



MEMORANDUM 2024



ALLGEMEINER
KRANKENPFLEGEVERBAND
BELGIENS

1. Zeit für qualitativ hochwertige Pflege mit der richtigen Fachkraft am richtigen Ort
2. Mehr Mitspracherecht in der Politik und am Arbeitsplatz
3. Starke, einheitliche Ausbildung und Förderung des lebenslangen Lernens
4. Dem Beruf zu mehr Attraktivität verhelfen
5. Deontologie und Ethik



Fünf strukturelle Punkte und ihre möglichen **Lösungen**

Wer kümmert sich um unsere Krankenpfleger? Während der Covid-Pandemie haben wir erfahren, wie wichtig die Krankenpflege für unsere Gesellschaft ist. Die Krankenpflegerinnen und -pfleger haben Überstunden an der Front gemacht und für unser aller Gesundheit gekämpft. Monatelang haben wir unseren Helden jeden Abend applaudiert. Doch als der Beifall abklang, gab es nur noch wenig politisches Engagement, um ihnen wirklich zu danken und ihnen das zu geben, was sie verdienen: strukturelle Unterstützung für diesen wichtigen Sektor.

Der Allgemeine Krankenpflegeverband Belgiens (AKVB) setzt sich für die Verteidigung der Krankenpflegerinnen ein. In diesem Memorandum erläutern wir fünf Prioritäten für die kommenden Jahre. Fünf strukturelle Punkte und ihre möglichen Lösungen. Dabei lassen wir auch die Krankenpfleger selbst zu Wort kommen. Auch unsere Pflegekräfte brauchen Pflege: Sie haben psychische und physische Probleme aufgrund der Schmerzpunkte, die ihren Sektor betreffen. Die Krankenpfleger berichten über ihre täglichen Erfahrungen und darüber, was sie von den politischen Entscheidungsträgern ab 2024 wirklich brauchen.

AKVB

Der AKVB ist ein pluralistischer, unabhängiger Verband, dessen Aufgabe es ist, die Pflege und die Qualität der Pflege zu entwickeln und zu unterstützen. Der Verband ist seit 1952 eine Referenz und ein proaktiver Mitwirkender in der Krankenpflege und im Gesundheitswesen. Der Verband spielt unter anderem eine wichtige Rolle als wichtiger Gesprächspartner in der Politik im Bereich der Krankenpflege.





1

**ZEIT FÜR QUALITATIV HOCHWERTIGE
PFLEGE MIT DER RICHTIGEN FACHKRAFT
AM RICHTIGEN ORT**

Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen retten Leben. Das war bereits bekannt. Aber jetzt geht aus einer Studie von RN4Cast hervor, dass die Anwesenheit von ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal am Patientenbett die Sterblichkeitsrate senkt. In unserem Land kommen auf einem Krankenpfleger oder einer Krankenpflegerin durchschnittlich elf Betten zu. Zum Vergleich: Der europäische Durchschnitt liegt bei acht Betten pro Krankenpfleger oder Krankenpflegerin. **Ein besserer Pflegepersonalquotient ist daher ein zentrales Ziel des AKVB**, und das in allen Pflegesektoren und rund um die Uhr. Dies wurde auch vom KCE untersucht und empfohlen.

Außerdem spielen auch die Aufgaben der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen eine wichtige Rolle: Sind sie für die Patientenversorgung zuständig oder übernehmen sie zusätzlich noch allerlei logistische und verwaltungstechnische Aufgaben? Gegenwärtig verbringen die Krankenpflegerinnen und -pfleger viel Zeit mit dem Ausfüllen von Dokumenten, dem Austeilen von Mahlzeiten oder dem Abholen von medizinischem Material. Hier gilt: die richtige Fachkraft am richtigen Ort. Das Krankenpflegepersonal sollte sich auf seine Kernaufgabe konzentrieren können: den Kontakt mit den Patienten und die ihm gewährte Pflege. Verwaltungs- oder Logistikaufgaben sollten von Mitarbeitenden mit dem richtigen Profil ausgeführt werden (Pflegehelfer, Logistikassistenten, Techniker ...).

Als drittes kommt es darauf an, wer diese Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sind. Welche Ausbildung, Erfahrung und Fachausbildung haben sie? Die Abteilungen müssen sich zunehmend mit unerfahrenem Pflegepersonal begnügen, obwohl erfahrene und spezialisierte Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen für eine effizientere, schnellere und kompetentere Pflege stehen. **Daher ist die (finanzielle) Förderung von Fachausbildungen von entscheidender Bedeutung.** Dies erfordert auch eine Anpassung der veralteten Nomenklatur für die häusliche Krankenpflege, wobei den tatsächlichen Kosten Rechnung zu tragen ist. Die inkonsequente Vergütung von Ausbildung, weiteren Spezialisierungen und die steigenden Kosten machen den Beruf des Krankenpflegers oder der Krankenpflegerin aus finanzieller Sicht immer uninteressanter. Diese drei strukturellen Schwachstellen – zu hoher Patientenschlüssel, zu viele zusätzliche Aufgaben und Unterbezahlung – führen zu großem Zeitmangel, übermäßiger Arbeitsbelastung und geringerer Pflegequalität. Lösungen sind möglich, wenn die Finanzierung der Pflege und die Personalschlüssel gründlich überprüft werden.

KONKRET SIEHT DER AKVB FOLGENDE LÖSUNGEN:

1. Eine bedarfsgerechte Personenschlüssel in der Pflege.
Sowohl für Tag- als auch für Nachtschichten, in allen Bereichen intra und extra muros einschließlich häuslicher Krankenpflege, Krankenhausaufenthalten und Wohn- und Pflegezentren.
2. Mehr logistische Unterstützung und Ausweitung der entsprechenden Arbeitszeiten.
Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen müssen sich ihren Hauptaufgaben widmen können. Zu diesem Zweck benötigt jeder Krankenpfleger oder jede Krankenpflegerin eine zusätzliche Unterstützung von 0,2 VZÄ (in den Bereichen Verwaltung oder Logistik). Auch diese unterstützende Funktion sollte in allen Diensten Teil der Normen werden.

3. Senkung des Patientenschlüssels auf den europäischen Durchschnitt von acht Patienten pro Krankenpfleger oder Krankenpflegerin. Die einem Patienten gewidmete Pflegezeit ist umgekehrt proportional zur Anzahl der Patienten, die von einem Krankenpfleger oder einer Krankenpflegerin betreut werden.
4. Finanzielle Aufwertung von Erfahrung, Ausbildung und Spezialisierung der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen, unabhängig von der Ebene, auf der sie von der zuständigen Behörde (föderal, kommunal oder regional) festgelegt werden. Einrichtungen, die eine qualitativ hochwertige und effiziente Pflege anbieten wollen, müssen die richtigen Leute für die richtigen Stellen anziehen und Erfahrung und Spezialisierung (auch in finanzieller Hinsicht) vergüten.
5. Anpassung der Nomenklatur der Gesundheitsdienstleistungen an den tatsächlichen Kostenpreis. Dabei sollten die neuen Technologien und Pflegehandlungen berücksichtigt werden. Dies mit besonderem Schwerpunkt auf der Nomenklatur der häuslichen Krankenpflege. Präventives Monitoring durch einen Krankenpfleger oder einer Krankenpflegerin und innovative Maßnahmen werden finanziell nicht belohnt. Die veraltete Nomenklatur ist ein Zeichen für die mangelnde Anerkennung der Aufgaben der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen.
6. Die systematische Streichung der Dienstleiter aus der Personalplanungsnorm, um Zeit für Managementaufgaben und einen Platz für einen zusätzlichen Krankenpfleger oder Krankenpflegerin freizumachen.

Im Hinblick auf die Normen für Wohn- und Pflegezentren ist besondere Aufmerksamkeit erforderlich. Wohn- und Pflegezentren sind schon lange keine Wohnanlagen für ältere Menschen mehr. Immer häufiger werden Menschen mit komplexen Erkrankungen aufgenommen, die spezielle Pflege benötigen. Bereits im Memorandum 2019 forderte der AKVB daher eine **bessere Koordination der pflegerischen Tätigkeiten in Wohn- und Pflegezentren**. Diese Empfehlungen wurden jedoch nicht befolgt. Und dann kam die Corona-Pandemie. Diese Krise hat die strukturellen Probleme in den Wohn- und Pflegezentren noch verstärkt. Die vom AKVB unterstützte Studie „Standards und Pflegequalität in Wohn- und Pflegezentren“ zeigt eine Reihe von Lösungsmöglichkeiten auf, darunter die Verwendung von Qualitätsindikatoren sowohl für die Pflegequalität als auch für den Personalschlüssel .

KONKRET SIEHT DER AUVB-UGIB-AKVB FOLGENDE LÖSUNGEN:

1. Die Einführung der Position einer „Pflegekoordination“ in Wohn- und Pflegezentren, die von einem Krankenpfleger oder einer Krankenpflegerin mit anerkannter Führungsausbildung ausgeübt wird.
2. Ausreichende Anzahl von Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in den Normen für Wohn- und Pflegezentren unter Berücksichtigung der verschiedenen Fähigkeiten und Spezialisierungen (u. a. Geriatrie, Palliativpflege, Pflege am Lebensende, Referenzperson für Misshandlung älterer Menschen, Referenzkrankenpfleger oder -krankenpflegerin für

Demenz, Wundkrankenpfleger oder -krankenpflegerin, Krankenhaushygiene, Fachkrankenpfleger oder -krankenpflegerin für Kontinenz/Inkontinenz, Referenzkrankenpfleger oder -krankenpflegerin für Qualität usw.).

3. Einführung regionaler Referenzwohn- und Pflegezentren bei bestimmten Krankheiten, z. B. Demenz.
4. Ein umfassender Plan für die Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen (häusliche Krankenpflege und Krankenhäusern).
5. Allgemein: ein übergreifendes Modell der integrierten Pflege in den Bereichen der Primäerversorgung (einschließlich Krankenhäuser und Wohn- und Pflegezentren).
6. Stärkere Entwicklung von Rehabilitationskliniken als Zwischenschritt zwischen Krankenhausaufenthalt und Rückkehr in die häusliche Umgebung.

FAZIT

DREI STRUKTURELLE PROBLEME:

- ein zu hoher Patientenschlüssel
- zu viele zusätzliche Aufgaben (verwaltungstechnischer und logistischer Art)
- unzureichende Vergütung von Ausbildung/Studium, Erfahrung, Spezialisierung

>> führen zu großem Zeitmangel, übermäßiger Arbeitsbelastung, geringerer Pflegequalität sowie mentaler und körperlicher Überlastung der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger. Dadurch entsteht ein Teufelskreis, in dem stets mehr Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen aufhören und der Zustrom von Personal immer geringer wird. Die Probleme verschärfen sich dadurch noch weiter.

Eine gründliche Überarbeitung der Finanzierung der Pflege und der Personalschlüssel böte Lösungen. Hierbei gilt den Wohn- und Pflegezentren besondere Aufmerksamkeit, da dort eine immer komplexere medizinische Versorgung gewährleistet werden muss.

>> Eine qualitativ hochwertige Pflege mit der richtigen Fachkraft am richtigen Ort benötigt Zeit



2

**MEHR MITSPRACHERECHT IN DER POLITIK
UND AM ARBEITSPLATZ**

Klinisches Leadership in der Pflege. Dies ist ein strategisches Ziel und eine globale politische Priorität der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den Zeitraum 2021-2025. Die WHO will unter anderem den Anteil und das Mitspracherecht von Krankenpflegerinnen und -pflegern in Führungspositionen im Gesundheitswesen und im Bildungsbereich erhöhen, um auf diese Weise künftige Generationen von Führungskräften in der Pflege vorzubereiten. Mitspracherecht, Vertretung und Autonomie der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen müssen auch in unserem Land eine wichtige Rolle spielen – auf politischer Ebene ebenso wie am Arbeitsplatz. Obwohl Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ausmachen, sind sie derzeit kaum an der Gestaltung der Politik, die ihre Arbeit betrifft, beteiligt. So werden beispielsweise die LIKIV-Vereinbarungen zwischen Fachärzten sowie Wirtschaftswissenschaftlern und anderen Fachleuten außerhalb des Gesundheitssektors ausgehandelt. Die aktuellen LIKIV-Vereinbarungen enthalten zwar Normen zur rechtlichen Ausübung und juristischen Verantwortung in der Pflege, aber Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen verdienen eine stärkere **Vertretung in allen relevanten Gremien, die eine Rolle bei der die Pflege betreffende Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung von Maßnahmen** spielen. Auch die Entwicklung von Pflegeräten und **Pflegemanagement kann zu mehr Mitspracherecht** und Leadership beitragen.

KONKRET SIEHT DER AKVB FOLGENDE LÖSUNGEN IN BEZUG AUF DAS POLITISCHE MITSPRACHERECHT:

1. Die obligatorische, verhältnismäßige und angemessene Beteiligung an dem und Integration in den Pflegeberuf betreffend Entscheidungen und deren Umsetzung
2. Eine ausgewogene und angemessene Vertretung der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger:
 - in allen Räten und Ausschüssen auf föderaler Ebene;
 - in allen Räten und Ausschüssen auf regionaler Ebene (auch denen, die nach der sechsten Staatsreform eingerichtet wurden);
 - in den verschiedenen LIKIV-Räten und Ausschüssen;
 - auf europäischer Ebene;
 - in den ministeriellen Kabinetten.
3. Die Einrichtung lokaler Pflegeräte mit dem Ziel und der Aufgabe, die Qualität der Pflege zu verbessern und zu fördern. Pflegeräte müssen unabhängig sein, damit sich die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen auch an sie wenden können, um unerwünschte Ereignisse zu melden
4. Bei der Errichtung der klinischen Krankenhausnetze Einrichtung der Funktion „Pflegerleitung des Netzwerks“. Der regionale Pflegerat für klinische Krankenhausnetze und die Pflegerleitung des Netzwerks sollten die gleichen Rechte erhalten wie der medizinische Beirat und der leitende Arzt des Netzwerks. Das Pflegepersonal muss in alle Hierarchieebenen (einschließlich Entscheidungsfindung) integriert werden.
5. Die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen müssen an der Ausarbeitung der LIKIV-Vereinbarungen beteiligt werden und ein Mitspracherecht bei der Verteilung der von ihnen erwirtschafteten Finanzmittel haben. Die Pflegearbeit beschränkt sich nicht auf Pflegehandlungen und delegierte Handlungen. Pflege ist nicht nur (be)handeln, sondern erfordert klinische Reflexivität und spezifische Verantwortung. Dies ist ebenso zu berücksichtigen wie die dafür bereitzustellenden finanziellen Mittel.

6. Integration einer Vertretung der Pflege auf allen Ebenen der „Netzwerke der ersten Linie“
7. Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sollten dazu ermutigt oder verpflichtet werden, Berufsvereinigungen beizutreten.
8. Die Vertretung der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen durch die zu diesem Zweck finanzierten Einrichtungen (wie AUVB-UGIB-AKVB)
9. Im Bereich Gesetzgebung: Jedes neue Gesetz oder Dekret, das sich auf den Pflegeberuf bezieht, muss entweder von der technischen Fachkommission für Krankenpflege (CTAI), vom Föderalen Rat für Krankenpflege (CFAI) und/oder vom Allgemeinen Krankenpflegeverband Belgiens (AKVB) befürwortet werden. Der Pflegeberuf sollte durch den AKVB in allen offiziellen Gremien und Arbeitsgruppen mit Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen und/oder Angehörigen der Gesundheitsberufe vertreten sein, sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene. Kurzfristig sollte die Verteilung der Mitglieder in beratenden Gremien wie CTAI und CFAI überprüft werden, wobei die Krankenpflege stärker vertreten sein sollten. Auch der Arbeits- und Entscheidungsprozess sollte überarbeitet werden. Die von den Ministerien angeforderten Stellungnahmen sollten verbindlicher gemacht und besser befolgt werden. Schließlich muss die Arbeit der Beratungsgremien weiterhin gewährleistet sein. Die Neubesetzung und Ernennung von Mitgliedern darf nach einem Regierungswechsel nicht gefährdet werden.

Die fehlende Stimme der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen macht sich nicht nur auf politischer Ebene bemerkbar, sondern auch am Arbeitsplatz. Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger erwerben während ihrer Ausbildung und durch ihre Berufserfahrung wichtige Kompetenzen, die ihnen ein hohes Maß an (klinischer) Autonomie verleihen. Diese kommt jedoch oft nicht vollständig zum Einsatz. Und wenn die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen ihre Fähigkeiten einsetzen dürfen, erhalten sie dafür im Gegenzug keine Anerkennung. Dies zeigt sich beispielsweise im Zusammenhang mit der Diagnostik: Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen dürfen bei ihren Patienten eine Diagnose stellen und eine Behandlung festlegen, aber erst nach offizieller Genehmigung durch den Arzt tatsächlich behandeln. **Die Einführung von Pflegeberatung, -diagnose und -verordnung** wäre in dieser Hinsicht ein wichtiger Schritt nach vorn. Damit erhalten die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen nicht nur Autonomie und Anerkennung, sondern auch die Pflege wird dadurch effizienter für alle Beteiligten. Ein weiterer wichtiger Schritt ist **die Einfügung der Pflegekompetenzen in einen klaren rechtlichen Rahmen, der auch eine finanzielle Vergütung vorsieht** (nach dem Vorbild der ärztlichen Zulassung). Die Vergütung muss dem Ausbildungsstand, der Erfahrung, der Verantwortung und dem Dienstalter entsprechen.

KONKRET SIEHT DER AKVB FOLGENDE LÖSUNGEN IN BEZUG AUF BEFUGNISSE AM ARBEITSPLATZ:

1. **Befolgung der Stellungnahmen der Arbeitsgruppe „Grundausbildung“**
Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen haben Berufsprofile, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, die an das Ausbildungsniveau gebunden sind (EQR-Ausbildungsstufen 4, 5, 6, 7). Die Stellungnahmen Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Grundausbildung“ der Task

Force (2021) im Einklang mit dem Funktionsmodell der Pflege der Zukunft (Empfehlung des Föderalen Rat für Krankenpflege) müssen befolgt werden.

2. Anerkennung der Kompetenzen der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen

Beschreibung und Anerkennung der Kompetenzen von Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen, einschließlich klinischer Reflexion, Pflegediagnose, Erkennung, Beratung und Verschreibung durch den Krankenpfleger oder die Krankenpflegerin. Die Kompetenzen der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenpfleger oder Krankenpflegerin sollten erweitert werden, indem die Verschreibung von Pflegemaßnahmen (einschließlich Impfungen), die Pflegeberatung in der eigenen Abteilung und/oder außerhalb (je nach Berufsprofil) – und dies sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses – aufgenommen werden. Auch die Prävention in der Gesundheitsversorgung sollte stärker in den Mittelpunkt gerückt werden, wobei Krankenpflegerinnen und -pfleger eine wichtige Rolle spielen können. Kompetenzen müssen durch berufliche Anerkennung aufgewertet und in einen klaren Rechtsrahmen eingegliedert werden. Sie müssen mit einer finanziellen Vergütung einhergehen, entsprechend dem Beispiel der ärztlichen Zulassung. Die Vergütung von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen muss in allen Bereichen ihrem Ausbildungsstand (Spezialisierungen, Weiterbildung), ihrer Erfahrung, ihrer Verantwortung und ihrem Dienstalter entsprechen.

3. Klinisches Leadership in der Krankenpflege

Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger müssen die Möglichkeit haben, ihre pflegerische/klinische Führungsrolle voll auszuüben. Da Führung heute weitgehend teambasiert ist, müssen die Krankenpfleger die Möglichkeit haben, ihr Wissen mit Kollegen (einschließlich Pflegepersonal) zu teilen. Die Entwicklung der Führungsqualitäten von leitenden Mitarbeitenden (Pflegedienstleitung/Dienstleitung) ist ebenfalls eine Garantie für mehr Attraktivität.

4. Eine faire und angemessen finanzierte Funktionsdifferenzierung

Ausbildungsniveau und Spezialisierung wirken sich auf die Qualität der Pflege aus. Dies muss über die Funktionsdifferenzierung anerkannt und vergütet werden.

FAZIT

KLINISCHES LEADERSHIP SOWIE MITSPRACHERECHT UND AUTONOMIE IN DER PFLEGE MÜSSEN GESTÄRKT WERDEN:

>> Auf politischer Ebene:

- systematische Einbeziehung der Krankenpflege in Entscheidungsgremien
- Pflegeräte und Pflegemanagement
- Mitgliedschaft in Berufsvereinigungen
- ...

>> Am Arbeitsplatz: Anerkennung von Reflexivität und Expertise:

- gesetzliche Anerkennung der Pflegediagnose
- Einführung des durch Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen ausgestellten Verordnungen
- anerkannte und finanzierte Pflegeberatungen
- ...



3

**STARKE, EINHEITLICHE AUSBILDUNG
UND FÖRDERUNG DES LEBENSLANGEN
LERNENS**

Eine qualitativ hochwertige Pflege erfordert lebenslanges Lernen: eine solide Grundlage in der Pflegeausbildung, tägliche Erfahrung und auch regelmäßige Weiterbildungen, um auf dem neuesten Stand zu bleiben. Aber es gibt mehrere Schwachstellen. Erstens **die Fragmentierung der Ausbildung.** Tatsächlich ist seit Januar 2016 die europäische Richtlinie in Kraft. Sie definiert zehn Kompetenzen, über die ein europäischer Krankenpfleger oder Krankenpflegerin verfügen muss. Ausbildungen, in denen diese Kompetenzen nicht erreicht werden, entsprechen nicht der europäischen Richtlinie, und diese Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sind innerhalb Europas nicht mobil. Belgien hat diese Richtlinie in belgisches Recht umgesetzt, und das wirkt sich auf die Pflegeausbildung aus. In Belgien gibt es zwei Ausbildungswege zum Krankenpfleger oder Krankenpflegerin: den Bachelor und das Brevet. Der Bachelor-Abschluss wurde 2016 in den drei Regionen Gemeinschaften von 3 Jahren auf 4 Jahre verlängert. Das Brevet wurde in Wallonien und in der deutschsprachigen Gemeinschaft von 3 Jahren auf 3,5 Jahre verlängert. 2023 wurde in Flandern der dreijährige Diplomstudiengang (HBO5) in einen neuen Studiengang „Krankenpflegeassistent“ umgewandelt. Mit anderen Worten: Es gibt große Unterschiede bei den Diplomen. Das führt zu Verwirrung und Fragmentierung.

KONKRET SIEHT DER AKVB FOLGENDE LÖSUNGEN FÜR KLA-RE AUSBILDUNGSWEGE FÜR PFLEGEHELFER, KRANKENPFLE-GEASSISTENTEN UND FÜR KRANKENPFLEGER DIE FÜR DIE ALLGEMEINE KRANKENPFLEGE VERANTWORTLICH SIND.

1. Der AKVB strebt einen einheitlichen Ausbildungsweg an, der zu einem eurokompatiblen Bachelor-Abschluss in der Krankenpflege führt: Krankenpfleger oder Krankenpflegerin die für allgemeine Pflege verantwortlich ist. Die Ausbildung zum Krankenpflegeassistenten (ab September 2024) ist ein HBO5-Programm. Bei anderen HBO5-Programmen/Brevet muss es sich um separate, nicht pflegerische und nicht eurokompatible Titel handeln.
2. Klare Kommunikation zu den Änderungen im Gesetz über die Ausübung der Gesundheitsberufe (GAGB) und deren Folgen. Derzeitige Pflegehelfer und alle Personen, die vor dem 18. Januar 2016 eine Ausbildung in der Krankenpflege abgeschlossen oder begonnen haben, können die Krankenpflege weiterhin ausüben, wenn sie das entsprechende Diplom besitzen und außerdem die in Artikel 25 genannten Bedingungen erfüllen. Sie können den Pflegeberuf ausüben und ihre erworbenen Rechte und Titel behalten¹⁴.
3. Zu den Änderungen des Gesetzes über die Ausübung der Gesundheitsberufe möchte der AKVB Folgendes betonen:
 - a. Pflegehelferinnen und -helfer unterstützen die Krankenpfleger (oder Krankenpflegeassistenten) bei pflegetechnischen, logistischen und gesundheitserzieherischen Aufgaben. 2019 wurden einige neue Maßnahmen in die Liste der Aufgaben aufgenommen, die Krankenpflegerinnen und -pfleger an Pflegehelferinnen und -helfer delegieren können. Diese Änderungen müssen in künftige Ausbildungen einfließen, und es sollten Anstrengungen unternommen werden, um die Qualität der Ausbildung von Pflegehelferinnen und -helfern zu verbessern.
 - b. Die HBO5-Ausbildung der Grundpflege des Krankenpflegeassistenten muss qualitativ stark ausgebaut werden: eine angemessene Ausbildung, die zu dem neuen Titel und

der neuen Position führt, mit einer angemessenen Gehaltstabelle (die der IFIC-Rahmen berücksichtigt). Die beruflichen Qualifikationen müssen gemeinschaftsweit abgefasst und angeglichen werden.

- c. Bei jeder Erweiterung der Kompetenzen, des Handlungskatalogs, der Verantwortlichkeiten und der Autonomie sollten die Krankenpfleger die für die allgemeine Krankenpflege verantwortlich sind, die Krankenpflegeassistenten und die Pflegehelfer jedes Mal die erforderlichen Weiterbildungen absolvieren.

Ein zweites Problem liegt in **dem Mangel an Raum für die Weiterbildung von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen und der (finanziellen) Vergütung von Spezialisierungen**. Die Gesundheitsversorgung und die Krankenpflege entwickeln sich in rasantem Tempo weiter: innovative Techniken, neue wissenschaftliche Erkenntnisse, Digitalisierung usw. Damit wird eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen notwendig. Die Spezialisierung von Krankenpflegern wird jedoch nicht (finanziell) anerkannt und auch nicht gefördert, z. B. durch Bildungsurlaub. **Dadurch sinken das Fachwissen und die Pflegequalität**. Jede Krankenpfleger oder Krankenpflegerin sollte in der Lage sein, die Pflege auf der Grundlage der zum jeweiligen Zeitpunkt verfügbaren fundierten Informationen durchzuführen, um gemeinsam mit den Nutznießern Betroffenen über die optimale Pflege zu entscheiden.

1. Eine verpflichtende, von der Regierung finanzierte Weiterbildung von 60 Stunden in 4 Jahren für alle Krankenpfleger. Diese Verpflichtung gewährleistet die Fortsetzung der Qualitätssicherung durch Wissenserhaltung und -vertiefung. (siehe Gutachten des föderalen Rates für Krankenpflege)
 - für alle neu diplomierte Krankenpfleger verpflichtend
 - für alle Krankenpfleger durch die öffentliche Hand finanziert
 - Während der Dauer der Weiterbildung müssen die jeweiligen Krankenpfleger an ihrem Arbeitsplatz ersetzt werden, damit Patienten und das Team nicht in Schwierigkeiten geraten.
2. Ausweitung des Systems des bezahlten Bildungsurlaubs auf alle Sektoren, den öffentlichen Dienst und die Privatwirtschaft.
3. Systematischer Ersatz für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in Weiterbildung, um die Sicherheit der Patienten und Krankenpfleger sowie die Machbarkeit der Teamarbeit zu gewährleisten.
4. Finanzielle Anerkennung (Prämie) aller Pflegespezialisierungen unabhängig vom Dienst, in dem man beschäftigt ist.
5. Eine kohärente und strukturierte Unterstützung der Forschung im Bereich Pflege und ihrer Verbreitung.
6. Förderung und Unterstützung der evidenzbasierten Praxis (EBP) für die und in der Pflege auf der Grundlage wissenschaftlicher Informationen und in Übereinstimmung mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft im Gesundheitssektor. Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sollten die Möglichkeit haben, durch Forschung neues Wissen zu generieren

und es in der Ausbildung, in Veröffentlichungen und auf Konferenzen weiterzugeben¹⁵. Dies bedeutet, dass die EBP in einer kohärenten und strukturierten Weise umgesetzt und unter den Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen verbreitet werden sollte. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, müssen Haushaltsmittel zur Verfügung gestellt werden, mit denen Pflegeleitlinien angelegt werden können, die für alle Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen tagtäglich gelten, und zwar unabhängig von ihrem Arbeitsplatz.

7. Bildungsprogramme, die den Entwicklungen am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft Rechnung tragen (z. B. ein Schulungsmodul zum Thema Gesundheit am Arbeitsplatz).
8. Ausbildungsprämien für die gesetzlich vorgeschriebene Weiterbildung, auch für selbständige Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger.
9. Eine dem Aufwand und der Verantwortung angemessene Vergütung für die Weiterbildung (analog zur früheren Systems der BBQ/FT) und die Förderung der Weiterbildung (Spezialisierungen, Module, Fortbildungen) durch einen Gehaltsaufschlag und die Anerkennung der beruflichen Entwicklung.
10. Eine angemessene Begleitung und angemessene Weiterbildung für Pflegeleitungen.
11. Eine Überprüfung der Funktionsdifferenzierung in der IFIC-Berufsklassifikation.
12. Die Vergütung von Führungspositionen in Übereinstimmung mit den übernommenen Verantwortung.
13. Anreize für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen, die in Teilzeit arbeiten und unterrichten, denn es ist wichtig, über Auszubildende mit praktischer Erfahrung zu verfügen.

Ein drittes Problem ist die Motivation der Auszubildenden und der Studierenden und in der Folge die zu geringe Anzahl neuer Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. Eine aktuelle Studie (2021) zeigt, dass 50 % der Auszubildenden/Studierenden im Bereich Krankenpflege von akademischem Burnout bedroht sind. Die Ursachen liegen nicht alle in der Pandemie. Eine andere Studie zeigt, dass bis zu 45 % der Auszubildenden/Studierenden planen, ihr Studium abzubrechen. Und zwei von zehn haben nicht vor, später im Gesundheitswesen zu arbeiten. Diese Ergebnisse zeigen, wie dringend notwendig eine Stärkung der Pflegeausbildung ist. **Entscheidend für eine gute Ausbildung im Gesundheitswesen sind die Praktika.** Es sollten ausreichend und gut angepasste Praktikumsplätze geschaffen werden, auch in den sogenannten technischen Diensten, damit sich die Studierenden optimal auf die Praxis vorbereiten und ihre Autonomie entwickeln können. Die Studierenden können dabei auf die Unterstützung von Betreuern zählen: Praktikumsleiter, Studienreferendar, Pflegelehrer. Eine gute Praktikumsbetreuung setzt jedoch eine ausreichende personelle Besetzung der Teams voraus. Praktikantinnen und Praktikanten sollten nicht als zusätzliche Mitarbeitende betrachtet werden, sondern sie benötigen im Gegenteil Anleitung und Aufsicht durch Fachleute. Dies ist ein weiterer Grund für die Anhebung der Personalnorm für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in den Teams. Um die Betreuungseinrichtungen zu ermutigen, ausreichend in gute Praktikumsplätze zu investieren, sollten sie diesbezüglich einen finanziellen Anreiz erhalten. Generell sollte die Zusammenarbeit zwischen Bildungseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen verstärkt werden.

KONKRET SIEHT DER AKVB FOLGENDE LÖSUNGEN IN BEZUG AUF DIE FINANZIERUNG VON PRAKTIKA:

- Entweder durch eine bessere Begleitung der Praktika in den Pflegeeinrichtungen (eine Finanzierung durch die Pflegestrukturen und nicht über den Bildungssektor kann Probleme mit Unterschieden zwischen den Gemeinschaften vermeiden).
- Oder durch die Finanzierung von Praktika im vierten Jahr des Bachelorstudiums (mit einer Vergütung für die Studierenden) und der Spezialisierungen.

Eine zweite mögliche Lösung zur Förderung des Zustroms von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen sind **Ausbildungen auf verschiedenen Ebenen**. Dadurch können mehr Menschen eine auf ihre Fähigkeiten und Interessen zugeschnittene Ausbildung in der Pflege erhalten. Das passt gut zum Subsidiaritätsprinzip, das alle Talente und Kompetenzen an der richtigen Stelle einsetzt. Angesichts der vielen verschiedenen Kurse erscheint es ratsam, fundierte Studiengänge/Ausbildungen anzubieten, die es Studierenden und Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen ermöglichen, von einer Stufe zur nächsten zu gelangen. So könnte beispielsweise ein Pflegehelfer die Möglichkeit erhalten, zusätzlich einen HBO5-Kurs zu absolvieren.

Wir brauchen eine transparente Funktionsbeschreibung für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen und Pflegekräfte, das für das ganze Land gilt. **Alle Funktionen müssen entsprechend ihrer Besonderheit aufgewertet werden**. Ihre Finanzierung sollte in allen Regionen und Gemeinden gleich sein.

FAZIT

Die Pflegeausbildung in unserem Land ist zu fragmentiert, Praktika werden nicht gefördert und die Studierenden brechen demotiviert ab. Dadurch sinkt die Zahl der neuen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. Die ständige Weiterbildung wird nicht ausreichend gefördert und (finanziell) vergütet. Dadurch sinkt die Qualität der Pflege.

>> Es gibt folgende Lösungsansätze: eine einheitlichen Ausbildung für Krankenpfleger die für die allgemeine pflege verantwortlich sind auf Bachelor-Ebene, finanzieller Anreiz für Praktika, Ausweitung des bezahlten Bildungsurlaubs, verpflichtende Weiterbildung, klare Funktionsbeschreibungen, Aufwertung für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen und pflegekräfte usw.



4

**DEM BERUF ZU MEHR ATTRAKTIVITÄT
VERHELFFEN**

Das Image der Krankenpflege ist wenig überzeugend. Seit Jahren wird in diesen Sektor zu wenig investiert: harte Arbeit, wenig Personal, oft gegen eine zu geringe Bezahlung. Der derzeitige Fachkräftemangel verschärft dieses Problem exponentiell, u. a. wegen der vielen Ersatzkräfte und der steigenden Anzahl Patienten, um die sich eine Krankenschwester oder eine Krankenschwester kümmern muss. Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, muss die Attraktivität des Berufs gesteigert werden. Die Zahl der Berufsausstiegerinnen und Berufsausstieger muss eingedämmt werden und die der Einsteigerinnen und Einsteiger steigen. Dafür ist es wichtig, dem **Beruf zu mehr Sichtbarkeit zu verhelfen.** Wenn die breite Öffentlichkeit mehr über die Vielseitigkeit der Arbeit und die Verantwortung von Krankenschwestern und Krankenschwestern erfährt, wird die Wertschätzung in der Gesellschaft wachsen. Die Art und Weise, wie derzeit über die Pflege gesprochen wird – in den Medien, bei Meinungsmachern, in Regierungen und in der Politik – muss sich ändern. Die Krankenpflege ist kein Verlustposten, der auf der sozialen Sicherheit lastet, sondern eine Investition in das Wohlergehen und die Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger und der Gesellschaft als Ganzes. Es braucht ein starkes Image der Krankenpflege, um junge Menschen für den Beruf zu begeistern und den derzeitigen Krankenschwestern und Krankenschwestern mehr Anerkennung für ihre Arbeit zukommen zu lassen.

Neben dem Image muss auch der Inhalt des Berufes attraktiver werden: **bessere Arbeitsbedingungen und eine gute Work-Life-Balance.** Hierfür sind strukturelle Lösungen erforderlich: bessere Gehaltsbedingungen, vernünftige Arbeitszeiten und eine Anpassung der Sozialgesetzgebung an den Pflegesektor mit seinen variablen Stundenplänen, unregelmäßigen Schichten Pausen und zahlreichen Vertretungen. Zu viele Krankenschwestern und Krankenschwestern flüchten heute in andere Berufe oder in Grenzländer wie das Großherzogtum Luxemburg, weil die Gehaltsbedingungen dort attraktiver sind. Aber auch kleinere Lösungen können viel bewirken, z. B. die Einführung eines Barometers für das Pflegepersonal, Qualitätsaudits und Initiativen zur Verbesserung der Ergonomie.

KONKRET SIEHT DER AKVB FOLGENDE LÖSUNGEN:

1. Werbekampagne zur Verbesserung des Images: Ein realistisches Bild der

Pflege kommunizieren, mit allen positiven Aspekten, ohne dabei die Herausforderungen zu beschönigen. Videos können die besondere Identität und das breite Spektrum an Kompetenzen des Berufs betonen. Auch Autonomie, Verantwortung und zwischenmenschliche Beziehungen der Pflegearbeit sollten stärker hervorgehoben werden. Die Kampagne sollte sich vor allem an die Generationen Y (zwischen 1980 und 1995 geboren) und Z (zwischen 1996 und 2015 geboren) richten.

2. Gute Work-Life-Balance und gute Arbeitsbedingungen

In Zeiten steigender Fehlzeiten und zunehmender Burnouts wird einer gesunden Work-Life-Balance zu Recht mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Die Sozialgesetzgebung muss an die Realität im Gesundheitssektor mit unter anderem seinen variablen Arbeitszeiten, unregelmäßigen Schichten, zahlreichen Vertretungen angepasst werden. Neben mehr Personal sowie zusätzlicher logistischer Hilfe und zusätzlichem Verwaltungspersonal können zur Unterstützung des Pflegeteams, zur Verringerung der Arbeitsbelastung und zur Wiederherstellung der Work-Life-Balance folgende Maßnahmen eine dringend benötigte Entlastung bringen:

– **Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz:**

Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz müssen durch bessere Prävention, gute Arbeitsbedingungen, ein gutes Arbeitsklima und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden angegangen werden. Alle Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sollten sich in schwierigen Situationen wie Gewalt, Aggression, Mobbing und Burnout-Risiko an eine professionelle Vertrauensperson in ihrer Einrichtung wenden können. Wir fordern gesetzliche Maßnahmen zum Schutz von Gesundheitsdienstleistenden vor Gewalt sowie verbaler und körperlicher Aggression.

– **Verbesserung und Überwachung der Arbeitsbedingungen:**

Gute Arbeitsbedingungen tragen dazu bei, dass Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen dem Gesundheitswesen erhalten bleiben. Dies kann zum Beispiel durch den Einsatz eines spezifischen Softwareprogramms, die Entwicklung von Magnetkrankenhäusern und die Bereitstellung innovativer Pflegeleistungen gefördert werden. Des Weiteren ist es wichtig, die Qualität der Arbeitsbedingungen kontinuierlich zu überwachen und gegebenenfalls zu verbessern, um Probleme zu erkennen und zu wissen, was benötigt wird. Gesundheitseinrichtungen können Daten nutzen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dies kann z. B. durch die Einführung von Qualitätsaudits, die Einführung von finanzierten Burnout-Präventionsprogrammen oder Initiativen zur Verbesserung der Ergonomie (z. B. Exoskelette) erfolgen.

FAZIT

Image und Inhalt des Krankenpflegeberufs sind mangelhaft. Teufelskreis, der zu mehr Berufsaussteigern als Einsteigern führt. Die strukturellen Probleme werden dadurch verfestigt: übermäßige Arbeitsbelastung, psychische und physische Überlastung, zu hoher Patientenschlüssel usw.

- >> Aufbesserung des Images, um junge Menschen zu begeistern und so auch die Wertschätzung der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen zu steigern
- >> Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Work-Life-Balance, für ein erträglicheres Berufsleben
- >> Die Qualität der Arbeit nicht nur steigern, sondern auch kontrollieren, um kontinuierlich und dauerhaft die Schwachstellen aufzudecken und daran zu arbeiten (z. B. Qualitätsaudits).



5

DEONTOLOGIE UND ETHIK

Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen handeln nach verschiedenen Vorgaben. So gibt es Leitlinien und Protokolle, um Pflegehandlungen in einer (technisch) guten und verantwortungsvollen Weise auszuführen. Die zunehmende Bedeutung der evidenzbasierten Praxis ist eine Folge davon. Darüber hinaus gibt es Gesetze, die die Pflegehandlungen und die Arbeitsweise von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen bestimmen. Wichtige Gesetze in diesem Zusammenhang sind unter anderem das Patientenrechtegesetz, das Qualitätsgesetz, das Gesetz über das Berufsgeheimnis und das Sterbehilfegesetz. Das dritte Element betrifft Ethik und Deontologie, d. h. die Frage, welche Normen und Werte in einer bestimmten Situation eine Rolle spielen, und das Treffen fundierter Entscheidungen für eine „gute Pflege“ auf der Grundlage dieser Normen. **Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger** sind täglich mit **ethischen Fragen** konfrontiert. Dabei geht es einerseits um den gerechten Zugang und die gerechte Verteilung der Pflege und andererseits die Wahrung von Lebensqualität, um Sinn, Autonomie und Menschenwürde. **Bei Ethik und Deontologie geht es um die Anerkennung der Würde jedes Einzelnen**, um das Streben nach Gerechtigkeit, Respekt und dem Wohl der Patientinnen und Patienten.

Diese drei Bereiche stehen nicht für sich allein. In der Pflege geht es immer um das menschliche Wohlergehen. **Eine qualitativ hochwertige Pflege sollte nicht nur technisch ausgereift und rechtlich korrekt sein, sondern auch ethisch und deontologisch fundiert.** Menschliche Werte wie Einfühlungsvermögen, Mitgefühl, Respekt und Integrität sind in der Gesundheitspraxis von unschätzbarem Wert. Da, wo es jedoch an Händen für die Grundversorgung fehlt, ist sicher nur wenig Platz für umfassende ethische Überlegungen. Dadurch verliert die Pflege an Qualität. Daher muss diesem Aspekt mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, sowohl auf der politischen Ebene (Makroebene), auf der Ebene der Gesundheitseinrichtung (Mesoebene), am Arbeitsplatz (Mikroebene) und in der Pflegeausbildung. Leider stimmt dies nicht mit der gegenwärtigen Situation im Gesundheitswesen überein. Es muss in der Tat langfristig investiert werden, und bei den Investitionen muss die Ethik kontinuierlich berücksichtigt werden. Zu diesem Zweck sollte das Management nicht nur Raum für ethische Überlegungen in der Organisation schaffen, sondern sich auch selbst aktiv daran beteiligen. Die Einrichtung eines Deontologieausschusses für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen auf Makroebene wäre ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Dieser Ausschuss kann einen Beitrag zu Regulierung, Schutz, Ethik, zur beruflichen Entwicklung und zur Bearbeitung von Beschwerden innerhalb des Pflegeberufs leisten. Die Einrichtung eines Gremiums zum Austausch in allen Gesundheitseinrichtungen oder die Stärkung der Fächer Ethik und Deontologie in der Ausbildung könnten ebenfalls wichtige Schritte sein.

KONKRET SIEHT DER AKVB FOLGENDE LÖSUNGEN:

1. Die Einrichtung eines Deontologieausschusses für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in Belgien. Dieser Ausschuss kann für den beruflichen und rechtlichen Rahmen in der Krankenpflege bürgen und einen Beitrag zu Regulierung, Schutz, Ethik, zur beruflichen Entwicklung und zur Bearbeitung von Beschwerden innerhalb des Pflegeberufs leisten. Er kann bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege und dem Schutz des Einzelnen und der Krankenpfleger im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielen.
 - a. **Berufliche Regulierung:** Ein deontologischer Ausschuss kann Normen und Kriterien für die Qualifikationen, Kompetenzen und die berufliche Praxis der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen festlegen. Dies trägt zu Qualität und Sicherheit der Pflege durch das Pflegepersonal bei.

- b. Schutz der Nutzniesser Pflegebedürftigen und der Gesundheitsdienstleister:** Ein Deontologieausschuss kann die Zuständigkeit und die Verantwortung des Pflegepersonals, einschließlich seiner Rechte und Pflichten gegenüber den Patienten, festlegen. Dies trägt dazu bei, ein sicheres und ethisches Gesundheitsumfeld für Einzelpersonen und Gemeinschaften zu gewährleisten.
 - c. Berufsethik und Deontologie:** Ein Deontologieausschuss kann Leitlinien für die ethische Praxis und die Deontologie von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen festlegen. Er kann ethische Kodizes und Normen für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen festlegen und zur Förderung der Berufsethik und Integrität innerhalb des Berufs beitragen. Dies schafft Vertrauen und stärkt das Ansehen des Pflegeberufs.
 - d. Berufliche Entwicklung und Normen:** Ein Deontologieausschuss kann Normen für die Fort- und Weiterbildung festlegen und Programme und Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung und Spezialisierung anbieten. Damit können die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen ihre Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem neuesten Stand halten und den sich wandelnden Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht werden. Dieser Ausschuss kann Möglichkeiten für die Umsetzung von Ethik in Gesundheitseinrichtungen bieten und auch die dafür notwendige Unterstützung leisten.
 - e. Bearbeitung von Beschwerden und Disziplinarmaßnahmen:** Ein Deontologieausschuss kann als unabhängiges Gremium für die Bearbeitung von Beschwerden und die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen gegen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen fungieren. Er kann unabhängig Beschwerden untersuchen, vermitteln und beraten (Stellungnahmen abgeben, ohne zu sanktionieren oder sich an einer sanktionierenden Stelle zu orientieren). Dies trägt zur Rechenschaftspflicht und beruflichen Verantwortung der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen bei und ist gleichzeitig in öffentlichem Interesse. (Unabhängige Kommission - eine Helikopterposition)
- 2.** Ein nationales Förderprogramm für Gesundheitsethik. Ein derartiges Programm kann einen qualitativen und effektiven Einsatz der Ethik ermöglichen, um die Professionalität und Qualität der Pflege zu verbessern.
 - 3.** Empowerment mit Zeit und Raum für Deontologie und Ethik bei der Ausübung der Pflege. Wird der Ethik ein höherer Stellenwert eingeräumt, kann das für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen die Attraktivität des Pflegeberufs deutlich steigern, die Bindung an den Beruf erhöhen und einen enormen Schub an Professionalität bewirken. Der AKVB plädiert dafür, mehr „Reflexion über den Umgang mit moralischen Fragen in der täglichen Praxis“ zu ermöglichen und die Voraussetzungen dafür zu schaffen.
 - a.** Den bestehenden Ethikausschüssen in Krankenhäusern sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, um das ethische Bewusstsein des Personals und der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen zu fördern und die Kommunikation mit ihnen in dieser Hinsicht zu fördern. Es sollte ein größerer Anteil von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen an diesen Ethikausschüssen teilnehmen können.

- b. Die Einrichtung einer ethischen Austauschgruppe könnte hier ein Ansatz sein, und zwar auf allen Ebenen und in allen Pflegesituationen, wobei die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in Bezug auf die ethischen Aspekte der Pflege (häusliche Pflege, erste Linie Primärversorgung, psychische Gesundheit Wohn- und Pflegezentren, Menschen mit Behinderungen usw.) eine begleitende und beratende Rolle hätten.
 - c. Durch ihre fachkundige Anleitung könnten sich die dortigen Ethik-Beauftragten mit den Gesundheitsdienstleistenden austauschen.
- 4. Stärkung der Themen Ethik und Deontologie in den verschiedenen Ausbildungsprofilen der Pflege. Die Ausbildung sollte gezielt verbessert werden, um die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen zu Folgendem zu befähigen:
 - a. Nachdenken über die eigenen Werte und Normen und die der Pflegebedürftigen und überlegen, wie sie das eigene berufliche Handeln als Krankenpfleger oder Krankenpflegerin beeinflussen.
 - b. Ethisches Handeln.
 - c. Vorbildfunktion und professionelle Einstellung des Krankenpfleger oder der Krankenpflegerin sowie Einbeziehung der klinischen Reflexion und der Verantwortung des Krankenpfleger oder Krankenpflegerin (Klinisches Leadership in der Pflege).

FAZIT

Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen handeln auf Grundlage von Richtlinien, Protokollen und Gesetzen. Eine qualitativ hochwertige Pflege sollte nicht nur technisch ausgereift und rechtlich korrekt sein, sondern auch ethisch und deontologisch fundiert. Der Ethik muss daher mehr Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet werden, sowohl auf politischer Ebene und am Arbeitsplatz, aber auch in der Pflegeausbildung.

- >> Die Einrichtung eines Deontologieausschusses für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in Belgien. Für Regulierung, Schutz, Ethik, zur beruflichen Entwicklung und zur Bearbeitung von Beschwerden innerhalb des Pflegeberufs.
- >> Ein nationales Förderprogramm für Gesundheitsethik
- >> Mehr Raum für Ethik und Deontologie in der Praxis.
- >> Stärkung der Themen Ethik und Deontologie in den verschiedenen Ausbildungsprofilen

Das Memorandum des AKVB wird von den **Mitgliedern** unterstützt



Fotos: Marco Miertens

KONTAKT
 Allgemeiner Krankenpflegeverband Belgiens
 AUVB-UGIB-AKVB
 info@ugib.be
 www.auvb.be
 www.ugib.be
 www.akvb.be

