

# **Ausbildungsfinanzierung und Qualitätsstandards in den Pflegefachberufen**

## **- Positionspapier der Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft -**

Die Reform der Krankenpflegeausbildung durch das Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 und die Neuregelung der Ausbildungsfinanzierung der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15.12.2004 stellt die Verantwortlichen für die Ausbildung vor besondere Herausforderungen. Krankenkassen und Krankenhäuser haben sich bei z.T. noch ungesicherter Datenlage und unter unzureichenden Vorgaben der verantwortlichen Landesbehörden über Kosten zu verständigen, die über die Qualität der Ausbildung in den nächsten Jahren entscheiden.

Die Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft hat sich eingehend mit der aktuellen Situation der Ausbildung befasst und nimmt hierzu wie folgt Stellung:

### **Zusammenfassung:**

Die im Krankenhausfinanzierungsgesetz getroffenen Regelungen zur Ausbildungsfinanzierung sind in mehrfacher Hinsicht problematisch. Zwar ist die Refinanzierungsmöglichkeit der Kosten grundsätzlich gesichert, im Einzelnen unterliegt sie jedoch dem Verhandlungsgeschick des Krankenhausträgers. Vereinbarungen über Richtwerte auf Bundesebene sind gescheitert. Regionale Richtwerte über Ausbildungskosten sind erst sinnvoll, wenn entsprechende Qualitätsstandards festgelegt wurden. Zu groß ist der Unterschied der Schulen in sachlicher und personeller Ausstattung.

Vereinbarungen über die im Gesetz vorgesehenen Ausbildungsfonds wurden noch nicht durchgängig getroffen. Auch sie setzen eine Verständigung über die Ausbildungskosten und die sie definierenden Ausstattungsmerkmale voraus. Die vom Gesetz für 2009 vorgesehene bundeseinheitliche Ausbildungspauschale setzt einheitliche Qualitätsstandards zumindest in den wesentlichen Eckpunkten voraus. Ohne diese Voraussetzung führt die Durchschnittspauschale zu Kürzungen bei den gut ausgestatteten Schulen und zu einer Abwärtsspirale, die die Ausbildungsqualität insgesamt gefährdet.

Die Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft legt mit diesem Positionspapier Vorschläge zu vier Qualitätsmerkmalen vor:

- 1. Zur Lehrer/-innen - Schüler/-innen - Relation**
- 2. Zum Bedarf an Fort- und Weiterbildung des Lehrpersonals**
- 3. Zum Qualifikationsbedarf und Umfang der Praxisanleitung**
- 4. Zur räumlichen und sachlichen Ausstattung der Schulen**

Die Neuregelung der Ausbildung durch das Krankenpflegegesetz bewerten wir grundsätzlich positiv. Um die daraus resultierenden Chancen zur Weiterentwicklung bestehender Ausbildungskonzepte und Curricula nutzen zu können, müssen auch die Rahmenbedingungen angepasst werden.

Eine zu geringe Verhältniszahl von Lehrerinnen und Lehrern zu Schülerinnen und Schülern, zusätzliche Belastungen durch die Umstrukturierung der Ausbildung und ein daraus folgender enormer Bedarf an Nachqualifizierung gefährden die Qualität der Ausbildung. Die stark angestiegenen Anforderungen an die Lehrenden belegen auch die „Pflegeausbildungsstudie Deutschland“ (PABiS 2006) und die „Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen“ (BEA 2006).

Um die Qualität der Ausbildung zu sichern, halten wir es für dringend geboten, das **Verhältnis von hauptberuflichen Lehrerinnen zu Schülerinnen<sup>1</sup> auf 1:15** gesetzlich festzulegen. So empfiehlt es auch der Europarat im Europäischen Übereinkommen von 1967. Im Land Berlin wird dieser Schlüssel von 1:15 auch praktisch angewandt. Zusätzlich sind nebenberufliche Lehrkräfte notwendig. Außerdem sind die Schulen je nach Größe und Organisationsform durch Verwaltungspersonal zu unterstützen. In Phasen der Umstrukturierung brauchen die Schulen weitere Unterstützung z.B. durch Supervision oder professionelle Begleitung in der curricularen Arbeit und in Schulentwicklungsprozessen.

Anders als an den berufsbildenden Schulen haben nur ein Fünftel der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen einen Hochschulabschluss. Die geforderten didaktischen Veränderungen, wie die Einführung des Lernfeldkonzeptes können nur durch Fort- und Weiterbildung der Lehrenden geleistet werden. Ausgehend vom Hamburger Modell für die Lehrerarbeitszeit halten wir ein Deputat von mindestens **50 Stunden im Jahr für die Fort- und Weiterbildung** für sinnvoll.

Leider hat der Gesetzgeber keine Freistellungsregelung für die Praxisanleitung getroffen. Um die praktische Ausbildung sicher zustellen, halten wir ein **Verhältnis von 1 Praxis-anleiter/-in zu 10 Schülerinnen** für geboten. Sowohl im Krankenpflegegesetz als auch im Altenpflegegesetz (AltPflG) werden erstmals berufspädagogisch qualifizierte Fachkräfte für die Praxisanleitung vorgeschrieben (vgl. § 4 KrPflG, § 2 (2) KrPflAPrV und § 4 AltPflG, § 2 (2) AltPflAPrV). Die vorgeschlagene Verhältniszahl bezieht sich auf Vollzeitäquivalente. Die Freistellung für Aufgaben der praktischen Anleitung kann auch in Teilzeit oder in Anteilen einer Vollzeitstelle im Pflegedienst erfolgen. Sie sollte ein Viertel einer Vollzeitstelle nicht unterschreiten.

Das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz schreiben die Vorhaltung der notwendigen **Räume und Einrichtungen** als Voraussetzung für die staatliche Anerkennung der Schulen vor. Nähere Regelungen hierzu unterliegen der landesrechtlichen Ausgestaltung. Wir halten eine Orientierung an den für berufsbildende Schulen jeweils geltenden Standards an Raumgröße und Ausstattung der Räumlichkeiten für erforderlich.

Die neu geforderten Lernmethoden führen zu einem **zusätzlichen Bedarf an Räumen** in den Schulen. So brauchen die Schüler zum Beispiel beim selbstorganisierten Lernen Räume für Gruppenarbeiten, ebenso sind EDV-Räume und funktionierende Bibliotheken notwendig. Der neu entstandene Raumbedarf sollte in den Bundesgesetzen für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (§ 4 KrPflG) sowie für die Altenpflegeausbildung (§ 5 AltPflG) konkret mit einem Schlüssel festgeschrieben werden.

---

<sup>1</sup> Die Verwendung der weiblichen Form schließt jeweils die männlichen Berufsangehörigen mit ein.

## A. Ausbildungsfinanzierung in Ausbildungsstätten an Krankenhäusern

Den besonderen Ausbildungsstrukturen der Heilberufe, deren Ausbildung auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelt ist, entsprechen besondere Regelungen bei der Ausbildungsfinanzierung. Das gilt zumindest für die Gesundheitsfachberufe, deren Ausbildungsstätten an Krankenhäusern angesiedelt sind. Die Finanzierung der Ausbildung an „Schulen des Gesundheitswesens“ erfolgt im Unterschied zu anderen Berufsausbildungen ausschließlich über die Entgelte der Krankenhäuser. Als „Schulen des Gesundheitswesens“ werden diejenigen Ausbildungsstätten verstanden, die gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) mit Krankenhäusern notwendigerweise verbunden sind (§ 2 Abs. 1 KHG).

Erfasst sind folgende dreizehn bundesgesetzlich geregelten Berufe:

a) Ergotherapeut, Ergotherapeutin, b) Diätassistent, Diätassistentin, c) Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin, d) Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin, e) Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger, f) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, g) Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer, h) medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin, i) medizinisch-technischer Radiologieassistent, medizinisch-technische Radiologieassistentin, j) Logopäde, Logopädin, k) Orthoptist, Orthoptistin, l) medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik, medizinischtechnische Assistentin für Funktionsdiagnostik. Voraussetzung für die Finanzierung über die Krankenhausentgelte ist, dass die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind.

Während im dualen System der Berufsbildung der Betrieb für die Kosten der praktischen Ausbildung, Ausbilder/innen, Ausbildungsvergütung, Ausbildungsmittel usw. aufkommt und der Staat die Kosten für die theoretische Ausbildung an Berufsschulen trägt, liegt die Finanzierung der Ausbildung im Gesundheitswesen, soweit sie an Krankenhäusern stattfindet, in einer Hand. Die Krankenhäuser sind zugleich auch Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätten und alle Kosten werden über die Einnahmen der Krankenhäuser, also letztlich über die Krankenversicherungen und zu einem sehr geringen Teil über die Nutzer/-innen (Zuzahlungen) bezahlt. In einzelnen Bundesländern (z.B. Bayern) werden darüber hinaus Zuschüsse zu den Ausbildungskosten gewährt.

Die Kosten der landesrechtlich geregelten vollzeitschulischen Ausbildungen an staatlichen Berufsfachschulen tragen die Bundesländer. Soweit es sich um staatlich anerkannte Ersatzschulen nach Landesrecht handelt, können staatliche Zuschüsse gezahlt werden. Schulen in privater Trägerschaft können auch Teilnahmegebühren erheben. Das gilt auch für Schulen des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel Schulen für Physiotherapie oder Logopädie, die oft in privater Trägerschaft betrieben werden.

Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind nur selten in privater Trägerschaft. Zwar werden sie zunehmend aus den Krankenhäusern in gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung ausgegliedert, die Trägerschaft oder zumindest Mitträgerschaft von Krankenhäusern bleibt jedoch nicht zuletzt aus Refinanzierungsgründen erhalten. Die durch das Krankenpflegegesetz vorgeschriebene quasi duale Ausbildung gewährleistet eine vertragliche

Verbindung mit dem Betrieb Krankenhaus sowohl für die einzelnen Auszubildenden als auch für die mit dem Krankenhaus verbundenen Schulen.

Der Betrieb trägt also neben den Kosten für die betriebliche Ausbildung, wie Ausbildungsvergütungen, Ausbildungspersonal für die praktische Ausbildung, Ausbildungsmittel und Verwaltungskosten auch die Kosten der theoretischen Ausbildung die ansonsten an berufsbildenden Schulen erfolgt und aus öffentlichen Mitteln finanziert wird. Abweichend von den Regelungen im dualen System der nach dem Berufsbildungsgesetz geregelten Berufe, erfolgt die Finanzierung der Schulen an Krankenhäusern auch über die Krankenhäuser. Kosten der Ausbildungsstätten sind neben den Ausstattungs-, Raum-, Betriebs- und Verwaltungskosten in erster Linie die Kosten für das haupt- und nebenberufliche Lehrpersonal.

Perspektivisch sind die Ausbildungsgänge auch der Sozial- und Gesundheitsberufe in das Berufsbildungssystem zu integrieren und nicht zuletzt auch im Hinblick auf ihre Finanzierung zu normalisieren. Solange eine Integration der auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelten Gesundheitsfachberufe in das Regelsystem der beruflichen Bildung und damit eine Kostentragung des schulischen Teils der Ausbildung durch die Bundesländer nicht realisiert ist, sind die Ausbildungskosten von den Versicherten sowie den Patientinnen und Patienten aufzubringen.

Gleichwohl war und ist die Finanzierung der Ausbildung über die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gesichert. „Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung sind im Pflegesatz zu berücksichtigen, soweit diese Kosten nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind“ (§ 17a Abs. 1 KHG), hieß es dazu schon seit Jahren im Krankenhausfinanzierungsgesetz. Zu Zeiten als die Krankenhausfinanzierung noch über tagesgleiche Pflegesätze erfolgte, waren Ausbildungskosten mehr oder weniger explizit darin enthalten. Da sie nicht ausdrücklich ausgewiesen werden mussten und wegen ihres zu vernachlässigenden Umfangs eher selten Gegenstand von Pflegesatzverhandlungen waren, waren diese Kosten den Krankenhäusern häufig gar nicht bekannt.

Mit der Umstellung des Finanzierungssystems der Krankenhäuser auf Fallpauschalen wurde dieser Missstand offenbar. Die beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in Siegburg gesammelten Daten zu den Ausbildungskosten wiesen eine derartige Streubreite auf, dass nicht nur offenkundig wurde, welche beträchtlichen Ausstattungs- und damit Qualitätsunterschiede es insbesondere an Krankenpflegeschulen gab, sondern es konnten auch Zweifel an der Zuverlässigkeit und Gültigkeit der übermittelten Daten erhoben werden. Die Gesamtkosten je Ausbildungsplatz in der Krankenpflege (Typ 1) lagen in 2003 im Bundesdurchschnitt bei 6.159,- €. Dabei variierten die angegebenen Kosten zwischen 2.100,- € und 19.500,- €. Der Gesetzgeber entschied sich daher, die geplante Umstellung der Ausbildungsfinanzierung außerhalb des Fallpauschalensystems um ein weiteres Jahr, auf das Jahr 2005 zu verschieben.

Da die Ausbildungskosten aus Wettbewerbsgründen nicht über das Fallpauschalensystem abgebildet werden sollten, musste eine eigene Finanzierungssystematik gefunden werden. Sie soll nun über Zuschläge je Fall erfolgen, womit die Höhe der Zahlungen sich am Umsatz (der Fälle) des Krankenhauses orientieren und die Möglichkeit besteht, alle Krankenhäuser, auch die, die nicht selbst ausbilden, an den Kosten zu beteiligen. Wettbewerbsnachteile für ausbildende Krankenhäuser sollen

damit vermieden werden. Die Zuschläge gehen ab 2006 in regionale Ausbildungsfonds, die von den Landeskrankenhausgesellschaften verwaltet werden. Jährlich sollen für die einzelnen Berufe die durchschnittlichen Ausbildungskosten je Ausbildungsplatz und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen für die einzelnen Berufe ermittelt werden. Unter Mehrkosten versteht man die über den Anrechnungsschlüssel von 1 : 9,5 hinausgehenden Kosten. Es ist an eine pauschale Finanzierung gedacht, die sich zunächst an regional unterschiedlichen Richtwerten orientiert. Durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes entstehende zusätzliche Kosten für die Ausbildung und zu erwartende Kostenentwicklungen sind dabei zu berücksichtigen.

Für das Jahr 2005 wurde eine Übergangsregelung getroffen. Danach sollten die bisher im Krankenhausbudget enthaltenen Ausbildungskosten in ein spezielles Ausbildungsbudget ausgegliedert werden. Das Ausbildungsbudget wurde bei ausbildenden Krankenhäusern auf Grundlage der Kosten des Jahres 2004 ermittelt. Die Höhe des Ausbildungsbudgets war zwischen den Vertragsparteien, den Krankenhäusern und Krankenkassen, krankenhausesindividuell zu vereinbaren.

Die vom Gesetzgeber getroffenen Regelungen sind in mehrfacher Hinsicht problematisch:

Die Datengrundlage hat nicht nur eine hohe Streubreite bei verschiedenen Krankenhäusern, sie ist auch im einzelnen Krankenhaus zwischen den Vertragspartnern umstritten, weil viele Krankenhäuser über keine gesicherte Datengrundlage verfügen und die durch das Krankenpflegegesetz verursachten Zusatzkosten nicht eindeutig definiert sind. Die Krankenhäuser sind versucht den ausgliedernden Kostenanteil möglichst gering zu halten, um das Gesamtbudget zu schonen und einen möglichst hohen Kostenanteil als Zusatzkosten gemäß Krankenpflegegesetz zu definieren. Die Krankenkassen sehen die dafür einkalkulierten Kostensteigerungen um ein mehrfaches übertroffen und weigern sich, Vereinbarungen über Richtwerte und Ausbildungsfonds in der geforderten Höhe abzuschließen. Durch das Verhandlungsprinzip sind Kompromisse zu Lasten der Ausbildungszahlen und der Ausbildungsqualität zu befürchten.

Für den Fall, dass sich die Vertragsparteien nicht einigen hat der Gesetzgeber zwar das zuständige Bundesgesundheitsministerium zu Ersatzvornahme ermächtigt, dieses zeigt jedoch angesichts der unklaren Datenlage und der möglichen Auswirkungen auf die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung wenig Neigung, an Stelle der Vertragsparteien die Verantwortung zu übernehmen.

Bereits bei dem bis dahin bestehenden Finanzierungsmodell über die Krankenhauspflegesätze ist die Zahl der Ausbildungsplätze in der Krankenpflege in den letzten zehn Jahren von 63.931 in 1995 auf 57.257 in 2004 abgebaut worden.

Ein weiteres Problem besteht in der Konstruktion der Durchschnittskosten. Damit soll quasi ähnlich wie bei den Fallpauschalen ein einheitlicher Preis je Ausbildungsberuf und Ausbildungsplatz festgelegt werden. Das ist mit dem ökonomischen Ziel verbunden, Wettbewerb zu fördern und die Ausbildungsträger anzureizen, ihre Ausbildungskosten unterhalb der festgesetzten Preise zu halten. Das ist angesichts der Ausgangslage mit sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen, Schulgrößen, Lehrkräftezahlen und Unterrichtsdeputaten usw. ein äußerst problematisches Unterfangen. Es ist zu erwarten, dass Ausbildungsträger mit deutlich über dem Durchschnitt

liegenden Kosten, Ausbildung in Umfang und Qualität abbauen müssen, während schlecht ausgestattete Schulen mit geringeren Kosten gut über die Runden kommen.

Eine bundeseinheitliche Ausbildungspauschale, wie sie bis 2009 angestrebt wird, verbietet sich schon wegen der Länderhoheit bei der Definition von Ausstattungsmerkmalen der Ausbildungsstätten, der Zahl und Qualifikationsanforderungen an Lehrkräfte und Fachkräfte für die praktische Anleitung u.ä. Allerdings haben die Länder bislang nur unzureichend oder gar nicht von ihren Regelungsmöglichkeiten Gebrauch gemacht. Die in den Erhebungen festgestellten sehr unterschiedlichen Kosten je Ausbildungsplatz haben ihre Ursache u.a. in sehr unterschiedlichen Ausstattungsmerkmalen der einzelnen Ausbildungsstätten. Die Länder haben es weitgehend versäumt, hier für einheitliche Standards zu sorgen.

Voraussetzung für einheitliche Richtwerte, selbst auf regionaler Ebene sind einheitliche Kriterien für alle kostenrelevanten Merkmale der einzelnen Ausbildungsgänge. Zunächst ist die Qualität zu definieren, bevor der Preis seriös ermittelt und verglichen werden kann. Da die Bundesländer der geforderten Definition entsprechender Qualitätskriterien für die Ausbildung nur unzureichend, gar nicht oder mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen nachkommen, halten wir es für erforderlich hier entsprechende Vorschläge zu entwickeln und zu unterbreiten.

Die nachfolgend dargestellten Qualitätsmerkmale lassen sich sinngemäß auch auf die Ausbildung in der Altenpflege anwenden. Obwohl dort die Ausbildungsfinanzierung anderen Regelungen unterliegt gibt es vergleichbare Ausbildungsstrukturen und die Notwendigkeit einheitliche Qualitätsstandards festzulegen.

## **B. Eckpunkte zu Qualitätskriterien für die Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz**

### **1. Zur Lehr/-innen-Schüler/-innen-Relation**

Wie die kürzlich erschienenen Studien zu den Ausbildungsstrukturen an den Gesundheits- und Krankenpflegesschulen und Altenpflegesschulen deutlich zeigen, sind die Lehrenden durch die neuen Regelungen der Ausbildungen mit zahlreichen und erweiterten Aufgabenfeldern konfrontiert [vgl. „Pflegeausbildungsstudie Deutschland“ (PABiS 2006) und „Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegesschulen“ (BEA 2006)]. So engagieren sie sich in einem hohen Maße in der Gestaltung und Umsetzung der neuen Vorgaben.

- Bedingt durch die Erhöhung der Theoriestunden in der Gesundheits- und Krankenpflege von 1600 auf 2100 Stunden ist ein umfangreicheres Engagement im Unterricht einschließlich der Vorbereitung notwendig, zumal gleichzeitig vielerorts die Honorarkräfte an den Schulen reduziert werden (vgl. PABiS, S. 7).
- Die curricularen Veränderungen an den Pflegeschulen werden hauptsächlich von den Lehrenden erarbeitet und getragen, 98 % der befragten Schulen berichten von einem Anstieg der curricularen Arbeit (vgl. PABiS, S. 11).

- Der in den letzten Jahren entstandene Fusionsdruck - 42 % der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen erwarten eine Fusion - erfordert erhebliche Organisationsveränderungen, die in der Regel ohne zusätzliches Personal bewältigt werden müssen (PABiS, S. 6 - 7).
- Die Praxisbegleitung als Aufgabe der Schule wurde erstmals gesetzlich vorgeschrieben (§ 2 (3) KrPflAPrV). Der damit verbundene Arbeitsaufwand erhöht sich trotz sinkender Praxisstunden (PABiS, S. 6).

Die besondere Struktur der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen bindet zusätzlich die Arbeitskraft der Lehrer/-innen für Organisationsaufgaben, wie sie die übrigen berufsbildenden Schulen nicht kennen:

- So obliegt 66 % der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen die Bewerberauswahl (PABiS, S. 5).
- Die Schulen sind für die Einsatzplanung zuständig. 80 % der Schulen geben einen erhöhten Aufwand bei der Einsatzplanung an.
- Ca. 20 % der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen übernehmen die Personalbuchhaltung. Die Krankenhäuser erwarten eine weitere organisatorische Verselbstständigung der Schulen (vgl. PABiS, S. 6 - 7).

Unter Berücksichtigung dieser Entwicklung halten wir es für dringend geboten, das Verhältnis von Lehrkräften zu Schülerinnen auf 1:15 verbindlich festzulegen. Der Europarat empfiehlt dieses Verhältnis auch in seinem Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern von 1967 (s. Abschnitt V, b.) Im Land Berlin ist diese Quote gesetzlich vorgeschrieben (§ 2 Abs. 3 Gesetz über die Lehranstalten für Medizinalhilfspersonen), in anderen Ländern wird sie empfohlen.

## **2. Zum Bedarf an Fort- und Weiterbildung des Lehrpersonals**

Zur Zeit haben 20 % der hauptamtlichen Lehrkräfte an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen eine Hochschulqualifikation, 7 % befinden sich im Studium (vgl. PABiS, S. 7). Die weit überwiegende Mehrzahl hat eine pädagogische Weiterbildung absolviert. Auch an den Altenpflegeschulen verfügen die meisten hauptamtlichen Lehrkräfte über eine pädagogische Weiterbildung (vgl. BEA, S. 8). Verglichen mit den berufsbildenden Schulen haben die Pflegeschulen einen erheblichen Aufholbedarf. Es ist dringend erforderlich, die Lehrenden mit intensiven Fort- und Weiterbildungen zu unterstützen. Nur so können gesetzlich gewollte neue didaktischen Konzepte, wie das Lernfeldkonzept oder die Modellversuche zur integrierten bzw. generalistischen Ausbildung umgesetzt werden.

Das Lehrerarbeitszeit-Modell aus Hamburg geht von einem Fortbildungsbedarf des Lehrpersonals an berufsbildenden Schulen von 45 Zeitstunden pro Jahr aus, da die Berufsschullehrer/-innen ihre handlungsorientierten Ausbildungskonzepte an die strukturellen, organisatorischen, fachlichen Veränderungen anpassen müssen. (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2006)

Betrachtet man die besondere Situation in der Pflege, insbesondere die Entwicklung der Pflegedidaktik und der Pflegewissenschaft, liegt der erforderliche Fortbildungsbedarf über dem der Berufsschullehrer/-innen. Wir halten daher eine gesetzlich festgeschriebene Zeit von 50 Stunden im Jahr für die Fort- und Weiterbildung für notwendig.

Honorarprofessoren sind in die curricularen Überlegungen einzubeziehen und über Dozentenkonferenzen sowie Fortbildungsangebote einzubinden.

### **3. Zum Qualifikationsbedarf und Umfang der Praxisanleitung**

Das neue Krankenpflegegesetz sieht vor, dass die Praxisanleitung von Pflegefachkräften übernommen wird, die über eine mindestens zweihundertstündige berufspädagogische Weiterbildung verfügen (§ 2 (2) KrPflAPrV). Diese Regelung führte zu einem erheblichen Nachqualifizierungsbedarf, der durch die Kostenträger zu übernehmen ist. Leider wurde versäumt, eine Freistellungsregelung für die Praxisanleitung zu treffen. Wir plädieren für eine Freistellung im Verhältnis von einem Praxisanleiter/ einer Praxisanleiterin zu zehn Schülerinnen (1:10). Das Verhältnis 1:10 bedeutet umgesetzt, dass eine Vollzeitstelle einer Fachkraft für praktische Anleitung für 10 Auszubildende zur Verfügung steht. Ein Krankenhaus mit 90 Auszubildenden hätte 9 Praxisanleiter/-innen in Vollzeitstellen zur Verfügung zu stellen. Größere Ausbildungsstätten entsprechend mehr, kleinere entsprechend weniger. Bei Teilzeitstellen kann eine größere Zahl an auszubildenden Stationen mit berufspädagogisch qualifiziertem Pflegefachpersonal besetzt werden. Der dadurch ermöglichte Anleitungsumfang liegt bei mindestens 10 % der für die praktische Ausbildung vorgeschriebenen Ausbildungsstunden. Dabei ist die ständige Präsenz berufspädagogisch qualifizierten Pflegefachpersonals wichtiger als ein bestimmter Prozentsatz realisierter formeller Anleitungsstunden. Nur durch eine angemessene Zahl können die komplexen Aufgaben der Praxisanleitung sinnvoll gestaltet werden. Als Aufgabe der Praxisanleitung definiert der Gesetzgeber die Heranführung der Schülerinnen an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben und die Gewährleistung der Verbindung zur Schule (vgl. § 2 (2) KrPflAPrV).

Im Einzelnen bedeutet dies:

- Erhebung des individuellen Lernbedarfes, Vereinbarung über die Ausbildungsziele, Ausbildungsplanung.
- Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von Lernsituationen, wie direkte praktische Anleitung oder von komplexeren Praxisprojekten.
- Kontinuierliche Lernberatung der Schülerinnen während des praktischen Einsatzes.
- Die Koordinierung der praktischen Ausbildung in der Praxiseinrichtung, z. B. in Form von Besprechungen und Arbeitsgruppen.
- Ausbildungszielkontrollen, Dokumentation des Lernerfolges inklusive praktischer Prüfungen.



- Mitwirkung an der staatlichen Prüfung.
- Entwicklung von Konzepten für die praktische Ausbildung.
- Regelmäßigen Kontakt zu Lehrenden der Pflegeschulen, um eine Verknüpfung von Theorie und Praxis zu ermöglichen.
- Eigene Fortbildung und Austausch mit anderen Praxisanleiterinnen.

#### **4. Zur räumlichen und sachlichen Ausstattung der Schulen**

Im Krankenpflegegesetz ist festgelegt, dass die staatliche Anerkennung der Schule erfolgt, wenn unter anderem die für die Ausbildung erforderlichen Räume und Einrichtungen als geeignet beurteilt werden (vgl. §4 (3) KrPflG). Die Ausgestaltung dieser Mindestanforderungen und die rechtliche Regelung der Ausstattungen von Schulräumen liegt im Kompetenzbereich der Länder. Einige Länder haben in ihren Schulbaurichtlinien klare Festlegungen getroffen, aus denen wir hier exemplarisch zitieren möchten, um Anhaltspunkte für die geeignete Gestaltung von Schulen der Gesundheitsberufe zu geben.

Das Land Schleswig-Holstein empfiehlt für berufsbildende Schulen Klassenräume von 50m<sup>2</sup> bzw. 59m<sup>2</sup> für Klassenstärken von 25 – 30 Schülerinnen. Ebenso Gruppenarbeitsräume von 28 m<sup>2</sup> und Arbeitsräume von 33 m<sup>2</sup>. Labore, Demonstrationräume und Werkstätten werden entsprechend der Berufsfelder festgelegt, für den Bereich Gesundheit/Sozialpflege werden unter anderem Räume von 59 m<sup>2</sup> für Krankenpflege, Datenverarbeitungsräume von 79 m<sup>2</sup> und Nebenräume von 22 m<sup>2</sup> angegeben. Die Anzahl der Räume richtet sich nach den Unterrichtsinhalten, der Anzahl der Unterrichtsstunden, der Unterrichtsorganisation und der Klassenplanung. (vgl. Schleswig-Holstein 2005).

Neue Lernformen wie selbstorganisiertes Lernen oder skills-labs erfordern neben der üblichen Ausstattung an angemessenen Klassenräumen auch spezielle Übungsräume mit entsprechenden Demonstrationmaterialien, Räume für Gruppenarbeiten und EDV-Räume. Ebenso ist eine funktionierende Bibliothek unabdingbar, die neben einem umfassenden und aktuellen Bücherbestand auch über einschlägige Fachzeitschriften verfügt. Neben der Ausrichtung der Schule für moderne Lernformen ist zu beachten, dass die Lehrenden in der Regel ihre Arbeitszeit in der Schule verbringen. Daher sollten angemessene Arbeitsplätze, Konferenzräume und Aufenthaltsräume für die Lehrenden an der Schule gesetzlich festgeschrieben werden. Auch in den Praxisstellen sind Räume zum Lernen und für Besprechungen vorzuhalten. Besonders für die Altenpflegeschulen wurde ein Entwicklungsbedarf festgestellt (vgl. BEA, S. 7).

Bearbeitung: Sandra Altmeyen, Ellen Bögemann-Großheim, Gerd Dielmann, Maria Pohl

Berlin, im September 2006

## Literatur:

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003 (BGBl. I S. 2263).

BEA (2006): Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen – Zusammenfassung der Ergebnisse der BEA-Studie. Hrsg. vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, März 2006.

Dielmann, Gerd: Finanzierung der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern. In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 31, Dezember 2005, S. 31 - 35, Hannover.

Ders. (2006): Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. 2. akt. und erw. Auflage, Frankfurt am Main 2006.

Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenplegern vom 13. Juni 1972 (BGBl. II S. 630).

Flöttmann, Carsten/Schmidt, Michael (2004): Die pauschalierte Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung. In: Das Krankenhaus 3/2004, 161-165.

Freie und Hansestadt Hamburg (2006): <http://fhh.hamburg.de/stadt/aktuell/behoerden/bildung-sport/service/lehrer-arbeitszeit-modell/lehrerarbeitszeit.html>

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690).

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442).

Gesetz über die Lehranstalten für Medizinalpersonen vom 14. Juli 1964, geändert durch die Verordnung vom 19. Juli 1965.

Hesse, Godehild (2005): „Wer bezahlt das Lehrgeld“? In: Krankenhaus Umschau 4/2005, S. 327 – 332.

PABiS (2006): Pflegeausbildung im Umbruch – Zusammenfassung der Ergebnisse der Pflegeausbildungsstudie Deutschland. Hrsg. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Deutsches Krankenhaus Institut und Robert Bosch Stiftung, veröffentlicht am 6.4.2006.

Quernheim, German (2003): Ausbildungsfinanzierung ab Januar 2005. In: Die Schwester/Der Pfleger 42. Jahrg. 5/03 S. 398

Rost, Yvonne (2004): Die Umstellung der Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen in Krankenhäusern. In: PflegeRecht 2-2004, S. 51 – 55.

Schleswig-Holstein (2005): Neufassung der Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen für Schulbaumaßnahmen an öffentlichen Schulen (Schulbauförderrichtlinie des Landes Schleswig-Holstein); Gl.-Nr.: 2134.8; Fundstelle: Amtsbl. Schl.-H. 2005 S. 538; Link: [http://www.schooloffice-sh.de/texte/s/schulbau\\_foerderrichtlinie.htm](http://www.schooloffice-sh.de/texte/s/schulbau_foerderrichtlinie.htm)