse der Rationierung, die negative soziale Folgen und die Neuentwicklung eines altenpflegeähnlichen Berufsprofiles provoziert, da die Altenpflegeausbildung in das System der Krankenversorgung überführt würde. Die spezifischen Alterspflegebedarfe wachsen in der Akutpflege wie in der Langzeitpflege. Die spezifische Alterspflegekompetenz und das Wissen um Lebensbedingungen und altersspezifische Bedarfe in der Pflegebildung zu reduzieren, wären kontraproduktiv. Deutschland hat anders als andere Länder, drei Pflegeberufe berufsständig entwickelt, ausgerichtet an den Lebensphasen und generationenspezifischen Bedarfen, für spezielle

Versorgungssektoren, mit national eigenen Gesetzesgrundlagen und Finanzierungsstrukturen. Diese Strukturen denen anderer Länder anzupassen, soll mit der generalistischen Pflegeausbildung versucht werden, wird jedoch massive strukturelle Probleme nach sich ziehen.

Tiefgreifende Veränderungen einer Berufskonstruktion wären notwendig, anstelle einer ausschließlich curricularen Sichtweise. Das Gesundheitssystem ist ein mächtiger Ort der gesellschaftlichen Konstruktion (vgl. Irmak 2002, S. 390). Eine regional hoch entwickelte öffentliche Infrastruktur der altersassoziierten, der pädiatrischen und akutmedizinischen Pflege und Betreuung, im Sinne von ambulanten Versorgungszentren hätte einen hohen gesellschaftlichen Nutzen. Dass dies Teil einer Wachstums- und Innovationsstrategie sein kann, die qualitativ hochwertige und gute Erwerbsmöglichkeiten ohne zusätzlichen Umweltverbrauch schafft, wird in Deutschland weitgehend verkannt (vgl. Heintze 2012, Trapp und Klug 2009). Eine generalistische Pflegeausbildung wird eine regionale Pflegeinfrastruktur kontraproduktiv beeinflussen.

Falsifikation der Hypothese 10:

Die Wertschöpfung der deutschen Altenpflegeausbildung für die Dienstleistung Altenpflege blieb bislang unerforscht. Im Rahmen einer intensiven Literatur- und Studienrecherche und einer ökonomische und soziale Gesetzesfolgenabschätzung (siehe Kap. 11) konnten keine Hinweise auf die Effektivität einer Generalisierung der Pflegeberufeausbildung gefunden werden. Eine zu hohe Konzentration auf Rationierungsaktivitäten und Routinetätigkeiten der Pflegebildung kann fatale Folgen und gesellschaftliche Auswirkungen haben, sowie eine Lohnkostensenkung bewirken. Zudem ist mit einer Steigerung der Opportunitätskosten für die Umsetzung der Generalistik und für sich anschließende Weiterbildungen und Qualifizierung von Assistenzpersonal zu rechnen. Die Generalisierung der Pflegeausbildung kommt einer Rationierung und Ökonomisierung gleich. Die Auflösung der Altenpflege als Ausbildungsberuf würde absehbar eine Neuentwicklung dieses oder eines ähnlichen Berufsprofiles und weitere berufsfeldspezifischen Kurzausbildungen provozieren, bedingt durch die Tertiarisierung und die stark wachsenden altersassoziierten Bedarfe (vgl. auch BMBF 2014a, S. 162, Bals und Dielmann 2013). Diese Effekte und die vernachlässigte „Befähigung zur Sorge“ können negative bildungssystematische, ökonomische und soziale Folgen nach sich ziehen, ihnen wird in Kapitel 11 nachgegangen. Zuvor vertieft das folgende Kapitel die Frage: Was ist das Spezifische und der Outcome der Altenpflege(ausbildung)?

10 Das Spezifische der Altenpflege(ausbildung) - Mehrwert und Outcome

In der Altenhilfe wurde aus Insassenwärter (Irmak 2002) nicht Alterskrankenschwester und Alterskrankenpfleger, sondern Altenpflegerin und Altenpfleger. Aus Sieche wurde Insasse, Alterspflegling, Heimbewohner, Oma, Opa, Kunde, Klient oder Nutzer, um nur einige Bezeichnungen zu nennen. Der nach außen wahrnehmbar wesentliche Unterschied, den heute Altenpflege, im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege ausmacht ist, dass Altenpflege nicht den Patienten sondern den Bewohner, Klienten, Tagesgast, alten Menschen im Blick hat und dies auch verbal in seinem Berufsfeld und Wissenschaftsbereich ausdrückt. Die Bezeichnung richtet sich häufig danach, wo sich der alte Mensch temporär aufhält oder lebt. Hierdurch wird deutlich, dass der Kern⁹¹ des Pflegeverständnisses der Altenpflege sich nicht auf Krankheit und den damit einhergehenden Status „Patient“ begründet, sondern auf die Person im Alter und dessen Sozial- und Lebensraum. Bei der Recherche pflegewissenschaftlicher Forschung wird deutlich, dass hier der Patient im wesentlichen Fokus steht, obwohl es dringend weiterer gerontologischer Pflegeforschung bedarf, bei der der spezifische Alterspflegebedarf Zentrum der Untersuchung wäre.

Altenpflege hat sich seit 50 Jahren in Deutschland, entsprechend des altersdemografischen Faktors und der alter(n)spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe, primär in Institutionen der Altenhilfe und heute zur sozialraumorientierten gerontologischen Langzeitpflege entwickelt. Trotz schwieriger ökonomischer Rahmenbedingungen und Imageprobleme ist die Verberuflichung der Altenpflege in Deutschland, entsprechend eines wichtigen Differenzierungsbedarfes, bei den Pflegeberufen gelungen und heute Vorbild für demografieadäquate Entwicklung von Berufen. Das Handeln in der Altenpflege heute zielt in erster Linie auf den Erhalt von individueller Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Alter, wobei Gesundheit und Autonomie die zentralen Faktoren darstellen. Altenpflege ist kein Teil der Krankenpflege, da sie sich nicht auf den Kontext Gesundheit und Krankheit bezieht, sondern auf eine generationenspezifische Gesundheitsversorgung, mit dem Blick auf die individuelle Lebenssituation und -qualität des alten Menschen und nicht auf den Patienten. Altenpflege schützt individuelles, würdevolles Altern. Altenpflege steht mit medizinisch-pflegerischen Verrichtungen in Konflikt, wenn sie der Würde des alten Menschen nicht dienen. Der hier folgend

⁹¹ Der ICN unterscheidet in seinem Ehrenkodex nicht zwischen Pflegeberufen (ICN 2012).

beschriebene Mehrwert und Outcome ist Ergebnis verschiedener Analyseergebnisse. Das Verstehen der Effizienz der Altenpflege(ausbildung) im Hinblick auf den Outcome für eine Gesellschaft bedarf einer systematischen, wissenschaftlich fundierten Entscheidungsfindung im Hinblick auf Finanzierung, Organisation und Praxis. Nicht der Endpunkt „Wiederherstellung der Gesundheit“, sondern Qualitätsindikatoren im Sinne der angestrebten Verbesserung der Versorgungsqualität und der sozialen Teilhabe für Menschen im Alter stellen die Analyseparameter dar.

10.1 Ergebnisse - Was hat die Altenpflege(ausbildung) bewirkt?

Die Outcome-Analysen wurden auf Veränderungen auf das berufliche Selbstverständnis, auf das Ausmaß der Partizipation, auf Bildungstheorie und Fachdidaktik, Management, Arbeitsmarkt, Wissenschaft, Wirtschaft und Fachspezifika hin vorgenommen und kamen zu folgenden Ergebnissen:

Zum beruflichen Selbstverständnis

Altenpflege:

- hat aktuelle Bedarfe und Bedürfnisse des Alter(n)s und der Langzeitpflege erkannt, aufgegriffen und in Ausbildung, Fort- und Weiterbildung und Dienstleistung umgesetzt und weiterentwickelt.
- definiert sich nicht über Krankheiten und Diagnosen und Symptomorientierung, sondern primär über altersbezogene Bedürfnisse, Bedarfe sowie biografie-, sozialraum-, lebenswelt- und lebensphasenorientierte Pflege und Sorge.
- definiert nachlassende Lebensaktivitäten und Krankheit im Alter als Anlass zur Pflege und Unterstützung und folgt hierbei den Leitzielen: Vertrautheit, Autonomie und Partizipation.
- kennt Lebenslagen im Alter, in Hochaltrigkeit und im Sterbeprozess und verfügt über adäquate Interventionsstrategien und Kompetenzerfahrungen.
- definiert lebensweltorientierte Pflege älterer Menschen über Biografieorientierung, Beziehungsgestaltung, diskrete Begleitung, situatives Handeln und Förderung des selbstbestimmten, teilhabenden und teilnehmenden Lebens.
- hat eine Synthese von psychosozialen, kommunikativen und somatisch-pflegefachlichen Anteilen als Voraussetzung für Pflegequalität und pflegebezogene Lebensqualität in der Langzeitpflege geschaffen (Frommelt und Heislbetz 2013).
- begleitet und trennt in ihrer Koordination nicht zwischen Pflege, Hauswirtschaft und sozialer Arbeit und ist immer auch Anlass zur sozialen Arbeit (DZA 2008).

- betrachtet Konflikte und scheinbar unlösbare Situationen in Lebenslagen alter Menschen als Anlass für Lernsituationen.
- besitzt die Fähigkeit komplexe altersassoziierte Versorgungsprozesse eigenständig und eigenverantwortlich zu steuern.
- entspricht dem Bedarf einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung.

Zum Ausmaß der Partizipation

Altenpflege:

- hat als Beruf die Lücke zwischen Sozialarbeit, Gesundheits- und Krankenpflege, medizinischer Versorgung und den sozialpflegerischen Bedarfen alter Menschen geschlossen.
- hat sich zur altersassoziierten kommunalen Daseinsvorsorge entwickelt.
- ermöglicht soziale und kulturelle Partizipationsmöglichkeiten für alte Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf.
- hat Wohnorte für alte Menschen mit spezifischen Unterstützungsbedarfen geschaffen und weiterentwickelt.
- hat Orte der Pflege im Alter deinstitutionalisiert und zunehmend zu individualisierten und sozialen Lebensräumen gemacht.
- arbeitet im Arbeitsbündnis mit dem Klienten und richtet sich, wenn immer möglich, nach dessen Erlebniswelt und Vorschlägen (vgl. Oevermann 1997, Behrens und Langer 2006, 2010a).

Zur Bildungstheorie und Fachdidaktik

Altenpflege:

- hat seit 50 Jahren über Ermöglichungssituationen und Erfahrungsräume eine altenpflegerische Didaktik und Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung geschaffen.
- hat über ermöglichungsdidaktische Handlungsarsenale Möglichkeiten zur Verinnerlichung von Handlungskompetenz realisiert.
- begründet sich in seiner Didaktik nicht über eine multidimensionale Patientenorientierung (Wittneben 2003), bei der verrichtungs-, symptom-, krankheits- und arztbezogene Tätigkeiten im Vordergrund der Handlungen stehen, sondern über eine individuelle (Bewohner-) Personenorientierung, bei der Interaktion und Kommunikation, Beziehungsgestaltung, interkulturelle Aspekte und Lebensweltorientierung primär die Handlungen bestimmen, bei denen die Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Gerontologie die wesentlichen Bezugswissenschaften darstellen.

- hat eigene Ausbildungs-, Schul- und Finanzierungsstrukturen in den Bundesländern geschaffen.

Zum Management

Altenpflege:

- hat grundlegende innovative Organisationen und Ablaufplanungen, im Sinne der Personen- und Lebensweltorientierung geschaffen.
- unterstützt Angehörige und Familien bei der Familienpflegezeit von Senioren.
- kooperiert im Netz unterschiedlichster Berufsgruppen.
- entwickelt branchenspezifische, qualitätssichernde Maßnahmen in der Begleitung, Pflege und Lebensraumgestaltung.
- hat Wertschöpfungsprozesse in der Altenhilfe positiv beeinflusst, Wettbewerb gefördert und innovative Strukturen der Altenhilfe geschaffen.
- zeichnet sich durch ein hohes komplexes Selbstmanagement in Settings der Altenhilfe aus.
- schafft Effekte auf der Outcome-Qualitätsebene, die Gesundheit stabilisiert, Krankheit verhindert (Schulz-Nieswandt et al. 2012) und Lebensqualität im Alter realisiert.

Zum Arbeitsmarkt

Altenpflege:

- hat maßgeblich gegen den quantitativen und qualitativen Pflegefachkräftemangel gewirkt und Möglichkeiten zur Fachkräfteschaffung realisiert.
- hat Ausbildungsmöglichkeiten für Menschen geschaffen, die sich speziell für die Arbeit mit alten Menschen interessieren.
- hat Weiterbildungs- und Beschäftigungsfelder geschaffen für Menschen, die gezielt mit alten Menschen arbeiten wollen.
- hat prekären Arbeitssituationen entgegengewirkt.
- hat Migrantinnen und Migranten ein berufliches Arbeitsfeld geschaffen.
- hat Umschülerinnen und Umschülern und vorrangig Frauen in prekären Arbeitssituationen, seit rund 40 Jahren, Wege in den Beruf ermöglicht.
- ermöglicht Quereinsteigern den Weg in den Beruf.
- hat aktuell den höchsten Beschäftigungszuwachs in Deutschland.
- hat einen gesunden Wettbewerb bei der Weiterentwicklung der Pflegeberufe untereinander provoziert.

- steuert, unterstützt und sichert die pflegerische Arbeit von alten Menschen in Kliniken und allen anderen stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und im privaten Bereich.
- hat Strukturen geschaffen im niederschweligen altenhilfespezifischen Versorgungsmanagement.

Zur Wissenschaft

Altenpflege:

- hat eine eigene externe Evidence geschaffen und entwickelt diese in Konzepten und Interventionen weiter.
- ermöglicht den Erwerb einer spezifischen, altersassoziierten, internen Evidence.
- hat über Verberuflichung verhindert, dass Praxisanleiter, Lehrer und Wissenschaftler berufliche Autodidakten für gerontologische Pflege bleiben.
- wirkt an geriatrischen, gerontopsychiatrischen, gerontologischen und therapeutischen Pflegekonzepten mit.
- hat altersassoziierte Assessments, Interventionen geschaffen, entwickelt diese weiter und orientiert sich dabei an wissenschaftlichen Erkenntnissen, handelt danach und ist Basis für eine fachbezogene wissenschaftliche Weiterentwicklung.

Zur Wirtschaft

Altenpflege:

- hat eine der größten Wachstumsbranchen in Deutschland geschaffen.
- hat einen kontinuierlichen Beschäftigungszuwachs generiert.
- generierte in Vergangenheit Mehrwertschöpfungen über die nicht geforscht, gesprochen und geschrieben wird.

Zu Fachspezifika

Altenpflege:

- verfügt über umfassende sozialpflegerische, beratende, spezifische, somatische, psychologische, geriatrische, gerontopsychiatrische und umfeldbezogene Fachkenntnisse des Alter(n)s, speziell auch für die häusliche Pflege und die gerontopsychiatrische Versorgung.
- hat Fachexpertise über Bedarfe und Bedürfnisse im Alter und für Menschen mit Demenz entwickelt.
- schafft Allianzen für Menschen im Alter und für Menschen mit Demenz.
- begründet und ermöglicht Beziehungskontinuität.
- unterstützt die individuelle Lebensführung und fördert ein selbstbestimmtes Leben im Alter.

- berücksichtigt die durch große Verletzlichkeit gekennzeichnete Lebensspanne des Alters und fördert eine hohe individuelle Lebensqualität.
- erhält und fördert Lebensqualität und Ressourcen und berücksichtigt Bedürfnisse nach Autonomie und Selbstbestimmtheit ihrer Klienten.
- agiert im Sinne einer präventiven und rehabilitativen Gesundheitsförderung und einer Förderung der Lebensqualität.
- arbeitet im Arbeitsbündnis mit Klienten auf Augenhöhe.
- unterstützt und regt alte Menschen zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihres Lebens entsprechend ihrer eigenen Bedürfnisse an.
- berät zur Erhaltung der Gesundheit und der eigenständigen Lebensführung im Alter.
- fördert Kontakte im Wohnumfeld, der eigenen Wohnung oder in Institutionen und initiiert Nachbarschaftshilfe.
- fördert die Selbstorganisationsfähigkeit alter Menschen.
- kann Stärken alter Menschen erkennen, Fähigkeiten einbeziehen und deren Selbständigkeit fördern.
- übernimmt die pflegerische Versorgung und Begleitung schwer kranker und sterbender alter Menschen verschiedener Religions- und Kulturzugehörigkeit.
- wirkt bei Prävention und Rehabilitation, bei vorhandener oder drohender körperlicher, sozialer, geistiger oder psychischer Beeinträchtigung mit.
- betreut und berät alte, sowie kranke Menschen und pflegende Angehörige in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten.
- motiviert und schult Angehörige, z. B. in Pflegetechniken und den Gebrauch von Hilfsmitteln.
- wirkt bei der Behandlung kranker alter Menschen und Ausführung ärztlicher Verordnungen mit.
- begleitet alte Menschen bei Verlusterfahrungen, schafft ein Milieu zum Sterben und begleitet Sterbende.
- ermittelt Hilfe- und Pflegebedarfe, stellt Pflegediagnosen, plant individuelle Pflegeprozesse und führt gerontologische Pflegedokumentationen und Verwaltungsarbeiten aus.
- arbeitet im multiprofessionellen Team, stellt Kontakte zu Therapeuten, Seelsorgern und anderen im Pflegesetting beteiligten Personen her.
- reflektiert eigenes Handeln, berufliche Befindlichkeit und berufliche Beziehungen.

- wirkt als praktischer Ausbilder/Praxisanleiter bei der Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern.

Das Spezifische an der Altenpflege ist zusammengefasst der Autonomie wahrende lebensphasen- und lebensweltorientierte Zugang zum alten Menschen, der sozialpädagogisch geprägt ist (vgl. Hünersdorf 2005) und die umfassende Anwendung geriatrischer und interventionsgerontologischer Aufgaben (vgl. Neumann 2012), bei der Bewältigung des Alltags und bei Krankheit. Die Altenpflegeausbildung hat diesen Outcome realisiert. Im Folgenden wird aufgezeigt, welche potenziellen Gesetzesfolgen eine generalistische Pflegeausbildung (für die Altenpflege) bewirken würde?

11 Prospektive Gesetzesfolgenabschätzung

Die Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien sieht seit 2000 vor, dass beim Formulieren von Rechtsnormen eine prospektive Gesetzesfolgenabschätzung⁹² (pGFA) vorzunehmen ist (vgl. auch Prognos 2008). Neue Gesetze und Verordnungen müssen somit auf Bundesebene darauf überprüft werden, welche beabsichtigten Wirkungen und unbeabsichtigten Nebenwirkungen mit ihnen verbunden sind. Das heißt, dass die fachlich zuständigen Bundesministerien bei der Erarbeitung einer Gesetzesvorlage verpflichtet sind, alle bedeutenden Auswirkungen eines Gesetz- oder Verordnungsvorhabens auf Demografierelevanz und die Auswirkungen auf kommende Generationen ebenso wie auf ökonomische, soziale oder ökologische Auswirkungen zu prüfen (Krings 2014). Auf der Grundlage des Fragenkataloges zur Gesetzesfolgenabschätzung des Bundesministeriums des Inneren erfolgt die nachstehende Abschätzung. Sie konzentriert sich auf ökonomische und soziale Folgen. Mögliche ökologische Gesetzesfolgen, die die Struktur der pGFA vorsieht, werden hier nicht berücksichtigt.

11.1 Potenzielle ökonomische und soziale Folgen und Risiken

Das Regelungsvorhaben sieht laut Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2013, S. 60) eine Reform der Pflegeausbildung vor. Ein neues Pflegeberufegesetz soll drei Pflegeausbildungen zusammenführen und ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren.

Politische Zielsetzungen des Vorhabens sind:

- Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege soll erleichtert werden.
- Die Ausbildungsangebote sollen an staatlichen Berufsfachschulen gestärkt werden (Bundesregierung 2013).
- Die Ausbildung soll gerecht, einheitlich und gemeinsam finanziert werden.
- Die Attraktivität des Pflegeberufes soll gesteigert werden.

⁹² In Deutschland wird zwischen der GFA im engeren und im weiteren Sinne unterschieden. Die GFA im engeren Sinne bezieht sich ausschließlich auf die in § 44 GGO genannten kosten- und haushaltsmäßigen Auswirkungen von Gesetzesentwürfen. Die GFA im weiteren Sinne berücksichtigt nicht nur die in § 44 GGO erwähnten Auswirkungen, sondern umfasst darüber hinaus z.B. auch Fragen nach der Zielsetzung und Notwendigkeit eines Gesetzesentwurfs, nach alternativen Lösungsmöglichkeiten und Befristungen sowie Selbstregulierungsmöglichkeiten (§ 43 GGO).

Die folgende Tabelle stellt die Analyseergebnisse des geplanten Vorhabens mit Wirkung auf die altersspezifischen Outcomes dar.

Tabelle 5 **Ökonomische und soziale Gesetzesfolgenabschätzung**

Quelle: Eigene Darstellung entsprechend des Fragenkataloges der pGFA des Bundesministeriums des Inneren 2015

Fragen: Ökonomische Folgen und Risiken der Pflegeberufereform „Generalistische Pflegeausbildung“		Begründung Wirkungsketten
Hat die vorgesehene Pflegeberufereform Auswirkungen auf Eigentumsrechte von juristischen Personen bzw. Wirtschaftssubjekten (u.a. Wirtschaftsunternehmen, Vereine, etc.)?	ja	Unternehmen, die sich auf die Pflege alter Menschen spezialisiert haben, erleben eine mögliche Bedrohung ihrer Existenz durch potenziellen Verlust von Altenpflege spezifischem Wissen und Können. Eine generalistische Pflegeausbildung wird einen quantitativen und qualitativen Fachkräftemangel bewirken und kann Probleme mit Aufsichtsbehörden und qualitätsprüfenden Instanzen verursachen. Eine generalistische Pflegeausbildung wird Auswirkungen auf die Organisationsstruktur und das Humankapital von Pflegeunternehmen haben. Dies kann sich negativ auf Eigentümer wie auf Besitzer in der Gesundheitswirtschaft und auf Kommunen auswirken.
Hat der Entwurf Auswirkungen auf Steuern und andere Abgaben (u.a. Steuererhöhungen oder -senkungen, Sozialversicherungsbeiträge, sonstige Abgaben, etc.)?	ja	Eine Pflegeberufereform (mit oder ohne Umbau in eine generalistische Ausbildung) erfordert nach dem Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes 305 Mio. € p.a. zusätzlich (prognos/Wiad 2013). Ein Systemumbau in eine Pflegegeneralistik würde zudem unabsehbare Kosten und Folgekosten provozieren (Kriesten 2014b), die eine Steuererhöhung und Belastungen der Sozialversicherungsbeiträge bewirken werden. Weiter hätte die Reform Auswirkungen auf die Länderhaushalte, Kranken- und soziale Pflegeversicherung und Sozialhilfe.
Tangiert das Vorhaben die Wettbewerbsfähigkeit, Märkte, Handel und Investitionsströme (u.a. Vorteile oder Nachteile für den Wirtschaftsstandort Deutschland, Chancen bestimmter Produkte am Markt, etc.)?	ja	<p>Steuer- und Beitragszahlung bewirken keine Qualitätssteigerung im Pflegeoutcome und in Investitionsströme. Bürokratiekosten werden steigen und sind absehbar nicht kalkulierbar. Es entstehen zusätzliche Personal- und Sachkosten für den Vollzug der Rechtsvorschriften. Der Rückbau von spezialisierten Pflegeausbildungen in eine generalisierte Pflegeausbildung kann negative Wettbewerbs- und Allokationseffekte bewirken. Die Verortung der Pflegeschulen und der schulrechtlichen Ansiedlung außerhalb des Berufsbildungsgesetzes wird negative Auswirkungen auf die Durchlässigkeit in den Bildungsstrukturen und die internationale Wettbewerbsfähigkeit haben.</p> <p>Der Wirtschaftsstandort Deutschland kann Nachteile erfahren durch den Wegbruch der Zusammenarbeit der Altenpflege(ausbildung), technikaffinen Organisationen und der Industrie. So z. B. mit der DKE (Deutsche Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik im DIN und VDE (Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik)). Sie ist die in Deutschland zuständige Organisation für die Erarbeitung von Ambient-Assisted-Living-Standards.</p>

<p>Werden durch den Entwurf Belange von wirtschafts- und technologiepolitischer Bedeutung berührt (z.B. Entwicklung neuer Technologien bis zur Marktreife, wirtschaftsrelevante Innovationen)?</p>	<p>ja</p>	<p>Die Technologieentwicklung für technische Hilfen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit hängt maßgeblich vom Know-How über die Lebenslagen älterer Menschen ab. Über dieses Wissen verfügt die Berufsgruppe Altenpflege, die nach Gesetzesvorhaben abgeschafft würde. Damit ältere Menschen im vertrauten Umfeld bleiben können, bedarf es neuer Technik- und Produktentwicklung, in Zusammenarbeit mit der Fachexpertise Altenpflege.</p> <p>Die Verwirklichung neuer Wohn- und Pflegeformen im Quartier und das Zusammenwirken von Fachkräften und Nachbarschaft bei Hilfebedarf erfordert die Fachexpertise in der Pflegefachkräftequalifizierung, wie sie die Altenpflegeausbildung heute schon in verschiedenen Lernfeldern vorsieht. Diese würden bei der geplanten Pflegeberufereform abgeschafft.</p>
<p>Hat der Entwurf Auswirkungen auf die Kosten für Wirtschaftsunternehmen und das Verhalten von Unternehmen am Markt (z.B. Auswirkungen auf fixe und variable Kosten für Unternehmen, Förderung von bestimmten Unternehmen am deutschen Markt)?</p>	<p>ja</p>	<p>Mit einer Steigerung der Fixkosten der Pflegeunternehmen durch zunehmende Verwaltungsaufgaben durch die geplante umfassende Organisation und Verantwortung der berufspraktischen Ausbildung und der Finanzierung ist zu rechnen. Der Invest in Ausbildung und Weiterbildung wird zunehmen, ohne dass eine Outcomeverbesserung der Pflegeausbildung quantitativ und qualitativ absehbar wäre oder sichergestellt werden könnte. Insbesondere für private Unternehmen kann dies innovationshemmend wirken.</p>
<p>Hat der Entwurf Auswirkungen auf administrative Kosten der Unternehmen (Verwaltungskosten)?</p>	<p>ja</p>	<p>Für Unternehmen ist mit einer Steigerung der administrativen Kosten zu rechnen durch zunehmende verantwortliche Koordinationstätigkeiten.</p>
<p>Sind Vor- oder Nachteile für bestimmte (Wirtschafts-) Regionen oder Sektoren zu erwarten (u.a. Vor- und Nachteile für bestimmte industrielle Ballungszentren oder bestimmte Industriesektoren)?</p>	<p>ja</p>	<p>Eine Schwächung der Kommunen ist absehbar, bedingt durch die geplante Abschaffung von rund 6% der Altenpflegeausbildungsstätten (Forschungsgutachten Finanzierung Pflegeberufegesetz (prognos/Wiad 2013)). Außerdem ist mit weiteren Schließungen von Altenpflegesschulen zu rechnen, da Verantwortliche nach der neuen Ausrichtung der Pflegeausbildung die Arbeit nicht fortsetzen wollen oder können. Durch die problematische Einsatzplanung der berufspraktischen, pädiatrischen Ausbildungsorte (diese gibt es vornehmlich nur an größeren Kliniken) sind ländliche, strukturschwache Regionen zudem benachteiligt. Ländliche Regionen werden im Vergleich zu Städten an Ausbildungsstätten und an Pflegepersonal verlieren.</p>
<p>Werden Aspekte der Beschäftigung und der Arbeitsmärkte berührt (z.B. Kommt es möglicherweise zur Schaffung oder zum Abbau von Arbeitsplätzen? Kommt es zu veränderten rechtlichen oder wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Beschäftigungsverhältnisse)?</p>	<p>ja</p>	<p>Das geplante Pflegeberufegesetz wird negative Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt haben. Mit dem Abbau von Arbeitsplätzen für Pflegefachkräfte in der Altenpflege zugunsten von Assistenzpersonal ist zu rechnen. Eine Zunahme an prekären Arbeitsverhältnissen für Pflegehilfskräfte kann eine Folge der Pflegeberufereform sein. Es erfolgte im Vorfeld des Vorhabens keine Arbeitsmarktanalyse hinsichtlich der neu auszubildenden Pflegegeneralisten. Das neue Berufsbild Pflegegeneralist entspricht weder den spezifischen, den personen- und lebensphasenbezogenen Bedürfnissen von Kindern noch denen einer älter werdenden Gesellschaft. Vielmehr orientiert sich das Vorhaben an identischen Arbeitsprozessen entsprechend einer tayloristischen Arbeitsgestaltung. Die Beschäftigungsmöglichkeiten für Pflegegeneralisten sind ungewiss.</p>

		Die Berufsgruppe Altenpflege, die sich heute zunehmend selbstständig macht und als regionaler, sozial betreuender und pflegender Dienstleister agiert, wird entfallen.
Sind Aspekte der städtebaulichen Planung betroffen (u.a. innerstädtische Raumnutzung, innerstädtische Infrastruktur und Verkehrswegeplanung, Gentrification, Segregation, sozialer Auf- oder Abstieg innerstädtischer Quartiere, etc.)?	ja	Die an Lebensphasen und -orten orientierten, ausgebildeten Altenpflegefachkräfte, die das Leben und Wohnen, sowie die kulturelle und soziale Teilhabe älterer Menschen fördern (Schulz-Nieswandt et al. 2012, Behrens 2008a), würden in der Form nicht mehr ausgebildet. Die Abschaffung dieses Berufsprofils und dieser Ausbildungsinhalte wird eine dringend benötigte innovative Quartiersentwicklung und die Schaffung alternativer Wohnformen für ältere Menschen negativ beeinflussen. Die Reform kann negative Auswirkungen auf die soziale Ungleichheit im Alter und auf den Strukturwandel bestimmter Regionen haben. Die Niederlassung und das Angebotspektrum ambulanter Pflegedienste orientieren sich schon heute an der Einkommenssituation und der Infrastruktur. Das Interesse an gentrifizierten Regionen ist bei ambulanten Pflegediensten höher, als an Orten sozial schwachen Wohnpreisniveaus. Eine somatisch, medizinisch orientierte Pflegeausbildung und der Wegfall der Altenpflege als Berufsgruppe wird dies forcieren.
Sind Auswirkungen auf Forschung und Entwicklung zu erwarten (z.B. Förderung von Innovation und Entwicklung neuer Technologien, Förderung von (Hochschul-) Forschung als Standort- und Wirtschaftsfaktor)?	ja	Der geriatrischen und gerontologischen Forschung und Wissenschaft würde mit Wegfall der Altenpflege als Beruf eine wesentliche Fachexpertise genommen. Der Wegfall der Altenpflege als Beruf wird negative Auswirkungen auf die altersassoziierte Kompetenzentwicklung und die Schaffung deren interner und externer Evidence haben. Dem Forschungsfeld der Gerontologie und der altersassoziierten Pflege- und Gesundheitswissenschaft würde die zuarbeitende Berufsexpertise genommen. Lehrer werden zu Autodidakten der gerontologischen Pflege, da sie langfristig als Pflegegeneralisten in die Lehrerbildung gehen. Dem Wirtschaftsfaktor Altenhilfe würde die Fachexpertise genommen, die heute die wesentliche Entwicklung in der Tertiarisierung darstellt.
Sind Auswirkungen auf das Innovationsverhalten der Unternehmen zu erwarten (z.B. Mehr- oder Minderausgaben von Wirtschaftsunternehmen, Produktinnovationen)?	ja	Die Ausbildungsbereitschaft der Pflegeunternehmen ist bei geplanter Reform ungewiss. Die Mehrbelastung durch die Ausbildung von Pflegegeneralisten (Kooperationsverträge, Praxisanleitung, Hauptverantwortung, Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenplan, Verlust von Fachkräften, höhere monetäre Belastung, verstärkte Marketingaktivitäten und Bewerberakquise, etc.) kann negative Effekte auf das Innovationsverhalten von Pflegeunternehmen haben.
Sind Auswirkungen auf die Nutzung neuer innovativer Lösungen/Technologien zu erwarten (z.B. Werden explizit neue Innovationen und/oder Technologien gefördert oder in Ihrer Entwicklung gehemmt)?	ja	Die altersspezifische Technologieentwicklung bedarf der Fachexpertise Altenpflege. Der Verlust der Altenpflegeausbildung bewirkt negative Effekte auf die Industrie und die technologische Entwicklung. Heute kooperieren Altenpflegesschulen mit Hochschulen und Industrie in Projekten zum Thema Ambient-Assisted-Living, Produktentwicklung für Senioren, sowie Technikentwicklung für Pflege und Häuslichkeit.

Wirken sich die vorgenannten Folgen auch auf andere Staaten aus (internationale bzw. globale Dimension)?	ja	Die Chance einer internationalen Übertragbarkeit der deutschen Altenpflege als Referenzausbildung auf andere Länder würde bei Wegfall der Ausbildung genommen. Heute haben gerade Altenpflegefachkräfte die Chance, ihre Expertise nach der Ausbildung anderen Ländern anzubieten.
Steigt durch das Vorhaben die Wahrscheinlichkeit von Risiken (z.B. Arbeitsplatzabbau, Unternehmensinsolvenzen, Kapitalmarktrisiken, volkswirtschaftliche Risiken, etc.), die zu einer verstärkten oder verminderten Gefährdung der Wirtschaft bei Eintritt des Risikos führen?	ja	Ein geschätztes Wirtschaftswachstum ist durch die geplante Pflegeberufereform nicht absehbar. Das Berufsprofil von Pflegegeneralisten ist bislang unklar und birgt geringere Bewerberzahlen in sich, bedingt durch weniger Wege in weniger Berufe, an weniger Ausbildungsorten. Zudem ist mit höheren Abbrecherzahlen während der Ausbildung zu rechnen, bedingt durch die hohe erforderliche Flexibilität in den verschiedenen berufspraktischen Ausbildungsorten. Insgesamt birgt das Berufsbild hohe Attraktivitätsrisiken. Potenzielle Berufsaussteiger (während oder nach der Ausbildung) würden die volkswirtschaftliche Produktivität schwächen. Eine fehlende Risiko- und Szenarioanalyse ist zu bemängeln.
Fragen: Soziale Folgen und Risiken		
Werden Aspekte der Arbeitnehmer, Beschäftigung und der Arbeitsmärkte berührt (z.B. Sicherung oder Abbau von Arbeitsplätzen, positive oder negative Veränderung der Bedingungen am Arbeitsmarkt aus Sicht der Arbeitnehmer, Förderung neuer Beschäftigungsverhältnisse, etc.)?	ja	Die Umsetzung des geplanten Pflegeberufegesetzes wird mit dem Verlust der Berufsautonomie Altenpflege einhergehen. Altenpflege hat sich unabhängig von Medizin und ärztlicher Assistenz entwickelt und Deutschland zur Verdoppelung der Pflegefachkräfte verholfen. Dies geschah in einem gänzlich anderen Ausbildungssystem, als dem der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Zusammenführung der Pflegeberufe in ein gemeinsames System kann zur Verknappung monetärer und humaner Mittel führen und negative Effekte auf Beschäftigungsverhältnisse bewirken. Die Förderung neuer Beschäftigungsverhältnisse ist durch die geplante Pflegeberufereform nicht absehbar.
Werden Angelegenheiten der Kirchen oder Religionsgemeinschaften berührt (u.a. bei der freien Religionsausübung, bei ihrer caritativen und gesellschaftspolitischen Tätigkeit in ihrer Eigenschaft als Träger oder Arbeitgeber bestimmter Einrichtungen, wie z.B. Schulen, Altenheime, Kindergärten, Krankenhäuser, sowie bei der Ausübung dieser Tätigkeiten)?	ja	Der Wegfall der Altenpflegeausbildung bewirkt auch den Wegfall der Ausbildungsinhalte der trans- und interkulturellen Pflege im Alter. Inhalte der Generationentypik, wie historische Entwicklung, Nationalsozialismus, Kriegskinder, Kultur der Weltreligionen, u.a. Inhalte, wie sie für die Arbeit mit älteren Menschen von hoher Bedeutung sind, werden bei einer generalistischen Ausbildung keinen Raum finden. Kooperationsprojekte von Altenpflegeschulen mit z.B. Kindergärten, Grundschulen, Religionsgemeinschaften, Kommunen, Selbsthilfegruppen und Ehrenamt werden nach Neuausrichtung der Pflegeschulen entfallen.
Hat der Entwurf Auswirkungen auf Steuern und andere Abgaben (u.a. Steuererhöhungen oder -senkungen, Sozialversicherungsbeiträge, sonstige relevante Abgaben)?	ja	Die Gefahr einer nicht solidarischen Finanzierung oder Zweckentfremdung aus SGB XI, V und Sozialhilfe besteht. Zu prüfen wäre eine Verfassungskonformität für das beabsichtigte neue Finanzierungsmodell der Pflegeausbildung. Für die Länder besteht die Gefahr von nicht kalkulierbaren Mehrkosten und unabsehbaren Kostensteigerungen.

Führt das Vorhaben zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Gesundheit der Bevölkerung (z.B. Steigerung oder Minderung der Wahrscheinlichkeit von Epidemien/Pandemien, etc.)?	ja	Geringere Partizipationsmöglichkeiten für ältere Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf sind absehbar, da die Ausbildungsinhalte der deutschen Altenpflegeausbildung wegfallen und somit nicht weiterentwickelt werden. Ebenso kann die generalisierte Pflegeausbildung negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Früh- und Neugeborenen, Kindern, Akutkranken und Senioren haben, bedingt durch den Wegfall der pflegerischen Fachexpertise (Gilberg 2000, Hanussek 2005).
Sind Auswirkungen auf das Arbeitsrecht, den Arbeitsschutz zu erwarten (z.B. Veränderung der rechtlichen Position von Arbeitnehmern in Arbeitsverhältnis, Unfallschutz, etc.)?	ja	Bedingt durch eine geringere Mitarbeiterbindung kann die Fluktuation in Pflegeunternehmen zunehmen. Die rechtliche Position von Arbeitnehmern verbessert sich nicht absehbar. Weniger Wissen und weniger Können produziert geringere Arbeitsplatzsicherheit. Die arbeitsrechtliche Position von basisqualifizierten Pflegegeneralisten wäre im Zuge einer zunehmenden akademischen Qualifizierung von Pflegekräften unsicher.
Sind Belange von behinderten Personen berührt (z.B. Antidiskriminierung, Barrierefreiheit, etc.)?	ja	Bei der geplanten Reform kann es zu einer Diskriminierung älterer Menschen mit Behinderung kommen. Die Ausbildungsinhalte zur Barrierefreiheit im umfassenden Sinne und das Lernfeld: „Menschen mit Behinderung im Alter“ erfahren zukünftig fraglich eine Berücksichtigung in der Pflegeausbildung. Die Gruppe der älteren Menschen mit Behinderungen nimmt in Deutschland erstmalig seit dem Nationalsozialismus drastisch zu. Der Wegfall spezifischer Ausbildungsinhalte würde sich kontraproduktiv auswirken.
Hat das Vorhaben Auswirkungen auf das Zusammenleben mit Migranten?	ja	Für Migranten würde die beliebte Ausbildung Altenpflege entfallen. Ob sich Bewerber mit Migrationshintergrund, z.B. muslimische Männer ebenso für eine generalistische Ausbildung interessieren, mit Einsatz in der Pädiatrie, Gynäkologie, etc. bleibt abzuwarten und gilt als unrealistisch. Der zunehmende Bedarf an inter- und transkultureller Pflege im Alter, vor allem in Häuslichkeit, bedarf jedoch qualifizierter Migranten in der Langzeitpflege. Die Pflegeberufereform bewirkt den Verlust dieser Beschäftigungsmöglichkeit und dieser Bewerber.
Sind Auswirkungen auf den Schutz der Privatsphäre und des Familienlebens zu erwarten (u.a. Schutz der Familie, Familienförderung, Schutz des privaten Lebensumfeldes, etc.)?	ja	Das private Lebensumfeld, der Lebensraum alter Menschen gerade in Häuslichkeit, bedarf zunehmend qualifizierter Fachkräfte, die über Wissen und Können verfügen, wie sie die Altenpflegeausbildung heute realisiert. Ebenso besteht ein Bedarf an familienfreundlichen Ausbildungsbedingungen für Männer und Frauen mit Kindern. Die Reform bewirkt einen möglichen Verlust wohnortnaher Altenpflegesschulen und familienfreundliche Ausbildungsbedingungen zugunsten großer Ausbildungszentren.
Hat der Entwurf Auswirkungen auf den Zugang zum Gesundheitssektor (z.B. uneingeschränkter Zugang zu Ärzten, zu Krankenhäusern, zur Gesundheitsprävention, etc.)?	ja	Der Beruf Altenpflege konnte sich unabhängig von Medizin und Arztanwesenheit entwickeln. Diese Tatsache stellt einen wesentlichen Faktor bei der Professionalisierung der Pflege dar. Wird der Altenpflegeberuf zugunsten einer generalistischen Pflegeausbildung abgeschafft, wird dies Auswirkungen hin zu einer krankheits- und medizinorientierten Pflege in Arztassistenz bewirken.
Hat der Entwurf Auswirkungen auf den Zugang zum Bildungssektor (z.B. freier Zugang zu Bildungseinrichtungen und	ja	Die Pflegeberufereform bewirkt eine notwendige berufsfeldergänzende Weiterbildung, im Anschluss an die Ausbildung, in allen Berufsfeldern der Pflege. Dies verursacht eine problematische, qualitätssichernde Entwicklung aller berufsfeldergänzenden Weiterbildungen, da nach föderalistischem Prinzip Weiterbildungen

Fortbildungsangeboten)?		in Hoheit der Länder zu regeln sind. Die Übernahme der Weiterbildungskosten ist ungeklärt und kann Arbeitnehmern auf dem Arbeitsmarkt oder Arbeitgebern zum Nachteil sein.
Sind Vor- oder Nachteile für bestimmte Regionen oder Räume zu erwarten (u.a. Raumnutzung, soziale Infrastruktur (Kindertagesstätten, Jugendeinrichtungen, etc.), Gentrification, Segregation, sozialer Auf- oder Abstieg bestimmter Regionen und Quartiere, etc.)?	ja	Es sind Nachteile für Pflegeeinrichtungen der Alten- und der Behindertenhilfe, für Kurz- und Tagespflege, Wohngemeinschaften für ältere Menschen zu erwarten, da die spezifische Berufsgruppe Altenpflege den Beschäftigungsfeldern genommen wird. Insbesondere wird die Fachexpertise für Menschen mit Demenz entfallen. Es sind negative Entwicklungen für die Quartiersentwicklung absehbar, s.o., bedingt durch den Wegfall der Altenpflegefachkräfte.
Sind Belange der Frauen-, Senioren- und Gleichstellungspolitik berührt (z.B. Stellung von Frauen in der Gesellschaft, Rentenpolitik für Senioren, Auswirkungen für schwangere oder stillende Frauen, Gleichberechtigung von Frauen und/oder Senioren, etc.)?	ja	Mit der Abschaffung des Berufszuganges und des Berufes Altenpflege ist nicht sichergestellt, dass ebenso viele Frauen, Männer oder Migranten in den Beruf der Pflegegeneralisten drängen. Ebenso ist nicht sichergestellt, dass Pflegegeneralisten im Beschäftigungsfeld der Altenpflege ebenso viel Gehalt gezahlt wird wie in der Akutpflege im Krankenhaus. Somit könnten bestimmte Gruppen im Beschäftigungsfeld der Altenpflege doppelt Nachteile erfahren. Ältere Menschen können Nachteile in der Partizipation erfahren, da ein neu ausgerichtetes Berufsprofil Pflege medizinisch ausgerichtet ist und keine Berücksichtigung der Lebenslagen vorsieht. Der Verlust der Altenpflegeausbildung kann soziale Ungleichheit im Alter verstärken.
Hat der Entwurf Auswirkungen auf Behandlungs- und Chancengleichheit (Nicht-Diskriminierung z.B. wegen des Geschlechts oder wegen einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung)?	ja	Frauen können insofern Diskriminierung erfahren, als dass das frauentypische Berufsfeld Pflege an Zugang, Attraktivität, Verdienstmöglichkeiten, Startortvorteilen und Familienfreundlichkeit verlieren wird. Menschen mit körperlichen, kognitiven und geistigen Einschränkungen im Alter, sowie mit Demenz wird eine Berufsgruppe genommen, die über eine spezialisierte berufliche Fachexpertise verfügt.
Wirken sich die vorgenannten Folgen auch auf andere Staaten aus (internationale bzw. globale Dimension)?	ja	Die Reform hat internationale Auswirkungen, da das Modell Altenpflegeausbildung als potenzielles Referenzmodell entfällt.
Steigt durch das Vorhaben die Wahrscheinlichkeit von Risiken (z.B. sozialer Auf- oder Abstieg, Verbesserung oder Verminderung der), die (sic) zu einer verstärkten oder verminderten sozialen Qualität bei Eintritt des Risikos führen?	ja	Die Risikowahrscheinlichkeit eines abnehmenden Bewerberklientels, eines zunehmenden Pflegefachkräftemangels und einer schlechteren Bezahlung (für weniger Wissen und Können) der Pflegegeneralisten ist hoch. Die Reform wird zu einer Dequalifizierung der beruflich qualifizierten Pflegekräfte führen, zugunsten der hochschulqualifizierten Pflegekräfte.
Hat das Vorhaben Auswirkungen auf die Gewährung, Art und Umfang sozialer staatlicher Transferleistungen (z.B. ALG I und II, Sozialhilfe, etc.)?	ja	Die Pflegeberufereform wird zu weniger Wegen in den Pflegeberuf führen, da SGB II und III geförderte Ausbildungen abnehmen werden, bedingt durch das sich ändernde Bewerberklientel (Abnahme von Berufserfahrenen, Migranten und Umschülern durch Wegfall der Altenpflegeausbildung). Somit werden weniger Menschen die Möglichkeit erhalten mit Leistungen aus dem SGB II und III einen Pflegeberuf zu erlernen. Dies wird sich negativ auf Leistungen aus dem ALG I und II und Sozialhilfe auswirken.

		Die sozialen staatlichen Transferleistungen der Sozialhilfe werden durch die geplante Finanzierung der Pflegeausbildung zunehmend belastet.
Sind durch das Vorhaben Aspekte der ehrenamtlichen Tätigkeit berührt?	ja	Die Berufsgruppe Altenpflege hat heute eine intensive Beziehung zu ehrenamtlich Tätigen und fördert die Arbeit von Ehrenamtsträgern. Das Thema ist Inhalt der theoretischen Ausbildung in der Altenpflege (APO Lernfeld 2.3). Eine generalistische Pflegeausbildung würde dies kaum (im gleichen Umfang, wenn überhaupt) im Lehrplan berücksichtigen können. Die Generalistik würde sich negativ auf ehrenamtlich Tätige, deren Rekrutierung und die bestehenden Allianzen auswirken.
Frage: Volkswirtschaftliche Folgen		
Sind schwerwiegende volkswirtschaftliche Vor- oder Nachteile zu erwarten (Makroökonomische Betrachtung eventueller Folgen und Risiken)?	ja	Die Prosperität einer Volkswirtschaft ist maßgeblich von Bildung und spezifischen Qualifizierungen ihrer Produzenten abhängig. Durch ein Verknappen von altersspezifischem Pflegewissen und –können werden ältere und alte Menschen eine Diskriminierung und Nachteile in ihrer Versorgung erfahren. Die Finanzierung von Pflegegeneralisten wird zu Allokationsproblemen führen, bei denen die altersassoziierte Pflege im Vergleich zur Akutpflege (in Krankenhäusern) benachteiligt ist. Unternehmen, die sich auf die Pflege alter Menschen spezialisiert haben, werden bei der Integration der Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung Wettbewerbsnachteile erfahren. Die Diskriminierung und Verknappung von altersspezifischem Pflegewissen und –können kommt einer volkswirtschaftlichen Verschwendung gleich, da Alter als Ressource zur Tertiarisierung und Marktmechanismen verkannt werden. Eine fragliche Nachwuchssituation und unsichere Berufszufriedenheit von beruflich qualifizierten Pflegegeneralisten stellt bei zunehmendem Berufsausstieg ein volkswirtschaftliches Risiko dar.

Die geplante Reform, die Pflegeausbildungen zusammenzulegen, ist kein Garant dafür, dass die Qualifizierung besser, der Outcome höher, die Attraktivität für den Pflegeberuf gesteigert und die Fachkräftesituation der Pflege entspannter wird. Die althergebrachten Strukturprobleme (keine Anwendung des Berufsbildungsgesetzes, keine steuerfinanzierte Ausbildung, keine Planungssicherheit für Schulen, Bewerber und Unternehmen, sowie limitierten Ausbildungsplätze, etc.) müssten überwunden werden.

12 Diskussion, Reflexion, Limitation

Eine wesentliche Erkenntnis aus den geführten Diskussionen dieser Forschungsarbeit in allen sechs forschungsleitenden Perspektiven war die, dass im gesamt ausgewerteten Material bei der Frage, welche Pflegeausbildung die richtige sei, nicht vom Bedarf und Bedürfnis der pflegebedürftigen Menschen ausgegangen wird. Auch die professionstheoretischen Diskussionen gehen vom Selbstzweck des Berufes aus und nicht vom Nutzen für den Klienten. Es konnten immanente Inkonsistenzen festgemacht werden, die als stehende Behauptungen für eine generalistische Pflegeausbildung sprechen, deren Effektivität jedoch nicht belegbar sind. Der erhoffte verbesserte Wechsel zwischen den Berufen, vielmehr den Arbeitsfeldern der Pflege und die universelle Einsetzbarkeit der Pflegegeneralisten, scheint durch die Abschaffung der generationentypischen Berufe, die heute die Lebensphasen älterer Menschen und auch Kinder explizit im Fokus haben, durch die Schaffung eines einheitlichen Berufsbildes und die erhoffte Attraktivitätssteigerung national und international nicht belegbar. Die Verortung der Ausbildungsangebote an staatlichen Berufsfachschulen scheint zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Arbeit politisch nicht beabsichtigt und realisierbar. Ebenso war zu diesem Zeitpunkt eine einheitlich und gemeinsam finanzierte generalistische Pflegeausbildung nicht absehbar. Die Idee einer generalistischen Pflegeausbildung fußt auf der Konstruktion einer curricularen Zusammenlegung der Lehrpläne und vernachlässigt wesentliche Perspektiven, wie Arbeitsmarkt, Wettbewerb, Kunden- und Marktmechanismen, Wertschöpfung, sowie strukturelle Deprofessionalisierung. Generalist ist nicht Experte. Experten stellen Wettbewerbsvorteile in Pflegeberufen dar. Die Frage die bleibt: Bereitet eine generalistische Pflegeausbildung auf vielbeschworene komplexe Heraus- und Anforderungen in der pflegerischen Versorgung angemessen vor?

12.1 Diskussion und Anwendung der Perspektiven

Die Frage nach Ursachen, Anlass, Bedingungen und Auswirkungen einer geplanten Generalistik war nur multikausal zu beantworten. Hierzu diente die Betrachtung, Analyse und Diskussion aus verschiedenen forschungsleitenden Perspektiven. Die ausgewählten Perspektiven schärften den Blick auf Zusammenhänge, Strukturen, Interdependenzen und Szenarien. Damit konnte die Absicht der Arbeit verfolgt werden, in der Breite systemische Auswirkungen erfassen zu wollen. Neben dem früher und heute gültigen Anliegen der Medizin, Krankheiten zu besiegen, ergibt sich aktuell die Frage, wie der zunehmende Hilfebedarf im Alter bewältigt werden kann. Wer analysiert, definiert und deckt die Pflege-

und Unterstützungsbedarfe von Menschen im Alter ab, auch von denen die in Häuslichkeit alt werden? Neben steigendem Selbstbehalt im Krankenversicherungswesen, zunehmender chronischer Erkrankungen (im Alter) und höheren Gesundheitsausgaben wird der Anteil der älteren, mündigen und autonomen Bürgerinnen und Bürger größer. Gleichzeitig sinkt der Anteil der jungen Bevölkerung und der ärztliche Workforce. Diese Entwicklung muss bildungstheoretisch berücksichtigt werden. Die geplante Generalistik scheint dem ursprünglichen Paradigma der krankheitsorientierten Pflege zu folgen. Wie viel Pflege wird den Pflegeberufen als Kern ihres Berufsbildes bleiben, wenn professionelle Pflegetätigkeiten in die Qualifizierungsmaßnahmen der Pflegeassistentenberufe übertragen werden? Eine Klärung des pflegeberuflichen Selbstverständnisses ist zeitnah gefordert, denn dem Vorhaben Generalistik:

- geht keine Definition des pflegeberuflichen Selbstverständnisses,
- geht keine Arbeitsfeldanalyse und
- gehen keine Zukunftsszenarien und keine Gesetzesfolgenabschätzung voraus.

Somit gilt es ferner, der in diesem Zusammenhang eingetretenen Destandardisierung der Qualifizierungsmaßnahmen, konsequent die steigenden Anforderungen an die professionelle Pflege alter Menschen hervorzuheben und die damit verbundenen Qualifikationsanforderungen zu explizieren und eine Abgrenzung der Berufsbilder zu manifestieren. Die Ergebnisse werden folgend in der Struktur einer SWOT-Analyse dargestellt.

12.2 Ergebnisse der SWOT-Analyse

Die SWOT-Analyse dient im ursprünglichen Sinne als Instrument zur Situationsanalyse und zur Strategiefindung im strategischen Management. Mit ihr wird in der originären Anwendung eine zusammenfassende Bewertung der Stärken und Schwächen (Strengths und Weaknesses) sowie der Chancen und Risiken (Opportunities und Threats) in der Regel von Unternehmen oder Organisationen durchgeführt. Hier wird die SWOT-Analyse eingesetzt, um Befunde als Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken strukturiert darzustellen, die das geplante neue Pflegeberufegesetz mit Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung vorrangig für die altersassoziierte Pflege bewirken kann. Die Ergebnisse der SWOT-Analyse können in Ergänzung zur prospektiven ökonomischen und sozialen Gesetzesfolgenabschätzung (siehe Kap. 11) verstanden werden.

Tabelle 6 *SWOT-Analyse generalistische Pflegeausbildung*

Quelle: Eigene Darstellung

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Durchgängige Verwertbarkeit der Pflegegeneralisten • Freie Berufswahl in verschiedene Berufsfelder • Definierte Kompetenzen einer Berufsgruppe Pflege • Heilkundlich, medizinisch ausgerichtete Pflege • Harmonisierung mit der europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie, dadurch Berufsanerkennung in europäischen Staaten • Entstehung großer Pflegeschulen • Aufhebung differenzierter Schulorganisationen • Ein Schultypus Pflegeschule? • Bessere Steuerung aller Pflegebildungsprozesse für Politik und Finanzgeber 	<ul style="list-style-type: none"> • Die heilkundlich-medizinisch ausgerichtete Pflegeausbildung verortet sich vornehmlich bei großen Ausbildungsträgern • Verlust von wohnortnahen Pflegeschulen und Pflegeinfrastruktur • Verlust von Bewerbern mit Familie und von Umschülern • Verlust von Bewerbern, die sich speziell in der Altenpflege ausbilden lassen möchten • Aus verschiedenen Wegen in drei Ausbildungen wird ein Weg in eine Ausbildung • Die generalisierte Pflegeausbildung akquiriert keine berufsspezifischen Bewerber • Abnahme der Sozial-Pflege • Geringere Kenntnisse zu Sozial- und Hilfestrukturen • Soziale Betreuung wird von Assistenzpersonal übernommen • Unterbrechung, Beendigung einer begonnenen Entwicklung einer professionellen altersassoziierten Langzeitpflege • Steigende Kosten zur Finanzierung der Generalistik • Zunehmende Bürokratie für den Systemumbau • Reduzierung der zu erlangenden Handlungskompetenzen auf Basiskompetenzen • Reduzierung des Wissens auf generalistisch definiertes Basiswissen • Verlust der generationentypischen Kenntnisse und Fertigkeiten • Bedeutungsverlust interventionsgerontologischer Ausbildungsinhalte
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Internationale Durchlässigkeit und Anerkennung genereller Pflege • Steuerung enger werdender Humanressourcen • Steuerung von Fachkräften am Arbeitsmarkt • Steuerung verwendbarer monetärer Mittel • Steuerung der EU-Kompatibilität • Steuerung der Akademisierung • Steuerung der Pflegebildungseinrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Heilkundlich -medizinisch ausgerichtete Pflege • Verlust der Bedeutung der Lebensphase und die prägende berufssozialisatorische Wirkung auf Haltungen und berufliches Handeln in der Alten- und Kinderkranken- Pflegeausbildung (Neumann 2012) • Übernahme arztvorbehaltener Aufgaben • Kleine Pflegeschulen können das generalistische Pflegebildungskonzept nicht umsetzen • Kleine (Alten-)Pflegeschulen und Krankenpflegeschulen an psychiatrischen Krankenhäusern sterben • Ein Schultypus Pflegeschule und juristische Verortung der Pflegeschulen

- Interesse der Hochschulen an einer politisch und monetär unterstützten Akademisierung der Pflegeberufe
- Verlust von Ausbildungsträgern und von Ausbildungsplätzen
- Eine generalistische Pflege kompensiert den Fachkräftemangel bei Ärzten, aber nicht beim Pflegepersonal
- Altenpflege wird „Anhängsel“ der Gesundheits- und Krankenpflege oder verliert sich ganz
- Altenpflege wird Unterrichtsfach
- Identitätsverlust von Altenpflege
- Verlust des Berufes Altenpflege, des beruflichen Selbstverständnisses, der Systematik und Berufskonstruktion in Generationentypik. Enteignung des tradierten beruflichen Selbstverständnisses
- Lebensweltorientierte Pflege nimmt zugunsten krankheits- und medizinorientierter Pflege ab
- Altenpflege kann sich als Beruf nicht weiterentwickeln
- Forschung kann nicht (mehr) das Pflegeverständnis der Altenpflege nutzen
- Lehrpersonal und Pflegepädagogen werden zu Altenpflege-Autodidakten
- Verpasste Chance, die Expertise der Altenpflege als Gewinn für die EU-Kompatibilität zu nutzen
- Steigende Arbeitsbelastung der Pflegenden und der Praxisanleitungen durch hohe Wechsel der Auszubildenden
- Steigende Berufsflucht durch zunehmende Arbeitsbelastung und weniger differenziert entwickelter interner Evidence
- Höherer Anleitungsaufwand bei geringeren Handlungskompetenzen der Auszubildenden
- Der Pflegeberuf orientiert sich nicht mehr an den erforderlichen Kompetenzen der Klienten und der Branche. Fraglich bleibt, ob die schulischen Qualifizierungsinhalte und fachlichen Orientierungen den betrieblichen Anforderungen entsprechen können?
- Die fehlende Verknüpfung theoretischer und praktischer Inhalte kann bewirken, dass die erworbene Berufsqualifikation keine adäquate Anschlussfähigkeit ermöglicht (Beispiel: mangelndes Interesse oder mangelnde Qualifikation einer Pflegegeneralistin für gerontologische Anschlussqualifizierungen)
- Nachlassende Mitarbeiterbindung für Ausbildungsbetriebe
- Allokation der produzierten Pflegegeneralisten
- Nicht abschätzbarer Outcome einer generalistischen Pflegeausbildung
- Gefahr der Deprofessionalisierung der Pflege
- Steuerung und Finanzierung der sich an die Ausbildung anschließenden berufsfeldbezogenen Weiterbildungen
- Gefahr der Entkernung des „Kernes“ von Pflege durch „Outsourcing“ ursächlicher Pflegeaufgaben an Assistenzpersonal
- Die Hochschulen werden Mitbewerber im Kampf um die weniger werdenden Jugendlichen

Mit dem Wissen und der Erfahrung, also in der Retrospektive der aktuellen Pflegeausbildungen (innere Sicht), erfolgt der Blick in die Vergangenheit und wird in den Stärken und Schwächen umrissen. Der Blick in die Zukunft (äußere Sicht) wird durch die Darstellung der Chancen und Risiken deutlich. Die SWOT-Analyse fokussiert die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken bei der Einführung einer Generalistik. Anhand dieser Darstellung können Nutzen aus Stärken und Chancen und die Verluste aus Schwächen und Gefahren erkannt werden. Sollte die Generalistik kommen, so würden folgende Kombinationen Strategien ermöglichen, um Initiativen und Maßnahmen ergreifen zu können, die sich aus der SWOT-Analyse ableiten lassen: SO - Stärke-Chancen-Kombination: Welche Stärken passen zu welchen Chancen? Wie können Stärken genutzt werden, so dass sich die Chancenrealisierung erhöht? ST - Stärke-Gefahren-Kombination: Welchen Gefahren können wir mit welchen Stärken begegnen? Wie können vorhandene Stärken eingesetzt werden, um den Eintritt bestimmter Risiken abzuwenden? WO - Schwäche-Chancen-Kombination: Wie können trotz Schwächen Chancen genutzt werden? Wie können Schwächen zu Stärken entwickelt werden? WT - Schwäche-Gefahren-Kombination: Wie können Schwächen den Gefahren trotzen - oder welche Gefahren sollten vermieden werden, da entsprechende Stärken fehlen? Wie können absehbar negativ wirkende Gesetzesfolgen vermieden werden? Die Darstellung der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken und deren Kombinationsableitung ermöglicht eine Klärung der Situationsanalyse und der strategischen Positionierung. Der Einsatz und die untypische Anwendung dieser Methode⁹³ führten in dieser Arbeit zu nutzen- und erkenntnisbringenden Ergebnissen.

12.3 Methodenreflexion

Die Auswahl der Methoden der Grounded Theory begründet sich durch die multivariate Analyse, die bei der vorliegenden Forschungsarbeit unabdingbar war. Der gewählte methodologische Ansatz und die Betrachtung der Systeme reduzierten den „verengten Blick“ auf die Problemlage Generalistik. Vielmehr ermöglichte die systemische Synthese das Vergleichen von untersuchtem Datenmaterial.

Den handwerklichen Methoden eines Historikers folgend, mit dem Ziel sich einer Erkenntnisfindung zu nähern, wurde im Forschungsprozess früh der „*intime Ort der theoretischen Literaturanalyse*“ (Kwaschik und Wimmer 2010, S. 9ff.) verlassen und Experteninterviews durchgeführt, die der Auseinandersetzung und der Erweiterung des

⁹³ Die SWOT-Analyse wird typischerweise in Businessplänen und für unternehmensbezogene Strategieentwicklungen eingesetzt.

eigenen Blickes dienen sollten. So konnte die Vielfalt der Gedanken der Forscherin in Kombination von Literatur- und Dokumentenanalyse und Interviews organisiert werden. Durch das Kodieren der transkribierten Interviewergebnisse und das Bilden der Ordnungskategorien ergaben sich sogenannte Perspektiven, im Sinne von Dimensionen, die das Forschungsfeld erweiterten, strukturierten und eingrenzten. Die im Forschungsprozess früh eingebrachte existierende Grounded Theory, dass eine generalistische Pflegeausbildung negative Auswirkungen auf die Altenpflege hat, ermöglichte eine Deduktion in Form von theoretischen Fragen, Hypothesen, theoretical Sampling und Kategorienbildung. Diese Deduktion leitete die erste Datensammlung ein. Die komplexe Analyse von Beobachtungsdaten aus dem Forschungsfeld und aus Kontextwissen hatte eine hohe Dynamik. Der Prozess des Dimensionalisierens und Subdimensionalisierens erstreckte sich über zwei Jahre, da das theoretical Sampling zu immer neuen Fragen führte. Dieser Prozess wurde forciert durch die aktuellen Änderungen im Prozess der Gesetzesvorbereitung und die dogmatischen „Grabenkämpfe“ der Befürworter und Gegner der Generalistik. Als generative Überlegung ergab sich während dieses Prozesses wiederholend die Frage nach potenziellen Auswirkungen und nach ökonomischen und sozialen Gesetzesfolgen. Während der Forschungsphasen zeigte sich, dass die erreichte Integration nicht ausreichend war. Dies begründete eine erneute Datenrecherche. Die erschwerte Suche nach neuen Daten führte mehrfach zu der Rückkehr zu alten Forschungsdaten. Im ersten Schritt der Forschungsarbeit wurde eine umfassende historisch, quellenkritische Literatur- und Dokumentenanalyse zum Thema „generalistische Pflegeausbildung“ durchgeführt. Erste Erkenntnisse bei der Hypothesenprüfung ergab die vertiefende Betrachtung der Historizität. Der Gegenstand einer Geschichtsschreibung bringt ungewollt die eigene Deutung mit sich. Die Konstruktion der Vergangenheit und des Gewesenen liefert Ergebnisse, um Aktuelles verstehen und Zukünftiges erahnen zu können. Eine überraschend differenzierte und unerwartete Sichtweise erbrachten die Interviewergebnisse, trotz Leitfadenvorgabe (Lamnek 2010, S. 80).

12.4 Reflexion der leitfadengestützten Experteninterviews

Obwohl Leitfadeninterviews (Flick 2011) in Vergleich zu narrativen Interviews einer gänzlichen „Offenheit“ entbehren (Lamnek 2010, S. 301ff.), erwies sich die „Steuerung“ durch den Leitfaden als dankbares Instrument, sich den „Perspektiven“ der Befragten zu nähern. Die von Hopf (1978) beschriebene „Leitfadenbürokratie“, bei der der Interviewte sich zu sehr an der Struktur der Fragen orientierte und ein ungehinderter Gesprächsfluss

nicht in Gang kommen kann, konnte vermieden werden. Den Befragten wurde ausreichend Raum und Zeit gegeben, umfassend und ohne Zeitdruck und lenkende Interventionen, auf Fragen antworten zu können. Die Methode der leitfadengestützten Interviews (Flick 2011) erwies sich als gut gewählt und ermöglichte, dass die Interviewten ihr Wissen, ihre Meinungen und Einstellungen thematisch strukturiert offenbaren und umfassend und vertiefend antworten konnten.

12.5 Reflexion und Limitation der Interviewergebnisse

Die von der Verfasserin erhobenen Interviews wurden mit dem Ziel durchgeführt, Erkenntnisse zu gewinnen, die einer „wahrheitsfindenden“ Haltung gegenüber der Forschungsfrage entsprechen. Die Interviews wurden zu einem Zeitpunkt durchgeführt, zu der öffentlich kaum Kritik an der geplanten Generalistik geäußert wurde. Somit hatten die Interviews für die Forscherin einen Impuls gebenden Charakter. Die Ergebnisse der Interviews können zum einen als höchstpersönliche Meinung hingestellt werden und zum anderen als Wissenserweiterung und Unterstützung einer kritischen Analyse dienen. Somit lässt sich ein Interviewer Bias nicht vermeiden (Behrens 2002, S. 7). Experteninterviews führen einen Interviewer zu dem hin, was der Experte weiß. Ob der Interviewte nicht die „ganze Wahrheit“ mitteilt, ob er „beschönigt“, „täuscht“ oder bewusst Dinge weglässt (Meuser und Nagel 1991), ist bekannt, gleichermaßen aber kein Spezifikum des Experteninterviews. Einige der interviewten Personen waren vorsichtig und zurückhaltend mit der Eindeutigkeit ihrer aktuellen Aussagen, insbesondere bei Aussagen contra Generalistik. Durch die politische Absichtserklärung, die Pflegeausbildung generalisieren zu wollen und durch verbands- oder arbeitgeberabhängige Positionen, waren einzelne interviewte Personen nur bedingt gewillt, persönliche Positionen und Erfahrungen abzugeben. Hierdurch kann eine erste Verzerrung vorliegen. Eine weitere Verzerrung ergab sich bei geäußerten Meinungen, hervorgerufen durch tendenziöse Positionen derer, die im Berufsverband tätig sind oder die nach Position ihrer Arbeitgeber geantwortet haben und sich dadurch berufliches Fortkommen erhoffen.

12.6 Selbstreflexion der Forscherin

Bedingt durch die fachlichen und persönlichen Erfahrungen der Forscherin als Leiterin von Schulen für Pflegebildung seit rund 25 Jahren und ihre berufspolitische Arbeit, gilt der Selbstreflexion ein besonderes Augenmerk zu schenken, um den fachlich sozialisierten Bias möglichst zu reduzieren. Wichtig ist, dass Kontextwissen in den Forschungsprozess eingebracht wird, damit multiple Möglichkeiten, Vergleiche, Variationen und verschiedene

theoretical Samplings entstehen und angewendet werden können. Bekannt ist, dass wertvolles Kontextwissen nicht unterdrückt werden sollte, dennoch bestand während des gesamten Forschungsprozesses bei der Forscherin der Konflikt, dass die eigene Meinung den Forschungsprozess und die Deutung der Ergebnisse beeinflussen können. Der Forscherin war und ist bewusst, dass jegliche Analyse schon subjektive Wahrnehmung ist, bedingt durch Erfahrung, Meinungsbildung und Ansicht. Während der Forschung wurden die Folgerungen zunehmend expliziter, systematischer und strukturierter. Die Reflexionen und der Austausch im Doktorandenkolloquium an der Martin-Luther-Universität, in Expertenkreisen und Fokusgruppen waren hierbei unverzichtbar. Ausgehend vom Forschungsziel folgten die Schlussfolgerungen zunehmend einem höheren Abstraktionsniveau. Ausgehend von der Definition des eigenen Forschungsinteresses, ist in der Selbstreflexion ein weiterer Bias durch persönliche Voreingenommenheit und Falsifikation des Vorverständnisses der Verfasserin möglich. Trotz aller Bemühungen um Objektivität ist nicht auszuschließen, dass die Kenntnisse und Vorstellungen der Verfasserin die dargestellten Ergebnisse beeinflusst haben. Die Verfasserin war um die Veränderung der eigenen Sichtweise und Vermeidung des „Tunnelblicks“ höchst bemüht und ist durch die Erfahrung, die sie im Forschungsprozess gemacht hat, tief beeindruckt. Sie hat durch die jahrelange Auseinandersetzung mit dem Thema, neben der wissenschaftlich methodologischen Forschungsaktivität, einen tieferen berufstheoretischen Sinn gefunden. Die Auseinandersetzung mit der Thematik hat der Verfasserin intensive Einblicke in Strukturen und Zusammenhänge der Ausbildungssystematik der Pflegeberufe in Deutschland verschafft. Die zum Teil distanzlosen Reaktionen, Beschimpfungen und Vorwürfe der Befürworter und Gegner der Generalistik hat die Verfasserin mehrfach zweifeln lassen, das Forschungsvorhaben fortzusetzen. Zum anderen beflügelte der „Glaubenskrieg“ zur Suche nach nachweisbaren Effekten und Beweisen einer zielführenden Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen.

12.7 Limitation

An dieser Forschungsarbeit ist positiv hervorzuheben, dass sie sich nicht auf einen curricularen Fokus verengt, sondern dass sie potenzielle Auswirkungen der Pflegeberufereform systemisch in verschiedenen Betrachtungsweisen und Effekten untersucht. Das große Ausmaß möglicher systemischer Auswirkungen war überraschend und herausfordernd. In der Beschäftigung mit den altersassoziierten Bedarfen und Herausforderungen, denen eine Alten- oder Langzeitpflege entsprechen soll, wurde das kaum eingrenzbar Feld zu einem Problem in der Analyse. Eine weitere Herausforderung

ergab sich durch die mangelnden Forschungsergebnisse zur Berufsbildungsforschung von Pflegeberufen, hier speziell zur Altenpflegeausbildung. Wissenschaftliche Schwächen dieser Arbeit ergeben sich aus der geringen Menge an auffindbarer externer Evidence und dem hohen Maß an Meinungen und tendenziösen Behauptungen. Diese stellen den wesentlichen Input und die zu überprüfenden Hypothesen des Untersuchungsgegenstandes dar. Durch die Vielzahl der divergierenden, subjektiven Aussagen ergibt sich eine grundlegende Limitation dieser Arbeit. Will die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema eine Machtausübung im Sinne von: „Wer sprechen darf – und wer schweigen muss“ vernachlässigen, so zeigt sich dennoch eine verdeckte opportune Meinungsäußerung, nach dem Motto: „Wess Brot ich ess, des Lied ich sing“. Da die Forschungsarbeit Prognosen und Szenarien erarbeitet, lassen sich keine sicheren Ergebnisse garantieren, sondern nur vage Szenarien präsentieren. Szenarien können keine konkreten Wahrscheinlichkeiten angeben. Dies macht die wesentliche wissenschaftliche Limitation dieser Arbeit aus. Eine weitere Limitation dieser Arbeit ergibt sich aus der umfänglichen „Breite“ des Gesamtthemas und der vernachlässigten spezifischen „Tiefe“ eines eingegrenzten Forschungsgegenstandes.

Die inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung der Altenpflege und Regelungsalternative wurde nur ansatzweise bearbeitet und hat nur am Rande Erwähnung gefunden. Keine Berücksichtigung erfahren hat die Weiterentwicklung der akademischen Pflegeausbildung, die ein ebenso bedeutsames Thema in der Gesamtbetrachtung darstellt. Auch wurde nicht vertiefend auf die Bildungssystematik und die Durchlässigkeit im Bildungssystem eingegangen. Quellenkritisch ist anzumerken, dass die Quellenlage, bedingt durch die Multidisziplinarität, keine durchgängig gute systematische Analyse ermöglichen konnte. Wesentliche Effekte dieser Arbeit resultieren aus der systemischen Betrachtung in den ausgewählten Perspektiven, die zur Überprüfung der Hypothesen sinnvolle Kategorien darstellen konnten und eine multivariante Analyse ermöglichten. Hierbei stellen die vielfältigen gesellschaftlichen Auswirkungen der geplanten Pflegeberufereform die wesentlichen Analyseergebnisse dar. In der Nachbetrachtung wird deutlich, dass die Überprüfung der Hypothesen eine multidisziplinäre Betrachtung bedingt. Aus diesem Grund fokussiert die Dissertation in verschiedenen Perspektiven den Untersuchungsgegenstand. Diese realisieren wiederum lediglich einen Ausschnitt aus einer Multidisziplinarität und stellen in ihrer Vorläufigkeit und Unabgeschlossenheit lediglich erweiterungswürdige Grundüberlegungen dar.

13 Ausblick und Szenarien

Mehr wie Zukunft vorhersagbar ist, lassen sich Prognosen zu den Auswirkungen einer generalistischen Pflegeausbildung erstellen. Dennoch: Eine Gesellschaft des langen Lebens erfordert Reformen auf vielen Ebenen. Die Entscheidung für eine generalistische Pflegeausbildung in Deutschland würde erhebliche systematische, soziale und ökonomische Auswirkungen nach sich ziehen. Nach aktuellem Reformvorhaben sind weder die politisch beabsichtigte Art der Finanzierung, die schulrechtliche Stellung, die inhaltliche Ausgestaltung und geplanten qualitätssteigernden Rahmenbedingungen abzusehen.

Folgt man ökonomischen Erklärungsansätzen, so stellt sich die Frage, ob durch das Vorhaben Generalistik von einer statistischen Diskriminierung gesprochen werden kann, im Sinne von negativen Auswirkungen, die alte Menschen mit Hilfebedarf betreffen werden. Sollte sich bei Pflegegeneralisten eine geringere Arbeitsplatzstabilität zeigen, so wird dies zu einer statistischen Benachteiligung (Diskriminierung) führen. Folgt man der Systematik, dass Berufe entsprechend ihrer Qualifizierung (Akademisierung) und Spezialisierung bezahlt werden, so würde eine Pflegegeneralistik zu sinkenden Gehältern führen. Die Abschaffung des Frauenberufes Altenpflege bewirkt für Frauen weniger Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, eine Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation, hin zu einer Verschiebung zu Assistenz Tätigkeiten und prekären Arbeitsverhältnissen im Niedriglohnsektor. Ob die Umstrukturierung zur Pflegegeneralistin bei abnehmendem Wettbewerb zwischen den Berufen positive Arbeitsmarkteffekte für Frauen (und Männer) haben wird, bleibt ebenso abzuwarten.

Die Motivation der Ausbildungsträger ist bei zunehmend schwierig werdender Akquise von Bewerbern, erhöhtem Ausbildungs- und Verwaltungsaufwand, geringerem Verbleib der Auszubildenden im Betrieb, aufwändiger Finanzierungs koordinierung, geringerem spezifischen Wissen und Können der Auszubildenden, höheren Kosten für Aus- und Weiterbildung und zunehmendem ökonomischem Druck und Wettbewerb zwischen den Ausbildungsträgern ebenso unklar.

Rein zahlenmäßig hat sich neben dem System der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege während der Jahre 2013 und 2014 mit 64.009 und mit 6.780 in der Kinderkrankenpflege belegten Ausbildungsplätzen, im System der Altenpflegeausbildung mit 62.355 Ausbildungsplätzen⁹⁴, über rund fünfzig Jahre in Deutschland ein zusätzliches

⁹⁴ Im Jahr 1987 nahmen 4.527 Auszubildende an der Altenpflegeausbildung teil (MAGS 1996, S. 90).

autonomes Ausbildungssystem entwickelt (Forschungsgutachten, prognos/WIAD 2013). Bei Beibehaltung der aktuell 133.144 Auszubildenden in den drei Pflegeberufen müssten 740 Altenpflegesschulen, 760 Kranken-/Kinderkrankenpflegesschulen, sowie 10.000 ausbildende Pflegeeinrichtungen und 900 ausbildende Krankenhäuser den Forderungen eines neuen Pflegeberufgesetzes zuarbeiten.

Die Motivation potenzieller Bewerber ist bei weniger Wegen in einen Beruf, einem rationierten potenziellen Wissen und Können, absehbar geringeren Verdienstmöglichkeiten und nicht verbesserten Rahmenbedingungen in der beruflichen Praxis unklar. Würden die rund 62.000 Auszubildenden der heutigen Altenpflege als generalistisch ausgebildetes Pflegepersonal der Akutpflege und den Funktionsdiensten der Krankenhäuser zu Gute kommen, was systemisch durchaus möglich wäre, sähe es für die Altenpflege dunkel und bedrohlich aus. Hier ständen keine examinierten Pflegekräfte mehr zur Verfügung. Die Altenpflegeausbildung müsste sich neu erfinden, wie in den sechziger Jahren in Deutschland geschehen. Diskutiert werden kann, ob dies nicht bereits geschehen ist, durch Verschiebung sozialer Tätigkeiten in den Bereich des Ehrenamtes, in prekäre Arbeitsverhältnisse und durch die bundesweit umfangreiche Qualifizierung von Betreuungsassistentinnen. Absehbar ist hierbei eine Verschiebung und zunehmende Verantwortung in den kommunalen Bereich.

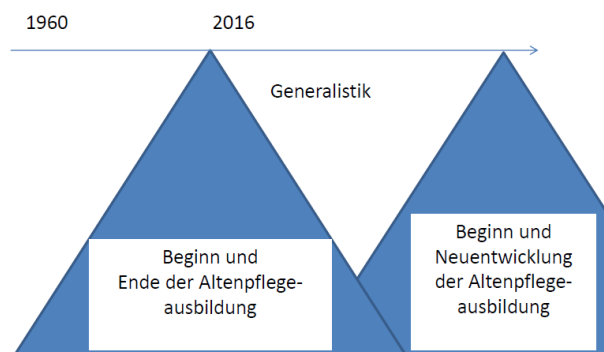


Abbildung 9 *Ende und Beginn der Altenpflegeausbildung*
Quelle: *Eigene Darstellung*

Auf dem Weg dahin wären Szenarien denkbar, wie sie heute in anderen Ländern bekannt sind und in Deutschland während der sechziger Jahre real waren. Das Szenario, dass sich mit einer Generalistik zunehmend Bewerber fänden, Ausbildungsbetriebe vermehrt und über aktuellen Eigenbedarf ausbilden und dass die Mehrzahl der Pflegegeneralisten eine (noch nicht realisierte) Durchlässigkeit der Bildungssystematik bis hin zu akademischen Abschlüssen, nach dem Motto des „Lebenslangen Lernens“ wählen, erscheint unrealistisch.

Die Hoffnung, dass bei Berücksichtigung der generalistischen Pflege nach Berufsanerkennungsrichtlinie der EU, Pflegegeneralisten Deutschland nicht verlassen werden und ausländische Pflegekräfte nach Deutschland kommen, ist ebenso unrealistisch, solange sich in Deutschland Rahmenbedingungen in den Anstellungsverhältnissen nicht verbessern. Bei der Einführung eines neuen Pflegeberufgesetzes wäre auf jeden Fall mit einem Einbruch der Ausbildungszahlen zu rechnen, wie nach der Einführung des Bundesaltenpflegegesetzes ab 2003.

Würde die generalistische Pflegeausbildung umgesetzt, würden breit ausgebildete Generalisten zur Verfügung stehen, die den heute bekannten spezifischen Arbeitsmarkt- und Berufsfeldanforderungen, ohne berufsfeldadäquate Weiterbildung nicht entsprechen können. Gleichzeitig wäre absehbar, dass Kurzausbildungen für die Bereiche der Alten-, (Akut-)kranken- und Kinderkranken-pflege entstehen würden. Diese Entwicklung ist bereits an der Qualifizierung der Betreuungskräfte § 87b SGB XI und der Helferausbildungen in landesrechtlichen Regelungen zu beobachten.

Altenpflege darf nicht in die Delegationsmacht der Medizin geraten. Der Altenpflegeberuf, sollte es ihn nach der anstehenden Pflegeberufereform überhaupt noch geben, kann maßgeblich an einem positiven Begriff des „Alters“ und an einer inklusiven gesellschaftlichen Position alter Menschen in einer partizipationsorientierten Gesellschaft arbeiten. Medizin hat Interesse an den kranken Anteilen eines Menschen, auch an denen älterer Menschen. Sollte sich Pflege im Alter vornehmlich ebenso auf die kranken Anteile eines Menschen beziehen, so wäre die Chance auf eine Pflege, die Lebenslagen, Sorge, Partizipation und Lebensqualität per Definition umfasst, vertan. Inwieweit eine generalisierte Pflege sich trotz zunehmender Medizinalisierung und Abhängigkeit von ärztlicher Delegation und des Arztvorbehalts professionalisieren kann, bleibt beim Verlust und der Abgabe originärer Aufgaben an Betreuungspersonen abzuwarten, gilt aber als unwahrscheinlich. Vielmehr würde der Pflegeberuf enger in das medizinische System eingebunden und den Ärzten käme nach Befugnis und Verantwortung die Spitzenposition zu (vgl. Twenhöfel 2011, S. 24). Die Entwicklung, weg von der Pflege, hin zu einer rein ärztlichen Assistenz und Abhängigkeit vom medizinischen System ist abzusehen, da der ärztliche Fachkräftemangel bekannt ist und die Übertragung von Tätigkeiten haftungsrechtlich nur in Delegation möglich ist. Entsprechend der altersassoziierten Herausforderungen werden sich Alten-Pflegende oder gerontologische Fachpflegerinnen und Fachpfleger in Zukunft die Frage stellen: Für welches Territorium – für welche Region bin ich zuständig? Ob dies mit generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräften ebenso sein kann, erscheint unwahrscheinlich. Bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen Altenpflege,

jenseits von medizinalisiertem Alter, Familienpflege und Heimen, bedarf es einer Innovationskultur (vgl. Klie 2014, S. 12) und einer Fokussierung auf eine Langzeitpflege. Wichtigstes Argument für eine Pflegeberufereform muss der Outcome sein, den Pflegeausbildungen für die kranken, aber auch alten Menschen produzieren. Partizipation und Lebensqualität sollten dabei auch als Outcome definiert werden.

Ob es sich um den richtigen Zeitpunkt für eine Pflegeberufereform und das richtige Vorgehen handelt, erscheint fragwürdig. Wesentliche Strukturreformen, die Rahmenbedingungen der Pflege verbessern würden, sollten vor der Reform der Pflegeausbildung umgesetzt werden. Monetäre Ressourcen, die zum Systemumbau in die Generalistik verwendet würden, sollten besser in die Optimierung der Rahmenbedingungen der Pflegepraxis und einer an Lebenslagen orientierten Altenpflegeausbildung eingebracht werden. Nicht die drei eigenständigen Pflegeausbildungen sind Grund für Fachkräftemangel, Ausstieg aus dem Beruf oder Gründe einer schlechten Lobby, sondern die rahmengebenden Strukturen.

Zu fordern wären:

- Überführung der Pflegeschulen als Berufsfachschulen ins Berufsbildungsgesetz, verbunden mit einer Schulplatzsicherheit und Wegfall einer Deckelung finanzieller Ausbildungsplätze und Anerkennung des Lehrerstatus.
- Abschaffung von Schulgeld in den sieben Bundesländern (prognos/WIAD 2013), die noch Schulgeld für die Altenpflegeausbildung erheben.
- Keine Anrechnung der Auszubildenden auf den Personalschlüssel der examinierten Pflegekräfte.
- Freistellung und Entlohnung von Praxisanleitung und standardisierte bundeseinheitliche Praxisanleitung Weiterbildung auf hohem Niveau.
- Attraktive Entlohnung von Pflege und Lehrpersonal, sowie eine attraktive, einheitliche Ausbildungsvergütung.
- Harmonisierung und Aktualisierung der Lehrinhalte.
- Schaffung multidisziplinärer akademischer Lehrerteams, ergänzt durch berufserfahrene Fachlehrer.
- Schaffung von attraktiven, familienfreundlichen Arbeitsplätzen.
- Schaffung regionaler multidisziplinärer Teams für generationentypische Pflegebedarfe.
- Schaffung vertikaler Anschlussfähigkeit im Sinne eines Fachhochschülererwerbs mit Anschluss der Ausbildung und Realisierung hochschulzertifizierter Weiterbildungen nach dem European Credit Transfer System (ECTS).

- Lernunterstützende Ausstattungen der theoretischen und praktischen Lernorte.
- Zugang zum Internet in Theorie und beruflicher Praxis zur Recherche externer Evidence.
- Spezielle finanzielle und pädagogische Fördermöglichkeiten für Auszubildende mit Unterstützungsbedarf.

Mit der Schaffung einer generalistischen Pflegeausbildung wäre nicht sichergestellt, dass diese, seit Jahren geforderten Verbesserungen der Rahmenbedingungen, erfüllt würden. Vielmehr bestünde die Gefahr, dass ein Umbau des Systems „im Großen“ bekannte Probleme nicht beheben werden. An dieser Stelle sei auf die Varianz hingewiesen, die davon abhängt, mit welchen Rahmenbedingungen eine neue Pflegeberufestruktur ausgestattet wird.

Um den Bedarfen im Alter pflegerisch gerecht werden zu können, muss in anderen Zusammenhängen und Netzwerken gedacht werden. Pflege und Gesellschaft müsste Altenpflege als bedeutsame Profession anerkennen. Oder anders: Ein grundlegendes Pflegeverständnis, welches auch Lebenslagen und Generationentypik berücksichtigt, könnte Pflegefachberufen zugrunde gelegt werden. Generalisieren, im Sinne von Universalisieren, birgt die Gefahr, dass zu Pflegende zu Objekten werden, im Sinne einer Intellektualisierung. Altersspezifische und individuelle, generationentypische Bedarfe und Bedürfnisse treten bei einer generalistischen Pflegeausbildung in den Hintergrund des beruflichen Verständnisses und werden das Pflegeparadigma wesentlich beeinflussen.

Eine Orientierung an generalistischen Kompetenzprofilen kann eine Deprofessionalisierung der Pflege provozieren. Spezialisierungstendenzen, die sich während der letzten 100 Jahre bei den Pflegeberufen in Deutschland abgezeichnet haben, stellen für die „Einheit der Pflege“ keine Bedrohung, sondern eher eine Chance dar, vorausgesetzt Pflegeberufe schätzen sich gegenseitig wert, schaffen gegenseitige Anerkennungen von Disziplinenbildung und Durchlässigkeiten und fördern damit Professionalisierung. Weder Professionalisierung noch Disziplinbildung kann auf Spezialisierung verzichten. Die Befürworter der generalistischen Pflegeausbildung sehen in der Struktur, der an den Lebensphasen orientierten Pflegeberufe und deren Qualifizierung den Grund für nicht gelingende Entwicklung (Strukturproblem). Professionalisierung und Entwicklung basiert jedoch auf Profilbildung und Suche nach Identität, institutionell wie individuell. Altersrealitäten schaffen Zukunft. Gesellschaftliche Realitäten verändern sich nach gesellschaftlichen Veränderungen. Der Wunsch nach einer „besseren“ generalisierten

Pflegeausbildung resultiert aus einer Diskussion, die 30 Jahre alt ist. Die Realität hat einen anderen Weg genommen.

Eine professionelle eigenständige Altenpflege erhöht die Partizipation und gesellschaftliche Teilhabe älterer und alter Menschen an der Gesellschaft. Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind Lobbyisten für Senioren. Die Diskussion um den Erhalt und die berufsständige Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung sollte erlaubt und praktiziert werden. Das Berufsbild Altenpflege scheint unverzichtbar und für Europa zukunftsweisend. Die Konstruktion, Pflegeberufe in eine generalistische Struktur umzubauen, fußt auf einer theoretischen Idee und vernachlässigt den „deutschen Weg“ in die drei Pflegeberufe. Vielmehr orientiert sich die Idee an die Berufskonstruktion anderer Länder, deren Vergleich jedoch hinkt, da in keinem Land (außer China⁹⁵) eine vergleichbare Möglichkeit zur beruflichen Qualifizierung in drei Pflegeberufe, hier speziell in eine Altenpflegeausbildung, gegeben ist. Eine gegenseitige Wertschätzung, Anerkennung und Optimierung der drei Pflegeberufe in Ausbildung, Weiterbildung, Studium würde positive monetäre, bildungssystematische, inhaltliche und soziale Effekte bewirken, vor allem auch auf das Hilfe- und Sorge leistende System.

Pflegeausbildung in Deutschland zu generalisieren ist machbar, strukturell planbar, juristisch durchsetzbar – aber: Wenn eine generalistische oder integrative Pflegeausbildung auf alle erforderlichen Situationen und Bedingungen vorbereiten soll, in denen professionelle Pflegehandlungen erfolgen, dann müsste sie real auch darauf vorbereiten. Niemand vermag die Auswirkungen und Rückkoppelungseffekte dieses berufspolitischen Wagnisses absehen zu können. Die deutsche Altenpflegeausbildung berufseigenständig aufzugeben, käme einer Ressourcenverschwendung monetärer, sozialer und wissenschaftlicher Art gleich. Eine Integration der Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung kann nicht den gleichen Outcome bewirken, wie ihn die berufseigenständige Altenpflegeausbildung, aktuell für ältere Menschen, Kommunen und die Berufsbranche bewirkt.

Das Alter und die damit verbundenen Erscheinungen müssen den Blick der Pflegewissenschaft systematisch lenken, damit Pflege sich unabhängig vom medizinischen Blick entwickeln und professionalisieren kann. Zudem gilt weiterhin, *„dass die Ausrichtung der Altenpflege auf das Sozialpflegerische, auf den Aspekt des Carings und der Fürsorge, Care als ´essence von nursing´ in besonderer Weise repräsentiert“* (Klie und Frommelt 2013, S.

⁹⁵ China verfügt neben der akademischen Qualifizierung Bachelor of Nursing über eine dreijährige berufliche Qualifizierung zur Altenpflege, deren Zugangsvoraussetzung die Fachhochschulreife darstellt.

28). Der Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Nutzerinnen (Behrens im Gespräch 2014) muss das Paradigma der Pflege (auch im Alter) im Unterschied der Professionalität zur Pflege durch Angehörige wesentlich berücksichtigen.

Insgesamt ist der Pflege als Profession eine zunehmende Unabhängigkeit gegenüber der Einschätzung Dritter zu wünschen. Auch darf der Pflege nicht ein Pflegebedürftigkeitsbegriff durch den Staat vorgegeben werden, der die Berufsausübung definiert. Die Anerkennung und Weiterentwicklung der Altenpflege wäre wünschenswert, ressourcenschonend und adäquat der altersdemografischen Entwicklung sinnvoll. Ob der Erhalt einer professionsinternen Altenpflege gelingt oder als anerkannte Profession weiterentwickelt wird, scheint unwahrscheinlich. Zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Arbeit wurde in den Ministerien BMFSFJ und GMB an einem Referentenentwurf zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufgesetzes gearbeitet. Die Altenpflege der Zukunft bleibt ungewiss. Prognostisch hätte wohl folgende visionäre Pflegeberufereform der Bundesregierung mehr Zuspruch von Wählern und Steuerzahlern als das jetzige Vorhaben:

Visionäre Pflegeberufereform

Angesichts des demografischen Wandels und der international untersuchten Ergebnisse beabsichtigt die Bundesregierung neben der generalistischen Pflegeausbildung drei spezialisierte, generationentypische Pflegeausbildungen, speziell für Kranke, Kinder und für alte Menschen mit Sorge- und Pflegebedarf, die sich an den jeweiligen Lebenslagen der Menschen orientieren. Den Pflegespezialisten wird juristisch eine hohe eigenständige Verantwortung übertragen. Das Berufsbildungssystem findet bei der Ausgestaltung der Berufsfachschulen Anwendung. Die Ausbildung der Pflegeberufe erfolgt steuerfinanziert. Gleichzeitig werden reale Rahmen- und Arbeitsbedingungen verbessert, wie die der Bezahlung, der Personalschlüssel, der flexiblen Arbeitszeiten, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hierzu wird das Verhältnis von Bruttoinlandsprodukt und Pflege bis zum Jahr 2018 bedarfsentsprechend gesteigert. Wissenschaftlich wird in Deutschland eine Pflegelehre erarbeitet, die Sozial- und Gesundheitspflege untrennbar miteinander vereint.

14 Hinweise für weitere Forschung

Will man eine effektive und effiziente Aus-, Weiterbildung und Akademisierung der Pflegeberufe vorantreiben, so sollten sich zukünftige Forschungsvorhaben am Gemeinwohl, hier speziell an den verschiedenen heterogenen Lebenslagen, Lebensorten, den individuellen Bedürfnissen und dem Hilfe- und Pflegebedarf, vor allem älterer und sehr alter Menschen, im formellen und informellen Hilfesystem ausrichten. Zudem spielt die Genese des Altenpflegeberufes bei den Professionalisierungsbemühungen der Pflegewissenschaft eine größere Rolle als hinlänglich beachtet. Insbesondere fehlt es an Interventionsforschung bei Älteren (Wahl 2012), Altenhilfesystemforschung und einer Datenkumulation und -interpretation mit dem Ziel, dass alte Menschen mit Pflegebedarf angemessen unterstützt werden.

Um eine an Werten orientierte altersassoziierte gute Pflege und Pflegeausbildung realisieren zu können, bedarf es an Kenntnissen, die aus einer Betrachtung der Versorgungssituation alter Menschen resultiert, die individuelle, soziale und ökonomische Ressourcen und Bedarfslagen berücksichtigt. Eine sozialraumorientierte Altersversorgungsforschung, im Sinne einer Teilhabeforschung, die die soziale Variabilität der Altenpopulationen beleuchtet, sollte in Kohortensequenzstudien erfolgen (vgl. Gilberg 2000, S. 280). Eine empirische Spezifizierung der Wirkungsprozesse von Handlungskompetenzen Pflegenden und der Lebensqualität von Senioren wäre wünschenswert. Insgesamt bedarf es zukünftig bundesweit und regional einer intensiveren grundlagen- und anwendungsorientierten Versorgungsforschung⁹⁶.

Der Gegenstandsbereich der Weiterbildungsforschung hat ebenso grundlagen-, anwendungsorientiert und regional zu erfolgen, um das komplexe Wirkungsfeld analytisch zu beleuchten (vgl. Meisel und Schiersmann 2006, S. 96) und in den Kontext der Wirtschaftsförderung und der Versorgungsbedarfe setzen zu können.

Im Hinblick auf das Vorhaben, Pflegeausbildung zu generalisieren, ist es unerlässlich, den Kern der Pflege (Behrens et al. 2012a, Friesacher 2015) zu erforschen, weiter zu entwickeln und als umfassendes, grundlegendes Pflegeparadigma für alle Ausbildungsberufe in der Pflege festzuschreiben. Fragen, die hierbei für die altersassoziierte Pflege eine wesentliche Rolle spielen, sind:

⁹⁶ Im Sinne einer Versorgungsforschung, die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen vornimmt (vgl. auch Pfaff 2003).

- Welche effizienten altersassoziierten Interventionen müssen Bestandteil der beruflichen Pflegeausbildung sein?
- Wie kann das Instrumentarium der Gesundheitssicherung für territorial oder sozial definierte altersassoziierte Versorgungsbereiche entwickelt und angewendet werden?
- Welche Rolle spielt Pflege bei der altersassoziierten Versorgungssicherung und der selbstständigen Lebensführung im Alter?
- Welche qualitativen Defizite der Pflege resultieren aus der arztorientierten Assistenz Tätigkeit?
- Welche hemmenden Bedingungen erschweren eine Modernisierung der Pflege?
- Welche quantitativen Defizite erschweren die Entwicklung der gemeindenahen Pflege?
- Welche Abkoppelung des pflegerischen Bedarfes vom medizinischen Bedarf ist notwendig, um territoriales altersassoziiertes Versorgungsmanagement gelingen zu lassen?
- Sind die Institutionen, Qualifikationen und Anreizsysteme so beschaffen, dass möglichst jeder Mensch mit Lebenslagen- und Gesundheitsproblemen zum richtigen Zeitpunkt in das richtige (Teil-)System gelangt?
- Gewährleisten die Institutionen, Qualifikationen und Anreizsysteme der Gesundheitssicherung, dass möglichst jeder Mensch eine kontinuierliche, integrierte, auf seine Individualität und auf seine soziale Lage zugeschnittene Versorgung seiner Gesundheitsprobleme erfährt?

Ein neues Forschungsfeld innerhalb der Versorgungsforschung wird absehbar die Differenzierung in Akut- und Langzeitpflege darstellen. Es sollte eine interdisziplinäre Forschung zur sozialraumorientierten Langzeitpflege ausgebaut werden. Weiter sollte geprüft werden, ob die zwei unterschiedlichen Berufsfelder, die der Akut- und der Langzeitpflege, nicht auch zwei generalistische Ausbildungen erfordern, die durch qualifizierende Zusatzmodule sowie Studiengänge eine gegenseitige Durchlässigkeit ermöglichen. Zukünftig bedarf es einer systematischen, spezifischen nationalen und internationalen altersassoziierten Pflege-, bzw. Gesundheitsberufsbildungsforschung, entsprechend der begonnenen Berufsbildungsforschungsinitiative (vgl. ASCOT 2014). Um die Handlungskompetenzen von Auszubildenden in Pflegeberufen möglichst realitätsnah erfassen zu können, braucht es entsprechende Messinstrumente, wie die der BMBF Forschungsinitiative zur beruflichen Kompetenzmessung „Technologie-orientierte Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung“ (Ascot – Technology-based Assessment of

Skills and Competencies in VET)⁹⁷. Vor der Entscheidung einer Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung müssten Befragungen und systematische Forschungen durchgeführt werden, um an Ergebnisse zu der bislang einmaligen deutschen Berufsqualifizierung Altenpflege und der interdisziplinären Interventionsgerontologie zu gelangen, die anschließend in einen europäischen Vergleich oder mit den Erfahrungen einer generalistischen Pflegeausbildung gestellt werden könnten. Untersucht werden sollten Berufszufriedenheit, Erfahrungen, Qualifizierung, wie sie im Forschungsprojekt GesinE (Lehmann et al. 2014) begonnen wurde. Die wissenschaftliche Politikberatung sollte nicht ausschließlich mit der Brille der „Kranken(haus)pflge“ erfolgen. Politisch Verantwortliche sollten Erkenntnisse aus der Altenpflege trotz geringerer Lobby ebenso erfragen, um eine möglichst wertfreie und Evidence basierte Gesetzesfolgenabschätzung realisieren zu können.

15 Zusammenfassung

Die Dissertation befasst sich mit dem politischen Vorhaben, die deutsche Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung zu integrieren. Es wurden Hypothesen der Reform-Befürworter und Argumente der Gegner an statistischen Verläufen und ihren Trendfortschreibungen überprüft und diskutiert. Ergebnisse aus historisch-, quellenkritischer Literatur- und Dokumentenanalyse, aus leitfadengestützten Experteninterviews und aus betriebswirtschaftlichen Analysen ergaben Grundlagen für Trendfortschreibungen, Prognosen und Szenarios, die mit den hoffnungsvollen Prognosen der Reformbefürworter verglichen wurden. Die Dissertation untersucht das Thema nicht nur curricular, sondern in sechs forschungsleitenden Perspektiven. Zudem wurde das Spezifische der Altenpflege umrissen und eine prognostische ökonomische und soziale Gesetzesfolgenabschätzung antizipiert. Besondere Herausforderungen ergaben sich aus dem geringen Material an Forschungsergebnissen zur Berufsbildungsforschung zu Pflegeberufen, aus fehlenden europäischen Vergleichsmöglichkeiten und aus mangelnder Evaluationsforschung zum Outcome der deutschen Altenpflegeausbildung.

⁹⁷ Sie hat zum Ziel, innovative Verfahren zur Messung beruflicher Handlungskompetenzen (weiter) zu entwickeln, zu erproben und in die breite Praxis zu transferieren (vgl. ASCOT 2014). Die Instrumente sind so geplant, dass ein späterer Transfer in die bestehende Prüfungspraxis und in vergleichbare Berufe sowie in Weiterbildungsmaßnahmen und andere europäische Kontexte mit geringem Aufwand möglich ist. Die Ergebnisse können dazu beitragen, die Produktivität von Bildungsgängen, die Qualität von Einrichtungen und den Lernerfolg von Individuen transparent und für Verbesserungsmaßnahmen zugänglich zu machen.

Die Hypothesen der Reformbefürworter wurden weitestgehend falsifiziert und führten zu der Erkenntnis, dass ein Systemumbau in eine „Generalistik“ komplexe Änderungen im Sozial- und Versorgungssystem in Deutschland nach sich ziehen würde. Deutlich wurde, dass eine generalistische Pflegeausbildung auf der Grundlage der vorgelegten Eckpunkte eine Vernachlässigung sozialer, partizipativer und psychologischer Qualifizierungsinhalte erkennen lässt und eine Pflegeberufskonstruktion herbeiführen würde, wie sie während der 50er Jahre in Deutschland gegeben war (vgl. Irmak 2002). Interne Evidence könnte bei Umsetzung der vorgeschlagenen Eckpunkte in einer generalistischen Pflegeausbildung nur bedingt erworben werden, da Theorie und Berufspraxis (nach aktuellem Kenntnis- und Planungsstand) nicht ausreichend auf Beschäftigungsfelder vorbereiten. Altersassoziierte Forschungsfragen und die Fortführung einer alter(n)sbezogenen externen Evidence müssen sich aus den realen Lernorten und Bedarfen ergeben, damit Forschungsergebnisse in die (altersassoziierte) Berufspraxis rückgeführt werden können. Eine professions- und qualitätsfördernde Entwicklung ist hinsichtlich altersassoziiierter Bedarfe, nach aktuellem Pflegeberufereformvorhaben, nicht erkennbar. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit weisen darauf hin, dass der potenzielle, größtmögliche Nutzen einer generalistischen Pflegeausbildung in der politisch monetären Steuerbarkeit der Ausbildungsstrukturen und in der hochschulischen Qualifizierung läge, da die Autonomie der Schulen nur hier gestärkt würde. Die Autonomie der jetzigen Altenpflegesschulen und deren Lehrerteams würden erheblichen Schaden nehmen. Ein Mehrwert von produzierten „Pflegegeneralisten“ konnte für die Zielgruppe „ältere Menschen“ nicht nachgewiesen werden.

Würde man davon ausgehen, dass das Spezifische der Altenpflege(ausbildung) ein wesentlicher, unabhängig oder anhängig existierender Baustein ist, der der Ganzheit⁹⁸ von Pflege zugehört, so könnte Pflege in einer höheren Komplexität definiert werden und sich (evolutionär) weiterentwickeln. Selbst bei der Betrachtung der Altenpflege(ausbildung) als Variation des „Ursprung- und Gesamtsystems Pflege“, sollte Altenpflege im Sinne von Selektion in Kopiervorgängen zur Weiterentwicklung zugelassen werden. Das für die Pflege autonome „arztferne System“ der Altenhilfe stellt heute noch eine Chance für die Professionalisierung der Pflege insgesamt dar und würde durch eine Generalisierung und Medizinalisierung der Pflege Gefahr laufen, weiter der Medizin untergeordnet zu werden (vgl. auch Twenhöfel 2011, Hanussek 2005).

⁹⁸ Findeiß (2008, S. 322) weist darauf hin, dass: „Wenn Pflegenden nicht mehr auf die Semantik der Ganzheitlichkeit zurückgreifen können, können sie schlicht nichts mehr sagen, was nicht bereits ein Arzt gesagt hat“.

Das Vorhaben „Neues Pflegeberufegesetz“ würde nach aktuellem Stand mit unspezifischen Wirksamkeitsnachweisen und ungeklärten Erfolgsdeterminanten einhergehen. Würde die Altenpflegeausbildung in Deutschland abgeschafft, so müsste sie gleichzeitig neu erfunden werden, um den altersassoziierten, an Gemeinwohl und Lebenslagen orientierten Pflegebedarfen entsprechen zu können, wenn dies nicht bereits geschehen ist, erkennbar an der Entwicklung der Qualifizierung der Betreuungsassistenten seit 2008⁹⁹.

Die Forschungsarbeit konnte für die Altenpflege, aber auch für andere Arbeitsfelder der Pflege, einen negativen Rationierungseffekt, der sich durch die geplante Generalistik bedingt, nachweisen. Der Verlust des Berufes Altenpflege und die spezifische Qualifizierung für das Beschäftigungsfeld Altenpflege, die heute noch „das Soziale“ und die „Befähigung zur Sorge“ im Alter vorsehen, würden systematisch abgeschafft.

Die beruflichen Handlungsfelder der Altenhilfe erfordern eine generationentypische Pflegeausbildung. Eine Langzeitpflege im Alter sollte nicht von der Definition „Krank“ in Abhängigkeit stehen und bedarf einer gesonderten Betrachtung und Berücksichtigung. Eine Pflegeausbildung unterschieden in Langzeit, die die Pflege alter Menschen und von Menschen mit Behinderung umfasst und Akutpflege (Gesundheits- und Krankenpflege), sowie einer speziellen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit anschließendem Aufbaumodul in den jeweils anderen Bereich, erscheint sinnvoll und strukturell, als auch monetär ressourcenschonend umsetzbar. Dieser Ansatz entspräche dem Konzept des „Lebenslangen Lernens“. Die vorliegende Arbeit widerlegt die Behauptungen, dass eine generalistische Pflegeausbildung den Pflegeberuf attraktiver macht, dem Pflegefachkräftemangel entgegenwirkt, eine bessere Durchlässigkeit ermöglicht, es keinen Sinn macht in der Pflegeausbildung zwischen Altersgruppen zu unterscheiden, und dass eine generalistische Pflegeausbildung den aktuellen Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandels zu gestalten, entspricht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Vorhaben, die Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung zu integrieren, entsprechend der Hilfe- und Pflegebedarfe alter Menschen nicht ausreichend analysiert wurde. Ergebnis dieser Forschungsarbeit ist, dass absehbare Effekte und die vernachlässigte Befähigung zur alter(n)spezifischen Sorge und Pflege negative volkswirtschaftliche, bildungs-systematische, wissenschaftliche, ökonomische und soziale Folgen nach sich ziehen können. Der Grad der „Vergreisung“ in Deutschland und die damit verbundenen

⁹⁹ Der GKV-Spitzenverband hat im August 2008 Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeeinrichtungen beschlossen und im Mai 2013 angepasst (Betreuungskräfte-RI).

altersspezifischen Pflegebedarfe stehen in einem klaren Spannungsfeld zur geplanten Pflegeberufereform. Gefordert ist eine grundlegend kritische, offene Debatte über die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland. Im Vorfeld der Pflegeberufereform sollten die Prognosen in Form von Szenario- und Auswirkungsanalysen (System-Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse) und potenzieller Gesetzesfolgenabschätzungen, im Hinblick auf eine gemeinwohl-orientierte Nachhaltigkeit, (auch oder vor allem) auf eine alternde Gesellschaft hin, untersucht werden.

Die Forschungsarbeit kann den Gesetzgebern beratend vorgelegt werden. Sie soll einen Beitrag zur (Pflege-)Berufsbildungsforschung leisten und lässt sich dem Wissenschaftsfeld der Gesundheits- und Pflegewissenschaft und der Gerontologie zuordnen.

16 Literaturverzeichnis

- AAA (2007) Erklärung vom Edelacker. Freyburg/Berlin Juni 2007. http://www.aaa-deutschland.de/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=44, 20.12.2013.
- Achenbach G (2005) Die Europäische NEXT-Studie zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf. In: PrInterNet 7/2005, S. 416-422.
- AltPflG (2003) Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. März 2013 (BGBl. I S. 446) geändert worden ist.
- AltPflAPrV (2002) Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 81, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2002.
- Ammende R, Darmann-Fich I, Luther B (2010) Generalistische Pflegeausbildung mit integrierter Fachhochschulreife. Abschlussbericht. Ipp Universität Bremen.
- Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) (2009) Beschlussprotokoll der 86. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder.
- ASCOT (2014) Qualität in Pflegeberufen – der Projektverbund TEMA. Grundlagen zur Feststellung beruflicher Handlungskompetenz in der Pflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). <http://www.ascot-vet.net/de/270.php>. 08.11.2014.
- Baethge M (2003) Lebenslanges Lernen und Arbeit: Weiterbildungskompetenz und Weiterbildungsverhalten der deutschen Bevölkerung. In: SOFI-Mitteilungen 31, S. 91-103.
- Baethge M, Solga H, Wieck M (2007) Berufsbildung im Umbruch. Signale eines längst überfälligen Aufbruchs. FES Berlin.
- Baethge, M (2012) Kompetenzentwicklung und Beruflichkeit – auf dem Weg zur Professionalisierung der Dienstleistungsarbeit. In: Reichwald R, Frenz M, Hermann S, Schipanski A (Hrsg.): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion. Springer Gabler, Wiesbaden, S. 81-102.
- Baethge M (2013) Strukturwandel und Demografie –Neue Herausforderungen für die berufliche Bildung. Beitrag zum 11. hessenweiten OloV-Treffen 27. August 2013 Seeheim-Jugenheim. SOFI Göttingen.
- Baethge M, Cordes A, Donk A, Kerst C, Wespel J, Wieck M, Winkelmann G (2015) Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI) (Hrsg): Bildung und Qualifikation als Grundlage der technologischen Leistungsfähigkeit Deutschlands 2015. Studien zum deutschen Innovationssystem Nr. 1-2015, Berlin.
- Bals T, Dielmann G (2013) Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln, Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, S. 177-189.

- Baltes P B, Baltes M M (1992) Gerontologie. Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes P, Mittelstraß J (Hrsg): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Forschungsbericht 5, Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Berlin-New York.
- BAMS (2013) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. [www.bmas.de/SharedDocs/ Downloads /DE/PDF-Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf?_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf?_blob=publicationFile), 30.06.2015.
- Barre K (2014) Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Bartholomeyczik S (2014a) 4. Expertengespräch in der BZG Rhein-Neckar GmbH. Vortrag 09.05.2014. <http://www.bildungszentrum-gesundheit.de/pressebereich /article/4-expertengespraech-in-der-bzg-rhein-neckar-gmbh>, 24.11.2014.
- Bartholomeyczik S (2014b) Altern und Pflege. In: Becker S, Brandenburg H (Hrsg): Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. Huber, Bern, S. 75-95.
- BASE (2014) Berliner Altersstudie. www.base-berlin.mpg.de/de/projektinformation/publikationen/ base-monografie und: http://library.mpib-berlin.mpg.de/files/base/abstracts/Mono10_Kap25.htm, 02.03.2015.
- Bauch J (2006) Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft 70, Hartung-Gorre Verlag, Konstanz, S. 139-148.
- Bauer U, Büscher A (Hrsg) (2008) Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Bäcker G (1988) Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. WSI, Düsseldorf.
- BBiG (2015) Berufsbildungsgesetz. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg) http://www.gesetze-im-internet.de/bbig_2005 /06.05.2015.
- Becker G S (1993) Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens. Mohr, Tübingen.
- Becker W (1993) Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe – Europa als Impuls? Berichte zur beruflichen Bildung. BIBB, Berlin.
- Becker W (1996) Stand und Perspektiven der curricularen Entwicklung bei gesundheits- und sozial-pflegerischen Berufen. In: Martens M u.a. (Hrsg): Didaktisches Handeln in der Pflegeausbildung. Dokumentation des 1. Kongresses zur Fachdidaktik der Gesundheit, Bremen, S. 84ff..
- Becker W (2003) Integrierte Ausbildung von Krankenpflege und Altenpflege: Pflege neu denken reicht nicht aus – es muss auch anders qualifiziert werden! Konzept eines neuen Ausbildungsgangs in Brandenburg. Pflege & Gesellschaft, 8. Jahrgang, Nr. 3/2003.
- Becker W (2006a) Abschlussbericht zum Modellversuch „Integrierte Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege“ an der Medizinischen Schule Uckermark e.V. Prenzlau. Bundesinstitut für Berufsbildung.

- Becker W (Hrsg) (2006b) Ausbildung in den Pflegeberufen. Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 1, Bonn, Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Becker W (Hrsg) (2006c) Ausbildung in den Pflegeberufen. Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 2, Bonn, Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Becker W, Barth G, Brüggemann-Ebner F, Dibelius O, Straßer G (1995) Integrierte Ausbildung von Altenpflegerinnen und Erzieherinnen. Qualifikationskonzept und Ausbildungsrahmenplan eines Modells. BIBB 189, Bertelsmann, Bielefeld.
- Becker W, Meifort B (1997) Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zur Berufseinstimmung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bertelsmann, Bielefeld.
- Becker W, Meifort B (1998) Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 227, Bielefeld.
- Becker S, Kaspar R, Kruse A (2010) H.I.L.DE. Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Huber, Bern.
- Becker S, Brandenburg H. (Hrsg) (2014) Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. Huber, Bern.
- Behrens J (1996a) Die Freiheit der Wahl und die Sicherung der Qualität. Versuch einer Antwort auf (nicht nur) amerikanische Fragen. In: Behrens J, Braun B, Morone J, Stone D (Hrsg): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland. Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs. Nomos, Baden-Baden.
- Behrens J, Voges W (Hrsg) (1996b) Kritische Übergänge. Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung. Campus, Frankfurt/Main-New York.
- Behrens J (2001) Rationierung als Ausflucht vor rationaler Allokation. Die Umdeutung von Rationierung in mangelnden Bedarf. Zeitschrift für Sozialreform 47, S. 669-699.
- Behrens J (2002) Sinn machen „quantitative“ Untersuchungen nur als Teile „qualitativer“ Studien. Zur Indikation von Interviews zur Erzeugung externer Evidence – ein Überblick. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 1. Jahrgang, Heft 1.
- Behrens J (2005) Abhören ersetzt nicht Zuhören, Fürsorge nicht Respekt. Soziologie der Pflege als Profession der Unterscheidung von interner und externer Evidence. In: Bollinger H, Gerlach A, Pfadenhauer M (Hrsg): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt/Main, S. 103-146.
- Behrens J, Langer G (2006) Evidence-based Nursing and Caring. Hermeneutisch interpretative und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Huber, Bern-Oxford-Toronto.
- Behrens J (2008a) Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 180-211.
- Behrens J (2008b) Evidence-based Nursing and Caring. Beiträge der Pflege zur Evidence-Basierung von Gesundheitsförderung und Krankenversorgung. Eine Langfassung des Artikels aus Dr. med. Mabase Nr. 175 September/Oktober 2008. http://www.mabase-verlag.de/Downloads/1626/175_Behrens.pdf. 26.08.2014.

- Behrens J (2009a) Pflege – in ethischer Verantwortung für ihre Wirkungen. 2. Südtiroler EBN-Tagung. Fachvortrag 27. Nov. 2009. <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/ebn/download/Behrens.pdf>. 17.08.2015.
- Behrens J, Horbach A, Müller R (2009b) Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland Pfalz (ViPB). In: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland Pfalz (Hrsg): Berichte aus der Pflege. Nr. 12, Mai 2009 http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/Publikationen/Pflege/Berichte_aus_der_Pflege_12.pdf, 28.12.2014.
- Behrens J, Langer G (2010a) Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. Aufl. Huber, Bern.
- Behrens J, Langer G (Hrsg) (2010b) Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Huber, Bern.
- Behrens J (2011) Hat jede Profession ihre eigenen Evidence-Quellen? Das multiprofessionelle Team & Evidence based Practice. 3. Südtiroler EBN-Tagung. Von evidence-based nursing zu evidence-based practice, Vortrag 27. Februar 2011, Bozen.
- Behrens J, Görres S, Schaeffer D, Bartholomeyczik S, Stemmer R (2012a) Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Halle (Saale). www.agenda-pflegeforschung.de.
- Behrens J, Weber A, Schubert M (Hrsg) (2012b) Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Beiträge zur Transformation des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto.
- Behrens J, Becker C, Berg A, Fleischer S, Langer L, Parthier K, Schubert M, Selinger Y, Zimmermann M, Weber A (2012c) In: Behrens J, Weber A, Schubert M (Hrsg): Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Beiträge zur Transformation des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989. Verlag Barbara Budrich, Opladen-Berlin-Toronto, S. 15-42.
- Beiersdorf R (2007) Das Berufsbild der Altenpflege. Eine qualitative Studie zur beruflichen Entwicklung der Altenpflege. GRIN Verlag, München.
- BeKD (2005) "Integrativ ausbilden – Expertentum sichern!" http://www.bekd.de/fileadmin/templates/bekd/PDFs/position_ausbild_integrativ.pdf, 20.04.2013.
- Bermejo I, Muthny F A (1994) „Burnout“ und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Münster.
- Beiersdorff R (2007) Altenpflege – ein Berufsbild im Wandel? Eine qualitative Studie zur beruflichen Entwicklung der Altenpflege. GRIN, Norderstedt.
- Bertelsmann Stiftung (2015) Wegweiser-Kommune. www.wegweiser-kommune.de, 19.09.2015.
- Beske F (2014) Gesundheitsversorgung von morgen. Was kommt auf Versicherungen, was auf Ärzte und was auf Patienten zu. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart.
- Bienstein C (2015) In: Deutscher Pflegerat (DPR) (Hrsg): Die generalistische Pflegeausbildung. Das sagen die Experten. <http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegeberuf/Generalistik.php>, 12.02.2015.
- Bischoff-Wanner C (2001) 170 Jahre Sonderwege in der Ausbildung der Pflege – und kein Ende!? Über das Ausbildungsmodell „Pflege neu denken“. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg) PflGe, 6. Jg., Nr. 3, S. 78-86.

- Blass K (2012) Altenpflege zwischen professioneller Kompetenzentwicklung und struktureller Deprofessionalisierung. In: Reichwald R, Frenz M, Hermann S, Schipanski A (Hrsg): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung - Wertschätzung - Interaktion. Springer Gabler, Wiesbaden, S. 417-438.
- BMBF (2012) Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg) Berufsbildungsbericht. http://www.bmbf.de/pub/bbb_2012.pdf, 22.01.2015.
- BMBF (2014a) Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg) Berufsbildungsbericht. http://www.bmbf.de/pub/bbb_2014.pdf, 22.01.2015.
- BMBF (2014b) Bundesministerium für Bildung und Forschung(Hrsg) Lernen vor Ort. <http://www.lernen-vor-ort.info/>, 31.12.2014.
- BMFSFJ (2008) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf, 20.02.2012.
- BMFSFJ (2011) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) Vorlage zum Termin der „Ausbildungs- & Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ am 09.06.2011.
- BMG (2013) Bundesgesundheitsministerium (Hrsg) Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf, 29.07.2015.
- BMI (2009) Bundesministerium des Inneren (Hrsg) Arbeitshilfe zur Gesetzesfolgenabschätzung. Berlin http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/565864/publicationFile/31426/ah_gfa.pdf. 08.12.2014.
- Bohnsack R (2007) Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 5. Aufl., utb, Opladen.
- Bonse-Rohmann M, Burchert H (Hrsg) (2011) Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.
- Borutta M, Giesler C (2006) Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege: Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse. DUV, Wiesbaden.
- Bourdieu P (1997) Der Tote packt den Lebenden. Schriften zu Kultur und Politik 2. VSA, Hamburg.
- Bossle M (2012) Die Zukunftsorientierung der deutschen Pflegewissenschaft an der Schnittstelle von Alter(n) und Pflege. HPS - Media, Hungen.
- Brandenburg H (2001) Gerontologie und Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie/ZfGG, Jg. 34, H.2, S. 129-139.
- Brandenburg H, Dorschner S (2008) Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Huber, Bern.
- Brandt M, Haberkern K, Szydlik M (2009) Intergenerational Help and Care in Europe. In: European Sociological Review 5, pp. 585-601.
- Braun U, Schmidt R (Hrsg) (1997) Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. und Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V., aus der Reihe Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 1. Transfer Verlag, Regensburg.

- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2014) BERUFENET. Rückblick. Entwicklung der Altenpflegeausbildung http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/beruflid.do;jsessionid=XNGrTfGfw8G1x3yZq1wn3W8JLLdcH2RK1YQy7hwK1LGH8B2WMLLz!-1821918088?_pgnt_act=goToAnyPage&_pgnt_pn=0&_pgnt_id=resultShort&status=X. 04.08.2014.
- Bundesregierung (2009) Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, Berlin. www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf, 10.04.10.
- Bundesregierung (2013) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Berlin, 14.12.2013.
- Bündnis für Altenpflege (2014) <http://www.xn--bndnis-fr-altenpflege-8hch.de/> 16.03.2014.
- Bundesverfassungsgericht (2002) Urteil vom 24. Oktober 2002 - Az. 2 BvF 1/01 - Karlsruhe, den 24. Oktober 2002 <http://www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg94-02.html>. 07.08.2014.
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012) Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs des neuen Pflegeberufegesetzes. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf. 17.07.2014.
- Cappell E (1996) Von der Hilfspflege zur Profession. Entstehung und Entwicklung des Altenpflegeberufs. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Ciesinger KG, Fischbach A, Klatt R, Neuendorff H (Hrsg) (2011) Berufe im Schatten: Wertschätzung von Dienstleistungsberufen - Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung. LIT Verlag, Band 36, Berlin-Münster-Wien-Zürich-London.
- Colombo F, et al. (2011) (OECD Health Policy Studies) OECD (Hrsg). Help wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en, 29.07.2015.
- Combe A, Helsper W (1997) Pädagogische Professionalität. Historische Hypothesen und aktuelle Entwicklungstendenzen. In: Combe A, Helsper W (Hrsg): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 21.
- Daheim H (1992) Zum Stand der Professionssoziologie: Rekonstruktion machttheoretischer Modelle der Profession. In: Dewe B, Ferchhoff W, Radke FO (Hrsg): Erziehen als Profession zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leske u. Budrich, Opladen, S. 21-35.
- Danzglock D (2013) Einführung in die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“. In: bwp@ Spezial 6 - Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 14. Hrsg. v. Darmann-Finck I, Hülsken-Giesler M. 1-6. Online: http://www.bwpat.de/ht2013/ft14/danzglock_ft14-ht2013.pdf, 17.07.2014.
- DBfK (2014) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg): Generalistische Ausbildung in der Pflege. http://www.dbfk.de/download/download/reader_generalistik_final-2014-03-14-o-Beschn.pdf, 20.10.2014.
- DBR (2007) Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg) Pflegebildung offensiv. Elsevier, München, Jena.

- Demografie-Portal (2015) Demografie-Portal des Bundes und der Länder. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. [http://www.demografie-portal.de/DE /Home /home_node.html](http://www.demografie-portal.de/DE/Home/home_node.html), 21.02.2015.
- Dennler U (2009) Demographisch epidemiologische Prognosen http://www.uniklinikum-jena.de/MedWeb_media/Downloads/Forschungsbericht/Poster_Alternsforschung/13_Demografisch_epidemiologische_Prognosen-p-20926.pdf, 14.04.2014.
- Destatis (2011) Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich - Pflegebedürftige. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Destatis (2013) Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Deutscher Bundestag (2010) Drucksache 17/2301, 11.01.2015.
- Deutscher Verein (2011) Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen. Empfehlungen und Stellungnahmen E8. DV, Berlin.
- Diakonie-Kork (2014) Heilerziehungspflege-Altenpflege. <http://www.diakonie-kork.de/de/aus-weiterbildung/fachschule-fuer-heilerziehungspflege /Ausbildung-Heilerziehungspflege-Altenpflege/index-HEP-AP.php>, 04.08.2014.
- Dibelius O, Uzarewicz C (2006) Pflege von Menschen höherer Lebensalter. Grundriss Gerontologie Band 18. Kohlhammer, Stuttgart.
- Dielmann G (2009) Keine brauchbaren Ergebnisse. Modellversuche zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. In: Dr. med. Mabuse 34/179, S. 46-48.
- Dielmann G (2011) Ein hohes Gut. Zur Reform der Pflegeausbildung. Dr. med. Mabuse 193 September/Okttober 2011, S. 14-15.
- Dielmann G (2013) Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln, Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, S. 148-175.
- DGGG (2011) Teilhabe und Pflege alter Menschen-Professionalität im Wandel. Positionspapier der Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie IV, DGGG.
- DKI (2010) Deutsches Krankenhaus Institut. Ausbildungsmodelle in der Pflege. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Deutsches Krankenhausinstitut. [https://www.dki.de/sites/default/files/ downloads/endbericht-ausbildungsmodelle-in-der-pflege.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/endbericht-ausbildungsmodelle-in-der-pflege.pdf), 14.12.13.
- Dörner K (2012a) Leben und sterben, wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Paranusverlag, Neumünster.
- Dörner K (2012b) Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. Paranusverlag, Neumünster.
- Dörge C (2009) Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Vision oder Wirklichkeit? Mabuse Verlag Wissenschaft 108, Frankfurt am Main.
- DPR (2014) Deutscher Pflegerat (Hrsg) Die generalistische Pflegeausbildung ist der richtige Weg. Deutscher Pflegerat trägt die wesentlichsten Argumente zusammen. Pressemeldung. http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen /2014_09_01.php. 22.06.2014.

- DPR (2015) Deutscher Pflegerat (Hrsg) Die generalistische Pflegeausbildung. Das sagen die Expertinnen und Experten. <http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegerberuf/Generalistik.php>, 24.03.2015.
- DVLAB (2015) Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen. Arbeitsentwurf -vorläufiger Arbeitsentwurf BMFSFJ/BMG für das Bundesländer Gespräch auf Fachebene am 2./ 3. Juni 2015 – nicht leitungsabgestimmt / nicht ressortabgestimmt – Stand Mai 2015, http://www.dvlab.de/buendnisaltenpflege/Arbeitsentwurf_Pflegerberufegesetz_BMFSFJ_BMG_Stand_Mai_2015.pdf, 26.06.2015.
- DZA (2008) Was macht professionelle Altenpflege aus? – Orientierungen und Maßstäbe fachgerechter Pflege älterer Menschen. Arbeitspapier. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen. SFB 3, S. 201.
- Edelmann K H (2014) Denn sie wissen nicht, wie es werden wird. Alternovum 3/2014, S. 31.
- Elsbernd A, Lehmeier S, Schilling U (2014) So leben ältere und pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Lebenslagen und Technikentwicklung. Jacobs Verlag, Lage.
- Erpenbeck J (2007) Projekt: Durch Kompetenzprofile für Lernförderer die Altenpflege stärken. Competence Profiles for Learning Supporters in Elderly Care. Kompetenzbedarfe von LernförderInnen in der Altenpflege. FHM, Bielefeld. www.paritaetische-akademie-nrw.de/fileadmin/user_upload/projekte/Positionspapier_Kompetenzbedarf_von_Lernfoerderer_in_der_Altenpflege.pdf, 02.11.2015.
- Europäische Kommission (2001) Übertragbarkeit von Kompetenzen zwischen Wirtschaftssektoren: Ihre Rolle und Bedeutung im Hinblick auf die Beschäftigung in Europa. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Europäische Union (2005) Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen v. 07.09.2005, Amtsblatt L 255 v. 30.09.2005, S. 22-142.
- Europäische Union (2013) Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, Amtsblatt L 354 v. 28.12.2013, S. 132-170.
- Fangerau H, Gomille M, Herwig H, auf der Horst C, von Hülsen-Esch A, Pott HG, Siegrist J, Vögele J (Hrsg) (2007) Alterskulturen und Potentiale des Alter(n)s, Akademie Verlag, Berlin.
- Findeiß A (2008) Die Ganzheitlichkeit der Pflege - ein notwendiger Mythos klinischer Organisationen. In: Saake I, Vogd W (Hrsg): Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 307-325.
- Flick U (2011) Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, S. 214-216, 243-246, 409, 476-479.
- Flick U, Kardorff v E, Keupp H, Rosenstiel v L, Wolff S (1995) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Fragenkatalog pGFA des Bundesministeriums des Inneren (BMI) (2015) http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Buerokratieabbau/fragenkatalog.html?nn=3314334, 21.03.2015.

- Fries J F (2003) Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, Number 5 (Part 2), pp. 455-459.
- Friesacher H (2008) Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Universitätsverlag Osnabrück.
- Friesacher H (2015) Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. *Thieme, Stuttgart- New York. Intensiv* 2015, 23(4), S. 200-214.
- Frommelt M, Heislbetz C (2013) Altenpflege als Beruf. Herausforderungen für das Berufsfeld. Vortrag 5. Landespflegekongress, Kiel, 25.11.13 http://www.landesspflegekongress.de/upload/131117_09.08.2014.
- Frommelt M, Hoppe B (2015) Besorgniserregende Zahlen. www.altenpflege-online.net. Vincentz Verlag, Hannover, Altenpflege, S. 42-45.
- Funk E (2014) Der (lange) Weg zu einer generalistischen Pflegeausbildung. Von den Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine integrierte Pflegeausbildung zu einem Pflegeberufegesetz. In: Löher N (Hrsg): Nachrichten Dienst des öffentlichen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.. NDV 94. Jg. 7, S. 299-302.
- Fussek C, Loerzer S (2005) Alt und abgeschoben. Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen. Herder, Freiburg.
- Gerlach A (2013) Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Mabuse, Frankfurt am Main.
- Gilberg R (2000) Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in höherem Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 68, Berlin.
- GKV (2014) http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte_nach_87_b_sgb_xi/betreuungskraefte_nach_87_b_sgb_xi.jsp, 07.12.2014.
- Glaser J, Lampert B, Weigl M (2005) Psychische Belastung: Analyse, Bewertung und Gestaltung sicherheits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze in der stationären Altenpflege. München.
- Göke M, Hartwig KH (1998) Schwarzmärkte. In: Tietzel M (Hrsg): Ökonomische Theorie und Rationierung. Verlag Vahlen, München.
- Görres S (2013) Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln, Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, S. 19-49.
- Graber-Dünow M (2014) Vom Notstand in die Katastrophe? Zur Personalsituation in Altenpflegeheimen. *Wohnen im Alter. Dr. med. Mabuse* 207, S. 24-26.
- Gronemeyer R (2013a) Neue Wege zum Verständnis von Menschen mit Demenz. Vortrag am 20.03.2013. Veranstalter: Deutscher Verband der Führungskräfte für Alten- und Behinderteneinrichtungen DVLAB e.V.. Anthroposophisches Zentrum Kassel e.V..
- Gronemeyer R (2013b) Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit. Pattloch, München.
- Gronemeyer R (2015) Warum die Demenz medikalisiert wird. In: Was brauchen Menschen mit Demenz? DV 46. Jg. 1/2015 Berlin, S. 28-39.

- Gutmann T (2002) Gleichheit vor Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen. In: Gutmann T, Schmidt V H (Hrsg): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist, S. 179-210.
- Gutzmann H (2014) Generalistische Ausbildung: Können bald alle Pflegenden alles? Heilberufe / Das Pflegemagazin 2014, 66 (7-8), S. 51.
- Haberkern K (2009) Pflege in Europa - Familie und Wohlfahrtsstaat. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Haberkern K, Brandt M (2010) Intergenerationale und professionelle Unterstützung älterer Personen in Europa. WSI Mitteilungen 04, S. 188-195.
- Haack K-H (2003) Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik. Rede auf der Tagung „Gleich richtig stellen“ am 26./27. Juli 2003 in Bremen. <http://www.inklusion-als-menschenrecht.de/index.php?id=310>, 01.07.2015.
- Haisch W (2004) Die Trennung von Aufwand und Bedarf als methodische Notwendigkeit. Thesen zum Referat. München S. 1-8. <http://www.gbm.info/files/pdf/2004brandenburg/2004-05-14-haisch.pdf>, 22.06.2014.
- Hammer E (1994) Qualifikationsanforderungen in der Altenhilfe. Begründung und Entwicklung eines gemeinsamen Weiterbildungskonzeptes für Altenpflege und Sozialarbeit. Uni Tübingen. Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaft, Frankfurt am Main.
- Hanussek Z (2005) Altenpflege in Deutschland. Eine empirische Untersuchung zu ihrer Praxis, Theorie und Entwicklung. Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Hasseler M (2012) Das Patentrezept generalistische Pflegeausbildung kritisch hinterfragt – eine Diskussion über Wirkungen und Nebenwirkungen für die Altenhilfe. Präsentation ipp Bremen, Universität Bremen, Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung. 13. November 2012.
- Hasseler M, Meyer M, Fischer T (Hrsg)(2013) Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart.
- Hasselhorn H M, Müller B H, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M (2005) Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. (Hrsg) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Wirtschaftsverlag NW, Dortmund-Berlin-Dresden.
- Hämel K (2012) Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung. Springer, Wiesbaden.
- Heintze C (2012) Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Friedrich Ebert Stiftung. WISO DISKURS. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09243-20120730.pdf>, 03.05.2015.
- Heumer M, Kühn C (2010) Die Entstehung und Entwicklung der Altenpflegeausbildung. Historische Rekonstruktion des Zeitraums 1959 bis 1994 in Nordrhein-Westfalen. Diplomica Verlag, Hamburg.
- Hopf C (1978) Die Pseudo-Exploration. Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. Zeitschrift für Soziologie. 7, S. 97-115.
- Hoppe B (1992) Altenpflege wird dequalifiziert. In: Altenpflege, Vincentz Verlag, 17. Jg., H. 5, 309f..

- Hoppe B (2002) In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg) Streitgespräch 24. Januar 2002, Beiträge zur Reform der Pflegeausbildung. S. 112-167. Robert Bosch Haus, Stuttgart. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads /Streitgespraech.pdf>, 16.07.2014.
- Hülksen-Giesler M (2008) Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Vandenhoeck und Ruprecht, unipress, Göttingen.
- Hünersdorff B (2005) Der sozialpädagogische Blick auf die Altenpflege. In: Schweppe C (Hrsg) Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, Bd. 11, S. 109–128.
- ICN (2012) International Council of Nurses. http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf, 27.09.2015.
- Iken U(2007) Orte des Alterns - Weichenstellung der Wohn-Lebens-Situation im höheren Lebensalter. Studien zur Gerontologie, Band 12, Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Irmak K H (2002) Der Sieche. Alte Menschen und die stationäre Altenhilfe in Deutschland 1924-1961. Universität Bielefeld. Klartext, Essen.
- Kersting W (2002) Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung. In: Gutmann T, Schmidt V H (Hrsg): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist, S. 41-89.
- Klatt R, Ciesinger KG (2012) Wertschätzung von Altenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. In: Reichwald R, Frenz M, Hermann S, Schipanski A (Hrsg): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion. Gabler Verlag, Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 541-558.
- Klement C (2006) Von der Laienarbeit zur Profession? Zum Handeln und Selbstverständnis beruflicher Akteure in der ambulanten Altenpflege. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto.
- Klie T (2014) Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. Pattloch, München.
- Klie T, Frommelt M (et al. Projektgruppe)(2013) Abschlussbericht Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege. AGP Freiburg und Hans-Weinberger Akademie München. http://agp-freiburg.de/downloads /Abschlussbericht_Herausforderung_Pflege_2013.pdf, 24.07.2014.
- Klotz U (2014) Generalistische Ausbildung aus der Perspektive einer Altenpflegeschule. In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg): Generalistische Ausbildung in der Pflege. S. 26, http://www.dbfk.de/download/download/ reader_generalistik_final-2014-03-14-o-Beschn.pdf, 20.10.2014.
- Knesebeck v d O, Schäfer I (2006) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 241-254.
- Koch-Straube U (2005) Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter K R; Rosenthal T (Hrsg): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände, Perspektiven. Juventa, Weinheim und München.
- Kocka J, Staudinger U M (Hrsg)(2009) Altern in Deutschland. Band 9, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle(Saale).

- Kohl S, Gatermann D (2012) Mentale Erschöpfung in Armut und an Armutsgrenzen. Zum Verhältnis von Lebenszufriedenheit, Elternschaft und Einkommen. In: Lutz R (Hrsg): Erschöpfte Familien. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 71-88.
- Krankenpflegegesetz (KRPFLG) (2003) Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.
- Kraus B, Effinger H, Gahleitner S, Miethe I, Stövesand S (Hrsg) (2011) Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung. Das Ganze und seine Teile. Reihe: Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit. Verlag Barbara Budrich, Leverkusen.
- Kriesten U (2010) Regionale Versorgungsentwicklung durch Bildungsangebote in der altersassoziierten Gesundheitswirtschaft. Masterthesis unveröffentlicht. Steinbeis Hochschule Berlin.
- Kriesten U (2011) Chancen einer demographieadäquaten Altenpflegeausbildung. Vortrag anlässlich der Fachtagung des AAA 04.05.2011 Schwerin. http://www.aaa-deutschland.de/pdf/Fachvortraege/2011_Kriesten%20AAA_Schwerin.pdf. 07.07.2014.
- Kriesten U (2014a) Pflegeplanung Gerontologische Pflege. Fakten, Fälle, Arbeitshilfen. Brigitte Kunz Verlag. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Kriesten U (2014b) Denn sie wissen nicht, wie es sein wird. Stellungnahme zum Forschungsgutachten Finanzierung eines neuen Pflegeberufgesetzes zum Ergebnisbericht prognos/WIAD. Padua 9 (2), S. 116-123.
- Kriesten U (2014c) Generalistische Pflegeausbildung. Contra: Gefahr der Entprofessionalisierung. Dr. Med. Mabuse Nr. 211, 19. Jg., S. 16-17.
- Kriesten U (2015a) Generalistische Pflegeausbildung – Provokation für das Altenhilfesystem. Herausforderungen für Seniorenheime durch die geplante generalistische Pflegeausbildung. Seniorenheim- Magazin, Nr. 01/15, Eiers Media München, S. 6-9.
- Kriesten U (2015b) Wer soll DAS bezahlen? – Wer hat DAS bestellt? Finanzielle Auswirkungen einer generalistischen Pflegeausbildung für Pflegeeinrichtungen. Seniorenheim-Magazin. Nr. 02/15, Eiers Media München, S. 52-56.
- Kristel K H (2011) Generalistische Pflegeausbildung. Sabotiert die generalistische Pflegeausbildung das Pflegeprofil? Vortrag gehalten am 04.05.2011 beim 2. Bayreuther Tag der Krankenpflege. <http://www.verlepe.de/index.php/forum /23-tag-der-krankenpflege/227-generalistische-pflegeausbildung-2-bayreuther-tag-der-krankenpflege>, 07.07.2014.
- Krings G (2014) Der „Demografie-Check“ der Bundesregierung. www.demografieportal.de/SharedDocs/Blog/DE/140430_Interview_PStKrings_DemografieCheck.html, 28.01.2015.
- Kruse A (2013) Alternde Gesellschaft – eine Bedrohung? Ein Gegenentwurf von Andreas Kruse. Soziale Arbeit Kontrovers 2. Lambertus. DV Berlin.
- Kühn-Hempe C, Thiel V (2013) Die generalistische Pflegeausbildung in Modulen. Berufspädagogische Überlegungen. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Kwaschik A, Wimmer M (Hrsg) (2010) Von der Arbeit des Historikers. Ein Wörterbuch zu Theorie und Praxis der Geschichtswissenschaft. Transcript Verlag, Bielefeld.
- Lamnek S (2010) Qualitative Sozialforschung, Belz Verlag, Weinheim.

- Landenberger M, Klein R, Horn I, Ferenczkiewicz D (Hrsg) (2002) Pflegepfade in Europa. Neue Forschungsergebnisse und Praxisprojekte aus Pflege, Management und Gesundheitspolitik in Europa. Mabuse, Frankfurt am Main.
- Landenberger M, Stöcker G, Filkins J, de Jong A, Them C, et al. (2005) Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hallesche Schriften. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Lehmann Y, Beutner K, Karge K, Ayerle G, Heinrich S, Behrens J, Landenberger M (2014) In: BMBF. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf, 3012.2014.
- Leupold F (2014) Kinder und Jugendliche brauchen spezielle Pflege. Heilberufe 2014, 66 (7-8) S. 62-63.
- Lohmann S (1970) Die Lebenssituation älterer Menschen in der geschlossenen Altersfürsorge. Vincentz Verlag, Hannover.
- Lorenz W (1998) Diskriminierung. In: Tietzel M (Hrsg): Ökonomische Theorie und Rationierung. Verlag Vahlen, München.
- Luhmann N (1975) Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Luhmann N (1990) Die Wissenschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt a.M..
- Luhmann N (2012) Macht im System. André Kieserling (Hrsg). Suhrkamp, Berlin.
- Luthe E W (2013) Kommunale Gesundheitslandschaften. Springer, Wiesbaden.
- Ludwig I (2015) Wir brauchen sie alle. Pflege benötigt Differenzierung. Hpsmedia, Nidda.
- MAGS (1996) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) Strukturreform der Pflegeausbildungen. Gutachten über Handlungsbedarfe zur Neustrukturierung von Berufsbildern der gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe und bildungspolitische Schlußfolgerungen. Forschungsgesellschaft für Gerontologie, Dortmund.
- Maier A (1997) Die griechische Heilkunde in der Antike. Hans-Weinberger Akademie. <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Campus-fuer-Alten-und-Krankenpflege/download/inhalt/Berufskunde/GrHeil.pdf>, 20.02 3013.
- Mannheim K (1980) Strukturen des Denkens. In: Kettler D, Meja V, Stehr N (Hrsg). Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Matthes S (2015) Attraktivitätssteigerung durch Reform der Pflegeberufe? Wie Schüler/-innen die geplante generalistische Pflegeausbildung sehen. AG BFN-Forum „Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen“. Forschungsprojekt Bildungsorientierungen und -entscheidungen von Jugendlichen im Kontext konkurrierender Bildungsangebote. BIBB, Vortrag 16.10.2015 Münster. http://www.imove-germany.de/cps/rde/xbcr/SID-E53C1C6E-76DA7621/kibb/AGBFN_Gesundheitsberufe_P4_3_Praes_Matthes.pdf, 10.11.2015.
- MASGF (2013) Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg) Brandenburger Fachkräftestudie Pflege. Abschlussbericht, MLU Halle-Wittenberg. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Halle (Saale),

- Dezember 2013. http://www.masf.brandenburg.de/media_fast/4055/BraFaP_Abschlussbericht_2014.pdf, 21.07.2014.
- Mauk K L (2013) Gerontological Nursing. Competencies for Care. Third Edition. Jones und Bartlett Learning. Burlington MA.
- Mayeres M (2013) Einfluss des Altenpflegegesetzes auf die Entwicklung des Pflegeprozesses. Schriften zur Pflegewissenschaft, Band 7, Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Mayring P (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung; eine Anleitung zu qualitativem Denken (5. Auflage). Weinheim und Basel, Beltz, S. 85-103.
- McKinsey & Company (Hrsg) (2008) Deutschland 2020. Zukunftsperspektiven für die deutsche Wirtschaft. Zusammenfassung der Studienergebnisse, Frankfurt.
- Meisel K, Schiersmann C (Hrsg) (2006) Zukunftsfeld Weiterbildung, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bielefeld, S. 96.
- Meuser M, Nagel U (1991) ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D (ed.), Kraimer K (ed.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen, Westdt. Verl., 1991. - ISBN 3-531-12289-4, pp. 441-471. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-24025>, 02.03.2013.
- Meyer C (2002) Das Berufsfeld Altenpflege: Professionalisierung – Berufliche Bildung – Berufliches Handeln. DER ANDERE VERLAG, Osnabrück.
- Mount BM (1976) Problem of caring for dying in a general hospital palliative care unit as a possible solution. Canadian Medical Association Journal, 115, S. 119-121.
- Meifort B (2001) Eliten braucht Heloten. Heiteres Berufebasteln in der Krankenpflege. Dr. med. Mabase 130, H. 2, S. 40-44.
- Meifort B (2002) In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg) Streitgespräch 24. Januar 2002, Beiträge zur Reform der Pflegeausbildung, S. 112-167. Robert Bosch Haus, Stuttgart. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Streitgespraech.pdf>, 16.07.2014.
- Moritz S (2013) Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen. Schriften zum Sozialrecht, Band 29. Nomos, Baden-Baden.
- Moses S (2007) Alt und krank um 1900. Umgang mit älteren Patienten in der Universtitätsklinik Tübingen. In: Fangerau H, Gomille M, Herwig H, Horst a d C, Hülsen-Esch v A, Pott HG, Siegrist J (Hrsg): Alterskulturen und Potentiale des Alter(n)s. Akademie Verlag, Berlin, S. 201-211.
- Müller K (2009) Trends in der Pflegebildung: Ergebnisse deutscher Modellprojekte. Pflegewissenschaft, 11, 4, S. 197-200.
- Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (1965) Jg. 45, Frankfurt am Main.
- Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (1980) Jg. 60, Frankfurt am Main.
- Naegele G (2015) Zur Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung. Abschlussveranstaltung „MobiDem“. Bergheim, Präsentation. 2. Februar 2015.
- Nascher I L (1909) Geriatrics. I. New York Medical Journal (90), pp. 358-359.

- Nefiodow L A (2006) Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Rhein-Sieg Verlag, Sankt Augustin.
- Neumann E M (2012) Pflegende Berufe in der Altenhilfe. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann J (Hrsg): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart, S. 453-458.
- NEXT-Studie (2011) Publikationen zur NEXT-Studie. Bergische Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?buchveroeffentlichung>.
- Nonaka I, Takeuchi H (1997) Die Organisation des Wissens: Wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzbar machen. Campus, Frankfurt am Main-New York.
- Nölle K, Goesmann C (2009) Pflegen kann nicht Jeder! Wertschätzung für die (Alten-) Pflege. Arbeitssoziologie, TU Dortmund.
- Oelke U, Menke M (2005) Gemeinsame Pflegeausbildung. Bern.
- Oertzen v J, Cuhls K, Kimpeler S (2006) Wie nutzen wir Kommunikations- und Informationstechnologien im Jahr 2020? Ergebnisse einer Delphi-Befragung. Fazit Schriftenreihe, Forschungsbericht Band 3, Stuttgart-Mannheim-Karlsruhe, S. 62-69.
- Oevermann U (1997) Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe A, Helsper W (Hrsg): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 70-182.
- Oschmiansky H (2013) Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung: Altenpflege im wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden. Diss., Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften der Freien Universität Berlin.
- Ott C (2014) Generalistische Ausbildung – Eine Zukunftsperspektive für die Pflegeberufe? In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg): Generalistische Ausbildung in der Pflege. http://www.dbfk.de/download/download_reader_generalistik_final-2014-03-14-o-Beschn.pdf. S. 35. 20.10.2014.
- Panke-Kochinke B, Blotenberg D, Lukas-Nuelle E, Niederwahrenbrock I (2013) European Nursing Care. Entwurf für ein modularisiertes integratives Curriculum in den Pflegeberufen. Pflegewissenschaft 4/2015, 17. Jg., hpsmedia, Nidda, S. 202-214.
- Parsons T (2009) Das System moderner Gesellschaften. Juventa, Weinheim.
- Pätzmann-Sietas B (2015) In: DPR (Hrsg) Die generalistische Pflegeausbildung. Das sagen die Expertinnen und Experten. http://www.deutscher-pflegerat.de/pflege_beruf/Generalistik.php, 24.03.2015.
- Pelikan, J M (2007) Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines absonderlichen Funktionssystems - Medizin und Krankenbehandlung bei Niklas Luhmann und in der Folgerezeption. Soziale Systeme, 13 (Heft 1+2), 288-301.
- Pfaff H (2003) Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach K W, Engelmann U, Halber M (eds): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Huber, Bern, S. 13-23.
- Piechotta G (2000) Von der "Schwesternschülerin" zur Studentin: Bildungs- und Berufserfahrungen und neue Perspektiven in der Pflege. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung. H. 1, URN, S. 131-150. <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-280720>, 03.01.2015.

- Politik Express (2014) Generalistik: Bündnis für Altenpflege wächst / Argumente für den Erhalt des Berufs werden immer deutlicher. www.politikexpress.de/generalistik-buendnis-fuer-altenpflege-waechst-argumente-fuer-den-erhalt-des-berufs-werden-immer-deutlicher-1081079.html, 07.07.2014.
- Pollak K (1978) Die Heilkunde der Antike. Löwit, Wiesbaden.
- Porzsolt F (1996) Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem. Münchener Medizinische Wochenschrift, 138, S. 608–611.
- Probst G, Raub S, Romhardt K (2012) Wissen managen. Wie Unternehmen ihre wertvolle Ressource optimal nutzen. Springer, Wiesbaden.
- Prognos (2008) Der monetäre Teil der Gesetzesfolgenabschätzung, internationale Ansätze im Vergleich. http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/Prognos_Endbericht_Gesetzesfolgenabschaetzung.pdf, 28.03.2014.
- prognos/WIAD (2013) Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes. Ergebnisbericht. http://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/131014_Prognos_BMG_Gutachten_Forschungsgutachten_zur_Finanzierung_eines_n_euen_Pflegeberufegesetzes.pdf, 13.02.2014.
- Prühlen S (2011) Krankenpflege in der Antike. In: Hähner-Rombach S (Hrsg): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege mit Einführungen und Kommentaren. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 19-42.
- Reichwald R, Frenz M, Hermann S, Schipanski A (Hrsg) (2012) Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion. Gabler Verlag, Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2006) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Riedel A (2007) Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. TECTUM, Marburg.
- Reinhart M (2014) Generalistische Ausbildung aus der Perspektive Pädagogik. In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)(Hrsg): Generalistische Ausbildung in der Pflege. S. 15. http://www.dbfk.de/download/download/reader_generalistik_final-2014-03-14-o-Beschn.pdf, S. 21-14, 20.10.2014.
- Rennen-Allhoff B, Bergmann-Tyacke I (2000) Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa. Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedsstaaten. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg) (2000) Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Schattauer, Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg) (2002) Streitgespräch 24. Januar 2002, Beiträge zur Reform der Pflegeausbildung. Robert Bosch Haus, Stuttgart, S. 112-167. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Streitgesprach.pdf>, 16.07.2014.
- Roes M (2014) Auf dem Weg der Generalistischen Pflegeausbildung. Generalistische Pflegeausbildung – Pro und Contra. In: Padua,9(1), Verlag Hans Huber, Hofgrefe AG, Bern. S. 4-18.
- Rothe V, Kreutner G, Gronemeyer R (2015) Im Leben bleiben. Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen. Transcript, Gesellschaft der Unterschiede, Band 24, Bielefeld.

- Rothgang H (2014) Gesundheitssystem und Versorgung für Pflegebedürftige in einer alternden Gesellschaft. Deutsch-französisches Seminar. Die Zukunft der Sozialen Sicherung am 28. April 2014 in Paris. Präsentation.
- Rückert W (2002) In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg) (2002) Streitgespräch 24. Januar 2002, Beiträge zur Reform der Pflegeausbildung. S. 112-167. Robert Bosch Haus, Stuttgart. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Streitgespraech.pdf>, 16.07.2014.
- Sahmel KH (2010) Wohin steuert die Pflegeausbildung? Eine kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Modellprojekten. Referat auf der Fachtagung der Bundesagentur für Arbeit und der Metropolregion Rhein-Neckar "Zukunft der Pflegeberufe – Impulse zur Deckung des künftigen Fachkräftebedarfs" am 1. Dezember 2010 im SRH Seminarzentrum Heidelberg. http://www.dbva.de/docs/buendnis/Mai_2014/Referat-Prof-Dr-Karl-Heinz-Sahmel.pdf, 30.07.14.
- Sahmel KH (2014) Kritische Debatte zur Generalistischen Pflegeausbildung. Einspruch gegen den Versuch, eine grundlegende und kritische Debatte über die „Generalistische Pflegeausbildung“ zu unterbinden. Huber, Bern, Padua, 9(1), S. 19-26.
- Schmidt VH, Gutmann T (2002) In: Gutmann T, Schmidt V H (Hrsg): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist.
- Schmidt-Richter R (2012) Heidelberger Curriculum. Pflege generalistisch ausbilden. Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberger gGmbH (Hrsg) Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Universitätskrankenhaus Heidelberg. Thieme, Stuttgart.
- Schmitt HG (Hrsg) (1994) Franz Fühmann. Briefe 1950-1984. Eine Auswahl. Hinstorff Verlag, Rostock.
- Schneekloth U, Leven I (2003) Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002 – Schnellbericht, München.
- Scholz AM (2008) Wissensmanagement in der Altenpflege. Der Umgang mit der Ressource Wissen in Pflegeeinrichtungen – eine explorative Untersuchung. Diplomarbeit Technische Universität Dortmund, Sozialforschungsstelle, Beiträge aus der Forschung, Band 160, S. 1-130 http://www.sfs.tu-dortmund.de/odb/Repository/Publication/Doc/1074/badf_band_160.pdf. 24.07.2014.
- Schön J (2011) Kooperative Pflegeausbildung: Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege – Ein Beitrag zur Curriculumentwicklung an einer beruflichen Schule in Baden-Württemberg. In: Bonse-Rohmann M, Burchert H (Hrsg): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bertelsmann, Bielefeld, S. 63-79.
- Schönborn A (2007) Fachlichkeit in der Altenpflege. Eine Tätigkeitsanalyse unter dem Aspekt der Professionalisierungsdebatte aus berufssoziologischer Sicht. SOCIALIA - Studienreihe soziologische Forschungsergebnisse, Band 87. Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Schulz-Nieswandt F, Köstler U, Langenhorst F, Marks H (2012) Neue Wohnformen im Alter. Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser. Kohlhammer, Stuttgart.
- Seidler E (2003) Geschichte der Medizin und Krankenpflege. Kohlhammer, Stuttgart.
- SHARE (2014) Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. <http://www.share-project.org>, 23.09.2014.

- Sloga H, Berger PA, Powell J (Hrsg) (2009) Soziale Ungleichheit – Kein Schnee von gestern! Eine Einführung. In: Soziale Ungleichheit. Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse. Campus Reader, Frankfurt am Main.
- Sottas B (2010) Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (Hrsg) In: LANGZEITPFLEGE IN EINER SOLIDARISCHEN GESELLSCHAFT – HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN. DOKUMENTATION DER JAHRESKONFERENZ 2010 vom 24./25. November 2010 in Innsbruck, Tirol, S. 83-94. [http://www.oeksa.at/files/publikationen/broschuere Langzeit pflege.pdf#page=95](http://www.oeksa.at/files/publikationen/broschuere%20Langzeit%20pflege.pdf#page=95), 05.01.2015.
- Sottas B, Brügger S (2012) Careum (Hrsg) Ansprechstrukturen, Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. [http://www.careum.ch/documents/10180/142854/Ansprechstrukturen%20-%20Perspektivenwechsel%20und%20Grenz verschiebungen%20in%20der%20Grundversorgung](http://www.careum.ch/documents/10180/142854/Ansprechstrukturen%20-%20Perspektivenwechsel%20und%20Grenz%20verschiebungen%20in%20der%20Grundversorgung), 10.08.2015.
- Spath D, Bauer W, Gaugisch P, Risch B (2012) Pflege 2020. Lebensstilgerechte Versorgung in der Altenhilfe. Fraunhofer Verlag, Stuttgart.
- Staub-Bernasconi S (2013) Der Professionalisierungsdiskurs zur Sozialen Arbeit (SA/SP) im deutschsprachigen Kontext im Spiegel internationaler Ausbildungsstandards Soziale Arbeit – eine verspätete Profession? In: Becker-Lenz R, Busse S, Ehlert G, Müller-Hermann S (Hrsg): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer, Wiesbaden, S. 23-48.
- Stöcker G (2012) In: Schmidt-Richter R: Heidelberger Curriculum. Pflege generalistisch ausbilden. Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberger gGmbH. Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Universitätskrankenhaus Heidelberg. Thieme, Stuttgart.
- Stöver M (2010) Die Neukonstruktion der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Jacobs Verlag, Lage.
- Strauss A L (1998) Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Fink UTB, Paderborn.
- SVK (2010) Sachverständigenkommission (BMFSFJ) (Hrsg) Sechster Altenbericht. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, 12.08.2014.
- SVK (2015) Sachverständigenkommission (BMFSFJ) (Hrsg) Siebter Altenbericht. Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung. Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://www.siebter-altenbericht.de/geschaeftsstelle.html>, 28.07.2014.
- SVR (2009) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. BMG (Hrsg.). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten Kurzfassung, Bonn 2009.
- Trapp F, Krug V (2009) Zukunft der Altenhilfe. In: Goldschmidt A J W, Hilbert J (Hrsg) Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wikom, Wegscheid, S. 839-856.
- Twenhöfel R (2007) Die Altenpflege im Zugriff der Disziplinen. Paradoxien und Perspektiven. Pflege & Gesellschaft. 12 Jg., 2007 H. 3, S. 210-226.
- Twenhöfel R (2011) Die Altenpflege in Deutschland am Scheideweg. Medizinalisierung oder Neuordnung der Pflegeberufe? Nomos, Baden-Baden.

- Twenhöfel R (2013) Perspektiven der Pflegeberufe – Generalisierung oder Differenzierung? Vortrag Landespflegekongress Kiel 25.11.2013. http://www.landespflegekongress.de/upload/25_11_2013_Vortrag_Landespflegekongress_Kiel_Prof_Ralf_Twenhoefel_921.pdf.
- Twenhöfel R (2014) Die Vernachlässigung der Langzeitpflege in Vorschlägen zur Generalistischen Ausbildungsreform als normatives Defizit. Gesichtspunkte für eine Öffnung der Diskussion vor ihrer Schließung. *Pflegewissenschaft* 3, 16. Jg., S. 178-193.
- Voges W (2002) *Pflege alter Menschen als Beruf*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Volz J (2009) *Effiziente Altenpflege in Amerika. Wie US-Gerontologen gegen den Pflegenotstand vorgehen*. Tectum Verlag, Marburg.
- Wagner F (2014) In: Deutscher Pflegerat (DPR) (Hrsg) *Die generalistische Pflegeausbildung. Das sagen die Expertinnen und Experten*. <http://www.deutscherpflegerat.de/pflegeberuf/Generalistik.php>, 12.08.2014.
- Wahl HW (2012) Stellenwert und Ziele von Interventionsforschung und -praxis. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann J (Hrsg): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 21-27.
- Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann J (Hrsg) (2012) *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Waldhausen A, Sittermann-Brandesen B, Matarea-Türk L (2014) Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Hrsg) *(Alten)Pflegeausbildungen in Europa. Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU. Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa*. www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Veroeffentlichungen/PflegeEU_Aug2014.pdf. 03.07.2015.
- Walter A (2011) *Integrierte Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung – Ein Beitrag zur Curriculumkonstruktion*. In: Bonse-Rohmann M, Burchert H (Hrsg): *Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Berichte zur beruflichen Bildung. Schriftenreihe des Bundesinstituts für berufliche Bildung*. Bertelsmann, Bielefeld, S. 63-78.
- Weber M (1922) *Rationalisierung, Fortschritt und Entzauberung der Welt*. In: *Wissenschaft als Beruf*. Vortrag. http://www.textlog.de/weber_wissen_beruf.html, 19.08.2014.
- Weidner F (2014) *Generalistische Pflegeausbildung. Jetzt wächst zusammen, was zusammen gehört!* Dr. Med. Mabuse Nr. 211, 19. Jg., S. 14-15.
- Weigl B (2012) *Freiwilligenarbeit in ambulanten Sorge- und Pflegearrangements. Ein Vergleich von Betreuungs- und Teilhabekonzepten für ältere Menschen in England und Deutschland*. Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Weizsäcker von V (2008) *Warum wird man krank? Ein Lesebuch*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Werner S (2014) *Generalistische Ausbildung aus Perspektive eines Altenpflegers*. In: *Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)(Hrsg): Generalistische Ausbildung in der Pflege*. S. 15. http://www.dbfk.de/download/download/reader_generalistik_final-2014-03-14-o-Beschn.pdf, 20.10.2014.

- Werner S (2015) In: Deutscher Pflegerat (DPR) (Hrsg): Die generalistische Pflegeausbildung. Das sagen die Expertinnen und Experten. <http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegeberuf/Generalistik.php>, 12.02.2015.
- Westerfellhaus A (2014) In: Deutscher Pflegerat (DPR) (Hrsg): Die generalistische Pflegeausbildung. Das sagen die Expertinnen und Experten. <http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegeberuf/Generalistik.php>, 12.08.2014.
- Whitehouse P J, George D (2009) Mythos Alzheimer. Huber, Bern.
- Willke H (2001) Systemisches Wissensmanagement. UTB, Stuttgart.
- Wingchen J (2004) Geragogik. Von der Interventionsgerontologie zur Seniorenbildung. Brigitte Kunz Verlag, Hagen.
- Wingenfeld K, Büscher A (2011) Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit. In: Reuschenbach B, Mahler C (Hrsg): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und-praxis. Huber, Bern, S. 191-207.
- Winter M H J (2006) Zentrale Ressourcen und Herausforderungen. Demographischer Wandel und pflegerische Versorgung im Alter. Deutsches Ärzteblatt online, [aufsaetze/060X](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/1060X), S. 6-7, 26.03. 2014.
- Wissenschaftsrat (2012) Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen. Berlin. [http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/ 2411-12.pdf](http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf), 27.09.2015.
- Wittneben K (2003) Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. Peter Lang Verlag. Frankfurt am Main-Berlin-Bern-Bruxelles-New York-Oxford-Wien. Europäische Hochschulschriften - Reihe 11, Pädagogik - Band 473.
- Wolfensberger W (1991) Der neue Genozid an den Benachteiligten, Alten und Behinderten. Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh.
- Wolke R (2004) Gesundere und leistungsfähigere Mitarbeiter in der Pflege. Analyse zum Einfluss von Belastungen und Ressourcen der Arbeit auf die Gesundheit von Mitarbeitern in der stationären Pflege. Verlag Hans Jacobs, Lage.
- Zellhuber B (2003) Altenpflege – ein Beruf in der Krise? Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich. <http://d-nb.info/970224834/34>, 24.11.2014.
- Zimber A, Weyerer S (1998) Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Zimpel V (2004) Belastende Situationen in der Altenpflege. In: Henze K H, Piechotta G (Hrsg): Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt am Main, S. 173-181.
- Zukunftsdialog (2013) Die Bundeskanzlerin. https://www.dialog-ueber-deutschland.de/DE/20-Vorschlaege/30-Wie-Lernen/Einzelansicht/vorschlaege_einzelansicht_node.html?cms_idIdea=18173, 26.06. 2014.

Thesen

Die Forschungsarbeit untersucht historisch-quellenkritisch die politisch beabsichtigte Integration der Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung an statistischen Verläufen und ihren Trendfortschreibungen aus sechs forschungsleitenden Perspektiven.

Historische Perspektive

1. Der Altenpflegeberuf hat sich historisch primär aus der Armen- und Siechenpflege entwickelt und findet seinen Ursprung weder in der Medizin noch in der Krankenpflege. Er entstand seit Mitte des 20. Jahrhunderts in Deutschland evolutionär, entsprechend der altersdemografischen Entwicklung und der klienten- sowie unternehmensspezifischen Bedarfe, in autonomen, föderalistischen Strukturen. Die grundsätzlich generalistisch ausgerichtete Krankenpflege hat dem Aufkommen an altersassoziierten Sorge- und Pflegebedarfen (Irmak 2002) in Deutschland historisch nicht entsprochen und ein neuer generalistischer Pflegeberuf würde dies prognostisch ebenso wenig realisieren.

Alters- und partizipationsassoziierte Perspektive

2. Die Reform würde den historisch gewachsenen, generationentypischen Altenpflegeberuf faktisch abschaffen und mit dem Verlust der Berufsautonomie Altenpflege einhergehen. Dies widerspricht den Herausforderungen und Chancen des altersdemografischen Wandels und dem nachweislich zunehmenden Alterspflegebedarf, der (auch) unabhängig von Krankheit einhergeht. Das Vorhaben birgt die Gefahr, dass die Teilhabechancen alter Menschen abnehmen werden, da sich Pflege im Alter zur medizinalisierten (Kranken)-pflege im Alter entwickelt und vom Patientenstatus abhängig wäre.

Territoriale Perspektive

3. Trotz Zunahme der regionalen und kommunalen Altersversorgungsbedarfe würde eine generalistische Pflegeausbildung, wie in Modellcurricula strukturell und inhaltlich geschehen, neben der partizipativen auch die territoriale Perspektive (Lebensort und Sozialraum) vernachlässigen.

4. Die Zustimmung zur europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG würde eine Auflösung der geschaffenen Altenpflegeausbildung bewirken, obgleich sie eine Vorbildfunktion im europäischen Raum einnehmen könnte.

Berufsbildungstheoretische Perspektive

5. Die in Deutschland durchgeführten Modellprojekte hatten nicht die Weiterentwicklung, sondern die Zusammenlegung der drei Pflegeberufe im Fokus und erwiesen sich für die altersassoziierte Pflege als nicht förderlich.

6. Die Hypothese, dass die Ausbildung von Pflegegeneralisten die Attraktivität des Pflegeberufs steigert, wurde anhand von generalistischen Ausbildungssystemen anderer Länder und der Nichtinanspruchnahme des Verkürzungstatbestandes falsifiziert. Zudem würden 'weniger Wege in weniger Berufe' und geringere Möglichkeiten zur Entwicklung interner und externer Evidence einer Attraktivitätssteigerung widersprechen. Eine Übertragung genuiner Pflegetätigkeiten an Assistenzpersonal und eine gleichzeitige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten würde die Medizinalisierung der Pflege vorantreiben, eine weitere Abhängigkeit vom ärztlichen Beruf und deprofessionalisierende Effekte bewirken.

Ökonomische Perspektive

7. Die Reform käme einer Ökonomisierung der beruflichen Pflegeausbildung gleich, deren Outcome sich nicht nach den klientenspezifischen Bedarfen, sondern nach der Verwertbarkeit von Pflegegeneralisten richtet. Die Berufs- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegegeneralisten kann nur spekulativ vorausgesagt werden. Nicht spezifisch qualifiziertes Personal hat generell geringere Verdienst- und weniger attraktive Beschäftigungsmöglichkeiten. Alle Pflegegeneralisten bedürfen einer an die Ausbildung anschließenden Spezialisierung, deren Finanzierung und Qualitätssicherung nicht gewährleistet wäre.

8. Eine Generalisierung der Pflegeausbildung würde den aktuell vorhandenen Wettbewerb zwischen den Pflegeberufen verhindern und somit Wettbewerbsmechanismen außer Kraft setzen. Mit einer Rationierung und Allokation der Humanressourcen für den Pflegemarkt wäre zu rechnen. Mögliche Finanzierungsmodelle eines neuen Pflegeberufegesetzes verdeutlichen das Dilemma einer solidarischen Berücksichtigung aller an der Finanzierung Beteiligten und bewirken eine Kostensteigerung (prognos/WIAD 2013) bei absehbar geringerem quantitativem und qualitativem Outcome.

Systemisch-strukturelle Perspektive

9. Bei dem Reformvorhaben handelt es sich um eine Rationierung von Pflegewissen und -können, sowie Pflegebildungsstrukturen. Geschaffen würde eine Basispflegeausbildung und Basisversorgung, mit einer Standardisierung und Entindividualisierung der Pflege. Systemisch-strukturell betrachtet bewirkt die Reform eine Rückführung in frühere

Pflegebildungsstrukturen, auf Kosten der beruflichen und zugunsten der hochschulischen Pflegequalifizierung. Das Altenhilfesystem würde durch die Reform strukturell geschwächt. Altenpflegesschulen würden ihre strukturelle und inhaltliche Autonomie und ihren Status als Berufsfachschulen (in elf Bundesländern) verlieren. Der Status des Lehrpersonals würde negativ beeinträchtigt und Pflegepädagogen würden (wieder) zu Autodidakten der altersspezifischen Pflege, da sie zukünftig als Pflegegeneralisten in die Lehrerausbildung gehen.

10. Die Auflösung der Altenpflege als Ausbildungsberuf würde absehbar eine Neuentwicklung dieses oder eines ähnlichen Berufsprofiles und berufsfeldspezifische Kurzausbildungen provozieren, bedingt durch die stark wachsenden altersassoziierten Bedarfe, die Nachfrage nach adäquaten Dienstleistungen, deren spezifischen pflegerischen Kompetenzanforderungen und deren zugehöriger Wertschöpfungsprozesse. Die Gefahr, dass der Systemumbau in eine Pflegegeneralistik von den aktuell bekannten und zu optimierenden Rahmenbedingungen der (Alten-) Pflegebranche ablenkt, ist groß (siehe Gesetzesfolgenabschätzung). Absehbare Effekte und die vernachlässigte Befähigung zur alter(n)spezifischen Sorge und Pflege können negative volkswirtschaftliche, bildungs-systematische, wissenschaftliche, ökonomische und soziale Folgen nach sich ziehen.

Anlage Fragebogen

Leitlinie Interview-Fragebogen

Persönliche Befragung Dissertation Ursula Kriesten

Thema: Bedarfe im Alter – Anlass zur Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung in Deutschland oder – Ob die Idee einer generalisierten Pflegeausbildung zu kurz greift

Daten

Datum des Interviews

von _____ bis _____ Uhr

Name, Vorname

Bandaufnahme:

Institution

Profession

Position

Fragen

1. Glauben Sie, dass die aktuell und prospektiv zunehmenden Bedarfe im Alter spezielle Professionalisierungen (neue Beschäftigungen und Berufe) nach sich ziehen werden? Wenn ja, welche?
2. Glauben Sie, dass die aktuell und prospektiv zunehmenden Bedarfe im Alter spezielle Dienstleistungen nach sich ziehen werden? Wenn ja, welche?
3. Von welchen zunehmenden Bedarfen im Alter gehen Sie aus?
4. Welche Position haben Sie zur Idee der generalisierten Pflegeausbildung? Wie begründen Sie Ihre Meinung?
5. Wie glauben Sie, sollte sich die Pflege-, Altenpflegeausbildung in Deutschland weiterentwickeln?
Strukturell
Inhaltlich
6. Welche (altersassoziierten) Inhalte, Projekte, etc. sollten zukünftig in der deutschen Altenpflegeausbildung aufgenommen werden?
7. Sollte sich die deutsche Altenpflegeausbildung weiter medizinalisieren?
8. Sollte die deutsche Altenpflege(ausbildung) präventive Hausbesuche von Senioren (vor Eintritt in Pflegebedürftigkeit) in ihr Aufgabengebiet aufnehmen?
9. Welche Relevanz hat die deutsche Altenpflegeausbildung für altersassoziierte Unternehmen (z.B. stationäre, ambulante Pflegeunternehmen, Unternehmen der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft)?
10. Wie sollte die Pflegeausbildung/Altenpflegeausbildung in Deutschland finanziert werden?
11. Wo sehen Sie Berufs- und Aufgabenfelder für Altenpflegerinnen und Altenpfleger?
12. Sollten sich Kommunen an der Pflege-, Altenpflegeausbildung beteiligen? Wenn ja, wie?

13. Wie könnten Kommunen von der Beibehaltung der Profession Altenpflege profitieren?
14. Wie stellen Sie sich kommunale, regionale Altenhilfestrukturen der Zukunft vor?
15. Wie können Kommunen die zukünftigen Aufgaben im sozialen altersassoziierten Versorgungsmanagement stemmen?
16. Sehen Sie bei der Beibehaltung der Altenpflegeausbildung Möglichkeiten der EU-Anschlussfähigkeit?
17. Wie sollte die akademische Qualifikation für die Altenpflege in Deutschland umgesetzt werden?
18. Sonstiges

Zustimmung Veröffentlichung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das am _____ mit mir geführte Experteninterview im Rahmen der Recherche der Dissertation von Ursula Kriesten auf einen Tonträger aufgezeichnet wurde. Dies dient der nachträglichen vollständigen Auswertung des Interviews. Mir wurde zugesichert, dass die Tonmitschnitte spätestens fünf Jahre nach Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse vernichtet werden.

Ein Widerruf meiner Einverständniserklärung ist jederzeit und ohne die Angabe von Gründen möglich.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte für Publikationszwecke verwendet werden darf. Mit der namentlichen Veröffentlichung meiner Positionen/Meinung in der Dissertation von Ursula Kriesten bin ich einverstanden.

einverstanden

nicht einverstanden

Unterschrift

Ort, Datum

Vor-, Nachname

Mir wurde zugesichert, dass dabei mein Name nicht verwendet wird; lediglich Rahmeninformationen (Funktion, Anbindung, Qualifikation, etc.) werden pseudonymisiert (mit einer Codenummer versehen) verwendet.

einverstanden

nicht einverstanden

Unterschrift

Ort, Datum

Vor-, Nachname

Interviewte Personen

Vorname, Name	Datum Uhrzeit, Ort	Position, Institution	Band- aufnahme
Dr. Beate Baumgarte	18.12.2012 10:40 -12:00 Uhr Gummersbach	Chefärztin der Gerontopsychiatrie Kreiskrankenhaus 51645 Gummersbach	ja
Dr. Birgit Hoppe	02.11.2012 09:38-11:00 Uhr SPI Berlin	Direktorin des Sozialpädagogi- schen Institutes, SPI Berlin und Vorstandsvorsitzende des Arbeitskreises der Ausbildungsstätten Altenpflege AAA-Deutschland	Ja
Anita Götzer	19.11.2012 14:30-15:20 Uhr München	Stellv. Schulleitung, Berufsfachschule für Altenpflege/-hilfe und Familienpflege Stiftung Kath. Familien- und Altenpflegewerk Mitterfeldstraße 20, 80689 München	nein
Christina Kaleve	10.12.2012 14:00-15:40 Uhr Krefeld	Vorsitzende Deutscher Berufsverband für Altenpflege, DBVA Dammstraße 3 47829 Krefeld	Ja
Dr. Thomas Kunczik	04.12.2012 11:15-12:30 Uhr Wiehl	Geschäftsführer der DGGPP, des DBVA und der Deutschen Hirnliga e.V.	Ja
Prof. Dr. Ursula Lehr	17.01.2013 Bonn	Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, BAGSO Bd. Familienministerin a.D.	ja
Prof. Dr. Annette Riedel	09.01.2013 10:00-11.20 Uhr Esslingen	Professorin Pflegerwissenschaften Hochschule Esslingen, University of Applied Sciences, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege	Ja
Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel	07.12.2012 10:10-13:00 Uhr Limburgerhof	Professor und Dekan am Fachbereich IV Sozial- und Gesundheitswesen der Fachhochschule Ludwigshafen am Rhein	ja
Prof. Dr. Ralf Twenhöfel	19.11.12 13:00-14:30 Uhr München	Professor an der soziologischen Fakultät der Universität Regensburg und Geschäftsführer Stiftung Kath. Familien- und Altenpflegewerk, Mitterfeldstraße 20 80689 München	ja

Anlage V.2, BAR EU

V.2. KRANKENSCHWESTER UND KRANKENPFLEGER, DIE FÜR DIE ALLGEMEINE PFLEGE VERANTWORTLICH SIND

5.2.1. Ausbildungsprogramm für Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.

Das Programm der Ausbildung, die zum Ausbildungsnachweis für Krankenschwestern und Krankenpfleger führt, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, umfasst die folgenden beiden Abschnitte und mindestens die dort aufgeführten Fachgebiete.

A. Theoretischer Unterricht

a. Krankenpflege:	b. Grundwissen:	c. Sozialwissenschaften:
<ul style="list-style-type: none"> — Berufskunde und Ethik in der Krankenpflege — Allgemeine Grundsätze der Gesundheitslehre und der Krankenpflege — Grundsätze der Krankenpflege in Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> — allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete — allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete <ul style="list-style-type: none"> — Kinderpflege und Kinderheilkunde — Wochen- und Säuglingspflege — Geisteskrankenpflege und Psychiatrie <ul style="list-style-type: none"> — Altenpflege und Alterskrankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> — Anatomie und Physiologie, — Krankheitslehre, — Bakteriologie, Virologie und Parasitologie — Biophysik, Biochemie und Radiologie — Ernährungslehre — Hygiene: — Gesundheitsvorsorge — Gesundheitserziehung — Pharmakologie 	<ul style="list-style-type: none"> — Soziologie — Psychologie — Grundbegriffe der Verwaltung — Grundbegriffe der Pädagogik — Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung — Berufsrecht

B. Klinisch-praktische Ausbildung

Krankenpflege auf folgenden Gebieten:

- allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete
- allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete
- Kinderpflege und Kinderheilkunde
- Wochen- und Säuglingspflege
- Geisteskrankenpflege und Psychiatrie
- Altenpflege und Alterskrankheiten
- Hauskrankenpflege

Der Unterricht in einem oder mehrerer dieser Fächer kann im Rahmen anderer Fächer oder in Verbindung mit ihnen erteilt werden. Der theoretische Unterricht muss mit der klinisch-praktischen Ausbildung so abgewogen und abgestimmt werden, dass die in diesem Anhang genannten Kenntnisse und Fähigkeiten in angemessener Weise erworben werden können.

Quelle: RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Kriesten, Ursula
Anschrift	Bitzenweg 25, 51674 Wiehl
Geboren	05.08.1958 in Wipperfürth
Staatsangehörigkeit	Deutsch
Familienstand	verheiratet, ein erwachsener Sohn

Ausbildung und Abschlüsse

1975 – 1978	Ausbildung zur Krankenschwester, Marien-Krankenhaus, Bergisch-Gladbach
1985 – 1987	zweijährige Weiterbildung zur Leitung und Lehre für Pflege- und Gesundheitsberufe, ÖTV-Fortbildungsinstitut, Duisburg
1990 – 1992	Studium der Dipl. Sozialpädagogik Fachhochschule Köln
2004 – 2007	Studium der Betriebswirtschaft, Steinbeis Hochschule Berlin Abschluss: Bachelor of Business Administration
2008 – 2010	MBA Studium, Abschluss: Master of Business Administration Steinbeis Hochschule Berlin
2012 – 2015	Promotionsstudiengang am Internationalen Graduierten Kolleg, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Beruflicher Werdegang

1978 – 1985	Berufliche Tätigkeit als Krankenschwester in Bergisch-Gladbach, Gießen und Siegen
1987 - 1988	Lehrtätigkeit Krankenpflegeschule Kreiskrankenhaus Gummersbach
1988 – 1990	Elternzeit, Telekolleg und Tätigkeit als Honorar-dozentin
1990 – 1992	Lehrtätigkeit in der Kranken-, Kinderkrankenpflege, der Altenpflege, sowie der Kranken- und Altenpflegehilfe
1992 - 1995	Stellv. Leiterin Fachseminar für Altenpflege, Oberbergischer Kreis
1995 – 2008	Leiterin Fachseminar Pflegeberufe und Mitglied im Leitungsteam der Volkshochschule des Oberbergischen Kreises
2008 - heute	Leiterin der Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren- AGewiS Oberbergischer Kreis

Ehrenamtliche Tätigkeiten, Mitgliedschaften, Gutachtertätigkeit

Stellv. Vorsitzende AAA-Deutschland, Mitglied im Bundesvorstand des DBVA, Mitglied im Vorstand der HRCB Gesundheitsregion Köln/Bonn, Mitglied im EBM, Mitglied der DGGPP, Fachbuchautorin seit 1992, Lehr- und Gutachtertätigkeit Steinbeis Hochschule Berlin

Publikationen von Ergebnissen zu dieser Arbeit

Vorträge

- Kriesten U (2015) Project-Approach regarding „Ensuring primary medical care and nursing care in rural areas“. Concept of “RIN – Regional Innovation Network – Healthy Ageing”. Grand Challenges: Answers from North Rhine-Westfalia Transdisciplinary research in the area of active ageing. Europa-Landesvertretung NRW Brüssel, www.europa.nrw. 28.10.2015.
- Kriesten U (2015) Werden Alle verlieren? Auswirkungen durch eine Generalisierung der Pflegeausbildung. XII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie e.V.. DGGPP, Essen, 06.03.2015.
- Kriesten U (2014) Was hat der Altenpflegeberuf mit kommunaler Altenhilfeplanung zu tun? Fachtagung des DBVA. Der Altenpflegeberuf: Die Chance für den demografischen Wandel nutzen. Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Berlin, 02.12.2014.
- Kriesten U (2014) Was ist das Spezifische an der Altenpflege? Feier zum 40. Geburtstag des DBVA. Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Berlin, 01.12.2014.
- Kriesten U (2013) Frauen im Spannungsfeld der Pflege- und Sorgearbeit. Deutscher Frauenrat, Competentia Stadt Wuppertal. Zur Ausstellung: Who cares? – Sorgeberufe. Städtisches Klinikum Solingen, 13.02.2014.
- Kriesten U (2013) Sozialraumperspektive – Zukunft der Altenpflege(ausbildung). Fachtagung des Arbeitskreises der Ausbildungsstätten Altenpflege, AAA-Deutschland. Leipzig, 06.05.2013.
- Kriesten U (2013) Bedarfe im Alter – Herausforderungen für Kommune und Altenpflegeausbildung. Gemeinsam Impulse geben: Vor Ort vernetzen. XI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie e.V.. DGGPP, Essen, 06.06.2013.
- Kriesten U (2011) Chancen einer demographieadäquaten Altenpflegeausbildung, Fachtagung des AAA-Deutschland, Arbeitskreis der Ausbildungsstätten Altenpflege Deutschland, Schwerin, 04.04.2011.
- Kriesten U (2011) Berufsbild Altenpflege. Was bleibt bei einer generalisierten Pflegeausbildung davon übrig? Altenpflege Kongress Vincentz Verlag, Dortmund, 08.11.2011.
- Kriesten U (2011) Strategien zur Behebung des Fachkräftemangels in der Altenpflege – Demographie- und marktgerechte Qualifizierung. Expertenworkshop Qualifizierungsoffensive. Gesundheitsregion Köln Bonn HRCB IHK Köln, 10.11.2011.

Artikel, Zeitschriften, Gutachten

- Kriesten U (2015) Gutachten-Gesetzesfolgenabschätzung. Potenzielle ökonomische und soziale Folgen und Risiken einer Integration der Altenpflegeausbildung in eine generalistische Pflegeausbildung. Band 9, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, DGGPP e.V., Wiehl.
- Kriesten U (2015) Gut gemeint und schlecht bedacht. Praxis-Pflegen, Brinkmann Meyhöfer GmbH & Co. KG, Heft 22, 09/2015 Köln, S. 39-41.
- Kriesten U (2015) Wer soll DAS bezahlen? Wer hat DAS bestellt? Finanzielle Auswirkungen einer generalistischen Pflegeausbildung für Pflegeeinrichtungen. Seniorenheim-Magazin, Nr. 02/15, Eiers Media München, S. 52-56.

- Kriesten U (2015) Generalistische Pflegeausbildung – Provokation für das Altenhilfesystem. Herausforderungen für Seniorenheime durch die geplante generalistische Pflegeausbildung. Seniorenheim-Magazin, Nr. 01/15, Eiers Media München, S. 6-9.
- Kriesten U (2014) Generalistische Pflegeausbildung. Contra: Gefahr der Entprofessionalisierung. Dr. Med. Mabuse Nr. 211, 19. Jg., S. 16-17.
- Kriesten U (2014) Denn sie wissen nicht, wie es sein wird. Stellungnahme zum Forschungsgutachten Finanzierung eines neuen Pflegeberufgesetzes zum Ergebnisbericht prognos/WIAD. Padua 9 (2), S. 116-123.
- Kriesten U (2012) Altersdemographisch adäquate Sorge und Pflege - Herausforderungen an Bildung und politische Gestaltung. WirtschaftsBild-Gesundheitsregion Köln-Bonn, Union Betriebsführungs GmbH, Rheinbach 10/2012.
- Kriesten U (2012) Kommunen ohne Plan werden die Verlierer sein. Teil 3 Serie: Wie Kommunen sich auf die Alten einstellen müssen. Gesundheit special, Zeitschriftenverlag Westerheide, Wipperfürth, 01, S. 25.
- Kriesten U (2011) Alt sein erfordert neue Versorgungskonzepte, Editorial Gesundheit special, Zeitschriftenverlag Westerheide, Wipperfürth 03, S. 2.
- Kriesten U (2011) Stadtplanung muss auch Altenhilfeplanung sein. Teil 2 Serie: Wie Kommunen sich auf die Alten einstellen müssen. Gesundheit special, Zeitschriftenverlag Westerheide, Wipperfürth, 03, S. 24.
- Kriesten U (2011) Gibt es bald keine Altenpfleger mehr? Mehr Pflegebedürftige, immer weniger Ausbildungsplätze. Gesundheit special, Zeitschriftenverlag Westerheide, Wipperfürth, 02, S. 30.
- Kriesten U (2011) Ein langer Weg zum gesunden Alter. Gesundheitsförderung muss zukünftig mehr auf Vorbeugung ausgerichtet sein. Gesundheit special, Zeitschriftenverlag Westerheide, Wipperfürth, 02, S. 26.
- Kriesten U (2011) Strukturwandel und Trends. Neue Konzepte sind gefragt. Teil 1 Serie: Wie Kommunen sich auf die Alten einstellen müssen. Gesundheit special, Zeitschriftenverlag Westerheide, Wipperfürth, 02, S. 32.

Fernsehen Berlin-Brandenburg

Rbb Aktuell, 01.12.2014, 21:45 Uhr, Interview zur Generalistischen Pflegeausbildung.

Bücher

- Kriesten U (2014) Pflegeplanung Gerontologische Pflege. Fakten, Fälle, Arbeitshilfen. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.
- Kriesten U (2010) Interview. Zur Ausbildungssituation in der Altenpflege. In: Müller T / Rosner L (Hrsg): Gute Mitarbeiter finden, fördern, binden. Personalmarketing in der Altenhilfe. Vincentz Verlag, Hannover, Nov. 2010, S. 18-21.

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Die Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis wurden beachtet (Amtsblatt der MLU Nr. 5, 02.07.09). Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Wiehl, 27.11.2015

Ursula Kriesten, MBA

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Frühere Promotionsversuche wurden nicht von mir unternommen.

Wiehl, den 27.11.2015

Ursula Kriesten, MBA

Danksagung

Die Entscheidung über die aktuelle Pflegeberufereform zu schreiben lag mir fern, wollte ich doch über Bedarfe im Alter forschen, um daraus meine Schlüsse für eine Pflegeausbildung der Zukunft ziehen zu können. Die Gespräche mit Herrn Prof. Behrens überzeugten mich, führten mich nach Halle und ermöglichten mir die Auseinandersetzung mit der Tragweite des geplanten Pflegeberufegesetzes. Somit gilt mein besonderer Dank Herrn Prof. Dr. Johann Behrens für seine Inspirationen und die „Sinn machenden“ Gespräche und Briefe. Ohne ihn wäre diese Arbeit nicht entstanden. Er hat mich während der gesamten Dauer der Erstellung dieser Arbeit mit Mut-machendem Engagement, sowie mit wertschätzender, bester fachlicher und ideeller Unterstützung beraten und betreut.

Ich möchte die Vielzahl der Personen nicht nennen, die „nicht sprechen wollten“, sei es aus Frustration, Verletzung oder der versiegten Hoffnung, eh nichts mehr am geplanten Pflegeberufegesetz ändern zu können. Vielmehr danke ich den zahlreichen Personen, die mir unterstützend mit vielfältigen Hinweisen, Diskussionen und Fachexpertisen zur Seite standen, in Arbeitskreisen, Workshops und berufspolitischen Diskussionen. Ich danke den Personen, die ich interviewen konnte für ihre investierte Zeit, ihr Interesse, ihre Offenheit und ihre Motivation, der Forschung dienen zu wollen. Den Studierenden des Promotionsstudienganges an der Internationalen Graduiertenakademie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg danke ich für Ihre konstruktiven Fragen und Rückmeldungen. Des Weiteren gilt mein Dank meinen Mitarbeitern der Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren des Oberbergischen Kreises für ihre Unterstützung und für den Verzicht auf mich. Insbesondere danke ich Ruth Uessem, Nicole Meyer und Dr. Wolfgang Nauendorf für das Korrekturlesen. Ich danke meinen Eltern Elisabeth und Alois Sprenger, sowie Lydia Wortmann und meinen Schwiegereltern Maria und Richard Kriesten, die mich so unterschiedlich gelehrt haben und noch lehren, Altern zu erlernen und Lernen, Forschen und Arbeiten als wesentliches Lebenselixier zu verstehen.

In besonderer Weise gilt mein persönlicher Dank meinem Ehemann Herbert und meinem Sohn Peter für ihre außergewöhnliche Unterstützung.

Ihnen widme ich meine Arbeit.