

5 Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege – Ein Berufsfeld mit vielen Perspektiven

5.1 Professionalisierung der Pflege im historischen Kontext

Der Pflegeberuf hat eine sehr spezielle Vergangenheit. Lange Zeit war Pflegearbeit eine rein weibliche Tätigkeit von Bürgertöchtern, häufig über kirchliche Institutionen organisiert. Der Wandel zu einem echten Berufsbild erfolgte erst sehr spät. Es wurde dann eine Vielzahl von einzelnen Berufsbildern entwickelt. Aktuell sind Generalistik und Akademisierung die Stichworte in der Ausbildung und deren Weiterentwicklung.

Pflege als speziell weiblicher Dienst an der Gesellschaft

Berufe in der Pflege unterliegen einer langen und wechselhaften Geschichte.

1. Krankenpflege

Zu Anfang des 20. Jahrhunderts war Krankenpflege gebunden an die bürgerliche Rolle der Frau und wurde schon zu damaliger Zeit zu einer Frauendomäne. Oft waren es Töchter aus bürgerlichen Familien, die als Krankenschwestern arbeiteten, organisiert über einen Orden oder eine Schwesternschaft, die mit einem kirchlichen Krankenhaus verwachsen war. Das Entgelt wurde an den Träger abgeführt, der für die Altersvorsorge, Krankenversorgung und den Lebensunterhalt der Schwestern sorgte. Zu dieser Zeit gab es nur zehn Prozent sogenannte „freie Schwestern“, die nicht bei einem Träger arbeiteten und meist schlecht angesehen waren.

Das Bild der Krankenpflege wurde von der Gesellschaft primär als speziell weiblicher Dienst mit christlicher Motivation gesehen, weniger als Beruf. Als „freie Schwester“ ein Entgelt für die Arbeit zu verlangen, widersprach der Erwartung der damaligen Gesellschaft. Auch die komplexe Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem war divergent gegenüber der heutigen Zeit: Sie war geprägt von einer Weisungsbefugnis gegenüber den zu Pflegenden, einer widerspruchsfreien Akzeptanz von Anordnungen der Pflegekraft und einem absoluten Abhängigkeitsverhältnis. Die Beschäftigten in der Pflege wurden damals nicht als Berufstätige in heutigem Sinn anerkannt und fast 50 Jahre lang änderte sich diese Situation nicht. Frau stand ganztätig der Einrichtung zur Verfügung, hatte ein spartanisches Quartier (meist in der Klinik) und ein Privatleben war nicht vorgesehen. Arbeitsschutz, wie zum Beispiel Schutzmaßnahmen gegen Pocken, Tuberkulose und andere gefährliche Erkrankungen, war damals nicht gegeben,

sicheres Arbeitsmaterial gab es nicht. Es wurde also nicht nur bis zur Erschöpfung gearbeitet, die Arbeit war außerdem sehr riskant.

2. Altenpflege

Bis zum 19. Jahrhundert existierte noch keine Altenpflege, wie man sie heute kennt, weil die Menschen im Durchschnitt nicht sehr alt wurden. Ältere Menschen lebten in der Regel zu Hause und wurden durch Angehörige oder Ordensschwestern gepflegt. Die in Armenhäusern lebenden Alten waren sich oft selbst überlassen. Erst im 19. Jahrhundert entstanden die ersten Alten- und Pflegeheime. Grund hierfür war, dass die Kliniken sich weigerten, die Armenarbeit weiterhin mit zu übernehmen. In die dann entstehenden Alten- und Pflegeheime, die unter kirchlicher Führung standen, kamen hauptsächlich „Sieche-Personen“. Die Pflege oblag auch hier fast ausschließlich Ordensschwestern. Erst Mitte des 20. Jahrhunderts wurden erste Formen der heutigen Alten- und Pflegeheime gegründet.¹

Wandel des Berufsbildes kam erst sehr spät in Gang

In den 1960er Jahren wurde erstmals ein Schwesternmangel sichtbar. Durch diesen Personalnotstand waren die Einrichtungen gezwungen zu handeln. Mehr freie Pflegekräfte wurden eingestellt, was von den unterschiedlichen Verbänden zunächst kritisch betrachtet wurde. Es wurde befürchtet, der Idealismus gehe verloren.

Von den Verbänden wurde eine Anpassung des Berufsbildes im Sinne einer Aufwertung mit Blick auf die weiterentwickelten tatsächlichen Arbeitsanforderungen jedoch strikt abgelehnt. Eine erste echte Aufwertung erfuhr die Pflege erst 1965, als die Dauer der Ausbildung auf drei Jahre festgelegt wurde. Dies leitete eine Wende in Ansehen und im Selbstbild der Pflegekräfte ein. Ab 1974 arbeiteten Pflegekräfte nach dem damals eingeführten Pflegeprozess der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Allerdings war nach wie vor das Verhältnis zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal stark geprägt durch Hierarchien und strikte Weisungsbefugnis. Die Pflege wurde weiterhin als einfacher Heilhilfieberuf gesehen und nicht als eigenständiger, qualifizierter Beruf. Erst zu Beginn der 1990er Jahre, als der Mangel an Pflegekräften offensichtlich wurde, wurden weitere Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung und Professionalisierung beschlossen.

Mit der 2004 eingeführten Berufsbezeichnung der „Gesundheits- und Krankenpflege“ wurden erstmals die Berufsdefinitionen den Aufgabengebieten angeglichen. Die ersten Hochschulen richteten pflegebezogene Studien-



gänge ein. Heute schreitet die Professionalisierung der Pflege immer weiter voran. Man beruft sich auf Kompetenzmodelle, gesplittet nach Fachdisziplinen und Aufgabenspektrum. Verschiedene Pflegemodelle werden nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen eingesetzt, immer in Bezug auf patienten- und bedürfnisorientiertes Handeln. Die Arbeit im Pflegebereich stellt die Akteure fast täglich vor neue Herausforderungen. Der Rollenwechsel der Kliniken von Heilanstalten zu Wirtschaftsbetrieben macht Patienten zu Kunden und Pflegende zu Dienstleistern.

Im Rahmen dieser Veränderungen änderte sich auch das Rollenverständnis der Pflegekräfte. Pflege ist nun ein interessanter und vielfältiger Arbeitsbereich mit Dienstleistungen auf höchstem Niveau, der in steigender partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den anderen am Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen ausgeübt wird.

Verschiedene Novellierungen der Berufsbilder

1985 wurde die (Kinder-)Krankenpflegeausbildung in Deutschland grundlegend reformiert und – zumindest auf dem Papier – generalistisch ausgelegt, um den Gesundheitszielen der WHO, der Europäischen Union, der Erklärung von Alma-Ata „Primary Health Care“ und den europäischen Mindestanforderungen zu genügen. Die Ausbildungsdauer blieb bei drei Jahren, der theoretische Unterrichtsanteil wurde deutlich erhöht. Im Gegensatz zu den meisten Ländern, in denen die (Fach-)Hochschulreife Zugangsvoraussetzung ist, blieb Deutschland (bis heute) bei der Anforderung des mittleren Bildungsabschlusses bzw. Hauptschulabschlusses nebst (mindestens) zweijähriger Berufsausbildung.

Die erneute Novellierung des Krankenpflegegesetzes zum Januar 2004 wurde notwendig, um internationalen Standards zu entsprechen. Im Rahmen dieser Novellierung wurde die theoretische Ausbildung auf 2.100 Stunden erhöht und die praktische Ausbildung auf 2.500 Stunden reduziert. Die neue Berufsbezeichnung lautet „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in“, auch um den zentralen Aspekt der Pflege, die „Gesundheitsförderung“, herauszuheben. Erstmals wurde die Gesamtverantwortung für die Ausbildung an die Schule delegiert und qualitative Mindestanforderungen für Schulleitungen und hauptberuflich Lehrende aufgestellt.

Besonderheit Altenpflege

Ab 1969 entstanden, als Reaktion auf den zunehmenden und nicht kompensierbaren Bedarf in der Versorgung alter Menschen, die ersten Regelungen

zur Institutionalisierung der Altenpflege auf Länderebene. Adressaten für dieses Berufsbild waren insbesondere Berufswiedereinsteigerinnen mit Erfahrungen in der familiären Pflege, Frauen nach der Familienphase und Interessentinnen, denen die formalen Voraussetzungen für die Krankenpflegeausbildung fehlten. Erst 2003 wurde das erste bundeseinheitliche Altenpflegegesetz verabschiedet. Sowohl die Ausbildungsdauer als auch die Inhalte rückten nahe an die Krankenpflegeausbildung heran, womit der Weg für eine zukünftig gemeinsame Ausbildung freigemacht wurde.

Ausdifferenzierung einzelner Berufsfelder

Der „Beruf“ Pflege ist bis in die heutige Zeit weder in sich gefestigt, noch klar definiert und war von Anfang an Spielball unterschiedlichster Interessengruppen sowie wirtschaftlicher und politischer Begehrlichkeiten. Dies führte im Ergebnis dazu, dass aus ursprünglich pflegerischen Handlungsfeldern „neue“ Berufe entstanden sind, wie zum Beispiel Kinderkrankenpflege, Heilerziehungspflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Medizinisch-technische Assistentin, Rettungsanästhetiker oder Operationstechnische Assistentin.²

Helferinnenberufe als kürzere Ausbildungsform

Im Laufe der Zeit überlegte man, wie man mit einem kürzeren, zusätzlichen Ausbildungsgang dem zunehmenden Personalmangel begegnen kann. Auf Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde 1965 die Krankenpflegehilfausbildung (500 Stunden Theorie/ 1.100 Stunden praktische Ausbildung) eingeführt. Sie war und ist (noch) häufig der Einstieg in die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege bzw. zur Altenpflege. Mit abgeschlossener Helferausbildung kann die dreijährige Ausbildung auf Antrag um ein Jahr verkürzt werden. Mit Einführung der neuen, generalistischen Pflegeausbildung wird es diese Ausbildung in Zukunft nicht mehr geben.

Parallel dazu etablierten sich, quasi als Gegenmodell zur Endprofessionalisierung, diverse, hochspezialisierte, aber immer am medizinischen Bedarf ausgerichtete Fachweiterbildungen, unter anderem Intensiv- und Anästhesiepflege, Psychiatriepflege, Pflege im Operationsdienst.³

Aktuell: Generalistik als Ziel

Der demografische und epidemiologische Wandel führt zu einer qualitativen und quantitativen Steigerung der pflegerischen Versorgungsbedarfe.

Vor diesem Hintergrund wurde die Berufsausbildung in den Gesundheitsfachberufen aktuell neu strukturiert hin zur Generalistik. Die generalistische Pflegeausbildung soll dazu beitragen, den mit dem Wandel verbundenen Herausforderungen in der Pflege professionell gerecht werden zu können und darüber hinaus die Attraktivität des Berufsbilds Pflege zu steigern. Ein weiteres Ziel der generalistischen Ausbildung besteht darin, die notwendige Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungsbereiche zu verbessern (siehe hierzu im Einzelnen Kapitel I.5.2).

¹ <https://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/entstehung-der-pflege/>

² Bögemann-Großheim, E.: Bildungs- und Berufswege in Deutschland. Hamburger Fernhochschule. Studienbrief. Hamburg, 2011

³ Bögemann-Großheim, E.: Handlungsfelder der Pflege. Hamburger Fernhochschule. Studienbrief. Hamburg, 2011.