

Bildung zwischen Tradition und Zukunft

Michael Breuckmann

- 2.1 Einleitung – 20
- 2.2 Veränderungen in der Bildung – 20
- 2.3 Formale Ausrichtung akademischer Strukturen – 22
- 2.4 Inhaltliche Ausrichtung akademischer Strukturen – 25
- 2.5 Qualifikation und Rolle der Lehrenden – 26
- 2.6 Finanzierung – 27
 - 2.6.1 Berufliche Bildung – 27
 - 2.6.2 Hochschulen – 28
- 2.7 Schlussbemerkung – 28
- Literatur – 28

Die Veränderungen der pflegerischen Bildung in den letzten vierzig Jahren haben sich anfangs nur zaghaft entwickelt, da sie von Partikularinteressen gesteuert waren und auch heute noch sind. Die Diskussion um eine Bildung in akademischen Strukturen sorgt sowohl inhaltlich als auch strukturell für Ängste und vermeintliche Versorgungsproblematiken. Eine entscheidende Rolle kommt hierbei formalen Strukturen und den Lehrenden in der beruflichen Bildung und der Hochschule zu. Grundständige Studiengänge zur Berufsqualifikation in der Pflege sind eine zukunftsfähige Bildungsform.

2.1 Einleitung

„Die Schwester hat einen der schönsten Frauenberufe. Ihr Einsatz ist der Dienst am kranken Menschen. Sie ist die Assistentin des Arztes und hat daher eine interessante und vielseitige Ausbildung. Deshalb bekommt sie ein gutes Gehalt, hat ausreichend Freizeit und geregelten Urlaub“ (Breuckmann 1969).

Diese Umschreibung des Pflegeberufes aus dem Ende der 1960er Jahre umreißt sehr präzise, welches Verständnis in dieser Zeit zur beruflichen Rolle der Pflegenden aber auch zur Ausbildung in der Pflege vorhanden war. Berufliche Qualifikation war geprägt vom Verwertungsinteresse und von der dienenden Rolle der Berufsangehörigen. Die berufliche Sozialisation dieser Zeit, auch die des Autors, wurde bestimmt vom notwendigen Funktionieren auf der jeweiligen Station, geteilten Dienstzeiten und dem Primat der Verrichtungserfüllung. Bildung fand oft in den Abendstunden statt, war medizinentriert und wurde in manchen Bereichen von erfahrenen Stationsschwestern geleistet. Grundlage war das Gesetz über die Ausübung des Berufs Krankenschwester, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwester von 1957 mit zweijähriger theoretischer Ausbildung und einem einjährigen Praktikum.

Pflegeberufe und die hierzu gehörende Bildung sind seit jeher einem Wandel unterworfen und müssen sich immer neuen Herausforderungen stellen. Die Gründe hierfür sind seit Jahrzehnten unverändert: Struktur des Bildungswesens, Ökonomisierung, ein sich veränderndes Versorgungsspektrum und neue gesetzliche Bestimmungen. Im Folgenden werden verschiedene Aspekte der

Veränderungen in der beruflichen Bildung der Pflegeberufe, die Notwendigkeit einer Bildung in akademischen Strukturen, Aspekte der Finanzierung und der Rolle von Lehrenden dargestellt.

2.2 Veränderungen in der Bildung

Durch demographische und gesamtgesellschaftliche Faktoren begründete Veränderungen im beruflichen Handeln sind allein im Rahmen der bisherigen Ausbildung an Berufsfachschulen besonderer Art nicht mehr abzudecken. Die Realität in den Einrichtungen der stationären Pflege beispielsweise ist, dass aufgrund sinkender Liegezeiten in Krankenhäuser die Bewohner einen deutlich anderen Pflegeaufwand hervorrufen als dies vor Jahren noch der Fall war.

Die derzeitige Ausbildung allerdings wird in dieser Hinsicht kontraproduktiv durch folgende Faktoren beeinflusst:

- Immer noch bestehende Diversifikation nach Altersgruppen der Pflegebedürftigkeit
- Rückgang der Absolventinnen und Absolventen allgemeinbildender Schulen
- Kein regelhafter Erwerb einer höheren allgemeinen Bildungsqualifikation
- Reduzierung des Ausbildungsniveaus
- Deutliche Abhängigkeit von Trägerinteressen
- Nicht nachhaltig gesicherte Finanzierung
- Nicht vorhandene Europakompatibilität (Breuckmann in Kaufhold et al. 2014)

Traditionell sind die Bildungseinrichtungen für Pflegeberufe und andere Gesundheitsfachberufe in Trägerschaft von Krankenhäusern. Die damit verbundene organisatorische und wirtschaftliche Abhängigkeit prägt in vielen Fällen die Bildungsarbeit. Aus gesundheitspolitischer Sicht und Kostengesichtspunkten werden auch heute wieder vorhandene Ausbildungsplätze nicht immer besetzt.

Arbeitsmarktpolitisch wird vielfach nur für den eigenen Bedarf ausgebildet. Der Träger sieht prioritär die Versorgung seiner Patienten und die Funktion des Gesamtbetriebs Krankenhaus. Schulleitungen und andere Bildungsverantwortliche sehen dagegen prioritär die Notwendigkeit der Wissensvermittlung und des Lernens zur Erreichung einer beruflichen Handlungskompetenz. Dieser Konflikt ist

Ausgangspunkt für vielfältige kontroverse Diskussionen und führt häufig zu Entscheidungen gegen die Bildung. Dabei wird von den verantwortlichen Entscheidern, wie Geschäftsführern und ärztlichen Leitungen, die Notwendigkeit von hochqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Sicherstellung des Versorgungsauftrags der Klinik eingefordert. Hier hat sich die Haltung zum Verwertungsinteresse bis heute kaum verändert.

➤ **Lehrende und Lernende stehen in einem immer wieder auftretenden Dilemma und sich widerstreitenden ethischen Positionen.**

Das Spannungsfeld entsteht durch die Vermittlung einer beruflichen Handlungskompetenz zur Vermeidung einer Patientengefährdung einerseits und die Verwertungsinteressen sowie eine mangelnde politische und ökonomische Unterstützung der pflegeberuflichen Bildung.

Die Entwicklung von rechtlich eigenständigen Bildungseinrichtungen für Pflegeberufe und andere Gesundheitsfachberufe hat in den vergangenen zwanzig Jahren zugenommen. Die Beweggründe hierfür sind zurückgehende Bewerberzahlen, Kostenintensität, und überregionale Trägerschaften. Die Einsicht in die Notwendigkeit einer qualitätsorientierten Bildung, die effektive Nutzung vorhandener Ressourcen und damit die zukünftige Sicherung hochqualifizierter beruflich Handelnder ist nur in begrenztem Umfang treibende Kraft gewesen.

Das Problem wird verschärft durch die Regeln zur Finanzierung von pflegeberuflicher Ausbildung. Diese erfolgt ausschließlich über die Zahl der besetzten Ausbildungsplätze ohne Berücksichtigung von Bildungsangeboten und -qualität. Es entsteht bei zurückgehendem Bewerberpotential das Dilemma zwischen Finanzierungssicherung und Absenkung der Qualität der Auszubildenden.

In beiden Formen der Trägerschaft bleiben die Lernenden in der Rolle des abhängig beschäftigten Auszubildenden. Damit gelten Tarifvertragsrecht oder Äquivalente sowie alle arbeitsrechtlichen Bestimmungen, wie z. B. Weisungsgebundenheit, Arbeitszeiten. Gleiches gilt für die Lehrenden in den Bildungseinrichtungen.

Die Organisation des Lernprozesses erfolgt durch Vorgaben der jeweiligen Bildungseinrichtung. Diese

Vorgaben sind vielfach an die Organisation des Trägers und dessen Struktur gebunden und lassen sich individualisieren. Diese Konstellation verschärft den Konflikt zwischen der Bildung zur Erreichung der beruflichen Handlungskompetenz einerseits und der Sicherstellung des Versorgungsauftrags andererseits.

Die vorgenannten Faktoren sind je nach Bundesland, Schulträger, Schulform und Engagement der Handelnden in den Schulen unterschiedlich in ihrer Gewichtung und Bedeutung. In der Konsequenz hat sich bereits in den 1990er Jahren eine intensive Diskussion über zwingend notwendige Bildungsveränderungen, einschließlich akademischer Strukturen, entwickelt. Die systemische Zuordnung und die divergierende Zuständigkeit von Aufsichtsbehörden wurden für die Uneinheitlichkeit des Schul- und Bildungswesens in der BRD verantwortlich gemacht.

➤ **Neben einer Integration des Bildungswesens der Pflege in das bestehende Bildungssystem der damaligen Bundesrepublik wurde immer wieder gefordert, den bildungs- und berufspolitischen Sonderstatus der Krankenpflegeberufe aufzuheben (Schöffler 1992).**

Die Regelungskompetenz für den Bund, bei bestehender Kultushoheit der Länder, ergibt sich aus Art. 74. Nr. 19 in Verbindung mit Artikel 72 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 3 des Grundgesetzes (Schneider 2003). Die normativen Grundlagen für die Ausbildung in den klassischen Pflegeberufen sind im jeweils gültigen Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege verankert. Dieses hat im Laufe der letzten vierzig Jahre teilweise gravierende Veränderungen erfahren. Bis 2003 standen im Vordergrund die Funktionalität der beruflichen Tätigkeit und die Verwertung der Arbeitsleistung der Lernenden. Heute sind die Inhalte in Lernfelder oder Themenbereiche aufgegliedert, ohne jedoch den Anforderungen einer curricularen Vorgabe gerecht zu werden. Die Konsequenz ist, dass der Bildungsträger oder die jeweilige Bildungseinrichtung ein eigenes Curriculum erstellt. Hier sind Konflikte zwischen Bildungsauftrag und Trägerinteressen nicht zu vermeiden. In der aktuell gültigen Fassung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) sind erstmals ein

kompetenzorientierter Bildungsansatz und eine akademische Qualifikation im Rahmen von Modellversuchen beschrieben (Storsberg et al. 2006).

Ebenfalls seit 2003 ist die Ausbildung in der Altenpflege durch eine bundesgesetzliche Regelung normiert worden. Dies war erst nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes möglich (BVerfG 2002). Hiernach ist die Altenpflege in einer Gesamtbetrachtung den Heilberufen zuzuordnen. Das Berufsbild der Altenpflege hat sich in den fachlichen Anforderungen und den praktischen Voraussetzungen im Laufe der letzten zwanzig Jahre denjenigen der Heilberufe angenähert und einen klaren heilkundlichen Schwerpunkt entwickelt.

Eine akademische Qualifikation für das berufliche pflegerische Handeln vor dem Hintergrund vergleichbarer Berufschancen, der Entwicklung und Förderung der Pflegewissenschaft sowie der Anpassung der Pflegeausbildung an europäische Verhältnisse wird bereits im „Bildungsplan Pflege“ des Bundesausschusses der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA 1997), heute Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS), dargestellt und gefordert. Diese grundlegende Forderung nach Strukturveränderung wird durch den Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) in seiner Veröffentlichung „Pflegebildung offensiv“ aufgegriffen und ausgebaut (DBR 2010).

Im Juli 2012 hat der Wissenschaftsrat (WR) seine „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ (WR 2012) herausgegeben. Die hierin dargestellten Aufgaben und Kompetenzen unterscheiden sich von den bisherigen beruflichen Handlungen.

- » Um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu sichern, wird es immer wichtiger, dass auch Angehörige der Gesundheitsfachberufe vermehrt eigenständig und evidenzbasiert handeln und ihre professionelle Tätigkeit auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnis reflektieren können.“ (Marquardt 2012).

Praxistipp

Diejenigen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, die diese komplexen Aufgaben wahrnehmen, sollen an Hochschulen

ausgebildet werden. In primärqualifizierenden patientenorientierten Studiengängen sollen künftig 10–20 % eines Ausbildungsjahrgangs mit einem Bachelor-Abschluss zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigt werden (WR 2012).

Zur Etablierung derartig qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis sind durch die jeweiligen Leitungen des Bereiches Pflege Organisationsentwicklungsmaßnahmen zu entwickeln und einzuleiten.

Vor diesem Hintergrund muss dann auch die Diskussion um eine Assistentenqualifikation neu aufgenommen werden und sich an dem geplanten Pflegeberufegesetz orientieren. Dabei ist zu fordern (DBR 2006/2007):

- Dauer zwei Jahre
- Abschluss: Assistentin/Assistent Pflege
- Keine zeitliche und inhaltliche Anrechnung auf die weitere Ausbildung
- Gleichzeitiger Erwerb des Zugangs zur dreijährigen Pflegeausbildung an Berufsfachschulen

2.3 Formale Ausrichtung akademischer Strukturen

In Deutschland gibt es staatliche und staatlich anerkannte Hochschulen, die in Universitäten, Fachhochschulen sowie Kunst- und Musikhochschulen unterteilt werden. Der überwiegende Teil der Hochschulen befindet sich in staatlicher Trägerschaft und wird vom Staat finanziert. Es gibt auch Hochschulen, die von Konfessionen oder Religionsgemeinschaften betrieben werden, und staatlich anerkannte private Hochschulen. Die meisten privaten Hochschulen sind Fachhochschulen (HRK 2016). Bildungs- bzw. Studienangebot werden von der Trägerschaft nur in der fachlichen Begrenzung beeinflusst. Ziele der hochschulischen Bildung sind Wissensbeschaffung, -vermittlung, -erwerb und -transfer unabhängig von der individuellen Verwertung des jeweilig Studierten. Dies ist ein entscheidender Unterschied zur vor genannten beruflichen Bildung.

Für die Lehrenden bestehen je nach Anstellungsträger ein dienstrechtliches Verhältnis oder eine abhängige Beschäftigung. Für alle gilt aber der Grundsatz der Freiheit der Lehre, so dass keine inhaltliche Weisungsgebundenheit besteht.

Unabhängig von der Trägerschaft der Hochschule sind die Lernenden Studierende und unterliegen damit nur dem Hochschulrecht sowie den jeweiligen rechtlichen Bestimmungen der einzelnen Hochschule. Die Organisation des Lernprozesses ist individuelle Aufgabe des jeweiligen Studierenden und erfordert zur Erreichung des Studienzieles eine hohe Disziplin.

Die Diskussion um eine Qualifikation mit akademischen Strukturen in der Pflege ist eng verknüpft mit der Entwicklung von Studiengängen an Hochschulen. Im Jahre 1989 gab es in Deutschland drei Studienstandorte für Pflegestudiengänge. Im Jahre 2009 hatte sich die Zahl auf vierzig Standorte erhöht (www.pflegestudium.de 2009). Schwerpunkte der Studienangebote waren zu Beginn Pflegemanagement und Pflegepädagogik und nicht Pflegewissenschaft oder grundständige Qualifikationen. Das bisher in diesen Schwerpunkten entwickelte Wissen kann nur begrenzt als Grundlage für die Pflegewissenschaft herangezogen werden.

➤ **Durch diese Entwicklung besteht die Gefahr, dass in diesen Schwerpunkten generiertes Wissen „aufgepfropft“ wird oder die Fragestellungen der Pflege aus den Bezugswissenschaften beantwortet werden (Zegelin-Abt 1997).**

Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass sich die Pflegewissenschaft grundsätzlich noch nicht als Leitfach von Pflegestudiengängen im hochschulischen Kontext entwickeln hat.

Durch die Modellklausel im § 4 des Krankenpflegegesetz vom 16.07.2003, i. d. j. g. F. (Storsberg et al. 2006) boten Modellversuche unterschiedlicher Träger und Ausrichtung die Möglichkeit einer generalistischen Qualifikation auch auf Hochschulebene. Die Modelle der Kombination von pflegerischer Erstausbildung und Studium werden bei Moers unterschieden in Anerkennungsmodell, Ergänzungsmodell, Ersetzungsmodell und Verschränkungsmodell (Moers et al. 2013). Allen Modellen, mit Ausnahme

des Ersetzungsmodells ist gemein, dass sie nur in Kombination mit einer pflegerischen Erstausbildung zum akademischen Abschluss führen. Beim Ersetzungsmodell wird der theoretische Teil der Ausbildung vollständig an der Hochschule absolviert. Danach erfolgen praktische Ausbildungszeiten und eine externe Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung.

Unabhängig von der Kategorisierung nach Moers et al. wird die derzeitige akademische Bildungsstruktur in der Pflege in primärqualifizierende und ausbildungsintegrierende Studiengänge unterschieden. Ursächlich für die unterschiedliche Interpretation der Studiengangstrukturen sind die Regelungen zur Führung der Berufsbezeichnung im Krankenpflegegesetz.

Bei den ausbildungsintegrierenden Studiengängen erfolgt die Berufsqualifizierung durch eine Verzahnung von schulischen und hochschulischen Ausbildungsanteilen. Hierbei sind im Normalfall drei Partner an der Ausbildung beteiligt. Die theoretischen Anteile erbringt im Regelfall hauptsächlich die Hochschule und in Teilen die berufsbildende Schule. Die praktischen Anteile werden an kooperierenden Praxiseinrichtungen wie Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc. erbracht, wobei insbesondere die Schulen über die erforderlichen Kooperationsbeziehungen zu den Praxiseinrichtungen verfügen (Wissenschaftsrat 2012).

Lediglich die Fachhochschulen in Hessen (Frankfurt am Main, Fulda und Darmstadt) organisieren ihre Studiengänge derzeit primärqualifizierend, mit der Konsequenz, dass eine Berufszulassung erst nach Ableistung einer zusätzlichen praktischen Ausbildung außerhalb der Hochschule und der hierzu gehörenden Prüfung erfolgt. Dieses Verfahren ist nach Ansicht des Autors weder inhaltlich gerechtfertigt noch ökonomisch sinnvoll. Es entspricht auch nicht der immer wieder geforderten Normalität in der Pflegebildung.

Eine andere Kategorisierung stellen Stöcker und Reinhard vor:

■ **Dual/verzahnt:** Während der beruflichen Ausbildung erfolgen zusätzlich Studienangebote des Bachelor-Studiengangs. Nach Abschluss der Berufsausbildung wird das Studium bis zum Bachelor-Abschluss fortgesetzt. Für die Berufsausbildung gilt das

Berufsausbildungsrecht. Für das Studium gilt das Hochschulrecht. Eine Vermischung beider Systeme erfolgt

- 2 **Dual/integriert:** Die Berufsausbildung ist in das Hochschulstudium integriert. Die Hochschule wendet neben den hochschulrechtlichen Vorgaben auch die berufsausbildungsrechtlichen Vorgaben an. In der Regel wird hierbei die in den Berufsgesetzen vorfindliche „Modellklausel“ zur Erprobung neuer Ausbildungsmodelle genutzt.
- Ohne Berufszulassung:** Nach Abschluss des Hochschulstudiums erfolgt keine Berufszulassung. Interessenten erwerben die Berufszulassung durch nachträgliche anteilige Absolvierung der Pflegeausbildung. Dazu wird jeweils eine Einzelfallentscheidung getroffen.
- Dual/spezifisch:** Das Studienangebot ist dual konzipiert, beinhaltet aber zusätzliche Spezifika. Diese Spezialisierungen richten sich gegenwärtig zum einen auf den inkludierten Erwerb zusätzlicher Kompetenzen oder zum anderen auf die Studienstruktur, die interprofessionell qualifiziert und aus mehreren Berufen in das duale Studium zulässt (Stöcker und Reinhard 2012).

International gesehen bildet Deutschland nach wie vor eines der Schlusslichter in der Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung (Behrens et al. 2012) und somit fehlt ein gesicherter wissenschaftlicher Zugang, z. B. in der Lehrerbildung.

Praxistipp

Daher sind als weitere strukturelle Rahmenbedingung ein konsequenter Ausbau und eine gezielte Förderung der Pflegeforschung in Deutschland zwingend umzusetzen.

Die Forschungsthemen sollen einerseits die Wissenschafts- und Praxisentwicklung fördern, andererseits dem gesellschaftlichen Wandel mit seinen zahlreichen Anforderungen Rechnung tragen (Behrens et al. 2012). Nur so lässt sich langfristig der Versorgungsauftrag der Profession für die Gesellschaft auf dem notwendigen Qualitätsniveau sicherstellen.

Um den Versorgungsauftrag der Profession zu erfüllen und die bereits genannte Normalität in der Pflegebildung herzustellen, ist eine Reform der Bildung in den Pflegeberufen unumgänglich. Der Gesetzgeber hat hierzu einen Gesetzesentwurf zur Reform der Pflegeberufe: Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) vorgelegt (BT-Drucksache 18/7823 2016). Kernpunkte der Neuregelung sind

- Die bisherigen drei Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden reformiert und zu einem einheitlichen Berufsbild zusammengeführt.
- Die bestehende Dreigliederung der Pflegeberufe wird aufgehoben.
- Der Abschluss erfolgt mit einer Berufsbezeichnung.
- Ergänzend zur fachberuflichen Pflegeausbildung wird eine bundesgesetzliche Grundlage für eine primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung geschaffen.
- Die neue Ausbildung bereitet auf einen Einsatz in allen allgemeinen Arbeitsfeldern der Pflege vor.
- Sie erleichtert einen Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen.
- Sie eröffnet zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten.
- Die Ausbildung wird in ein gestuftes und transparentes Fort- und Weiterbildungssystem eingepasst.
- Die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen in der Pflege wird verbessert.
- Die Ausbildung ist für alle Auszubildenden kostenlos.

Bei den Reformgegnern wird die Notwendigkeit, die Versorgung mit qualitätsorientierter pflegerischer Leistung auch zukünftig in der Gesellschaft sicherzustellen, vollständig ausgeblendet. Partikular- und Lobbyinteressen, wie Verwertung am Arbeitsmarkt, vermeintlicher eklatanter Bewerberrückgang, ökonomische Orientierung und deutliche Zweifel an der hochschulischen Qualifikation, dominieren hier die Diskussion.

Die Befürworter der Reform pflegeberuflicher Bildung sehen im Gesetzesentwurf:

- Eine Antwort auf die demographische Entwicklung und die epidemiologischen Veränderungen unserer Gesellschaft

- Eine Antwort auf die veränderten Versorgungsanforderungen
- Die Chance, ein zukunftsfähiges, einheitliches Berufsbild Pflege zu schaffen
- Einen deutlichen Attraktivitätsgewinn für die Profession
- Eine Qualitätsentwicklungs- und -sicherungsmaßnahme
- Eine Anpassung an den europäischen Standard (EU-Berufeanerkennungsrichtlinie 2013/55/EU)
- Eine Unterstützung der Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel
- Die Chance, junge motivierte Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern
- Die Sicherstellung des Versorgungsauftrags
- Einen einheitlichen professionellen Standard, auf dessen Basis sich alle professionell Pflegenden verständigen können
- Ein klares und verlässliches Qualifikationsprofil für Arbeitgeber, Kostenträger und Politik
- Vielfältige und flexiblere Berufswege und Karriereoptionen
- Die Schaffung einer zahlenmäßig starken, einheitlichen Profession

Wenn dieser Paradigmenwechsel in der Grundqualifikation umgesetzt wird, ist es zwingend notwendig, den Bereich der Fort- und Weiterbildung neu zu denken. Der Bachelorabschluss, als erste berufliche Qualifikation, erfordert anschließend Masterprogramme und -abschlüsse, die eine Weiterqualifizierung ermöglichen. Hierbei sind eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit vorzusehen.

Die politischen Machtverhältnisse werden zeigen, ob sich die gewählten Abgeordneten ihrer Verpflichtung gegenüber den Bürgern stellen und für die Zukunft eine gesicherte und qualitätsorientierte Versorgung ermöglichen.

2.4 Inhaltliche Ausrichtung akademischer Strukturen

Bei der Gestaltung von primärqualifizierenden Studiengängen ist der Fokus auf die Patienten- bzw. Klientenzentrierung zu legen, da derartige Studiengänge für die Praxis und die Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischer Leistung ausgelegt sind.

So präferiert auch der Wissenschaftsrat eine hochschulische Ausbildung in erster Linie in Form von primärqualifizierenden, patientenorientierten Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten oder Klienten befähigenden Bachelor-Abschlusses. Er sieht im Fortschritt der Entwicklungen des Gesundheitswesens eine zunehmende Komplexität des Versorgungsauftrags, eine fortschreitende innerberufliche Differenzierung und Entstehung spezialisierter Tätigkeitsbereiche und neue Anforderungen an die Interprofessionalität (Wissenschaftsrat 2012).

Diese Begründungen und Positionen sind nachvollziehbar und konkludent, lassen sich aber derzeit durch evidenzbasierte Forschung und Ergebnisse nicht valide belegen. Dies liegt zum einen an der noch jungen Disziplin Pflegewissenschaft, zum anderen auch an der bereits beschriebenen Position der Pflegeforschung in Deutschland (Breuckmann in Kaufhold et al. 2014). Auch international widmen sich vergleichsweise wenige Studien dem Zusammenhang zwischen Pflegenden mit Bachelorabschluss und dem Patienten-Outcome. Vorwiegend untersucht wurde bislang vor allem die Frage, welche Zusammenhänge es zwischen der Personalbesetzung und den Patienten/-innen Ergebnissen bestehen. Im Übrigen ist nach Darmann-Finck (2012) bei der Beurteilung von Ergebnissen aus dem angloamerikanischen Raum die Frage zu stellen, ob die Bedingungen auf das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem zu übertragen sind.

Somit ist eine konsequente Kompetenzorientierung in allen Studienbereichen und -fächern sicherzustellen. Dabei verstehen sich die Begrifflichkeiten wie folgt:

- **Reflexionskompetenz:** Fähigkeit, das eigene Handeln in unterschiedlichen Situationen kritisch zu analysieren und zu bewerten
- **Prozesskompetenz:** Fähigkeit zu flexibler Reaktion bei Veränderungen im Umfeld und Bereitschaft zu lebenslangem Lernen
- **Transferkompetenz:** Fähigkeit der Übertragung einer Lern- oder Denkleistung abstrakter oder praktischer Art von einem Anwendungsbereich auf einen anderen
- **Handlungs- und Methodenkompetenz:** Fähigkeit zum lösungsorientierten Einsatz erlernten Wissens (z. B. Technologien, Verfahren, Sprachen) sowie die Fähigkeit,

Zusammenhänge zu erfassen, Defizite zu erkennen und geeignete Lösungsvorschläge zu erarbeiten (Breuckmann in Kaufhold et al. 2014)

Eine curriculare Vernetzung dieser Kompetenzen zwischen den verschiedenen Studienfächern ist zwingend zu verankern. Gleichzeitig müssen diese Kompetenzen auch Gegenstand der Lehrerbildung in Gesundheitsberufen sein.

2.5 Qualifikation und Rolle der Lehrenden

Die Notwendigkeit der Vermittlung von Wissen wurde bereits in den ersten Phasen der geregelten Ausbildung der Pflegeberufe gesehen. Dies geschah im Regelfall durch „berufsfremde“ Lehrende, wie Ärzte und Theologen. Die Tätigkeit der Unterrichtsschwester oder Schulschwester reduzierte sich im Laufe der Entwicklung vielfach auf die Vorbereitung oder Nachbereitung des ärztlichen Unterrichts. Begründet ist dies u. a. mit nicht vorhandenem gesicherten pflegerischen Wissen sowie einer fehlenden Einsicht in einen Unterricht mit originären pflegerischen Inhalten. Die notwendige Qualifikation sowie die Tätigkeitsmerkmale wurden nonformal durch Tarifrecht, Berufsverbände und andere Interessengruppen festgelegt. Die Bezeichnung „Unterrichtsschwester“ zieht sich durch alle weiteren normativen Vorgaben bis zum Jahre 2003, auch wenn der zuständige Fachverband, Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA) – heute Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) – bereits 1992 die Berufsbezeichnung „Lehrerin/Lehrer für Pflegeberufe“ einführt.

Die Notwendigkeit einer umfassenden pädagogischen Qualifikation im Sinne eines Hochschulstudiums wurde erst im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16.07.2003 (Storsberg et al. 2006) festgeschrieben. Hier heißt es:

- » (3) Die staatliche Anerkennung der Schulen nach Absatz 2 Satz 1 erfolgt durch die zuständige Behörde, wenn sie folgende Mindestanforderungen erfüllen:

1. Hauptberufliche Leitung der Schule durch eine entsprechend qualifizierte Fachkraft mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung
2. Nachweis einer im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze ausreichenden Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte mit entsprechender, abgeschlossener Hochschul- ausbildung für den theoretischen und praktischen Unterricht

Diese Regelungen sind so allgemein, dass der notwendige Bezug zur Grundlage pflegewissenschaftlicher und pädagogischer Qualifikation vollständig fehlt. Im Rahmen der Kulturhoheit der Länder können die Landesregierungen durch Rechtsverordnung Regelungen zur Beschränkung der Hochschulausbildung auf bestimmte Hochschularten und Studiengänge treffen (Breuckmann in Kaufhold et al. 2014).

Die Lehrenden in den Pflegeberufen nehmen auch in anderer Hinsicht eine besondere Rolle ein. Im Jahre 2006 wurde von der Fachhochschule Bielefeld eine bundesweite Bedarfserhebung durchgeführt, in der erfragt wurde, in welchem Umfang ein spezifisches hochschulisches Studienangebot für weitergebildete Lehrerinnen und Lehrer in Pflege- und Gesundheitsberufen erforderlich ist. Dabei stellte sich heraus, dass nur 2,9 % der Lehrenden in Krankenpflegesschulen keine pädagogische Qualifikation hatten. Der Anteil der Qualifikationen mit akademischer Struktur lag noch darunter. Dagegen lag die Zahl bei den Schulen der Ergo- und Physiotherapie bei 25,7 % ohne pädagogische Qualifikation (Knigge-Demal und Schürmann 2008). Die Ursachen liegen in einer unterschiedlichen Berufssozialisation und einer differierenden Ausbildungssituation.

Die Aussagen zu den Krankenpflegesschulen werden gestützt von Rau. Er schreibt, dass im Bundesdurchschnitt 88,7 % der hauptamtlichen Stellen in Pflegeschulen mit der Qualifikation Unterrichtsschwester/-pfleger/Diplom-Medizinpädagog/-in besetzt sind (Rau 2001).

Die momentane Situation lässt erkennen, dass die Mehrzahl der Lehrenden an Pflegeschulen entweder eine sogenannte Nachqualifizierung durchlaufen oder grundständig ein Studium absolviert hat.

Geänderte normative Vorgaben, veränderte Bildungsstrukturen und neue Anforderungen haben

die Rolle der Lehrenden grundlegend verändert. Die Vermittlung von Wissen in tradierten Lehrformen sowie die Omnipotenz für Fachgebiete der Ausbildung entsprechen in weiten Teilen nicht mehr dem heutigen Berufsverständnis. Die Begleitung des Lernenden in der Wissensvermittlung und in der eigenständigen Erarbeitung von Wissensbeständen durch den Lernenden stellt heute den Schwerpunkt der Tätigkeit dar. Nur Fachexperten für bestimmte Lehrinhalte können diese Umsetzung leisten. Damit ist auch in der Bildung der Gesundheitsberufe die Normalität der Lehrerbildung mit Erst- und Zweitfach gefordert.

Für die Hochschulen ergäbe sich hieraus die Konsequenz, die vorhandenen Studiengänge auf die Struktur eines gestuften Lehramtsstudiums, mit Studium und Referendariat, umzustellen. Beispielhaft ist hier zu nennen der Studiengang „Lehramt Pflege an Berufsbildenden Schulen (BBS)“ der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Fakultät Pflegewissenschaft. Die Studiendauer des Bachelor- und konsekutiven Masterstudienganges beträgt fünf Jahre mit abschließendem erstem Staatsexamen. Nach anschließendem achtzehnmonatigem Referendariat können die Absolventen in den Schuldienst an berufsbildenden Schulen, Fachrichtung Pflege übernommen werden.

Für die Bildungseinrichtungen in der Pflege, und nachfolgend auch in den anderen Fachberufen im Gesundheitswesen, stellt sich ebenfalls eine neue Situation dar. Derzeit ist der Wechsel von der/dem Unterrichtsschwester/-pfleger zur/zum Lehrerin/Lehrer für Pflegeberufe mit Hochschulausbildung noch nicht in allen Schulen vollzogen worden. Trägerseitige Zurückhaltung, nicht geklärte tarifliche Eingruppierung und ein Mangel an Bewerbern auf die ausgeschriebenen Stellen sind u. a. die Ursache. Diese Aussagen sind derzeit nicht durch valide Zahlen zu belegen, da eine bundesweite strukturierte Berichterstattung über die Bildung im Gesundheitswesen nicht existiert.

2.6 Finanzierung

Der große Streitpunkt in der aktuellen Form der Bildung in der Pflege ist die Finanzierung, sowohl in der Höhe als auch in der Struktur.

2.6.1 Berufliche Bildung

Derzeit erfolgt die Finanzierung für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemäß § 17a in Verbindung mit § 2, 1a KHG. Hierbei wird ein prospektives Ausbildungsbudget mit den jeweiligen Kostenträgern verhandelt. Die Grundlage hierzu stellt das Kalkulationshandbuch der Ausbildungskosten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) dar. Basis des Kalkulationshandbuchs sind die gemäß § 17a Abs. 2 KHG auf Bundesebene vereinbarten Finanzierungstatbestände sowie die in der Rahmenvereinbarung zum Kalkulationsschema festgelegten Kostenarten und -gruppen. Diese sind:

- Schulkosten (Sachkosten, Personalkosten, Praxisbegleitung)
- Kosten der Praxisanleitung
- Mehrkosten der Ausbildungsvergütung unter Berücksichtigung des vorhandenen Stellenschlüssels im Krankenhausbereich

Bei den Verhandlungen werden in den wenigsten Fällen die aus Bildungsicht tatsächlich notwendigen Kosten refinanziert. Die Entscheidungen über das Ausbildungsbudget erfolgen als Kompromissentscheidungen im Zusammenhang mit dem Gesamtbudget des Trägers. Bei vielen Trägern ist eine direkte Beteiligung der Bildungseinrichtung in Form der Schulleitung nicht gegeben. In der Altenpflege erfolgt die Finanzierung derzeit über die Pflegeversicherung, Landesmittel, Bundesagentur für Arbeit/Jobcenter und durch Eigenleistung der Auszubildenden.

Je nach Bundesland werden die Schulkosten durch Landeszuschüsse oder Fixbeträge und bei beruflicher Umschulung oder Weiterbildung durch die Jobcentren refinanziert. Die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung erfolgt durch die Sozialversicherung. Ein ausgewiesenes Ausbildungsbudget ist hier nicht vorgesehen. Eine dezidierte Beschreibung der Schulkosten ist nicht vorhanden.

Da bei verschiedenen Ausbildungsträgern die Refinanzierung zum Betrieb der Ausbildungsstätte nicht ausreicht bzw. die Finanzierung in der o. g. Struktur überhaupt nicht erfolgt, wird auch heute teilweise noch Schulgeld als Eigenleistung der Auszubildenden der Altenpflege verlangt. Da die Finanzierungstatbestände für die Altenpflegeausbildung

nicht abschließend geregelt sind, werden Kosten z. B. für die Praxisanleitung nicht berücksichtigt.

Global ist für beide Berufsbereiche festzuhalten, dass die Finanzierung und damit auch die Ausbildungskapazität nach Kassenlage entschieden werden.

- **Dies steht in krassem Gegensatz zur Sicherstellung einer optimalen Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischer Leistung. Nur wenn zukünftig eine ausreichende Zahl von Berufsanfängern zur Verfügung steht, lassen sich die Herausforderungen der Zukunft in der Pflege bewältigen.**

2.6.2 Hochschulen

Als Träger der Hochschulen stellen die Bundesländer die Grundfinanzierung der Hochschulen mit rund 80 % der Finanzmittel aus den Länderhaushalten und 10 % aus der Finanzierung durch den Bund sicher. Bei diesem Bundesanteil handelt es sich u. a. um Exzellenzinitiativen, Hochschulpakt sowie um so genannte Forschungsbauten. Ca. 10 % der Mittel fließen aus privaten Quellen in Form von Auftragsforschung, Wissenschaftsförderung durch private Spender, Sponsoring von Hochschulaktivitäten und aus Einnahmen aus Studienbeiträgen.

Die Verwendung der Finanzmittel liegt in der Verantwortung der jeweiligen Länderministerien und der Hochschule. Die Hochschule erstellt einen Haushalts- oder Wirtschaftsplan, der durch die aufsichtführende Behörde bzw. Ministerium genehmigt wird.

Zusätzlich zum regulären Hochschulhaushalt können Drittmittel zur Förderung von Forschung und Entwicklung sowie des wissenschaftlichen Nachwuchses und der Lehre von öffentlichen Institutionen oder privaten Stellen eingeworben werden. Drittmittel können der Hochschule selbst, einer ihrer Einrichtungen, z. B. Fakultäten, Fachbereiche oder Institute, oder einzelnen Wissenschaftlern zur Verfügung gestellt werden.

- **Um auf die Herausforderungen zukünftiger Aufgaben angemessen reagieren zu können, benötigen die Hochschulen eine verlässliche**

Finanzierung, längerfristige Planungssicherheit und eine gewisse Flexibilität in der Aufgabengestaltung. Hierfür müssen die geeigneten Voraussetzungen geschaffen werden.

2.7 Schlussbemerkung

Eine Weiterentwicklung der Bildung in den Gesundheitsberufen ist nicht aufzuhalten und wird von Fachexperten, Verbänden und der Politik als unumgänglich angesehen. In manchen Entwicklungen ist jedoch die Gefahr der Dequalifikation zu sehen. Dies insbesondere durch das Festhalten an tradierten Bildungsstrukturen und beruflichen Tätigkeiten. Lehrende und Lernende stehen in einem immer wieder auftretenden Dilemma und sich widerstreitenden ethischen Positionen. Die geforderte Versorgung der Gesellschaft mit pflegerischer Leistung benötigt ein breit gefächertes Grundwissen und, je nach Versorgungslage, die notwendigen Spezialkenntnisse. Die Gesellschaft muss hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen.

Unauflöslich verknüpft mit einer zukunftsorientierten Bildung im Gesundheitswesen ist eine Grundqualifikation des Pflegeberufes in akademischen Strukturen. Diese muss von Nachhaltigkeit, Dauerhaftigkeit und Gleichbehandlung der Beteiligten geprägt sein. Die Belange der zu Pflegenden müssen in den Fokus der Betrachtungen gestellt werden und die Wissenschaft darf nicht zum Selbstzweck werden (Breuckmann in Kaufhold et al. 2014).

Die Prämisse „Die Pflegewissenschaft muss der Praxis dienen und die Praxis der Pflegewissenschaft“ (Schröck 1998) hat auch heute noch Gültigkeit.

Literatur

- Behrens, J., Görres, S., Schaeffer, D., Bartholomeyczik, S. & Stemmer R. (2012). Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Halle.
- Breuckmann, M., (1969). Privatarchiv
- Breuckmann, M., (2012) Festvortrag Historie – Gegenwart – Zukunft, 50 Jahre Krankenpflegeschule am Klinikum Braunschweig,
- Breuckmann, M. in Kaufhold, M. et.al., (2014) Bildung im Gesundheitsbereich Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung, Berlin

- Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, BA (1997). Bildung und Pflege. Stuttgart.
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Pressemitteilung Nr. 94/2002 vom 24. Oktober 2002, Urteil vom 24. Oktober 2002 - 2 BVerfG 1/01.
- Darmann-Finck, I. (2012). Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. In: Pflege und Gesellschaft 17 (3). S. 216–232.
- DBR – Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. (2006/2007). Pflegebildung offensiv. Berlin.
- DBR – Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. (2010). Pflegebildung offensiv. Berlin.
- Deutscher Bundestag, (2016). Pflegeberufereformgesetz (PfIBRefG) BT-Drucksache 18/7823. Berlin
- Hochschulkompass, Angebot der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), (2016), www.hochschulkompass.de
- Kaufhold, M. et.al., (2014) Bildung im Gesundheitsbereich Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung, Berlin
- Knigge-Demal, B. & Schürmann M. (2008). Studienbedarfe und Anrechnungspotenziale weitergebildeter Lehrer und Lehrerinnen in den Pflegeberufen. In: Buhr, R., Freitag, W., Hartmann, E.A., Loroff, C., Minks, K.-H., Mucke, K. & Stamm-Riemer, I. (Hrsg.). Durchlässigkeit gestalten! Wege zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung. Münster. S. 258–268.
- Marquardt, W. (2012). Wissenschaftsrat. Pressemeldung. Köln.
- Moers, M., Schöniger, U. & Böggemann, M. (2012). Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Pflege und Gesellschaft 17 (3). S. 232–248.
- Rau, F.-S. (2001). Die Situation der Krankenpflegeausbildung in der BRD nach 90 Jahren staatlicher Regelung. Bern.
- Schneider, A. (2003). Staatsbürger-, Gesetzes- und Berufskunde für Fachberufe im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg.
- Schöffler, R. (1992). Die Stellung der Pflegeberufe im Bildungswesen der Bundesrepublik Deutschland. In: Qualifikationsstrukturen für die Pflegeberufe, DKZ-Beilage Heft 5. Stuttgart.
- Schröck, R. (1998). Vortragsmitschrift des Autors.
- Stöcker, G., Reinhart, M. (2012) Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland, Berlin
- Storsberg, A., Neumann, C. & Neiheiser, R. (2006). Krankenpflegegesetz. 6. vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart.
- WR – Wissenschaftsrat. (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin.
- www.pflegestudium.de (2009)
- Zegelin-Abt, A. (1997). Pflegewissenschaft – Studiengänge in der Pflege. In: Bildung und Pflege. Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA). Stuttgart.

Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal

Entwicklung und Chancen

Simon, A. (Hrsg.)

2018, XX, 222 S. 28 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-54886-8