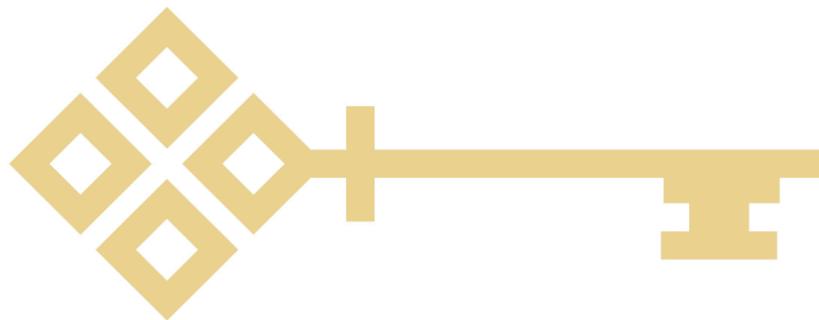


Das FTH-Fachkonzept.

Fachtherapie – Der Schlüssel in der Pflege.

Alle Ausbildungen. Einheitlich. Akademisch – in Vielfalt geeint.

Das multiprofessionelle Namenskonzept für Deutschland, Österreich und die Schweiz.



Dipl. Gesundheits-Fachtherapeut/in

Die Expertise aus:

Exam. Gesundheits- und Krankenpflegerin / Krankenpfleger (D)

Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester / Krankenpfleger (A)

Dipl. Pflegefachfrau / Dipl. Pflegefachmann (CH)

Veröffentlichung einer freien philosophischen
Facharbeit / These

**Das FTH-Fachkonzept.
Fachtherapie – Der Schlüssel in der
Pflege.**

Richard Stelzer
Examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege
und Anästhesie

D-83483 Bischofswiesen
E-Mail: info@fth-fachkonzept.com
Internet: <https://fth-fachkonzept.com>

Bischofswiesen, 26.12.2020

Abstract

Das FTH-Fachkonzept vereint über 1,4 Millionen professionell Pflegende innerhalb Deutschlands, Österreichs und der Schweiz zu Gesundheits-Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten. Dieses Fachkonzept definiert Pflege neu und ordnet es den medizinischen Gesundheitsfachberufen zu. Basierend auf einer geschichtlichen, gesellschaftlichen und sozialpolitischen Rückschau erfolgt eine Analyse der umfangreichen Defizite in der "fachlichen Struktur" des Gesundheits- und Pflegebereichs innerhalb der D-A-CH-Länder. Die Generalistik aus Deutschland dient als Vorbild. Allerdings lässt die deutsche Generalistik massive Flanken im Bereich der umfassenden Aus-, Fort-, und Weiterbildung offen. Obendrein stellt Deutschlands Akademisierung international gesehen ein Schlusslicht dar (vgl. Ewers, 2019). Das FTH-Fachkonzept generalisiert und akademisiert konkret sowie einheitlich die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen auf Grundlage eines dualen Grundstudiums und vernetzt den gesamten deutschsprachigen Raum innerhalb Europas. Es ist Zeit für einen neuen Terminus technicus in der Pflege: *die Fachtherapie*.

Abkürzungsverzeichnis

AEBDL	Beratung, Anleitung, Unterstützung, Übernahme, Wiederherstellung
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
B.A.	Bachelor of Arts
B.Sc.	Bachelor of Science
BPS	Behavioral Pain Scale
BPS-NI	Behavioral Pain Scale Nicht Intubiert
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for Intensiv Care Unit
D-A-CH	Länderakronym für Deutschland, Österreich und die Schweiz
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DGKP	Diplom Gesundheits- und Krankenpfleger
DGKS	Diplom Gesundheits- und Krankenschwester
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnoses Related Groups
DQR	Deutscher Qualifikations Rahmen
EU	Europäische Union
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
ETH	Entbindungs-Fachtherapeut/in
EFTA	European Free Trade Association (Europäische Freihandelsassoziation)
EHEA	European Higher Education Area (Europäischer Hochschulraum)
EQR	Europäischer Qualifikations Rahmen
FTH	Fachtherapie, Fachtherapeut/in
GTH	Gesundheits-Fachtherapeut/in
ICN	International Council of Nurses
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist
ITS	Intensivstation
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KPH/APH	Krankenpflegehilfe/Altenpflegehilfe
M.A.	Master of Arts
(m/w/d)	männlich, weiblich, differenzial
PiCCO	Pulse Contour Cardiac Output (dt. Pulskontur-Herzzeitvolumen)
Pinal-Studie	Pflege in anderen Ländern - Studie
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
RN-Rate	Registered Nurse Rate
§	Paragraph
%	Prozent

Inhaltsverzeichnis

Fachtherapie – Der Schlüssel in der Pflege

1	Das schlechte Image der Pflege?.....	09
1.1	„Pflege kann jeder“, „muss cool sein“ und „ist attraktiv“?.....	09
1.2	Hohe soziale Anerkennung der Krankenpflege.....	10
1.3	Ist "Schwester" noch die richtige Anrede?.....	10
1.3.1	Argumente für die Bezeichnung „Schwester“.....	11
1.3.2	Argumente gegen die Bezeichnung „Schwester“.....	12
1.4	Gesundheits-Fachtherapeut/in. Das bessere Wort für.....	13
1.5	Krankenschwester oder Gesundheitsschwester?.....	14
2	Die Bedeutung der Generalistik, der KAP und des Personalmangels.....	15
2.1	Generalistik: Allgemein.....	15
2.2	Generalistik: Streit über Generalisten oder Spezialisten.....	16
2.3	Generalistik: Sicherung qualitativer Pflegeversorgung.....	16
2.4	Generalistik: Struktur, Vergütung, Kritik.....	17
2.5	Generalistik: Berufspolitische Sicht des Autors	17
3	Die Bedeutung von Sprache.....	19
3.1	Unsere Sprache prägt, wie wir denken.....	21
3.2	Die Sprache der Pflege ist Medizin – nicht Pflege.....	23
3.3	Positive und negative Sprachbilder.....	24
3.4	Euphemismus.....	25
3.5	Die Bedeutung von Semantik.....	25
3.6	Die semantische Bedeutung des Titels „Diplom Gesundheits-Fachtherapeut“.....	25
4	Die Bedeutung des Wortes Therapie.....	26
4.1	Therapien – Seit jeher in fester pflegerischer Hand.....	27
4.2	Zielgerichtete Therapien sind unerlässlich.....	28
4.3	Hohe Verantwortung, fachgerechte Therapie und Gesundheit.....	30
5	Die Bedeutung des Zweiten-Agnes-Karll-Moments.....	31
5.1	Per aspera ad astra – auf rauen Wegen zu den Sternen.....	32
5.2	Deutsche Hebammenausbildung 2019 als Vorbild für alle „Schwestern“? Ein Fortschritt mit Rückschritt.....	32

6	Das FTH-Fachkonzept im Detail.....	34
6.1	Tabelle duales Grundstudium GTH/ETH.....	34
6.2	Tabelle einheitliche Umbenennung der Bereiche Pflege-Schulbildung, Direktion/ Leitung sowie Planung.....	35
6.3	Tabelle duales Fachstudium FTH.....	36
6.4	Vorteil des Begriffs Fachtherapie in Kombination mit Medizin.....	51
6.5	Fachassistenz Pflege ersetzt Krankenpflegehilfe/Altenpflegehilfe.....	52
6.6	Tabelle Pflege-Fachassistenz PFA ersetzt KPH/APH.....	52
7	Der ICN-Ethikkodex – Kompatibel mit dem Wort Pflege?.....	53
7.1	Tabelle Elemente des Kodex #3: Pflegende und die Profession.....	54
8	Was ist Pflege?.....	55
8.1	Unterteilung in Grund- und Behandlungspflege – Ursprünge und Wirkung.....	55
8.2	Gesundheits-Fachtherapie, das ganzheitliche Wort für Grund- und Behandlungspflege.....	56
8.3	CNE-Umfrage: Ist Grundpflege der Kern der professionellen Pflege?.....	59
8.4	CNE-Umfrage: Persönliche Interpretation des Autors.....	60
8.5	Das Wort Pflege, geeignet für die Komplexität der Medizintechnik?.....	61
9	Profession Pflege.....	62
9.1	Mehr Autonomie und Handlungsspielraum.....	62
9.2	Kriterien einer Profession.....	64
9.3	Pflegende sind benachteiligt.....	66
9.4	Blockade Pflege-Diplom in Deutschland: § 18 Hochschulrahmengesetz.....	68
9.5	Krankenpflege-Diplome in der Europäischen Union.....	68
10	Akademisierung der Pflege im EQR/DQR.....	69
10.1	Einordnung der Kinder-, Kranken- und Altenpflege im DQR.....	69
10.2	Pflege-Ziel: Der Europäische Hochschulraum (EHEA).....	71
10.3	Akademien statt Berufsfachschulen?.....	72
11	Intensiv Pflege studieren?.....	73
11.1	Intensivpflege, mehr als Pflege auf der Intensivstation.....	74
11.2	Paradoxie „Pflegefachkraft“ und „Fachpflegekraft“.....	75
11.3	Unterschiedliche Anforderungen an Pflegefachkraft und Fachpflegekraft.....	76
11.3.1	Qualifikation Altenpflegerin.....	76
11.3.2	Qualifikation Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie.....	76

12	PinaL-Studie: Pflege in anderen Ländern, vom Ausland lernen?.....	77
12.1	Stärkere Rolle der akademischen Bildung – Schlusslicht Deutschland.....	78
13	Fakten & Zahlen des Pflegepersonals in D, A, CH.....	80
13.1	Transsektorale Verschiebung des Pflegebedarfs.....	82
13.1.1	Entwicklung von Patientenzahl und Verweildauer von 1991 - 2017.....	83
13.1.2	Entwicklung der Krankenhaus-Kennzahlen von 1991 - 2017.....	83
13.2	Dismatch bei „Ambulant vor Stationär“.....	85
13.3	Personaldismatch.....	85
13.4	Qualifizierungsdismatch.....	86
14	Frostige Stimmung in der Pflege. Der CARE Klima-Index 2018.....	88
14.1	Was ist der CARE Klima-Index und wie wird er gebildet?.....	89
14.2	Welches sind wichtige Erkenntnisse?.....	89
14.3	Der CARE Klima-Index 2019 – Schneller Klimawandel in der Pflege?.....	90
15	Arbeitszufriedenheit von Berufseinsteigern in den Gesundheitsberufen.....	91
15.1	Ergebnisse.....	91
15.2	Schlussfolgerungen.....	91
16	NEXT-Studie beleuchtet Defizite in der Pflege.....	92
16.1	Die Problemspirale der Pflege.....	93
16.2	DRG-System heizt Problemspirale der Pflege an.....	94
17	Abschlussziel: Positives Image und Alleinstellungsmerkmale.....	95
	Literaturverzeichnis.....	99
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	108
	Danksagung.....	109
	Eidesstattliche Erklärung.....	109

Fachtherapie – Der Schlüssel in der Pflege

Pflege ist out. (vgl. ZQP-Studie, 2019)

Diese Facharbeit zeichnet eine breite gesellschaftliche, sozialpolitische sowie geschichtliche Wirkung der Pflege – einer Arbeit mit sehr hohem Sinngehalt und Verantwortung. Allerdings hat „die Pflege“ ein bekannt schlechtes Image. Die negative Sprache bzw. die negativen Berufsbezeichnungen „Altenpflege“ und „Krankenpflege“, bestimmen bis heute unser Sprachbild und haben somit eine abwertende Selbstdarstellung nach außen hin. Die vielen uneinheitlichen Pflegetitel sind nach Ansicht des Autors nicht in der Lage, die äußerst positive, qualifizierte und hochkomplexe Arbeit der Pflege widerzuspiegeln. Das Image der Pflegeberufe wird zusätzlich durch die größtenteils fehlende Akademisierung belastet. Durch das Fehlen eines (dualen) Grundstudiums in Deutschland, gleitet die Pflege als nicht-akademischer Gesundheitsfachberuf ab, obwohl dies international gesehen, eindeutig einen akademischen Gesundheitsfachberuf darstellt. Pflegerinnen und Pfleger sind das Rückgrat der medizinischen Versorgung in der Klinik. Umso wichtiger ist es, ihnen einen guten Arbeitsplatz zu gewährleisten. Zu einem guten Arbeitsplatz gehört für die meisten Mitarbeiter eine ausreichende Zahl an Kollegen, erklärt DKG-Präsident Dr. Gerald Gaß am 12. Mai 2019. Eine ausreichende Anzahl an Kolleg*Innen für die Zukunft zu gewinnen entspricht jedoch einer Herkulesaufgabe – bis 2035 fehlen in Deutschland statistisch gesehen 493.603 Pflegenden. Die Akademisierungsrate liegt nur bei 1-2 % (vgl. Ewers, 2019). Die bekannt hohe Arbeitsbelastung und der chronische Personalmangel müssen parallel gelöst werden.

Ziel des FTH-Fachkonzeptes ist es, mithilfe von positiven Berufsbezeichnungen und einer einheitlichen Akademisierung dem Pflegepersonalproblem etwas entgegenzusetzen. Im Jahr 2004 fand innerhalb des dt. Sprachraums ein grundlegender Paradigmenwechsel von „Krankheit“ auf „Gesundheit“ in der Pflege statt. Bedauerlicherweise war die Novellierung der „Schwester“ im normativen Sinne zur „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ nicht nur inkomplett, sondern komplett einseitig. Das bloße anfügen von Gesundheit vor Krankheit mit Pflege, ist nicht ausreichend, da 2/3 des Begriffes immer noch negativ formuliert wurden und die Altenpflege nach wie vor ausschließlich aus dysphemistischen Wörtern besteht. Der Autor sieht mit dem Begriff Fachtherapeut¹ rund 30 neue, zeitgemäße, hochreflektierte, vor allem eigenständige Berufsbezeichnungen im Modulsystem, die der Zukunft und der Akademisierung Rechnung tragen. So könnte die Pflege nach der eingeführten Generalistik tatsächlich vorweggehen. „Pflege kann jeder“ (Zitat nach Norbert Blüm) ist offensichtlich falsch. Deshalb benötigt die Pflege einen neuen und unverwechselbaren Terminus technicus. Eine neue (Fach-)Sprache.

„Sprache kann etwas ausrichten - und anrichten.“ (Jahn, 2017, S. 50)

¹ Wenn in dieser Arbeit Personen mit der männlichen Form bezeichnet werden, so sind gleichermaßen, wenn nicht anders vermerkt, auch Frauen gemeint.

1 Das schlechte Image der Pflege?

Die Stimmung ist frostig in der Pflege. Deutschland steht vor einem gewaltigen Mangel an Pflegefachkräften. Der Beruf muss wieder attraktiver werden. An der Bezahlung liegt es nicht, sondern am Image und den Arbeitsbedingungen? Im Online-Fachartikel: „Die Realität ist besser als ihr Ruf“, beschreiben die Autoren Stefan Eschmann und Michael van Loo am 01.06.2018, das Image der Pflege. „Je nach Studie werden in Deutschland bis zum Jahr 2030 zwischen 300.000 und 500.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Bereits 2016 fehlten in deutschen Einrichtungen rund 40.000 Pflegefachkräfte. Noch dramatischer wird die Situation, wenn man bedenkt, dass der prognostizierte Fachkräftemangel bis zum Jahr 2030 bundesweit über alle Berufsgruppen auf rund drei Millionen geschätzt wird. Im gleichen Zeitraum wird die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 50 Prozent steigen.“

(Eschmann & van Loo, 2018)

„Rund 50 Prozent der in Deutschland Pflegenden schätzen das Image ihres Berufes negativ ein. Damit ist dieser Anteil etwa doppelt so hoch wie in anderen westeuropäischen Ländern. Fragt man die Pflegenden nach den Gründen hierfür, reichen die Antworten von dem Hinweis auf eine gestiegene Arbeitsverdichtung, ungünstige Arbeitszeiten, schwere körperliche Arbeit bis zu begrenzten Verdienst- und Karrieremöglichkeiten. Das wirft die Frage auf, was sich verändert hat. Stimmen die Aussagen mit der Realität überein?“

(Eschmann & van Loo, 2018)

1.1 „Pflege kann jeder“, „muss cool sein“ und „ist attraktiv“ ?

„Alte Menschen pflegen kann jeder, meint zumindest Norbert Blüm“ (DIE ZEIT, Heft 22/1998, Ressort Wissen). „Natürlich kann Pflege nicht jeder, aber das eigentliche Problem ist ein anderes: Gute Pflege scheitert weniger an mangelnder Qualifikation, sondern an weiterhin defizitären Rahmenbedingungen. Die Ursachen, die gute Konzepte in schlechte Umsetzung verwandeln, sind so vielfältig wie änderungsresistent“ (Brüggehoef & Ooppel, 2017). 20 Jahre später klingen Minister deutlich anders. Am 03.07.2018 anlässlich einer Bundespressekonferenz zur Konzentrierten Aktion Pflege (KAP), sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Wir beschäftigen uns mit der Frage, wie wir den Pflegeberuf insgesamt attraktiver machen, in den Arbeitsbedingungen, im Arbeitsalltag“. [1] Bundesfamilienministerin Frau Dr. Giffey sagte hierzu: „Es muss cool werden, Pflegefachkraft zu sein.“ [1] Hierzu schrieb *DIE WELT*: „Ganz so leicht geht es nicht. Wer versucht, Dinge als etwas zu verkaufen, das sie nicht sind, der stellt sich vor allem selbst bloß. Und der Beruf Altenpfleger ist nun einmal nicht cool. Mutig ist es, in die Pflege zu gehen.“ So der Leitartikel: „Pflege wird niemals cool“, der am 05.08.2019 erschien.

Qualifizierte (akademisierte) Pflegefachkräfte zu gewinnen und zu binden, stellt sich somit als einer der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen dar. Frau Giffey hat im Prinzip recht, doch „*Pflegefachkraft*“ klingt nach Ansicht des Autors nicht cool. Wie passend, wie attraktiv klingt nun der Begriff „Pflege“? Wie passend/attraktiv klingt „Pflegefachfrau“/ „Pflegefachmann“? Laut der ZQP-Studie (2019) hat die Pflege ein massives Imageproblem.

1.2 Hohe soziale Anerkennung der Krankenpflege

„Interessanterweise ist das öffentliche Ansehen gerade der Krankenpflege seit vielen Jahren völlig anders und überaus positiv. Laut einer Umfrage von Forsa und GfK aus dem Jahr 2016 ist die Krankenpflege der Beruf mit der zweit- bzw. dritthöchsten Achtung in der deutschen Bevölkerung. Dabei profitiert die Krankenpflege gerade vom Image der Medizin. Andererseits wird die Pflege häufig undifferenziert vermengt, ohne etwa zwischen der Kranken- und der Seniorenpflege zu unterscheiden.“ (Eschmann & van Loo, 2018)

„Getragen wird dies von der - häufig ebenso undifferenzierten - Darstellung der Pflege in den Medien, durch die Politik und von Interessenvertretungen. Auf die großen Unterschiede etwa in der Tätigkeit, bei den Anforderungen und gerade auch bei der Bezahlung zwischen der Krankenpflege und den sonstigen Pflegeberufen wird nicht angemessen hingewiesen. Im Gegenteil. Häufig wird etwa über den *Pflegemindestlohn* berichtet, ohne deutlich zu machen, dass dieser weder für die Kranken- noch für die Altenpflege Anwendung findet, sondern, wenn überhaupt, *für Pflegehilfskräfte gilt*, die nahe dem gesetzlichen Mindestlohn vergütet werden.“ (Eschmann & van Loo, 2018)

Der Pflegewissenschaftler Prof. Michael Isfort meint:

„Der Pflegejob sei anspruchsvoller denn je: 70 Prozent der Altenheimbewohner sei dement und brauche palliativmedizinische Versorgung oder Schmerztherapie - ohne medizinische Kenntnisse oder Arzneimitteltherapie-Know-how undenkbar.“ Außerdem müssten diese Mitarbeiter neben Qualitätssicherung auch Hilfepläne und Konzepte selbstständig erstellen können. Michael Isfort hat selbst vor Ort untersucht, wie etwa Intensiv-Pflegekräfte wichtige Therapie-Entscheidungen - beispielsweise beim Einstellen von Beatmungsgeräten - treffen. Für Isfort ist die Chance, eine anspruchsvolle Ausbildung zu schaffen, umso höher, je besser der Betreffende darauf schulisch vorbereitet ist.“ (Brüggehohe & Ooppel, 2017)

Isforts Zitierung beschreibt somit in kurzen Zügen die umfassende und anspruchsvolle Tätigkeit der Altenpflege. Pflegende müssen sich nun folgender Fragestellung widmen: *„Kann der jetzige und/oder der ab 2020 geltende Begriff, „Pflegefachfrau/Pflegfachmann“ die erforderliche komplexe palliativmedizinische Versorgung, die Schmerztherapie, die medizinischen Kenntnisse und/oder dem umfangreichen Arzneimitteltherapie-Know-how, adäquat darstellen?“* Nach der Ansicht des Autors muss diese Frage verneint werden, denn Pflege ist nicht das richtige Wort für die Pflege. Pflege – *genau wie Schwester* – spiegelt und transportiert einfach die Komplexität der Pflege nicht wieder.

1.3 Ist "Schwester" noch die richtige Anrede?

Der Dipl. Pflegepädagoge Reinhard Lay beschäftigte sich wissenschaftlich mit der Anrede „Schwester“. Er hob in seiner Arbeit fünf positive sowie sieben negative Aspekte hervor: „Die Anrede „Schwester“ stammt ursprünglich aus der Ordenskrankenpflege: Die Pflegerinnen waren Glaubensschwestern der Kranken; sie fühlten sich wie die Gepflegten

zur Familie Gottes zugehörig. Von Ordensschwestern wurde erwartet, dass sie in den Kranken Christus selbst erkannten und ihnen aus diesem Gedanken heraus selbstlos dienten. Pflege galt als gelebte Nächstenliebe, und es herrschte die Vorstellung, Pflegenden könnten sich durch diese „Liebestätigkeit“ einen Platz im Himmel verdienen.“ (Lay, 2003)

Die Arbeitsphilosophie einer Krankenschwester liegt nach Ansicht des Autors im Namen: *„Dem Kranken eine Schwester sein“*. Der Begriff kann auch als Auftrag selbstloser Krankenversorgung im Namen des Herrn verstanden werden. „Bis zu den staatlichen Regelungen 1906/07 lag die Berufsbezeichnung „Schwester“ fest in den Händen der nach dem Mutterhausprinzip organisierten Pflegenden (Ordensschwestern, Diakonissen und Rot-Kreuz-Schwestern). Die übrigen weiblichen Pflegekräfte hießen je nach Bildungsstand „Wärterinnen“ oder „Pflegerinnen“. Agnes Karll, die Gründerin der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.; heute: DBfK), übernahm anfangs des 20. Jahrhunderts die Bezeichnung „Schwester“ - gegen den Widerstand aus den eigenen Reihen - um die Gleichwertigkeit ihrer freien Pflegerinnen mit den Mutterhauschwestern zu unterstreichen (vgl. Steppe 1986: 27).“ (Lay, 2003)

„Mit der Anrede „Schwester“ ist die geschichtlich entstandene Erwartung verbunden, ständig verfügbar zu sein. Die Zeit der aufopferungsvollen Ordenskrankenpflege mit 24-Stunden-Dienst und selbstloser Entsamgung ist jedoch vorbei. Pflege gilt heute als hochqualifizierte berufliche Dienstleistung gegen Bezahlung, nicht als ehrenamtlich praktizierte Nächstenliebe“ (Lay, 2003). Im Nachfolgenden werden drei Pro- und Kontra-Argumente gegenüber gestellt.

1.3.1 Argumente für die Bezeichnung „Schwester“

1. Die standardisierte Anrede „Schwester“ erleichtert es Patienten, Angehörigen und Ärzten, die Krankenschwester anzusprechen, ohne sich deren Namen merken zu müssen:

„Patienten sind häufig nicht in der Lage, sich schwierige Nachnamen zu merken. Der Titel „Schwester“ hat den Vorteil, dass sich „Patienten auch ohne Kenntnis des Namens mittels einer eindeutigen Anredeform sprachlich an die Pflegerinnen wenden können“ (Weinhold 1997, zit. n. Thiede 2002: 398). Allerdings wäre es Patienten und Angehörigen auch möglich, sich ohne Titel- oder Namensnennung an die Pflegenden zu wenden, wie sie es aus anderen Lebenssituationen kennen, z. B. mit den Worten „Entschuldigung, ...“, „Hören Sie, ...“ oder einfach ohne Anrede: „Können Sie mir bitte...“. Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus anderen Berufen ist zu erwarten, dass sie Namensschilder lesen oder sich zumindest die Nachnamen derjenigen Pflegekräfte merken können, mit denen sie öfters zu tun haben.“ (Lay, 2003)

2. „Schwester“ als geschätzter Titel:

„Generationen von Krankenschwestern wurde erzählt, „Schwester“ sei ein Ehrentitel. Sie trugen ihn - wie ihre Häubchen - mit Stolz. Außerdem erinnert die Abkürzung „Sr.“ an den akademischen Titel „Dr.“. Allerdings ist die Bezeichnung „Schwester“ gesetzlich nicht geschützt. Jedes Mädchen, jede Frau darf sich „Schwester“ nennen.“ (Lay, 2003)

3. Den Patienten und Angehörigen bleibt der Nachname der Pflegenden unbekannt:

„Viele Krankenschwestern fürchten sich vor privaten Belästigungen durch Patienten und sind deshalb nicht bereit, ihren Nachnamen in der beruflichen Arbeit preiszugeben (Vielleicht scheuen manche auch die persönliche Verantwortung für ihre Tätigkeit und wollen als Person lieber „unerkannt“ bleiben). In Kliniken, die Namensschilder neu einführen, ist zu beobachten, dass sich Ärzte häufig gegen die Nennung ihres Vornamens („zu persönlich“) und Krankenschwestern gegen das Preisgeben ihres Nachnamens aussprechen („unnötig“).“ (Lay, 2003)

1.3.2 Argumente gegen die Bezeichnung „Schwester“

1. Die Anrede „Schwester“ deprofessionalisiert die Pflege:

„In unserer Gesellschaft werden üblicherweise nur Kinder, Jugendliche und Angehörige von Berufen mit geringem gesellschaftlichem Ansehen mit Vornamen angesprochen. Insbesondere für ungelernte Beschäftigte ist die Anrede mit Vorname und „Du“ oder „Sie“ verbreitet. Pflege als ein anerkannter Ausbildungsberuf ist hingegen auf dem Weg, sich zur Profession zu entwickeln. Eine Anrede mit Vornamen läuft der Professionalisierung der Pflegeberufe zuwider.“ (Lay, 2003)

2. Die Anrede „Frau“ plus Nachname gibt Schutz:

„Die Anrede „Schwester“ schafft eine zu große Nähe und verhindert eine professionelle Distanz. Gerade das Ausbalancieren von Nähe und Distanz ist dringend nötig, um ein „Ausbrennen“ zu verhindern. Die Anrede „Frau“ plus Nachname gibt die Möglichkeit zu professioneller Distanz, die sich auch in anderen Berufen als unabdingbar erwiesen hat, z. B. in der Psychotherapie und in der Sozialen Arbeit.“ (Lay, 2003). Laut einer AOK-Studie zu Burnout im Jahre 2018 sind die Zahlen alarmierend, dort belegt die Altenpflege den dritten Platz, dicht gefolgt von der Krankenpflege auf Platz 6 (vgl. AOK-Studie, 2018).

3. Die Anrede „Schwester“ diskriminiert Frauen gegenüber Männern:

„Bei Pflegern bereitet die Frage der Anrede weniger Probleme. „Hier käme keiner auf die Idee, „Bruder“ zu sagen, und auch die Anrede mit Nachnamen ist allgemein akzeptiert.“ (Striebel-Lugauer 1997) Drei Viertel von insgesamt 2010 befragten Bürgern würden im Falle eines Klinikaufenthaltes einen Pfleger am liebsten ganz normal mit „Herr Meier“ rufen (BGW 2003: 11). Pflegende Männer werden „selbstverständlich“ mit

Nachnamen angesprochen - warum nicht auch Frauen?“ (Lay, 2003). Herr Lay gab am 24.07.2019 schriftlich per E-Mail bekannt, dass die Jahreszahl 2010 im o.g. Zitat ein Versehen war, dies kann jedoch heute von Herrn Lay nicht mehr nachvollzogen werden.

1.4 Gesundheits-Fachtherapeut/in. Das bessere Wort für ...

Die „Schwester“, der „Pfleger“. Erstaunlicherweise ein Begriff, der nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen Teilen Europas Anwendung findet. In den Niederlanden ist die sog. „zuster“, der „broer“ geläufig, in Slowenien „sestra“, in Italien „infermiera“, „infermiere“ ähnlich wie in Frankreich „infirmière“ bzw. „infirmier“ und in Großbritannien: „nurse“. Diese gewisse Einheitlichkeit „aller Schwestern“ innerhalb Europas, könnte sich auf Grundlage des damals überwiegend vorherrschenden christlichen Glaubens entwickelt haben, der damals die Patientenversorgung gewährleistet hatte. Laut Wuschke (2019) sind in unseren europäischen Nachbarländern wie Polen, Spanien, Finnland, Portugal, Irland, Island, Norwegen, Schweden sowie Großbritannien bereits die grundlegenden Pflegeausbildungen akademisch und in der Regel auf Bachelorniveau angesiedelt. Konsekutiv aufbauend werden in den besagten Ländern Zusatzqualifikationen beispielsweise für die Anästhesiepflege auf einem Masterlevel angeboten. „Sowohl Anästhesiepflegende in der Schweiz als auch in Deutschland und Österreich werden sich zukünftig vermehrt akademisieren müssen: Steigende ökonomische Anforderungen, eine immer älter und kränker werdende Bevölkerung, eine sich sprunghaft entwickelnde Profession, sowie die Chance auf mehr Berufsautonomie und Handlungskompetenzen“ (Wuschke, 2019). Dies steht insbesondere in Deutschland aus. Nach Ansicht des Autors müsste die Pflege im deutschsprachigen Raum ein gemeinsames, normatives „Dach“ in Europa bauen.

Ein gemeinsames europäisches D-A-CH, für Deutschland, Österreich und die Schweiz, in dem alle Akteure in der Pflege einheitlich zu Hause sind und eine gemeinsame, normative Sprache gefunden haben und sprechen, um die drängendsten Zukunftsfragen der Pflege adäquat beantworten zu können. Das Regime der unterschiedlichsten Berufsbezeichnungen und Gepflogenheiten in der Grundausbildung in den D-A-CH-Ländern sind so reichhaltig, sie würden in diesen einleitenden Zeilen den Rahmen sprengen. Die Profession Pflege im deutschsprachigen Raum benötigt dringend ein einheitliches Corporate Design für Berufsbezeichnungen, einen einheitlichen normativen Konsens, einen anerkannten Begriff, mit dem sich alle in der Pflege identifizieren und mit anderen Pflegeberufsgruppen vernetzen kann – im eigenen Land sowie grenz- und länderübergreifend, europäisch, wie international.

1.5 Krankenschwester oder Gesundheitsschwester?

Die Bezeichnung Krankenschwester ist im rechtlichen Sinne nicht mehr korrekt. Der Bundestag hat bereits im Juli 2003 das alte Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 1985 novelliert; das 4. Krankenpflegegesetz Deutschlands wurde am 01.01.2004 rechtswirksam. „In der Schweiz tragen seit 2004 Fachpersonen, die in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeiten, die Titel Dipl. Pflegefachfrau und Dipl. Pflegefachmann. In Deutschland bekleiden die Pflegenden seit Ende 2003 die Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Das Wort „Schwester“ ist nur noch in Österreich aktuell und wird mit dem Stereotyp Weiblichkeit assoziiert. Dabei ist diese Bezeichnung nur weiblichen Pflegepersonen vorbehalten und distanziert sich vom „Phänomen“ Mann in der Pflege. Diese sprechen entweder der „Krankenschwester“ bzw. dem Krankenpfleger eine besondere Fachkompetenz zu. Dabei wird diese Berufsbezeichnung mit der Anrede verknüpft und subjektiv unterschiedlich wahrgenommen. Dies führt zu Missverständnissen in der Pflege und steht in weiterer Folge der Professionalisierung des Pflegeberufes im Weg.“ (Smajic 2015, zit. n. Wellmann, 2006, S. 15)

Zum 31.12.2019 treten das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und das Altenpflegegesetz (AltPflG) außer Kraft. Ab dem 01.01.2020 gilt das neue Pflegeberufegesetz (PflBG). (vgl. BAFzA, 2019)

„Pflegende haben den Anspruch, Pflege als neu definierte Profession zu leben. Es sind dies dieselben Pflegenden die gerade noch über die Attribute eines helfenden Frauenberufs charakterisiert wurden. An politisch Verantwortliche ergeht daher der Auftrag die Berufsbezeichnung zu ändern. An Pflegewissenschaftler ergeht der Auftrag, Beitrag zu leisten, die Profession Pflege auch in der Öffentlichkeit von den historischen Attributen zu befreien. Interprofessionalität ist ohne eine gleichwertige Anrede nicht vorstellbar.“ (Smajic 2015, zit. n. Schmidlechner, 2006, S. 30)

„Gesundheits-Fachtherapeut/in“ befreit die Pflege nach der Ansicht des Autors von den historischen Attributen, wie etwa das fehlerhafte Image des „helfenden Frauenberufs“ und stellt gleichzeitig eine gleichwertige, vor allem hochwertige Grundlage, für eine einheitliche akademische Berufsbezeichnung dar.

2 Die Bedeutung der Generalistik, der KAP und des Personalmangels

„So sehr der sog. „Pflegetotstand“, also der massiv steigende Personal- und Fachkräftemangel in der Pflege, in den letzten Jahren erfreulicherweise mehr Raum in der Wahrnehmung der Bürgerinnen und Bürger, der Wissenschaft, der Forschung sowie der politischen Akteure einnimmt, so wenig kommen dabei immer noch die eigentlichen Expertinnen und Experten zu Wort, nämlich die Pflegekräfte als solche. Oft fühlen sie sich nicht wahr- und auch nicht ernst genommen. Sie leiden unter dem noch allzu oft zugeschriebenen Bild eines rein „dienenden“ aber nicht im fachlichen Sinne eines professionellen Berufsbildes sowie darunter, dass oft über sie aber selten mit ihnen gesprochen wird.“ (Drucksache des Deutschen Bundestages [18/11414](#), 2017, S. 3)

Die im Jahre 2017 im Deutschen Bundestag beschlossene Generalistik und nicht zuletzt die im Jahre 2019 ins Leben gerufene KAP, die gleich unter drei Bundesministerien initiiert wurde – ein Novum für die Pflege in Deutschland – schicken sich nun an, die lang ersehnten positiven und grundlegenden Veränderungen in den Pflegeberufen zu generieren. Die jeweiligen Minister Giffey, Heil und Spahn, leisteten sogar im Rahmen der KAP einen „Schwur“ für die Pflege ab. Das historisch einmalige Engagement von gleich drei Bundesministerien, sowie 40 weiteren Fachverbänden, demonstriert die außergewöhnliche strukturelle Komplexität, der gravierenden Problematik.

2.1 Generalistik: Allgemein

Die Generalistik ist bedauerlicherweise nicht unter allen Kolleg*Innen vollumfänglich bekannt. Darum möchte der Autor hier nun detailliert darauf eingehen und bezieht sich in den nachfolgenden Punkten 2.2 bis 2.4 ausschließlich auf die qualifizierten Angaben des Deutschen Bundestages (2017). Die Generalistik ist notwendig, allerdings bei einer zu „technischen“ und „einseitigen“ Herangehensweise, ein nicht zu bändigender Geist, voller „Gegensätze“ und „Ansprüchen“, da viele Fach- und Arbeitsbereiche in der Pflege etwa von der Geburt bis hin zum Tod, vom Normalfall bis hin zum Notfall sowie hochspezialisierten Differenzierungen umfassend abgedeckt werden müssen – dies tut sie eben nicht.

Die Inkraftsetzung der Generalistik 2020 erfasst nur selektiv die drei Grundausbildungen: Alten-, Kinder-, und Krankenpflege. Weder die OTA/ATA-Ausbildungslehrgänge, noch alle anderen Aus- und Weiterbildungen der DKG, bis hin zu allen anderen etablierten Weiterbildungen in der Pflege – meist auf Grundlage der ärztlichen Fachgesellschaften – wurden *nicht* miteinbezogen. Der durchaus berechtigte und notwendige Generalgedanke riss jedoch tiefe, zunächst unüberwindbare Meinungsgräben auf und löste teils kontroverse Diskussionen aus. Dies ist an den monatelangen, teils jahrelangen Verzögerungen und den vielen Änderungsanträgen erkennbar. So heißt es schriftlich aus dem bundesdeutschen Parlament:

„Mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen im Deutschen Bundestag wurde doch noch am 22.07.2017, die umstrittene Reform der Pflegeausbildung verabschiedet. Die Abgeordneten stimmten für den Gesetzentwurf der Bundesregierung in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen Die Linke und B'90/Die Grünen.“ (Deutscher Bundestag, 2017)

2.2 Generalistik: Streit über Generalisten oder Spezialisten

„Vorausgegangen war ein monatelanger Streit zwischen Union und SPD über die Frage, ob mit der Ausbildung eher Generalisten oder Spezialisten herangebildet werden sollten. Ursprünglich von der Bundesregierung vorgesehen war ein durchgängig generalistisches Ausbildungskonzept (18/7823), das die drei Berufszweige Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege vereinen sollte. Experten bemängelten, damit würde Spezialwissen künftig nicht mehr ausreichend vermittelt. Auch Unionsabgeordnete haderten mit der Generalistik, sodass über Monate keine Entscheidung zustande kam. Der nach über einem Jahr Ausschussberatungen nun verabschiedete Kompromiss (18/12847) sieht eine mindestens zweijährige generalistische Ausbildung vor sowie eine mögliche einjährige, „Vertiefung“ in den Bereichen Kinderkranken- und Altenpflege. Künftig sind somit weiterhin differenzierte Abschlüsse möglich in der sogenannten Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege. Der Schwerpunkt liegt jedoch künftig in der Generalistik. Die Opposition lehnte den Gesetzentwurf ab.“ (Deutscher Bundestag, 2017)

2.3 Generalistik: Sicherung qualitativer Pflegeversorgung

„Mit der Ausbildungsreform soll der Pflegeberuf an die neuen Anforderungen angepasst werden. Die Sicherung der qualitativen Pflegeversorgung sei eine der gesellschaftspolitisch wichtigsten Aufgaben der nächsten Jahre, heißt es in dem von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf (18/7823). Die sich wandelnden Versorgungsstrukturen erforderten eine übergreifende pflegerische Qualifikation. Mit Blick auf den bestehenden Fachkräftemangel sei ferner die nachhaltige Sicherung der Fachkräftebasis eine wichtige Aufgabe. Nach Angaben der Bundesregierung entsteht mit der Reform der größte Ausbildungsberuf in Deutschland mit mehr als 133.000 Auszubildenden. Die Generalistik wird als besonders wichtig erachtet, weil in den Krankenhäusern der Anteil älterer, demenziell erkrankter Patienten steigt und in den Pflegeheimen der medizinische Behandlungsbedarf der Bewohner zunimmt. Auch in der ambulanten Pflege wird auf breit qualifizierte und flexibel einsetzbare Pflegekräfte gesetzt. Die generalistische Pflegeausbildung soll den Einsatz in allen Arbeitsfeldern ermöglichen, einen Wechsel zwischen Pflegebereichen erleichtern und den Pflegekräften wohnortnahe Beschäftigungsmöglichkeiten und zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen.“ (ebd.)

2.4 Generalistik: Struktur, Vergütung, Kritik

„Die Ausbildung dauert drei Jahre, in Teilzeit maximal fünf Jahre und ist für die Auszubildenden kostenlos. Die Ausbildung wird außerdem „angemessen“ vergütet. Voraussetzung für eine Pflegeausbildung ist ein mittlerer Schulabschluss oder ein Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung. Neu eingeführt werden soll eine Pflegeausbildung an Hochschulen. Das Studium dauert drei Jahre und soll unter anderem ein vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft vermitteln. In einer Anhörung zu dem Gesetzentwurf Ende Mai 2016 hatten einige Experten befürchtet, mit der veränderten Ausbildung könnte in der Kinderkrankenpflege und Altenpflege die nötige Fachkompetenz verloren gehen. Fachverbände der Kinder- und Jugendmedizin verlangten nachdrücklich, das grundlegend differenzierte Berufsbild der Kinderkrankenpflege zu erhalten. Auch die Fachverbände für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie warben für die Erhaltung der getrennten Ausbildungszweige. So habe Deutschland mit der Altenpflege einen Beruf geschaffen, der auf die Pflege älterer und demenzkranker Menschen hervorragend abgestimmt sei.“ (ebd.)

2.5 Generalistik: Berufspolitische Sicht des Autors

Sozialdemokraten und Christdemokraten haderten lange zu recht über die Frage, ob eher „Generalisten“ oder „Spezialisten“ ausgebildet werden sollen. Laut Duden stammt „General“ aus dem lateinischen generalis und bedeutet „allgemein“ oder „Allgemeinheit“. Wenn die Generalistik ernsthaft gewollt ist, dann muss *ein einheitlicher Begriff* gefunden werden, ansonsten wird die Generalistik ad absurdum geführt. Der konkrete Auftrag im Sinne der Generalistik bedeutet somit, dass ein *zentraler Begriff* gefunden werden muss, wenn man den Anspruch erhebt, die seit über 10 Jahren in der Diskussion stehende und im Sommer 2017 beschlossene Generalistik adäquat umzusetzen. Es drängt sich die Frage auf: „Kann man generell einen allgemeinen und übergreifenden Begriff in der Pflege definieren – und wäre dies sinnvoll?“ Der Begriff „Fachtherapie“ wäre nach Ansicht des Autors sinnvoll und erforderlich um die drängendsten Zukunftsfragen der Pflege – die Weiterentwicklung zur ganzheitlich eigenständigen Profession – entscheidend voranzutreiben, um in naher Zukunft europäisch/international auf- und abschließen zu können.

Mit über 1,2 Millionen Kolleginnen und Kollegen stellt die Pflege die größte Berufsgruppe und mit über 137.000 Auszubildenden schafft die Generalistik Deutschlands größten Ausbildungsberuf im Gesundheitswesen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015). Doch wird der Begriff „Pflegefachmann/Pflegefachfrau“ der immensen Tragweite und der umfangreichen Qualifikation der Pflege gerecht? Die Generalistik hätte eine einmalige Chance zu einer normativen Neudefinition bzgl. einer zeitgemäßen und modernen Pflege darstellen können.

Doch dieses Ziel und das Zeitfenster wurde nach Ansicht des Autors nicht genutzt. Stattdessen wurde ein schweizerischer Begriff verwendet und über die Ausbildung „gestülpt“ ohne ein generelles duales (Grund-)Studium auf Bachelorniveau einzuführen, wie es international gesehen überwiegend gängige Praxis wäre (vgl. Wuschke, 2019). Mit den ab 2020 geltenden Berufsbezeichnungen des Pflegefachmanns sowie der Pflegefachfrau, distanziert sich die Pflege im wörtlichen Sinne von seinem zentralen Anliegen: *„Den Menschen zu dienen“*. Der Begriff strahlt aus der Sichtweise des Autors „Kühle und Distanz“ aus, da ein „Fachmann“ überwiegend an Gegenständen arbeitet – ohne Therapie. Pflegenden hingegen, stellen meist einen 24-Stunden-Dienst am Menschen und seiner benötigten Medizintechnik im Dreischichtsystem sicher. Abschließend kann die Profession Pflege im wörtlichen Sinne nicht geeint werden. Die Generalistik generiert Ungereimtheiten, schürt Verwechslungen und schafft Verwirrung.

Dies zeigte sich in einer klarstellenden Pressemitteilung des Deutschen Pflegerats (DPR) vom 14. Oktober 2019, Nr. 26/2019, mit dem Titel: „Die generalistische Grundausbildung qualifiziert grundsätzlich für alle Bereiche pflegerischer Arbeit“. Anhand einer einseitigen Auslegung der Berufsbezeichnung und -qualifikation in der Pädiatrie, stellte die DPR-Vizepräsidentin Christine Vogler die Falschmeldungen zum Pflegeberufegesetz klar: „In den letzten Wochen gibt es immer wieder Vorstöße einzelner Verbände und Träger, die die Kompetenzen künftiger Pflegefachfrauen und -männer in Frage stellen. So „begrüßte“ die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) in einem Rundschreiben an seine Mitglieder die angebliche „Klarstellung“, dass in Zukunft ausschließlich der Abschluss der Kinderkrankenpflege nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) zur Anrechnung der erforderlichen Qualifikationen in den Perinatalzentren der Stufe 1 und 2 gelten würde. Darüber wird hergeleitet, dass Ausbildungsangebote mit dem Abschluss „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ unbedingt zu erhalten seien. Eine solche einseitige Auslegung des Pflegeberufegesetzes ist schlichtweg falsch“, stellte heute in Berlin Christine Vogler, Vize-Präsidentin des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR), klar. Die generalistische Grundausbildung qualifiziert grundsätzlich für alle Bereiche pflegerischer Arbeit“ (Vogler, 2019). Die deutsche Generalistik stellt somit eine immerwährende normative „Sackgasse“ dar, die die Pflege nachweisbar – schon im Vorhinein – nicht einen kann.

„Ab dem dritten Jahr können die Auszubildenden wählen, ob sie weiter den generalistischen Abschluss anstreben (Gesundheits- und Krankenpflege gibt es nicht mehr) oder den Berufsabschluss „Altenpfleger/in“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“. Diese haben jedoch *keine* automatische EU-weite Anerkennung“ (Bibliomedpflege, 2017). Dies stellt ein normatives berufspolitisches Dilemma dar, mit der Gefahr eines großen Begriffswirrwarrs, mit oder ohne akademische Grade B.A., B.Sc., Diplom oder Master.

„Fachtherapie stellt ein Generalistik-Schlüsselwort für alle Pflegeberufe dar.“

(Eigenes Zitat des Autors)

3 Die Bedeutung von Sprache

Sprache macht den Menschen.

„Im engeren Sinn versteht man unter Sprache ein System von Wörtern, das bestimmten Strukturregeln unterliegt und auf einer Konvention von akustischen Bedeutungs- und Ausdruckszeichen beruht“ (Pschyrembel, 2017). Ergo: „Sprache ist das, was den Menschen ausmacht. Lose aneinandergereihte Wörter ergeben noch keine Sprache. Erst wenn sie nach einem festgelegten Regelwerk aneinandergefügt werden, ergeben sie eine Bedeutung. Sprache ist einer der Kernaufgaben der interprofessionellen Pflege – Pflege ohne zu sprechen ist kaum möglich.“ (Eßrich & Wegmann, 2019, S. 247)

„Reden ist bereits Pflege, die Sprache ist Medizin.“

Mit Worten und Gesten können Pflegende in einer Sekunde einen anderen Menschen unterstützten und ermutigen. Einfach ausgedrückt: *„Wer spricht, pflegt bereits!“* (ebd.)

„Gerade in der Intensivpflege hat die Kommunikation höchste Priorität und setzt in besonders hohem Maße Kommunikationsfähigkeiten voraus. Leider werden häufig Pflegekräfte mit lückenhaften Sprachkenntnissen in der Praxis nach dem Motto „Learnig by Doing“ eingesetzt. Da ist Frustration programmiert. Laut einer Studie der Hans Böckler Stiftung erscheint die Sprachkompetenz als wesentliche Barriere zwischen den „migrierten“ und den „etablierten“ Pflegekräften. Leider sind sich die Behörden hinsichtlich des zu fordernden Sprachniveaus nicht einig. Zwar wird das Kompetenzniveau B2 verlangt, aber da die Nachweise keinen einheitlichen Qualitätskriterien unterliegen, verfügen die internationalen Pflegekräfte häufig über sehr unterschiedliche Sprachkenntnisse. Laut Michael Kuffer, Bundestagsabgeordneter der CSU, steht im Entwurf des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes, dass Deutschkenntnisse auf Mindestniveau B1 gefordert werden. Für die Anerkennung der Berufsausbildung internationalen Pflegekräfte ist das Sprachniveau B2 nach dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen (GER) erforderlich.“ (ebd.)

Abb.1 Kompetenzstufen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen, (Eßrich & Wegmann, 2019)

Kompetenzstufen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER)		
Kompetente Sprachverwendung	C2	Kann praktisch alles, was er/sie liest oder hört, mühelos verstehen. Kann sich spontan, sehr flüssig und genau ausdrücken und auch bei komplexeren Sachverhalten feinere Bedeutungsnuancen deutlich machen.
	C1	Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen.
Selbstständige Sprachverwendung	B2	Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Fachgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist.
	B1	Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge (...) geht. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen (...) äußern. Beispiele: (...) über Erfahrungen berichten oder Ziele beschreiben.
Elementare Sprachverwendung	A2	Kann sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen, in denen es um vertraute und geläufige Dinge geht. Beispiele: Informationen zur Person und zur Familie geben, alltägliche Einkäufe erledigen.
	A1	Kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden, die auf die Befriedigung konkreter Bedürfnisse zielen. Beispiele: sich vorstellen, Adresse sagen, nach Preis oder nach Weg fragen.

„Beim direkten Vergleich der Niveaus kann entnommen werden, dass Pflegekräfte mit B1 - Niveau nicht uneingeschränkt einsetzbar sind. Diese Mitarbeiter benötigen immer große Unterstützung. Leider entscheiden sich viele Pflegekräfte aus Zeit- und Kostengründen dafür, die Sprachkurse in ihren Heimatländern zu absolvieren. Der Nachweis erfolgt häufig über nicht aussagefähige Bescheinigungen. Sicherheit erhalten Arbeitgeber und Arbeitnehmer durch Sprachanbieter, die die internationalen Qualitätsanforderungen erfüllen. Wer eine aussagefähige Sprachprüfung sucht, die nach aktuellen Qualitätskriterien erstellt und durchgeführt wird, liegt bei den Mitgliedern der Association of Language Testers in Europe (ALTE) richtig. Für die deutschen Behörden gilt in der Frage der Anerkennung die Akzeptanz der Anerkennung der Zertifikate von den Sprachanbietern der ALTE. In Deutschland ist dies das Goethe-Institut. Im Rahmen der berufsbezogenen Deutschsprachförderung nach § 45a Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) werden Spezialkurse für „Akademische Heilberufe“ C1 und „Nichtakademische Gesundheitsberufe“ B2 zur sprachlichen Vorbereitung im Kontext der Anerkennung angeboten. Diese Curricula sind inhaltlich anspruchsvoll und bereiten sehr gut auf die Praxis vor.“ (ebd.)

„Letztlich bleibt die Frage offen, warum Pflegende „nur“ Sprachniveau B2 erreichen müssen, gleichwohl Ärzte C1-Niveau haben und Psychologen sogar C2 benötigen. Pflegende müssen ebenfalls Anamnesen erstellen, verschiedene Aspekte des weiteren Behandlungsverlaufs erklären, Patientenübergaben im multiprofessionellem Team detailliert vorstellen und sich so artikulieren, dass bei Patientenvorstellungen sowie bei Anordnungen seitens der Mediziner Missverständnisse ausgeschlossen sind.

Jeder, der auf einer Intensivstation gearbeitet hat, weiß, dass eine falsche Kommunikation gerade in medizinischen Kontexten psychischen und physischen Schaden anrichten kann. Die Politik hat jahrelang zugesehen und zu spät reagiert, weil Pflege keine Priorität hat.“ (Eßrich & Wegmann, 2019, S. 248)

„Laut einem Online-Artikel aus dem „Pfalz Express“ hält Karl Lauterbach, stellvertretender Vorsitzender der SPD, die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland für keine gute Idee. Wir sollten erst mal dafür sorgen, dass bestens qualifizierte Pflegekräfte, die wegen der schlechten Bedingungen und Bezahlung aus ihren Berufen geflüchtet sind, wieder in die Kliniken zurückkommen. Lauterbach fordert ein Wiedereingliederungsprogramm für Berufsrückkehrer und mehr Lohn: „Zunächst sollten wir unsere Hausaufgaben einmal machen und uns an den Koalitionsvertrag halten!“ Laut „Zeit online“ sieht das Eckpunktepapier Folgendes vor: „Inländische Kapazitäten sollen vorrangig genutzt werden.“ (ebd.)

„Wo aber werden inländische Kapazitäten genutzt? Die Situation der Pflege in Deutschland ist angespannter denn je, die Brisanz des Handlungsdrucks wird weiterhin von der Politik ausgeblendet. So wurden seit 1995 50.000 Pflegeplanstellen in deutschen

Kliniken abgebaut. Daneben sind Verkürzungen der Verweildauer, Qualitätsmanagement und Risikomanagement noch zusätzliche Faktoren, die übernommen werden müssen. Völlig offen ist, welches Ausbildungsniveau ausgebildete Fachkräfte aus dem Ausland vorweisen müssen; darüber hinaus ist noch nicht klar, welches Sprachniveau ausgebildete Fachkräfte vorweisen müssen.“(ebd.)

Innenminister Horst Seehofer sagte: „Sprachkenntnisse sollen dem entsprechen, was in den Integrationskursen erbracht wird.“ SPD-Minister Heil betonte: „Es geht um Kenntnisse, nicht um das höchste Niveau!“ – Das wäre ein Desaster.“ (ebd.)

„Die Deutsche Stiftung Patientenschutz kritisierte Gesundheitsminister Spahn zu seinen Plänen zur Anwerbung ausländischer Pflegekräfte scharf. Mit schnelleren Anerkennungsverfahren sowie *laschem* Umgang mit den Sprachniveaus werde man den Pflegenotstand nicht beheben. Deutschland ist nicht attraktiv genug: *„Schlechte Bezahlung, kaum Kompetenzen in der Pflege, Arbeitsdruck!“* Entwicklungspolitisch kann der Verlust von medizinischem Fachpersonal negative Auswirkungen haben (Braindrain). Darum muss die Politik stärker dafür Sorge tragen, dass die Rekrutierung internationale Pflegekräfte ethischen Standards folgt und den WHO-Code berücksichtigt. Das Potenzial der anderen Länder ist irgendwann mal erschöpft. Auch dort fällt der demografische Wandel nicht milder aus, und Länder wie Rumänien, Polen und China bilden nicht für den Westen aus.“ (ebd.)

„In Deutschland sind 25.000 Stellen nicht besetzt. Es fehlt an Nachwuchs, viele examinierte Pflegekräfte kehren ihrem Beruf den Rücken. Letztere könnten wir jedoch wieder zurückgewinnen, wie die „Pflege Comeback Studie von 2018“ beweist. Darin heißt es, dass sich 48 Prozent der ehemaligen Pflegekräfte vorstellen können, wieder in ihren Beruf zurückzukehren. Grundvoraussetzung für eine Rückkehr sind andere Strukturen und Arbeitsbedingungen, mehr Personal und eine bessere Bezahlung. Dafür müssen einerseits der Gesetzgeber und andererseits die Arbeitgeber bessere Voraussetzungen schaffen“ (Eßrich & Wegmann, 2019, S. 249). Ein hohes positives Spracheniveau ist essentiell für die Pflege, denn:

„Menschen prägen Sprache, Sprache prägt Menschen.“

(Eigenes Zitat des Autors)

3.1 Unsere Sprache prägt, wie wir denken

Die Forscherin Lera Boroditsky publizierte online in den Bereichen Psychologie und Linguistik des Verlags Spektrum der Wissenschaft. Die Autorin ist Assistant Professor für kognitive Psychologie an der renommierten Stanford University (Kalifornien) und Chefredakteurin der Fachzeitschrift »Frontiers in Cultural Psychology«. Ihr Labor erforscht weltweit den Einfluss der Sprache auf die Kognition. Anhand eines *beeindruckenden* Beispiels der Aborigines in nordaustralischen „Pormpuraaw“ wird verdeutlicht, wie die Sprache das Denken formt:

„Pormpuraaw ist eine kleine Siedlung der Aborigines am Westrand der Halbinsel Cape York in Nordaustralien. Ich bitte ein fünf Jahre altes Mädchen, nach Norden zu zeigen. Ohne zu zögern, deutet sie in eine bestimmte Richtung. Mein Kompass bestätigt: Sie hat Recht.

Nach meiner Rückkehr in die USA stelle ich dieselbe Frage in einem Hörsaal der Stanford University. Vor mir sitzen angesehene, mehrfach ausgezeichnete Gelehrte; manche besuchen seit 40 Jahren Vorträge in diesem Saal. Ich bitte sie, die Augen zu schließen und nach Norden zu zeigen. Viele weigern sich, weil sie keine Ahnung haben, wo Norden liegt. Die Übrigen denken eine Weile nach und deuten dann in alle möglichen Richtungen. Ich habe diesen Versuch nicht nur in Harvard und Princeton wiederholt, sondern auch in Moskau, London und Peking – stets mit demselben Resultat.

Eine Fünfjährige aus einer bestimmten Kultur bringt ohne weiteres etwas fertig, das angesehene Forscher einer anderen Kultur überfordert. Was ist der Grund für die höchst unterschiedliche kognitive Fähigkeit? Die überraschende Antwort lautet: die Sprache.

Die Idee, dass Sprachunterschiede die Kognition beeinflussen, ist an sich jahrhundertealt; in Deutschland vertraten sie vor allem Johann Gottfried Herder (1744–1803) und Wilhelm von Humboldt (1767–1835). Seit den 1930er Jahren wird sie oft den amerikanischen Linguisten Edward Sapir (1884–1939) und Benjamin Lee Whorf (1897–1941) zugeschrieben. Die beiden untersuchten die Grammatik nordamerikanischer Indianer und mutmaßten: Wenn Menschen grundverschieden sprechen, dann denken sie auch unterschiedlich.

Sprachen unterscheiden sich auf unzählige Arten voneinander, aber das muss nicht automatisch heißen, dass die Sprecher auch unterschiedlich denken. Lange war unklar, ob der Gebrauch von Mian, Russisch, Indonesisch, Mandarin oder Pirahã wirklich zu jeweils eigenen Wahrnehmungen, Erinnerungen und Überlegungen führt. Doch zahlreiche Forschungen – unter anderem in meinem Labor – haben inzwischen gezeigt, dass die Sprache sogar die grundlegenden Dimensionen menschlicher Erfahrung prägt: Raum, Zeit, Kausalität und die Beziehung zu anderen.

Anders als Englisch oder Deutsch enthält Kuuk Thaayorre – die in Pormpuraaw gesprochene Eingeborenenensprache – keine relativen Raumausdrücke wie links und rechts. Wer Kuuk Thaayorre spricht, gebraucht absolute Himmelsrichtungen wie Norden, Süden, Osten, Westen. (...) Meine Kollegin Alice Gaby von der University of California in Berkeley und ich legten daher Kuuk Thaayorre sprechenden Aborigines Bildfolgen vor, die Zeitabläufe zeigten: Ein Mann altert, ein Krokodil wächst, eine Banane wird verspeist. Dann baten wir sie, die durchmischten Fotos zeitlich zu ordnen. Wir führten den Test je zweimal durch, wobei die Person jedes Mal in eine andere Himmelsrichtung schaute. Jemand, der englisch oder deutsch spricht, ordnet die Bilder so, dass die Zeit von links nach rechts fortschreitet. Hebräisch oder arabisch Sprechende legen die Karten eher von rechts nach links.

Dies zeigt, dass die Schreibrichtung beeinflusst, wie wir Zeit organisieren. Doch die Aborigines sortierten die Karten weder grundsätzlich von links nach rechts noch umgekehrt, sondern stets von Osten nach Westen. Wenn die Testperson so saß, dass sie nach Süden schaute, verliefen

die Karten von links nach rechts. Schaute sie nach Norden, ordnete sie die Bilder von rechts nach links. Hatte die Person Osten vor sich, lief die Kartenfolge auf den Körper zu, und so weiter. Dabei sagten wir den Probanden nie, welche Himmelsrichtung sie vor sich hatten – die Aborigines wussten das ohnehin.

Rund um den Globus kommunizieren Menschen miteinander auf vielfältige Weise, und jede der schätzungsweise 7000 Sprachen verlangt von denen, die sie verwenden, ganz unterschiedliche Leistungen. Wer anders über den Raum denkt, hat auch eine andere Zeitvorstellung. (...) Aber rufen nun Sprachunterschiede unterschiedliches Denken hervor – oder ist es eher umgekehrt? Wie sich zeigt, trifft beides zu: Unsere Denkweise prägt die Art, wie wir sprechen, aber der Einfluss wirkt auch in der Gegenrichtung.“ (Boroditsky, 2012)

3.2 Die Sprache der Pflege ist Medizin – nicht Pflege

Aus diesem einfachen sprachlichen (prägenden) Grund, sollte im Titel der Absolventen „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ der Begriff „Pflege/r/in“ zwingend ersetzt werden und durch einen adäquaten sowie hochwertigen Begriff *besetzt* werden. „Gesundheits-Fachtherapeut/in“ (m/w/d), stellt aus der Sicht, vor allem aus der tiefen Überzeugung des Autors heraus, einen adäquaten Begriff dar. Der neue Begriff formt und prägt sprachlich ein „neues“ Denken und Image. Vor allem die „Gesundheit“ unter einer „fachlichen Therapie“ oder die „Gesundheits-Therapie“, die fachlich/fachgerecht ausgeführt wird/werden muss, steht im Vordergrund, nicht etwa „Krankheit“ und „Pflege“ oder die „bloße Pflege eines kranken Menschen“. Denn „unsere Sprache prägt, wie wir denken“ (vgl. Boroditsky, 2012) oder besser gesagt: „Die Sprache der Pflege ist Medizin – nicht Pflege.“ (Eigenes Zitat des Autors)

Gerade im Kontext der „Pflegefachfrau“ ohne Diplom (vgl. Schweiz / Deutschland), erinnert dieser Terminus stark, nach Auffassung des Autors, an eine „Putzfrau“, einer Reinigungskraft. Der in Deutschland ab 2020 gültige Begriff „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“, ist *nicht* in der Lage, die historische/medizinische Verwurzelung der „Krankenschwester“ und die vielfältigen Qualifikationen bereits im Titel darzustellen. Der Begriff stellt offensichtlich Deutschlands einfallsloseste und einfachste Kopie aus der Schweiz dar – ohne Diplom. Ferner wirft der Begriff „Pflegefachmann und -fachfrau“ eine nicht beantwortete Fragestellung auf:

„Wie werden alle Berufsbezeichnungen der zukünftigen Fachpflegekräfte mit (meist zweijähriger) Weiterbildung exakt definiert – wie sieht deren Steigerung aus?“

Etwa „Fachpflegefachmann“ oder „Fachpflegefachfrau“ für ... XY ? Bzw. „Fachpflegefrau, Fachpflegemann“ für ... XY ? Konkret: „OP-Fachpflegefachfrau“? Oder „Fachpflegemann für Notfallpflege“? Dies mutet fast lächerlich, um nicht zu sagen, zu lächerlich an. Mit der Bezeichnung „Pflegefachfrau/-mann“, ist zukünftig mit einem erheblichen sowie uneinheitlichen Begriffswirrwarr für alle Fachpflege- und Pflegefachkräfte zu rechnen.

3.3 Positive und negative Sprachbilder

Welches Gesetz klingt subjektiv positiver? „*Bundesseuchengesetz*“ oder „*Infektionsschutzgesetz*“? – Richtig: Infektionsschutzgesetz, nach der Ansicht des Autors. In § 1 heißt es: „Zweck des Gesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern“ (IfSG, 2000). Kurzer Exkurs; auch diese vielfältigen gesetzlichen Aufgaben im Sinne des Infektionsschutzgesetzes stellt eine Domäne für Pflegefachkräfte dar, sie zeichnen sich in einer großen Verantwortung, da sie täglich das IfSG adäquat und gewissenhaft sicherstellen. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist im o.g. Vergleich ein positives und semantisches Sprachbild. „Krankenschwester“ hingegen ein negatives Sprachbild. Krankenschwester stellt zwar das „typisch bekannte“ und/oder „etablierte Wort“ dar, jedoch ist dies eine äußerst dysphemistisch geprägte Berufsbezeichnung. Es ist eine einfache Wahrheit:

„Das Wort Krankenschwester übermittelt kein positives Sprachbild.“
(Eigenes Zitat des Autors)

Stark verkürzt und aus der Sicht des Autors wird behauptet: „Jeder kennt zwar die Krankenschwester, doch keiner weiß was sie tut.“ Meist ist die Gesellschaft ziemlich überrascht, was eine Krankenschwester „alles“ wissen, tun oder können muss – gerade im Corona-Jahr 2020. Es liegt auf der Hand, die Bezeichnung „Krankenschwester/Pflegerin“ beschreibt *nicht* ihre komplexe und verantwortungsvolle Tätigkeit (vgl. Kapitel 8.5, S. 61).

Noch eindeutig unglücklicher als „Krankenpfleger/In“, (Krankenbruder ist meist immer noch als männliche Scherzvariante geläufig), ist die Berufsbezeichnung „Altenpfleger/in“. Der Begriff der „Altenpflege“ ist laut Faßbender (2019, S. 37) schlecht gewählt, weil allein durch die Begrifflichkeit eine unvorteilhafte Konnotation zuungunsten dieser Berufsangehörigen entsteht.

Die o.g. Berufsbezeichnungen beinhalten nach der Auffassung des Autors mit „alt“ und „Pflege“ bzw. mit „krank“ und „Pflege“, gleich zwei Dysphemismen. Dies wirft die Frage auf: „Wie kann so jemals ein positives Image, gar ein guter Ruf entstehen?“ Wenn positive Sprache so wichtig und so prägend für uns Menschen ist, wirft dies die Fragestellung auf: *„Weshalb hat die Pflege/die Krankenschwester eben keine?“* Vor allem in Zeiten des deutlich spürbaren Pflegepersonal mangels mit bekannt schlechten Arbeitsbedingungen, schlechter Bezahlung und einer praktisch fehlenden Akademisierung, alles belastende systemische Faktoren, die vielfach wissenschaftlich begründet sind, stellt dies eine perfekte Negativspirale mit erheblicher Sogwirkung für zukünftige Arbeitskolleg*Innen dar. So entsteht ein massives negatives Vakuum für dringend benötigte qualifizierte Arbeitskräfte. Nicht nur die Politik muss hier handeln. Alle in „der Pflege“ müssen sich nach der Ansicht des Autors (endlich) einig werden.

3.4 Euphemismus

„Das Wort Euphemismus geht auf das griechische Wort euphemein in der Bedeutung „Worte von guter Vorbedeutung gebrauchen, Unangenehmes angenehm sagen“ zurück. Mit einem Euphemismus wird etwas, was eine möglicherweise anstößige oder unangenehm wirkende Bezeichnung hat, beschönigt, verhüllt oder sprachlich gemildert“ (Duden, 2019). Das semantische Gegenstück zum Euphemismus ist der Dysphemismus. Dieser wertet das Bezeichnete ab und versieht es mit negativen Konnotationen.

3.5 Die Bedeutung von Semantik

„Semantik (von altgriechisch σημαίνειν *sēmaínein*, deutsch: bezeichnen, ein Zeichen geben), auch Bedeutungslehre, nennt man die Theorie oder Wissenschaft von der Bedeutung der Zeichen“ (Wikipedia, 2019). „Durch den aktiven Teil der Sprachwahrnehmung wird den Reizen syntaktisch, kontext- sowie vom Vorwissen und von Lernerfahrungen abhängig Bedeutung zugemessen. Passive Sprachwahrnehmung bezeichnet den rezeptiven Funktionsteil des Kommunikationsvorgangs, wobei die lautlichen, grafischen oder gestischen (z. B. Zeichensprache) Äußerungen vom auditiven oder visuellen System registriert und als neuronale Reize zum primären auditiven bzw. visuellen Kortex weitergeleitet werden und dort phonetisch-phonologisch bzw. bildlich weiterverarbeitet werden“ (Pschyrembel, 2018). „So haben Synonyme den vielleicht nicht identischen (da unterschiedliche Konnotationen mitschwingen können), aber gleichen Bedeutungsgehalt: Die verschiedenen Wörter "zeigen" oder verweisen auf dieselbe Sache, bezeichnen denselben Sachverhalt - auch wenn sie in ganz verschiedenen (z. B. auch regionalen und historischen) Stilebenen auftauchen oder den Sachverhalt auf völlig unterschiedliche Weise ausdrücken. Das Gemeinte ist aber immer auch kontextabhängig“ (Punkt&Komma, 2019). Wie unter Kapitel 9.5 (S. 68) beschrieben, existieren in der EU 33 Diplom-Ausbildungsnachweise in der Pflege. Das Diplom ist europaweit ein etablierter und euphemistischer (positiver) Begriff eines qualitativ sehr hochwertigen Abschlusses.

3.6 Die semantische Bedeutung des Titels „Diplom Gesundheits-Fachtherapeut“

Aus der Sicht des Autors bildet der Titel „Dipl. Gesundheits-Fachtherapeut“ als Dreiklang ein äußerst semantisches Klangbild und transportiert ein nachhaltiges und positives Image. Ferner stellt dieser die Akademisierung der Pflege vorweg und folgt bestimmten Sprachregeln. Der Titel ist neutral und verkörpert gleichzeitig das Ziel der Gesundheit – nicht der Krankheit. Da die Schweiz mittelfristig nicht der EU beitreten wird, da dies ein EFTA-Staat ist, muss neben dem Bologna-Prozess ein Konsens gefunden werden. Auch im Rahmen der Akademisierung muss die deutschsprachige europäische Pflege,

europäisch auftreten. In Vielfalt geeint – eben. Das Diplom entspricht dem Bachelor-Niveau, jenen akademischen Basis-Grad innerhalb des Europäischen Hochschulraums (EHEA). Nach der Ansicht des Autors ist davon auszugehen, dass es einen gewissen Widerstand gegenüber „Diplom Gesundheits-Fachtherapeut/in“ geben wird, da das Diplom im EHEA (vgl. Bologna-Prozess) ausläuft.

„Gesundheits-Fachtherapeut/in B.A.“ bzw. „Gesundheits-Fachtherapeut/in B.Sc.“ wären alternativ kompatibel bezüglich der European Higher Education Area.

4 Die Bedeutung des Wortes Therapie

Das Wort Therapie stellt im FTH-Fachkonzept eine zentrale Säule dar. Der Pschyrembel definiert den Begriff Therapie als: „altgr. *θεραπεία therapeia* Dienst, Pflege, Heilung - Behandlung von Krankheiten, Behinderungen und Verletzungen mit dem Ziel der Heilung, der Beseitigung oder Linderung von Symptomen und der Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionen“ (Pschyrembel, 2019). Es existieren unterschiedliche Formen der Therapie, der Hauptansatz ist jedoch immer stets ganzheitlich: „Die Therapie umfasst die Gesamtheit aller medizinischen Maßnahmen, z. B. allgemeine Therapie, Pharmakotherapie, chirurgische Therapie, Physiotherapie, Psychotherapie, die Symptome lindern und heilen. Man unterscheidet etwa:

- kurative Therapie: zur Beseitigung einer Krankheit
- palliative Therapie: zur Linderung der Krankheitssymptome (siehe Palliativpflege)
- invasive Therapie: Behandlung von Erkrankungen mit operativen Mitteln
- konservative oder nichtinvasive Therapie: Behandlung ohne OP, z. B. mit Arzneimitteln
- physikalische Therapie: Therapeutischer Effekt physikalischer Mittel
- psychologische und psychotherapeutische Therapieformen: Behandlung seelischer Störungen, je nach Ausgangslage z. B. Aversionstherapie, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie.“ (ebd.)

Auch die Berechtigung ist im klinischen Wörterbuch klar umschrieben: „Die Therapie ist nicht dem Arzt vorbehalten, lediglich die Verantwortung für bestimmte medizinisch-diagnostische und therapeutische Entscheidungen unterliegt dem ärztlichen Therapie-monopol. Sonstige Berechtigungen ergeben sich aus dem Heilpraktikergesetz. Die gesetzlichen Vorgaben zur Soziotherapie sehen ausdrücklich Sozialpädagogen und Sozialarbeiter sowie Pflegepersonen als berechtigte leistungs anbietende Berufsgruppen vor. Pfliegerische therapeutische Maßnahmen bewegen sich aufgrund des überlagerten Arbeitsfeldes häufig in einer juristischen Grauzone. Die Rechtsprechung geht jedoch zunehmend von pfliegerisch zu verantwortenden Tätigkeitsbereichen aus, auch wenn gesetzlich auf das

Formulieren von Vorbehaltsaufgaben verzichtet wurde (Anmerkung des Autors: Rechtliche Vorbehaltsaufgaben wurden 2020 mit der Generalistik definiert). Für Pflegepersonen bedeutet das eine Verpflichtung zur ständigen Aktualisierung des Wissens.“ (ebd.)

Aus der Sicht des Autors steht die Pflege aus seinem ethischen Berufsverständnis keinesfalls im Widerspruch zu dieser o.g. Definition und kann sich dieser vollumfänglich anschließen. Der Begriff Therapie verlangt nach Akademisierung, da eine stete „Verpflichtung zur ständigen Aktualisierung des Wissens“ (vgl. Pschyrembel) erforderlich ist. Ferner ist Therapie hervorragend für die Pflege im deutschsprachigen Raum geeignet, da mithilfe der (Pflege-)Diagnosen unsere Handlungen begründet werden. Aktuell sind die jetzigen Pflegefachkräfte die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015), die die angeordneten Behandlungstherapien in der Klinik adäquat durchführen können. Pflegefachkräfte leiten täglich bestimmte Therapien/Maßnahmen ein, führen diese durch, erhalten diese aufrecht, überwachen bzw. beenden sie im Regelfall planmäßig. Bezogen auf die täglich verwendete griechische Fachsprache, ist die Bezeichnung „Fachtherapeut“ ebenfalls korrekt, denn dieser Begriff bedeutet frei übersetzt "der Fachpfleger". Fachtherapeut hingegen klingt deutlich wertiger, ist kurz, prägnant, eindeutig vor allem eigenständig und kann mit allen medizinischen Fachdisziplinen kombiniert werden. Oberstes Ziel muss es sein, die errungene autonome Durchführungsverantwortung und die seit 2020 geltenden Vorbehaltsaufgaben gemeinsam gegenüber unseren ärztlichen Kollegen in die Berufsbezeichnung mit einfließen zu lassen. Es muss eindeutig erkennbar sein, was Pflegenden – ergo Fachtherapeuten – für Qualifikationen besitzen. Die Pflege ist definitiv ein Gesundheitsfachberuf, mehr Gesundheits-Fachtherapeuten (m/w/d) wären somit in Zukunft essentiell.

4.1 Therapien – Seit jeher in fester pflegerischer Hand

Alle angeordneten routine, sowie alle speziellen und/oder spezialisierten Infusions-, Schmerz-, Antibiotika-, Lagerungs-, Bewegungs-, und/oder Beschäftigungstherapien, aber auch sämtliche Beatmungstherapien beginnend auf den Intensivstationen, den Funktionsabteilungen, weiterführend auf allen Normalstationen, den „Pflegeheimen“ oder den Ambulanten Pflegediensten, müssen adäquat durchgeführt werden. Auch die Applikation der unterschiedlichsten Medikamententherapien – etwa intravenös (i.v.), subcutan (s.c.), intramuskulär (i.m.) oder per os (p.o.) – werden meist auf ärztliche Anordnung von den „Schwestern“ bzw. den „Pflegerinnen“ in allen Kliniken, den stationären oder ambulanten Versorgungsstrukturen, in der Pädiatrie bis hin zu den „Seniorenheimen“ souverän und verlässlich durchgeführt. Auch im Hebammenwesen oder der Kardiotechnik gibt es viele Überschneidungen. Während einer routinemäßigen oder komplexen Geburt oder einer Herzoperation, muss eine medikamentöse und/oder gerätebasierte Therapie fachgerecht nach Indikationsstellung durchgeführt, überwacht, sowie autonom beendet werden. Dies eint die Pflege – nach der Ansicht des Autors.

4.2 Zielgerichtete Therapien sind unerlässlich

Patientinnen und Patienten benötigen meist, nach der Erfahrung des Autors, eine qualifizierte Einrichtung oder einen qualifizierten Dienst, um eine spezielle Therapie zu erhalten. Stationär oder ambulant wird meist entschieden, ob eine konservative oder eine operative Therapie in Erwägung gezogen wird. Pflegende tragen seit jeher einen entscheidenden Anteil daran, ob die (ärztlich) angeordneten Therapien gewissenhaft durchgeführt, umgesetzt und/oder gegebenenfalls beendet werden. Verschwindet die Pflege im Rahmen der Therapie, verschwindet die Patientensicherheit.

Die am 16.07.2003 gesetzlich festgelegte Durchführungsverantwortung laut § 3 Krankenpflegegesetz, stellte bis 2020 die Legitimation dar. Nicht zuletzt wird interdisziplinär vom therapeutischen Team gesprochen. An Hand eines Beispiels mit dem annähernd jede Pflegefachkraft im Alltag konfrontiert wird, möchte der Autor dies verdeutlichen: Dem so genannten Delir, besser bekannt unter „Durchgangssyndrom“ – auch hier ist eine adäquate Therapie unumgänglich.

Das Delir ist eine: „Akute organisch bedingte Psychose mit qualitativer Bewusstseinsstörung in Form von Bewusstseinsstörung, Aufmerksamkeits-, Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen sowie affektiven und vegetativen Symptomen. Prognose: Meist völlige Remission, unbehandelt hohe Mortalität.“ (vgl. Pschyrembel, 2019)

Nach Ansicht des Autors stellt dies für das therapeutische Team, in dem Pflegefachkräfte ständig „nah am Patienten arbeiten“, eine Kernkompetenz dar, ein Delir zügig, adäquat sowie evidenzbasiert zu erkennen. Wird dies nicht erkannt, kann dies erhebliche Langzeitschäden oder u.U. den Tod eines Patienten nach sich ziehen.

2015 wurde hierzu eine fundierte S3-Leitlinie der DGAI und DIVI „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ erstellt. In der Präambel heißt es: *„Der intensivmedizinisch behandelte Patient soll wach, aufmerksam, schmerz-, angst- und delirfrei sein, um an seiner Behandlung und Genesung aktiv teilnehmen zu können.“*

(S3-Leitlinie, 2015, S. 3). In der Literatur und seit der letzten Revision der Leitlinie sind „Delirinzenzen zwischen 30% und über 80% der Patienten dokumentiert. Das Delir ist keine eigenständige Krankheitsentität, sondern ihm liegen medizinische Faktoren zugrunde und es ist Ausdruck einer Organfunktionsstörung des Gehirns.“ (vgl. S. 6)

„Eine routinemäßige pharmakologische Delirprävention sollte *nicht* bei allen erwachsenen, intensivmedizinisch-behandelten Patienten durchgeführt werden. Eine Übersedierung RASS \leq -2, soll vermieden werden. Eine nicht-pharmakologische Prävention des Delirs soll bei *allen* intensivmedizinisch-behandelten Patienten durchgeführt werden:

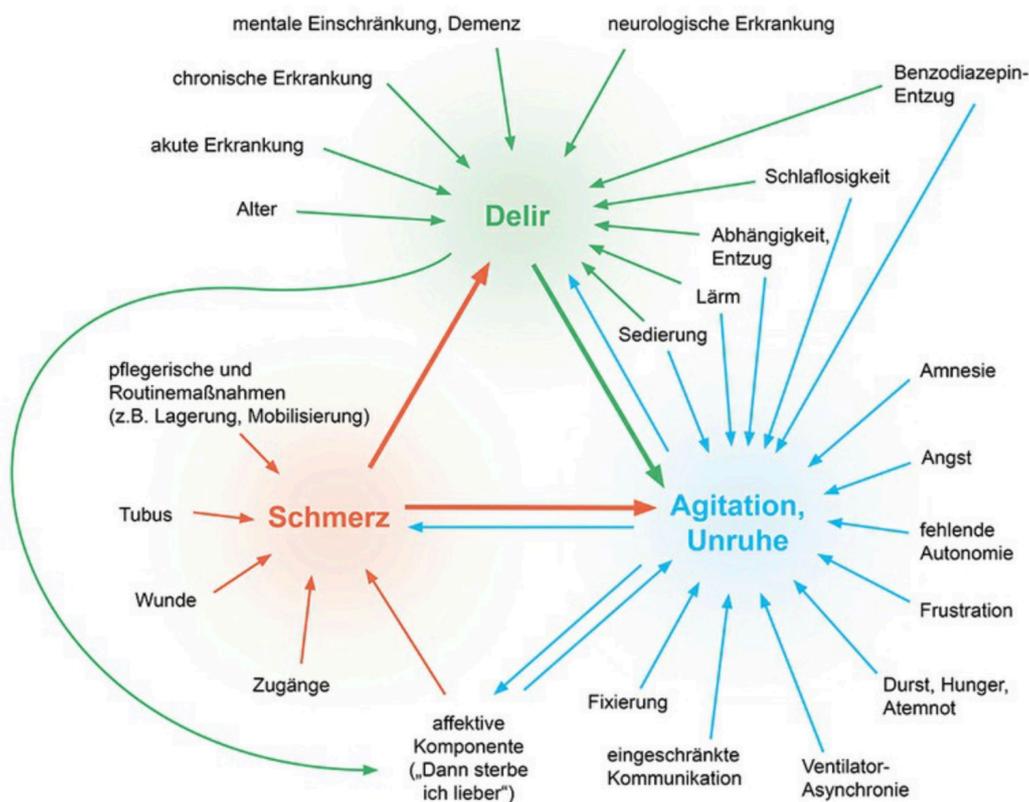
Vor allem Schmerz, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Durst, Angst, Unruhe (vgl. S. 6), sowie schnell wechselnde Örtlichkeiten, stellen Triggerfaktoren dar. „Neben prädisponierenden Faktoren wie einem vorbestehenden kognitiven Defizit oder einer bekannten Depression, gelten zusätzlich komplizierende Umstände, die im Rahmen der Behandlung auftreten können, wie Delirfrequenz, Delirdauer, Hypoxie, transfusionsbedürftige Anämien, Hypotension, schwere Sepsis/septischer Schock, extreme Blutzuckerschwankungen, sowie soziale und psychologische Faktoren als risikoe erhöhend.“ (vgl. S. 11)

Diese Einzelfaktoren können ineinandergreifend wie Zahnräder, im schlechtesten Fall und ohne zielgerichtete Prävention/Therapie, ein Delir fördern oder gar auslösen. Der Patient im Delir ist potentiell *vital gefährdet*, dies stellt die Indikation für eine intensivmedizinische Betreuung dar, in der Intensivpflegefachkräfte eine zentrale verantwortungsvolle Stellung einnehmen. Neben dem adäquaten Monitoring der Vitalzeichen, sollte ein „qualifiziertes 8-stündliches Monitoring der Behandlungseffekte bzgl. Analgesie, Sedierung, Delir, Stress, Angst und Schlaf erfolgen.“ (vgl. S. 13)

Das umfangreiche interdisziplinäre Management eines Delirs zeigt eindrucksvoll, die jeweiligen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen müssen leitliniengerecht durchgeführt und immer wieder reflektiert werden. Das qualifizierte Behandlungsteam muss stets „Up to date“ sein. Validierte Scoringssysteme sollen zur Therapiesteuerung und Überwachung der Analgesie, der Sedierung, der Angst und des Delirs eingesetzt werden (vgl. S. 13). Um beispielsweise ein Delir zu verhindern, werden einheitliche Scoringssysteme wie RASS, BPS, BPS-NI, CAM-ICU, ICDS und einige mehr, evidenzbasiert angewendet. Das 217 seitige umfassende wissenschaftliche Dokument, muss adäquat verarbeitet und ein Theorie-Praxis-Transfer hergestellt werden. Diese stets komplexer werdenden Herausforderung können nur mit Hilfe und Steigerung der Akademisierung in der Pflege bewältigt werden.

Abb.2 Diverse Faktoren beeinflussen ein Delir, (Orionpharma 2018)

Schmerz, Agitation und Delir sind keine isolierten Herausforderungen¹



4.3 Hohe Verantwortung, fachgerechte Therapie und Gesundheit

Spezielle Therapien werden in allen Fachdisziplinen angewendet, das o.g. Beispiel des Delirs verdeutlicht dies sehr anschaulich. Die jeweiligen spezifischen fachlichen Therapien, müssen in allen Bereichen der Pflege interprofessionell durchgeführt werden. Diese unterschiedlichen Maßnahmen müssen in der Pädiatrie genauso zügig und korrekt ausgeführt werden, wie in der Geriatrie. Leitliniengerechtes und evidenzbasiertes Arbeiten ist unverzichtbar und zeichnet eine moderne Pflegefachkraft aus. Selbstverständlich ist eine soziale Kompetenz sowie ein hohes Maß an Empathiefähigkeit ein Aushängeschild jeder Pflegefachkraft. Allerdings wenn grösste Fehler begangen werden und dies nach dem Grundsatz begründet wird: „Wir machen das hier immer schon so“, gefährdet dies das Leben des Individuums. Die hohe Verantwortung der Pflege wird meist dadurch begründet, da es meist um den Schutz oder eben die Verantwortung bzgl. des Menschenlebens geht. Die hohe Verantwortung für Leib und Leben kann nur durch eine *generalistische und akademische Realisierung* der Profession Pflege bewerkstelligt werden. Nur dadurch kann die Pflege ihrer traditionellen hohen Verantwortung gegenüber ihren Patient*Innen gerecht werden.

5 Die Bedeutung des Zweiten-Agnes-Karll-Moments

„Will die (beruflich) Pflegende nicht wie bisher Amboß sein, muss sie eiligst anfangen, Hammer zu werden und nicht mehr ihr Geschick willenlos aus den Händen Anderer zu nehmen, sondern es selbst zu gestalten“ (DBfK, 2018, zit. n. Agnes Karll). Agnes Karlls Appell an die professionell Pflegenden gilt heute mehr denn je. Als 19-jährige erlebte sie, was für beruflich pflegende Frauen Ende des 19. Jahrhunderts Alltag war: Arbeitstage bis zu 20 Stunden, kaum Freizeit, Abhängigkeit vom Wohlwollen des Arbeitgebers, allenfalls ein geringes Taschengeld, Willkür der Vorgesetzten, fehlende soziale Absicherung, mangelnde Ausbildung. Sind im Jahr 2020 nun alle Defizite komplett beseitigt?

Das Jahr 2020 wurde *ironischer* Weise bereits vor dem Coronavirus zum „Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen“ ausgerufen, um den Stellenwert der Pflegekräfte und der Hebammen hervorzuheben und aufzuwerten. Die Umstände der Covid-19-Pandemie machte das Jahr 2020 tatsächlich zu einem wahrhaft eminent wichtigen Jahr für alle Pflegenden und Hebammen – allerdings sind beide Professionen miteinander eher mangelhaft vernetzt.

Agnes Karll hingegen war international hervorragend vernetzt. Gerade weil sie Erfahrungen in vielen Ländern der Welt sammeln konnte und einen visionären Weitblick inne hatte, revolutionierte sie nachhaltig die deutsche Krankenpflege und gründete infolgedessen die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands, kurz BOKD; den jetzigen DBfK. Die Vordenkerin, Reformerin und Frauenrechtlerin setzte sich laut Lay (2003) anfangs des 20. Jahrhunderts für die Bezeichnung „Schwester“ – gegen den Widerstand aus den eigenen Reihen durch – um die Gleichwertigkeit ihrer freien Pflegerinnen mit denen der etablierten Mutterhauschwestern herzustellen. Mit Erfolg.

Vor über 100 Jahren begriff Agnes Karll: „Eine *einheitliche* Bezeichnung ist von größter Bedeutung.“ Ein Wort, Schwester, konnte damals die dringend benötigte Gleichwertigkeit erfolgreich herstellen. Das Problem ist nur, dies ist weit über 100 Jahre her und meinte nur selektiv Frauen – Männer wurden und werden so ausgeschlossen. Dass das Wort Pflege äußerst unpassend war und ist, viel mehr ein „Übergangswort“ darstellt, ist auch am o.g. „Hammer/Amboss-Zitat“ Agnes Karlls und in der Zitierung des DBfK ersichtlich.

Schon am Beginn des Zitats wurde in Klammern „(beruflich)“ vor „Pflegende“ gesetzt, um eine Verwechslung mit der „normalen Pflegenden“ – hier ist die bürgerliche Frau gemeint, da meist Frauen die Pflege ihrer Angehörigen übernehmen – zu verhindern. Dies verdeutlicht die historisch gewachsene Verwechslungsgefahr des Wortes Pflege. Männer gehören nach Ansicht des Autors mittlerweile selbstverständlich zum festen Bestandteil der Pflege. Pflege hat sich in über 100 Jahren grundlegend geändert und weiterentwickelt. Ein

neuer einender Begriff, ein neuer Terminus *technicus* ist nach Ansicht des Autors dringend von Nöten. Mit „Gesundheits-Fachtherapie“ ist die geschichtsträchtige Verwechslung beendet. Mit der (Gesundheits-)Fachtherapeutin oder dem (Gesundheits-)Fachtherapeuten, wäre die dringend benötigte Differenzierung, Abgrenzung und Professionalisierung der Pflege vollendet. Ob dies Möglich ist, davon ist der Autor zutiefst überzeugt. Dass dies nicht einfach ist und wird, gerade bei Pflegenden oder der (alten) „Schwester“ eine Veränderung in den Köpfen herbeizuführen, war sich schon Agnes Karll bewusst. Sie hatte einen prägenden Leitspruch:

5.1 Per aspera ad astra – auf rauen Wegen zu den Sternen

Oder „Per aspera ad astra – durch Schwierigkeiten zu den Sternen.“ Dieses Zitat und Motto von Agnes Karll verdeutlichte schon damals die gewaltige Herausforderungen, die vor ihr und der Pflege stand, denn Pflegende stehen sich offensichtlich auch selbst im Weg. Somit ist ab 2020 „Der-Zweite-Agnes-Karll-Moment“ von Nöten, um alle in der Pflege – und jene die sich als solches noch nicht verstanden oder gesehen haben – zu (ver)einen. Vor rund einhundert Jahren hatte Agnes Karll den Mut und das ehrwürdige Engagement *alle* in der Pflege zu einen.

Nach der Ansicht des Autors ist infolge der gesetzlich festgelegten Generalistik eine Einigung/Generalisierung der Pflege nach dem Motto: „In Vielfalt geeint“, nicht mehr aufzuhalten. Nach 113/114 Jahren, im Jahre 2020, vor allem durch den Komfort der Digitalisierung und den Gedanken der Internationalisierung, ist dies nun für alle Gesundheitsarbeiter*Innen viel leichter zu erreichen/zu vollenden. Wir sollten das gleiche visionäre Engagement und die Courage an den Tag legen, wie damals Agnes Karll. Ihr Ziel für die Pflege war immer, sich zu Organisieren um Verbesserungen zu erreichen. Dies wäre nun einheitlich, europäisch und international im deutschsprachigen Raum möglich, greif- und erreichbar. Anhand des normativen Beispiels der „Hebamme“ möchte der Autor dies verdeutlichen.

5.2 Deutsche Hebammenausbildung 2019 als Vorbild für alle „Schwestern“? Ein Fortschritt mit Rückschritt

Laut dem Hebammenreformgesetz 2019 wird der Begriff des „Entbindungspfleger“ abgeschafft. Unter § 3 Berufsbezeichnung heißt es: „Die Berufsbezeichnung „Hebamme“ gilt für alle Berufsangehörigen“ (Drucksache 19/10612 des dt. Bundestages, S.10). Somit werden Männer „*Hebamme*“ als zukünftige Berufsbezeichnung annehmen müssen. Nach der Sichtweise des Autors ist festzuhalten, dass dies im Jahre 2020, in Zeiten von

scheinbarer Routine in der „gelebten“ Geschlechtergleichberechtigung für Männer und Frauen, die eindeutig weibliche Bezeichnung „Hebamme“, dem Sinn der Gleichberechtigung entgegensteht. Wenn es Polizistinnen und Polizisten gibt, können nicht nur Hebammen existieren. Auch wenn männliche Kollegen hier eher selten anzutreffen sind, war der Begriff des (Entbindungs-)Pflegerers fester Bestandteil. Allerdings auch hier generiert das Wort Pflege *keine* Verbindung mehr.

Ferner lässt der Begriff Hebamme das Gendern aus. Obendrein sieht sich die Hebamme nicht als Schwester und die Schwester, nicht als Hebamme. Beide werden jedoch interessanterweise im Deutschen Pflegerat (DPR) vertreten. Der DPR nennt sich: „Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen“ (vgl. DPR, 2020). Die eindeutig genderfreien Begriffe stehen für einen klaren weiblichen Stereotyp, schaffen keinen einheitlichen Konnex oder sinnvollen Konsens und stehen abschließend für die Deprofessionalisierung der Profession Pflege – und des Hebammenwesens.

Das duale Studium ist aus Sicht der Akademisierung äußerst erfreulich und notwendig, jedoch sollte man kritisch die „gewohnte“ Berufsbezeichnung betrachten, da diese nicht darstellen kann, welche Kompetenz die „Hebamme“ erfüllen muss. Ferner ist die Arbeit und die Qualifikation aus dem Namen heraus nicht ersichtlich („Hebt sie die Amme?“). Potentielle Bewerberinnen und Bewerber könnten so stigmatisiert und/oder unnötige Stolpersteine in den Weg gelegt bekommen, bereits berufstätige männliche Entbindungspfleger könnten so diffamiert und/oder unnötig bloßgestellt werden.

Generell stellt sich die Frage, warum die Hebamme vollständig akademisiert wird? - und die Pflege nicht? „Die Akademisierung der Hebammenausbildung muss vollständig erfolgen. Eine Teilakademisierung kommt für diesen Beruf nicht in Betracht. Das Nebeneinander verschiedener Ausbildungswege für Hebammen würde zu einer Spaltung der ohnehin kleinen Berufsgruppe führen. Dabei muss jede Hebamme in der Lage sein, das gesamte Tätigkeitsspektrum ihres Berufs zu beherrschen und insbesondere auch die vorbehaltenen Tätigkeiten auszuführen – und das auf einem bundesweit einheitlichen Niveau“ (Drucksache 19/10612, S. 2). Für die Pflege scheinen diese hochwertigen Ziele und die begründeten Ansprüche offensichtlich (wieder) nicht zu gelten (vgl. Generalistik, 2020).

Zum Abschluss könnte die ausschließliche Bezeichnung „Hebamme“ ab 2020 fatale „rückwärtsgewandte Signale“ im Sinne einer Nichtgleichberechtigung setzen. Aus der Perspektive des Autors heraus könnte diese „Pattsituation“ mit dem Begriff Entbindungsfachtherapeut/in (m/w/d) adäquat und einheitlich gelöst werden. Diese neue und professionellere Berufsbezeichnung ist im nachfolgenden FTH-Namenskonzept aufgelistet. Somit könnte das Pflege- und Hebammenwesen vollständig vereint und akademisiert werden.

6 Das FTH-Fachkonzept im Detail

Zu einer akademischen Profession Pflege benötigt die „Pflege“ aus der Sicht des Autors zwingend professionellere und einheitliche Berufsbezeichnungen. Das Wort Pflege kann die Komplexität der Pflege *nicht* darstellen. Laut Next-Studie wiesen Buresh und Gordon (2005) nach, „das Pflegende den Wert ihrer Arbeit kaum in Worte fassen“. Dies erinnert an den selbstlosen Dienst der „Schwester“ (vgl. Lay, 2003). Die hier nachfolgend aufgelisteten Berufsbezeichnungen beschreiben bereits im Titel, den hohen Wert der Arbeit und die hohe Professionalität der Pflege. Die Berufsbezeichnungen wurden einheitlich im Modulsystem erstellt, um die umfassenden Qualifikationen der Pflege abzubilden. Sie besitzen dadurch eine konstruktive Ausrichtung, die wiederum eine starke Bindungskraft generieren. Ferner wurden alle Berufsbezeichnungen affirmativ und hochwertig formuliert, nicht etwa averisv wie beispielsweise „Kranken-Fachtherapeut“. Da die in unserer Gesellschaft empfundenen Negativierungen „alt(en)“, „krank(en)“, „Pflege/r/in“ fehlen, lassen sie *keine* negative Konnotation oder eine Funktionsumdeutung zu, wie etwa „kranke Schwester“. Fragliche Neologismen wie „Gesundheits-Schwester“ oder das konterkarierende belächelte Äquivalent (Kranken-),„Bruder“, entfallen.

Die Pflege stellt ein komplexes Gesamtgebilde dar. Ein Modulsystem ist hervorragend geeignet, um komplexe Sachverhalte einheitlich darzustellen. Der Duden definiert Modul als „ein austauschbares, komplexes Element innerhalb eines Gesamtsystems, eines Gerätes o. Ä., das eine geschlossene Funktionseinheit bildet.“ Die Pflege ist ein Gesamtsystem bestehend aus komplexen Elementen. FTH – ergo Fachtherapeut*in – stellt nachfolgend den Zentralbegriff dar:

6.1 Tabelle duales Grundstudium GTH / ETH / OP-FTH / AN-FTH / ITS-FTH

Nr:	Neu Berufsbezeichnung	Ersetzt:
1. GTH	- Dipl. Gesundheits-Fachtherapeut/in	- Dipl. Pflegefachfrau/-fachmann / DGKS / DGKP - Altenpflegerin/Altenpfleger - Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Krankenpfleger - Schwester/Pfleger
1.1 GTH päd.	- Dipl. Gesundheits- Kinderfachtherapeut/in b.B.	- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Kinderkrankenpfleger
2. ETH	- Dipl. Entbindungs-Fachtherapeut/in	- Hebamme (*Entbindungspfleger wurde 2020 abgeschafft)

3. OP- FTH	- Dipl. Operations-Fachtherapeut/in	- OP-Schwester/ OP-Pfleger - Operations Technischer Assistent/in
4. AN- FTH	- Dipl. Anästhesie-Fachtherapeut/in	- Anästhesie-Schwester/ Anästhesie-Pfleger - Anästhesie Technischer Assistent/in
5. ITS- FTH	- Dipl. Intensiv-Fachtherapeut/in	- Intensivmedizinisch Technischer Assistent/in - Intensivpflegekräfte (IPK)

*Das Diplom ist laut DQR gegenüber dem Bachelor-Niveau gleichrangig.

6.2 **Tabelle einheitliche Umbenennung der Bereiche Pflege-Schulbildung, Direktion/Leitung sowie Planung**

Neuer Begriff	Ersetzt
Ebene Schulbildung	
Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe	Bildungszentrum für Gesundheitsberufe
Berufsfachschule für Pflege-Fachassistenz	Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe
Akademie für Gesundheits-Fachtherapie	Berufsfachschule für Krankenpflege
Akademie für Operationstechnik	Berufsfachschule für Operationstechnische Assistenz
Akademie für Anästhesietechnik	Berufsfachschule für Anästhesietechnische Assistenz
Fachakademie für Anästhesie und Intensivtherapie	Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie
Ebene Direktion und (Bereichs-)Leitung	
Gesundheitsdirektor/in	Pflegedirektor/in
Fachtherapieleitung	Pflegedienstleitung
Ebene Planungsstruktur	
Fachtherapieplanung	Pflegeplanung
Fachtherapiediagnosen	Pflegediagnosen

Vor allem medizinische Fachgesellschaften entwickelten immer wieder Standards zur Weiterbildung in der Pflege. 2015 erließ die DKG über *acht* umfassende und qualifizierte Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung. Alle Weiterbildungen/Spezialisierungen sind nun sinnvoll geordnet und bilden mit FTH einen Titel. Generalistik, in hochausgereifter Form:

6.3 Tabelle duales Fachstudium FTH (Masterstudiengang)

Nr:	Neue Berufsbezeichnung	Erläuterungen:
1. FTH A/I	Fachtherapeut/in für Anästhesie und Intensivmedizin (M.Sc.)	Begründung: Grundlage für eine Neudefinition der Bezeichnung stellt die offizielle DKG-Richtlinie „Weiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege“ dar. Das Berufsbild des <i>Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie</i> (m/w/d), erstrahlt in einer adäquaten und neuen Berufsbezeichnung. Die Bezeichnung „ <i>Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie</i> “ enthält Defizite in Form einer überflüssigen Doppelbezeichnung „ <i>pflege</i> “. Die professionelle hingegen vermeidet dies, aufgrund der systematischen Ausrichtung. Der Begriff „Anästhesie“ steht nun sinnvoller Weise vor „Intensivmedizin“ und bildet somit ganzheitlich mit FTH A/I ein semantisches Klangbild.
2. FTH päd A/I	Fachtherapeut/in für pädiatrische Anästhesie und Intensivmedizin (M.Sc.)	Begründung: Die umfassende DKG-Empfehlung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ inklusive deren Spezialbereiche der Perinatalzentren Level 1 und 2 sowie den diversen Komplexanforderungen der Kinderanästhesie, wären hier hochwertig formuliert und abgebildet. „Fachtherapeut für pädiatrische Anästhesie und Intensivmedizin“ wäre für die Außendarstellung denkbar. Alternativ wäre es vorstellbar die Differenzierung „pädiatrische“ mit „Kinder“ zu ersetzen. Ergo „Fachtherapeut/in für Kinder-Anästhesie und Intensivmedizin“.
3. FCTA	Fachtherapeut/in für Chirurgisch Technische Assistenz (M.Sc.)	Begründung: Die DKG-Weiterbildung „Pflege im Operationsdienst“ fände in „FCTA“ eine geeignete normative Weiterentwicklung. Diese Berufsbezeichnung könnten die zukünftigen Fachpflegerinnen/Fachpfleger im Operationsdienst bzw. die OP-Schwester, dem OP-Pfleger begleiten. Da der Pflegeberuf per se keinen reinen Assistenzberuf darstellt, stellt sich die Frage, ob Fachtherapeut/in für Operationstechnik oder Chirurgietechnik (m/w/d), geeigneter wäre?

<p>4. FTH H/I</p>	<p>Fachtherapeut/in für Hygiene und Infektionsprävention (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: „Gemäß § 4 WeiVHygPfl richtet sich die Weiterbildung an Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. Das Aufgabenspektrum einer Hygienefachkraft reicht von der Hygieneüberwachung über die Infektionsprävention bis hin zu Mitarbeiterschulungen.“ Quelle: https://www.stzgd.de/weiterbildung/hygienefachkraft, Zugriff am 29.07.2019</p>
<p>5. FTH Nephro</p>	<p>Fachtherapeut/in für Nephrologie und Dialyse (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Eine neue Berufsbezeichnung für die Fachpflegekräfte der DKG-Weiterbildung „Pflege in der Nephrologie“. Die Komplexbereiche und das umfassende Anforderungsprofil der Dialysetherapie wie etwa der Akutdialyse oder Sonderverfahren, der Transplantationsabteilung und/oder der pädiatrischen Nephrologie, können nun adäquat dargestellt werden.</p>
<p>6. FTH Not</p>	<p>Fachtherapeut/in für Notfallmedizin (M.Sc.)</p> <p>Anmerkung. Während eines medizinischen Notfalls wird nie „gepflegt“, sondern immer medizinisch therapiert. Ein Patient erhält im Rahmen eines Anaphylaktischen Schocks beispielsweise, immer eine Schocktherapie, <i>keine</i> „Schockpflege“.</p>	<p>Begründung: Grundlage einer neuen Berufsbezeichnung stellt die offizielle DKG-Empfehlung „Weiterbildung Notfallpflege“ dar. „Die Notfallmedizin und die Pflege haben in den letzten Jahren durch rasante wissenschaftliche Erkenntnisse und dem medizinisch-technischen Fortschritt eine enorme Weiterentwicklung erfahren. Der Rettungsdienst, die Pflegenden und die Mediziner sind im Interesse der Patienten gemeinsam aufgefordert, sich fortzubilden, weiterzubilden, zu diskutieren und sich zu engagieren. Damit einher geht auch die Verpflichtung, die eine Weiterentwicklung bedeutet und den Fokus auf eine moderne qualitativ hochwertige Behandlung und Pflege der Bürger legt.“ Quelle: https://www.notfallkongress-magdeburg.de, Zugriff 28.11.2019.</p>
<p>6.1 FTH Not/ ATCN</p>	<p>Inkludiert ATCN®</p>	<p>„Advanced Trauma Care for Nurses, ist ein spezieller Aufbaukurs für examinierte Pflegekräfte der dt. Gesellschaft für Unfallchirurgie, die ihr Wissen und ihre Fertigkeiten im Management mit schwerstverletzten Patienten erweitern möchten.“ Quelle: http://www.dgu-online.de/bildung/pflegende/atcn.html, Zugriff am: 16.06.2019</p>

<p>7. FTH O/UCh</p>	<p>Fachtherapeut/in für Orthopädie und Unfallchirurgie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Die Fachbereiche Orthopädie, Unfallchirurgie (Traumatologie), erfordern eine hohe Fachexpertise und sind weite Komplexfelder mit diversen Herausforderung, die nicht nur auf den Normalstationen zu bewältigen sind. (ATCN® wäre hier ggf. ebenfalls vorstellbar.)</p>
<p>8. FTH Psy</p>	<p>Fachtherapeut/in für Psychiatrie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Die DKG-Empfehlung „Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Die umfassende Struktur der Pflichteinsätze stellt sich wie folgt dar: „Mindestens dreimal 300 Stunden in einem der folgenden Einsatzbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Psychiatrie mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Psychosomatik/Psychotherapie, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie - mindestens 300 Stunden in tagesklinischen und/oder psychiatrisch-ambulanten Institutionen - mindestens 300 Stunden in Einsatzbereichen - der komplementären Dienst und/oder - in psychosozialen Einrichtungen in extramuralen/außerklinischen Institutionen - im psychiatrischen/psychosomatischen/psychotherapeutischen Kontext.“ <p>Die Inzidenz psychischer Erkrankungen nimmt stetig seit Jahren zu. Eine fachgerechte Weiterbildung und Differenzierung der Fachbereiche bzw. der Fachtherapie wäre hier geboten.</p>
<p>9. FTH K/J Psy</p>	<p>Fachtherapeut/in für Kinder- und Jugendpsychiatrie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte in pädiatrisch-psychiatrischen Kliniken. Psychische Erkrankungen verschonen nicht den pädiatrischen und jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich. Der Bedarf ist hier seit Jahren ebenfalls hoch. Kinder stellen keine „kleine Erwachsene“ dar, sondern sind eigenständige Individuen, mit jeweils unterschiedlichen Entwicklungsstadien, die einer differenzierten (Fach-)Therapie erfordern.</p>

<p>12. FTH KT</p>	<p>Fachtherapeut/in für Kardiotechnik (M.Sc.)</p> <p>Anmerkung. Kardiotechniker*Innen sind nach der Ansicht des Autors fester Bestandteil im Rahmen der operativen Therapie des Herzens. Die Herz-Lungen-Maschine macht die kardiochirurgische Operation erst möglich. Meist sind dies Pflegende die die Weiterbildung absolvieren. Die Pflege schließt im Rahmen der Behandlung von Individuen das technische Bedienen und das Arbeiten mit Maschinen nicht aus. Sonst würde keine „OP-Schwester“ existieren (Instrumentieren des gesamten OP-Bestecks), keine „Intensiv-Schwester“ (Bedienung von Beatmungsgeräten, Perfusoren, Infusomaten, ECMO usw.) und/oder keine „Dialyse-Schwester“ (Bedienung des komplexen Dialysegerätes) ihre Arbeit verrichten können.</p>	<p>Begründung: „Jede herzchirurgische Operation ist heute vergleichbar mit der Aufführung einer „Symphonie eines Kammerorchesters von hervorragenden Instrumentalisten“. Kardiotechniker gehören zur festen Besetzung bei Eingriffen am offenen Herzen mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine. Die Tätigkeitsgruppen während einer offenen Herzoperation sind Ärzte (Herzchirurgen und Anästhesisten) und Angehörige der Pflegeberufe (OP-Schwestern, Anästhesie-Schwestern) sowie Kardiotechniker. Die Kardiotechnik hat sich in letzter Zeit zu einem Einsatzgebiet für Diplom-Ingenieure mit Fachhochschulausbildung entwickelt. Wegen des überwiegend betriebenen Einsatzes von speziellen technischen Geräten ist hier die technische Vorbildung ein gutes Standbein für die Tätigkeit im Operationsteam. In einer so hochspezialisierten und technisch aufwendigen Medizin wie der Herzchirurgie kann nur das Zusammenwirken von medizinischen und technischen Spezialisten bei leichteren bis zu schwierigsten Operationen die Leistung des „Kammerorchesters“ erbringen.“</p> <p>„Bei keinem anderen Beruf klafft so sehr die Lücke zwischen uneinheitlicher Berufsausbildung, Prüfung und fehlender Zulassung wie bei dem des Kardiotechnikers.“ Zitat nach Prof. Dr. med. A. Laczkovics Direktor der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinik Bochum.</p> <p>Quelle: http://www.dgft.de/berufsfeld/berufsfeld.php Zugriff am 21.01.2020</p>
------------------------------	--	---

<p>13. FTH Neuro</p>	<p>Fachtherapeut/in für Neurologie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: „Die „Interdisziplinäre Fortbildung Neurologie“ wurde im April 2011 von der DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie) gemeinsam mit dem DBfK veröffentlicht. Die treibende Kraft vonseiten der DGN war in den Entstehungsjahren des Curriculums der damalige Geschäftsführer der DGN, Prof. Dr. Busse: „Der Bedarf liegt auf der Hand, darum ist die DGN bereits vor einigen Jahren aktiv geworden.“ Der Organisator des Curriculums, Dr. Jörg Glahn aus Minden, betonte: „Eine kompetente Pflege ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie: Studien zeigen, dass eine hohe Qualifikation in der Pflege sogar die Sterblichkeitsrate senkt.“ Quelle https://www.dgn.org/-fortbildung-zum-pflegeexperten-neurologie, Zugriff am 27.07.2019</p>
<p>13.1 FTH int.vent. Neuro u. NCH</p>	<p>Fachtherapeut/in für interventionelle Neuroradiologie und Neurochirurgie (M.Sc.)</p> <p>Inkludiert Weiterbildung „Spezielle Pflege auf Stroke Units“ (für 13 und 13.1)</p>	<p>Begründung: Die eng verwandten Fachdisziplinen für Interventionelle Neuroradiologie (Katheterlabor) sowie Neurochirurgie, haben in den letzten Jahren stetig an Komplexität der Behandlungsmethoden zugenommen.</p> <p>„Die Pflege auf einer regionalen oder überregionalen Stroke Unit erfordert umfassende Kenntnisse des Krankheitsbildes eines akuten ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfalls einschließlich der frührehabilitativen Versorgung. Um die Patienten insbesondere in der häufig instabilen Akutphase der Erkrankung adäquat zu versorgen, sind neben speziellen pflegerischen Kenntnissen auch tiefgehende pathophysiologische, medizinische und therapeutische Kenntnisse notwendig. Diese Kenntnisse sind Voraussetzung für die effektive Arbeit in einem multiprofessionellen Team.“ Quelle: https://www.campus-nes.de/pflegekraefte/spezielle-pflege-auf-stroke-units-kurs-teil-5-qualifikationslehrgang, Zugriff am 01.06.2020</p>

<p>14. FTH Endo</p>	<p>Fachtherapeut/in für Endoskopie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Die DKG-Richtlinie „Pfleger in der Endoskopie“ würde hier miteinfließen, um alle professionellen Anforderungen in der Endoskopie, d.h. eine adäquate Broncho-, Colo-, und/oder Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, zu gewährleisten.</p>
<p>15. FTH Diab</p>	<p>Fachtherapeut/in für Diabetologie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: „Die Deutsche Diabetes Gesellschaft bietet für Examinierte Pflege Weiterbildung zur „Diabetes-Pflegefachkraft DDG“ an. Auf der Grundlage von diabetesspezifischem und didaktischem Wissen werden die Teilnehmer für die umfassende Unterstützung des Diabetesmanagements in den institutionellen und transsektoralen Strukturen qualifiziert.“ Quelle: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft, Zugriff am 27.07.2019</p>
<p>15.1 FTH EM</p>	<p>Fachtherapeut/in für Ernährungsmedizin (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: „Ernährungsmedizin hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Für Ärzte und Medizinische Fachangestellte / Medizinisch technische Angestellte wurde bereits 2007 ein Fortbildungscurriculum der Ernährungsmedizin herausgegeben. Mit dem vorliegenden Curriculum soll für examinierte Pflegefachkräfte nun eine vergleichbare Ausbildungsgrundlage geschaffen werden, damit im interdisziplinären Team auch die besondere Rolle von Pflegenden in der ernährungsmedizinischen Patientenversorgung verankert werden kann.“ Quelle: https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Curriculum-Pflegeexperte-Ernaehrungsmanagement-Endversion.pdf, Zugriff am 26.09.2020</p>
<p>16. FTH Uro</p>	<p>Fachtherapeut/in für Urologie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Für Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in der Urologie. Präventive Gesundheitsmaßnahmen für die Männergesundheit. Fachexpertise bei den Ableitenden Harnwege sowie diversen Spülkathetern.</p>

<p>17. FTH Gyn</p>	<p>Fachtherapeut/in für Gynäkologie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Für Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in der Gynäkologie. Präventive Gesundheitsmaßnahmen und Fachexpertise um den Themenkomplex der Frauengesundheit, Schwangerschaft und Laktationsberatung.</p>
<p>18. FTH Pneumo</p>	<p>Fachtherapeut/in für Pneumologie und Beatmungsmedizin (M.Sc.)</p> <p>Inkludiert Spezialisierung Atmungstherapeut der DGP</p>	<p>Begründung: Für Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in der Pneumologie/Lungenheilkunde. Präventive Gesundheitsmaßnahmen für Lungenpatienten und Fachexpertise in der NIV- und Langzeitbeatmung, Lungenfunktion sowie Schlafmedizin. „Seit 2005 gibt es in Deutschland eine deutliche Steigerung der invasiven häuslichen Langzeitbeatmung von ca. 1000 auf mittlerweile ca. 20.000 Patienten. Die häusliche Krankenpflege ist aufwendig und teuer. Zudem werden in den letzten 2–3 Jahren auch zunehmend tracheotomierte Patienten (meist nach Apoplex) ohne Beatmung nach Hause entlassen.“ Köhler (2019)</p> <p>Quelle: https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/Curriculum_Weiterbildung_Atmungstherapeut.pdf, Zugriff am 21.01.2020.</p>
<p>19. FTH HNO/ MKG</p>	<p>Fachtherapeut/in für HNO und MKG (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Für Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sowie der speziellen Anforderungen im Rahmen der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie.</p>

<p>20. FTH IV</p>	<p>Fachtherapeut/in für Infusionsmedizin (M.Sc.)</p> <p>Anmerkung zur Transfusionsmedizin.</p> <p>Durch den hohen Entwicklungsgrad den die Pflege international zum Thema Infusionstherapie bereits erreicht hat, wäre eine eigenverantwortliche Applikation von Blutprodukten vorstellbar. So kann sich die Pflege strukturierter und adäquater am Patient Blood Management (PBM) beteiligen und dieses besser sicherstellen.</p>	<p>Begründung: Die Infusionstherapie durch die Pflege bzw. die Versorgung Zuhause haben vor allem im englischsprachigen Raum eine lange Tradition und die Pflege eine selbständige, weitreichende Kompetenz innerhalb des Themenkomplexes. Ewers (2001) recherchierte hierzu systematisch in über 1.900 wissenschaftlichen Publikationen, aufgrund der inzwischen breit angelegten Diskussion über „IV Therapy“, „IV Nursing“, „High-Tech Home Care“ oder „Hospital at Home“ in den USA, Kanada, Australien sowie UK. Die Literaturanalyse dokumentiert aber auch, dass in Deutschland bei der Reaktion auf die therapeutisch-technischen Entwicklungen noch erheblicher Nachholbedarf besteht. „Die der Pflege innewohnenden Potentiale zur Unterstützung der Infusionspatienten und ihrer Angehörigen, wie auch ihr Beitrag zu einer bedarfsgerechten, gleichermaßen effektiven wie effizienten Versorgung dieser speziellen Patientengruppe bleiben weitgehend ungenutzt.“ Quelle: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-112.pdf, Zugriff am 27.09.2020</p>
<p>21. FTH Onko</p>	<p>Fachtherapeut/in für Onkologie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Grundlage stellt die DKG Weiterbildung „Pflege in der Onkologie“ dar. Sie enthält Pflichteinsätze in internistische Onkologie, chirurgische Onkologie, Strahlentherapeutische Einsätze (stationär/Radiologische Praxis), sowie Wahlpflichteinsätze in palliative Versorgung, (Kinder-)Hospiz, onkologische Rehabilitation und andere Bereiche der spezialisierten onkologischen Versorgung. Pflegende erlangen im Rahmen der Weiterbildung Erkenntnisse über die diversen Zytostatikatherapien bzw. als sog. Breast Care Nurse. Sie erkennen die Warnzeichen tumor- oder therapiebedingter onkologischer Notfallsituationen. Eigenverantwortliche Applikation von angeordneten Zytostatika könnte das Ziel sein. Diese qualifizierte Tätigkeit ist in vielen Kliniken bereits Realität. Der Arzt delegiert dies an die Pflege.“ Quelle siehe 21.1</p>

<p>21.1 FTH päd Onko</p>	<p>Fachtherapeut/in für Kinder-Onkologie (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Kinder und Jugendliche erkranken ebenso an gutartige und bösartige Tumoren wie Erwachsene. Eine spezielle Versorgung muss adäquat gewährleistet sein. „Neben Inhalten zur Strahlentherapie, zielgerichteten Therapien etc. werden auch Inhalte zur immunonkologischen Therapie sowie aus dem Bereich der psychoonkologischen Unterstützung dargestellt. Im Vordergrund steht dabei jeweils der Einfluss auf die Pflege, resultierend aus den unterschiedlichen therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.“ Quelle: https://www.pflege-onkologie.de/krebstherapie, Zugriff am 02.07.2020</p>
<p>22. FTH Palliativ</p>	<p>Fachtherapeut/in für Palliativmedizin (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: „Die Verwirrung hat ein Ende. Die Weiterbildung zur Fachkraft für palliative Pflege kann absolviert werden, wenn eine dreijährige Grundausbildung abgeschlossen wurde (...) Lassen Sie sich bitte nicht verwirren. Für diese Weiterbildung gibt es mehrere Bezeichnungen, wenn auch die Qualifikation am Ende die Selbe ist. Sie sollten beachten, dass der Kurs, für den Sie sich entscheiden, der Qualitätssicherung gemäß §39a SGB V entspricht. In diesem Paragrafen sind die stationären und ambulanten Hospizleistungen geregelt. Die üblichen Bezeichnungen lauten: „Fachkraft für palliative Pflege“, „Pflegefachkraft palliativ“, „Fachkraft für palliative care.“ Quelle: http://www.score-personal.de/weiterbildung-fachkraft-palliative-pflege/, Zugriff am 21.01.2020</p>

<p>22.1 FTH päd Palliativ</p>	<p>Fachtherapeut/in für Kinder-Palliativmedizin (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: „Neben der Verabreichung von Medikamenten und der Evaluation und Dokumentation der Therapie übernehmen Pflegende mit spezieller Ausbildung in Palliative Care besondere Aufgaben in der Palliativbetreuung von Kindern mit pulmonalen Symptomen. Spezielle Lagerungen werden in enger Kooperation mit den Physiotherapeuten und unter Nutzung verschiedener Hilfsmittel eingesetzt, um Atmung und Bronchialtoilette zu unterstützen, Ermüdung und Schwäche auszugleichen und Sicherheit zu schaffen. Zudem unterstützen sie die Patienten z.B. bei atemtherapeutischen Übungen, bei der Inhalationstherapie und in der Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Handventilator). Pflegende und Therapeuten sind aufgrund ihrer Erfahrung und der körperlichen Nähe häufig die wichtigsten Gesprächspartner der Eltern und des Kindes. Ängste vor nicht beherrschbaren Symptomen und die Frage „Wie wird unser Kind sterben?“ wagen die Betroffenen manchmal eher den Pflegenden gegenüber zu äußern. Diese Fragen können im multiprofessionellen Team gemeinsam aufgenommen und an den Bedürfnissen der Familie orientiert beantwortet werden.“ (Führer, 2013)</p>
<p>23. S-FTH</p>	<p>Schmerz-Fachtherapeut/in (M.Sc.)</p> <p>Anmerkung: Aus Sicht des Autors ist „Pain Nurse“ bzw. „Algesiologische Fachassistent/in“ im sprachlichen Alltag äußerst ungeeignet. Bei der Berufsbezeichnung „Schmerz-Fachtherapeut/in“ wird im Prinzip jedem Patienten zügig klar, welche Qualifikation der Mitarbeiter inne hat.</p>	<p>Begründung: „Das Curriculum zur Algesiologischen Fachassistent/Pain Care Assistant der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) richtet sich an Alle, die sich in der Ausübung eines medizinischen Assistenzberufs befinden. Das Curriculum wurde inhaltlich wie strukturell grundlegend überarbeitet, noch stärker an die Bedürfnisse des schmerz-medizinischen Versorgungsalltags (sowohl ambulant als auch stationär) angepasst.“ Quelle: https://www.dgschmerzmedizin.de/dgs-campus/curriculum-algesiologische-fachassistentz/, Zugriff am 20.12.2019.</p>

<p>23.1 FTH SDM</p>	<p>Fachtherapeut/in für Schmerz- und Delir-Management (M.Sc.)</p> <p>Inkludiertes PAD-Management</p>	<p>Begründung: „Die deutsche S3-Leitlinie zu Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie) machen klare, evidenzbasierte Vorgaben für ein patientenorientiertes Management von Schmerz, Sedierung/Agitation und Delir (PAD-Management) auf der Intensivstation.“ Quelle: https://www.dexdor.de, Zugriff am 31.07.2019</p>
<p>24. W-FTH</p>	<p>Wund-Fachtherapeut/in (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Mit den ICW-anerkannten Weiterbildungen zum Wundexperten (ICW)® wird eine fachgerechte Grundweiterbildung gewährleistet vgl. Quelle: https://akademie.tuv.com/page/gesundheits/wundmanagement, Zugriff am 31.07.2019. Eine akademische Generalisierung der Weiterbildung könnte in ein Fachstudium wie im nachfolgenden Punkt realisiert werden. Diese heißt bereits „Fachtherapeut Wunde (ICW)®.“</p>
<p>24.1 FTH W/M</p>	<p>Fachtherapeut/in für Wundmanagement (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Beim „Fachtherapeuten Wunde (ICW)® wird der pflegerische und medizinische Sachverstand vertieft und damit die Wundversorgung von Patienten professionalisiert.“ Quelle: https://akademie.tuv.com/page/gesundheits/wundmanagement, Zugriff am 31.07.2019</p>
<p>25. Sto FTH</p>	<p>Stoma-Fachtherapeut/in (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Der/die Stomatherapeut/in (!) hat sich bereits im der Pflegealltag etabliert. „Das Berufsbild der Stomatherapeuten befasst sich mit der Beratung und Pflege von Menschen mit einem künstlichen Darmausgang oder einer künstlichen Harnableitung. Es handelt sich bislang noch nicht um ein rechtlich geschütztes Berufsbild. Die Qualifikation kann durch Weiterbildung erlangt werden, deren Voraussetzung aber eine anerkannte Ausbildung in einem Pflegeberuf ist.“ Quelle: https://www.ilco-niederrhein.de/index.php/Stomatherapeuten.html, Zugriff am 05.08.2019</p>

<p>26. FTH WSM</p>	<p>Fachtherapeut für Wund- und Stomamanagement (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Da die praktische Fachexpertise der Fachdisziplin Wundmanagement und Stomamanagement sehr eng verwandt sind, ist es sinnvoll, die Fächer curricular zusammenzufassen.</p>
<p>27. FTH VBM</p>	<p>Fachtherapeut/in für Verbrennungsmedizin (M.Sc.)</p>	<p>Begründung: Die Versorgung von Brandverletzten ist äußerst komplex, Personal- und Kostenintensiv. Die aufwendige Durchführung eines sog. Narkosebades kann nur im interdisziplinären Team gewährleistet werden. Die Erkennung von schweren thermomechanischen Kombinationstrauma sowie die Anwendung der Neuner-Regel nach Wallace sollten ebenso routiniert sein, wie die Abschätzung des Volumenbedarfs in Relation zur Ausdehnung der Verbrennungsfläche (KOF). Gebräuchlich sind vor allem die <i>Parkland-</i> bzw. <i>Baxter-Formel</i> sowie die <i>Ludwigshafen-Formel</i>. „Trotz aller medizinischer Fortschritte sind jedoch weiterhin Ausmaß und Tiefe der Verbrennung, Lebensalter, bestehende Vorerkrankungen und ein begleitendes Inhalations-trauma entscheidend für die Prognose. Insbesondere die frühzeitige und konsequente Schocktherapie und die Vermeidung einer Hypothermie während der Prähospitalphase können den weiteren Krankheitsverlauf durch Verhütung von Sekundärschäden entscheidend beeinflussen.“ Krause T., Loerbroks T. (2008)</p>
<p>28. FTH HBO</p>	<p>Fachtherapeut/in für Hyperbarmedizin (M.Sc.)</p> <p>Anmerkung. Die Bezeichnung „Fachschwester für Hyperbarmedizin“ ebenso wie „Herzinsuffizienzschwester“ infantilisiert und deprofessionalisiert die hochwertige Weiterbildung. Das Äquivalent zur „Fachschwester“ wäre „Fachbruder für HBO“ und <i>nicht</i> erstrebenswert.</p>	<p>Begründung: „Selbstverständlich muss das betreuende medizinische Personal druckkammer-tauglich (G-31) und ausgebildet sein (...) Für das Pflegepersonal wäre das die Weiterbildung zum Fachpfleger/ zur Fachschwester für Hyperbarmedizin.“ (Röttger, 2003) Quelle: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2003-41245, Zugriff am 15.11.2019.</p>

29.

Z
I
E
L

Anmerkung.

Die deduktiv erstellten Berufsbezeichnungen konnten überwiegend mithilfe von objektiven Quellen begründet werden. Aus der Sicht des Autors sollte parallel zu allen medizinischen Fachdisziplinen, ein differenziertes Cluster fachtherapeutischer Disziplinen existieren, um zum einen eine qualitative Hochleistungsmedizin sicherzustellen, zum anderen eine fachlich ausgeführte Therapie und eine menschliche Pflege zu gewährleisten. Nur dadurch kann die Steigerung der professionellen Fachlichkeit, ein hohes Versorgungsniveau erreicht sowie wissenschaftlich reflektiert werden. In vielen Fachdisziplinen haben sich bereits Teildisziplinen herausgebildet und etabliert. Die Pflege kann hier nur mithilfe von speziellen Fachstudiengängen auf Master-Niveau Schritt halten.

Der deduktive Grundsatz:

„Fachtherapeut/in x medizinische Fachdisziplin“ sollte gelten.

A
U
F
T
R
A
G

Anmerkung.

Verständlicherweise können hier nicht alle jetzigen und/oder zukünftigen multiprofessionellen Pflegeberufstitel aufgelistet werden. Das FTH-Fachkonzept möchte hier eine solide Grundlage für Diskussionen bieten, um die einzelnen Berufsgruppen mit hochwertigen Kompetenzen zu bereichern und nachhaltig zu stärken sowie akademisch auszurichten. Die akademischen Grade, sei es Master of Arts (M.A.) oder Master of Science (M.Sc.), müssten jeweils spezifisch festgelegt werden.

> Pflege besitzt mit dem Begriff Fachtherapie stets die Hoheit und klare Alleinstellungsmerkmale gegenüber Laien. Dies dient der Profession Pflege. <

Die hier aufgelisteten Tabellen wurden durch Stelzer (2020) angefertigt.

6.4 Vorteil des Begriffs Fachtherapie in Kombination mit Medizin

Bis heute legen die meisten Kolleg*Innen in der Pflege während ihres Arbeitsalltags Wert auf eine medizinische Differenzierung. Nach eigenen Erfahrungen des Autors bezeichnen sich die Kolleginnen und Kollegen oft differenziert als „internistische Schwester“ oder als „Uro-, Neuro-, und/oder als (Kardio-)chirurgische Schwester“. Männliche Kollegen im Arbeitsalltag beispielsweise als „Intensiv-, Anästhesie-, und/oder OP-Pfleger“ usw. Auch wenn verstanden wird was gemeint ist, sind solche Spezialisierungen nach Überzeugung des Autors bestenfalls nur semiprofessionell. Speziell am Beispiel der Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege bezogen, wäre die Definition: „Fachtherapeut für Anästhesie und Intensivmedizin“ - statt Pflege - von größter (semantischer) Bedeutung, da multikomplexe Arbeitsfelder und -bereiche bzgl. Medizin, Diagnostik, Therapie und Pflege existieren. *Anmerkung Intensivmedizin: „Dies ist die Versorgung schwerst bis lebensbedrohlich erkrankter Patienten (...) Sie setzt sich zusammen aus Intensivüberwachung, Intensivtherapie und Intensivpflege“* (Larsen, 2012, S. 503). Dieser Definition von Reinhard Larsen kann sich die Fachpflege besser anschließen. Seit Jahrzehnten steigen stetig die interdisziplinären Anforderungen und Kompetenzen sowie die Komplexität an. Um der Halbwertszeit des Wissensgewinns und der Neuerungen von unter fünf Jahren gerecht zu werden, erfordert dies ein fundamentales Umdenken in der Pflege. Weitere Indikationen nach Ansicht des Autors wären:

1. Pflege wäre normativ geeint (Ein Novum!)
2. Vermeidung der unnötigen Doppelbezeichnung „Pflege“ im Titel
3. „Pflege“ wäre im Begriff „Fachtherapie“ eindeutig enthalten
4. Einheitliches semantisches Auftreten durch ein einheitliches positives Namenskonzept
5. Qualifikation bzgl. Medizinprodukte- und Technik wären hochwertig abgebildet
6. Professionelles Erscheinungsbild durch klare professionelle Berufsbezeichnungen
7. Erschließung neuer potentieller Bewerberinnen und Bewerber, neuer Bewerbermilieus
8. Fachtherapie ist mit seiner medizinischen Fachdisziplin eng verbunden und kann somit adäquat Spezialgebiete abdecken. Die jeweilige/n Qualifikation/en ist/sind sofort sichtbar
9. Akademisierung, Forschung und Lehre können entscheidend vorangetrieben werden und somit wäre eine generalisierte Teilnahme am Europäischen Hochschulraum möglich
10. Alle Weiterbildungen sind sinnvoll nach Modul geordnet und können ergänzt werden

Nach Einschätzung des Autors stellt es neben den o.g. Top 10 eine Herausforderung dar, neue einheitliche generalistische Titel nach dem Musketier-Prinzip: „Alle für Einen - Einer für Alle“, zu erstellen. Pflege zu einen und gleichzeitig zu differenzieren, vor allem wenn man den normativen Anspruch verfolgt *nicht* das Wort „Pflege/r/in“, „Hebamme“, „Helfer/in“, „(Kranken-)Schwester“ oder „Assistent/in“, zu verwenden. Nur dem zentralen Generalistik-Schlüsselwort „Fachtherapie“ gelingt es, alle in der Pflege hochwertig zu einen.

6.5 Fachassistenz Pflege ersetzt Krankenpflegehilfe/Altenpflegehilfe

Konsekutiv müssten nach Ansicht des Autors die zwei Einstiegsberufe in der Alten- und Krankenpflegehilfe einen zeitgemäßen, vor allem einen höherwertigen Begriff erhalten. Das Lehrbuch für Pflegeassistenz des Autors Hein (2019) bezeichnet die Krankenpflegehelfer- und Altenpflegehelferausbildung als „pflegerische Assistenzberufe“. Weiter heißt es: „Krankenpflegehilfe Altenpflegehilfe bietet allen Auszubildenden in pflegerischen Assistenzberufen das entscheidende Wissen für ein modernes Pflegeverständnis. Inhaltlich orientiert sich das Buch an den gesetzlichen Vorgaben sowie an den Rahmenlehrplänen verschiedener Bundesländer und ist auch in Österreich und der Schweiz einsetzbar. Sie finden im Buch die Grundlagen der Alten- und Krankenpflegehilfe, Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers, Gesundheits- und Krankheitslehre, Pflegehilfe zur Unterstützung von Lebensfunktionen, Hygiene, Arzneimittellehre uvm.“ (Hein, 2019)

Anhand dieser Kurzfassung auf der Rückseite des Lehrbuches wird schnell und deutlich erkennbar, wie umfangreich und vielschichtig der „Einstiegsberuf in der Pflege“ mittlerweile geworden ist – unabhängig von Ort, Zeit und Land. Ferner wie „angestaubt“ und „unpassend“ der konventionelle Begriff „KPH/APH“ ist. Die/der Auszubildende ist nicht nur ein „Helfer“, sondern eine *assistive* Fachkraft mit Verantwortung, in der Alten-, sowie Gesundheits- und Krankenpflege.

Das Lehrbuch verkörpert eine klare europäische Sicht- und Arbeitsweise innerhalb des deutschen Sprachraums, die die Sichtweise des Autors widerspiegelt, da die Profession der Pflegeassistenz eine Gültigkeit sowie einen Wirkungsgrad innerhalb Deutschlands, Österreichs und der Schweiz inne hat. Der Begriff des „Helfers“ muss aus der Sicht des Autors eindeutig abgelehnt werden (vgl. positive Novellierung „Arzthelfer/in“ zu MFA).

6.6 Tabelle Pflege-Fachassistenz PFA ersetzt KPH/APH

Nr:	Neue Berufsbezeichnung	Ersetzt:
1. PFA	- Pflege-Fachassistent/in	- Krankenpflegehelfer/in - Altenpflegehelfer/in

„Eine weitere Möglichkeit soll sein, dass Auszubildende an allen Pflegeschulen nach 2 Jahren Generalistik den Abschluss „Pflegeassistenz“ erwerben können.“ (Schäfer, 2017)

7 Der ICN-Ethikkodex – Kompatibel mit dem Wort Pflege?

1953 wurde erstmals ein internationaler Ethikkodex für Pflegenden vom International Council of Nurses (ICN) verabschiedet. Der Kodex wurde seither mehrmals überprüft und angepasst. Diese Fassung ist die neueste Überarbeitung, die im Jahr 2012 abgeschlossen wurde. In der Präambel heißt es: „Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben:

Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegenden üben ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen" (ICN-Ethikkodex, 2012). Der ICN setzt sich weltweit für Gesundheitspolitik ein.

Abb.3 Pflegenden haben vier grundlegende Aufgaben:



Laut ICN besteht „ein universeller Bedarf an Pflege“, erstaunlicherweise ist jedoch, dass das Wort „Pflege“ in den sog. „vier grundlegenden Aufgaben der Pflege“, nicht zu finden ist. Der ICN setzt sich im wörtlichen Sinne für Gesundheitspolitik ein – nicht etwa für „Pflegepolitik“. Pflegenden sollen einerseits den Kodex verwirklichen, andererseits konterkariert „Pflege“ nach der Einschätzung des Autors den ICN-Ethikkodex. Der Begriff „Gesundheit“ hingegen wird zweifach verwendet. Nach der Ansicht des Autors ist das Wort „Pflege“ offensichtlich schnell austauschbar, bezeichnet die Arbeit nicht korrekt und/oder nicht ganzheitlich. Aus dieser Interpretation heraus benötigt die „Gesundheits- und Krankenpflege“ offensichtlich einen neuen fokussierten Namen: Gesundheits-Fachtherapie. Dieser Begriff wäre ICN-Ethikkodex kompatibel, da er vor allem fachtherapeutisch „Leiden zu lindern“ und „Krankheiten zu verhindern“ weiß, vor allem Gesundheit und *nicht Pflege* stets im Mittelpunkt steht. Somit besteht ein universeller Bedarf an (Gesundheits-)Fachtherapie – statt Pflege.

7.1 Tabelle Elemente des Kodex #3: Pflegende und die Profession

Pflegende in Praxis und Management	Pflegende in Ausbildung und Forschung	Nationale Berufsverbände für Pflegende
Stellen Normen für die Pflegepraxis, Forschung, Ausbildung und das Management auf.	Stellen ein Lehr- und Lernangebot in Bezug auf Normen für Pflegepraxis, Forschung, Ausbildung und Management zur Verfügung.	Erarbeiten Normen für die Pflegeausbildung, Praxis, Forschung und das Management.
Unterstützen pflege- und gesundheitsbezogene Forschungsarbeiten am Arbeitsplatz und tragen zur Verbreitung und Umsetzung ihrer Ergebnisse bei.	Führen Forschungsarbeiten durch, verbreiten die Ergebnisse und benutzen sie, um den Pflegeberuf weiterzuentwickeln.	Entwickeln Stellungnahmen, Richtlinien und Standards auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse.
Fördern den Beitritt zu nationalen Berufsverbänden, um gute soziale und wirtschaftliche Bedingungen für Pflegende zu erreichen.	Sensibilisieren die Lernenden für die Bedeutung der Berufsverbände für Pflegende.	Treten für gerechte wirtschaftliche und soziale Bedingungen für die Pflegenden ein. Beziehen Position und stellen Richtlinien in Bezug auf Arbeitsplatzfragen auf.

Quelle: Entnommen aus ICN-Ethikkodex „Elemente des Kodex #3: Pflegende und die Profession“ (2012)

Der ICN-Ethikkodex ist ein Werk globaler Tragweite. Ihn zu verinnerlichen und zu leben sollte Ziel jener Pflegefachkräfte sein, die vor allem praktisch am Patientenbett arbeiten. Pflegefachpersonen sollten den inneren Anspruch für sich erheben den kompletten Kodex, insbesondere die „Elemente 3 - Pflege und die Profession“, erfüllen zu wollen. Der ICN fordert alle Pflegende eindeutig dazu auf, sich *aktiv* daran zu beteiligen. Hier erwächst der Auftrag, die „Pflege“ in Richtung „Fachtherapie“ professionell weiterzuentwickeln. Nur mit einem akademischen Hintergrund, können alle im „Element 3“ enthaltenen Punkte adäquat erfüllt werden. Akademisierung befähigt Pflegende spezialisierte Managementinstrumente professionell anzuwenden, Normen aufzustellen und zu reflektieren, Lehr- und Lernangebote zu erstellen, adäquat Forschung und Lehre zu gesundheitsbezogenen Themen zu betreiben, konsekutive Forschungsergebnisse zu publizieren sowie abschließend zu evaluieren. Aus dieser Sicht ist der ICN-Ethikkodex ein klares Bekenntnis und ein starkes Plädoyer für eine weiterentwickelte, akademische Pflege oder besser – Fachtherapie.

© 2012 Originaltext englisch (ICN Code of Ethics for Nurses)

Der ICN (International Council of Nurses) ist ein Zusammenschluss von 130 nationalen Berufsverbänden der Pflege und vertritt weltweit Millionen von Pflegenden. Seit 1899 ist der ICN die internationale Stimme der Pflege. Sein Ziel ist es, Pflege von hoher Qualität für alle sicherzustellen und sich für eine vernünftige Gesundheitspolitik weltweit einzusetzen. Quelle: www.icn.ch

8 Was ist Pflege?

Was zeichnet fach- und sachkundige Pflege aus? Was macht professionelle Pflege besonders, wo schwierig, wann anspruchsvoll? Ist Pflege die bloße Reinigung von Körperstellen? Ab wann wird Laienpflege die quasi „jeder“ kann, zur professionellen Pflege/ zur einer professionellen Handlung? Und wie könnte man die vielseitigen Besonderheiten der Profession Pflege besser darstellen? Ein Plädoyer und konstruktive Kritik an die Pflege seitens des Pflegewissenschaftlers Dr. phil. Heiner Friesacher.

„Professionelle berufliche Pflege zu benötigen ist eine existentielle Situation, da die zu Pflegenden in ihrer Autonomie eingeschränkt und auf die Hilfe fremder Menschen angewiesen sind. Das verlangt eine besonders sensible und achtsame Art des Umgangs und des Handelns“ (Friesacher, 2019, S. 6). „Dabei zeichnet sich die Situation einer Pflegesituation laut Friesacher dadurch aus, dass sie durch eine asymmetrische Beziehung gekennzeichnet ist und die Hilfeempfänger (Patienten, Bewohner, Klienten) besonders schutzbedürftig sind. Pflege als eine Form der sozialen Hilfe ist eine menschliche Praxis, die für das Überleben und Wohlbefinden des Menschen notwendig ist. Vor allem in der direkten Pflege, der sogenannten Grundpflege, drückt sich diese Haltung und dieses Handeln aus. Erst durch die Zuwendung wird aus einer Körperpflege wirklich Pflege, das heißt, die gekonnte Interaktion macht aus einer Aktion eine professionelle Handlung. Der englische Begriff des Caring trifft das ganz gut, meint Caring doch das sorgende, verantwortliche, zugewandte sich kümmern und für den anderen da sein.“ (Friesacher, 2019, S. 6)

„Die gegenwärtigen Entwicklungen im Gesundheitswesen gehen allerdings in eine andere Richtung. Der Kostendruck, absehbare Versorgungsengpässe und eine desintegrierte Versorgungspraxis im Gesundheitswesen führen zu Überlegungen einer neuen Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Pflegenden übernehmen neue Aufgaben, insbesondere die Steuerung von Prozessen und ausgewählte ärztliche Aufgaben. Das kann grundsätzlich durchaus in einigen Bereichen sinnvoll sein. Problematisch wird es da, wo die originären Aufgaben der Pflege vernachlässigt werden und die patientenfernen bzw. bewohnerfernen Tätigkeiten mehr Gewicht bekommen, als die direkte „Pflege am Bett“.“ (Friesacher, 2019, S. 7)

8.1 Unterteilung in Grund- und Behandlungspflege – Ursprünge und Wirkung

Die Unterteilung der Pflege in „Grund- und Behandlungspflege“ ist pflegewissenschaftlich laut Friesacher (2019) nicht haltbar und hat katastrophale Auswirkungen nach sich gezogen, die bis heute wirksam sind. „Die Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ entstammen einer englischen Arbeitsstudie Nuffield Provincial Hospital Trust (NPHT), die vom Deutschen Krankenhaus-Institut zum Teil verfälschend und verzerrend übersetzt

und vom Krankenhausökonom Eichhorn in eklatanter Weise interpretiert wurde. Nicht wenige Pflegende haben die scheinbare Höherwertigkeit der „Behandlungspflege“ internalisiert, wird ihnen doch seit Jahren von der Politik, der Gesellschaft, von anderen Berufsgruppen und auch von einem großen Teil der Kolleginnen und Kollegen dieses Bild vermittelt. „Pflegen kann jede(r)“ – und damit sind selbstverständlich die Tätigkeiten der „Grundpflege“ gemeint – dieser Satz schwirrt bis heute durch die Köpfe vieler Menschen. Deshalb bekommen Pflegende auch größere Anerkennung, wenn sie möglichst arztnah und technikintensiv arbeiten, wie in den Funktionsabteilungen der Krankenhäuser, auch wenn diese Tätigkeiten überwiegend zu- und nacharbeitend sind und primär der Unterstützung der Arbeit einer anderen Berufsgruppe dienen.“ (Friesacher, 2019)

8.2 Gesundheits-Fachtherapie, das ganzheitliche Wort für Grund- und Behandlungspflege

Der Autor kann sich der konstruktiven Kritik von Friesacher (2019) bzgl. der eigentlich pflegewissenschaftlich unhaltbaren Unterteilung von Pflege in „Grund- und Behandlungspflege“ primär anschließen, möchte jedoch dies sekundär nutzen, um die Unterteilung für – *alle Pflegeberufe* – konstruktiv weiterzuentwickeln. Auch wenn die Unterteilung auf den ersten Blick nachvollziehbar erscheint, dividiert man so die ganzheitliche und anspruchsvolle Arbeit der Pflege auseinander. Bei strikt getrennter Sichtweise, Delegation und Ausführung der Pflege, verzerrt, verfälscht und sprengt diese Unterteilung vor allem die fließenden Grenzen der Pflege in ihren komplexen und weitreichenden Kompetenz-, Verantwortungs-, und Arbeitsbereich(en). Es entsteht so der vermeintlich schnelle Eindruck: „Pflegen kann jede(r)“ – dem ist natürlich nicht so. Allerdings wird die Grundpflege als Tätigkeit unter den examinierten/diplomierten Kräften im Rahmen des stetig steigenden Zeit- und Arbeitsdrucks auch gerne an (KPH-)Schüler*Innen oder Praktikant*Innen abgegeben.

„Pflege ist eine Arbeit, die Sicherheit und Würde schafft – Pflege(n) kann nicht jeder!“

(Eigenes Zitat des Autors)

Wie kann dieser fehlerhafte Eindruck vor allem nach Außen hin adäquat bereinigt werden? Wie können sich Pflegende klar differenzieren? Wie kann nun diese Fehlannahme behoben, vor allem, die ungewollte Flanke ganzheitlich geschlossen werden? Hier kommt der Begriff „Gesundheits-Fachtherapie“ ins Spiel. Dieser Terminus technicus repräsentiert nach Ansicht des Autors in bester Weise das, was Pflege ist; eine mehrdimensionale, multikomplexe Profession, die eigenständig ist und eben nicht „einmal nebenbei“ erlernt werden kann und darf.

Friesacher beschreibt (2019), dass die „gekonnte Interaktion aus der Aktion eine professionelle Handlung“ macht. Die Pflege benötigt nun eine komplette Katharsis (Reinigung) vom Terminus „Pflege“, um sich aus der Tragödie selbstständig herauszuarbeiten sowie sich deutlich und einheitlich aufzustellen. Pflege ist zwar manchmal (vermeintlich) einfach, nicht immer kompliziert aber stets komplex. Friesacher (2019) meint: „Professionelle Pflege darf und will nicht „kleiner Arzt“ werden, sondern vertritt ihren eigenen *therapeutischen Wert*.“ Dieser Schlussfolgerung möchte sich der Autor ausdrücklich anschließen – dies entspricht in Gänze der Meinung und Haltung des Autors.

„Das an Patient*Innen bzw. Bewohner*Innen orientierte, von großer Expertise durchdrungene direkte Pflegehandeln ist in vielen Arbeiten (theoretischen und empirischen) dargelegt, beschrieben und analysiert worden. Dabei wird deutlich, dass es nicht die medizintechnischen Arbeiten der „Behandlungspflege“ sind, die die Expertise und das Professionelle der Pflege ausmachen, sondern die komplexe und anspruchsvolle „Grundpflege“, die sich in der Körperpflege, in der Unterstützung der Mobilität, dem Essen anreichen, dem Verhindern von Komplikationen, dem Beraten, Aufklären, Informieren und Anleiten, dem Begleiten, Trösten und professionelle Nähe zulassen, zeigt.“
(Friesacher, 2019)

„Pflege ist mehr – Pflege ist Gesundheits-Fachtherapie.“

(Eigenes Zitat des Autors)

Abb. 4 Gesundheits-Fachtherapie = fließend & mehrdimensional Grund- und Behandlungspflege

Gesundheits-Fachtherapie = fließend & mehrdimensional	
Grundpflege	Behandlungspflege
kontextsensibel	kontextneutral
situativ	regelerorientiert
Ablauf nicht linear / dynamisch	Ablaufdynamik linear
komplex (nicht trivial)	einfach (trivial)
wirkt einfach	wirkt komplex
ethisch herausfordernd	ethisch weniger herausfordernd
existentielles involviert sein	leichteres existentielles distanziert sein
Leiblichkeit im Vordergrund	Körperlichkeit im Vordergrund
Caring als Grundlage	Caring als Nebeneffekt
von Könnerschaft geprägt (Wissen und Erfahrung)	von Fertigkeiten geprägt (Technik)
minimal standardisierbar	maximal standardisierbar
kommunikatives und kreatives Handeln	zweckrationales Handeln (instrumentell und/oder strategisch)
inkrementelle/dekrementelle Iteration	
< Im Wechsel >	
Das Individuum, die Psyche und die Selbstbestimmung stehen im Mittelpunkt. Personifizierte, individuelle Behandlung ist geprägt durch:	
Professionelles wissenschaftliches Handeln - interdisziplinär, evidenzbasiert sowie reflektiert	
Dadurch wird: Gesundheit gefördert - Krankheit verhindert - Gesundheit wiederhergestellt - Leiden gelindert	
Gesundheits-Fachtherapie verkörpert mehrdimensional zum einen die Vorbehaltsaufgaben und zum anderen das dynamische Anforderungsprofil der Pflege. Der Begriff transformiert Pflege zur Ganzheitlichkeit und schließt das medizinische, therapeutische, diagnostische, prophylaktische sowie rehabilitative Arbeiten mitein. Es stellt einen positiven sowie klar differenzierten Terminus technicus dar und ist ICN-Ethikkodex kompatibel.	
<i>Diese Tabelle wurde auf Grundlage von Friesacher (2019) durch Stelzer (2020) modifiziert und angefertigt.</i>	

8.3 CNE-Umfrage: Ist Grundpflege der Kern der professionellen Pflege?

Ist die Pflege eines Menschen nun einfach, kompliziert oder nur einfach komplex? Kann die Pflege nur auf die Grundpflege reduziert werden? Ja, dies ist möglich. In einer CNE Umfrage mit folgender Fragestellung: „Ist für Sie die Grundpflege der Kern der professionellen Pflege?“ haben 57 % dies mit ja, 39 % mit nein und 4 % mit weiß nicht, geantwortet. Allerdings, die 806 Teilnehmer*Innen gaben aber auch interessante rhetorische Schlüsse auf. Auch wenn knapp 60 Prozent mit „Ja“ geantwortet haben, sind die Rückschlüsse dann doch erstaunlich tiefgründig.

JA:

- Ich finde, die Grundpflege, so wie das Wort auch sagt, ist der Grundstein für eine gute Pflege. Hier gibt es schon die Möglichkeit, Vertrauen aufzubauen und Sicherheit zu geben!
- Für mich ohne jeden Zweifel. Kaum etwas anderes kann die Nähe zum Menschen und daraus resultierenden Erkenntnisse ersetzen.
- Man kann jemanden bei der Körperpflege unterstützen und Ressourcen erfassen, gleichzeitig findet Krankenbeobachtung statt, vielleicht auch eine Förderung. Oder man wäscht einfach. Ja, da beginnt bzw. zeigt sich die professionelle Pflege.
- Grundpflege ist ja nicht reduziert auf die Körperreinigung, sondern meint den gesamten Patienten mit all seinen Problemen und Ressourcen, dessen Umfeld und Lebenssituation. Das erfordert Professionalität einer Pflegefachkraft, bleibt jedoch wegen Zeitdruck leider oft auf der Strecke.

(CNE.magazin 2.20, S. 5)

NEIN:

- Körperpflege ist ein wichtiger Bestandteil des Pflegeberufs, aber nicht DER eine Kern. Dazu ist der Beruf zu vielschichtig und komplex.
- Der Mensch ist der Kern der professionellen Pflege. Und damit einhergehend der ganze Pflegeprozess. Die professionelle Pflege auf die Grundpflege zu reduzieren wird ihr nicht gerecht.
- Grundpflege ist Teil einer professionellen Pflege, aber für mich stehen medizinische Aufgaben sowie die Patientenbeobachtung im Vordergrund.

(CNE.magazin 2.20, S. 5)

8.4 CNE-Umfrage: Persönliche Interpretation des Autors

Auf komplexe Fragen, gibt es einfache Antworten: einfach, kurz und falsch! So ist es natürlich auch mit der o.g. Fragestellung: „Ist Pflege gleich Grundpflege?“; wird man damit eigentlich der Profession Pflege gerecht? Nach Ansicht des Autors wird dies *nicht* der Pflege gerecht. Diese Facharbeit wurde ins Leben gerufen, um die holistische Komplexität „der Pflege“ und deren Facettenreichhaltigkeit besser und ganzheitlicher darzustellen. Berufsbezeichnungen sind omnipräsent und wirken weit in die Gesellschaft hinein.

Die Fragestellung „Pflege = Grundpflege?“ ist *einfach* nicht zu beantworten, auch wenn sich 57 % dafür primär aussprechen. Dies verdeutlichen die o.g. Ja-Kommentare. Wer die Pflege so sehen will, dem steht dies natürlich auch so zu. Er bedient und ebnet aber auch damit das negative Klischee, etwa „Pflege kann jeder!“ (vgl. Bundesminister a.D. Norbert Blüm) oder „Pflege ist nur (den Hintern) Saubermachen“. Allerdings, auch diejenigen die sich für „Ja“ aussprechen, gaben an, dass sie die Möglichkeit nutzen wollen um Vertrauen, Sicherheit oder die Nähe zum Menschen aufzubauen, Erkenntnisse zu gewinnen, Ressourcen zu erfassen und/oder zu fördern. Einfach (?) die Krankenbeobachtung durchzuführen. Ferner muss das Umfeld, die Lebenssituation(en), die psychosoziale Ausnahme- und/oder die akuten Krisensituationen adäquat, vor allem professionell erfasst bzw. begegnet werden. Professionelle Krankenbeobachtung geschieht zwar während der Grundpflege, dies bedeutet jedoch noch lange nicht, dass sie JEDER (einfach) kann – im Gegenteil. Nicht zuletzt unterscheidet eine exakte Patientenbeobachtung die Profession Pflege vom Laien und der Laienpflege, da man hierfür medizinische Fachkenntnisse, etwa Anatomie, Physiologie und/oder Pathophysiologie, jahrelange Erfahrung erwerben und/oder verfügen muss. Grundpflege und Krankenbeobachtung laufen meist parallel und unter Zeitdruck. Dies ist äußerst anspruchsvoll, verantwortungsvoll und kann nur eine Gesundheits-Fachkraft gewährleisten, denn kleinste Fehler können große gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Auch diejenigen die sich für „Nein“ entschieden haben, projizieren eine differenzierte Sichtweise auf die Pflege und unterstreichen die Sichtweise des Autors. Pflege ist ein professioneller, holistischer Prozess mit Vorbehaltsaufgaben. So heißt es laut CNE-Umfrage: „Der Beruf ist zu vielschichtig und komplex“. Der Autor vertritt die Auffassung: Pflege muss sich nun ehrlich und kritisch reflektieren und neu für die Zukunft des 21. Jahrhunderts ausrichten. Dies wirft somit die Frage auf: Dient das Wort „Pflege“ der Profession oder schadet es eher viel mehr? Der Autor ist überzeugt. Es ist eine einfache Wahrheit, die Pflege muss sich vollständig emanzipieren. Mit dem neuen Terminus technicus *Gesundheits-Fachtherapie* wäre eine eindeutige Differenzierung der Pflege gelungen – FTH bildet die Komplexität der Pflege ab.

8.5 Das Wort Pflege, geeignet für die Komplexität der Medizintechnik?

Im Jahre 2017 existieren laut EU-Institutionen im Europäischen Wirtschaftsraum über 500.000 Medizinprodukte. Das Medizinproduktegesetz ist äußerst komplex und sehr umfangreich. 1986 wurde eigens eine MedizinGeräteverordnung (MedGV) geschaffen und 1995 fand eine Novellierung zum Medizinproduktegesetz (MPG) statt. Das Gesetz spiegelt einerseits die hohe Innovationskraft des Marktes und andererseits die komplexen Anforderungen wieder, die die Pflegenden erfüllen müssen. Jeder Mitarbeiter ist verpflichtet sich einer Einweisung zu unterziehen bevor er ein Medizinprodukt am Patienten anwendet. Dies bedeutet einen immensen strukturellen und personellen Aufwand auf den (Intensiv-)Stationen. In §1 des MPG heißt es: „Zweck dieses Gesetzes ist es, den Verkehr mit Medizinprodukten zu regeln und dadurch für die Sicherheit, Eignung und Leistung der Medizinprodukte sowie die Gesundheit und den erforderlichen Schutz der Patienten, Anwender und Dritter zu sorgen.“ (MPG, 1995)

Der Autor stellt folgende Behauptung auf:

Im Rahmen der umfassenden Anforderungen der Medizinprodukte sowie der Medizintechnik, können die Begriffe: „Pflege“, „Pfleger“ oder „Pflegerin“, die Komplexität, vor allem die vielfältigen Qualifikationen der Pflege *nicht* adäquat abbilden. Der Begriff Pflege verkörpert Eindimensionalität obwohl er in Fachkreisen Mehrdimensionalität meint und führt dadurch die öffentliche Gesellschaft in die Irre oder verführt sie zu äußerst leichtfertigen und falschen Annahmen (vgl. Norbert Blüm, „Pflege(n) kann jeder“). Der binäre Begriff „Gesundheits-Fachtherapie“ hingegen strahlt bereits Mehrdimensionalität im wörtlichen Sinne aus und ist dadurch deutlich kompetenter in der Lage, die Komplexität der fachlich durchzuführenden Pflege, die fachlichen medizinischen Therapien sowie die damit einhergehende Vielzahl der umfassende Anwendungen der Medizinprodukte- sowie Gerätetechnik, darzustellen. Nun wäre die Komplexität und Vielschichtigkeit der Pflegeberufe, vor allem der „*eigene therapeutische Wert*“ – wie von Friesacher (2019) gefordert – unterstrichen, hervorgehoben sowie klar und positiv formuliert.

9 Profession Pflege

Der 01. Januar 2020 kann als weiterer Meilenstein/Paradigmenwechsel angesehen werden. Erstmals sind durch das neue Pflegeberufegesetz Vorbehaltsaufgaben, mehr Autonomie und neue Handlungsspielräume für die professionelle Pflege definiert worden. Es handelt sich dabei um Aufgaben, die weder Ärzte noch Assistenz- oder Hilfskräfte übernehmen dürfen. Die Ausübung dieser Aufgaben ist ausschließlich Fachkräften mit einer dreijährigen oder akademischen Ausbildung vorbehalten.

§ 4 Pflegeberufegesetz regelt Folgendes: „Er bestimmt, dass die Steuerung des Pflegeprozesses mit allen Schritten die dazu gehören, Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen sind“, erklärt der Pflegerechtler Prof. Thomas Klie, der als einer der wichtigsten Sozialexperten in Deutschland gilt (vgl. Heeser, 2020, S. 20).

„Bislang ist es so, dass im Bereich der medizinischen Behandlungspflege der Arzt die Verordnungs- und die Pflege die Durchführungsverantwortung trägt. Das bleibt so. Ärztlich delegierte Aufgaben im Klinikalltag sind mit den Vorbehaltsaufgaben nicht gemeint“, erklärt Prof. Klie von der Evangelischen Hochschule Freiburg weiter. Bei Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege gehe es um eigenständige pflegerische Aufgaben: nämlich um die Pflegeplanung, die Steuerung der Pflege und die Pflegeorganisation. Für uns Pflegerechtler ist jetzt also eine der zentralen Fragen, wie man diese mit einem langen Gesetzgebungsgeschichte verbundenen Vorbehaltsaufgaben inhaltlich bestimmt“, sagt Klie. Die Frage, wie sich Fachpflegepersonen an Aufgaben der Diagnostik und Therapie beteiligen, also Aufgaben der sogenannten Behandlungspflege übernehmen, bleibt für Klie ein berufsrechtliches Dauerthema: Denn hier gehe es um haftungsrechtliche Fragen und die der Heilkundeübertragung. Die Diagnostik, das Assessment und die Risikodefinition sowie die Planung der einzelnen pflegerischen Maßnahmen sei jedoch allein Sache der Fachkraft (vgl. Heeser, 2020, S. 20).

9.1 Mehr Autonomie und Handlungsspielraum

Durch die jetzt festgeschriebenen Vorbehaltsaufgaben, ist nicht mehr alles automatisch der ärztlichen Diagnostik und Therapie unterworfen. Für Kliniken, in denen es bislang keinen arztfreien Raum gab, ergibt sich durchaus ein Spannungsfeld, das es zu lösen gilt. Viele Pflegedirektor*Innen sind an den Kliniken froh, dass es nun endlich zur Festschreibung der Aufgaben kam, denn „es braucht die Fachexpertise bereits bei der Bedarfserhebung in der Anamnese. Und das kann eine examinierte Pflegefachkraft einfach am besten einschätzen“, erklärt Alfred Stockinger, Pflegedirektor am Universitätsklinikum Regensburg. Sein Hamburger Kollege Prölß sieht in der Festschreibung einen weiteren Schritt hin zu einem guten interprofessionellen Behandlungsansatz.

Auch Prof. Frank Weidner, Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), findet zum Thema Vorbehaltsaufgaben ganz klare Worte: „Damit werden der ärztlichen Berufsausübung Grenzen gesetzt und für die Pflege Handlungsspielräume geschaffen, wo sie eigenständig entscheiden kann und muss – auch mal gegen einer ärztlichen Auffassung.“ Die professionellen Pflegefachkräfte werden damit aber auch in eine eigene zivil- und haftungsrechtliche Verantwortung entlassen. Faktisch bedeutet dies, dass schon jetzt die Pflegefachkräfte die Verantwortung für diese pflegerischen Aufgaben hätten. Nun sei jedoch auch rechtlich gesichert, dass die Entscheidung der Pflegefachkraft bei diesen Aufgaben Vorrang hat: „Das ist gut für die Pflege, für Patienten und allen anderen Beteiligten, denn damit sind wir beim Kern der Interprofessionalität angelangt“, betont Weidner: „Denn solange der Arzt das letzte Wort hat, kann von einer Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe auf Augenhöhe nicht die Rede sein.“ Zusammenfassend kann dies als ein richtiger Schritt in die richtige Richtung betrachtet werden. Dies dient der Stärkung des Berufsbildes und der Professionalisierung der Pflege (vgl. Heeser, 2020, S. 20-21). Auch Prof. Weidner ordnet die Pflege den Gesundheitsberufen zu. Dies induziert nach Ansicht des Autors ein Momentum der Zeitenwende.

„Weiterhin soll der Ausbau der Kompetenzen und Entwicklungsfelder der Pflege in Richtung Professionalisierung und Akademisierung sichergestellt werden. Wie bereits dargelegt, ergreifen immer weniger junge Menschen den Pflegeberuf.“
(Schoch & Köper, 2019, S. 856)

„Zur Sicherstellung der organisationalen Bindung der Pflegekräfte lassen sich für die Kliniken zentrale Einflussfaktoren identifizieren. Dabei ist zunächst wichtig, den Austausch mit den Pflegekräften zu suchen, ihre Meinung einzuholen und zu berücksichtigen. Weiterhin trägt die Möglichkeit zu Aus-, Fort- und Weiterbildungen positiv zur Bindung von Pflegekräften bei. Insbesondere die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege stellt ein aktuelles Thema für die Kliniken dar. Deutlich wurde im Zuge der Befragungen auch, dass der Gestaltung der Rahmenbedingungen eine hohe Bedeutung mit Blick auf die organisationale Bindung der Pflegekräfte attestiert wird. So gilt es, autonome Handlungsfelder zu gewährleisten, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu harmonisieren und den Pflegenden ausreichende Zeitfenster für ihre Arbeit zu ermöglichen.“
(Schoch & Köper, 2019, S. 855)

„Die momentanen Veränderungen im Gesundheitswesen infolge der demografischen Veränderungen, der Enthospitalisierung der Altenpflege, dem Rückgang an Laienpflegekapazitäten, der Konzentration der Ärzte auf somatische Problemstellungen und deren technische Bewältigung sowie der Zunahme chronischer und altersassoziierter Erkrankungen wollen viele Beschäftigte daher zur Etablierung ihrer Berufsgruppe nutzen.

Der Begriff der Professionalisierung als ein Prozess, der aus einem Beruf eine anerkannte Profession werden lässt, wird dabei auch häufig als berufspolitisches Programm verwendet, in das große Hoffnungen zur Verbesserung des Berufsbildes gesetzt werden.“

(Fleischmann, 2009)

„In diesem Beitrag soll der Frage nachgegangen werden, ob und wie weit die Merkmale der Professionen auf die Pflege zutreffend sind. Die Pflege wird hier verstanden als die Gruppe der beruflich Pflegenden, ungeachtet der Richtung der Ausbildung und der derzeitigen Tätigkeit. Die Trennung der (Ausbildungs-)Berufe in Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der staatlich anerkannten Altenpflege - ein Sonderfall im Vergleich zum (außer-)europäischen Ausland - wird in den theoretischen Betrachtungen nur dort vollzogen, wo es fachlich sinnvoll erscheint. Als akademisierte Pflegekräfte werden beruflich Pflegenden verstanden, die einen akademischen Abschluss an einer Universität oder Fachhochschule erworben haben.“ (ebd.)

9.2 Kriterien einer Profession

1. *„Wissenschaftlich fundiertes Sonderwissen, spezielle Fachterminologie,*
2. *langandauernde, theoretisch fundierte Ausbildungsgänge auf akademischem Niveau (staatl. Lizenz),*
3. *berufsständische Normen (code of ethics), Eigeninteressen gesetzlich beschränkt (non-profit),*
4. *exklusives Handlungskompetenzmonopol,*
5. *Tätigkeitsbereich besteht aus gemeinnützigen Funktionen, Aufgaben von grundlegender Bedeutung,*
6. *Autonomie bei der Berufsausübung (Fach- und Sachautorität),*
7. *Selbstkontrolle durch Berufsverbände, Interessenvertretung.*

Hesse führt indessen in seinem *Professionskriterienkatalog* Fertigkeiten auf, durch die sich Professionen auszeichnen; diese Fertigkeiten wurden auf Basis theoretischen Wissens erworben und (im Sinne des Gemeinwohls) auf die Angelegenheiten „anderer“ Personen angewendet. Weitere Merkmale von Professionen umfassen die Existenz eines Ehtikkodexes sowie die Organisation in Berufsverbänden, die mit einer gewissen (Selbst-)Verpflichtung zu professionellen Verhaltensregeln einhergehen.“

(Pfadenhauer, 2003)

„Professionelles Handeln nimmt in der praktischen Pflege als Schlagwort einen großen Raum ein. Arets et al. grenzen professionelle Pflege durch drei Kriterien von der Laienpflege ab:

- Eine anerkannte Ausbildung gilt als Basis.
- Die Ausübung erfolgt nach theoretischer und praktischer Sachkenntnis.
- Die Verrichtung wird gegen Entgelt erbracht.“ (Fleischmann, 2009)

„Pflegerisches Handeln steht in engem Zusammenhang mit ärztlicher Tätigkeit und deren Anordnungen. Dieser Anteil der Pflegearbeit wird im Krankenpflegegesetz in § 3, Abs. 2 „eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation“ (im Rahmen der Mitwirkung) deutlich. Dennoch lassen sich auch eigenständige und -verantwortliche Handlungsbereiche aufzeigen. Im gleichen Abschnitt des Krankenpflegegesetzes werden hierzu genannt:

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs
- Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege
- Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege
- Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes.

Je nach Setting - Krankenhaus, stationäre Altenpflege, häusliche Pflege - nehmen diese Bereiche mehr oder weniger Raum ein. Die autonomen Handlungsbereiche beschränken sich allerdings auf die persönliche und sachgerechte Entscheidung in der individuellen Pflegesituation. Schaeffer weist darauf hin, dass ohne adäquate Wissensbasis die Herstellung von Klientenautonomie in der Pflege nur schwer möglich ist und fordert damit die Verwissenschaftlichung. Auch Organisationsautonomie ist nach ihrer Ansicht schwierig herzustellen, da das Handeln weniger einer freiberuflichen Tätigkeit folgen wird und im Setting Krankenhaus faktisch der Medizin untergeordnet ist. Mit der Akademisierung werden hier neue Trends gesehen, allerdings nicht ohne zu erwähnen, dass die Pflege auch bereit sein muss, die neuen Handlungsspielräume inhaltlich auszufüllen.“ (Fleischmann, 2009)

„Weiterhin sieht Weidner die Beschränkungen der Handlungsautonomie aufgrund der bürokratischen Strukturen innerhalb von Pflegeeinrichtungen (insbesondere in der Organisationseinheit Krankenhaus). Auch die hierarchische Arbeitsteilung, welche die Pflege außerdem mit pflegefremden Tätigkeiten wie Hol- und Bringediensten oder hauswirtschaftlichen Tätigkeiten überfrachtet sowie die Standardisierung von Arbeitsabläufen

beschränken die Pflegenden in ihrer Handlungskompetenz. Die Autonomie über Bedingungen und Inhalte gegenüber Staat und Markt sind momentan nur in geringem Umfang vorhanden. Mit der Einrichtung einer Pflegekammer könnte hier Abhilfe geschaffen werden.“ (ebd.)

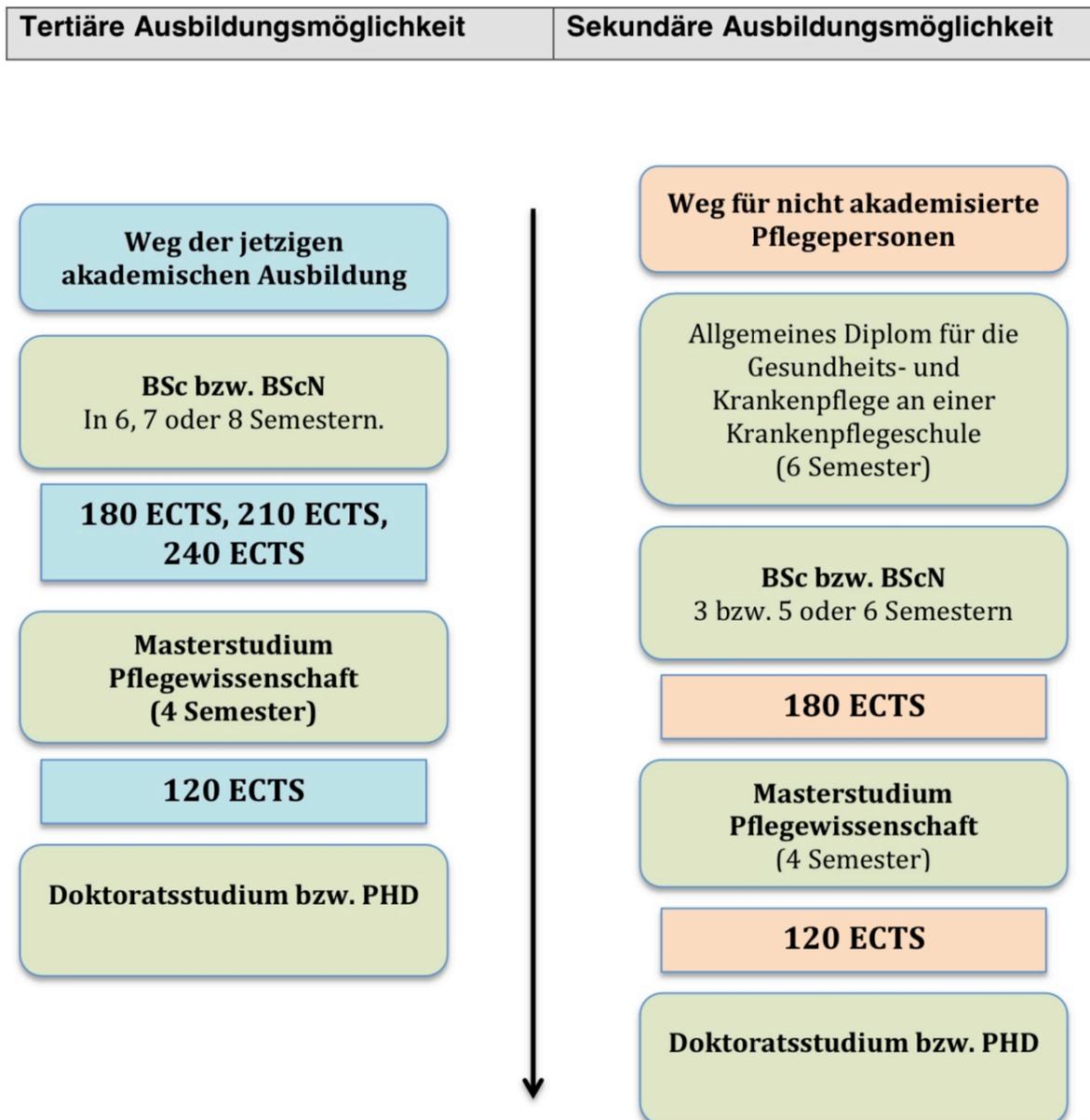
9.3 Pflegende sind benachteiligt

Anhand einer Stellungnahme von Enis Smajic (2015) zur österreichischen GuKG-Novelle 2016 an das Bundesgesundheitsministerium sowie des Nationalrates, attestierte der Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger mit Kompetenzen in Lehre, Management, Wissenschaft und Pflegepraxis, eine Diskriminierung und fehlende Upgrade-Möglichkeiten von nicht-akademischen Pflegefachkräften: „Nach jetzigem Stand muss eine nicht akademisierte ausgebildete Pflegeperson drei, fünf bzw. sechs Semester nachholen, um den akademischen Grad „Bachelor of Health Studies“ (z.B. FH Krems) bzw. „Bachelor of Science in Nursing“ (z.B. Studium an der PMU Salzburg) zu erreichen. Die Problematik ergibt sich durch eine Ungleichbehandlung.“ (Smajic, 2015)

Begründung:

„Die angeführte Abbildung 5 zeigt zugleich die Problematik die dahinter steckt. Es fehlt eine Upgrade-Möglichkeit für nicht akademisierte Pflegepersonen. Im Höchstfall benötigten die jetzigen Schülerinnen und Schüler einer sekundären Ausbildung in einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule bis zu 12 Semester (Allgemeines Diplom + zusätzliches Studium), um sich überhaupt für ein Masterstudium auf konsekutivem Weg zu qualifizieren. Eine Pflegeperson mit einem Fachhoch- bzw. Universitätsabschlusses spart sich jedoch 6 Semester!“ (Smajic, 2015)

Abb.5 Vergleich zwischen sekundären und tertiären Ausbildungsweg, (Smajic, 2015)



„Es kann nicht sein, dass die Ausbildung des sekundären gewählten Weges keinen Stellenwert hat?! Einen großen inhaltlichen Unterschied im Curriculum und in den Kernkompetenzen gibt es nicht. Hierbei müssen Übergangsregelungen geschaffen werden, um einerseits die Ausbildung und andererseits die absolvierte Berufserfahrung zu anerkennen. Solange es Übergangsfristen gibt bzw. die Ausbildung nicht komplett auf tertiärem Niveau angesiedelt ist, muss es eine Möglichkeit der Nachqualifizierung für nicht akademisierte Pflegepersonen geben!“ (Smajic, 2015)

9.4 Blockade Pflege-Diplom in Deutschland: § 18 Hochschulrahmengesetz

Im Gegensatz zu Österreich, der Schweiz und der damaligen DDR, ist das „Krankenpflege-Diplom“ in Deutschland nicht existent, da es in der Bundesrepublik nur von Hochschulen verliehen werden darf, gemäß § 18 Hochschulrahmengesetz. Wäre aktuell ein Berufsdiplom vor der Berufsbezeichnung sinnvoll? Hierzu hilft wieder ein Blick durch die Europäische Union, dies wäre eine logische Konsequenz unserer qualitativ sehr hochwertigen und umfangreichen dualen Ausbildung. Aber auch wenn Kolleginnen und Kollegen in Deutschland die dreijährige Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger erfolgreich absolviert haben und ihr Examen aktuell in Österreich nostrifizieren lassen, wären sie ein/e DGKS/DGKP also eine Diplom Gesundheits- und Krankenschwester, bzw. ein Diplom Gesundheits- und Krankenpfleger. In der Schweiz wären Sie ein Dipl. Pflegefachmann bzw. eine Dipl. Pflegefachfrau. Die vielen Unterschiede in der Berufsbezeichnung und der Akademisierung der Grundausbildung verdeutlichen die Abwesenheit eines europäischen, deutschsprachigen Konsens.

9.5 Krankenpflege-Diplome in der Europäischen Union

Innerhalb der EU existieren 33 Diplom-Ausbildungsnachweise auf der Grundlage der Richtlinie 2005/36/EG, die in 18 EU-Ländern die qualifizierten Titel einer „Krankenschwester“ bezeichnen. Unter Punkt „5.2.3. Ausbildungsnachweise für die Krankenschwester und den Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind“ (vgl. Amtsblatt der Europäischen Union, L 255/112, S. 91), sind folgende Länder der EU aufgelistet, die sich bisher für ein Diplom-Modell entschieden haben:

Belgien, Estland, Frankreich, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, sowie Zypern. Die Schweiz ist nicht aufgelistet, da sie nicht Mitglied der Europäischen Union ist. Allerdings hat die Schweiz jedoch als sog. EFTA-Staat eine umfassende Vertragsanbindung an die Europäische Union.

In Slowenien beispielsweise ist es möglich an einer Universität zu studieren und das Studium wird als „Diplomirana medicinska sestra“ (Diplom-Krankenschwester) abgeschlossen. In Spanien werden sie nach dem Diplom als „Enfermero/a diplomado/a“ bezeichnet. In Frankreich verleiht das „Diplôme d'Etat d'infirmier(ère)“ die Berufsbezeichnung „Infirmier(ère)“, in Italien verleiht das „Diploma di infermiere professionale“ die Berufsbezeichnung „Infermiere professionale“. Die Niederlande organisiert die Krankenschwester unter anderem als „Verpleegkundige“ und es ist möglich, in fünf unterschiedlichen Qualifikationsstufen (Berufsausbildung/Studium) einen Abschluss zu erlangen.

10 Akademisierung der Pflege im EQR/DQR

„Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) ist ein Übersetzungsinstrument, das nationale Qualifikationen europaweit verständlich macht und so die Mobilität von Beschäftigten und Lernenden und deren lebenslanges Lernen fördert. Der EQR ist damit der Referenzrahmen für den Vergleich der verschiedenen nationalen Qualifikationssysteme. Kernstück des EQR sind acht Referenzniveaus. Sie beschreiben Lernergebnisse, also das, was Lernende wissen, verstehen und in der Lage sind, zu tun. Entsprechend werden die Lernergebnisse auf den einzelnen Niveaus jeweils in drei Säulen beschrieben: „Wissen“, „Fertigkeiten“ und „Kompetenz.“ (KMK, 2019)

„Der 2008 von den europäischen Institutionen verabschiedete EQR wird europaweit umgesetzt. Dazu entwickeln die Mitgliedstaaten eigene nationale Qualifikationsrahmen. Ihre Niveaus werden den Niveaus des EQR zugeordnet. Der EQR ist kompatibel mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen für Hochschulabschlüsse. Die Niveaus 6 - 8 des EQR entsprechen dabei den drei Niveaus des Hochschulrahmens (Bachelor, Master, Doctoral studies). Der EQR umfasst auch allgemeine Grundsätze zur Qualitätssicherung.“ (KMK, 2019)

„Der Deutsche Qualifikationsrahmen ist ein Instrument zur Einordnung der Qualifikationen des deutschen Bildungssystems. Er soll zum einen die Orientierung im deutschen Bildungssystem erleichtern und zum anderen zur Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen in Europa beitragen. Ziel ist es, im DQR alle schulischen, akademischen und beruflichen, aber auch auf anderen Wegen erworbene Qualifikationen abzubilden und so einen Rahmen für das lebenslange Lernen zu entwickeln. Dabei wird den Besonderheiten des deutschen Bildungssystems Rechnung getragen.“ (KMK, 2019)

10.1 Einordnung der Kinder-, Kranken- und Altenpflege im DQR

Unter Punkt „2.2.1 Bundesrechtliche Ausbildungsregelungen für Berufe im Gesundheitswesen und in der Altenpflege“ aus dem Jahr 2019, sind alle dreijährigen Grundausbildungen in der Pflege in der Liste der Qualifikationen auf Niveau 4 eingestuft (vgl. DQR-Niveau 4, 2019, S. 24-25).

International, besonders europäisch gesehen, ist dies als „deutliche Unterbewertung“ zu betrachten, wenn die Pflege aktuell als Standbild gezeichnet wird. In Großbritannien und Schweden beispielsweise ist das Studium zur „Krankenschwester“ zu 100% als Bachelorstudiengang organisiert (vgl. Wuschke, 2019).

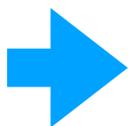
Damit die deutschsprachige europäische Pflege international gesehen adäquat akademisiert wird, muss die Akademisierung der Pflege, im Speziellen zur/zum zukünftigen Gesundheits-Fachtherapeut/in (m/w/d), auf das EQR-Niveau 6 „Bachelor/Bakkalaureus-Niveau“ höherklassifiziert und weiterentwickelt werden, um international gesehen anschlussfähig zu werden/zu sein. Ein Diplom-Grad fällt nach dem EQR ebenso in diese Kategorie wie der Bachelor-Grad. Viele Diplom-Studiengänge wurden im Rahmen des Bologna-Prozesses in Bachelorstudiengänge umgewandelt. Die nächste Evaluation des Bologna-Prozesses hätte 2020 in Rom stattgefunden. Aus der Sicht des Autors ist es notwendig für eine Ausnahme zu plädieren, um im semantischen Sinne „richtig zu agieren“ und so einen neuen und zeitgemäßen akademischen Titel zu generieren.

Mal angenommen der Titel „*Bachelor Gesundheits-Fachtherapeut/in*“ (m/w/d) würde gelten (Bachelor- oder Mastertitel werden nach den Namen geführt), könnte unter Umständen ältere und/oder demente Patienten verwirren.

„*Dipl. Gesundheits-Fachtherapeut/in*“ (m/w/d) hingegen, könnte einen übersichtlichen und einheitlichen Titel schon am Namensschild darstellen, um bei Patienten, Kolleg*Innen und Angehörige auch bei internationalen Pflegefachkräften, beispielsweise aus Italien, sofort zu erkennen, welche einheitliche Qualifikation vorliegt. Nur nach sekundärer Ansicht würde der Autor „Gesundheits-Fachtherapeut/in B.A.“ bzw. „Gesundheits-Fachtherapeut/in B.Sc.“ bevorzugen.

Abb.6 Übersicht DQR-Einordnung der Pflegeausbildungen aktuell und zukünftig

Niveau	DQR Qualifikationen / Qualifikationstypen
3	<ul style="list-style-type: none"> - Mittlerer Schulabschluss (MSA) - Berufsfachschule (Mittlerer Schulabschluss) - Duale Berufsausbildung (2-jährige Ausbildungen)
4	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Hochschulreife (AHR) - Fachgebundene Hochschulreife (FgbHR) - Fachhochschulreife (FHR) - Duale Berufsausbildung (3- und 3 1/2-jährige Ausbildungen) - Berufsfachschule (Landesrechtlich geregelte Berufsausbildungen) - Berufsfachschule (Bundesrechtliche Ausbildungsregelungen für Berufe im Gesundheitswesen und in der Altenpflege) - Berufsfachschule (vollqualifizierende Berufsausbildung nach BBiG/HwO) Berufliche Umschulung nach BBiG (Niveau 4) - Fachkraft Bodenverkehrsdienst im Luftverkehr (Geprüfte)
5	<ul style="list-style-type: none"> - IT-Spezialist (Zertifizierter) - Servicetechniker (Geprüfter) - Sonstige berufliche Fortbildungsqualifikationen nach BBiG/HwO (Niveau 5)



6	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor und gleichgestellte Abschlüsse - Fachschule (Landesrechtlich geregelte Weiterbildungen) - Meister - Fachkaufmann (Geprüfter) - Fachwirt (Geprüfter) - Aus- und Weiterbildungspädagoge (Geprüfter) - Operativer Professional (IT) (Geprüfter) - Sonstige berufliche Fortbildungsqualifikationen nach BBIG/HwO (Niveau 6) - Berufliche Fortbildungsqualifikationen nach § 54 BBIG (Niveau 6)
Ziel	- Duales Grundstudium GTH (vgl. Tabelle 6.1, S. 34)
7	<ul style="list-style-type: none"> - Master und gleichgestellte Abschlüsse - Betriebswirt nach dem Berufsbildungsgesetz (Geprüfter) - Betriebswirt nach der Handwerksordnung (Geprüfter) - Technischer Betriebswirt (Geprüfter) - Strategischer Professional (IT) (Geprüfter) - Berufspädagoge (Geprüfter)
Ziel	- Duales Fachstudium FTH-XY (vgl. Tabelle 6.3, S. 36)
8	- Doktorat und äquivalente künstlerische Abschlüsse

Diese Abbildung wurde auf Grundlage der DQR-Niveau-Tabelle durch Stelzer (2020) erstellt.

10.2 Pflege-Ziel: Der Europäische Hochschulraum (EHEA)

Nach Ansicht des Autors sollten die dreijährigen Grundausbildungen in der Pflege in ein dreijähriges (duales) Grundstudium mit sechs Semestern umgewandelt und jegliche multiprofessionellen Fachweiterbildungen sollten in ein (duales) Fachstudium mit überwiegend vier Semestern umgestaltet werden, die spezifisch von Fachexpertinnen und Fachexperten definiert, festgelegt, erarbeitet, sowie weiterentwickelt werden. Hierfür ist es erforderlich jeweils einheitliche Curricula zu erstellen.

Auf Grundlage einheitlicher Curricula bzgl. eines Grundstudiums sowie eines Fachstudiums, sind alle Absolventen berechtigt sich innerhalb des Europäischen Hochschulraums, der European Higher Education Area (EHEA), zu bewegen. Dies bleibt aktuell insbesondere Pflegefachkräften aus Deutschland zu 98 % (vgl. Ewers, 2019) - verwehrt.

„Der Akademisierungsprozess der Pflege ist nicht mehr aufzuhalten, steckt in Deutschland, Österreich und der Schweiz - verglichen mit den meisten anderen europäischen Staaten - aber noch in den Kinderschuhen. Perspektivisch ist eine Weiterqualifikation von Anästhesiepflegenden auf Hochschulniveau anzustreben. Diese Qualifikation baut optimalerweise konsekutiv auf einem pflegerischen Bachelorabschluss auf.“ (Wuschke, 2019, S. 43)

Abb.7 Der Europäische Hochschulraum, European Higher Education Area, EHEA, (Quelle: ehea.info)

The EHEA / BFUG members are 48 countries and the European Commission.



48 Staaten – eine gemeinsame Perspektive, der EHEA. Die Mobilität in Europa nimmt zu. 1999 traten die europäischen Staaten Schweiz, Österreich sowie Deutschland dem Europäischen Hochschulraum bei. Wesentliche Elemente des gemeinsamen Konvergenzprozesses sind ein zweistufiges System berufsqualifizierender Studienabschlüsse typischerweise in der Form von Bachelor und Master (vgl. ehea.info). Exakt diese privilegierte akademisierte Mobilität und Teilnahme wird den Absolventen in der Pflege größtenteils, vor allem in den deutschsprachigen europäischen Ländern, verwehrt.

10.3 Akademien statt Berufsfachschulen?

Heute zeichnen sich Professionen durch eine akademisch wissenschaftliche Ausbildung aus, sind teilautonom, aber zugleich vom Staat beeinflusst. Konsekutiv stellt sich nun folgende Fragestellung: „Studium statt Ausbildung? Akademien statt Berufsfachschulen für die Pflege? Die „Pinal-Studie – Pflege in anderen Ländern vom Ausland lernen?“, die in Kapitel 12 aufgeführt ist, beschäftigt sich mit der (internationalen) Akademisierung der Pflege und enthält unter anderem folgende Aussage: „In Deutschland hingegen nimmt Pflegebildung eine berufs- und bildungsrechtliche Sonderstellung ein: Sie findet in den meisten Bundesländern an *„Schulen besonderer Art“* statt und unterliegt meist nicht nur - wie für allgemein- und berufsbildende Schulen üblich - dem Schulrecht der Länder“. Die Pflegeausbildung ist deshalb benachteiligt, was die Finanzierung, Ausstattung und die Qualifikation des Lehrpersonals betrifft. Zudem unterliegt sie nicht der externen

Qualitätssicherung und -entwicklung, wie sie für andere Berufsschulen geregelt ist. Hier sehen die Autoren klaren Handlungsbedarf“ (vgl. Ewers, 2019). Die Weiterentwicklung der Berufsfachschulen für Krankenpflege zu einem „*Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe*“ oder einer „*Akademie für Gesundheits-Fachtherapie*“ in der ein generalistisches duales Studium eingerichtet würde, könnten die o.g. Defizite und die Sonderstellung nach der Auffassung des Autors behoben werden.

Der Duden definiert 2019 die Akademie als: „1a. Wissenschaftliche Gesellschaft; Vereinigung von Gelehrten (...), 1b. Gebäude, in dem eine Akademie (1a) ihren Sitz hat oder 2. als Fachhochschule.“ Deutschlands Modell der dualen Ausbildung besitzt eine sehr hohe Qualität, da Theorie und praktische Ausbildung eng verzahnt sind. Dieses äußerst solide Fundament kann adäquat in der Pflege vollendet werden. Auszubildende in der Pflege sollten nicht mehr länger eine „*Sonderschule*“ besuchen müssen, sondern viel mehr eine spezialisierte (Hoch-)Schule, mit evidenzbasierten, akademischen Inhalten. Die Grundausbildung müsste somit zu einem dualen Grundstudium, Fachweiterbildungen zu einem dualen Fachstudium weiterentwickelt werden. Das Studium müsste mit qualitativen Inhalten weiterentwickelt und bestückt werden und mit einem Diplom- oder Bachelorgrad abschließen. Damit wären nach der Ansicht des Autors die Anforderungen des Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse erfüllt. Somit können sich die Absolventen im Europäischen Hochschulraum (EHEA) bewegen. Da die einheitliche und ganzheitliche Akademisierung aller Pflegeberufe einen äußerst breitgefächerten Themenkomplex darstellt, kann dies in Bezug auf die komplette adäquate und holistische Beantwortung dieser Zukunftsfrage nur eingeschränkt zum Abschluss seitens des Autors beantwortet werden.

11 Intensiv Pflege studieren?

Warum eine akademische Qualifizierung für die Pflegepraxis? Diese Frage stellen sich unter anderen Studierende der Akkon Hochschule Berlin. Seit Ende 2017 wurde ein Studiengang für erweiterte klinische Pflege etabliert. Im Jahr 2018 wurde hierzu eigens ein Fachartikel „Intensivpflege studieren?“ erstellt. Die Autoren, die hauptsächlich Studierende sind, stellten sich kritisch folgende Fragen: „Warum brauchen wir akademisierte Pflegekräfte am Bett überhaupt? Welche Kompetenzen haben sie nach dem Studium? Und was sagen die Studierenden selbst zu dem neuen Studiengang?“ Scheel et al. (2018), kam zu folgenden Ergebnis:

„Die Gesundheitsversorgung soll nach den Kriterien von Effizienz, dem aktuellen wissenschaftlichen Stand (evidenzbasiert), qualitativ hochwertig, sicher und patientenorientiert erbracht werden. Die Bevölkerung wird immer älter und gebrechlicher, bei einer Zunahme von chronischen Erkrankungen und demenzbezogenen Einschränkungen.

Dieses erfordert eine hohe Koordination, Steuerung und Beratung dieser großen Bevölkerungsgruppe. Durch die demografische Entwicklung und den technischen Fortschritt ist das Durchschnittsalter der Patienten im Krankenhaus auch auf den Intensivstationen gestiegen und erfordert mehr Kompetenzen von den Pflegenden. Ebenfalls gestiegen ist die Anzahl der Patienten, die eine ambulante Intensivpflege benötigen. Hier sind Konzepte für den Übergang in die ambulante Intensivpflege zu entwickeln. Die Aufgaben im Krankenhaus haben sich verändert, durch Delegation erfolgt eine Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, und die Pflege hat viele Serviceaufgaben an Hilfskräfte abgegeben. Dieses alles erfordert neue Versorgungskonzepte nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und eine hohe Kompetenz in der Zusammenarbeit im Team und mit anderen Berufsgruppen. Um eine gute Versorgungsqualität in der Pflege nach evidenzbasierten Kriterien zu gewährleisten, ist es erforderlich, Studien zu lesen, zu bewerten und zu reflektieren, ob neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu implementieren sind. Um Fehler zu minimieren und die pflegerische Praxis weiterzuentwickeln, ist mehr als das medizinische Wissen erforderlich, wie es derzeit die Berufsausbildung und auch die Fachweiterbildungen vermitteln. Internationale Studien haben Zusammenhänge zwischen einer hohen Rate an qualifizierten akademischen Pflegenden (RN-Rate) und den Ergebnissen der Patientenversorgung aufgezeigt. So konnten die Mortalität und verspätete Hilfe im Notfall, Adverse Events wie Dekubitus, Stürze, nosokomiale Infektionen, die Rationierung von Pflege und die Verweildauer im Krankenhaus durch eine hohe Anzahl an akademisch ausgebildeten Pflegenden verringert werden.“ (Scheel et al., 2018)

11.1 Intensivpflege, mehr als Pflege auf der Intensivstation

„Im modernen Gesundheitswesen kommt der professionellen Intensivpflege eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung zu. Die Wirksamkeit von Fachkrankenpflege ist längst nicht mehr an der Tür zur Intensivstation beendet, sondern wirkt weit darüber hinaus“ (Faßbender, 2019). Wie komplex ist Intensivpflege? Wie hat sich Intensivpflege bis in das Jahr 2020 verändert?

Unter einem Paradigma der Intensivpflege fasst Faßbender (2019) zusammen, was die Intensivpflege in seinen grundlegenden Auffassungen, Denkmustern, Handlungsweisen und seiner Repräsentation ausmacht. „Es ergibt sich durch praktisches Tätigsein auf einer Intensivstation, die reflektierten Erfahrungen und die Auseinandersetzung mit einschlägiger Literatur sowie fachbezogener Weiterbildung. Aber auch die soziokulturellen Einflüsse der Intensivstation bestimmen induktiv das Paradigma der Intensivpflege. Die paradigmatische Beeinflussung der Intensivpflegenden einer Intensivstation schafft deduktiv eine grundlegende Gemeinsamkeit, unabhängig von Ort und Zeit.“ (Faßbender, 2019, S. 35)

„Das bedeutet, dass der Begriff „Intensivpflege“ nicht geschützt ist und uns aufgrund einer noch nicht vorhandenen generellen Verkammerung und Selbstverwaltung das Professionsmerkmal des Tätigkeitsvorbehaltes fehlt. Dazu kommt, dass in Deutschland derzeit mehrere Pflegeberufe mit abweichender curricularer Ausrichtung existieren und sich an Pflegebedarfen unterschiedlicher Genese ausrichten.“ (ebd.)

„Nach dreijähriger Lehre und einem staatlichen Examen werden im sozialrechtlichen Sprachgebrauch alle Ausbildungen in der Pflege unter dem Sammelbegriff Pflegefachkraft subsummiert und gleichgestellt. Mit diesem Begriff regelt die Rechtsprechung im Nachgang dann sehr wohl Tätigkeitsvorbehalte und verwechselt darüber hinaus im behördlichen und leistungsrechtlichen Kontext auch regelmäßig die Begriffe *Pflegefachkraft* und *Fachpflegekraft*.“ (ebd.)

11.2 Paradoxie „Pflegefachkraft“ und „Fachpflegekraft“

Die Verwechslungsgefahr von „*Pflegefachkraft*“ und „*Fachpflegekraft*“ (dies sind Absolventen einer Fachweiterbildung) wäre aus der Sicht des Autors mit Hilfe des FTH-Fachkonzeptes und dem Begriff (Gesundheits-)Fachtherapeut eindeutig und übersichtlich klargelegt. Eschmann und van Loo (2018) bemängelten überdies die Verwechslung und Vermengung der Pflege in den unterschiedlichsten Qualifikationen etwa im Bereich des Pflegemindestlohns, der eben nicht für Pflegefachkräfte gilt, sondern allenfalls für *Pflegehilfskräfte* Anwendung findet (vgl. Kapitel 1.2, S. 10).

„Nach gegebener medizinischer Indikation kommt ein beatmeter Säugling in die häusliche Umgebung. Nach unserem allgemeinen Berufsverständnis würde die Versorgung optimalerweise von einer *pädiatrischen Fachpflegekraft für Intensivpflege* betreut. Gegenwärtig ist es so, dass geeignete Fachpflegekräfte flächendeckend nicht mehr zur Verfügung stehen. Die Versorgung wird in gängiger Praxis auch von Pflegefachkräften aus der Altenpflege übernommen. Ein Skandal? Mitnichten.“ (Faßbender, 2019)

„Auch in Zeiten von ausreichend vorhandenen pädiatrischen Fachpflegekräften gehörte es zum Standard der Krankenkassen, aus Kostengründen beatmete Patienten der Obhut von Laien, meistens den Angehörigen, zu überlassen. Bei Kindern war und ist dies deutlich mehr die Regel als die Ausnahme“ (ebd.). Das irrtümliche Vorurteil und das gefährliche Image „Pflege(n) kann jeder“, lässt hier wieder grüßen. Der abschließende Tätigkeitsvorbehalt der Profession Pflege fehlt hier in Gänze. Dies ist nach Ansicht des Autors inakzeptabel.

11.3 Unterschiedliche Anforderungen an Pflegefachkraft und Fachpflegekraft

„Die idealtypische Pflegekraft für die ambulante Intensivpflege qua Profession gibt es nicht. In jedem pflegefachlichen Setting (z. B. Intensivstation, Onkologie, Entwicklungshilfe, Neonatologie, Demenz-WG) werden besondere Fähigkeiten und Kenntnisse zur Erlangung von verschiedenen Kompetenzstufen benötigt, die in anderen Settings weniger Bedeutung haben, sogar hinderlich bis kontraproduktiv sein können. Patricia Benner beschreibt die Kompetenzentwicklung, vom Anfänger bis zum Experten, als jahrelangen Prozess der persönlichen Entwicklung. Sie setzt die praktische Arbeit im Setting voraus, um Erfahrungswissen zu erlangen. Dabei ist theoretisches Wissen die Voraussetzung, um praktische Erfahrungen reflektieren zu können und als Erkenntnisgewinn abzuspeichern. Der sich unter diesen Voraussetzungen aufbauende Erkenntnisgewinn habitualisiert sich in ihrem Modell in fünf Kompetenzstufen“ (Faßbender, 2019). Zur Illustration eine nachfolgende Beschreibung der unterschiedlichen Anforderungen und Qualifikationen:

11.3.1 Qualifikation Altenpflegerin

„Zehn Jahre in der stationären Pflege, zehn Jahre in der ambulanten Pflege, davon zwei Jahre in verschiedenen Wohngemeinschaften. Sie kennt sich in der relevanten Sozialpflege (Dokumentation, Leistungsnachweise, Abrechnung, QM-Vorgaben der Pflegekassen etc.) sehr gut aus, weiß, welche Hilfsmittel und Heilmittel verordnungsfähig sind, plant zielgenaue Pflegeprozesse anhand der Biografie und bezieht Patienten und Angehörige mit ein. Sie leitet an und unterstützt in der Strukturierung von Tagesabläufen und übernimmt alle notwendigen Pflegemaßnahmen. Sie setzt Assessments ein und Expertenstandards um. Für sie stehen die Individualität, Einzigartigkeit, Lebensqualität und die persönlichen Ziele ihrer Klienten im Mittelpunkt. Die Organisation plant sie flexibel um ihre Patienten herum. Die Beziehungen zu Patienten und Angehörigen sind in der Regel langfristig und eng. Das ist wichtig für sie, sonst wäre die Arbeit nicht leistbar.“ (Faßbender, 2019)

11.3.2 Qualifikation Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie

„Zehn Jahre interdisziplinäre Intensivstation und zehn Jahre kardiochirurgische Intensivstation. Breites Wissen in der akuten Intensivpflege und Intensivmedizin. Sehr gute klinische Beobachtungsgabe und Laborwertinterpretation, routiniert in der Notfallversorgung und in der Assistenz bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen, Beatmung, Lumen ZVK, Arterie, PA, PiCCO, innerklinische Transporte unter maximaler Therapie gehören zum Standardrepertoire. Sie ist sehr gut organisiert in der Betreuung von zwei bis drei aufwendigen Iso-Patienten und kümmert sich um die Schichtleitung. Wenn es eng wird, hat

sie den Überblick. Die Patienten wechseln sehr schnell, oft werden sie nach der Extubation sofort zur IMC verlegt. Persönliche Kontakte mit Patienten bleiben eher oberflächlich und kurz. Das ist wichtig für sie, sonst wäre die Arbeit nicht leistbar.“ (Faßbender, 2019)

„Aus diesen plakativ umrissenen Aufgabenfeldern wird deutlich, dass jedes Setting ein besonderes Anforderungsprofil an den Stelleninhaber voraussetzt, um der Aufgabenerfüllung gerecht werden zu können.“ (ebd.)

12 PinaL-Studie: Pflege in anderen Ländern, vom Ausland lernen?

Mehr Investitionen in Aus- und Weiterbildung, erweiterte Verantwortungsbereiche jenseits von Delegation sowie Stärkung der Selbstorganisation sind Schlüsselfaktoren für Attraktivität des Pflegeberufs und Sicherung der Versorgungsqualität. Am 29. Januar 2019, wurde in einer Studie im Auftrag der Stiftung Münch unter der Leitung von Professor Michael Ewers, die Situation der Pflege in Großbritannien, den Niederlanden, Schweden und Kanada untersucht. Alle betrachteten Länder haben mit Deutschland vergleichbare Probleme bei der Rekrutierung von Fachkräften und bei der Sicherung der pflegerischen Versorgung bei zugleich wachsendem Bedarf in allen Versorgungsbereichen. Anders als in Deutschland finden sich als Lösungsansätze mehr Investitionen in die hochschulische Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen, Maßnahmen zur Stärkung der Selbstorganisation und Selbstverantwortung der Pflege sowie die Erweiterung pflegerischer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche. Die diversen Initiativen sowie sozialen und technischen Innovationen zur Zukunftssicherung der pflegerischen Versorgung in den untersuchten Ländern dienen stets einer doppelten Zielsetzung: Sie fördern die Attraktivität der Pflege als zukunftsfähiger Gesundheitsberuf und sie sichern zugleich eine hochwertige und innovative gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung.“ (Ewers, 2019)

„Die Studie zeigt zudem, dass den Pflegenden in den untersuchten Ländern mehr Verantwortung in der Patientenversorgung übertragen wird. Während in Deutschland meist am Prinzip der ärztlichen Delegation festgehalten wird, bei dem Pflegende als „verlängerter Arm des Arztes“ und auf dessen Anweisung tätig sind, findet in den Untersuchungsländern eine partnerschaftlich angelegte, teamorientierte und gesetzlich legitimierte Aufgaben-neuverteilung statt. Das befördert interessante Entwicklungsoptionen für Pflegende mit der Übernahme von mehr eigenverantwortlichen Aufgaben als hierzulande. Das macht innovative Versorgungsformen möglich, von denen letztlich Patienten und Pflegende gleichermaßen profitieren. Deshalb fordern die Autoren eine Stärkung der Pflege durch neue Formen der Aufgaben- und Verantwortungsteilung.“ (ebd.)

„Die Übernahme von mehr Verantwortung ist nicht zuletzt durch einen höheren Anteil an akademischen Pflegekräften möglich. Während in Deutschland lediglich ein bis zwei Prozent der Absolventen der Pflegenden eines Jahrgangs ein Studium der Pflege abgeschlossen haben, liegt der Anteil in den untersuchten Ländern inzwischen bei ca. 45 % in den Niederlande und 100 % in Schweden und Großbritannien. International ist ein Hochschulstudium auf Bachelorebene oft die Voraussetzung für die Zulassung als Pflegefachperson.“ (ebd.)

Auffallend in den Untersuchungsländern ist, dass die Pflegenden an der Entwicklung von Lösungen zum Erhalt der Gesundheitsversorgung aktiv beteiligt sind, da professionelle Interessensvertretungen des Berufsstands von der Politik das Recht und die Pflicht einer Mitbestimmung übertragen bekommen haben. Auch die Bemühungen der Pflege um weitere Professionalisierung und Qualifizierung werden von der Gesundheits- und Bildungspolitik moderiert und mit einer kohärenteren Gesamtstrategie als hierzulande gerahmt. „Wie anderen Gesundheitsprofessionen ist der Pflege auch in Deutschland sowohl das Recht als auch die Kompetenz zuzusprechen, ihre Belange und Interessen in eigener Verantwortung unter Berücksichtigung gesetzlicher Grundlagen zu organisieren und zu vertreten.“ (Ewers, 2019)

12.1 Stärkere Rolle der akademischen Bildung – Schlusslicht Deutschland

Deutschland schneidet in der PinaL-Studie schlecht ab. So heißt es:

„Die Qualifikations-, Kompetenz- und Tätigkeitsprofile sind in den untersuchten Ländern stark ausdifferenziert. Die zentrale Säule bilden überall Pflegefachpersonen, die staatlich anerkannt, selbstständig und eigenverantwortlich tätig sind. In Großbritannien und Schweden ist ein Hochschulstudium auf Bachelorebene inzwischen der einzige Zugang zum Beruf. In den Niederlanden gibt es neben dem Bachelorstudium auch weiterhin noch eine traditionelle Berufsausbildung. Der Anteil der Absolventen mit Bachelorabschluss liegt aber auch dort bereits bei rund 45%. In Deutschland dagegen liegt der Anteil der graduierten Pflegenden lediglich bei ein bis zwei Prozent. Um zu zeigen, dass die hochschulische Ausbildung in der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz wirklich gewollt und nicht lediglich geduldet wird, sind konkrete Fördermaßnahmen auf Bundes- und Landesebene notwendig.“ (Ewers, 2019)

„In Großbritannien, den Niederlanden und Kanada ist zudem eine Registrierung in einem Berufsregister Voraussetzung für die berufliche Tätigkeit was die Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung und Re-Registrierung einschließt. Kein Arbeitgeber darf eine Pflegefachperson ohne gültige Registrierung beschäftigen. Dies ist als professionelle Selbstverpflichtung der Pflegenden zur Gewährleistung einer professionellen und sicheren

Versorgung der Patienten zu werten. In Großbritannien und Kanada wird dies durch Pflegekammern überwacht, die Niederlande haben ein gemeinsames, staatlich organisiertes Registrierungssystem für mehrere Gesundheitsberufe. In Deutschland gibt es bislang lediglich zwei arbeitsfähige Landespflegekammern.“ (ebd.)

13 Fakten & Zahlen des Pflegepersonals in D, A, CH

Im Nachfolgenden wird auf die Statistik des europäischen Pflegepersonals im deutschsprachigen Raum näher eingegangen unter Bezugnahme des DPR. „Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) wurde 1998 gegründet, um die Positionen der Pflegeorganisationen einheitlich darzustellen und deren politische Arbeit zu koordinieren. Darüber hinaus fördert der Zusammenschluss aus 15 Verbänden die berufliche Selbstverwaltung. Seit 2003 handelt der Deutsche Pflegerat e.V. als eingetragener, gemeinnütziger Verein. Als Bundesarbeitsgemeinschaft des Pflege- und Hebammenwesens und Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vertritt der Deutsche Pflegerat heute die insgesamt 1,2 Millionen Beschäftigten der Pflege. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist der Einsatz für eine nachhaltige, qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung oberstes Anliegen des Deutschen Pflegerats. Präsident des Deutschen Pflegerats ist Franz Wagner. Vize-Präsidentinnen sind Irene Maier und Christine Vogler.“ (DPR, 2019)

Mitgliedsverbände des DPR:

- Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS)
 - Anbieter Verband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG)
 - Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V. (BLGS)
 - Bundesverband Geriatrie e.V. (BVG)
 - Bundesverband Pflegemanagement
 - Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)
 - Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD)
 - Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)
 - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)
 - Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF)
 - Deutscher Pflegeverband e.V. (DPV)
 - Katholischer Pflegeverband e.V.
 - Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. (VdS)
 - Verband für Anthroposophische Pflege e.V. (VfAP)
 - Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken e.V. (VPU)
- (DPR, 2019)

Nach offiziellen Angaben des DPR sowie den statistischen Angaben des Forums Statista existierten somit zusammengefasst im Jahr 2017 1.361.055 professionell Pflegenden innerhalb Deutschlands, Österreichs und der Schweiz (vgl. Abb.8 und 9).

Abb.8 Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Österreich nach Berufsgruppen im Jahr 2017

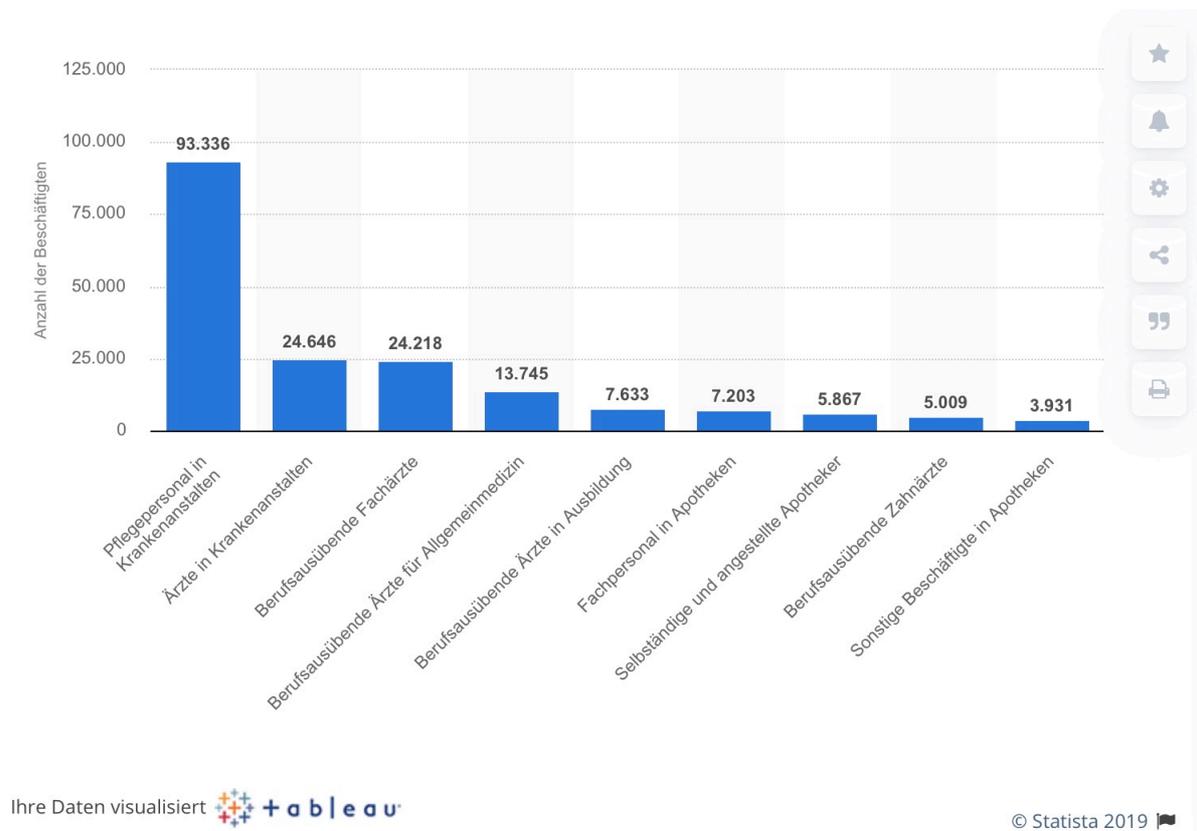


Abb.9 Anzahl des Pflegepersonals in Krankenhäusern in der Schweiz von 2011 bis 2017

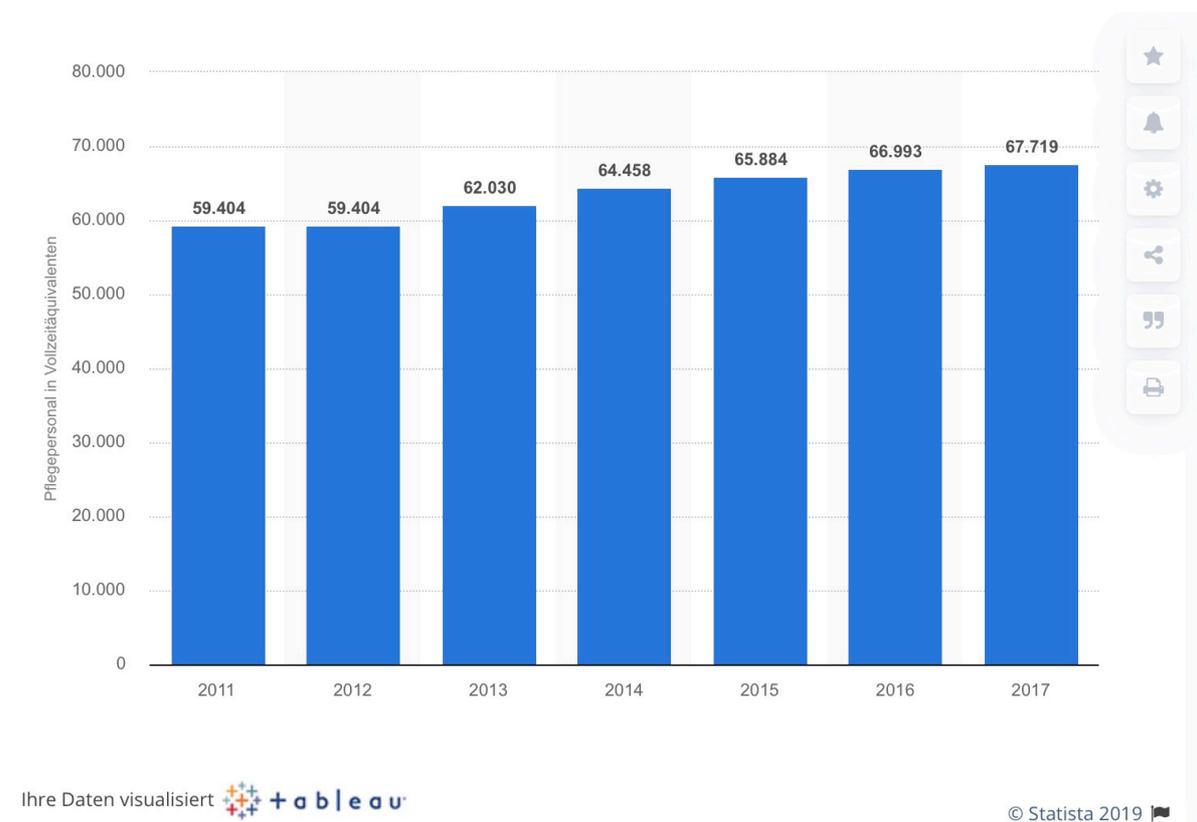
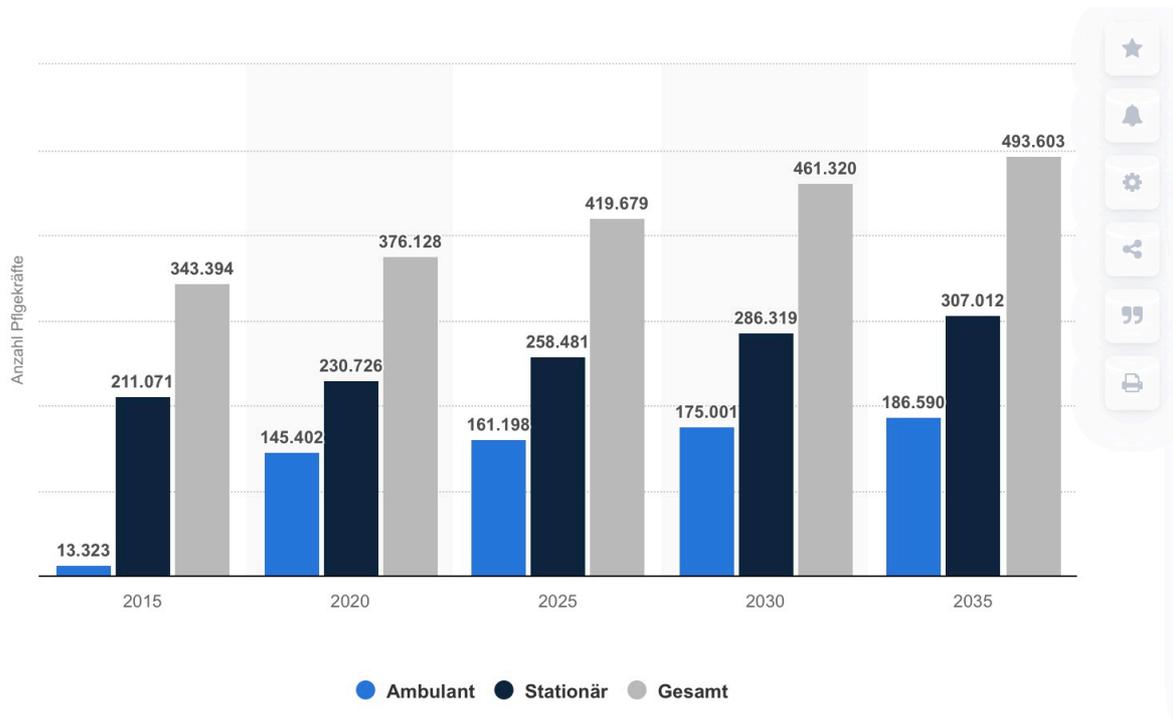


Abb.10 Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften in Deutschland bis zum Jahr 2035



Ihre Daten visualisiert ableu

© Statista 2019

In Abb.10 ist zu erkennen, dass bis zum Jahr 2035 in Deutschland 493.603 Pflegekräfte fehlen werden. Vor allem die Politik und alle Angehörigen in der Pflege, müssen sich angesichts dieser immens hohen Zahl die Frage stellen: „Wie soll und kann dieser massive Bedarf an Pflegefach- und Fachpflegekräften gedeckt werden?“ In dem, das alles so bleibt, wie es ist? Aus Sicht des Autors wird vor allem ein neuer transsektoraler sowie ein generelistisch-akademisch geprägter Terminus technicus benötigt: Gesundheits-Fachtherapie könnte dieser immensen Zahl von 493.603 Vakanzen gerecht werden.

13.1 Transsektorale Verschiebung des Pflegebedarfs

„Aus der Perspektive der ambulanten Krankenpflege haben die Privatisierung und Ökonomisierung der Kliniken sowie der Grundsatz „ambulant vor stationär“ eine weitreichende Bedeutung für die Erweiterung der Aufgabenfelder mit sich gebracht. Ursprüngliche Aufgaben der Intensivpflege werden als Pflegebedarfe mit dem Patienten gemeinsam weiterverlegt. Stationäre Aufenthalte, sei es in der Akutklinik oder in einer Einrichtung für Rehabilitation, sind, bei intaktem Case-Management, heute bereits mit der Aufnahme des Patienten zeitlich konkret befristet. Der Fokus liegt auf Prozessoptimierung und Kosteneinsparung. Was bedeutet das im Einzelnen für die Berufsgruppe der Pflegenden? Betrachtet man den Zeitraum von 1991 bis zur Gegenwart, fällt auf, dass die Patientenzahl im Krankenhaus erheblich zugenommen hat, hingegen deren Verweildauer auf fast die Hälfte zurückgegangen ist“ (Faßbender, 2019). Vgl. Abb. 11.

13.1.1 Entwicklung von Patientenanzahl und Verweildauer von 1991 - 2017

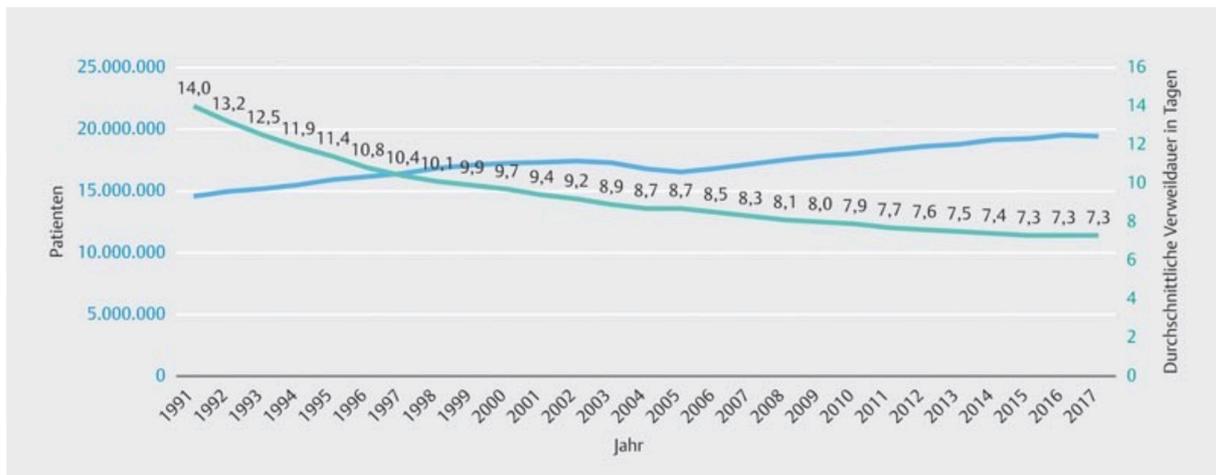


Abb.11 Entwicklung von Patientenanzahl und Verweildauer von 1991 - 2017, (Faßbender, 2019)

13.1.2 Entwicklung der Krankenhaus-Kennzahlen von 1991 - 2017

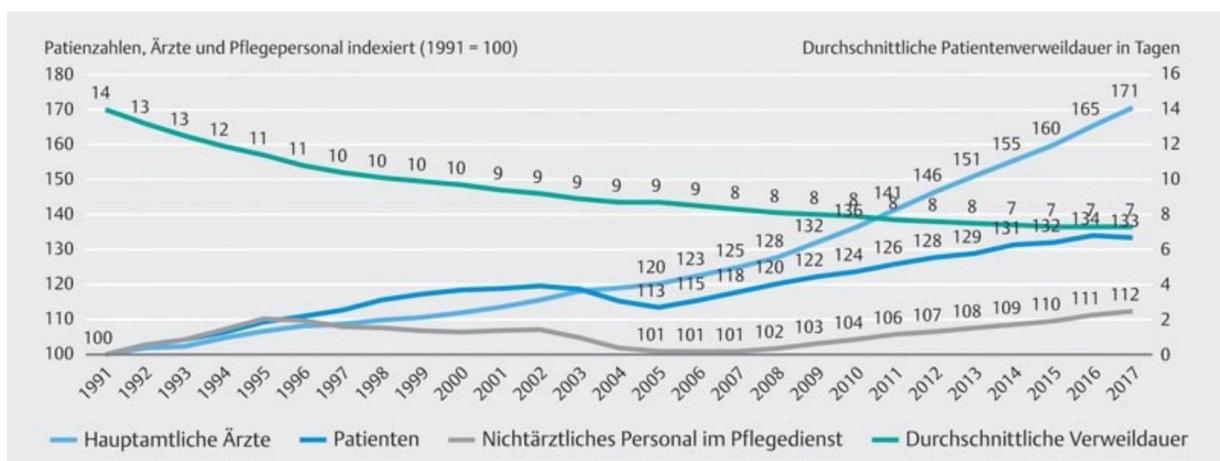


Abb.12 Entwicklung der Krankenhaus-Kennzahlen von 1991 - 2017, (Faßbender, 2019)

„Bei der Personalentwicklung im stationären Bereich zeigt sich folgendes Bild: Im Pflegedienst der Krankenhäuser entwickelt sich Anfang der 1990er-Jahre durch die Anwendung eines Personalbemessungstools zunächst ein Anstieg des Personalbestands, der mit der Aussetzung der Pflegepersonalregelung PPR aus ökonomischen Gründen wieder beendet und zurückgeführt wurde. Mit Scharfstellung der Konvergenzphase zur Einführung der G-DRG, ab 2005, erreichte der Personalstand im Pflegeberuf fast wieder den Ausgangswert von 1991.“ (ebd.) Dies zeichnet ein dramatisches Bild der Pflege.

„Heute, 13 Jahre nach der Einführung der G-DRG, entspricht die Personalquantität beinahe wieder dem Stand von 1994!“ (Faßbender, 2019).

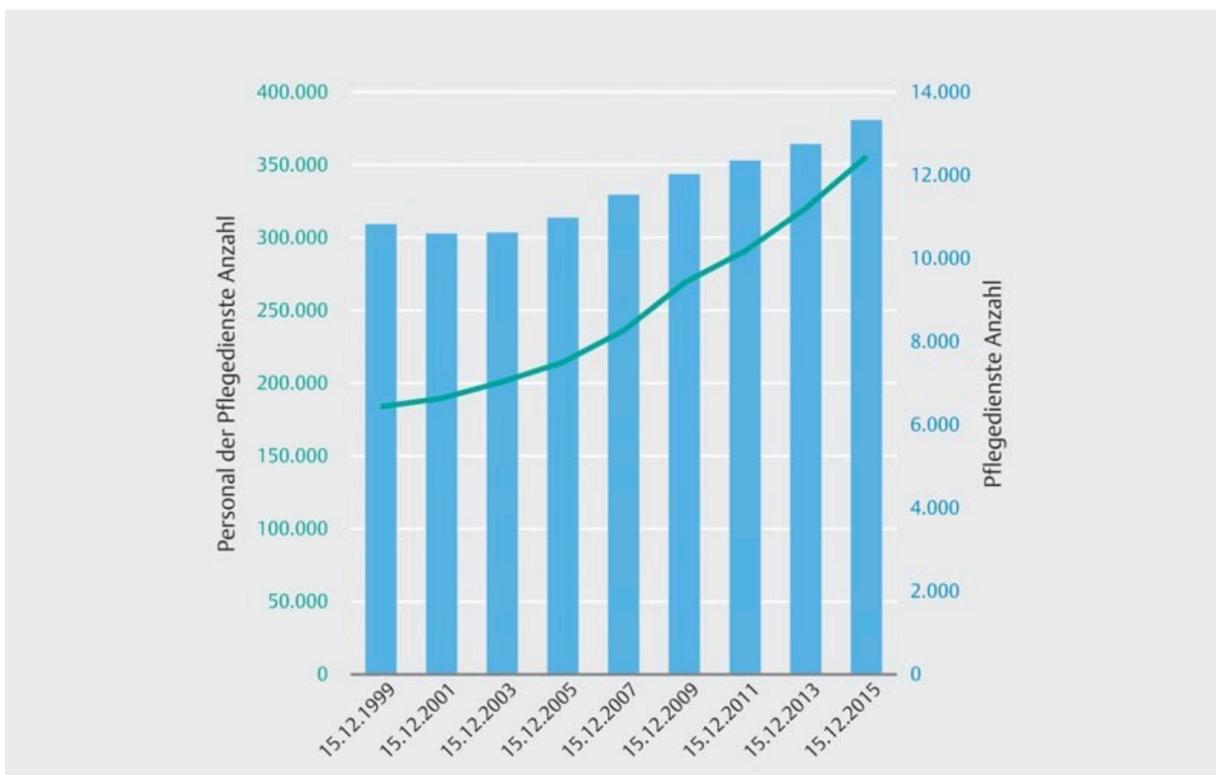
„Mehr Patienten in kürzerer Zeit und die Reduzierung der Pflegekapazität - das bedeutet, dass die Kernprozesse des Krankenhauses auf abrechenbare medizinische Prozeduren wie Diagnostik und Therapie ausgerichtet sind.“ (ebd.)

Dies drückt sich auch in der quantitativen Entwicklung des dafür notwendigen ärztlichen Personalbestands aus. Erweitern wir die Definition von Intensivpflege nach Meyer und Friesacher um folgende Aussage: *„Medizin fokussiert Diagnostik und Therapie von Krankheit, Krankenpflege legt den Schwerpunkt auf die Konsequenzen in Bezug auf AEBDL für den Patienten!“* (Faßbender, 2019)

„Damit wird deutlich, dass die Bedarfe nach Fachkrankenpflege/Krankenpflege im Krankenhaus im Rahmen der Akutbehandlung gedeckt werden, aber über den Entlassungszeitpunkt hinaus vorhanden bleiben. In der ambulanten Pflege zeichnete sich eine umgekehrte Entwicklung ab. Mit der Änderung der Krankenhausfinanzierung stiegen die Anzahl der pflegebedürftigen Patienten, die Anzahl der Pflegedienste und die der Beschäftigten im ambulanten Bereich zeitgleich proportional an.

Damit wäre bewiesen, dass krankheitsbedingte Pflegebedarfe transsektoral verlagert werden und der politische Wille zur Gesundheitsmarktbildung in der Praxis angekommen ist.“ (Faßbender, 2019)

Abb.13 Ambulante Pflegeeinrichtungen in Deutschland, (Faßbender, 2019)



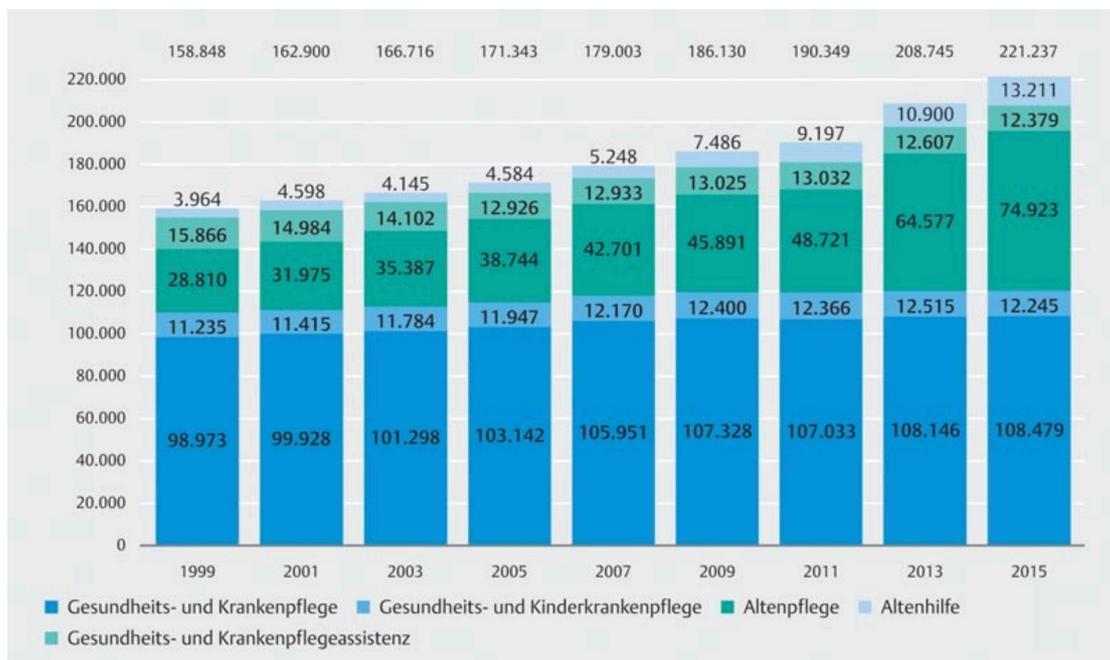
13.2 Dismatch bei „Ambulant vor Stationär“

Das politisch gewollte Kredo „Ambulant vor Stationär“ zieht nach Ansicht Faßbender (2019) massive Konsequenzen nach sich. Die ambulante Pflege steht somit vor einem erheblichen Dismatch. Sie steht vor der im Prinzip einfachen Wahrheit und Herausforderung: Können die gut grundqualifizierten Altenpflegekräfte die hochspezialisierte Intensivpflege, -medizin und -therapie etwa im Heim so adäquat sicherstellen, wie eingearbeitete und erfahrene Intensivpflegekräfte bzw. wie eine weitergebildete Fachpflegekraft für Anästhesie und Intensivpflege? Können alle Herausforderungen, Komplikationen sowie Notfall- und Krisensituationen während einer transsektoralen Behandlung bewerkstelligt werden? Faßbender beschreibt große personelle Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Qualifikation.

13.3 Personaldismatch

Faßbender (2019) zeichnete in den vorangegangenen Kapiteln ein Bild über die Verschiebung der Pflegebedarfe aus der Klinik in die ambulante Pflege und zur Situation des zur Verfügung stehenden Personals. „Das vorhandene Pflegepersonal im ambulanten Bereich reicht aber aktuell nicht mehr aus, um die Nachfrage flächendeckend zu kompensieren. Wie aus den repräsentativ gewonnenen Daten des dip e. V. zu erkennen ist, besteht zumindest in NRW keine Arbeitsmarktreserve in der Pflege. Die Zuwächse in der quantitativen Personalentwicklung fanden überwiegend in der Altenpflege statt.“ (ebd.)

Abb.14 Beschäftigungsvolumen qualifizierte Pflege in NRW in amb. PD/teil-vollstaatl. Einrichtungen/ Krankenhäusern, (Faßbender, 2019)



„Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die Bedarfe der ambulanten Intensivpflege mehr und mehr bis zur Ausschließlichkeit mit Pflegefachkräften aus der Altenpflege gedeckt werden (Ausbildungsmerkmale). Aus der Sicht des Pflegemanagements liegen hier sehr gute Möglichkeiten, aber auch die Pflicht der Arbeitgeber, in qualifizierte Ausbildungen der Mitarbeiter zu investieren, um die künftigen Pflegebedarfe decken zu können.“ (ebd.)

Stichwort:

„Pflicht der Arbeitgeber, in qualifizierte Ausbildungen der Mitarbeiter zu investieren, um die künftigen Pflegebedarfe decken zu können.“ (Faßbender, 2019)

Dies sollte sich vor allem die Politik auf die Fahnen schreiben. Selbstverständlich sollten die Ausbildungen internationalen akademischen Ansprüchen genügen. Somit vertritt der Autor die Auffassung, die qualifizierte Ausbildung so zu realisieren wie die in Kapitel 6.1 sowie 6.3 aufgeführten Abschlüsse. So wäre nach Ansicht des Verfassers dem Personal- und Qualifizierungsdismatch adäquat und qualifiziert etwas entgegengesetzt.

13.4 Qualifizierungsdismatch

Es existiert ein Rechtsanspruch für eine ambulante Pflege zu Hause und dies verschärft die zu lösende Aufgabe im Bereich der adäquaten Qualifizierung sowie der parallel zu Leistenden (Fach)Pflege im ambulanten Bereich. Wie Faßbender (2019) erläuterte, ist es ambulant eher die Regel als die Ausnahme bei intensivpflegerischen Patienten und/oder Kindern von einer Pflegefachkraft versorgt zu werden, anstatt von einer Fachpflegekraft für allgemeine oder gar pädiatrische Anästhesie und Intensivpflege. Die Verschiebung der mitunter hochkomplexen Pflegebedarfe von der Intensivstation in die Rehaklinik, in das eigene zu Hause bzw. in das Seniorenheim, erfordert einmal mehr ein generalistisches Studium mit transsektoralen Inhalten sowie einen dazu passenden Titel.

Im Übrigen: „Die soziale Pflegeversicherung räumt mit § 3 SGB XI der ambulanten Pflege den Vorrang vor der stationären Pflege ein, sodass ein möglichst langer Aufenthalt im eigenen Haushalt gewährleistet ist (stationär bedeutet hier immer Heim und nicht Krankenhaus!). In Verbindung mit § 37 SGB V ist die gesetzliche Voraussetzung zur ärztlich verordneten Behandlungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst gegeben. Mit diesen sozialrechtlichen Normen entsteht allen gesetzlich Versicherten die Anspruchsgrundlage, de facto jede medizinische und pflegerische Behandlung zu Hause zu erhalten, die organisatorisch durchführbar ist. Basis für die Verordnungsfähigkeit notwendiger Medizintechnik und Pflegehilfsmittel, wie Beatmungsgeräte, Sauerstoff etc., bilden die „Hilfsmittel-Richtlinien“ sowie das „Hilfsmittelverzeichnis“ der gesetzlichen Krankenkassen. Der Etablierung dieser Form von Intensivpflege sind zahlreiche Rechtsstreitigkeiten zwischen Patienten und gesetzlichen Krankenkassen vorausgegangen.“ (Faßbender, 2019)

„Die Grundlage für die ambulante Intensivpflege und für alle nachfolgenden Urteile bildete das „Drachenfliegerurteil“ des BSG vom 28.01.1999 (vgl. BSG AZ: B 3 KR 4/98 R). Die Richter stellten fest, dass die beklagte Krankenkasse die Kosten für eine krank-pflegerische Betreuung rund um die Uhr zu leisten habe. Dabei sind die grundpflegerischen Leistungen der Pflegekasse in Abzug zu bringen. Im Jahr 2009 entschied das BSG erneut zugunsten der ambulanten Intensivpflege und verstärkte die Patientenrechte wiederholt und bekräftigte weiterhin die sozialpolitische Ausrichtung „ambulant vor stationär.“ (ebd.)

„Die Leistungen der Pflegeversicherungen sind seitdem nur zur Hälfte abzuziehen (vgl. BSG AZ: B 3 KR 7/09 R). Für den Patienten und seine Angehörigen resultiert daraus eine deutlich geringere finanzielle Belastung. Seit dem Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes PSG II wurde zur Ermittlung der Pflegegrade nach SGB XI das neue Begutachtungsassessment NBA eingeführt und die Kostenaufschlüsselung erneut angepasst. Die Verordnung von „spezieller Krankenbeobachtung“ wird meistens in der Klinik gestellt und vom Hausarzt fortgeführt. Nach Prüfung der Indikationsstellung und durch die Kostenübernahme der gesetzlichen oder privaten Krankenkassen kann der Patient in der ambulanten Intensivpflege bis zu 24 Stunden am Tag betreut werden.“ (ebd.)

14 Frostige Stimmung in der Pflege. Der CARE Klima-Index 2018

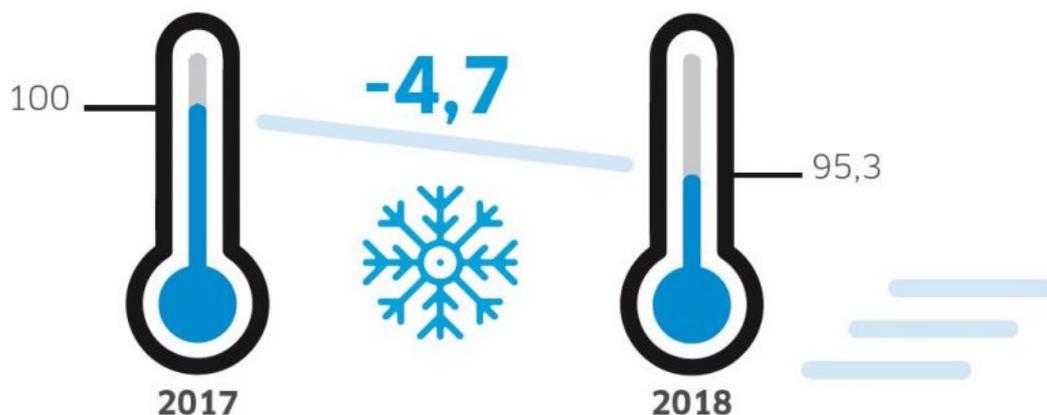
Das Befragungsinstitut Psyma Health & CARE GmbH hat in Zusammenarbeit mit dem Veranstalter des Deutschen Pfl egetages den Index konzipiert, um ein umfassendes und realistisches Stimmungsbild des Pflegesektors in Deutschland zu erstellen und Trends abzuleiten. Am 16.01.2019 wurden die Ergebnisse aus 2018 gemeinsam mit Andreas Westerfellhaus (Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung) und Franz Wagner (Präsident des Deutschen Pflegerat) im Haus der Bundespressekonferenz Berlin vorgestellt. Wichtigstes Fazit: „Die Stimmung ist im Vergleich zum Vorjahr frostiger geworden.“

Abb.15 CARE-Klima-Index, Stimmung der Pflege von 2017 - 2018, (Psyma Group AG, 2019)

Die Stimmung in der Pflege wird frostiger



Im Vergleich zum Basisjahr ist das Klima um -4,7 Punkte abgekühlt.



„Die Stimmung in der Pflegebranche ist im Vergleich zum Vorjahr weiter abgekühlt.“ Diese Schlussfolgerung zieht Stephanie Hollaus, Projektverantwortliche des CARE Klima-Index Deutschland beim Befragungsinstitut Psyma Health & CARE GmbH. Für 2018 beträgt der Psyma CARE Klima-Index 95,3. Damit ist das Klima im Vergleich zum Basisjahr 2017 um -4,7 Punkte abgekühlt. (Hollhaus, 2019)

Die DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein fällt hierzu folgendes prägnantes Urteil: „Dass die Pflegefachpersonen die wichtigen Aspekte „Ansehen des Berufs“, „Versorgungsqualität“, „Zukunftsperspektiven“, „Arbeitsbedingungen“ und „Personalausstattung“ spürbar schlechter als im Vorjahr einstufen, muss als Alarmsignal gewertet werden.“ (Bienstein, 2019)

14.1 Was ist der CARE Klima-Index und wie wird er gebildet?

„Der CARE Klima-Index liefert ein valides Stimmungsbild der Pflege und bildet fundierte Tendaussagen ab. Dafür werden 2.226 Personen aus relevanten Zielgruppen befragt: professionell Pflegenden, Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, aber auch Ärzte- und Apothekerschaft, Industrie und Kostenträger sowie Verbände und Kommunen. Als Basisjahr gilt 2017, die damalige Erhebung wird als Nullmessung betrachtet. Mit den Ergebnissen von 2018 liegen damit zu allen Antworten erstmalig Indexwerte vor.

Die Befragten wurden gebeten zu folgenden 5 Themenblöcken abzustimmen:

- Qualität in der Pflege und Personalsituation
- Öffentliche Wahrnehmung und aktuelle Rahmenbedingungen
- Wirtschaftliche Situation und Finanzierung
- Versorgungslandschaft
- Innovationen“

(CARE Klima-Index, 2018)

14.2 Welches sind wichtige Erkenntnisse?

Im Westen Deutschlands ist die Stimmung frostiger als im Osten (-5,3 zu -2,9 Punkte), im Süden frostiger als im Norden (-6,8 zu -3,1 Punkte). Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen wird der Stellenwert der Pflege in allen 3 Sektoren (ambulant, stationär, Klinik) um - 10 %-Punkte geringer eingeschätzt als im Vorjahr.

(vgl. CARE Klima-Index, 2018)

„Franz Wagner vermutet als Ursache das Image des Berufes durch die schwierigen Arbeitsbedingungen: „Die schon chronisch hohe Arbeitsbelastung prägt die Stimmung der Berufsgruppe und immer mehr Menschen erfahren die Probleme hautnah.“

Pessimistisch auch der Ausblick in die Zukunft: 76 % der Befragten glauben nicht, dass der Bedarf an Pflegefachpersonen in den kommenden 10 Jahren gedeckt werden kann. 42 % der Befragten glauben, dass die Pflegeversorgung zukünftig nur teilweise sichergestellt werden kann.“ (ebd.)

Wahrgenommener Stellenwert von Pflege in der Politik sinkt ebenfalls:

„Die Pflege äußert sich - im Vergleich zu den restlichen Befragten - auf einem weiterhin negativen Spitzenniveau mit 85 % (2017: 89 %). Auch die Ärzte geben hier im Vergleich zum Vorjahr ein deutlich schlechteres Urteil ab: Waren es 2017 noch 49 %, die den Stellenwert von Pflege in der Politik als „niedriger“ erachten, so sind es in 2018 bereits 60 %.“ (ebd.)

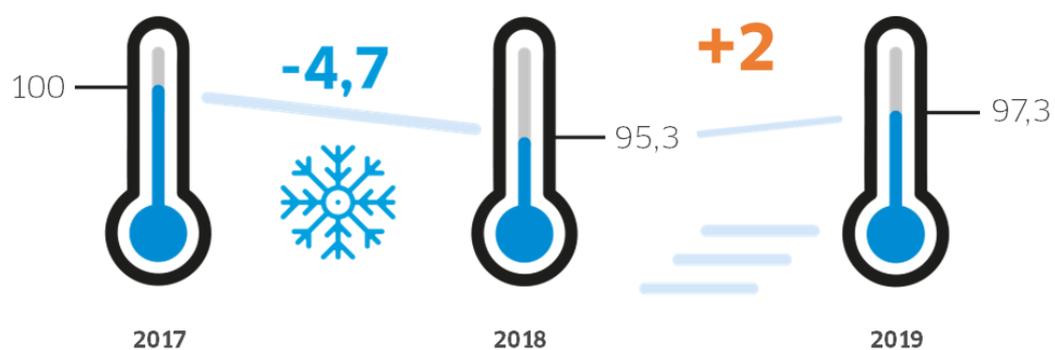
Die chronisch schlechten Indexwerte bzgl. Patientensicherheit, Personalsituation, Arbeitsbedingungen, Qualitätssicherung der Pflegeversorgung, Überleitungsmanagement zwischen akut-stationär und Langzeitversorgung sowie die hohe persönliche Einschränkungen der pflegenden Angehörigen in der häusliche Pflege, sind nach Ansicht des Autors eklatant.

14.3 Der CARE Klima-Index 2019 – Schneller Klimawandel in der Pflege?

„Die Verbesserung der Stimmung im Care Klima-Index steht für den Deutschen Pflegerat in gewissem Widerspruch zur von uns wahrgenommenen Lage der Pflege. Ohne die sehr pessimistischen Befragungsergebnisse zur wirtschaftliche Entwicklung der Branche wäre der Anstieg sogar noch größer. Insgesamt bleibt aber der Wert nach wie vor unter dem von 2017.

Besonders besorgniserregend sind die Ergebnisse des Care Klima Index bezüglich der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit. Wenn 78 % der Befragten die Sicherheit der Patienten als niedrig oder nur teilweise gewährleistet sehen, ist das eine Bankrotterklärung für das Gesundheitssystem. Ein Gesundheitssystem mit den höchsten pro-Kopf-Ausgaben in der EU. Das kann nicht unser Anspruch sein!“ (Wagner, 2019)

Abb.16 Der CARE Klima-Index 2019 - Schneller Klimawandel in der Pflege?(Psyma Group AG, 2019)



Quelle: Psyma CARE Klima-Index Deutschland, 2019

In Kooperation mit dem Veranstalter des



Der CARE Klima Index 2019 hat sich um 2 Punkte von 95,3 in 2018 auf 97,3 in 2019 verbessert. Der Abschwung scheint also zunächst eine Pause zu machen.

15 Arbeitszufriedenheit von Berufseinsteigern in den Gesundheitsberufen

Wie zufrieden sind Berufseinsteiger in den Berufsgruppen Pflege, Therapie und Diagnostik? „Ziel der vorliegenden Befragung war es, die Arbeitszufriedenheit von Berufseinsteigern in ausgewählten Gesundheitsberufen zu erfassen und determinierende Faktoren der Arbeitszufriedenheit zu identifizieren. Es wurden insgesamt 579 Absolventen aus den Berufsgruppen Pflege (P) = Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege; n=368), Therapie (T) = Physiotherapie, Logopädie; n=102) und Diagnostik (D) = Medizinisch-technische Laboratoriums Assistenz, Medizinisch-technische Radiologie Assistenz; n=109) ca. ein Jahr nach Ausbildungsabschluss zu einem Online-Survey eingeladen. Die Arbeitszufriedenheit wurde mittels des Warr-Cook-Wall (WCW) Fragebogens, bestehend aus 10 Fragen, bestimmt. Neben der deskriptiven Analyse wurde eine lineare Regression zur Bestimmung der Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit durchgeführt.“ (Ulrich et al., 2019)

15.1 Ergebnisse:

„Ausgewertet wurden die Daten von 189 Berufseinsteigern P: 121, T: 32, D: 36; männlich: 19 %; Rücklaufquote: 32,6 %. Die Gesamtzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz aller Berufseinsteiger betrug $4,9 \pm 1,6$ (MW \pm SD) und war bei den T ($5,4 \pm 1,4$) gegenüber den P ($4,7 \pm 1,6$) und den D ($5,0 \pm 1,5$) leicht erhöht. Besonders positiv wurde von allen Berufsgruppen die Zufriedenheit mit Kollegen und Mitarbeitern beurteilt.

Eine geringere Zufriedenheit fand sich über die Berufsgruppen hinweg bei der Variable „Einkommen“. Die Zufriedenheit mit dem Einkommen wurde am niedrigsten bewertet und sollte eine hohe Beachtung finden. Ferner klagten Berufseinsteiger aus der Pflege über die unattraktiven Arbeitsstunden und die daraus resultierende körperliche Belastungen. Auch mit der mangelnden Anerkennung für ihre Arbeit hadern Pflegenden häufig. Die Variable „Zufriedenheit“ mit „Kollegen und Mitarbeitern“ zeigte in der linearen Regression die höchste Assoziation mit der Gesamtzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz.“ (ebd.)

15.2 Schlussfolgerung:

Die deutliche take-home message war, dass die Studienteilnehmer besonderen Wert auf ein gutes Klima zwischen Kollegen und Mitarbeitern, abwechslungsreiche Aufgaben und Anerkennung für ihre Arbeit legen. Die Studie ordnet „die Pflege“ eindeutig in die Gesundheitsfachberufe ein. „Die einzelnen Variablen des WCW-Fragebogens deuten auf gute bis sehr gute Zufriedenheitswerte der befragten Berufseinsteiger hin. Kollegen stellen die wichtigste Quelle für die eigene Arbeitszufriedenheit dar. Vor dem Hintergrund des sich

abzeichnenden Fachkräftemangels liefern die Ergebnisse einen wichtigen Beitrag, um die Arbeitszufriedenheit zu erhalten und somit die Versorgungsqualität zu sichern.“ (ebd.)

Ein gutes Arbeitsklima, abwechslungsreiche Aufgaben und Anerkennung könnten mit einem neuen Terminus deutlich besser und zeitgemäßer transportiert werden. Der generalistische *Terminus technicus Fachtherapeut* (m/w/d) kann die drei eingangs genannten Faktoren – insbesondere die Anerkennung der Pflege – nach Ansicht des Autors steigern, sowie ein hochwertiges Bild der Pflegeberufe als eindeutigen medizinischen Gesundheitsfachberuf zeichnen und somit mehr Gehalt und Ansehen generieren.

Zum Abschluss kann mit einem eigenständigen sowie hochwertigen Begriff, der sehr hohe fachliche Kompetenz ausstrahlt, auch eine deutlich bessere Vergütung gerechtfertigt werden. Da „die Pflege“ zu den Gesundheitsfachberufen zählt, benötigen wir nicht mehr Pflegepersonal, sondern mehr *Gesundheits-Fachtherapeutinnen und Gesundheits-Fachtherapeuten* (m/w/d). Nach Ansicht des Autors können vor allem durch deutlich verbesserte Arbeitsbedingungen sowie einer besseren Vergütung, gepaart mit einem guten Namen und qualitativ hochwertigen Ausbildungsbedingungen, in der Gesamtheit ein guter Ruf entstehen, der wie ein Magnet neue qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzieht und nachhaltig rekrutiert.

16 NEXT-Studie beleuchtet Defizite in der Pflege

Das englische Akronym steht für nurses' early exit study. Das Besondere an dieser Studie ist die Größendimension. Die Ergebnisse lassen wesentliche Erkenntnisse zu, da im Rahmen eines Vergleichs zwischen zehn europäischen Ländern die Arbeitssituation von Pflegepersonal und die Ursachen für den vorzeitigen Berufsausstieg beleuchtet wurden.

In Deutschland kristallisierte sich im internationalen Vergleich eines heraus; die überdurchschnittlich hohen quantitativen Anforderungen (vgl. Klug, 2016). Darin heißt es: „Diese quantitativen Anforderungen führen zunehmend zu Burnout, steigenden Fehlzeiten und zu der vermehrten Absicht, das Berufsfeld zu verlassen. Zudem lässt sich eine Krise des Pflegemanagements in den Alten-/Pflegeheimen beobachten. Ab einer bestimmten Größe der Einrichtungen steigen dementsprechend auch die sozialen Spannungen und der psychosoziale Stress, unter anderem bedingt durch Feindseligkeit und fehlende Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten untereinander.“ (NEXT-Studie, 2005)

Fazit: Wie kann man den vorzeitigen Berufsausstieg aus der Pflege vermeiden? Durch radikale Veränderung der Rahmenbedingungen, pflegesensiblere Arbeitszeiten, mehr Wertschätzung von Vorgesetzten und Kollegen untereinander, bessere Organisation und transparenterer Informationsaustausch, eine andere Bezahlung, sowie Anerkennung des Pflegeberufs (vgl. Klug, 2016).

Vor allem eine oder mehrere professionelle Qualifikationen, die in einem positiv ausgerichteten Titel vereint sind, könnten nach der Einschätzung des Autors nachhaltig mehr Wertschätzung erzeugen, eine bessere Bezahlung fördern bzw. rechtfertigen und infolgedessen mehr Personal generieren. Mehr qualifizierte Fachkräfte wiederum, könnten die sozialen Spannungen, den psychosozialen Stress, vor allem die Feindseligkeiten innerhalb eines Teams während eines dichten und hektischen Arbeitsalltags besser begegnen. Diese Einschätzung wird allerdings durch eine Problemspirale stetig konterkariert.

16.1 Die Problemspirale der Pflege

DIE ZEIT stellte in einem Interview Herrn Professor Isfort „Das Arbeiten am Limit ist ein Dauerzustand“ vom 13.11.2017, folgende Frage: „Im Krankenhaus sinkt die Zufriedenheit der Angestellten seit Jahren und von den Altenpflegern sucht sich mehr als die Hälfte im ersten Jahr nach der Ausbildung einen neuen Beruf. Was läuft da schief?“

Antwort Isfort: „Grundsätzlich gibt es bei denen, die mit diesem Zustand nicht zurechtkommen können, zwei mögliche, gut untersuchte Reaktionsweisen. Die eine ist, sich selbst und seine Arbeit als mangelhaft zu bewerten und die eigenen Ansprüche hochzuhalten. Das kann in einem Burnout enden, weil man diese Schere kaum über ein Berufsleben durchhalten kann. Die andere Variante ist, innerlich zu verhärten, das zu machen, was man zu leisten noch imstande ist und die Ansprüche herunterzuschrauben. Hier sprechen wir von einem Cool-out, was aber nicht minder gefährlich ist. Für beide gilt: Zahlreiche Untersuchungen und Reporte der Krankenkassen weisen darauf hin, dass für viele die Dauerbelastung gesundheitsschädlich ist. Muskel- und Skeletterkrankungen kommen bei Pflegekräften häufiger vor als in anderen Berufen. In den letzten Jahren hat auch die Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen wie Depressionen und Panikstörungen erheblich zugenommen. Das alles ist letztlich Ausdruck davon, dass die Menschen in dem Beruf oft überfordert sind.“ (DIE ZEIT, Das Arbeiten am Limit ist ein Dauerzustand, 2017)

Abschließend gab Isfort noch folgendes Renommee: „Alle Studien zeigen auf, dass der Sinngehalt der Arbeit enorm hoch empfunden wird. Wenn das keine zukunftssträchtigen Berufe sind - welche dann? Die gute Versorgung alter und kranker Menschen ist darüber hinaus eine Weiterentwicklung moderner Dienstleistungsgesellschaften, die das Gemeinwohl und die Fürsorge in den Mittelpunkt rückt. Voraussetzung dafür ist, dass die Personaldecke wieder weniger dünn wird und sich die Arbeitsbedingungen verbessern.“ (ebd.)

Isfort befasst sich seit längerem wissenschaftlich mit dem Pflegepersonal-mangel. Die im Jahre 2017 abgeschlossene Intensivpflegebefragung „Permanent am Limit“, beschäftigt sich mit der Personalsituation in der Intensivpflege. „Die angespannte Personalsituation auf

Intensivstationen hat gefährliche Folgen: Regelmäßig kommt es zu Betreuungsmängeln und vermeidbaren Zwischenfällen. Intensivpflegende haben kaum Freiräume, um innezuhalten und ihr Handeln zu reflektieren. Viele sorgen sich um die Patientensicherheit. Dies sind die zentralen Ergebnisse der Intensivpflegebefragung 2017.“ (Isfort, 2017)

16.2 DRG-System heizt Problemspirale der Pflege an

Isfort beschrieb das Problem der Fallpauschalen so: „Ein wesentlicher Schritt in diese Richtung geschah 1996: Da wurde ein Gesetz außer Kraft gesetzt, das bei der Vergütung der Krankenhäuser auch das Pflegepersonal ausfinanziert berücksichtigte. 2005 kamen dann die Fallpauschalen, seitdem bekommen die Kliniken einen Betrag pro Fall gezahlt, also für eine Krankheit. Wie viel Personal sie einstellen und wie gut etwa die pflegerische Betreuung ist, spielt kaum eine Rolle mehr. Das hat dazu geführt, dass an Personal gespart wird, wo es nur geht. Es ist unverantwortlich, wenn etwa drei Pflegekräfte in einer Schicht fast 60 Patienten versorgen sollen. Im Bereich der Luftfahrt spricht man von einer Minimal-Crew, da darf man zum Beispiel ohne Co-Pilot nicht fliegen. In den Krankenhäusern gibt es solche Vorgaben nicht mehr - das kann mitunter gefährlich sein.“ (DIE ZEIT, Das Arbeiten am Limit ist ein Dauerzustand, 2017)

17 Abschlussziel: Positives Image und Alleinstellungsmerkmale

Die NEXT-Studie (2005) sowie die induktiv erworbenen Erkenntnisse von Ulrich et al. (2019) sowie die Care-Klima-Indexe verdeutlichen: Die Pflege sehnt sich nach Anerkennung. Das FTH-Fachkonzept generiert normative Anerkennung mithilfe von positiven, akademischen Berufstiteln. Die Fertigstellung dieser Facharbeit fällt bedauerlicherweise zwangsläufig und ungeplant in die unmittelbare Corona-Krisenzeit. Dass gerade mit einer Corona-Pandemie unser facettenreiches Berufsbild aller Pflegeberufe, vor allem die hochspezialisierte Arbeit auf der Intensivstation so in den Mittelpunkt katapultiert wurde, hätte sich wohl niemand erdenken können. Es verdeutlicht schonungslos und einmal mehr, die Arbeit der Pflege am Menschen, ist ein Arbeitsplatz mit physischer und psychischer Höchstbelastung. Dazu ein Kommentar von Lothar Ullrich 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF): „Nie wurde unserer täglichen Arbeit in der öffentlichen Wahrnehmung mehr Respekt gezollt und mehr Bedeutung zugemessen als in dieser Zeit. Die gesellschaftliche Relevanz unseres Berufes wird nun auch denen deutlich, die sich bisher nie mit diesen Themen auseinandersetzen mussten. Darin liegt die große Chance, nach Corona und Covid-19 die Wichtigkeit unserer systemrelevanten Berufsgruppe dauerhaft zu manifestieren – fachlich, ökonomisch und monetär.“ (Teigeler, 2020, zit. n. Lothar Ullrich)

Nun muss sich die Pflege und diejenigen die sich als solches noch nicht verstanden haben, zügig und einheitlich reflektieren. Der große Teil der Öffentlichkeit verbindet nach der Ansicht des Autors leider *nicht* mit dem Wort „Pflege“ eine systemrelevante Arbeit. Alle Hilferufe und die deutlichen Forderungen bzgl. der Personalkrise und den Arbeitsbedingungen wurden (bewusst) nicht gehört oder überhört – seit über 20 Jahren. Die allermeisten Bürger und auch viele Politiker*Innen können und konnten sich primär nicht vorstellen, dass im Rahmen des komplexen Erkrankungsbildes Covid-19, man sukzessive von einer „leichten Erkältung“ mit respiratorischen Beschwerden und Fieber uvm., in ein lebensbedrohliches ARDS rutscht und eine Bauchlage – und/oder durch das Multiorganversagen eine Dialyse- und/oder eine ECMO-Therapie – von Nöten ist. Die Pflege ist somit nicht „nur“ systemrelevant, sie ist ein facettenreicher Grundpfeiler unseres (eigentlich) sehr hochwertigen Gesundheitssystems. Sie sind nach wie vor der Schlüssel.

Dies muss nun auch im Titel deutlich und systematisch erkennbar(er) werden. Mithilfe des FTH-Fachkonzeptes war der Anspruch verbunden, die ganzheitliche Komplexität der Pflege besser und einheitlicher darzustellen. Auch hier unterstützen zwei dringliche Petitionen die Sicht des Autors, 1. „Covid-19 – Gesundheitsarbeiter*innen fordern: Menschen vor Profite.“ <https://weact.campact.de/petitions/covid-19-gesundheitsarbeiter-innen-fordern-menschen-vor-profite>. Darin titulierte eine „Kinderintensivschwester“ alle im Gesundheitswesen als „Gesundheitsarbeiter*innen“ und 2. „Corona-Krise: Gemeinsamer Aufruf von Pflegefachkräften an Jens Spahn!“ <https://www.change.org/p/jens-spahn-corona>

krise-gemeinsamer-aufruf-von-pflegefachkräften-an-jens-spahn, in der diverse Verbesserungen sofort in der Pflegebranche gefordert werden sowie eine deutliche Lohnsteigerungen für Pflegefachkräfte, die bei einem Einstiegsgehalt von 4.000 Euro liegen muss. Das durchschnittliche Bruttogehalt in Deutschland liegt 2020 auf dieser Höhe. Die physische und psychische Arbeitsbelastung und Verantwortung ist dabei überdurchschnittlich hoch. Beide Online-Petitionen wurden hunderttausendfach unterzeichnet. Diese inhaltlichen Forderungen dieser zwei Petitionen entsprechen den tiefen Überzeugungen des Autors, denn eine *unterdurchschnittliche* Bezahlung für eine *überdurchschnittliche* Arbeit/hohen Verantwortung, ist eine „Pflegepersonalverschleißmaschine“ – legitimiert, beschleunigt und ständig befeuert durch das DRG-Leistungssystem.

Durch die äußerst einseitige Ausrichtung der generalistischen Ausbildung, ist eine einheitliche Generalisierung der Pflege schlichtweg nicht möglich. Trotz des initialen harmonisierenden Charakters, generiert die jetzige deutsche Generalistik stets eine Interpretations- und Identifikationsproblematik für alle Pflegefachberufe. Dies ist vor allem auch an der Politik und der Vergabe des Corona-Bonus ersichtlich – *Nicht jede/r bekommt eben diesen (!)*. Gerade Pflegefachpersonen haben einen holistischen Fokus und Blick, auf die gesamte Komplexität der Gesundheit eines Individuums – unabhängig von Ort und Zeit. Somit muss die Pflege vollwertig zur Gesundheit hin ausgerichtet werden. Das Wort Pflege wird im holistischen, behördlichen und gesellschaftlichen Sinne allerdings nicht mit Gesundheit, sondern „nur“ mit Pflege (also nach dem Motto „satt und sauber“, betreuen, „Kissen aufschütteln“, Spazierfahrten usw.) in Verbindung gebracht. Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) sieht die Pflegeberufe als Gesundheitsberufe. Unter Punkt 6 im Geschäftsbericht 2019 wird folgendes zur öffentlichen Gesundheitspflege definiert: „Die VdPB versteht Pflegeberufe als Gesundheits- und Berufe der Gesundheitsförderung und sieht die Notwendigkeit, Präventionsziele durch Gesundheitspflege konsequent zu verfolgen sowie die Bedeutung der Pflege für die Gesundheitspflege herauszustellen“ (VdPB, 2019, S.16). Dies entspricht und unterstreicht ebenfalls die Ansicht des Autors in vollen Zügen, denn: Gesundheits(fach)therapie bedeutet Gesundheitspflege. Gerade in der Corona-Krisen Berichterstattung wurden Pflegekräfte als medizinisches Fachpersonal gesehen. Die Pflege benötigt somit ein Wort, dass eine Verbindung zwischen Medizin und Gesundheit erfolgreich herstellen kann.

Die generalistische Bezeichnung „Gesundheits-Fachtherapeut“ beschreibt bereits im Titel, welche umfassende Tätigkeiten und Qualifikationen erbracht werden. Die Eleganz des positiv und komplementär formulierten Begriffes „Fachtherapie“ liegt darin, dass alle komplexen (medizinischen) Spezialisierungen/Weiterbildungen und somit die großen Unterschiede der Kranken- und Seniorenpflege nicht mehr einfach vermengt, sondern differenziert dargestellt werden können und so das positive Image der Medizin (vgl. Eschmann & van Loo, 2018) auf alle Pflegefach- und Fachpflegeberufe adäquat übertragen werden kann.

„Pfleger(n) kann jeder? - Fachtherapie(ren) jedoch nicht!“

Der Bundesarbeitsminister a.D. Norbert Blüm wäre so nie zu der äußerst leichtfertigen und irrtümlichen Schlussfolgerung gekommen. Nur der wage Begriff „Pfleger“ verleitete ihn offensichtlich zu dieser deutlichen Unterschätzung und Unterbewertung.

„Wer sich selbst unterschätzt, wird mit Recht von anderen unterbewertet.“

(Zitat nach William Hazlitt, 1778 - 1830)

Dies muss zügig geändert werden. Der Begriff Fachtherapie könnte diese jahrzehntelange Unterbewertung und Unterschätzung grundlegend ändern und (endlich) ein positives „normatives Gussbecken“ der Profession Pflege darstellen. Hier könnten zum einen die ganzheitliche Komplexität aller Pflegefach- sowie aller Fachpflegeberufe (vgl. Faßbender, 2019, S. 35) und somit die Vielzahl der umfassenden Fort- und Weiterbildungen besser dargestellt und zum anderen die hohe Verantwortung, das steigende medizinische Arbeitsumfeld, das Arzneimitteltherapie- und Medizintechnik-Know-how, der positive Sinngehalt der Arbeit (vgl. Isfort, 2017) und ein Ausbau der Akademisierung (vgl. Ewers und Wuschke, 2019) hineingegossen sowie einheitlich verwirklicht werden.

Schlagkräftige Forderungen wie „Es muss cool sein, Pflegefachkraft zu sein“ oder „der Beruf muss attraktiver werden“ (vgl. Giffey & Spahn, 2018), hätten nach Ansicht des Autors eine reale und präzise normative Verwirklichung der Vorbehaltsaufgaben mit klaren Alleinstellungsmerkmalen gefunden. Der Gedanke der Professionalisierung wäre im Titel einheitlich zu Ende gedacht und somit akademisch sowie international anschlussfähig. Dies wiederum stellt ein stichhaltiges Argument dar und wäre so ein starker Magnet für eine deutlich höhere Vergütung.

Angehörige können in der Gesamtschau weder automatisch, noch strukturiert, noch evidenzbasiert pflegen, planen, therapieren und/oder medizinische Maßnahmen einleiten. Die wissenschaftliche Evaluation fehlt. Angehörige sind aus professioneller Sicht nicht in der Lage, alle derzeit erarbeiteten Nationale Expertenstandards in der Pflege, etwa die „Förderung der physiologischen Geburt“ oder „Schmerzmanagement bei akuten oder chronischen Schmerzen“ im Sinne des DNQP (2019), umzusetzen. Hierzu wird stets spezielles (Gesundheits-)Fachpersonal benötigt. Dies ist Sinn, Legitimation und Hauptargument für einen neuen Begriff in der Pflege: die Fachtherapie. Dieser Begriff subsumiert alle Kompetenzbereiche der Pflege und gibt vor allem einen stigmatisierungsfreien, multiprofessionellen sowie positiven Ausblick.

Sechs Jahre nach dem Start der Generalistik, also im Jahr 2026, wird reflektiert: Wie viele haben den generalistischen Abschluss gewählt? „Wie ist die Wahl der Auszubildenden nach den ersten beiden Jahren ausgefallen? Sollten sich mehr als die Hälfte

für den generalistischen Weg entschieden haben, ist angedacht, dass die speziellen Berufsabschlüsse nicht mehr angeboten werden. Dann würde in der Pflegeausbildung nur noch die Generalistik existieren. Das Pflegeberufereformgesetz muss allerdings zunächst grundsätzlich wieder aufgerollt werden und durchläuft somit wieder ein Gesetzgebungsverfahren“ (Schäfer, 2017). Dann wird der Bundestag erneut entscheiden: Bleiben die Abschlüsse Altenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weiter bestehen? (vgl. BibliomedPflege, 2017). Somit sollte nach Ansicht des Autors ab dem Jahr 2020 eine fundierte Diskussion über die Generalistik und über generalistische Berufsbezeichnungen erfolgen.

Alexander Jorde, der junge Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege, der 2017 eindrucksvoll Frau Bundeskanzlerin Angela Merkel in der Wahlarena deutlich auf die Missstände in der Pflege hingewiesen hatte, hat ein Buch mit dem Titel „*Kranke Pflege*“ verfasst. Es beschreibt den bekannt schlechten Zustand der Pflege. Dies möchte der Autor nutzen um eine Metapher zu erstellen. Die Gesellschaft benötigt keine „kranke Pflege“, sondern „gesunde Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten“. Eine geeint auftretende und starke Gesundheits-Fachtherapie wäre allemal besser als eine „kranke“ Gesundheits- und Krankenpflege. Somit kann dieses letzte Kapitel bzw. der letzte Absatz im Sinne der zukünftigen Kolleginnen und Kollegen der Gesundheits-Fachtherapie mithilfe zweier prägender Zitate großer Persönlichkeiten abschließen:

**„Die reinste Form des Wahnsinns ist es,
alles beim Alten zu belassen und gleichzeitig zu hoffen,
dass sich etwas ändert.“**

(Zitat nach Albert Einstein)

**„Arbeiten Sie für eine Sache, weil Sie von ihr überzeugt sind,
nicht nur, weil sie Aussicht auf Erfolg hat.“**

(Zitat nach Vaclav Havel)

Literatur

Certified Nursing Education (2020): *CNE-Umfrage: Ist für Sie die Grundpflege der Kern der professionellen Pflege?* In CNE.magazin Certified Nursing Education 2/2020; 5

Eßrich, M. , Wegmann, R. (2019) *Internationale Pflegekräfte in deutschen Kliniken*. In intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 2019; 27(05): 245 - 249

Ewers, M. (2019): *PinaL-Studie: Pflege in anderen Ländern, vom Ausland lernen?* 1.Auflage, Berlin: Medhochzwei

Faßbender, G. (2019) *Intensivpflege ist mehr als die Pflege auf der Intensivstation*. In intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 2019; 27(01): 26 - 39

Fleischmann, N. (2009) *Pflege als Profession?* In intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 2009; 17(04): 168 - 176

Friesacher, H. (2019) *Arbeit, die Würde schafft. Ein Plädoyer für die Wertschätzung der Körperpflege*. In CNE.magazin Certified Nursing Education 5/2019; 6 - 8

Führer, M. (2013) *Pflege und Physiotherapie*. In: Griese M, Nicolai T, Hrsg. *Praktische Pneumologie in der Pädiatrie - Therapie*. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme

Heeser, A. (2020): *Paradigmenwechsel in der Pflege*. In CNE.magazin Certified Nursing Education 3.20, 20-21,

Hein, B. (2019): *Krankenpflegehilfe Altenpflegehilfe, Lehrbuch für die Pflegeassistenz*, 4.Auflage, Brandenburg: Urban & Fischer Verlag, Elsevier GmbH

Höberg, A. , Karstens, S. , Goetz, K. , Mahler, C. & Ulrich, G. et al. (2019) *Die Arbeitszufriedenheit von Berufseinsteigern in den Gesundheitsberufen*, in Gesundheitswesen 2019; 81(02): 99-105

Köhler, D. (2019): *Explosive Zunahme der häuslichen Krankenpflege bei Beatmeten und Tracheotomierten*. Pneumologie 2019; 73(03): 181 - 184

Krause, T. , Loerbroks, T. (2008) *Prähospitalphase*. In: Wappler F, Spilker G, Hrsg. *Verbrennungsmedizin*, 1. Auflage. Stuttgart: Thieme

- Larsen, R. (2012): *Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege, 8., vollständig überarbeitete Auflage*, Berlin: Springer-Verlag
- Pfadenhauer, M. (2003): *Professionen. Der Professionskriterienansatz - Reduktion auf die Wissensbasis von Professionen*, S. 238. Springer Fachmedien, Wiesbaden
- Schäfer, C. (2017) *Die Pflege stärken*. In *Dialyse Aktuell* 2017; 21(04): 159 - 159, Stuttgart: Thieme
- Scheel, Y.D. , Beister, B. , Mann, M. , Eggerer, A. , Wortha-Hoyer, J. & Pottkämper, K. (2018): *Intensivpflege studieren?* In *intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie* - 2018; 26(04): 189-192
- Vogler, C. (2019): „*Die generalistische Grundausbildung qualifiziert grundsätzlich für alle Bereiche pflegerischer Arbeit*“. Pressemitteilung des Deutschen Pflegerats (DPR) vom 14. Oktober 2019, Nr. 26/2019, Berlin
- Wuschke, J. (2019): *Akademisierung - auch in der Anästhesiepflege*, In *intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie* 2019; 27: 40 - 44

Videolink

- [1] Tilo Jung (2018): Reform der Pflege mit Jens Spahn (CDU), Hubertus Heil & Franziska Giffey (SPD) - BPK 3. Juli 2018. YouTube. 30.07.2018. Web. Zugriff am 31.07.2019 um 14:46, in: <https://youtu.be/AVoFD6r0Gbc>
Minister Spahn, Minute 02:59: Zitat: „ (...) Pflegeberuf insgesamt attraktiver machen.“
Ministerin Giffey, Minute 10:58: Zitat: „ (...) Es muss cool werden, Pflegefachkraft zu sein.“

Internetlinks

- Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (1995): *Medizinproduktegesetz (MPG)*. Zugriff am 17.07.2019, <https://www.gesetze-im-internet.de/mpg/>
- DIE ZEIT (1998): „Alte Menschen pflegen kann jeder, meint zumindest Norbert Blüm“ DIE ZEIT, Heft 22/1998, Ressort Wissen. Zugriff am 08.06.2019, <https://www.zeit.de/1998/22/24101>

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (2000): Infektionsschutzgesetz (IfSG). Zugriff am 30.11.2019, https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_1.html

Lay, R. (2003): Ist "Schwester" noch die richtige Anrede? In: Pflege Aktuell, S. 278-280. Zugriff am 23.07.2019, <http://www.pflegesoft.de/forum/index.php?action=dlattach;topic=86.0;attach=2654>

Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union (2005). Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Kapitel 5.2.3., L 255/112, S. 91. Zugriff am 27.11.2019, <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:DE:PDF>

NEXT-Studie, nurses' early exit study (2005). Zugriff am 18.07.2019, <http://dzd.blog.uni-wh.de/index.html%3Fp=11876.html>

Boroditsky, L. (2012): Wie die Sprache das Denken formt. Onlinepublikation In Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH. Zugriff am 18.01.2020, <https://www.spektrum.de/news/wie-die-sprache-das-denken-formt/1145804>

International Council of Nurses (2012): Der ICN-Ethikkodex für Pflegende. Zugriff am 30.05.2019, https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterführende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf

Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin und Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2015): S3-Leitlinie Delirmanagement. Zugriff am 05.06.2019, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012l_S3_Analgesie_Sedierung_Delirmanagement_Intensivmedizin_2015-08_01.pdf

Smajic, E. (2015): Stellungnahme zur GuKG-Novelle am 03.09.2015 an das Bundesgesundheitsministerium sowie des Präsidiums des Nationalrates der Republik Österreich. Zugriff am 30.07.2019, https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_04667/imfname_463522.pdf

Brüggehofer, B., Opper, S. (2017): Pflege kann nicht jeder: Woran gute Versorgung wirklich scheitert. Zugriff am 01.06.2019, <https://www.pflegebetten-24.de/ratgeber/pflege-kann-nicht-jeder-woran-gute-versorgung-wirklich-scheitert>

Deutscher Bundestag (2017): Reform der Pflegeberufe. Zugriff am 05.06.2019, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2017/kw25-de-pflegeberufe-509760>

DIE ZEIT (2017): ZEIT-Artikel Das Arbeiten am Limit ist ein Dauerzustand. Zugriff am 06.06.2019, https://www.zeit.de/arbeit/2017-10/arbeitsbedingungen-krankenhaus-pflege-aerzte-gesundheitswesen?wt_zmc=sm.ext.zonaudev.mail.ref.zeitde.share.link.x

Europäischer Rat und Rat der Europäischen Union (2017): Modernisierung der EU-Vorschriften für Medizinprodukte. Zugriff am 26.06.2019, <https://www.consilium.europa.eu/de/policies/new-rules-medical-in-vitro-diagnostic-devices/>

Isfort, M. (2017): Permanent am Limit. Zugriff am 18.10.2019, https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/artikel/PI_04_2017_Isfort_Permanent_am_Limit_22-27.pdf

Jahn, C. (2017): Ein Wort macht den Unterschied. Zugriff am 05.06.2019, <https://pflagedienst-nightingale.de/wp-content/uploads/2017/08/Ein-Wort-macht-den-Unterschied.pdf>

mein-papa-sagt.de (2017): Zitat nach William Hazlitt. Zugriff am 15.12.2019, <https://meinpapasagt.de/wer-sich-selbst-unterschaetzt-wird-mit-recht-von-anderen-unterbewertet/>

Pschyrembel (2017): Definition Sprache. Zugriff am 18.01.2020, <https://www.pschyrembel.de/semantik/KOLDR/doc/>

bibliomed-pflege.de (2018): Generalistik: Die 5 wichtigsten Änderungen. Zugriff am 15.07.2019, <https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/32570-generalistik-die-5-wichtigsten-aenderungen/>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2018): Agnes Karll und ihre Ziele - aktueller denn je. Zugriff am 01.10.2020, <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2018/8964626379.php>

Dowideit, A. (2018): WELT-Leitartikel Pflege wird niemals cool. Zugriff am 05.06.2019, https://www.welt.de/print/welt_kompakt/debatte/article178776988/Leitartikel-Pflege-wird-niemals-cool.html

Eschmann, S. , van Loo, M. (2018): Die Realität ist besser als ihr Ruf. Zugriff am 15.06.2019, <https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften/fw/heftarchiv/ausgabe/artikel/fw-6-2018-pflegenotstand/35471-die-realitaet-ist-besser-als-ihr-ruf/>

Pschyrembel (2018): Definition Semantik. Zugriff am 27.09.2020, <https://www.pschyrembel.de/semantik/P02FL/doc/>

Statista GmbH (2018): Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Burn-out-Erkrankungen im Jahr 2018. Zugriff am 15.12.2019, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/239672/umfrage/berufsgruppen-mit-den-meisten-fehltagen-durch-burn-out-erkrankungen/>

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (2019): Die Pflegeberufe der Zukunft. Zugriff am 31.07.2019, [https://www.kreis-wesel.de/C1257D23004C5410/files/die_pflegeberufe_der_zukunft.pdf/\\$file/die_pflegeberufe_der_zukunft.pdf?OpenElement](https://www.kreis-wesel.de/C1257D23004C5410/files/die_pflegeberufe_der_zukunft.pdf/$file/die_pflegeberufe_der_zukunft.pdf?OpenElement)

Bund-Länder-Koordinierungsstelle (2019): Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR). Zugriff am 16.12.2019, https://www.dqr.de/media/content/2019_DQR_Liste_der_zugeordneten_Qualifikationen_01082019.pdf

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2019): Care Klima Index: Kein Optimismus in der Pflege!. Zugriff am 21.01.2020, <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2019/care-klima.php>

Deutscher Bundestag (2019): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (HebRefG). Zugriff am 15.06.2019, <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/106/1910612.pdf>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019): Expertenstandards und Auditinstrumente. Zugriff am 27.07.2019, <https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

Deutscher Pflegerat (2019): Mitgliedsverbände. Zugriff am 15.12.2019, <https://deutscher-pflegerat.de/verband/mitgliedsverbaende.php>

Deutscher Pflergetag (2019): Der CARE Klima-Index 2019 - Deutet sich ein Klimawandel in der Pflege an? Zugriff am 21.01.2020, <https://www.deutscher-pflegetag.de/ueber-uns/care-klima-index-2019.html>

Duden (2019): Definition Akademie. Zugriff am 15.06.2019, <https://www.duden.de/rechtschreibung/Akademie>

Duden (2019): Definition Euphemismus. Zugriff am 30.11.2019 <https://www.duden.de/sprachwissen/sprachratgeber/Euphemismus>

Duden (2019): Definition Modul. Zugriff am 15.06.2019, https://www.duden.de/rechtschreibung/Modul_Element_Lehreinheit

Europäische Kommission (2019): Zitat nach Vaclav Havel in EU-Nachrichten vom 27.11.2019. Zugriff am 15.12.2019, https://ec.europa.eu/germany/news/20191127-eu-parlament-bestaetigt-von-der-leyen-kommission_de

[ehea.info](http://www.ehea.info) (2019) Der Europäische Hochschulraum, European Higher Education Area (EHEA). Zugriff am 16.12.2019, http://www.ehea.info/page-full_members

Kultusminister Konferenz (2019): Europäischer Qualifikationsrahmen und Deutscher Qualifikationsrahmen. Zugriff am 16.12.2019, <https://www.kmk.org/themen/internationales/eqr-dqr.html>

[mein-wahres-ich.de](http://www.mein-wahres-ich.de) (2019): Zitat nach Albert Einstein. Zugriff am 15.12.2019, <https://www.mein-wahres-ich.de/sprueche/aufmunternde-sprueche/1416>

Pschyrembel (2019): Definition Therapie. Zugriff am 17.07.2019, <https://www.pschyrembel.de/Therapie/KOMEH>

Psyma Group AG (2019) Der Psyma CARE Klima-Index 2018. Publikation nach Stephanie Hollaus, Projektverantwortliche des CARE Klima-Index Deutschland. Zugriff am 21.01.2020 <https://newsroom.psyma.com/de/themen/pflegemarktforschung/psyma-care-klima-index-2018/>

Punkt & Komma (2019): Definition Semantik. Zugriff am 18.01.2020, <https://punkt-und-komma.net/lektorat/semantik-definition>

Schoch, V.E. , Köper, M.T. (2019): Pflegekräftemangel in deutschen Kliniken. Zugriff am 05.01.2020, https://blog.kohlhammer.de/wp-content/uploads/2019-10_Thema-Schoch.pdf

Vereinigung der Pflegenden in Bayern - Körperschaft des öffentlichen Rechts (2019). Zugriff am 28.03.2020, <https://www.vdgb-bayern.de/wp-content/uploads/2019/04/geschaeftsbericht-des-gruendungsausschusses-vdgb.pdf>

Wikipedia (2019): Definition Semantik. Zugriff am 30.11.2019, <https://de.m.wikipedia.org/wiki/Semantik>

Zentrum für Qualität in der Pflege (2019): Schülerbefragung Pflege: Eigene Erfahrungen und Interesse an Pflegeberufen. Zugriff am 30.06.2020, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_SchülerPflege.pdf

Deike, P.D. , Böhler, F. , Ohlerth, E. , Jogerst-Ratzka, M. , Langer, J. , Falckner, Y. (2020): Petition an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, „Corona-Krise: Gemeinsamer Aufruf von Pflegefachkräften an Jens Spahn!“. Zugriff am 11.04.2020, <https://www.change.org/p/jens-spahn-corona-krise-gemeinsamer-aufruf-von-pflegefachkräften-an-jens-spahn>

Hedemann, U. (2020): Petition an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, „Covid-19- Gesundheitsarbeiter*innen fordern: Menschen vor Profite!“. Zugriff am 11.04.2020, <https://weact.campact.de/petitions/covid-19-gesundheitsarbeiter-innen-fordern-menschen-vor-profite>

Teigeler, B. (2020): Intensivpflege und Corona "Noch ist die Spitze nicht erreicht". Zugriff am 07.04.2020, <https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/artikeldetailseite-ohne-heftzuweisung/40232-noch-ist-die-spitze-nicht-erreicht/>

Links zu allen Fort- und Weiterbildungen

Ewers, M. (2001): Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) „Klinische Pflegeexperten: das Beispiel der Infusionstherapie Einführung und Bibliographie“. Zugriff am 27.09.2020, <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-112.pdf>

Röttger, J. (2003): Besonderheiten der Intensivpflege in einer Überdruckkammer. Zugriff am 15.11.2019. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2003-41245>

Deutsche Gesellschaft für Kardiotechnik (2009): Berufsfeld Kardiotechnik. Zugriff am 21.01.2020, <http://www.dgfk.de/berufsfeld/berufsfeld.php>

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (2015): Curriculum für die Weiterbildung zum Atmungstherapeuten der DGP. Zugriff am 21.01.2020, https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/Curriculum_Weiterbildung_Atmungstherapeut.pdf

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2015): Aufführung aller etablierten Fachweiterbildungen der DKG: Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Notfallpflege, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Zugriff am 27.07.2019, <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegeberufen/>

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (2016): Ausschuss Praxis und Fortbildung Ernährungsmedizin. Zugriff am 26.09.2020, <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Curriculum-Pflegeexperte-Ernährungsmanagement-Endversion.pdf>

Bundesverband Geriatrie (2019): Der ZERCUR GERIATRIE®-Basislehrgang. Zugriff am 30.12.2019 <https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/basislehrgang.html>

Deutsche Diabetes Gesellschaft (2019): Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG. Zugriff am 27.07.2019, <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/diabetes-pflegefachkraft>

Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V. sowie Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V. (2019): Notfallkongress Magdeburg und 3. Pflegesymposium für den 24.04. und 25.04.2020. Zugriff am 28.11.2019, <https://www.notfallkongress-magdeburg.de>

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2019): Fortbildung zum „Pflegeexperten Neurologie“: Pflegefachkräfte für die Neurologie begeistern. Zugriff am 27.07.2019, <https://www.dgn.org/-fortbildung-zum-pflegeexperten-neurologie>

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (2019): Zugriff am 20.12.2019, <https://www.dgschmerzmedizin.de/dgs-campus/medizinisches-fachpersonal/curriculum-algesiologische-fachassistenz/>

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): ATCN. Zugriff am 16.06.2019, <http://www.dgu-online.de/bildung/pflegende/atcn.html>

Deutsche ILCO e.V. - Region NiederRhein -WestMünsterland (2019): Stomatherapeut. Zugriff am 05.08.2019, <https://www.ilco-niederrhein.de/index.php/Stomatherapeuten.html>

[score-personal.de](http://www.score-personal.de) (2019): Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft. Zugriff am 06.08.2019, <http://www.score-personal.de/weiterbildung-gerontopsychiatrische-fachkraft/>

[score-personal.de](http://www.score-personal.de) (2019): Weiterbildung zur Fachkraft Palliative Pflege. Zugriff am 21.01.2020, <http://www.score-personal.de/weiterbildung-fachkraft-palliative-pflege/>

Sektion Assistenz- und Pflegepersonal in der Kardiologie (S1) Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2019): Fortbildungen ärztliches und nicht-ärztliches Assistenzpersonal in EP und HK-Labor. Zugriff am 06.08.2019, <https://assistenzpersonal.dgk.org/category/weiterbildung/>

Studienzentrum (2019): Weiterbildung Hygienefachkraft. Zugriff am 29.07.2019, <https://www.stzgd.de/weiterbildung/hygienefachkraft-weiterbildung/>

Orion-Pharma (2019): Der ruhige, kooperative Patient und das erfolgreiche Management von Schmerz, Agitation und Delir. Zugriff am 31.07.2019, <https://www.dexdor.de>

TÜV-Reinland (2019): Fachtherapeut Wunde® (ICW) Erweiterung der handlungsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Wundversorgung. Für Wundexperten. Zugriff am 31.07.2019, <https://akademie.tuv.com/page/gesundheit/wundmanagement>

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA (2020): Pflege in der Onkologie. Zugriff am 02.07.2020, <https://www.pflege-onkologie.de>

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2020): Weiterbildung zur Pflegeexpertin/zum Pflegeexperten (Chest Pain Unit). Zugriff am 01.06.2020, <https://cpu.dgk.org/akademie/weiterbildung-pflegepersonal/>

Klinik für Neurologie RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt (2020): Spezielle Pflege auf Stroke Units - Stroke-Unit-Kurs (Teil 5): Qualifikationslehrgang 2020/21. Zugriff am 01.06.2020, <https://www.campus-nes.de/pflegekraefte/spezielle-pflege-auf-stroke-units-kurs-teil-5-qualifikationslehrgang>

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen:

Abb.1	Kompetenzstufen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Spr.....	19
Abb.2	Diverse Faktoren beeinflussen ein Delir.....	30
Abb.3	Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben.....	53
Abb.4	Gesundheits-Fachtherapie = fließend & mehrdimensional Grund- und Behandl.....	58
Abb.5	Vergleich zwischen sekundären und tertiären Ausbildungsweg.....	67
Abb.6	Übersicht DQR-Einordnung der Pflegeausbildungen aktuell und zukünftig.....	70
Abb.7	Der Europäische Hochschulraum, European Higher Education Area, (EHEA).....	72
Abb.8	Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Österreich nach Berufsgr.....	81
Abb.9	Anzahl des Pflegepersonals in Krankenhäusern in der Schweiz von 2011 bis.....	81
Abb.10	Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften in D. bis.....	82
Abb.11	Entwicklung von Patientenzahl und Verweildauer von 1991 - 2017.....	83
Abb.12	Entwicklung der Krankenhaus-Kennzahlen von 1991 - 2017.....	83
Abb.13	Ambulante Pflegeeinrichtungen in Deutschland.....	84
Abb.14	Beschäftigungsvolumen qualifizierte Pflege in NRW in amb. PD/teil-vollstaatl.....	85
Abb.15	CARE-Klima-Index, Stimmung der Pflege von 2017 - 2018.....	88
Abb.16	Der CARE Klima-Index 2019 - Schneller Klimawandel in der Pflege?.....	90

Tabellen:

6.1	Tabelle duales Grundstudium GTH / ETH / OP-FTH / AN-FTH / ITS-FTH.....	34
6.2	Tabelle einheitliche Umbenennung der Bereiche Pflege-Schulbildung, Direktion/Leitung sowie Planung.....	35
6.3	Tabelle duales Fachstudium FTH.....	36
6.6	Tabelle Pflege-Fachassistenz PFA ersetzt KPH/APH.....	52
7.1	Tabelle Elemente des Kodex #3: Pflegende und die Profession.....	54

Danksagung

In tiefer Verbundenheit möchte ich diese Facharbeit der Berufsfachschule für Krankenpflege Bad Reichenhall der Kliniken Südostbayern AG widmen, da ich dort eine sehr bereichernde, fundierte und oft über den Tellerrand blickende Ausbildung absolvieren durfte. Die stellvertretende Schulleitung im Lehrerkollegium, Frau Andrea Webersberger, die gleichzeitig unseren Kurs 2008/2011 nicht nur geleitet sondern qualitativ sehr geprägt hatte, ist besonders hervorzuheben. Die Interdisziplinäre Intensivstation Bad Reichenhall prägte ebenfalls entscheidend mein jetziges über zehnjähriges intensivmedizinisches/therapeutisches Berufsverständnis unter dem Mantra einer sehr respektvollen und menschenwürdigen Pflege.

Den Kliniken des Berchtesgadener Landes gebührt ebenfalls mein größter Dank, insbesondere den Standorten Berchtesgaden und Bad Reichenhall, den Intensivstationen, der Anästhesie und unzähligen Kolleginnen und Kollegen der Normalstationen, für die sehr hochwertige sowie wertschätzende praktische Ausbildung.

Aufgrund meiner Tätigkeit an der Klinik für Anästhesiologie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, konnte ich durch die Implementierung der damaligen OTA/ATA-Ausbildung eine gewisse Neuausrichtung der „OP-Schwester“ bzw. der „Anästhesie-Schwester“ hautnah miterleben. Ich entdeckte und begriff, man kann „die Pflege“ auch anders, positiv und äußerst hochwertig benennen. Die Bewerbungszahlen der OTA/ATA-Schulen waren nach Erzählungen viermal höher (!) als die der normalen dreijährigen Grundausbildung und somit meine Motivation dies auf die Pflege zu übertragen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit nicht schon an anderer Stelle als Qualifikationsarbeit eingereicht habe und dass ich sie selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe und ohne Benutzung anderer, als der angegebenen Hilfsmittel, angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichung oder aus anderweitigen fremden Äußerungen entnommen wurden, habe ich als solche einzeln kenntlich gemacht. Die Versicherung bezieht sich auch auf in der Arbeit gelieferte Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen und der gleichen.

Bischofswiesen, den 26.12.2020



Richard Stelzer