

Geleitwort I

Karl-Heinz Sahmel

Ein Buch, in dem die Autorinnen und Autoren die Perspektive wechseln, muss gleich zu Beginn gelobt werden. Hier wird der Fokus auf die Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten von Pflege gelegt. Wer sind sie, wie werden sie versorgt, wo gibt es Defizite – Fragen, die dringend nach ausführlicher Analyse beantwortet werden müssen. Und eigentlich müssten in einem Geleitwort die Schwerpunkte noch einmal hervorgehoben werden. Aber da spricht die Qualität der kommenden Ausführungen für sich.

Stattdessen fühlte ich mich aufgefordert, noch einmal die Perspektive zu wechseln und einige zentrale Kategorien, die im Zentrum des Buches stehen, noch einmal hervorzuheben und zu akzentuieren. Wenn ich die Begriffe »Gesellschaft«, »Handeln«, »Professionalität« und »Kompetenzen« hier heraustreffe, dann um sie in den Kontext einer Kritischen Pflegewissenschaft zu rücken.

Claudia Bischoff hat in ihrer vor über 30 Jahren erschienenen Arbeit über Frauen in der Krankenpflege die Forderung nach »Kritischen Theorien der Pflege« prägnant herausgestellt:

»In einem solchen Ansatz werden die gesellschaftlichen und historischen Bedingungen sowie die Herrschaftsverhältnisse, unter denen Pflege ausgeübt wird, mitreflektiert und ziehen Konsequenzen auf der Handlungsebene nach sich. Eine kritische Theorie hat immer auch ein emanzipatorisches Interesse, denn sie strebt die Aufklärung der Praxis über sich selbst an. Sie ist aber keine Praxistheorie in dem Sinn, dass sie zu einer Rechtfertigungslehre der bestehenden Praxis wird. Es müssen vielmehr eine wünschenswerte Praxis entworfen sowie die Ziele und

Mittel formuliert werden, wie diese Praxis zu erreichen ist. Als Zielvorstellung würde eine kritische Theorie Mündigkeit und Emanzipation nicht nur für die einzelne Pflegefachkraft oder den einzelnen Patienten fordern, sondern für den gesamten Beruf. Kritische Theorien bedingen immer auch Parteinahme und Wertung. Das bedeutet für die Theorien der Pflege, dass sie nicht abgehoben und objektiv entwickelt werden sollten, sondern mit dem Ziel, eine bessere Praxis zu schaffen, die nach parteilichen und emanzipatorischen Maßstäben kritischer Vernünftigkeit gestaltet wird.« (Bischoff 1994, S. 218 f.).

Die Forderung nach Einordnung von Forschungen in kritische Theorie(n) der *Gesellschaft* ist vielfach aufgegriffen worden (u. a. Sahmel 2015) und vor allem von Friesacher in seiner fundierten Arbeit »Theorie und Praxis pflegerischen Handelns« (2008) systematisch elaboriert worden.

Auf dem Höhepunkt der Aufklärung fasst Immanuel Kant die Problematik des rechten Handelns des Individuums in einem kategorischen Imperativ: »Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte« (Kant 1788/1968, Bd. 5, S. 30, Jaspers 2007, Bd. 2, S. 99 ff.). Kant unterstellt damit, der Mensch könne sein Handeln stets nach seinem Verstand ausrichten. Die vielfältigen Anstrengungen, der praktischen Vernunft zur Geltung zu verhelfen, stoßen aber sogleich auf grundlegende Probleme: Unser Handeln wird nicht von unserem Denken allein gelenkt, sondern stößt auf ein gesellschaftliches Umfeld, das uns (zentral) prägt.

Karl Marx hat dann in der Mitte des 19. Jahrhunderts nachgezeichnet, wie sehr das individuelle Handeln vom gesellschaftlichen

Ganzen und der sie treibenden Ökonomie eingegrenzt wird. Max Weber hat diese Gedanken – von Freiheit und Gebundenheit – fortgeführt und den Begriff des »sozialen Handelns« ins Zentrum der neuzeitlichen Sozialwissenschaft gerückt. Der handelnde Mensch ist frei *und* eingebunden in ein »Gehäuse der Hörigkeit«. Kultur, Gesellschaft und Ökonomie entwickeln sich nicht einheitlich, sondern beschränken die Möglichkeiten des sozialen Handelns immer wieder aufs Neue. Max Horkheimer und Theodor W. Adorno haben die Möglichkeiten der Freiheit des Individuums angesichts der Übermacht des gesellschaftlichen Ganzen sehr pessimistisch eingeschätzt, ebenso wie Michel Foucault.

Eine eher vermittelnde Position hat Jürgen Habermas in seiner »Theorie des kommunikativen Handelns« (1981) eingenommen, in dem er systematisch die Ambivalenz neuzeitlicher Rationalität rekonstruiert hat. Gesellschaftliches Handeln ist gekennzeichnet durch ständige Dichotomien. Auf der einen Seite steht – vor allem in Technik und Wissenschaft – die Zweckrationalität, das instrumentelle Handeln. Auf der anderen Seite gibt es – in der modernen Kultur und Kunst – auf Befreiung ausgerichtete Denk- und Lebensformen, denen Habermas die kommunikative Rationalität zuordnet. Gesellschaftstheoretisch explizieren Talcott Parsons und Niklas Luhmann die instrumentelle Rationalität als eingebunden in komplexe Systeme, die vor allem durch Geld und Macht dominiert werden. Dem gegenüber haben Edmund Husserl und George Herbert Mead Formen der Lebenswelt herausgestellt, die auf Verständigung ausgerichtet sind. Eine zunehmende Verrechtlichung, Bürokratisierung und Monetarisierung der Lebenswelt wird von Habermas als drohende »Kolonialisierung der Lebenswelt« kritisiert (Habermas 1981, Bd.2, S. 293, Sahmel 1988, S. 187 ff.).

Während etliche Denke der Postmoderne diese Prozesse eher zynisch beschreiben und hinnehmen (Zorn 2022), lässt sich im Anschluss an Habermas sehr wohl an den Inten-

tionen der Aufklärung festhalten. Trotz oder gegen die »neue Unübersichtlichkeit« (Habermas 1985) gilt es, die Ambivalenz zentraler sozialwissenschaftlicher Begriffe herauszustellen *und* an der Freiheit des Individuums innerhalb des gesellschaftlichen Apparats festzuhalten. Dies möchte ich kurz an drei zentralen Begriffen, die in diesem Buch im pflegerischen Kontext thematisiert werden, verdeutlichen.

Handeln:

Hartmut Remmers hat in seiner Habilitationsschrift (2000) pflegerisches Handeln in den Kontext von System und Lebenswelt gestellt und systematisch herausgearbeitet, dass das naturwissenschaftlich fundierte und gesellschaftlich akzeptierte medizinische System mit Zweckrationalität, Herrschaft und Ökonomie zusammenkommt. Demgegenüber begann in Deutschland erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts in Auseinandersetzung mit amerikanischen Pflegetheorien ein Diskurs über emanzipatorisch ausgerichtetes pflegerisches Handeln. In den sich abzeichnenden (sozial-)wissenschaftlichen Erkenntnissen wird die Eigenständigkeit pflegerischen Wissens und Handelns zunehmend sichtbar. Kritische Theorien der Pflege stehen aber erst in den Anfängen (Friesacher 2018).

Nun darf man nicht pflegerisches Handeln als *gegen* medizinisches Handeln gerichtet sehen. Innerhalb des Gesundheitssystems sind beide Bereiche ausgerichtet auf eine möglichst optimale Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten. Allerdings spielen eben Bürokratisierung und Ökonomisierung in den Bereich massiv hinein und beschränken die Handlungsmöglichkeiten. Wenn der Kern pflegerischen Handelns gemäß Vorbehaltsaufgaben des Berufsgesetzes die Erhebung der Bedarfe, die Planung der Prozesse und die Evaluation von Pflege sein soll, so bedarf es einer kritischen Erörterung, welche Rahmenbedingungen hier die Autonomie des Handelns einschränken – und wie diese verändert werden können.

Professionalität:

Pflegerisches Handeln steht in einem Spannungsfeld von eigenen Ansprüchen und gesellschaftlichen Erwartungen. Dies wird insbesondere am Leitbegriff der *Professionalisierung* deutlich.

Ein erstes einheitsstiftendes Band im Prozess der Selbstverständigung der Pflege schien zunächst die Konzeption der »Patientenorientierung« zu werden (Taubert 1994); allerdings drohte es schon bald zu einer Ideologie zu verkümmern. Sodann rückte der Begriff »Professionalisierung« in den Vordergrund (Krampe 2009). Bezuglich der Zielsetzung gibt es innerhalb der Gruppe sicherlich bis heute einen Konsens, die Wege dorthin sind allerdings umstritten. Dies lässt sich insbesondere bezüglich der für andere Professionen unablässigen Forderung nach Akademisierung beobachten, die in der Pflege in Deutschland immer noch in den Kinderschuhen steckt. Ganz im Sinne traditioneller Professionalisierungstheorien gibt es Bestrebungen, ange-sichts von deutlichen Prozessen des Zurückdrängens aus Leitungsfunktionen und Verantwortlichkeiten insbesondere im Krankenhausbereich der Pflege mehr Macht zu geben.

Neben diesem strategischen Verständnis rückt in Anlehnung an Überlegungen von Ulrich Oevermann ein inhaltliches Verständnis von professionellem Handeln in den Vordergrund. Allerdings gibt es in dieser Programmatik immer noch deutliche Widersprüche zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Erst sehr allmählich wandelt sich das Selbstverständnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege vom Liebesdienst zur Dienstleistung – ein Prozess, der noch nicht abgeschlossen und durch Überschneidungen gekennzeichnet ist. Das caritative Berufsverständnis wurde bzw. wird zunehmend durch ein Professionsverständnis von Experten ersetzt. Daneben bleibt es eine ständige Aufgabe, kritisch zu reflektieren, inwieweit ein »Arbeitsbündnis« zwischen Pflegekraft und Klientin und Klient möglich ist, in dem wissenschaftliche Erkenntnisse

und hermeneutisches Fallverstehen auf die konkrete Situation abgestimmt werden können. Diese Idealvorstellung professionalen Handelns muss innerhalb der anderen Systemkomponenten ausgehandelt werden, sie bedarf Zeit und einer gewissen Autonomie, beides Faktoren, die zunehmend eingegrenzt werden. Das wiederum ist sehr wohl eine Frage von Macht.

Kompetenzen:

Die Entwicklung von Handeln wird nun zunehmend an Kompetenzen geknüpft. Nicht nur in pädagogischen Zusammenhängen ist der Begriff »Kompetenz« fast zu einem Universalbegriff geworden (Sahmel 2023). Ausgangspunkt für das Konzept der Kompetenz war und ist das Subjekt. Allerdings sollte der Begriff auch ideologiekritisch hinterfragt werden.

Die Veränderungen der Arbeitsverhältnisse in einer globalisierten Welt machen verstärkt einen »flexiblen Menschen« (Sennett) notwendig und der Begriff »Kompetenz« steht für größere Eigenständigkeit, Autonomie und Handlungsfähigkeit, ist aber zugleich auch mit Steigerung der Produktivität und Leistungsbereitschaft verknüpft (Vonken 2005, S. 87). Flexible, sich selbst organisierende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden zunehmend zu Unternehmerinnen und Unternehmern. Dieser Individualisierung entspricht im Neoliberalismus eine deutliche Tendenz zum Rückzug des Staates aus der Verantwortung für Bildung und zum Rückgang der Bereitschaft von Unternehmen, sich um Weiterbildung zu kümmern – »lebenslanges Lernen« liegt in der Eigenverantwortung eines jeden Einzelnen.

Der Tendenz, immer mehr Kompetenzen zu fordern und damit der Entwertung des Begriffs Vorschub zu leisten, ist meines Erachtens entgegenzutreten. Will man am Begriff »Kompetenz« festhalten, so ist er mit Inhalten zu füllen und in seinem gesellschaftlichen Verwendungs- und Verwertungszusammenhang zu thematisieren. Es ist sicher-

lich positiv hervorzuheben, dass sich unser (Aus-)Bildungssystem verstkt nicht allein auf kognitive Inhalte stzen (und stören) sollte, sondern gerade die Aspekte der personalen und der sozialen Dimension der Entwicklung gefördert werden sollten:

- *personale Kompetenz* – im Sinne von Selbststdigkeit, Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung, einem hohen Maß an Einsatzbereitschaft verbunden mit Frustrationstoleranz,
- *soziale Kompetenz* – im Sinne der Herstellung einer Balance zwischen Selbstverwirklichung und Anpassung an die sozialen Gegebenheiten, als Entfaltung von Kommunikation und Interaktion mit anderen, als Kooperations- und Teamfigkeit und als Konfliktfigkeit.

Auch und gerade in der beruflichen Bildung, in der das Fundament für Jahrzehnte des Handelns im Berufsleben gelegt werden soll, darf Bildung nicht auf Funktionalit reduziert werden. Von einer praktischen Bildung kann ein Widerstand ausgehen gegen die vielfach schon für selbstverständlich hingenommenen funktionalen Imperative von Technik, Politik, Medizin und Ökonomie. Dabei geht es darum, sich kritisches mit den Gegenständen und den Lernpartnerinnen und Lernpartnern auseinanderzusetzen, zu argumentieren, zu hinterfragen, nicht alles als gegeben hinzunehmen. Und dies nicht als Attitüde, sondern fundiert, begrdet, als Anwalt von Behinderten, Alten und Kranken. In diesem Sinne wäre Bildung Widerspruch; es ginge nicht darum, in konkreten Lebensverhältnissen und Arbeitsbedingungen stets zu funktionieren, sondern darum, ein Bewusstsein zu entfalten für Alternativen und diesem Bewusstsein gemäss auch zu handeln (Sahmel 2018).

Mit diesen philosophischen und pagogischen Überlegungen über Handeln im gesellschaftlichen Kontext entlasse ich die Leserin

und den Leser des Buches nunmehr in eine spannende Lektüre.

Literatur

- Bischoff, C. (1994). *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufsttigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. 2. Aufl. Frankfurt/New York: Campus.
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begrung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Gtingen: V & R unipress.
- Friesacher, H. (2018). *Kritische Pflegewissenschaft in Deutschland*. In: Balzer, S., Barre, K., Khme, B. et al. (Hrsg.) *Wege kritischen Denkens in der Pflege. Festschrift für Ulrike Greb*, 22–47. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns. 2 Bnde*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1985). *Die Neue Unersichtlichkeit. Kleine Politische Schriften V*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Jaspers, K. (2007). *Die großen Philosophen. 2 Bnde*. Erftstadt: Hohe.
- Kant, I. (1788/1968). *Kritik der praktischen Vernunft* (1788), Akademie Textausgabe Band 5, Berlin: de Gruyter
- Remmers, H. (2000). *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Bern: Huber.
- Sahmel, K.-H. (1988). *Die Kritische Theorie. Bruchstücke*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Sahmel, K.-H. (2015). *Lehrbuch Kritische Pflegepagogik*. Bern: Hogrefe.
- Sahmel, K.-H. (2018). *Brauchen wir eine »Kritik-Kompetenz«?* In: Balzer, S., Barre, K., Khme, B. et al. (Hrsg.) *Wege kritischen Denkens in der Pflege. Festschrift für Ulrike Greb*, S. 178–191. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Sahmel, K.-H. (2023). *Grundbegriffe der Pagogik in den Gesundheitsfachberufen: Bildung und Kompetenzen*. In: Darmann-Finck, I. & Sahmel, K.-H. (Hrsg.) *Pagogik im Gesundheitswesen*, 23–37. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Taubert, J. (1994). *Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung*. 2. Aufl. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Vonken, M. (2005). *Handlung und Kompetenz. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen- und Berufspagogik*. Wiesbaden: VS.
- Zorn, D.-P. (2022). *Die Krise des Absoluten. Was die Postmoderne hätte sein können*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Geleitwort II

Martina Hasseler

Zum Zeitpunkt der Verschriftlichung des Vorwortes dominieren diverse Entwicklungen in Deutschland das Thema »Pflege«. Der Bundesgesundheitsminister und das Ministerium scheinen überraschend festgestellt zu haben, dass mehr Menschen pflegebedürftig sind als bisherige Berechnungen kalkuliert haben; die Pflegefachberufe wurden aus wichtigen Reformen im Gesundheitswesen gestrichen bzw. es wurden gezielt jene Maßnahmen aus den Referentenentwürfen genommen, die die Pflegefachberufe hätten stärken können (aus dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und dem Referentenentwurf für die Krankenhausreform) und es steht ein Pflegekompetenzgesetz an, das der Politik verdeutlicht, sie müssen rechtlich ganz andere Entscheidungen treffen als sie offensichtlich angenommen haben. Ein Pflegekompetenzgesetz, das die Pflegefachberufe unterstützen und fördern will, muss nämlich auch den Arztvorbehalt kritisch reflektieren und gesetzliche Rahmenbedingungen für autonome Verantwortungsbereiche von Pflegefachberufen treffen, damit diese an der Gesundheitsversorgung teilhaben können. Und: diese Leistungen müssen dann auch finanziert werden. Pflegefachliche Leistungen ohne entsprechende Finanzierungsgrundlagen können in einem ökonomisierten Gesundheitssystem nicht stattfinden und wir sehen in Deutschland: sie finden auch nicht statt.

Als Autorin des Vorwortes bin ich stark beeinflusst von meinen Eindrücken von Nursing in den USA (habe einen Teil meines Forschungssemesters in den USA verbracht) und kann diese nur zusammenfassen mit: bezogen auf die Berufsfeldentwicklung und

Gestaltung der Profession Pflege ist Deutschland mehr als 100 Jahre im Rückstand. Deutschland hat in den letzten Jahrzehnten ein merkwürdiges Verständnis von Pflege entwickelt, das weniger von der pflegerischen Gesundheitsversorgung geprägt ist, sondern mehr vom Carework eines Sozialgesetzbuches, das leider das Präfix Pflege hat. In vielen Bereichen ist Deutschland mittlerweile weit hinten, wenn es um die Rolle, Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Pflegefachberufen im internationalen Vergleich geht. In nicht wenigen Bereichen möchte ich konstatieren, ist Deutschland mittlerweile außen vor.

Das hat unter anderem eben auch mit dem sonderbaren Verständnis von Pflege in Deutschland zu tun. Dieses ist wie bereits formuliert, eher geprägt von Carework, aber nicht mehr von pflegerischer Gesundheitsversorgung. Ich kann diese Feststellung nicht oft genug wiederholen, denn sie hat u. a. auch Einfluss darauf, dass Deutschland in der Anwerbung internationaler Nurses eher erfolglos ist. Wenn Deutschland nicht mehr ein Verständnis von Nursing mit anderen Ländern teilt, sind angeworbene Nurses irritiert, kommen nicht oder gehen nach kurzer Zeit wieder.

Ein großes Problem ist, dass das Wort bzw. Präfix »Pflege« so undifferenziert verwendet wird. Leider hat es sich in Deutschland durchgesetzt, die Pflegeversicherung, also das SGB XI mit dem Synonym Pflege abzukürzen. Durch diese Verkürzung ist der Eindruck entstanden, das SGB XI würde auch die Pflegefachberufe und pflegefachliche Versorgung abdecken. Das ist aber falsch, da das SGB XI nur ein Teilleistungsrecht ist und

zum hohen Teil von Eigenleistungen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien und Angehörigen abhängt. Wenn man in die Verträge zwischen Pflegekassen und ihren Vertragspartnern (also Arbeitgebern, Träger von Einrichtungen etc.) schaut, so stellt man fest: Es wird alles Mögliche verhandelt, aber ganz sicher kaum pflegefachliche Leistungen. Es geht beim SGB XI grundsätzlich nur um die Basisversorgung, die mit geringen Mitteln eingekauft werden kann. Eine weitere Notwendigkeit ist also, den Terminus »Pflege« differenzierter zur verwenden und zu verdeutlichen, welche »Pflege« gerade gemeint ist: Ist damit das SGB XI – Carework bzw. die Basisversorgung oder die pflegefachliche Versorgung (die noch differenziert wird in z. B. Akutpflege, Notfallpflege, chirurgische Pflege, Hospizpflege, Rehapflege, präventive oder gesundheitsförderliche Pflege, Intensivpflege, neurologische Pflege und, und, und) oder die Laienpflege, Familienpflege oder, oder gemeint. Ohne eine differenzierte Zuordnung, welche »Pflege« gefördert, unterstützt und reformiert werden soll, wird sich die derzeit eher sehr schwierige Situation der Pflegefachberufe und die Berufsentwicklung und pflegerische Gesundheitsversorgung kaum erfolgreich realisieren lassen. Die Entwicklungen der letzten beiden Jahrzehnte sind ein Zeugnis davon.

Während meines USA-Aufenthaltes hatte ich Termine mit Kolleginnen namhafter Universitäten und Schools of Nursing, die allesamt überrascht waren, dass Deutschland kein Scope of Practice für Advanced Nurse Practitioner hat, aber entsprechende Studiengänge anbietet. Ich wurde oft gefragt, wie es denn die Ärztinnen und Ärzte alleine schaffen wollen, die Gesundheitsversorgung zu sichern. Diese Frage konnte ich nicht beantworten, außer mit der Aussage, dass es um Geld und Einfluss geht, wenn man Pflegefachberufen in Deutschland mehr Aufgaben und Verantwortlichkeiten in die Gesundheitsversorgung integrieren will, aber andere Berufsgruppen diese nicht abgeben möchten

und bei politischen Entscheidungen keine Rolle spielt, wie die Bedarfe der Gesundheitsversorgung gedeckt werden können oder welche internationalen Evidenzen international vorliegen. In Kapitel 2.9 (► Kap. 2.9) dieses Buches wird das Thema der Advanced Nurse Practitioner (ANP) eingegangen. Anmerken möchte ich, dass in den USA die Entwicklung der ANP so weit vorangeschritten ist, dass diese mit einem Doktorgrad of Nurse Practitioner als Regelabschluss absolvieren. Die Möglichkeit, selbstständig und autonom zu arbeiten, hängt auch von den Bundesstaaten in den USA ab. Aber in den meisten Bundesstaaten haben sie gesetzlich determiniert sehr selbstständige Aufgaben, die sie abrechnen und/oder in eigenen Praxen leisten können. Ich hatte die Gelegenheit, bei Abschlusspräsentationen der Doktorarbeiten wie auch den praktischen Prüfungen dabei zu sein. Das Niveau war wissenschaftlich-methodisch wie praktisch sehr hoch. An dieser Stelle möchte ich auch mahnen, dass Deutschland aufgrund seines sonderbaren Verständnisses von »Pflege« die Entwicklung der Pflegefachberufe im Sektor Krankenhaus und Akutversorgung absolut vernachlässigt.

Mit anderen Worten, dieses Land benötigt dringend ein differenziertes Verständnis von »Pflege«, wenn eine Stärkung der Pflegefachberufe in Richtung pflegerische Gesundheitsversorgung erfolgen soll (► Kap. 2). Deutschland scheint vergessen zu haben, aus welchen Gründen es sich eine dreijährige Berufsausbildung leistet und aus welchen Gründen sich historisch Pflege als Beruf entwickelt hat. Deutschland wird nur dann sich vom sonderbaren Verständnis von Pflege lösen können, wenn es in der Lage ist, die Laienpflege, die dominierend im SGB XI adressiert wird, von der beruflichen Pflege und vom SGB XI zu unterscheiden. Es muss verstehen, dass Pflegefachberufe sektoren- und settingübergreifend eingesetzt werden. Eigentlich gibt das Pflegeberufegesetz (PfBG) vor, welche Kompetenzen von Pflegefachberufen nach einer Pflegeausbildung oder einem Pflegestudium

zu erwarten sind. Aber eigenartigerweise setzt dann offensichtlich eine Amnesie im Gesundheitswesen ein und Pflegefachberufe erhalten kaum Chancen, diese erworbenen Kompetenzen einzusetzen. Sie werden dann oft für Basisversorgungsbereiche eingesetzt, nicht selten sollen sie dann auch noch Putzen von Betten oder anderen Gegenständen übernehmen. Diese Tätigkeiten und Verrichtungen sind eigentlich für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer und Pflegeassistenz vorgesehen. Durch die Gleichsetzung von Pflegehelferinnen und -helfern und Pflegefachassistenz mit Pflegefachberufen, die ein Staatsexamen oder einen Bachelorabschluss erworben haben, wird der Pflegeberuf bzw. werden die Abschlüsse abgewertet und sinnlos gemacht. Mit anderen Worten: Pflegefachberufe werden im gesamten Gesundheitswesen falsch eingesetzt und oft nicht für die Bereiche, für die die eigentlich qualifiziert werden. Diese Fehleinschätzung führt zur Frustration von Pflegefachberufen und ist neben vielen anderen Faktoren ein Grund, die Pflegepraxis zu verlassen.

Es ist hochrelevant, sich auf die Aufgaben und Verantwortlichkeiten zurückzubesinnen und Pflegefachberufen gesetzlich definierte Aufgabenbereiche zuzuschreiben, die sie abhängig von Kompetenz- und Qualifikationsgrad ausüben dürfen. Es braucht also diverser Scope of Practice, die gesetzlich festlegen, welche Aufgaben und Verantwortlichen Absolventinnen und Absolventen von Masterstudiengängen, von Bachelorstudiengängen und von Berufsausbildungen der Pflege übernehmen dürfen. Des Weiteren ist eine Abgrenzung von Pflegehelfenden und Pflegeassistenz erforderlich. Denn es bleibt festzuhalten: jede Gleichsetzung von Pflegehelfenden und Pflegeassistenz mit beruflich ausgebildeten oder studierten Pflegefachberufen wertet letztere massiv ab. Zudem ist zu konstatieren, dass beruflich ausgebildete und studierte Pflegefachberufe jeweils anders ausgebildet werden und andere Kompetenzen erwerben, die Pflegehelfende oder Pflegeassistenz nicht in der kurzen Qualifikationszeit

erwerben können. Auch zeigt die internationale Literaturlage sehr deutlich, wenn Pflegehelfende oder Pflegeassistenten anstelle von Pflegefachberufen eingesetzt werden, schadet es der Qualität und den Outcomes. Eine professionelle pflegefachliche Versorgung benötigt diese Abgrenzung sowie differenzierte Scope of Practice wie auch gut fundierte Skills-Grade-Mixe. Letztere dürfen aber nicht von einem typisch deutschen reduzierten und sonderbaren Pflegeverständnis geprägt sein. Mit der Umsetzung von Scope of Practice für diverse Qualifikationsgrade kann auch gleichzeitig § 4 PfBG (Vorbehaltsaufgaben) gefüllt werden. Dieser Paragraf steht momentan inhaltsleer im PfBG und hat keine Bedeutung. Letztlich kann zu Recht niemand etwas damit anfangen. Aber mit einem Scope of Practice, mit gesetzlich definierten Aufgaben und Verantwortlichkeiten für differenzierte Qualifikationsgrade von Pflegefachberufen wird § 4 PfBG mit Inhalt gefüllt und somit die Entwicklung der Pflegeberufe für die Gesundheitsversorgung stark unterstützen.

Pflegefachberufe müssen strukturell verankert werden, wenn diese als Professin weiterentwickelt und wieder in die Gesundheitsversorgung integriert werden sollen. Deutschland ist ein korporativistisches Gesundheitssystem, d. h., es werden hoheitliche Aufgaben an Körperschaften des öffentlichen Rechts vergeben, die relevante Aufgaben übernehmen. Sie sind mächtige Organe im Gesundheitssystem und üben starken Einfluss auf die Politik aus. Ohne diese strukturelle Verankerung werden Pflegefachberufe machtlos bleiben und es werden weiterhin andere Selbstverwaltungsorgane über sie bestimmen. Das Thema der Pflegekammer wird in einem Kapitel dieses Buches (► Kap. 5.4) angesprochen und es muss an dieser Stelle betont werden, dass ohne Pflegekammern eine Professionalisierung der Pflegefachberufe kaum erfolgen kann. In so vielen Ländern, in denen Pflegefachberufe weiter entwickelt sind als in Deutschland, üben Boards of Nursing die Aufgabe der Kammer aus und die Politik in

den Ländern kommt nicht an den Kammern vorbei. Des Weiteren haben sie maßgeblichen Anteil daran, dass Kriterien professioneller Pflege eingehalten und umgesetzt werden.

In den meisten Ländern der Welt studieren Pflegefachberufe und schließen mit einem Bachelor-Abschluss ab. Der Anteil von Pflegestudierenden bzw. Bachelorabsolventinnen und -absolventen in Deutschland ist verschwindend gering und erhöht sich auch seit Jahren nicht wesentlich. Die Gründe für diesen einzigartigen Rückstand Deutschlands sind vielfältig. Es steht jedoch fest, dass Deutschland diesbezüglich einen enormen Rückstand aufzuholen hat, wenn es nicht völlig außen vor sein möchte, wenn es um Pflegefachberufe und deren Entwicklung geht. Die internationale Literaturlage belegt ja nicht nur seit vielen Jahrzehnten, dass eine professionelle Pflege die Morbiditäts-, Komplikations- und Mortalitätsraten und Kosten im Gesundheitswesen reduziert, sondern auch die Outcomes verbessert. Bislang verschließt sich Deutschland diesen positiven Effekten einer professionellen Pflege in der Gesundheitsversorgung. In ► Kap. 3 dieses Buches werden sehr schön und komprimiert die zahlreichen strukturellen Begrenzungen unseres Gesundheitssystems formuliert und welche limitierenden Wirkungen diese auf die Pflegefachberufen und deren Leistungserbringung haben.

Einer der Gründe ist sicherlich auch, dass in unserem ökonomisierten Gesundheitssystem die Leistungen der Pflegefachberufe nicht finanziert werden. Sie werden oft als Pauschalen oder Budgets (im Krankenhaus) oder in nicht transparenten Verhandlungen von Leistungskomplexen im SGB XI verhandelt. Bei all diesen Kostenverhandlungen spielen niemals pflegefachliche Leistungen und deren Leistungserbringung eine Rolle. Damit pflegefachliche Leistungen transparent und nachvollziehbar in das Gesundheitswesen eingehen, muss nicht nur § 4 PfBGB ausdekliniert werden, sondern auch eine internationale einheitliche Pflegefachsprache (z. B. NANDA,

NIC, NOC) umgesetzt werden, damit Pflegebedarfe, Pflegeinterventionen und Pflegeoutcomes transparent abgeleitet werden können. Pflegefachliche Leistungen werden derzeit nicht nachvollziehbar ermittelt, um Grundlagen für Kostenverhandlungen und Finanzierung der Leistungen zu bieten. Es ist erforderlich, die Unterschiedlichkeit der Anforderungen pflegefachlicher Maßnahmen und Interventionen in den unterschiedlichen Settings und Sektoren anzuerkennen und zu differenzieren: Intensivpflege erfordert andere Maßnahmen und Interventionen als die kardiologische oder palliative oder rehabilitative oder langzeitpflegerische Versorgung. Es ist dringlich erforderlich, dass ein Leistungserbringungsrecht für pflegefachliche Leistungen umgesetzt wird, damit diese endlich finanziert werden. Derzeit bleiben sie als Budgets oder in Leistungskomplexen zumeist unverhandelt und damit unterfinanziert.

Mit der Einführung einer einheitlichen und standardisierten Pflegefachsprache wird auch eine Integration in die Digitalisierung und KI-Entwicklung pflegefachlicher Leistungen möglich. In ► Kap. 5.2 wird ein Aspekt der Digitalisierung der pflegefachlichen Versorgung bearbeitet. Die Diskussion zu Digitalisierung in »der« Pflege findet in Deutschland völlig undifferenziert statt. Das hat auch damit zu tun, dass bei »der« Pflege immer nur an das SGB XI gedacht wird und damit ein Sektor ins Blickfeld genommen wird, das überwiegend nur limitierte Leistungsformen finanziert, aber ganz sicher nicht die pflegefachliche Versorgung widerspiegelt oder ansatzweise darstellt. Die Digitalisierung und KI-Entwicklung »der« Pflege kann nur erfolgreich vorangetrieben werden, wenn »die« Pflege differenziert betrachtet wird und zwischen den Anforderungen und Herausforderungen der Sektoren sowie der der pflegerischen Gesundheitsversorgung unterschieden wird. Es ist ein sehr deutsches Phänomen, bspw. die Pflegfachberufe von der E-Akte auszuschließen und ihnen nur Leserechte zu geben. Das ist in anderen Ländern »unheard

of« und ruft gelinde gesagt auch Erstaunen aus. Die Pflegefachberufe von der E-Akte auszuschließen, setzt letztlich auch das Statement, dass man sie nicht als Teil der Gesundheitsversorgung betrachtet. Fraglich bleibt damit auch, wie in Zukunft KI-Entwicklung stattfinden soll, wenn nur ärztliche Daten eingehen, aber die der anderen Berufe fehlen. Meine Hypothese ist im Moment: wenn Deutschland die Gesundheitsversorgung weiterhin berufsgruppenabgrenzend und nicht im Sinne einer interprofessionellen Gesundheitsversorgung betrachten will, wird es nicht oder nur rudimentär an der internationalen digitalen Entwicklung der Gesundheitsversorgung teilhaben können. Die Digitalisierung »der« Pflege wird kaum Anschluss finden, da kein Land der Welt »Pflege« und »Pflegefachberufe« so sehr von der Gesundheitsversorgung ausschließt, wie Deutschland.

Nicht zuletzt möchte ich ein Plädoyer für die interprofessionelle Gesundheitsversorgung an dieser Stelle aussprechen. Die meisten Gesundheitsreformen bleiben im bestehenden Mindset und in den alten Strukturen stehen. Deutschland hat auch weniger die Gesundheits- und Krankheitsversorgung aus Sicht der Patienteninnen und Patienten und Pflegebedürftigen im Sinne als vielmehr die Versorgung durch Ärzte und Ärztinnen. Es fehlt ein Blick auf die Bedarfe der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und der Versorgungsprozesse. Sicherlich ist hier als ein Problem heranzuführen, dass ein Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems und Finanzierung dieser über Krankheitsdiagnosen, also ICD (International Classification of Diseases) und damit immer nur über den ärztlichen Blick erfolgt. Vor diesem Hintergrund möchte ich noch einmal auf meine oben formulierte Forderung zurückkommen, dass die pflegefachliche Versorgung über eine standardisierte Pflegesprache, die eben Pflegediagnosen, Pflegemaßnahmen/-interventionen und Pflegeoutcomes ermöglicht, integriert werden muss. Es fehlt eine bio-psychosoziale Grundlage des Gesundheits- und

Krankheitsverständnisses und der Versorgung und damit immer noch die Annahme, dass primär die ärztliche Versorgung relevant ist. Aber die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaft, Pflegewissenschaft und auch der Rehabilitationswissenschaft sind sehr viel weiter und differenzierter und es ist mehr als deutlich, dass Gesundheit und Krankheit multidimensional verursacht und beeinflusst sind. Mit einem Ansatz der interprofessionellen Gesundheitsversorgung wäre es viel einfacher, die pflegerische Gesundheitsversorgung zu integrieren.

Damit möchte ich noch den Aspekt der pflegerischen Prävention und Gesundheitsversorgung aufnehmen, der u. a. im ► Kap. 4.5 (Community Health Nurse) adressiert wird. Die Pflegeberufe haben präventive Potenziale, die durch internationale Evidenz belegt sind. In den USA wurden die Public Health Nurses bereits 1908 offiziell eingeführt. Im Jahre 1914 hatte das New York Board of Education bereits 400 School Nurses eingesetzt. Deutschland schaffte es im Jahre 2024 immer noch nicht, die Community Health Nurse einzuführen und ein erfolgreiches Projekt zur School Nurse wurde in einem Bundesland nicht verstetigt, weil sich niemand für die Finanzierung zuständig fühlte. Präventive Pflegeberufe arbeiten in unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlichen Berufsbezeichnungen, aber gemeinsam ist allen der bevölkerungsgruppenorientierte und niederschwellige Zugang. Sie führen Assessments, Screenings, Impf- oder Disease-Management-Programme und weiteres mehr selbstständig und verantwortlich durch. Diese präventiven Potenziale von spezialisierten Pflegefachberufen will Deutschland nicht heben, obwohl die Bedarfe diverser vulnerabler Bevölkerungsgruppen sehr hoch sind. Aber die Strukturen und Finanzierungswegs sowie Interessen mächtiger anderer Berufsgruppen verhindern seit Jahrzehnten die Einführung von präventiven Pflegeberufen, trotz internationaler Evidenz. An diversen Themen wird also deutlich, warum Deutschland bezogen auf Professio-

nalisierung der Pflegefachberufe und Integration in die Gesundheitsversorgung mehr als 100 Jahre zurück ist oder eben in Teilen mittlerweile außen vor.

Dieses Buch führt interessante und relevante Aspekte der Entwicklung der Pflege als Profession in der Gesundheitsversorgung zusammen. Auch in diesen Kapiteln wird zum Teil deutlich, dass nur eine differenzierte berufliche und fachliche Pflege eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung unterstützen kann. Deutschland fehlt es zur Umsetzung und Entwicklung einer professionellen Pflege nicht an Erkenntnissen, sondern am politischen Mut, die strukturellen und finanziellen Voraussetzungen zu schaffen. Pflegewissenschaft und Pflegefachberufe sind aus dem Status heraus, dass sie sich ständig beweisen müssen. Nur zu oft werden in Deutschland Modellprojekte mit Ansätzen durchgeführt, in denen Pflegefachberufe verantwortliche Aufgaben und Rollen in der Gesundheitsversorgung mit Erfolg übernehmen. Aber immer wieder scheitern die Modellprojekte an einer Übersetzung in die Regelversorgung, in aller Regel, weil sich keine Finanzierung findet, keine gesetzliche Krankenkasse oder Kommune oder sonstiger Kostenträger sich verantwortlich sieht, die Kosten zu übernehmen. Auch die internationale Evidenz belegt mehr als deutlich die Vorteile einer professionellen Pflege. Aber sie müssen strukturell im Gesundheitssystem verankert und ihre Leistungen müssen finanziert werden, nur dann

werden sie nachhaltig Einzug in das Gesundheitssystem halten. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Vorworts wird in Medien diskutiert, dass das Abkommen zwischen Deutschland und Brasilien zur Abwerbung von brasilianischen Nurses ausgesetzt wird. Entscheidungstragende in Politik und Gesundheitswesen scheint das zu erstaunen. Expertinnen und Experten, wie z. B. die hier im Buch Vertretenen, aber auch weitere mehr wissen, dass Deutschland für internationale Nurses unattraktiv ist, weil es eben nicht auf Nurses mit Kompetenzen eingerichtet ist, die auf Bachelor- und/oder Masterniveau Nursing studiert haben und in der pflegerischen Gesundheitsversorgung arbeiten wollen. Deswegen muss sich in Deutschland entschieden werden: Will man eine professionelle pflegerische Versorgung und Pflegefachberufe als Profession und auch Anschluss an den internationalen Raum oder nicht? Wenn die erstere Variante gewünscht ist, sind fundamentale Reformen erforderlich. Strukturerhaltend kann diese Förderung nicht erfolgen.

Dieses Buch zeigt, dass es einen großen Mehrwert professioneller pflegerischer Gesundheitsversorgung gibt, der ist auch in internationalen Publikationen mehrfach belegt. Diesen Mehrwert können wir in Deutschland derzeit nicht heben und werden wir auch nicht heben, wenn nicht endlich die dafür erforderlichen politischen und strukturellen Weichenstellungen vorgenommen werden.