

Lecture

Prospect and historical development of the German health care system[†]

— Structure of our school for nursing care —

Reingard van BEBBER *Kaiserswerth*

Sehr geehrter Herr Präsident Professor Dr. Sakai, sehr geehrte Professorin Ohno, sehr geehrte Frau Tatsumi, sehr geehrte Damen und Herren des Aino-Gakuin-College, liebe Studentinnen und Studenten der Fakultät Krankenpflege!

Als Herr Professor Dr. Nomura mit Frau Ogata und Professorin Ohno im Juli 2000 zu einem vorbereitenden Gespräch für den Studienbesuch einer Studentengruppe Ihres Aino-Gakuin-College in Kaiserswerth zu Besuch war, haben wir gemeinsam überlegt, in welcher Weise ein Austausch zwischen unseren Institutionen fruchtbar sein könnte.

Heute blicken wir bereits auf die ersten Erfahrungen zurück. Nach dem gelungenen Besuch der ersten Studentengruppe mit Professorin Ohno und Frau Tatsumi im vergangenen Sommer freuen wir uns darauf, im August diesen Jahres (2002) wieder eine Gruppe interessierter Studenten bei uns in Kaiserswerth zu Gast zu haben. Dass wir heute hier sein dürfen, erfüllt uns mit großer Dankbarkeit. Diese gilt vor allem Frau Ohno, die diese Einladung an Frau Schiffmann und mich aussprach. Dankbar sind wir auch für die Möglichkeit der Übersetzung und damit für die Erleichterung, unser Referat deutsch vortragen zu können.

Bei Ihrem Besuch im vergangenen Jahr haben wir viel von Ihnen erfahren. Die Schilderung Ihres Ausbildungssystems hat uns sehr beeindruckt. Aber noch bedeutender war, Sie persönlich kennen zu lernen.

Diese menschliche Begegnung, die wir Ihrem Interesse an Florence Nightingale und deren Aufenthalt in Kaiserswerth verdanken, war ein großes Glück für uns und unsere Schüler. Kontakte mit europäischen Nachbarländern sind in manchen deutschen Schulen schon üblich, der Austausch mit einer Fakultät für Krankenpflege in Osaka und den Menschen, die dort ausbilden und lernen ist jedoch eine große Ausnahme.

In Düsseldorf, einer Stadt mit 600.000 Einwohnern, leben 6.430 Japaner. Viele japanische Firmen, Geschäfte, Hotels, Restaurants und ein japanisches Kulturzentrum haben hier ihren Sitz. In einem großen Park wurde von japanischen Gärtnern ein japanischer Garten angelegt.

Und doch wissen wir nicht sehr viel über Ihre Geschichte, Ihre Kultur und Ihren Alltag. Dass Sie uns mit Ihrer Einladung Ihre Heimat zeigen, bedeutet uns sehr viel.

Auch der Vorstand, insbesondere Frau Coenen-Marx, gab uns Grüße für Sie mit auf den Weg. Diese sind verbunden mit dem Dank für die Einladung an uns als Vertreterinnen unserer Ausbildungsstätten für Pflegeberufe. Dass Sie mich und Frau Schiffmann empfangen und begleiten, empfinden wir als große Ehre. Viele Menschen in Kaiserswerth erwarten unseren Reisebericht mit Spannung, um zu hören, wie Sie arbeiten, welche Anschauungen ihnen wichtig sind und wie es Ihnen gelingt, die menschlichen, wissenschaftlichen und ökonomischen Ansprüche miteinander zu verbinden. Wir alle sind überzeugt, dass Sie und wir uns in unserer Unterschiedlichkeit bereichern und in den Gemeinsamkeiten finden können. Dieser Besuch ist ein großer Schritt beim Aufbau unseres Kontaktes,

[†] Vortrag in der Aino-Hall am 29. 05. 2002

welcher bei uns von vielen guten Wünschen und mit Interesse begleitet wird.

Eine alte Tradition in Kaiserswerth ist die Paramentik-Kunst. Diese Paramente wurden früher für kirchliche Räume gewebt und gestickt. Heute schmücken diese Paramente auch Räume außerhalb der Kirche. Wir haben ein solches Parament als Geschenk für Sie ausgesucht und überreichen Ihnen dies im Namen des Vorstandes der Kaiserswerther Diakonie.

Das Thema für den heutigen Vortrag überließen Sie uns. Wir entschieden uns, Ihnen davon zu berichten, was die Menschen, die Politiker, die Träger von Einrichtungen im Gesundheitswesen und dessen Berufsgruppen, insbesondere die Pflegenden und die Ausbildungsstätten beschäftigt und besorgt.

Aber bevor wir die aktuellen Probleme des deutschen Gesundheitswesens schildern, werfen wir noch einen kurzen Blick in die Geschichte :

Krankenpflege war in Deutschland seit dem Mittelalter in der Hand von Klöstern und Ordenshäusern. Sie hatte ihre Wurzeln in der christlichen Verpflichtung zur Nächstenliebe. In der Folge begründeten Theologen, Ordensgemeinschaften und Frauenvereine Mutterhäuser und Schwesternschaften, in welchen vor allem unverheiratete Frauen eine Heimat fanden und für die Krankenpflege ausgebildet wurden. So gründete Theodor Fliedner mit seiner Frau Friederike 1836 die Diakonissenanstalt Kaiserswerth, in welcher später Florence Nightingale 3 Monate zur Ausbildung verbrachte. Einige Jahrzehnte später, Ende des 19. Jahrhunderts, begann die Industrialisierung und damit die Verstädterung mit all den damit verbundenen sozialen Problemen (Zerfall der Großfamilien, schlechte Wohnverhältnisse, Unterernährung, Krankheiten, soziale Verelendung). In dieser Zeit wurden die bis heute gültigen Sozialgesetze verabschiedet, um auch die Versorgung von Menschen mit wenig Mitteln im Falle von Krankheit, Alter und Arbeitslosigkeit sicherzustellen.

Die Versorgung und Absicherung der Schwestern übernahmen die Mutterhäuser. Diakonissen und Ordensfrauen wurden über Gestellungsverträge von den Mutterhäusern entsandt, waren zu jeder Zeit verfügbar und bekamen ein kleines Taschengeld ausbezahlt.

Nicht alle Pflegerinnen wollten sich dieser Hierarchie unterordnen. Wenn sie jedoch pflegerisch außerhalb des Mutterhauses, also frei tätig waren, wurden sie als weltliche, oft auch abwertend als "wilde" Schwestern bezeichnet.

Einer der großen Verdienste unserer Begründerin des ersten weltanschaulich unabhängigen Berufsverbandes im Jahre 1903, Agnes Karll, war darum auch die Einführung der sozialen Absicherung der damaligen Krankenpflegerinnen Deutschlands.

Allerdings war Diakonissen, Ordensschwestern und freien Schwestern gemeinsam, dass der Beruf die ganze Frau forderte, das hieß, immer da zu sein, wenn man gebraucht wurde. Und da es ein sozialer/christlicher Dienst am Kranken war, war es mit dem Berufsethos bis Mitte des 20. Jahrhunderts unvereinbar, kürzere Arbeitszeiten und eine bessere Bezahlung zu fordern. An diese ständige Bereitschaft hatten sich Krankenhäuser, vor allem auch die Ärzte gewöhnt. In diesen Jahren wuchs die Zahl der Krankenhäuser deutlich und die medizinische Entwicklung machte große Fortschritte. Heute stößt unser Gesundheitssystem mit diesen Ansprüchen an seine ökonomische Grenzen.

Die Kaiserswerther Diakonie

Zur Zeit arbeiten in Kaiserswerth 1.800 Menschen in vielen verschiedenen Bereichen. Dies sind das Krankenhaus, Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, sozialpädagogische und sozialpsychiatrische Dienste, sowie der weit gefächerte Aus- und Fortbildungsbereich. Wenn man dort arbeitet, spürt man immer noch einen Hauch der geschichtlichen Bedeutung.

Wir möchten Ihnen unsere **Schulen für Kranken- und Kinderkrankenpflege** etwas ausführlicher vorstellen :

Die Schule von Kaiserswerth bildet seit über 150 Jahren Krankenschwestern und seit 75 Jahren Kinderkranken-schwestern aus. Sie verfügt über insgesamt 105 staatlich genehmigte Plätze für die Kranken- und Kinderkrankenpflege. Seit 1996 können aus Kostengründen 10 Plätze nicht besetzt werden. Die meisten Krankenpflegeschulen haben nicht mehr als 60 bis 90

Schüler und Schülerinnen. Ein allgemeiner Rückgang der Schülerzahlen führt deshalb aus ökonomischen Gründen immer häufiger zu Kooperationen. Im Zuge dieser Entwicklung schlossen sich 1998 Kaiserswerth und zwei Schulen in katholischer Trägerschaft zu einer Kooperationsgemeinschaft zusammen, um die theoretische Ausbildung gemeinsam durchzuführen. Zusammen haben wir 205 Ausbildungsplätze in insgesamt 10 Klassen.

Unser Team besteht aus 11 Lehrerinnen und 1 Lehrer, sowie 1 Sekretärin. Nicht alle arbeiten mit einer vollen Stelle, d. h. 38,5 Std./Woche. Wir sind zwischen 29 und 58 Jahre alt und haben ganz unterschiedliche Qualifikationen :

- 1 Lehrerin hat ein Universitätsstudium als Medizinpädagogin.
- 2 Lehrerinnen studierten an einer Fachhochschule Pflegepädagogik.
- 3 Lehrerinnen absolvierten eine einjährige, 6 eine zweijährige Weiterbildung.

Um alle Unterrichtsfächer abzudecken, arbeiten wir mit zahlreichen Honorarprofessoren zusammen.

Zur Zeit haben wir 179 Auszubildende.

Davon sind 37 Männer, d. h. 26,4%.

Sie sind 18 bis 47 Jahre alt, der Durchschnitt ist in der Krankenpflege 23, in der Kinderkrankenpflege 21 Jahre.

Ca. 20% haben die Hochschulreife. Voraussetzung ist jedoch ein mittlerer Bildungsabschluss.

Die Abbruchquote beträgt ca. 20%.

Wir haben auch einige ausländische Schülerinnen und Schüler: türkisch, griechisch, portugiesisch, arabisch, iranisch, kroatisch, jugoslawisch, mazedonisch, polnisch, ukrainisch, italienisch.

Die Motivation für den Beruf ist vor allem: Helfen – mit Menschen arbeiten – medizinisches Interesse. Insgesamt geht das Interesse an den Pflegeberufen zurück.

Integrative Ausbildung

Dass die Ausbildung von Krankenpflegepersonal in Deutschland immer noch nicht in das allgemeine

staatliche Schulsystem eingegliedert wurde, hat vor allem 2 Gründe.

1. Die Träger bildeten in ihren Ausbildungsstätten Personal vor allem für ihr eigenes Krankenhaus aus. Diese Pflegekräfte identifizierten sich schon während der Ausbildung mit dem jeweiligen Krankenhaus, seiner Philosophie und seinen Normen.
2. Das Land unternimmt aus Geldmangel keine Initiative, die Pflegeschulen in den Zuständigkeitsbereich des Kultusministeriums einzugliedern. Bisher werden die Ausbildungskosten über das Krankenhaus aufgebracht.

Um jedoch die Qualifikation der Pflegeausbildungen besser an den zukünftigen Anforderungen zu orientieren und dem europäischen System anzugleichen, werden in den letzten Jahren (2001) neue Ausbildungskonzepte modellhaft erprobt. Sie haben das Ziel, die bisher getrennt durchgeführten Ausbildungen in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zu einer gemeinsamen Ausbildung, zumindest einer gemeinsamen Grundausbildung zusammenzuführen. Auch wir gehen davon aus, dass Pflegeberufe nicht nach Lebensabschnitten (Kind, Erwachsener, alter Mensch) getrennt sein sollten, sondern dass es darum geht, dass Pflegenden den Menschen mit seiner gesamten Biografie verstehen. Dies war für uns leitend, an der modellhaften Erprobung einer Rahmenrichtlinie des Landes teilzunehmen, die einen integrativen Ansatz verfolgt. Integrativ heißt hier, dass die Ausbildung in der Krankenpflege- und Kinderkrankenpflege vorwiegend in gemeinsamen Klassen erfolgt. Später soll auch die Altenpflege integriert werden.

Ziel dieses Modells ist jedoch vor allem, weg von einem fächerorientierten Unterricht hin zu einem Unterricht zu kommen, der sich an Lernbereichen orientiert. Verbunden sind damit Lernziele, die sich nicht nur auf die Fachkompetenz beziehen, sondern ausdrücklich gleichberechtigt Schlüsselqualifikationen festschreiben. Flexibilität, Beratung und Organisation werden zunehmend zum Anforderungsprofil von Pflegenden gehören. Hier gibt es in Deutschland noch einen großen Nachholbedarf. Bisher wurde und wird zu viel unvernetztes Detailwissen mit einem zu großen

medizinischen Schwerpunkt vermittelt. Die Notwendigkeit, dieses Wissen immer schneller zu aktualisieren bedeutet, dass Pflegenden in der Lage sein müssen, lebenslang zu lernen um ihre Kenntnisse dem jeweiligen Stand anzupassen. Unabhängig vom Alter der zu Pflegenden wird man von ihnen erwarten, (Pflege-) Prozesse eigenverantwortlich zu steuern, Probleme zu lösen, sich kompetent in ein Team einzubringen. Dazu gehört auch das Anleiten, Beraten und Begleiten von Patienten und ihren Angehörigen in der Selbstpflege und der Laienpflege.

In ein bis zwei Jahren wird ein neues Krankenpflegegesetz mit einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erwartet, in welchem unter anderem diese Grundsätze für die Pflegeausbildung festgeschrieben sein werden.

In den anderen europäischen Ländern sind diese Voraussetzungen bereits geschaffen. Die Konsequenz ist, dass nur die Krankenpflege, nicht aber die Kinderkrankenpflege und Altenpflege im europäischen Ausland anerkannt ist, die beiden letzteren dort deshalb häufig nur als Hilfskräfte arbeiten können. Auch aus dieser Benachteiligung leiten wir die Notwendigkeit einer Reform des deutschen Ausbildungssystems ab.

Strukturwandel im Gesundheitswesen

In den letzten Jahren zeichnet sich ein deutlicher Strukturwandel im deutschen Gesundheitswesen ab. Alleine in unserem Bundesland werden in den nächsten Jahren 9.500 Betten abgebaut. Kleine Krankenhäuser und kleine Pflegeschulen werden diese Einschnitte nicht überleben. Die Verweildauer wird von derzeit 10,1 Tagen weiter sinken. Die ambulante Pflege wird dadurch an Bedeutung gewinnen. Das hat eine Veränderung des Arbeitsmarktes für das Pflegepersonal zur Folge. Wechsel von der Altenpflege ins Krankenhaus, vom Krankenhaus in die ambulante Pflege, in Rehabilitationseinrichtungen und weitere Fachbereiche werden zur Normalität werden.

Zusammenfassung/Fazit

Das Gesundheitssystem in Deutschland kommt ökonomisch an seine Grenzen. Trotz der hohen Ko-

sten steht es nur an 25. Stelle im world-health-report. Neue, international anerkannte Steuerungsinstrumente werden, verbunden mit Qualitätssicherungsmaßnahmen, eingeführt. Der Gesetzgeber, die Leistungsträger, sowie die Patienten selbst üben zunehmend Druck auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens aus. Die Verpflichtung der Einführung der DRG's bis zum Jahr 2007 wird die einschneidendste Veränderung für die Krankenhäuser sein. Andere, vor allem ambulante, Einrichtungen des Gesundheitswesens werden expandieren. Der Wettbewerb unter den Krankenhäusern besteht inzwischen europaweit. Schon jetzt kommen englische Patienten zur Operation nach Deutschland, weil dort die Wartezeiten zu lange sind.

Die deutsche Ausbildungsstruktur für Pflegeberufe ist veraltet. Sie muss dringend an den europäischen Standard angepasst werden. Modellversuche sollen die Dreiteilung der Ausbildung nach Lebensalterstufen aufheben. In nächster Zeit wird ein neues Gesetz für die Krankenpflegeausbildung verabschiedet, in dem der Gesundheitsaspekt, Beratung, Anleitung und Rehabilitation ein größeres Gewicht haben werden.

Japan und Deutschland sind technisch hoch entwickelte Länder. Ihre Probleme sind ähnlich, auch wenn der kulturelle Hintergrund unterschiedlich ist. Es stehen jedoch nicht nur die ökonomischen Veränderungen im Mittelpunkt. Parteien, Kirchen und Medien beschäftigen sich gegenwärtig sehr intensiv mit ethischen Themen wie z. B. der Gen-Technik, der Präimplantationsdiagnostik und der Stammzellenforschung. Die Zunahme von alten Menschen zwingt zur Auseinandersetzung mit den Fragen zur Palliativmedizin, Sterbehilfe und der Hospizarbeit.

Im Großen verbindet uns Pflegenden weltweit neben der WHO der ICN. Neben den 4 grundlegenden Aufgaben für Pflegenden (Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wieder herzustellen und Leiden zu lindern) postuliert er ebenso die Achtung vor dem Leben, vor der Würde und den Grundrechten des Menschen. Ihre vordringlichste Verantwortung gilt dem pflegebedürftigen Menschen. Sie sorgen bei ihrer Tätigkeit dafür, dass die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen respektiert werden.

Der Kontakt zwischen der Aino-Gakuin-Fakultät

und der Kaiserswerther Diakonie füllt die Worte des ICN mit Leben. Wir lernen uns und unsere Arbeit gegenseitig kennen und verstehen. Und wir handeln im Sinne Florence Nightingales, die 1890 öffentlich ihre

Hoffnung äußerte, dass nicht nur ihr Werk in die Geschichte eingehe, sondern dass es von uns Pflegenden fortgesetzt werde.