

Altenpflegeausbildung

Kommentierung zur geplanten Einführung einer „generalistischen“ Pflegeausbildung

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstraße 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

In Zusammenarbeit mit den Partnern des Bündnisses für Altenpflege

Inhaltsverzeichnis

I.	Definitions Klarheit	3
II.	Auswirkungen der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung auf den Bereich der Altenpflege	4
	1. Die Pflegeberufe und ihre historisch-kulturelle Prägung	4
	2. Schnelle Heilung oder Begleitung und Bewältigung des Lebensalltags?	4
	3. Kernaufgaben der Pflege	4
	4. Ausbildungsinhalte	5
	5. Ausrichtung der Altenpflege	5
	6. Ausbildungsdauer und Weiterbildung	5
	7. Multiprofessionalität	6
	8. Attraktivität: Unbelegte Behauptungen und Rahmenbedingungen	6
	9. Zukunft: Lebensweltorientierte Pflege	7
	10. Ausbildung nach Alter? - Versorgungsanforderungen	7
	11. Image der Altenpflege	8
	12. Finanzierung	8
III.	Auseinandersetzung mit Aspekten der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe	9
	1. Auswirkungen der Umstellung: Abnehmende Bereitschaft	
	2. Änderungsbedarf hinsichtlich der im Eckpunktepapier vorgeschlagenen Aufteilung der praktischen Ausbildungszeiten	9
	3. Ergänzungen und Änderungen an den Ausbildungszielen	10
	4. Ergänzende Einführung einer akademischen Pflegeausbildung	10
	5. Übertragung ärztlicher Aufgaben und vorbehaltenen Tätigkeiten	11
IV.	Berücksichtigung alternpflegerischer Ausbildungsinhalte in der dreijährigen Fachkraftausbildung – Vorgaben der novellierten EU-Berufsanerkennungs-Richtlinie mit Blick auf die Berücksichtigung alternpflegerischer Ausbildungsinhalte in einem neuen Pflegeberufegesetz	12
V.	Fazit und Forderungen	13

I. Definitionsklarheit

Aufgrund der EU-Anforderungen muss Deutschland bis Februar 2016 ein reformiertes Berufegesetz vorlegen.

Zu klären ist zunächst, was unter „Generalistik“ überhaupt zu verstehen ist. Wer meint was, wenn er hierüber spricht? Die Formulierungen hierzu in den Koalitionsverträgen der vorangegangenen und der aktuellen Regierungskoalition verwenden hier unterschiedliche Beschreibungen (Auszug aus dem aktuellen Koalitionsvertrag, Seite 85: „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“).

Allein in Bayern gibt es seit nunmehr zehn Jahren dutzende von Arten der „Generalistik“ mit einer erheblichen Variationsbreite von Inhalten, Strukturen und Finanzierungen. Auf eine Anfrage im Bayerischen Landtag konnte das federführende Ministerium keine eindeutigen Aussagen über die Vielfalt, geschweige denn zu den Erfahrungen aus den Projekten machen. Auch das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes vom 1.03.2012) ist hierzu so allgemein gehalten, dass daraus ebenfalls keine Konkretisierung abzuleiten ist. Alle sprechen von „Generalistik“ und dabei hat jeder sein eigenes Bild im Kopf. Seitens der Politik ist von mehr Verantwortung der Träger und einer umfassenden Ausbildung in den Unternehmen über den Erhalt des Abschlusses der Altenpflegefachkraft die Rede.

a) Grundverständnis Generalistik:

Zusammenfassung der drei bestehenden Ausbildungen zu einer Ausbildung an gemeinsamen Schulen in einheitlicher Landeszuständigkeit mit einem einheitlichen, gemeinsamen Abschluss. Gegebenenfalls unter **Ausweisung** der Schwerpunkte (z. B. in der Altenpflege). Nach der Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll die generalistische Ausbildung zukünftig auch als Studium (parallel zum Bachelor) erworben werden können.

Die Finanzierung der Reform ist gegenwärtig unklar. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe schlägt hierzu vier alternative Szenarien vor, diese basieren in der Ausrichtung überwiegend auf Mittel der Kranken- und Pflegeversicherung.

b) Integrierte Ausbildung:

Zusammenfassung der gleichartigen Ausbildungsinhalte in dem jeweiligen Curricula des Berufsbildes an gemeinsamen oder unterschiedlichen Schulen oder eine gemeinsame Ausbildung der Pflegeberufe in einer Art identischer Grundausbildung. Abgeschlossen wird die Ausbildung – wie bisher – mit den gegenwärtigen unterschiedlichen Berufsabschlüssen unter Beibehaltung der Praktikumsstruktur und dessen Umfang.

II. Auswirkungen der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung auf den Bereich der Altenpflege¹

1. Die Pflegeberufe und ihre historisch-kulturelle Prägung

Es gibt in Deutschland nicht „die Pflege“. **Alle Pflegeberufe sind kulturell unterschiedlich geprägt.** Die **Krankenpflege** steht zum Beispiel in ihrer **Emanzipationsbestrebung gegenüber der Ärzteschaft** während die **Altenpflege als arztferner Beruf** gilt – der kulturhistorisch immer eine Mischung aus Pflege und Sozialarbeit war und hier insbesondere im letzten Jahrzehnt seine Bedeutung erlangt hat. Insbesondere die Langzeitpflege wird mit Blick auf den demografischen und sozialen Wandel und einer Pflege hin zum Quartier weiter an Konjunktur gewinnen (müssen). Hier werden wir den größten Bedarf in der gesundheitlichen und lebensweltlichen Versorgung haben. Pflege lässt sich dort nicht von der Gestaltung des sozialen Lebensumfeldes abtrennen. Wenn Altenpflege als wesentlicher Anteil der Langzeitpflege nicht in sämtlichen Strukturen von Ausbildung über Weiterbildung bis hinein in das Versorgungssetting gefördert und unterstützt wird, wird an dieser Stelle die erforderliche Berufskompetenz entfallen, die auch durch andere Berufsgruppen nicht kompensiert werden kann. Anstelle dessen Laienkräfte einsetzen zu wollen, bedeutet einen Einbruch der Versorgungsqualität, der von den Bürgern weder gewünscht noch toleriert werden wird. Die Kosten für dieses Vorgehen wären durch Verschiebungen in den Sektor des SGB V und anderer deutlich höher zu veranschlagen, als die bisherigen.

2. Schnelle Heilung oder Begleitung und Bewältigung des Lebensalltags?

Zudem: wir haben heute unterschiedliche pflegerische Sektoren, die sich in den letzten Jahrzehnten immer weiter ausdifferenziert haben. Der hochtechnische und auf Akutmedizin und -pflege ausgerichtete **Kliniksektor**, der mit seiner DRG-Logik auf **schnelle Heilung und Verkürzung der Verweildauern** setzt, erfordert andere pflegerische Kompetenzen als die pflegerische Begleitung alter Menschen und **Langzeitkranker**. Hier steht eine auf der **Biografie** des Menschen basierende Langzeitpflege im Vordergrund und es geht primär um die **Unterstützung und Begleitung bei der Bewältigung und Ausgestaltung des Lebensalltags** des alten Menschen.

3. Kernaufgaben der Pflege

Als **Kernaufgabe** der Pflege und auch als Zentrum einer generalistischen Ausbildung kristallisiert sich zunehmend eine Pflege heraus, die v.a. auf die Übertragung **ärztlicher Aufgaben** und auf Behandlungspflege setzt. Dieses medizinische Verständnis mag in der **Krankenpflege**, wo es vorwiegend um Heilung geht nachvollziehbar sein, nicht jedoch in der **Altenpflege**, in der darüber hinaus andere und weitere **Fähigkeiten und Kenntnisse** von Nöten und vielfach bedeutsamer als der Heilungsaspekt sind. Unterstützt wird die Entwicklung einer generalistischen Pflege mit starker Krankenpflegeorientierung durch die Berufsanerkenntnisrichtlinie (siehe hierzu den Themenblock Europa).

¹ Bezugspunkt der Ausführungen sind das u. a. auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Anfang 2012 veröffentlichte Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ sowie die Festlegungen im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode.

4. Ausbildungsinhalte

Immer wieder wird von Generalistikbefürwortern betont, dass ein hoher Anteil der Ausbildungsinhalte identisch sei. Das mag bei dem Vergleich der **Überschriften der Lernfelder zutreffen**. Bei der **Ausgestaltung** der Lernfelder allerdings werden die (alters-)spezifischen Inhalte erkennbar. Die Aussagen zur **quantitativen** Höhe der gemeinsamen Inhalte variiert heute zwischen **30 – 60%**. Belastbare Belege dafür finden sich nicht. Ein **ähnlich** hoher Überschneidungsanteil von Inhalten zeigt sich auch bei anderen Berufen, so z. B. bei den **Heilerziehungspfleger**n oder Physiotherapeuten. Im Übrigen fürchten auch die Vertreter/innen der Krankenpflege um ihre Lerninhalte auf Kosten der durchaus als notwendig erachteten Altenpflegeinhalte. Auch von dieser Seite wird verstärkt argumentiert, dass die gesamten Lehrinhalte **nicht in drei Jahren** Ausbildungszeit unterzubringen sind.

5. Ausrichtung der Altenpflege

Oftmals wird argumentiert, dass die Altenpflegeausbildung und der Altenpflegeberuf seit **2003 ein Heilerziehungsberuf** sei und damit im Schwerpunkt behandlungspflegerische Aufgaben beinhaltet. Nur dadurch ist eine bundeseinheitliche Anerkennung möglich gewesen. Es mag sein, dass Heilung ein Bestandteil des Altenpflegeberufes ist. Das Berufsfeld geht jedoch in seinen Aufgabeninhalten weit darüber hinaus. **Alter ist keine Krankheit, es geht weniger um Heilung als vielmehr um das Ziel, Lebensqualität und Selbstbestimmung trotz Einschränkungen zu erhalten und/oder zu fördern**. Da die Pflege in der Lebenswelt der Menschen und auf Grundlage ihrer Biografie gestaltet wird, benötigen dort tätige Pflegekräfte Wissen um die **soziale, materielle, psychische, körperliche sowie um die kulturelle Prägung** des alten Menschen.

6. Ausbildungsdauer und Weiterbildung

In einer dreijährigen Ausbildung werden alle Pflegeberufe einen **Verlust** an spezifischen **Fähigkeiten** hinnehmen müssen. Breite statt Tiefe wird dann gelten.

Alle drei Pflegebereiche sind heute in hohem Maße ausdifferenziert und verlangen dementsprechend **spezifische Fachkenntnisse** von den Pflegekräften. Eine **Basisqualifizierung** wird hier schnell zur beruflichen **Überforderung** führen.

Es wird immer wieder betont, die basisqualifizierten Pflegekräfte würden vorwiegend Soft Skills erlernen, die ihnen ermöglichen sollen, sich schnell in neue Aufgaben einzuarbeiten. Fakt ist aber, dass die Auszubildenden in der Ausbildungszeit kaum **praktische Fertigkeiten** wie beispielsweise das **Setzen einer Injektion oder die konkrete Anwendung von Validation erlernen**. Dies wird künftig Aufgabe der Träger im **Anschluss an die dreijährige** Ausbildung sein. Hier stellt sich die Frage, wer das zeit- und personalintensive Anlernen durch den **Praxisträger künftig bezahlen** soll (heute schon schwer geltend zu machen in Pflege-satzverhandlungen) und wie die **Qualität** diesbezüglich **bundeseinheitlich** gesichert werden soll. Denn ein qualitätsgesicherter Grundstein der beruflichen Qualifikation, der dann in ein undefiniertes und unkontrolliertes berufliches Weiterbildungssystem abdriftet, ist völlig kontraproduktiv.

Eine Spezialisierung in einem der drei Berufe soll im **Anschluss an die dreijährige** Ausbildung erfolgen. Das wiederum wird die Ausbildungszeit verlängern und vor allem auch dazu führen, dass diese von der **Pflegekraft** voraussichtlich **selber finanziert** werden muss.

Weiterqualifizierung bzw. Spezialisierung wird in den Bereich der **Freiwilligkeit** verschoben. Das wird zur Folge haben, dass wir viele basisqualifizierte Kräfte haben und wenig Fachkräfte mit spezifischer Kompetenz.

Mit Blick auf das **Durchschnittsalter in der Altenpflege** – viele der Azubis stehen im mittleren Erwerbssalter zwischen Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie evtl. privaten Pflegeaufgaben – wird dazu führen, dass die **Bereitschaft** zur weiteren Qualifizierung, die über die normale Weiterbildung (z. B. zu Qualitätsstandards in der Pflege usw.) hinausgeht, sinkt.

7. Multiprofessionalität

Im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wird betont, dass wir es in der Zukunft in der Pflege mit komplexeren Versorgungsbedarfen zu tun haben. **Komplexität braucht verschiedene Spezialisten in einem Team.** Dies fordert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen seit seinem Gutachten 2007. Wir verkennen nicht, dass die zunehmenden chronischen Erkrankungen und die **demografischen Entwicklungen** von den Pflegenden im **Krankenhaus mehr gerontologisches Wissen** verlangt und ebenso die Altenpflege mehr medizinische Kompetenz verlangt. Der Schlüssel liegt in der **Multiprofessionalität** und in der Weiterentwicklung des Berufsbildes Altenpflege.

8. Attraktivität: Unbelegte Behauptungen und Rahmenbedingungen

Bis heute ist unbeantwortet, **warum Generalistik den Pflegeberuf attraktiver** machen sollte. Die Untersuchungen von Prof. Dr. Martina Hasseler legen das Gegenteil nahe. Heute schon ist es möglich, dass **auch Altenpflegekräfte** in den **unterschiedlichsten Sektoren** des Gesundheits- und Sozialsystems tätig werden können. **Wenn Krankenhäuser dies verweigern, dann nicht, weil es rechtlich nicht möglich wäre.** Durch die Zunahme alter (pflegebedürftiger) Menschen mit Pflegebedarf in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens wird künftig eine Pflege mit besonderer **gerontologischer und geriatrischer Kompetenz** in allen Bereichen von Nöten sein. Dadurch werden sich die beruflichen **Optionen** für Altenpflegekräfte **erweitern**. Allerdings werden auch generalisiert ausgebildete Pflegekräfte, insbesondere wenn sie ihre Praxiseinsätze im Schwerpunkt in der Altenpflege wahrgenommen haben, am Bedarf des Krankenhauses bezüglich des Akutversorgungsanspruchs und des geforderten Spezialwissens nur selten eingestellt.

Die in der Altenpflege nicht zuletzt im Kontext der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive geschaffene **Steigerung von über 6 %** mehr Auszubildende in der Altenpflege ist Beleg für die Attraktivität des Berufes. Insbesondere wenn man die **abnehmende Zahl** in anderen Ausbildungsberufen betrachtet.

Im Übrigen: In vielen Bundesländern gibt es – trotz der Rahmenbedingungen – deutlich mehr Bewerber für den Beruf als Ausbildungsplatzzahlen. Darüber hinaus könnten weitere Auszubildende aufgenommen werden, wenn die Länder, wie in der Ausbildungsoffensive vereinbart, ausreichend Schulplätze zur Verfügung stellen und endlich das Schulgeld abschaffen würden. Viele der Auszubildenden **entscheiden sich ganz bewusst** für den Beruf Altenpfleger. Hierfür gibt es zahlreiche Belege. Der Beruf wird von den Pflegekräften als **gesellschaftlich bedeutsam und für sich selbst als sinnstiftend** erlebt.

Erst die **Konfrontation** mit den **bestehenden Rahmenbedingungen**, unter denen Altenpflege erfolgt, führen zu Belastungen und Unzufriedenheit im Beruf. **Wenn diese Bedingungen über die Ausbildungsreform hinaus im Bereich der Altenpflege bestehen bleiben,**

wird auch keine generalistisch ausgebildete Pflegekraft dort tätig werden wollen. Wir brauchen daher vor allem eine Reform der Rahmenbedingungen, die dafür Sorge trägt, dass die Auszubildenden das in ihrem Beruf verwirklichen können, was sie gelernt haben und was Grund für ihre Berufswahl war.

Betreuungsaufgaben, die in einer lebensweltlich orientierten Langzeitpflege in hohem Maße relevant sind, stellen einen ganz wesentlichen Grund für die Attraktivität von (Alten-)Pflege dar. Diese dürfen nicht in überwiegend niedrigqualifizierte Hände gegeben werden, sonst verliert der Pflegeberuf weiter an Attraktivität. Hier ist deutlich zwischen dem Image des Berufsfeldes und dem der Ausbildung zu unterscheiden. Will man den Beruf der Langzeitpflege respektive Altenpflege attraktiver machen, so ist der Hebel bei den Rahmenbedingungen und in den Versorgungsformen alter, chronisch kranker Menschen mit Pflegebedarf anzusetzen.

Mit einer **generalistischen** Ausbildung erhofft man sich, durch einen **flexibleren Einsatz** der Pflegekräfte in den unterschiedlichen Bereichen der Pflege den **Personalmangel zu mindern**. Es kommen durch die **Flexibilisierung** aber **nicht** automatisch **mehr Pflegekräfte** ins System. Ob der Beruf hierdurch attraktiver wird, ist ebenfalls nicht belegbar. Davon auszugehen ist derzeit **reine Spekulation**. Die Attraktivität des Berufes **im Ausland** resultiert vor allem in **der Augenhöhe zum ärztlichen Bereich**. Durch die neue **Aufgabenaufteilung** zwischen **Medizin und Pflege** und die damit verbundene Neu-Strukturierung wird eine wesentliche Steigerung der Attraktivität unterstellt. Augenhöhe hat aber weder im Ausland die gewünschten Erfolge gezeichnet noch ist dies – aufgrund der relativen Arztferne – ein zentrales Thema der Altenpflege.

9. Zukunft: Lebensweltorientierte Pflege

Die Zukunft der Pflege liegt in wohnortnahen Versorgungsstrukturen und Angeboten. Immer mehr alte **Menschen leben allein** und erhalten wenig bis keine (und vor allem keine koordinierte) Unterstützung aus informellen Netzen. **Altenpflegekräfte und die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste kennen die besonderen Bedarfslagen** alter Menschen. Sie sind täglicher Bestandteil ihrer Lebenswelt. Insofern kennen sie deren besondere Bedürfnisse und Bedarfe. Deshalb ist ihnen bei der Steuerung **lebensweltlicher Pflegearrangements** auch eine **zentrale Rolle** einzuräumen. Insbesondere Klie und andere verweisen in diesem Kontext auf die Unterscheidung zwischen Care und Cure. Hier bedarf es einer politischen Entscheidung, ob Alter als Krankheit und vorrangig heilungsbedürftig, defizitorientiert oder als begleitet und lebensqualitätsunterstützend ausgestaltet wird und mit welchen Kompetenzen man den Bereich der Altenpflege ausstatten will.

10. Ausbildung nach Alter? – Versorgungsanforderungen

Von Befürwortern der Generalistik wird immer wieder betont, dass eine Pflege orientiert an Lebensphasen nicht mehr zeitgemäß sei. Vielmehr wird beispielsweise im Bereich der Altenpflege nicht primär nach dem Lebensalter ausgebildet, sondern nach den spezifischen Bedarfen und Versorgungsanforderungen, die sich auch in den Ausrichtungen der jeweiligen Sektoren widerspiegeln. Daraus speist sich vor allem die Argumentation, dass die Altenpflege eine Teilmenge der Langzeitpflege ist. Mit wachsendem Anteil chronischer Erkrankungen und der Maxime, Lebensqualität auch mit gesundheitlichem und funktionalem Handicap zu schaffen und soziale Teilhabe zu ermöglichen, bedarf es weiterhin des darauf ausgerichteten Berufsbildes.

Die Negierung der Lebensphasen lässt sich zudem aus der Perspektive einer klinischen und akutmedizinischen und pflegerischen Versorgung heraus nachvollziehen. **Im Krankenhaus werden alle Altersgruppen gepflegt, mit diesem Argument wird die Differenzierung nach Lebensphasen aus der Perspektive als überholt bezeichnet.** In der Langzeitpflege, die sich an der Biografie des Menschen, an dessen Lebensumfeldgestaltung und -einbeziehung orientiert, bedarf es **spezifischer Kenntnisse der Zielgruppe** beziehungsweise deren Lebensumständen. Diese Notwendigkeit der spezifischen Betrachtung der Zielgruppe spiegelt sich zum Beispiel in der Ausgestaltung der **geriatrischen Rehabilitation** wider. Die **besonderen Bedarfslagen** alter Menschen werden auch in anderen Bereichen anerkannt, so haben sich u.a. Gebiete wie die **Geragogik, die Gerontotechnik, die Gerontopsychotherapie** usw. ausdifferenziert. In der Bundespolitik wie auch in der Kommunalpolitik gibt es ausgewiesene Zuständigkeiten für die **Altenhilfepolitik** oder die Altenhilfeplanung. Umso mehr ist dieser spezifische Blick auf die Besonderheiten des Alters in einer personennahen Dienstleistung, wo es auch um Abhängigkeiten von Menschen von der Hilfe anderer geht und um ethische Fragestellungen, unumgänglich.

11. Image der Altenpflege

Das **Image der Altenpflege** resultiert ganz vorrangig aus dem **beruflichen Umfeld und den beschriebenen Rahmenbedingungen. Hinzu kommt die Komponente der Dominanz eines gesellschaftlichen Leitbildes der ewigen Jugend und der Suggestion der unbegrenzten Heilungsmöglichkeiten mit der Tabuisierung von Verlust der Selbstständigkeit und des Sterbens.** Wie sollte vor diesem Hintergrund dann unter **generalistischen** Ausbildungsbedingungen dieses Feld für die Absolventen **attraktiv** sein? Alle, denen es möglich ist, werden in das **Krankenhaus, das vordergründig das bessere Image** hat, ausweichen. Welche **Art von Selektion** ist denn dann für die Pflege von alten und chronisch Kranken Menschen **zu erwarten? Umgekehrt:** Gelänge eine **Imageverbesserung** des beruflichen Umfeldes der Altenpflege, warum sollten dann in diesem Feld nicht **Altenpflegekräfte und Krankenpflegekräfte nebeneinander arbeiten**, mit ihrer jeweiligen spezifischen Qualifikation, wie es im Übrigen unter den derzeitigen Bedingungen üblich ist, z. B. auch im Krankenhaus in der Gerontopsychiatrie.

12. Finanzierung

Eine **Ausbildungsumlage** auf die Pflegebedürftigen ist heute nur dadurch zu **rechtfertigen**, dass die Auszubildenden auch der Einrichtung in ihrer Rolle **zur Verfügung** stehen. Insofern wäre unter den neuen Ausbildungsbedingungen eine solche **Umlage** auch **rechtlich nicht mehr haltbar.** Aufgrund der Ausrichtung der Ausbildungsinhalte an der Krankenpflege ist der Lernort Altenpflegeeinrichtung oder Dienst in seiner Eignung in Frage gestellt.

Durch die angedachte Finanzierung über die sozialen Sicherungssysteme, sowohl bezüglich der Schulen als auch bezüglich der Ausbildungsvergütung bzw. der Finanzierung des Studiums, werden voraussichtlich insbesondere dem SGB XI erhebliche Mittel entzogen. Diese stehen im Teilkaskosystem Pflegeversicherung nicht mehr für die direkten Pflegeleistungen zur Verfügung. Ein früherer Eintritt von Sozialhilfe ist vorprogrammiert.

III. Auseinandersetzung mit Aspekten der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe

1. Auswirkungen der Umstellung: Abnehmende Bereitschaft

Allein die Umstellung auf ein neues Ausbildungssystem wird, wie schon nach den Reformen der Ausbildungsgesetze 2003 und 2004 in der Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung, zu Einbrüchen bei den Ausbildungsplatzzahlen führen – umso mehr noch bei einer deutlich darüber hinausgehenden Reform. Zudem wird durch die Erweiterung der pflegerischen Handlungsfelder innerhalb der Pflegeausbildung die Zahl der Pflegekräfte für die heute bestehenden Pflegebereiche reduziert.

Die Ausbildungsbereitschaft wird deutlich abnehmen. Die Präsenz der Auszubildenden in der Altenpflege wird auf ca. die Hälfte zurückgehen (neu: 1.060 Stunden inkl. Vertiefungspraktika im Gegensatz zu gegenwärtig 2.000 bis 2.500 Std.). Im Ergebnis bleibt weniger Zeit zur praktischen Kompetenzentwicklung ebenso wie eine abnehmende Möglichkeit der Betriebsbindung der Auszubildenden.

Die Zahl der Pflegekräfte wird durch eine Zusammenführung der drei Pflegeberufe nicht zunehmen, sondern max. wird ihr Einsatzfeld im Rahmen der Ausbildung weiter. Das wirft erhebliche Probleme im Bereich der Personalbindung auf. Einrichtungen und Dienste, insbesondere in der Altenhilfe, schließen für den praktischen Teil der Ausbildung mit den Schülern Verträge und zahlen **Ausbildungsvergütungen**. Dadurch, dass die Vergütung auf die Bewohner der Einrichtung umgelegt wird, entstehen auszubildenden Einrichtungen nicht selten **Wettbewerbsnachteile**, weil die Heimkosten für die Pflegebedürftigen dadurch höher ausfallen. Das nehmen viele **Einrichtungen in Kauf**, weil sie auch ihre **Vorteile** sehen. Der Anreiz für die Einrichtungen auszubilden liegt vorrangig in der **Personalbindung**. Da das Ziel ist, die Praxisorte zu erweitern, werden die Schüler immer seltener in der Einrichtung, mit welcher der Vertrag abgeschlossen wurde, Ausbildungszeit verbringen. Hierunter leidet dann die **Identifikation mit dem Unternehmen**. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung dürfte sich **der Nutzen** der Ausbildung für die **Träger immer weniger erschließen**.

2. Änderungsbedarf hinsichtlich der im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Aufteilung der praktischen Ausbildungszeiten

Die Aufteilung der **Praxisphasen** ist aus der Perspektive der Altenpflege **nicht sachgerecht**. Diese berücksichtigt weder die **fachlichen Anforderungen** in angemessener Weise, noch berücksichtigt sie in erforderlichem **Umfang strukturelle Aspekte** des Arbeitsfeldes. Ebenso wenig werden die fehlenden **Ressourcen der Krankenhäuser** berücksichtigt, die mit der Generalistik **doppelt soviel Praxisplätze** zur Verfügung zu stellen hätten und **bereits jetzt** für die vielen Praktika der Pflege und Heilberufe **keine** ausreichende **Anzahl** an Plätzen **zur Verfügung stellen** können.

Fachliche Anforderungen: Die praktische Ausbildung sollte im Wesentlichen im eigentlichen Ausbildungsbetrieb erfolgen, im stationären und/oder ambulanten Altenpflege- Bereich. Die vorgesehenen 1.060 Stunden Praktikumseinsatz in der Altenpflegeeinrichtung bzw. dem Pflegedienst sind ca. 50 % des heutigen Durchschnitts von 2.000 bis 2.500 Stunden. Der grundsätzliche Praxisanteil in der Altenpflege ist max. um 480 Stunden und ggf. ein Wahlpflichtfach von 240 Std. aus einem angrenzenden Bereich zu ergänzen (1.540 plus 240 Stunden). Im Ergebnis dürfte genau diese Verteilung allerdings sowohl die internationale

Anerkennung gefährden als auch die Beschäftigungsaussichten dieser neuen Pflegekraft im Krankenhaus erheblich in Frage stellen.

Die vorgesehene **Rotation der Auszubildenden** stellt zudem eine hohe Belastung für die Bewohner und Klienten der Altenpflege dar. Unter der **Perspektive der Bezugspflege** und zunehmenden Verlusten im Alter ist sie im Sinne der Versorgungs- und **Betreuungsqualität kontraproduktiv**. Zudem fehlt die **Bindung der Auszubildenden** an den Träger, die Begleitung, Anleitung und Förderung sowie die Zugehörigkeit, auch, um die Ausbildungskontinuität zu gewährleisten.

3. Ergänzungen und Änderungen an den Ausbildungszielen

Die Darstellung der **Ausbildungsziele im Eckpunktepapier** ist sehr **abstrakt**. Im Ansatz wird von einer grundsätzlichen **Übertragbarkeit von Wissen und Können** in andere Arbeitsfelder ausgegangen (**z. B.** von der Arbeit mit **kranken Kindern** auf die Arbeit mit **kranken alten Menschen**). Dies gelingt nur, wenn die **Ziele** grundsätzlich von den **Kontexten getrennt werden**, in denen berufliches Handeln erbracht wird. **Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Langzeitaltenpflege** findet in den **Lebenswelten** und sozialen **Netzwerken alter Menschen statt**, sie muss die **Gewohnheiten** des täglichen Lebens ebenso **wahrnehmen**, achten und unterstützen wie **Wohnbedürfnisse und -realitäten** alter Menschen, um **qualitativ hochwertige Altenpflege** leisten zu können. Dazu braucht es unter anderem eine **differenzierte Kenntnis biografischer und kultureller Prägungen** usw. Die entsprechenden **Anforderungen** sind im **geltenden Altenpflegegesetz schlüssig beschrieben**, auch wenn diese noch weiter **ausdifferenziert** werden sollten (kultursensible Altenpflege, Inklusion, Altenpflege bei Behinderung, AAL etc.). Die **skizzierten umfassenden Fähigkeiten** sind andere als bei der Behandlung von Menschen unter klinischen Bedingungen. Zur Wahrnehmung pflegebedürftiger Menschen, die Pflege, Betreuung und Begleitung brauchen, kann das Wissen nur in dezidierten, **längerfristig angelegten Lernsituationen** auf dem Weg der beruflichen Sozialisation erworben, geplant **bzw. erprobt, reflektiert und neu geplant** werden.

Wesentlich wird in jedweder curricularer Weiterentwicklung die Ausbildung von **Steuerungskompetenz** sein. Die vielen **lebensweltlichen und gesundheitlichen Anforderungen, vor allem in der vielfältigen Verknüpfung von Selbstpflege, Laienpflege, ehrenamtlicher Tätigkeit, Hilfs- und Assistenzfunktionen sowie in der Abstimmung und Koordination inter- und transdisziplinärer Art, erfordert Steuerungs- und Führungskompetenzen.**

Diese sind schon in der **Grundausbildung (und nicht erst im akademischen Anschluss)** zu vermitteln, da Fachkräfte in **erster Linie in der Steuerung im Alltag** tätig und wirksam sind.

4. Ergänzende Einführung einer akademischen Pflegeausbildung

Rolle einer akademischen Pflegeausbildung für den Bereich der Altenpflege

Die Pflegewissenschaft ist derzeit sehr stark durch den Kliniksektor und die Krankenpflege geprägt. Das zeigt sich auch darin, dass bisher **kaum pflegewissenschaftliche Forschung im Bereich Altenpflege** betrieben wird. Das liegt u. a. daran, dass wenige Pflegewissen-

schaftler aus dem Bereich der Altenpflege stammen. Insofern begrüßen wir einen stärkeren Ausbau von Lehrstühlen und Studienangeboten im Bereich der Erweiterung der Managementkompetenzen und der gerontologischen Forschung. Es wäre auch wünschenswert, wenn das Ministerium die Forschung in diesem Versorgungssegment stärken würde, ohne dabei zu sehr auf klinische Forschung zu fokussieren, sondern vielmehr auf Leitungs- und Managementkompetenz ausgerichtet wäre und parallel Grundlagenforschung in der Altenpflege betreiben würde.

Bedarf für Absolventen mit einer solchen Qualifikation im Bereich der Altenpflege

Der Bedarf an solchen Personen im Bereich der **Altenpflegeeinrichtungen** steht im Kontext der dort **vermittelten Kompetenz** einerseits und dem **spezifisch erforderlichen Wissen und Kompetenzen aus dem Bereich andererseits**. Diesbezüglich gibt es gegenwärtig nur sehr **begrenzte Angebote**, die zudem in der Regel klinikzentriert sind. Deutlich zu **unterscheiden** ist hier auch, ob es um den **Berufsabschluss** oder eine **Weiterbildung** geht. Dem in dem Bund-Länder-Eckpunktepapier vorgesehenen Doppelabschluss, **Berufsabschluss und Bachelor**, stehen wir **skeptisch** gegenüber. Zentral zu klärende Aspekte wären die **Inhalte und die Praxisanteile sowie die anschließende Einsetzbarkeit im Tätigkeitsfeld**. Gegenwärtig sind für die Art qualifizierter Berufsangehöriger bisher weder **Funktionen noch Vergütungsstrukturen** oder die Akzeptanz der **Kostenträger** zur entsprechenden Berücksichtigung im **Stellenschlüssel** oder den Pflegesätzen zu erkennen. Auch diese „**Folgekosten**“ einer solchen Qualifizierungsoffensive sind mit zu bedenken und mit zu kalkulieren.

Quantitative Abschätzungen von 10 – 20 %, wie sie derzeit im Umlauf sind, entbehren nach unserer Einschätzung gegenwärtig für die Altenpflege jeglicher sachlicher Grundlage. Von ausschlaggebender Bedeutung wird für den Krankenpflegebereich sein, wie sich der ärztliche Sektor und ein zwischen den Berufen Pflege und Medizin neu austarierter Aufgabenbereich gestalten wird.

5. Übertragung ärztlicher Aufgaben und vorbehaltene Tätigkeiten

Delegation von Leistungen – Handlungsbedarf bezogen auf die berufliche und die akademische Berufsausbildung

Dem Pflegeberuf sollen nach dem Eckpunktepapier bestimmte Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden.

Wie schon erwähnt, kommt heilkundlichen Tätigkeiten in der Altenpflege eine **wichtige Rolle** zu. Sie sind jedoch **nur ein kleiner Bestandteil** eines komplexen Versorgungsarrangements und nur ein Teil vielfältiger anderer Aufgaben, die von Altenpflegekräften durchzuführen sind. Die Übernahme **ärztlicher Aufgaben wird traditionell vor allem als Anliegen der Krankenpflege formuliert**, die damit ihre **Statusdifferenz zum ärztlichen Bereich reduzieren** will. In der Altenpflege ist die informelle **Übertragung** ärztlicher Tätigkeiten, wie Versorgung sekundärer Wunden, Ausstattung mit Heil- und Hilfsmitteln, aber auch im Bereich des Medikamentenregimes (Beobachtung und Aussteuerung von Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen vor allem unter Polypharmacie aber auch mit alternativen Heilmitteln) **Alltag pflegerischen Handelns**, den es endlich formal anzuerkennen und seitens der Krankenkassen mit Verordnungshoheit auszustatten gilt. Dessen ungeachtet lässt sich erkennen, dass in

den letzten Jahren eine **Hierarchisierung von Pflegeaufgaben stattgefunden** hat, deren fachliche Begründung jedoch bis heute aussteht. **Behandlungspflege wird beispielsweise von den Kassen höher honoriert als die Anwendung spezifischer Konzepte in der Demenzversorgung.** Es gibt zahlreiche weitere Aufgabenfelder, die Pflege für sich erschließen sollte und könnte wie zum Beispiel im Bereich der **Prävention und Gesundheitsförderung** oder der Rehabilitation. Dies wäre eine eigenständigere Weiterentwicklung des Berufsbildes, als die Übernahme ärztlicher Aufgaben und sie hätte eine hohe gesellschaftliche Relevanz.

Sollte es jedoch zu einer Übertragung ärztlicher Aufgaben kommen, also **zur Substitution**, so muss sichergestellt sein, dass die Leistung, wenn sie qualitätsgesichert durch die Pflegekräfte erbracht werden soll, ebenso **refinanziert** werden wie heute, wenn sie durch die Ärzte erbracht werden.

Regelung vorbehaltener Tätigkeiten im Rahmen des Leistungs- bzw. Ordnungsrechts und die Erfordernisse der Altenpflege

An dieser Frage wird ganz deutlich, dass die Altenpflege über die Reform der Ausbildung saniert werden soll, anstatt umgekehrt die entsprechenden Rahmenbedingungen in der Versorgung alter Menschen geschaffen werden, in denen der Beruf sinnvoll ausgeführt werden kann.

Seit Jahren ist hierzu ein Auseinanderdriften von Leistungs- und Ordnungsrecht zu verzeichnen mit der Folge alltäglicher Dilemmata, die auf dem Rücken – insbesondere der Altenpflegekräfte – ausgetragen werden.

Man sehe nur auf die im Rahmen der Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) geprüften Inhalte der Pflege im Gegensatz zu deren Refinanzierung, insbesondere im Bereich der Betreuung, Prophylaxe, Umsetzung von Expertenstandards, rehabilitativer Pflege, palliativer Pflege etc.

IV. Berücksichtigung Altenpflegerischer Ausbildungsinhalte in der dreijährigen Fachkraftausbildung - Vorgaben der novellierten EU-Berufsanerkenntnisrichtlinie mit Blick auf die Berücksichtigung Altenpflegerischer Ausbildungsinhalte in einem neuen Pflegeberufegesetz

Die Richtlinie zielt auf eine bessere **Vergleichbarkeit der Ausbildungsabschlüsse** in der **Krankenpflege** und einer hierdurch vereinfachten **Arbeitnehmerfreizügigkeit** zwischen den EU-Mitgliedsstaaten. Da die EU-Kommission mit dieser Richtlinie aber lediglich die **Krankenpflegeausbildung** innerhalb der EU einheitlich gestalten will und dafür die zu erwerbenden Kompetenzen und Inhalte vorgibt, **kann und darf der Anteil an Altenpflegerischen Inhalten nur sehr begrenzt sein.** Der Fokus liegt in den EU-Mitgliedsstaaten auf einer **medizinisch und klinisch** ausgerichteten Krankenpflegeausbildung. Wie könnte es auch anders sein, angesichts mangelnder Kompetenz und Erfahrung im Bereich der professionellen Altenpflege. Faktisch führt das dazu, dass es in Deutschland **keine Altenpflege** geben darf, **weil** es in Europa keine Altenpflege gibt. Pflege soll offensichtlich weiterhin aus der Perspektive des Krankenhauses und medizinlastig definiert werden.

Eigentlich sollte aber der innovative deutsche Weg der Spezialisierung und des Einbezugs lebensweltlicher Kompetenzen in den Pflegeberuf aufgegriffen werden und auf EU-Ebene das Berufsbild der Altenpflege einführen. Diverse Länder (Polen, die baltischen Staaten

usw.) beschäftigen sich zwischenzeitig bereits mit der Einführung einer Altenpflegeausbildung oder haben dieses bereits umgesetzt. International wird die Abschaffung des Altenpflegeberufes als Scheitern des spezifischen Berufsbildes gewertet werden. Schon heute schauen manche EU-Mitgliedsstaaten neidvoll auf das deutsche Modell einer eigenständigen und qualitativ weit entwickelten Altenpflegeausbildung und planen ähnliche Wege. Ein potentieller Exportschlager ist damit zum Scheitern verurteilt.

Aus diesem Grund würde bei einer Generalisierung der Pflegeausbildung in Deutschland ein Großteil der **altenpflegerischen Ausbildungsinhalte verloren** gehen und der neue einheitliche Pflegeberuf in hohem Maße dem entsprechen, was heute in der Krankenpflegeausbildung vermittelt wird. Zudem bestätigen inzwischen vorgelegte **internationale Befunde**, dass in all den Ländern, in denen ein generalistisches Ausbildungsmodell besteht, **kaum gerontologische und geriatrische Kenntnisse** in der Ausbildung vermittelt werden, der Personal-mangel in der Altenpflege sehr hoch ist, eine grundsätzlich **negative und stigmatisierende Einstellung auf Seiten der Auszubildenden gegenüber dem Arbeitsfeld, aber auch dem Alter an sich anzutreffen ist und insgesamt eine Haltung besteht, dass man für die Pflege alter Menschen keine spezielle Expertise und Fähigkeiten benötigt (Hasseler 2012).**

Eine **Angleichung an das europäische Niveau** bedeutet für die Altenpflegeausbildung in Deutschland eine **Angleichung nach unten**. Wir sollten den Fehler vermeiden, eine Ausbildung, die vor **dreißig Jahren** mit Weitblick für die Folgen des **demografischen Wandels** etabliert wurde (Beschluss des Deutschen Vereins 1965), abzuschaffen. Denn möglicherweise stehen wir in einigen Jahren wieder vor der **Neu-Etablierung des Berufsbildes**, wenn sich die meisten Länder Europas mit der Alterung ihrer Bevölkerung konfrontiert sehen und weil dann möglicherweise auch die **EU-Kommission die Notwendigkeit des Berufsbildes anerkennt** und Kompetenzen definiert. Statt die Altenpflege-Ausbildung abzuschaffen, sollten wir **sie weiterentwickeln** und so verbessern, dass die Absolventen über alle Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, die wir angesichts des demografischen Wandels so dringend benötigen.

Insbesondere ist das **Ausbildungssystem in Deutschland** in den Blick zu nehmen, das den größten Teil der Schulabgänger für den Arbeitsmarkt qualifiziert und das in Europa ebenfalls einzigartig ist. Die niedrige **Jugendarbeitslosigkeit in Deutschland** im Vergleich zu den extrem hohen Arbeitslosenzahlen unter den **akademisierten Jugendlichen** in anderen **europäischen Ländern** spricht Bände und steht in direktem **kausalem Zusammenhang zur dualen beruflichen Bildung in Deutschland**.

Der Verzicht auf eine eigenständige Altenpflegeausbildung ist gerade für Deutschland äußerst bedenklich. Deutschland **altert** so schnell und so stark wie kaum ein anderes europäisches Land. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der **Geburtenrückgang** hierzulande sehr **früh eingesetzt** hat. Aus diesem Grund kommt Deutschland eine Vorreiterrolle zu, denn viele andere **Länder** in der EU werden **zeitverzögert** mit vergleichbaren Entwicklungen konfrontiert sein.

VI. Fazit und Forderungen

Die Reform der Pflegeausbildung muss verlässlich den Anforderungen einer quantitativen Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedarfe ebenso wie der qualitativen Pflegebedarfe

Rechnung tragen. Der Fachkraftmangel in der Altenpflege darf nicht verstärkt, sondern muss deutlich gelindert werden. Dazu sind die Ausbildungskapazitäten erheblich zu erweitern. Es darf nicht zum Verlust von fachlicher Expertise in den drei Pflegeberufen führen. Die heutige pflegerische Versorgungsqualität darf nicht abgesenkt werden. Der Beruf der Altenpflege und dessen Kompetenzen und Praxiserfahrung sind zu erhalten und weiterzuentwickeln.

In der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ (13.12.2012) sind die notwendigen Strukturverbesserungen zwischen allen relevanten Akteuren beschrieben und vereinbart, diese müssen ernsthaft weiterverfolgt und mit dem angedachten Monitoring begleitet werden, um das gemeinsame Ziel der Attraktivitätssteigerung des Berufes und der Ausbildung durch Optimierung der Rahmenbedingungen zu erreichen.

Zu den in der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ vereinbarten **Strukturverbesserungen gehört unter anderem die bundesweite Finanzierung der Schulen** gemäß beruflicher Bildungsstandards. Ebenso wie die angemessene Bereitstellung von kostenfreien und ausreichend refinanzierten Schulplätzen für die Altenpflege sowie die Refinanzierung der Mentoren und Anleiter in den Pflegeeinrichtungen. Letztere wären bei einer Umlagefinanzierung auch zwingend in die Umlagebeträge einzubeziehen, was eine Gesetzesanpassung mit sich bringen müsste. Im Gegensatz zu den beiden anderen Berufen, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege, ist die **Altenpflegeausbildung überwiegend bereits im Schulrecht der Länder angesiedelt**, auch wenn die **Finanzierung** der Berufsfachschulen **nicht in allen Ländern der entspricht**, wie sie z. B. bei den Berufen nach **BBiG (Berufsschulen)** oder anderen Schulen im Schulrecht der Länder (Fachschulen für Sozialpädagogik) gewährleistet ist (Finanzierung der Lehrkräfte wie Lehrer an berufsbildenden Schulen, Schulgeldfreiheit, gesicherte Infrastruktur usw.). Eine Ansiedelung der drei Berufe – unabhängig vom Vorhaben der Generalistik – **im Schulrecht der Länder ist unverzichtbar und überfällig**.

Die Reform darf nicht einseitig Ausdruck eines Einsparwillens nach dem Prinzip „Quantität statt Qualität“ sein. Sie darf ebenfalls nicht einseitig von berufspolitischen Interessen, sondern von den zentralen künftigen Bedarfen der Nutzer ausgestaltet werden (Zunahme Demenz und Depressionen, Zunahme chronischer Erkrankungen, Zunahme alleinlebende Menschen, Rückgang informeller Helferpotenziale usw.). Zudem ist die bestehende wohnortnahe Ausbildungsinfrastruktur zu erhalten und auszubauen.

Die Ausbildung muss hinreichend auf die Praxis und die dort bestehenden Anforderungen der pflegerischen Versorgung vorbereiten. Gleichzeitig müssen die Pflegeeinrichtungen in die Lage versetzt werden, die Praxisanleitung und Begleitung sicherzustellen.

Die Ausbildung muss den veränderten Versorgungsanforderungen, den Veränderungen in den Einrichtungen und Diensten, auch aufgrund von gesellschaftlichen Veränderungen, Rechnung tragen. Eine Reform muss weiterhin Durchlässigkeit gewährleisten – sowohl hinsichtlich des Berufszugangs als auch hinsichtlich der Berücksichtigung fachlicher und persönlicher Kompetenzen. Das Bildungszugangsniveau muss auch weiterhin erhalten bleiben. Die bestehenden Möglichkeiten der Arbeitsmarktpolitik, Umschulungsförderung von drei Jahren sowie Anreize zur Aufnahme der Altenpflegeausbildung müssen erhalten und ausgebaut werden.

Ein Weiterbildungsgesetz muss bundesweit gelten und die Qualität der nächsten beruflichen Schritte in allen Bereichen sichern. Die Weiterentwicklung des Altenpflegeberufes als integrierender Ansatz stellt eine Perspektive hierzu dar:

Eine Pflegeausbildung, die im theoretischen Teil – flankiert über die entsprechenden Lernfeldpraktika – **1 bis 1,5 Jahre gemeinsam** und anschließend spezialisiert in den bisherigen Berufen ausbildet, wäre eine angemessene Alternative zur generalistischen Pflegeausbildung. Hierdurch könnte die Finanzierungsstruktur wie bisher vorerst beibehalten werden. Die Ausbildungsumlage könnte ausgebaut, die Anleitung einbezogen und die Schulgeldfreiheit verpflichtend eingeführt werden. Den **Versorgungsbereichen stünden genügend spezialisierte Fachkräfte zur Verfügung**. Mit diesem Modell würde man gewährleisten, dass möglichst **wenige Auszubildende**, die im heutigen Modell einsteigen würden, **verlorengehen**. Die **Schulstrukturen** könnten zudem vorerst **beibehalten** werden. Die Schulen müssten nicht zwangsläufig Altenpflege und Krankenpflege ausbilden. Sie könnten „**Spezialisierungsschule**“ für den Bereich Altenpflege bleiben aber in den ersten anderthalb Jahren nach einem **gemeinsamen Curriculum** für Altenpflege und Krankenpflege unterrichten. Die Schüler könnten nach diesem Modell entscheiden, für welchen Bereich sie sich spezialisieren wollen. Auch eine Qualifizierung im Nachhinein für den anderen Bereich unter Anerkennung der gemeinsamen Ausbildung wäre möglich. Zusätzlich könnten Fähigkeiten und Fertigkeiten anerkannt werden.

Der **Vorteil** dieses Modells ist, dass die Pflegekräfte mit einer **Spezialisierung abschließen**. Auf die dreijährige Ausbildung mit Spezialisierung können weitere feingliedrigere Weiterqualifizierungen aufsetzen, z. B. Case-Management, Schnittstellenmanagement, AAL oder im Kliniksektor spezifische technische Weiterbildungen.

Entsprechend unseres **Votums** für eine **Weiterentwicklung** der Altenpflegeausbildung würden wir eine Kommission, die sich mit einer **Evaluierung der Erfahrung seit Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes** und den Möglichkeiten einer **Weiterentwicklung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung** (Stichwort: notwendige Kompetenzen rund um die Themen **Quartiersbezug, neue Wohnformen, Begleitung und Versorgung an Demenz Erkrankter und ihrer Angehörigen** usw.) sehr begrüßen.

Der gemeinsame Nenner der Ausbildungen nimmt ab, die Wertschätzung der jeweiligen Pflegeberufe und deren jeweilige Spezifika aber wachsen und erfordern Teamarbeit und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit.

Die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive stellt die relevanten Handlungsfelder dar und zeigt die Veränderungserfordernisse deutlich auf. Dort werden die zentralen Handlungsbedarfe und Akteure benannt und die vorliegenden Zwischenberichte analysieren die Umsetzungsergebnisse und Hemmnisse. Damit sind die zur Weiterentwicklung der Altenpflege notwendigen Rahmenbedingungen konkretisiert und der erforderliche Umsetzungsrahmen konsentiert.