

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

10.12.2015/rem

Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

per E-Mail:

Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und
Jugend
Glinkastraße 24
10117 Berlin

Aktenzeichen
53.13.15 D

per E-Mail:

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufsgesetz)

Ihr Schreiben vom 26.11.2015 / Anhörung zum Referentenentwurf

Sehr geehrte, sehr geehrter,

haben Sie Dank für die Übersendung des Referentenentwurfs eines Pflegeberufsgesetzes. Eingangs müssen wir leider feststellen, dass die eingeräumte Frist für eine Rückmeldung in keinsten Weise geeignet ist, eine fundierte Stellungnahme zu dem seit langer Zeit erwarteten Gesetzentwurf zu erstellen. Die Frist reicht gerade vor dem Hintergrund des umfangreichen Regelungsgehalts einer großen Reform nicht für eine genügend umfangreiche Einbindung unserer Mitgliedschaft. Wir nehmen gleichwohl, soweit es in der Kürze der zur Verfügung gestellten Frist möglich ist, zu den geplanten Regelungen Stellung, behalten uns ergänzende und weiterentwickelte Positionierungen -auch im parlamentarischen Verfahren- ausdrücklich vor.

An der Anhörung am 11. Dezember 2015 wird für die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutscher Landkreistag teilnehmen.

Kommunale Bedeutung

Die Weiterentwicklung der Pflegeberufe und ihrer Rahmenbedingungen ist auch den kommunalen Spitzenverbänden ein besonderes Anliegen. Neben der hohen Anzahl von Menschen die

in diesem Berufsbild tätig sind und damit der arbeitsmarktlichen Bedeutung des Bereiches ist gerade die Pflege an Kernstellen der Daseinsvorsorge aktiv und erbringt hier ihre für die Gesellschaft wichtigen Leistungen. Im kommunalen Bereich sind Angehörige der Pflegeberufe u.a. im Bereich der -häufig kommunal getragenen- Krankenhäuser und der Altenpflegeeinrichtungen aber auch an vielen weiteren Stellen tätig. Der Pflege verbunden sind die Kommunen daher nicht nur im Rahmen ihres Auftrags zur allgemeinen Daseinsvorsorge sondern auch als Anstellungsträger in den entsprechenden Einrichtungen. Gelegen ist uns an einer Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes und einer guten Arbeitssituation in der Pflege, den Interessen der Anstellungsträger für Pflegeberufe -insbesondere auf Gegenfinanzierung von entstehenden Kosten- und nicht zuletzt auf die Sicherstellung einer qualitativ wie quantitativ guten pflegerischen Versorgung für die Bevölkerung.

Grundsätzliches

Dringend notwendig ist, dass sich der Gesetzgeber mit dem Thema Fachkräfte in der Pflege und deren Ausbildung befasst. Von der Zielstellung ausgehend ist das Gesetz inhaltlich dem Grunde nach zu befürworten. Allerdings unter der Voraussetzung, dass die Qualität erhalten bleibt und die Gegenfinanzierung von Maßnahmen gesichert ist.

Mit vorliegendem Referentenentwurf werden die zukünftigen Anforderungen, die sich für die Unternehmen und die Bildungsträger ergeben, präzisiert. Vorangestellt werden muss die Feststellung, dass es sich um ein völlig neu zu entwickelndes Berufsbild handelt, welches nicht einfach eine Zusammenführung der bisherigen Berufsbilder Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege darstellt.

Durch den neuen Bildungsweg soll es gelingen den Pflegeberuf zukunftsfest zu machen. Insgesamt soll der Intention nach eine Verbesserung der Ausbildung sowohl für die Kranken- als auch für die Altenpflege erfolgen. Wir halten es dabei für essentiell, dass dieser Bildungsweg horizontal wie vertikal durchlässig gestaltet wird.

Bei Fragen der Attraktivität des Berufsbildes, sind zwar auch im Gesetzentwurf angesprochene Aspekte wichtig. Allerdings darf nicht verkannt werden, dass es entscheidend auch darauf ankommen wird, dass eine Gegenfinanzierung der benötigten Strukturen für die Einrichtungen vorgesehen wird.

Die sich aus dem vorliegenden Referentenentwurf ergebende Chance liegt in der Gestaltung dieses neuen Berufsbildes. Dieses unterscheidet sich von den bisherigen Ausbildungen bereits in den Zielen der Ausbildung durch die Verpflichtung zum lebenslangen Lernen, die zu entwickelnde Fähigkeit zum Wissenstransfer und die formulierte Notwendigkeit zur fortlaufenden persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung. Der Berufsabschluss der Pflegefachfrau/ des Pflegefachmann soll eine Basisqualifikation sein, der die Absolventen und Absolventinnen auf die sich veränderten Anforderungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen der Akut- und Langzeitpflege von Menschen aller Altersgruppen vorbereiten soll. Intendiert ist u.a., dass sich so die Einsetzbarkeit der Absolventen dieser Ausbildung und die Chancen auf dem Arbeitsmarkt, auch im Rahmen der EU, erhöht.

Dem bisherigen und sich ggf. noch weiter entwickelnden Fachkräftemangel ist dringend entgegenzuwirken. Wenn sich neue Situationen so darstellen sollten, dass alle benötigten Fachkenntnisse erst nach der Ausbildung erlangt werden, droht eine Überforderung der Einrichtungen des Gesundheitssystems, da sie weder mit den finanziellen noch personellen Ressourcen

cen ausgestattet werden, um derart lange Einarbeitungs- bzw. Qualifikationsphasen zu ermöglichen.

Da eine fundierte Beurteilung entscheidend auch von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung abhängt, die aber noch nicht vorliegt, wäre das gesamte Normierungsvorhaben letztlich erst in Kombination des Gesetzentwurfs mit der Verordnung gut zu beurteilen. Angesichts des Fehlens dieser Verordnung und der ungeeigneten Frist können wir diese konkretere Positionierung zum jetzigen Zeitpunkt nicht zur Verfügung zu stellen. Beide Umstände tragen auch dazu bei, dass in unserer Mitgliedschaft (noch) keine homogenere Einschätzung zu den Regelungsvorhaben besteht.

Wir müssen zu vielen Punkten derzeit daher vor allem den Auszug eines Meinungsbildes unserer Mitgliedschaft darstellen und uns eine weitergehende Beurteilung vorbehalten.

Zusammenlegung der Ausbildungen

Grundsätzlich erscheint die Stärkung gemeinsamer Kompetenzen angesichts der starken Zunahme (älterer) Pflegebedürftiger zwar sinnvoll, es bestehen jedoch zumindest teilweise in der Mitgliedschaft Zweifel daran, ob diese in drei Jahren für alle Bereiche, in denen Absolventen später eingesetzt werden sollen, jeweils in ausreichendem Maße vermittelt werden können.

Vorweg und grundsätzlich darf in dem neugestalteten Berufsbild der Praxisbezug nicht zu kurz kommen. Bei der weiteren Ausgestaltung des Gesetzes und der Prüfungs-/und Ausbildungsverordnung muss dringend auf ausreichende Praxiseinsätze geachtet werden.

Die Koordination der Ausbildungsabschnitte mit den beiden jeweils anderen Bereichen erscheint wichtig. Ggf. bedarf es hier auch weiterer noch herzustellender Klarheit.

Die Zusammenlegung der Ausbildungen wird in unserer Mitgliedschaft teilweise grundsätzlich begrüßt. Dabei wird eine integrierte Pflegeausbildung als benötigt beschrieben. Demzufolge gewährleistet sie, dass die Ausbildungen näher zusammengeführt, zugleich aber die jeweiligen Spezialisierungen erhalten bleiben. Nach einem gemeinsamen Ausbildungsstart setzt der jeweilige Schwerpunkt allgemeine Pflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege auf, der sich am besten im Umfang der praktischen Ausbildungseinsätze widerspiegelt. Dass Pflegekräfte nun sowohl in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege mit gleicher Ausbildung eingesetzt werden können, erscheint dort vom Ziel her hilfreich und zu befürworten. Auch Wechsel werden so erleichtert und es eröffnen sich ggf. zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten. Offen bleibt allerdings die Frage, inwieweit bei gleichbleibender Ausbildungszeit alle zielgruppenspezifischen Inhalte theoretisch vermittelt und notwendige praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben werden können.

Wie uns berichtet wurde, wurde teilweise bereits in positiver Begleitung der Bemühungen zur Zusammenlegung der Ausbildungen z.B. an der medizinischen Berufsfachschule ein Bildungsgang mit generalistischer Ausrichtung (Krankenpflegehilfe) erfolgreich eingeführt sowie an der Entwicklung eines generalistisch angelegten dualen Studienganges Pflege mitgewirkt.

Die Durchführung der praktischen Ausbildung in den benannten Bereichen Krankenhaus sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung sowie die Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten auf andere, geeignete Einrichtungen erfordert insgesamt die Bildung von Kooperatio-

nen und damit die auch die Lernortkooperation zwischen Unternehmen und Bildungsträgern. Der Einsatz in den pädiatrischen Bereichen könnte, in Abhängigkeit der zu leistenden Ausbildungszeiten, zumindest regional zu Planungsschwierigkeiten führen. Eine genauere Aussage hierzu ist, aufgrund der fehlenden Angaben zum Umfang dieser Einsätze, augenblicklich nicht möglich. Bei der Ableistung von Tätigkeiten/ Ausbildungszeiten in der Kinderkrankenpflege etc., in der aber nur wenige Plätze gibt und Pflegeschüler ggf. auf eine entsprechende Praxisstelle warten müssten, droht aber eine Verzögerung der Ausbildung. Hier müssen Regelungen zur verbesserten Praktikabilität gefunden werden.

Positiv ist grundsätzlich die Verortung des Vertiefungseinsatzes beim Träger der praktischen Ausbildung, der eine Identifikation mit dem Unternehmen unterstützt.

Hinsichtlich der positiven Aspekte wird in Teilen der Mitgliedschaft erwartet, dass sich die Zusammenführung der drei bisherigen Pflegefachberufe "Altenpflege", "Gesundheits- und Krankenpflege" und "Gesundheits- und Kinderkrankenpflege" zu einem einheitlichen Berufsabschluss und einer einheitlichen Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ positiv auf die Qualität der Pflegeausbildung sowie die Anerkennung und Wertschätzung des Pflegeberufs auswirken wird.

Der Berufsabschluss ist zudem international anschlussfähig, denn er erfüllt die Anforderungen der EU-Richtlinie 2013/55/EU. In diesem Zusammenhang wird daher teilweise erwartet, dass diese Veränderungen zu einer Professionalisierung des Pflegeberufs, einer Steigerung der gesellschaftlichen Anerkennung und somit zu einem längeren Verbleib im Beruf führen werden. Denn besonders im Hinblick auf die aktuelle Situation im Pflegeberuf, wie „Pflegenotstand“, „Fachkräftemangel“ und einer ständig, letztlich auch durch demographische Veränderungen notwendigen und nicht abwendbaren, wachsenden Pflegedürftigkeit in der Gesellschaft, sind Maßnahmen, die zu einer Sicherung, aber auch zu einer quantitativen und vor allem qualitativen Verbesserung der Pflege beitragen, unumgänglich.

Ob die im Referentenentwurf prognostizierten positiven Entwicklungen tatsächlich eintreten, bleibt jedoch abzuwarten, da mit dem Ausbildungsgesetz jahrzehntelang gewachsene Strukturen grundlegend verändert werden. So muss mit Sicherheit noch viel Arbeit direkt in den bestehenden Ausbildungseinrichtungen erfolgen, um einheitliche Curricula und Ausbildungsstandards zu realisieren.

In unserer Mitgliedschaft besteht teilweise aber auch deutliche Kritik an der Zusammenlegung der Ausbildungen und erhebliche Befürchtungen, denen im geplanten Gesetz begegnet werden muss. Dies betrifft etwa eine nicht hinreichende Berücksichtigung erforderlicher spezifischer Qualifikationen, um den Anforderungen der Patientinnen und Patienten bzw. pflegebedürftigen Menschen gerecht zu werden. Diese, so wird argumentiert, können unmöglich in gleicher Tiefe und Umfang in einer gemeinschaftlichen dreijährigen Ausbildung vermittelt werden. Die praktische Berufsfähigkeit nach Abschluss der Ausbildung wird demzufolge mit dem vorliegenden generalistischen Konzept in Gefahr gesehen.

Auch wird auf die oftmals stärkere geräte- und medizinaffine Tätigkeit hingewiesen, bei der nicht sicher scheint, ob geringer bzw. unspezifischer vorqualifiziertes Personal das hier zu Erwartende leisten kann.

Im Gesetzentwurf finden sich einige Änderungen (z.B. in § 7 Abs. 3) wonach der überwiegende Teil der praktischen Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung erfolgen soll. Dies würde bedeuten, dass mindestens 1250 Stunden im jeweiligen Schwerpunkt (etwa in der

Akutpflege im Krankenhaus) zu absolvieren sind. In den bisherigen Diskussionen wurden max. 960 Stunden veranschlagt. Der generalistische Ansatz ist so etwas zurückgefahren. Die Praxisausbildung soll auf sieben Stationen verteilt werden. Das bedeutet: im eigentlichen Ausbildungsbetrieb, der die/den Azubi eingestellt hat, bliebe die/der Azubi möglicherweise nur rund 1250 Stunden. Im Vergleich zur derzeitigen Situation verringert dies die Betriebsbindung und die schrittweise steigenden Einsatzmöglichkeiten der Auszubildenden im eigenen Betrieb erheblich. In Krankenhäusern, so wird an einigen Stellen befürchtet, wird es daher zu großen Engpässen in der Dienst- und Personalplanung kommen.

Weiterhin wird sich aber die theoretische Ausbildung auf alle Bereiche beziehen, so dass zu befürchten ist, dass die gewählten Schwerpunkte nicht in der Tiefe zu behandeln sind. Die immer komplexer werdenden Pflegesituationen sowohl in der Alten-, der Kinderkranken- und Krankenpflege verlangen aber nach immer mehr Spezialisten in den Einrichtungen und am Krankenbett. Der Gesetzentwurf in der jetzigen Form führt, diesen Befürchtungen zufolge aber dazu, dass immer weniger qualifizierte Absolventen die Berufsausbildung verlassen.

Ganz offenbar, so wird uns berichtet, besteht bei manchen Befürwortern der Zusammenlegung gar nicht das Ziel, durch eine primäre Ausbildung Berufsfähigkeit zu erlangen; dies wird dann offenbar als Aufgabe von Fort- und Weiterbildungen gesehen. Hier sind wir allerdings gänzlich anderer Ansicht und plädieren eindeutig für eine tatsächlich berufsbefähigende primäre Ausbildung.

Absehbar ist, dass sich die gesamten Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten im Bereich der Pflege komplett verändern werden. Bisher ist es so, dass Erfahrung, Interesse, erreichte Kompetenzen, Empfehlung durch die Vorgesetzten, etc. Voraussetzungen waren, um nach der Berufsausbildung z.B. eine Weiterbildung im Bereich OP, Anästhesie/Intensivpflege, Praxisanleitung u.a. zu absolvieren und damit die eigene Karriere zu gestalten. Einsätze im OP beispielsweise sieht der Gesetzentwurf gar nicht mehr vor, auch ein Einsatz auf einer Intensivstation wird zu einem maximal zweiwöchigen Wahlpflichteinsatz zurückgestuft. Die bisherigen, gewachsenen Strukturen haben die Sicherung des Managements in der Pflege und die Pflegequalität verlässlich gewährleistet. Die praxisnahe Weiterbildung für diese Aufgaben werden nach länderrechtlichen Vorgaben in Bildungseinrichtungen, Akademien, Kliniken, u.a. durchgeführt. In unserer Mitgliedschaft bestehen zumindest in Teilen Zweifel, ob die neuen Regelungen gewährleisten, diesen erreichten Stand an praxisnaher Qualität in Ausbildung und Weiterbildung zukünftig zu halten.

Hingewiesen wurden wir auch darauf, dass bisher keine Risikoanalyse einer solchen, gravierenden Umstellung vorliegt. Auch wurde noch nicht das erst seit 10 Jahren bestehende (damals vollständig veränderte) Krankenpflegegesetz wissenschaftlich evaluiert. Die Argumente für die Generalistik fußen auf Modellversuchen an ausgewählten Schulen, die i.d.R. aber in 3,5 Jahren zu beiden Abschlüssen (Kranken- und Altenpflege) führten. Z.B. eine Befragung von Auszubildenden, die an einer Stelle unseres Mitgliedsbereich durchgeführt wurde, ergab, dass ein großer Teil der Krankenpflegeschüler/-innen und alle Kinderkrankenpflegeschüler/-innen angaben, dass sie unter solchen Umständen eine komplett andere Berufsausbildung gewählt hätten. Dort wird mit einem enormen Bewerberrückgang gerechnet.

Kritisch wird in der Mitgliedschaft teilweise gesehen und befürchtet, dass an inhaltlicher Tiefe verloren wird und das Bewerberniveau sinkt. Als weitere inhaltliche Punkte wird das Qualifikationsprofil der Lehrerschaft (Masterniveau, Kosten für die Aufbauqualifizierung, Umsetzung, Gehaltsstruktur, zahlenmäßiges Schüler-Lehrer-Verhältnis, Qualifikationsniveau), die Einsatzorte (Schüler fehlen in der Akutklinik, Anzahl der Praxisanleiter, Kooperationsnot-

wendigkeiten und ihre Umsetzung), die Fort- und Weiterbildung (Konzepte) und der Aufwand zur Einarbeitung nach der Ausbildung gesehenen. Zu letzterem wird die Situation teilweise so eingeschätzt, dass, um Absolventen einer generalistischen Ausbildung nach dem Examen in einem Akutkrankenhaus einzusetzen, es trotz der Regelung in §7 Abs. 3, einen hohen Aufwand an theoretischer und praktischer Einarbeitung benötigt, der von den Kliniken sichergestellt und finanziert werden muss.

Darüber hinaus bleiben die Krankenhäuser aber verpflichtet, die Ausbildungsvergütungen ihrer Auszubildenden zu entrichten. Zwar bekommen sie weiterhin die sog. Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen aus dem Ausbildungsfond zurück erstattet. Diese decken aber nur ca. die Hälfte der Kosten. Befürchtet wird teilweise, dass sich Träger aus der Ausbildung zurückziehen könnten, da sie darauf vertrauen könnten, genug Schüler aus (bisherigen) Altenpflegeschulen zu bekommen, die ihre Pflichtstunden in der akuten Pflege absolvieren müssen. Dies kann natürlich auch umgekehrt für Träger von Altenpflegeeinrichtungen gelten. Hier wird die Gefahr eines Verlustes von pflegerischen Ausbildungsplätzen gesehen.

Weiterhin wird den Ausbildungsbetrieben ein hoher Organisationsaufwand zugemutet: Der Ausbildungsbetrieb, der die/den Azubi einstellt, muss organisieren, dass die/der Auszubildende sieben externe Ausbildungsstationen durchlaufen kann. Der Arbeitgeber muss dies alles für seine/seinen Azubi organisieren und koordinieren und trägt dafür die gesamte Verantwortung – also auch das Risiko, wenn etwas nicht funktioniert. Der (Haupt-)Arbeitgeber muss auch mit allen anderen Beteiligten die Finanzierung der Ausbildung aushandeln: Mit den bis zu sechs weiteren Ausbildungsbetrieben die Kostenverteilung und mit der Schule die Refinanzierung der Schulkosten. Funktioniert etwas nicht, trägt der (Haupt-)Ausbildungsbetrieb auch das finanzielle Risiko, denn nur er hat den Ausbildungsvertrag mit der/dem Azubi.

Besonders in den ersten Jahren der Einführung des neuen Berufsbildes werden sich besondere Herausforderungen für die Unternehmen ergeben. Diese beinhalten vor allem die Entwicklung detaillierter Einarbeitungskonzepte durch die Unternehmen bzw. die Erstellung gezielter Traineeprogramme, da davon auszugehen ist, dass die Absolventen aufgrund der generalistisch angelegten Ausbildung nicht mehr so spezialisiert auf die Besonderheiten einzelner Versorgungsbereiche vorbereitet sind. Daraus ergibt sich ebenfalls die Notwendigkeit der Entwicklung gezielter Fort- und Weiterbildungskonzepte, aus der sich u.U. eine finanzielle Mehrbelastung für die Unternehmen ergeben wird.

Möglichkeiten und Aspekte der Hochschulausbildung

Grundsätzlich geht die Hochschulausbildung in der im Entwurf vorgesehenen Form leider an der Praxis der Pflege und einem notwendigen Bezug hierzu vorbei. Ein 3-jähriges Studium ohne Praxis wird vom Arbeitsmarkt auch wohl absehbar kaum nachgefragt werden.

Positiv wird teilweise gesehen, dass die Möglichkeit einer aufbauenden primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung auf einer nun einheitlichen bundesgesetzlichen Grundlage die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen sicherstellt.

Zu den Aspekten der Hochschulausbildung besteht aber eben zumindest teilweise ein sehr kritisches Meinungsbild: Nur den Absolvent/-innen mit hochschulischer Pflegeausbildung sind – so beschreiben es die Ausbildungsziele in §34(3) PflBG - „zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse ...“ berechtigt und dazu befähigt „... berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen“. In den Ausführungen zur dreijährigen berufli-

chen Ausbildung (§ 5 PflBG) finden sich hierzu keine Aussagen. Es stellen sich unmittelbar mehrere Fragen:

- Wie sind „hochkomplexe Pflegeprozesse“ definiert?
- Was versteht der Gesetzgeber unter „Steuerung und Gestaltung“ dieser hochkomplexen Pflegeprozesse?
- Ist damit die Versorgung von operierten Patienten, von schwerstpflegebedürftigen Patienten nach Schlaganfall gemeint. Oder wird dabei an die Leitung einer Station gedacht?

Das Gesetz bleibt diese Antworten schuldig. Allein die Begrifflichkeit „hochkomplexe Pflegeprozesse“ in den Gesetzestext aufzunehmen, ohne sie genauer zu differenzieren, erscheint problematisch.

Als fraglich wird in unserer Mitgliedschaft beurteilt, ob – bei gleicher dreijähriger Dauer der beruflichen Ausbildung und der pflegerischen Hochschulausbildung - zusätzlich Inhalte im Studium vermittelt werden, die die Schaffung eines/r Pflegefachfrau/-mann mit BA zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse rechtfertigen. Allein aus zeitlichen Gründen erscheint dies kaum möglich. Auch erscheinen die Regelungen des Gesetzentwurfes -im Umkehrschluss- so, dass allen, die die berufliche Ausbildung am Krankenhaus, in der Kinderkrankenpflege und in der Altenpflege absolviert haben, damit von Karrieremöglichkeit ausgesperrt werden, denn sie verfügen zwar über Kompetenzen (§5 PflBG), aber nicht über die Berechtigung „...zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse“ nach §34(3) PflBG.

Hochkomplexe Pflegeprozesse zu steuern und zu gestalten ist eine Aufgabe jeder Pflegekraft in allen Pflegeeinrichtungen. Dies gilt aber bislang und wohl auch in Zukunft. Weshalb zukünftig allein an Hochschulen ausgebildete Pflegekräfte mit BA dazu berechtigt sein sollen, erschließt sich zumindest teilen unserer Mitgliedschaft nicht. Hier wird auch hinterfragt, weshalb überhaupt an Hochschulen grundständig ausgebildet werden kann, da Ausbildung auf ein gleiches Qualitätsniveau setzt, dass allein schon dadurch nicht gesichert werden kann, weil jede Hochschule frei darin ist, welche Studienschwerpunkte sie setzt. Werden die Pläne, wie angedacht umgesetzt, könnten sich Studiengänge mit unterschiedlichsten Schwerpunkten entwickeln. Dieser Wildwuchs macht es künftigen Nutzer (Bewohner, Patienten und Arbeitgebern im Pflegebereich) nicht ersichtlich, was die Pflegefachkraft tatsächlich kann, die ihn behandeln bzw. mit ihm arbeiten soll.

Offen bleibt leider auch, wie sich die neuen Regelungen für die bisher ausgebildeten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften und den Altenpflegerinnen/-pflegern karriere- und bezüglich ihrer weiteren beruflichen Entwicklung auswirken.

Nach § 38 gibt es die Möglichkeit, bisherige Ausbildungen zur Pflegefachfrau/ Pflegefachmann oder zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in anrechnen zu lassen. Um Ungleichbehandlungen zu vermeiden, wäre es ggf. sinnvoll, hier direkt eine pauschale Anrechnungszeit je Berufsabschluss vorzugeben. Nach aktueller Rechtslage ist die Gleichsetzung Altenpflege / Krankenpflege im Rahmen einer Ausbildungsverkürzung nicht gewollt.

Unklar erscheint § 39 - Abschlussprüfung im Rahmen der Hochschulischen Pflegeausbildung: In der Begründung des Gesetzes heißt es auf Seite 98/99, dass eine bereits erfolgreich abgeschlossene Ausbildung nach Teil 2 des Pflegeberufsgesetzes sowie eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung nach dem Kranken- und Altenpflegegesetz auf das Studium angerechnet werden können. In der Abschlussprüfung sollen aber die hochschulische Prüfung mit der

staatlichen Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung nach § 1 verknüpft werden. Das hieße, der Prüfling muss noch einmal einen Teil der gleichen Prüfung ablegen, die er im Vorfeld bereits erfolgreich absolviert hatte?

Die Aufnahme der akademischen Pflegeausbildung in das Berufsgesetz wird in der Mitgliedschaft teilweise aber auch begrüßt. Hier wird die Zunahme komplexer Pflegebedarfe gesehen und ein wichtiges Signal zur Weiterentwicklung der Pflege als Profession.

Spezielle Perspektiven in der Altenpflege

Die Anforderungen im Bereich der Pflege älterer, alter und vor allem auch Menschen, die in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, werden immer komplexer. Hier werden in unserer Mitgliedschaft zum Teil Zweifel geäußert, dass das Gesetz dieser Problematik Rechnung trägt. U.a. hierdurch besteht teilweise eine ablehnende Haltung. Der vom Gesetzgeber verfolgte Zweck, die Ausbildung attraktiver zu machen, kann demzufolge durch das Gesetz nicht erreicht werden und er werde im Gegenteil eine Verschärfung des Fachkräftemangels insbesondere in der Altenpflege zur Folge haben. Darüber hinaus bestehen ungelöste Fragen zur Finanzierung.

Zur Begründung wird angeführt, dass es im weltweiten Vergleich nur in Deutschland eine eigenständige Ausbildung in der Altenpflege gibt. Hintergrund ist, dass in der Altenpflege im Gegensatz zur Krankenpflege ein wesentlicher Schwerpunkt auf der sozialen Betreuung und Begleitung der Pflegebedürftigen liegt. Die medizinische Pflege tritt gegenüber der Krankenpflege deutlich in den Hintergrund. Die persönliche und fachliche kompetente Unterstützung der Pflegebedürftigen z.B. in der Sterbephase, bei Demenz oder in persönlichen Krisensituationen, so wird uns gegenüber betont, machen den entscheidenden Unterschied in der Qualität der Pflege aus. In der geplanten generalistischen Pflegeausbildung ist die Einsatzzeit in der Altenpflege gegenüber der bisherigen Ausbildung halbiert. Die Inhalte werden zugunsten medizinischer Inhalte verschoben. Gleichzeitig ist absehbar, dass in Zukunft aufgrund des demografischen Wandels besonders viele Fachkräfte in der Altenpflege gebraucht werden. Die Pflegeausbildung sollte sich hieran orientieren.

Entsprechend dieser Argumentation muss der Fokus primär auf den Bedürfnissen der stark steigenden Zahl hochaltriger Menschen liegen. Gemäß des Deutschen Zentrums für Altersfragen machen sie heute 5,3% der Bevölkerung aus. Im Jahr 2050 werden es 16,5% sein. Mit dem Alter steigt auch das Risiko von Pflegebedürftigkeit. 2010 waren 2,4 Mio. Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig. Bis 2030 wird ein Anstieg auf 3,4 Mio., bis 2050 auf 4,5 Mio. Pflegebedürftige prognostiziert. Auch die Zahl der Demenzerkrankungen wird sich Schätzungen zufolge von heute 1,5 Mio. Menschen auf 3 Mio. bis zum Jahr 2050 verdoppeln.

Mit zunehmendem Alter nimmt auch das Risiko zu, chronisch und mehrfach zu erkranken oder von einer Behinderung betroffen zu sein. Zudem wächst die Zahl allein lebender Pflegebedürftiger (gemäß www.zqp.de derzeit 44% aller Pflegebedürftigen) und der von Altersarmut betroffenen Pflegebedürftigen.

Vor diesen Hintergründen wird in Teilen der Mitgliedschaft die generalistische Ausbildung mit einer Schwerpunktsetzung in der Krankenpflege nicht als die richtige Antwort auf diese erkennbaren Entwicklungen gesehen zumal dort angezweifelt wird, ob tatsächlich so mehr Menschen den Pflegeberuf erlernen und dieser attraktiver wird. Die vom Bundesministerium

für Bildung und Forschung in Auftrag gegebene Bestandsaufnahme zur Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE) mache deutlich, dass in fast allen Ländern mit generalistischer Ausbildung ein eindeutiger Fachkraftmangel in der Altenpflege herrscht. Diese Entwicklung würde auch Deutschland drohen und damit die Personalsituation vor allem in der Altenpflege erheblich verschlechtern, nachdem in den letzten Jahren die Ausbildungsplatzzahlen hierzulande stetig gesteigert werden konnten; nicht zuletzt durch die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive.

Besonders in der Altenpflege besteht die Gefahr, dass die Kosten für die Sozialhilfeträger deutlich steigen werden. Die Umlage der Kosten der Ausbildungsstätten auf die Pflegeversicherung ist kritisch zu betrachten (vgl. auch unsere Ausführungen zu Erfüllungsaufwand/Kosten).

Weitere Aspekte und Notwendigkeiten bei Umsetzung des Gesetzes

Aus dem Krankenhausbereich wird uns berichtet, dass weiterhin als Basisqualifizierung eine bundeseinheitliche einjährige Basisausbildung zur Pflegeassistenz benötigt wird. Damit können auch junge Menschen mit vergleichsweise niedrigerem Schulabschluss oder möglicherweise auch Menschen die jetzt Deutschland als Flüchtlinge erreichen für diesen Beruf gewonnen und qualifiziert werden.

Aus Sicht der den ÖGD mittragenden Kommunen stellen sich auch weitere Fragen dazu, welche Aufgaben ggf. künftig im Rahmen der Delegation auf die Kommunen übertragen werden. Z.B. in NRW ist aktuell die Bezirksregierung für die Prüfung der Altenpflegerinnen und Altenpfleger zuständig. Sollte diese den Prüfungsvorsitz sowie die Wahrnehmung ordnungsbehördlicher Aufgaben auf die Kommunen übertragen, würde hier der Personalbedarf steigen, da die Zahl der zu Prüfenden erheblich steigen würde. In dem Referentenentwurf wird die Zuständigkeitsregelung für die Umsetzung des geplanten Gesetzesvorhabens auf die Länder übertragen. Je nach Ausgestaltung kommen hier in unterschiedlichem Maße zusätzliche Arbeiten auf die örtliche Ebene des ÖGD zu. Im Gesetzentwurf ist eine staatliche Abschlussprüfung vorgesehen (z.B. § 2 Nr. 1). Ob die Kommunen/unteren Gesundheitsbehörden bzw. Ordnungsbehörden weiterhin den Prüfungsvorsitz stellen bzw. das Erlaubniserteilungsverfahren führen, wird sich erst durch eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die entsprechenden Zuständigkeits- bzw. Ausführungsbestimmungen des Landes ergeben. Sollte es dazu kommen, ist ein erheblicher Aufgabenzuwachs zu erwarten, der mit den vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen nicht zu bewältigen ist. Wir bitten daher eindringlich darum dass die Probleme, die sich hier absehbar ergeben aufgegriffen werden. Eine Aufgabenteilung zwischen zum Beispiel einem Angehörigen des Pflegeberufes oder einer Pflegekammer (Prüfungsvorsitz) und der Kommune (Erlaubniserteilungsverfahren) sollte dabei nach einer Einschätzung aus unserer Mitgliedschaft aber gleichwohl vermieden werden, damit die Kommune nicht etwas verantworten, umsetzen und ggf. gerichtlich vertreten muss, worauf sie keinen Einfluss hat.

Zudem dürfte durch den vorgesehenen Zugang zu einer Hochschulischen Pflegeausbildung mit weiteren zu bewältigen Aufgaben zu rechnen sein. Es vermehrt sich z.B. der Aufwand im Zusammenhang mit den erteilten Berufsurkunden (= weiterführende Konsequenzen), z.B. Entscheidungen über Ausbildungsverkürzungen, Konformitätsbescheinigungen, Rücknahme, Widerruf und Ruhen einer Erlaubnis, Umschreibung der Urkunde, Ausstellen von Ersatzurkunden etc.

Das Ruhen der Erlaubnis bei Verdacht auf eine Straftat ist nun neu in das Gesetz aufgenommen worden. (§ 3) Ordnungsrrechtlich ist nun auch aufgenommen worden, dass der Arbeitgeber mit einer Geldbuße belangt werden kann, wenn er die Übernahme oder Duldung von Aufgaben durch eine Person veranlasst, ohne dass diese im Besitz der erforderlichen Erlaubnis ist. (§ 57). Hier ist die Frage nach Zuständigkeiten ebenfalls entscheidend.

Aufgrund der vergangen Schwierigkeiten hinsichtlich der Entscheidung über eine weitere Ausbildungsverlängerung nach nicht bestandener Wiederholungsprüfung wäre es ggf. sinnvoll eine Anmerkung zu § 21 anzubringen, wie einheitlich zu verfahren ist.

Zu § 46 Absatz 2 Nr. 4 (Meldung der dienstleistungserbringenden Person an die zuständige Behörde / Erklärung der dienstleistungserbringenden Person über die erforderlichen Sprachkenntnisse) stellen sich Fragen der Auslegung: Soll es sich hierbei um eine Selbstauskunft handeln? Welche Möglichkeiten des Einschreitens (Schutz des Patienten) hat die Behörde? Weitere Vorgaben (z.B. ein Sprachzertifikat mit Mindestniveau) werden zumindest in einem Teil unserer Mitgliedschaft für dringend erforderlich gehalten. In der Gesetzesbegründung auf Seite 103 heißt es jedoch, dass die benötigten Kenntnisse der deutschen Sprache vorliegen müssen. Er soll damit einen Prüfmaßstab für die Sprachkenntnisse bei der beabsichtigten Dienstleistung regeln. Dies erscheint widersprüchlich, wenn der Dienstleister nach eigenen Maßstäben entscheidet.

Gemäß § 59 haben nur Anspruch auf Umschreibung, Antragsteller mit einer Berufserlaubnis nach dem KrPflG von 2003 bzw. dem Altenpflegegesetz von 2003. Nach § 23 KrPflG vom 16.07.2003 gilt die zum Zeitpunkt vor Inkrafttreten des Gesetzes erteilte Erlaubnis als "Krankenschwester/Krankenpfleger" als Erlaubnis nach § 1 (also als Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger). Entsteht hier nicht eine Ungleichbehandlung, wenn nach dem Pflegeberufsgesetz die Berufsurkunden nur eingeschränkt umgeschrieben werden dürfen?

Das Umschreiben der Berufsurkunden wird zudem mit einem zusätzlichen Personalaufwand verbunden sein.

Es ist derzeit nicht erkennbar, ob ein entsprechender Vordruck nach § 59 Abs. 2 dem Gesetz als Anlage beigelegt sein wird. Diese Umsetzung erscheint aber sinnvoll, da von der Vorlage der Erlaubnisurkunde inhaltlich nicht abgewichen werden darf. Weiterhin wäre das weitere Verfahren zu klären: Bedeutet dies, dass der Antragsteller demnächst im Besitz beider Urkunden ist? Muss wieder ein Attest und ein Führungszeugnis eingereicht werden, um den aktuellen Stand der gesundheitlichen und charakterlichen Eignung zu überprüfen?

Erfüllungsaufwand / Kosten

Positiv ist, dass die Ausbildung für die Auszubildenden zukünftig kostenfrei sein soll. Dies ist in vielen Bundesländern allerdings bereits seit Jahrzehnten Standard.

Die geplante Finanzierung der Schulkosten wird teilweise durchaus auch kritisch gesehen. Demzufolge handelt sich um staatliche Schulen bzw. staatliche anerkannte Schulen, vergleichbar mit Berufsschulen. Da die Schulen in einer dualen Ausbildung an einen staatlich anerkannten Ausbildungsabschluss heranführen sollen, käme hier grundsätzlich auch die Finanzierung der Schulkosten aus Steuermitteln in Betracht.

Wie vorliegend werden zur Finanzierung der Ausbildung nebeneinander bestehenden Säulen im Gesundheits- und Sozialwesen direkt miteinander verknüpft. Es bleibt zu hoffen und erscheint nicht gesichert, dass dies reibungslos und ohne enorme Kostensteigerungen ablaufen wird.

Im Referentenentwurf ist zwar vermerkt, dass für die Kommunen kein Erfüllungsaufwand entsteht, als Sozialhilfeträger ist jedoch die Kommune durch die Übernahme der Ausbildungszulage bei Leistungsbeziehern an der Ausbildungsfinanzierung beteiligt. Die Ausbildungskosten sollen auf die Bewohner bzw. auf die Pflegesätze umgelegt werden. Hier ist unsere Forderung derartige finanzielle Auswirkungen für die Kommunen möglichst auszuschließen bzw. gering und kalkulierbar zu halten. Für die Kommunen ergeben sich hier jedenfalls durchaus finanzielle Belastungen aus erhöhten Beiträgen der Pflegeversicherung (Übernahme dieser über den § 32 SGB XII, einkommensbereinigend über die §§ 82 SGB XII und §§ 11 ff SGB II) und die die Erhöhung der Leistungen im 7. Kapitel SGB XII (ambulant und stationär).

Bei der geplanten Umlagenfinanzierung unter Einbeziehung der Kranken- und Pflegekassen zu erwarten, dass durch den Organisationsaufwand zur Administration des Umlagefonds noch zusätzliche Kosten entstehen, welche zu entsprechenden Mehrbelastungen der Haushalte von Bund, Land und Kommunen führen.

Zu Einzelbestimmungen und speziellen Kostenfolgen:

Der Entwurf für ein Pflegeberufegesetz sieht in § 9 (2) ein "...Verhältnis fachlich und berufs-pädagogisch qualifizierter hauptberuflicher Lehrkräfte zur Zahl der Ausbildungsplätze ..." von 1:20 vor.

Etwa in Nordrhein Westfalen käme es zu einem Erfüllungsaufwand, weil die dort geltende Verordnung zur Durchführung des Krankenpflegegesetzes (DVO-KrPflG NRW) vom 07. März 2006, § 2 zurzeit ein Verhältnis 1:25 fordert.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung