



## Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen

### Empfehlungen des Deutschen Vereins<sup>1</sup>

#### 1. Rahmenbedingungen der Pflege

##### 1.1 Situation in der Altenpflege

Durch die demografische Entwicklung und die höhere Lebenserwartung wird die Zahl der älteren Menschen und dabei insbesondere die Zahl der hochbetagten Menschen bis zum Jahr 2050 deutlich ansteigen. Im Jahr 2005 lebten in Deutschland alleine 3,6 Mio. Menschen, die 80 Jahre und älter waren. Diese Zahl wird bis zum Jahr 2050 kontinuierlich auf über 10 Mio. ansteigen. Mit zunehmendem Alter steigt zugleich überproportional das Risiko, pflegebedürftig zu werden. So liegt der Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe im Jahr 2005 bei der Gruppe der 75- bis 80-Jährigen noch bei 9,6 %, steigt bei der Gruppe der 80- bis 85-Jährigen auf 20,3 %, bei der Gruppe der 85- bis 90-Jährigen auf 36,3 % und bei der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren auf 60,2 % an. In der Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren waren im Jahr 2005 in Deutschland 1.428.471 Menschen pflegebedürftig.<sup>2</sup> Modellrechnungen rechnen mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (im Sinne des SGB XI) bis auf 3,26 Mio. (2040) oder 4,7 Mio. (2050).

Von den 12 Mio. Menschen, die in Deutschland derzeit älter als 65 Jahre sind, sind 1,2 Mio., also 10 %, an einer fortschreitenden Demenz erkrankt. 800.000 von ihnen weisen mittelschwere und schwerere Krankheitsstadien auf, die ihnen eine selbstständige

<sup>1</sup> Verantwortlicher Referent im Deutschen Verein: Dr. Eberhard Funk. Die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen wurden von einer gleichnamigen Arbeitsgruppe erarbeitet, in den Fachausschüssen „Soziale Berufe“ und „Altenhilfe und Pflege“ sowie im Präsidialausschuss beraten und am 18. März 2009 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2008, S. 211, 8.7.2.

Lebensführung unmöglich machen. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, nimmt mit steigendem Alter zu: unter den 60- bis 70-Jährigen beträgt der Anteil der an Demenz Erkrankten ca. 1 %, unter den 70- bis 80-Jährigen ca. 5 % und unter den 90- bis 94-Jährigen weist ein Drittel manifeste demenzielle Symptome auf.<sup>3</sup>

Für die Versorgung der älteren Menschen ist von Bedeutung:

- Alle Prognosen gehen davon aus, dass der Trend zur Individualisierung und zur relativen Kinderlosigkeit anhält. Hierdurch, wie durch die abnehmende Zahl von Familien (Zwei-Generationenhaushalten), die Zunahme von Einpersonenhaushalten und der Alleinerziehenden wird sich der Anteil der in der Familie gepflegten alten Menschen reduzieren und der Bedarf an fremder Hilfe, aber auch an professioneller Pflege, erhöhen.
- Die in den kommenden Jahren stark zurückgehende Zahl der Absolvent/innen der allgemeinbildenden Schulen wird dazu führen, dass auch für die Pflegeberufe Ausbildungsbewerber/innen nicht mehr im erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen werden. Zeitgleich erfolgt ein erhöhter Wettbewerb um die Absolventen. Ein breites, altersgruppenübergreifendes Bild der Pflegeberufe wird in diesem Wettbewerb zu Vorteilen führen. Um den zukünftigen prognostizierten Pflegebedarf ergänzend zu sichern, ist auch eine gezielte Werbung und Systemintegration von Absolvent/innen mit Hauptschulabschluss unumgänglich.
- Die in den Pflegeberufen hohe Fluktuation wird bei weiter zunehmender Belastung zumindest unverändert bleiben.
- Die Tendenz in der Bevölkerung, solange wie irgend möglich in der vertrauten Umgebung verbleiben zu wollen, führt dazu, dass diejenigen Menschen, die in eine stationäre Einrichtung ziehen, immer älter, kränker und gebrechlicher werden und damit einen immer komplexeren Pflegebedarf aufweisen.
- Dem besonderen Betreuungs- und Versorgungsbedarf der an Demenz erkrankten Menschen muss durch die Entwicklung neuer Hilfeformen und der Einbeziehung zusätzlicher Professionen Rechnung getragen werden.

---

<sup>3</sup> Hasselbeck, W.: Demenz: Faktoren ihrer Entstehung, Diagnose, Therapie, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 4/2008, S. 16 ff.

- Nur noch kurze Verweildauern im Krankenhaus führen dazu, dass vermehrt medizinisch-pflegerische Leistungen, die bisher primär im Krankenhaus erbracht wurden, in die stationären Einrichtungen verlagert und/oder von ambulanten Diensten übernommen werden.

Dies und der Trend zur Umgestaltung der stationären Einrichtungen durch die vermehrte Einrichtung von Wohngemeinschaften werden gravierende Auswirkungen auf die zukünftigen Einsatzfelder der Altenpflegefachkräfte haben. Durch eine Splittung in Betreuungs- und Pflegeleistungen werden den Altenpflegefachkräften vermehrt die komplexen Pflegesituationen zuwachsen, während für die Betreuungs- und Versorgungsleistungen sowie die Alltagsgestaltung andere Berufsgruppen, wie hauswirtschaftliche Fachkräfte und Alltagsbetreuer, herangezogen werden.

## 1.2 Entwicklungen in der Krankenpflege

In der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege haben sich die Anforderungen an die Pflegefachkräfte stark verändert. Die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist u.a. durch die konsequente Durchsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“, durch Fortschritte in der Medizin (minimal-invasive Chirurgie etc.) und durch die Einführung diagnoseorientierter Abrechnungssysteme nach Fallpauschalen, von 14 Tagen (1991) auf 8,3 Tage (2007)<sup>4</sup> zurückgegangen und dürfte sich weiter reduzieren. (Im Durchschnitt der EU liegt sie niedriger; wobei ältere Patienten durchschnittlich länger im Krankenhaus verweilen).

Die Zahl der Krankenhäuser hat sich auf 2087 vermindert; ihre Auslastung ist gleichwohl in dem selben Zeitabschnitt von 84,1 % auf 76,3 % (2006) zurückgegangen; ca. 300.000 Personen (umgerechnet auf Vollzeitstellen) arbeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser, was einen Rückgang um 30.000 bis 50.000 Stellen im Vergleich mit der Situation vor zehn Jahren bedeutet. Die in der Krankenpflege entfallenen Stellen sind nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes praktisch 1:1 in die Altenpflege verlagert worden.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Zahlen: Statistisches Bundesamt.

<sup>5</sup> Presse-Erklärung der GKV zum Pflegegipfel, 10. September 2008.

Eine besondere Herausforderung an das moderne Krankenhaus stellt die Gruppe der älteren Patienten sowie der Patienten mit Behinderungen dar. Die demografische Entwicklung weist nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamts im Zeitraum 1994 bis 2003 eine Steigerung der Krankenhausaufenthalte bei den Patienten der Gruppe der 75-Jährigen und Älteren um 25 % von 44.300 auf 55.400 je 100.000 Personen dieser Altersgruppe aus. Darüber hinaus wächst die Zahl der chronisch Kranken und der Patienten mit mehreren gleichzeitig bestehenden Krankheiten. Über 24 % der über 70-Jährigen leiden dem Alterssurvey zufolge an fünf und mehr Erkrankungen. Dieser Personenkreis benötigt aber ebenso wie die Gruppe der Menschen mit Behinderungen gerade bei kurzfristigen Krankenhausaufenthalten gruppenspezifische Begleitung und Hilfe. Insbesondere die Versorgung älterer und chronisch kranker und multimorbider Patienten erfordert nach den Feststellungen der Sachverständigenkommission zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen einen komplexen Organisations- und Abstimmungsprozess und ein gutes Ineinandergreifen von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Diese Aspekte wurden nach den Feststellungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Krankenhaus durch die bestehende Dominanz der Akutmedizin vernachlässigt. Während in der Altenpflege seit jeher auch Krankenpflegefachkräfte tätig sind und krankenpflegerisches Wissen und Erfahrungen in die Altenpflege hineinragen können, sind Altenpflegefachkräfte im Krankenhaus bisher noch selten anzutreffen.

Für die Pflegefachkräfte bedeutet dies, dass durch die demografische Entwicklung, die betriebsorganisatorischen Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung der DRG's, den Abbau der Liegezeiten, den Ärztemangel und das immer umfangreicher werdende Case Management Pflegesituationen hochkomplex werden. Das bedeutet auch, dass die im Krankenhaus dominierenden Krankenpflegefachkräfte zur Bewältigung Ihrer Aufgaben Kompetenzen auch der anderen beiden Pflegesparten benötigen. Schließlich erfordern die vielfältigen Veränderungen im Aufgabenzuschnitt und in der Betriebsorganisation der Krankenhäuser breit ausgebildete Pflegefachkräfte, die in der Lage sind, sich bei Bedarf in die Besonderheiten aller Pflegebereiche einzuarbeiten.

### 1.3 Entwicklung in der Kinderkrankenpflege

Die Entwicklung in der Kinderkrankenpflege ist in der Tendenz vergleichbar mit der Entwicklung der Pflege in anderen Bereichen. Auch in der Kinderkrankenpflege hat ein Abbau von Betten, Liegezeiten und Pflegepersonal in den pädiatrischen Krankenhäusern stattgefunden und ist die ambulante Versorgung kranker Kinder stark ausgeweitet worden.

Nach dem Ergebnis der 4. bundesweiten Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e.V. (BaKuK) zur aktuellen Situation der stationären Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland ergibt sich für die Kinderkrankenpflege in stationären Einrichtungen folgendes Bild:

	1993	1997	2001	2003	2004	2005
Planbetten in Pädiatrie						9.155
Gesamtfallzahl in Pädiatrie						875.086
Betten in Kinderchirurgie	3.551	2.984	2.654			2.490
Fallzahlen in Kinder-Chirurgie	110.403	108.099	81.607			78.538
Verweildauer/Tage/Pädiatrie	7,5	6,6	5,64			5,28
Verweildauer/Tage/Kinder-Chirurgie	5,9	5,1	4,3			4,0
Pflegekraft pro belegtem Bett	0,85	0,78	0,71			0,75
Fallzahlen pro Pflegekraft	41	43	46,2			52,9
Ausbildungsplätze	6.761	7.038	4.435			2.008
Behandelte Kinder in Erwachsenen-abteilungen	492.933	428.801	353.722	499.784	404.707	
Behandelte Kinder in Pädiatrie und Kinder-Chirurgie	918.287	960.888	949.714	887.985	894.931	

Daraus wird deutlich, dass in den vergangenen Jahren eine Massierung von zu pflegenden Kindern pro Kinderkrankenpflegefachkraft stattgefunden hat.

Besondere Herausforderungen an die Kinderkrankenpflege stellt, neben der Massierung, die immer komplexer werdende Pflege von Mehrlingsgeburten sowie von Frühgeburten

und Kindern mit vormals tödlich verlaufenden Krankheiten, die aufgrund des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts entweder heute überleben können oder deren Lebenserwartung deutlich erhöht ist, die aber neben medizinischer Behandlung eine intensive und komplexe Pflege benötigen. Neben dem Wandel des Krankheitsspektrums wirken sich die Veränderung der familiären Lebensformen und der sozialen Rahmenbedingungen ganz wesentlich auf die Entwicklung des Aufgabenfelds der Kinderkrankenpflege aus.

Die große Zahl der in Erwachsenenabteilungen der Krankenhäuser behandelten Kinder wirft die Frage nach kinderkrankenpflegerischen Kompetenzen der dort pflegenden Fachkräfte auf.

#### **1.4 Grundsatz „ambulant vor stationär“**

Die hohen Kosten einer stationären Versorgung älterer Menschen, die große Zahl der älteren Menschen, die zur Bestreitung der Kosten einer stationären Versorgung auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen waren, aber auch der viel verbreitete Wunsch älterer Menschen, ihren Lebensabend so weit wie möglich in der vertrauten Umgebung zu verbringen, haben dazu geführt, dass unter dem Schlagwort „ambulant vor stationär“ dem Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen unbedingte Priorität vor dem Ausbau stationärer Hilfestrukturen eingeräumt wurde. Etwa 2/3 der pflegebedürftigen Menschen werden heute in ihrer häuslichen Umgebung – zumeist durch Familienangehörige – gepflegt. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt inzwischen auch im Gesundheitswesen und hat dort zu einem massiven Abbau von Pflegebetten in den Krankenhäusern geführt.

Die insgesamt zugelassenen 10.977 (2005) ambulanten Pflegedienste beschäftigen insgesamt 214.307 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Darunter

- 36.484 Altenpfleger/innen,
- 5.010 Altenpflegehelfer/innen,
- 71.425 Krankenschwestern/Krankenpfleger,
- 8.698 Krankenpflegehelfer/innen,
- 6.309 Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger.

Das Übergewicht im Bereich der Pflegefachkräfte liegt eindeutig im Bereich der Krankenpflege, obwohl sich der Schwerpunkt der Tätigkeiten der ambulanten Pflegedienste längst in den Bereich der pflegerischen Versorgung älterer Menschen verlagert hat. Die im Verhältnis zur Inanspruchnahme der ambulanten Dienste durch ältere Menschen geringe Beschäftigung von Altenpflegefachkräften liegt daran, dass die Pflegefachkräfte der ambulanten Dienste auf ihrer Tour pflegebedürftige und kranke Menschen aller Altersgruppen und mit allen auftretenden Pflegebedarfen versorgen müssen. Offenbar wird in der Praxis die Kompetenz dafür hauptsächlich den Krankenpflegefachkräften zugerechnet. Dabei wird in Kauf genommen, dass die Hilfe nicht in jedem Falle optimal geleistet werden kann. Aus der Sicht der ambulanten Dienste und der zu versorgenden Menschen wäre daher eine universell einsetzbare Pflegefachkraft, die alle Aspekte der Pflege abdeckt, in höchstem Maße wünschenswert.

## 1.5 Gesundheitliche Prävention

Neben den kurativen Angeboten, der Nachsorge und der Pflege bei Alter, Behinderung und Gebrechlichkeit hat die gesundheitliche Prävention in den vergangenen Jahren eine immer größere Bedeutung erlangt. Ziel präventiver Bemühungen ist die Vermeidung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit oder wenigstens die Milderung deren Folgen. Mit dem Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes wird Prävention zu einem wichtigen Bestandteil des Wirkungsbereichs der Pflegeberufe und prägt die Neuausrichtung des Berufsbildes wesentlich mit. Prävention beschränkt sich aber nicht nur auf die Tätigkeit der Pflege und anderer Berufe des Gesundheitswesens. Die Landkreise, Städte und Gemeinden haben ein immer dichteres Netz an präventiven Hilfen geknüpft, die unter Einsatz von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen auch Aufgaben der Gesundheitsvorsorge wahrnehmen. Zu denken ist dabei insbesondere auch an den großen Bereich der Sozialen Hilfen, der Hilfen für Gefährdete, der Angebote der Jugendhilfe und Familienhilfe.

## 1.6 Personalsituation

Die Entwicklung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass in der Pflege in der Regel periodisch massive Personalengpässe auftreten. Dies hat unterschiedliche Ursachen:

- Abwanderung aus den Pflegeberufen wegen schlechter Arbeitsbedingungen (nach den Ergebnissen der „NEXT-nurses“ early-exit-study trägt sich in Deutschland jede 5. Pflegefachkraft mit dem Gedanken, ihren Beruf zu verlassen, beträgt die durchschnittliche Verweildauer des Pflegepersonals in einer Einrichtung zwischen 4,7 Jahren – in ambulanten Pflegediensten – und 7,6 Jahren – in Krankenhäusern bis 400 Betten),
- versäumte Ausbildungsanstrengungen,
- überhasteter Personalabbau mit Blick auf betriebsorganisatorische Veränderungen,
- attraktivere Angebote in anderen Berufsfeldern (Pharmaindustrie, Medizinischer Dienst u.a.),
- fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten etc.,
- fehlende und/oder unzureichende Beachtung möglicher Berufsrückkehrer/innen.

In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass beispielsweise die Kinderkrankenpflege bei potenziellen Ausbildungsbewerber/innen auch in Zeiten schlechter Bewerbernachfrage so attraktiv erscheint, dass aus Mangel an Ausbildungsplätzen sogar unter besten Bewerbern Ausleseprozesse stattfinden müssen. Über eine einheitliche Pflegeausbildung könnte mehr Bewerbern ein Einstieg in die Pflege mit der Perspektive einer späteren Entscheidung für eine Beschäftigung in der Kinderkrankenpflege geboten werden, könnten mithin bisher brachliegende Bewerberressourcen erschlossen werden.

Außerdem könnten durch problemlose Wechselmöglichkeiten zwischen den einzelnen Tätigkeitsfeldern der Pflege Fachkräfte, die ihren Beschäftigungsbereich wechseln wollen, in andere Tätigkeitsfelder wechseln und bleiben der Pflege so möglicherweise erhalten. Eine einheitliche Ausbildung könnte aber auch wechselnde Personalengpässe zwischen den einzelnen Pflegesparten besser ausgleichen.



## 1.7 Helferberufe

In der Altenpflege werden Helfer/innen in größerem Umfang beschäftigt. Vergleichbar der Krankenpflegehilfe haben die Länder einjährige Ausbildungsgänge zur/zum Altenpflegehelfer/in geschaffen, die für Aufgaben der Grundpflege und der sog. „kleinen Behandlungspflege“ qualifizieren. Die Zahl der Kräfte in der **Krankenpflegehilfe** ist in Deutschland eher gering; in Baden-Württemberg beispielsweise gibt es gerade noch 150 Ausbildungsplätze in der Krankenpflegehilfe. Dies ist eng verbunden mit der geringeren Nachfrage seitens der Krankenhäuser. Dort wird – unter Hinweis auf die von der Pflege im Krankenhaus geforderte hohe Flexibilität – der Beschäftigung von Pflegefachkräften der Vorzug gegeben. Im Zuge der Kompetenzzuweisung für die Regelung der Ausbildung in der Krankenpflegehilfe auf die Länder durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes haben einige Länder den Ausbildungsgang Krankenpflegehilfe aufgegeben oder zusammen mit der Altenpflegehilfe in umfassendere Bildungsgänge wie der Ausbildung zum Sozialassistenten etc. überführt.

## 2. Aufgabe und Rolle der Pflege

Die Ausbildung in der **Altenpflege** soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen, eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst nach § 3 Abs. 1 Altenpflegegesetz insbesondere:

- die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
- die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
- die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
- die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,

- die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
- die umfassende Begleitung Sterbender,
- die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,
- die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
- die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
- die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.

Das Ausbildungsziel für die Berufe der **Gesundheits- und Kinderkrankenpflege** sowie der **Gesundheits- und Krankenpflege** sind in § 3 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 wie folgt beschrieben:

„Die Ausbildung (...) soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen.“

Zu den Aufgaben der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sowie der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen gehören nach § 3 Abs. 2 Krankenpflegegesetz insbesondere:

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,

- Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
- eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation,
- Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen.

Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, sowie Gesundheits- und Krankenpfleger/innen finden ihre Arbeitsplätze in den Einrichtungen der Altenhilfe (ambulante Dienste, Altenheime, stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Altenpflege), in Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Eine ausschließliche berufsspezifische Zuordnung der Tätigkeiten und Funktionen in den genannten Einrichtungen ist nicht zu erkennen.

### 3. Das derzeitige Ausbildungssystem

Über die erstmalige bundesrechtliche Regelung der **Altenpflege** ist eine einheitliche, den Krankenpflegeausbildungen weitgehend angenäherte, bundeseinheitliche dreijährige Altenpflegeausbildung entstanden. Ihr Umfang beträgt – wie in den Krankenpflegeausbildungen – mindestens 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht und 2.500 Stunden praktische Ausbildung. Die Lerninhalte sind in der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt und werden über sog. Lernfelder vermittelt. Den Schulen obliegt die Gesamtverantwortung für die Ausbildung, sie begleiten die praktische Ausbildung durch eine Praxisbegleitung, während die praktischen Ausbildungsstellen eine Praxisanleitung sicher stellen. Das Altenpflegegesetz und die Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung enthalten eine Gesamtregelung der Ausbildung. Im Rahmen ihrer Kulturhoheit haben die Länder das Altenpflegegesetz unterschiedlich umgesetzt und zwar teilweise über das Schulrecht und, daraus korrespondierend, private Ersatzschulen oder aber ganz über private Schulträger. Entsprechend unterschiedlich ist auch die Ausstattung mit Lehrkräften.

Die dem äußeren Rahmen nach vergleichbaren Krankenpflegeausbildungen (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege) finden traditionell in und im Umfeld von Krankenhäusern statt. Die „Auszubildenden“ sind als Mitarbeiter/innen nach einem Schlüssel von 1:9,5 im Stellenplan der ausbildenden Krankenhäuser ausgewiesen (§ 17a Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Träger oder zumindest Mitträger der Krankenpflegesschulen sind die Krankenhäuser und sie bestimmen im Rahmen ihrer Personal- und Budgethoheit die finanzielle und personelle Ausstattung der Schulen und können zugleich auf deren Geschäftsführung Einfluss nehmen. Für die Qualifikation der Lehrerinnen und Lehrer in den Krankenpflegesschulen schreibt § 4 Abs. 3 Nr. 2 Krankenpflegegesetz in Abweichung zum Altenpflegegesetz inzwischen zwar eine abgeschlossene einschlägige Hochschulausbildung vor. Dennoch wird es in Folge der Besitzstandregelung für traditionell weitergebildete Lehrkräfte Jahrzehnte dauern, bis diese Angleichung an vergleichbare andere Berufsausbildungen umgesetzt sein wird.

In der Praxis können die Altenpflegesschulen, die Kinderkrankenpflegesschulen und die Krankenpflegesschulen der ihnen auferlegten Gesamtverantwortung für die Ausbildung nur dort gerecht werden, wo die ausbildenden Einrichtungen in Kooperation mit den Praxiseinrichtungen geeignete Standards entwickeln können. Dies zeigt sich darin<sup>6</sup>, dass

- Altenpflegeschüler/innen, Kinderkrankenpflegeschüler/innen und Krankenpflegeschüler/innen in den praktischen Ausbildungsstellen immer noch in erster Linie als Arbeitskräfte gesehen und zum Ausgleich personeller Fehlausstattungen herangezogen werden,
- private Altenpflegesschulen bei der Festlegung der Ausbildungsbedingungen oftmals im Wettbewerb der praktischen Ausbildungsstellen stehen, um genügend Schülerinnen und Schüler für eine wirtschaftliche Durchführung ihrer Kurse zu erhalten,
- die Praxisanleitung personell vielfach nur formal ausgewiesen ist und in der Ausbildungspraxis nur unzureichend wahrgenommen wird.

---

<sup>6</sup> Matthias Seeliger, Sr. Gabi Strobel: Motivation und Rahmenbedingungen in der praktischen Ausbildung, FH Ludwigshafen

Folge ist, dass

- den Schüler/innen zu wenig Zeit für das theoretische Studium verbleibt,
- der Ausbildungserfolg zu wünschen übrig lässt,
- ein nicht unbedeutender Teil der Schüler/innen sich mit dem Gedanken trägt, die Ausbildung abzubrechen,
- ein erheblicher Anteil der Schüler/innen die Ausbildung zwar beendet, danach aber den Pflegeberuf verlassen will.

Die Attraktivität der Pflegeberufe wird im Übrigen dadurch eingeschränkt, dass ein ausbildungsbegleitender Erwerb der Hochschulreife in der Regel schwierig ist.

#### **4. Neue Entwicklungen**

Neben den vorgenannten faktischen Entwicklungen haben folgende Entwicklungen prägenden Einfluss auf die Weiterentwicklung der Pflegeberufe:

##### **4.1 Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2007 die Rollenverteilung im Gesundheitswesen zum Thema gemacht. Ausgehend von gewandelten Ansprüchen der Patient/innen und Weiterentwicklungen in der Versorgungslandschaft sowie neuen Berufen im Gesundheitswesen stellt der Sachverständigenrat die bisherige Rollenverteilung innerhalb der Gesundheitsberufe auf den Prüfstand. Unter den Gesichtspunkten

- Zusammenarbeit besser regeln,
- Konkurrenzgefühle überwinden,
- Pflegeautonomie im Modell erproben,
- Poolkompetenzen schaffen,

werden anhand von Beispielen aus der Praxis Vorschläge, wie die Übernahme internationaler Modelle z.B. Advanced Nursing Practice, gemacht.

## 4.2 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Durch Artikel 6 Nr. 8 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden Möglichkeiten für Modellversuche geschaffen, die

- in § 63 Abs. 3 b SGB V die Vornahme von Verordnungen von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer,
- in § 63 Abs. 3 c SGB V die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung der Heilkunde handelt, auf dafür ausgebildete Altenpflege- und Krankenpflegefachkräfte ermöglichen. Um welche heilkundlichen Tätigkeiten es sich dabei handelt, soll in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt werden.

Parallel dazu wurden durch Artikel 15 und 16 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz jeweils ein § 4 Abs. 7 eingefügt, der Modellvorhaben zur angemessenen Qualifizierung der Pflegekräfte für diese Aufgaben vorsieht.

Mit der Schaffung einer zusätzlichen gering qualifizierten Betreuung der Heimbewohner mit erheblichem Betreuungsbedarf nach § 87 b SGB XI wird die Führungsspanne der Pflegefachkräfte auf eine weitere Berufsgruppe mit Anleitungsbedarf ausgedehnt.

Schließlich sieht der Fünfte Abschnitt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes die Einrichtung integrierter Pflegestützpunkte zur Verbesserung der Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien vor. Die Umsetzung dieses Elements einer umfassenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird in den Ländern überwiegend in enger Abstimmung von Land, kommunalen Aufgabenträgern und Pflegekassen unter Berücksichtigung bereits vorhandener Strukturen vorangetrieben.

Neben anderen dafür geeigneten Berufsgruppen werden auch die speziellen Kompetenzen der Fachpflegekräfte hierbei Berücksichtigung finden müssen.

### **4.3 Entwicklungen in anderen Bereichen der beruflichen Bildung**

Die Kultusministerkonferenz setzt in ihren Rahmenvereinbarungen für die berufsbildenden Schulen seit Jahren auf sog. Breitbandausbildungen, die eine möglichst universelle Einsetzbarkeit der Ausbildungsabgänger/innen innerhalb der gewählten Berufssparte vermitteln. Besonderen Anforderungen innerhalb der Berufssparten tragen die Rahmenvereinbarungen durch Schwerpunktbildungen innerhalb der Ausbildung Rechnung.

### **4.4 Europäische Standards**

In nahezu allen europäischen Ländern gehört die Ausbildung der Kinderkrankenpflege bzw. der Altenpflege mit zur Ausbildung als professionell Pflegende bzw. wird als Zusatzqualifikation erworben. Eine grundständige Altenpflegeausbildung mit entsprechender Anerkennung wird ausschließlich in Deutschland vollzogen. Zwar wird auch in Österreich eine Altenpflegeausbildung angeboten. Diese bereitet aber auf einen sozialen Beruf vor und ist in ihrer Pflegeausrichtung nur der deutschen Altenpflegehelferausbildung vergleichbar.

Dies hat zur Folge, dass nach der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen nur die Krankenpflege nach den allgemeinen Regelungen für die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen behandelt und ohne weitere Nachweise und Prüfungen in allen Europäischen Ländern und den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes anerkannt wird. Eine einheitliche Ausbildung für die Pflegeberufe würde die volle Freizügigkeit aller deutschen Pflegefachkräfte ermöglichen.

In Deutschland lebt eine große Zahl von Migrant/innen, die in den Mitgliedstaaten/Beitrittsländern der EU Pflegeausbildungen erworben haben, die mit den deutschen Ausbildungen hinsichtlich des erworbenen Kenntnisstandes nicht oder nicht voll kompatibel sind, die ihre Pflgetätigkeit gerne in Deutschland fortsetzen würden. Mit der Überleitung der Richtlinie 2005/36/EG in deutsches Recht ist die bisherige Praxis der Anerkennungsbehörden, nach Ableistung von (in der Regel bezahlten) Praktika, in denen sich die Anerkennungsbewerber/innen mit der Praxis und den Standards in deutschen Kliniken vertraut machen und ihre Wissensdefizite aufarbeiten konnten, die Anerkennung zu erteilen, entfallen. Die in der Richtlinie vorgesehenen Wege zur Überwindung von Ausbildungsdefiziten, nämlich die auf die festgestellten Defizite begrenzte Kenntnisstandsprüfung oder den darauf abgestellten Anpassungslehrgang, erfordern einen hohen Umsetzungsaufwand und finden geringe Akzeptanz in der Praxis.

#### 4.5 Lebenslanges Lernen

Lebenslanges Lernen wird seit den sechziger Jahren national wie auch international als bildungspolitische Formel verwendet und ist in der Bildungsdiskussion ein zentraler Begriff geworden. Unter Lebenslangem Lernen werden alle institutionalisierten und nicht-formalen Lernprozesse über den gesamten Lebenszyklus eines Menschen verstanden, unabhängig davon, ob das Lernen aus persönlichen, sozialen oder beruflichen Gründen stattfindet. Lebenslanges Lernen heißt praktisch globales Lernen unter Nutzung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien, insbesondere des elektronischen Lernens (e-learning) unabhängig von zeitlichen und räumlichen Einschränkungen (insbesondere auch nebenberuflich).

Lebenslanges Lernen soll auch dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit (employability) des Einzelnen dienen. Der Abschluss einer beruflichen Qualifizierung in der Jugendzeit reicht als Basis lebenslanger Erwerbstätigkeit und Berufsfähigkeit angesichts einer sich schnell wandelnden Berufs- und Arbeitswelt und prekärer Arbeitsmarktbedingungen nicht aus. Das „Ausbildungssystem“ wird in ein System lebenslangen Lernens eingebettet.



Lebenslanges Lernen ist individuell geprägt. Statt der Institution – Schule, Hochschule, Beruf – stehen die Lernenden und deren Bedürfnisse im Vordergrund. An die Stelle fachspezifischer Lehrpläne und disziplinärer Wissensorganisation tritt die Entwicklung individueller, häufig auch selbstorganisierter Lernprozesse. Lebenslanges Lernen ist effizienzbasierend; Bildung ist weniger eine staatliche Aufgabe, sondern subjekt- und nachfragegesteuert (selbstbestimmtes Lernen, autodidaktisches Lernen). Sie erfordert zwingend Qualitätsmanagement, Akkreditierung und Zertifizierung.

#### **4.6 Lissabon-Prozess**

Die Europäische Union will mit ihrer „Lissabon-Strategie“ Europa zur modernsten und konkurrenzfähigsten Wirtschaftsmacht ausbauen. Einer der Hauptpfeiler der Lissabon-Strategie ist die Wissensgesellschaft, in die alle Kompetenzen einfließen sollen und die sich ständig weiterentwickelt.

Kompetenzen sollen lernort- und institutionsunabhängig definiert (unabhängig ob sie an der Schule, der Hochschule, im Beruf, im Alltag, etc. erworben wurden) und in ein System ständiger Weiterbildung eingebaut werden. Das Instrument hierfür soll der Europäische (und der Deutsche) Qualifikationsrahmen sein. Dies erfordert den Ausbau des „Ausbildungssystems“ zu einem System lebenslangen Lernens und die Implantierung einer zielgerichtet modularisierten Berufsausbildung, an die sich Module der Fort- und Weiterbildung sowie der Spezialisierung anschließen.

#### **4.7 Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen**

Die jeweiligen §§ 4 Abs. 6 des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes ermöglichen Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe, bei denen von geltenden Vorgaben des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes sowie von den dazu ergangenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen abgewichen werden kann. In jedem Bundesland wurden auf der Grundlage dieser Modellklauseln integrative und generalistische Bildungsgänge konzipiert und erprobt, teilweise sogar mit der

Vermittlung mehrerer Bildungsabschlüsse. Darüber hinaus werden seit 2004 primärqualifizierende Studiengänge der Gesundheits- und Krankenpflege angeboten. Im „Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung“ ist ein repräsentativer Querschnitt von Modellprojekten aus dem gesamten Bundesgebiet zusammengeschlossen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat ein Modellprojekt aus der besonderen Perspektive der Altenpflege durchgeführt, dem acht Modellprojekte angehört haben.

Die ersten Absolventen/innen der primärqualifizierenden Studiengänge haben im Sommer 2008 das Studium mit Berufszulassung und Bachelor abgeschlossen. Die in verschiedenen Bundesländern entstandenen Studiengänge sind größtenteils noch am Anfang ihrer Entwicklung. Dennoch zeichnet sich ab, dass eine akademische Erstqualifikation in der Gesundheits- und Krankenpflege mit spezifischem Kompetenzerwerb möglich ist. Die Kooperation zwischen der Hochschule als Ort der Theorievermittlung (an einigen Orten in Zusammenarbeit mit Pflegeschulen) und den praktisch ausbildenden Krankenhäusern ist hierbei von besonderer Bedeutung. Die Studiengänge unterscheiden sich im Aufbau und den Curricula, damit ermöglichen sie eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung. Allen gemeinsam ist, dass die Ausbildung für die praktischen Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege mit dem theoretischen und pflegewissenschaftlichen Inhalt integriert wird, wie dies duale Studiengänge auszeichnet. Die ersten Absolvent/innen wurden auf dem Arbeitsmarkt gut angenommen.

Ein Ergebnis der Modellprojekte ist, dass die weitgehende Zusammenführung der in allen drei Pflegeausbildungen deckungsgleichen Lerninhalte in einem einheitlichen Ausbildungsgang grundsätzlich möglich ist. Im Bundesmodellprogramm hat sich gezeigt, dass Curricula mit einer Deckungsgleichheit der fachlichen Inhalte von bis zu 90 % entwickelt werden können. Die Zusammenarbeit von Pflegeschulen aller drei Ausbildungsberufe gestaltet sich in der Praxis der Modellprojekte problemlos. Die gleichzeitige Unterrichtung von Schülerinnen und Schülern aller drei Fachrichtungen wirkt sich positiv auf die Wissensvermittlung aus. Umgekehrt ausgedrückt vermag eine

an der Vermittlung von Kompetenzen ausgerichtete Ausbildung in einem Drei-Jahres-Zeitraum den relevanten Wissensstoff aller drei Ausbildungsgänge abzudecken.

Problematisiert wurde von der Praxis die fehlende Routine bei den Absolventen der Modellausbildungen sowie Einschränkungen im krankheitsbezogenen Detailwissen. Die Absolventen des Bundesmodellprogramms waren aber allesamt in der Lage, sich diese Routine und arbeitsplatzbezogene Einzelheiten innerhalb kurzer Einarbeitungszeiträume anzueignen. Dies dürfte wesentlich davon abhängen, wie die Praxiseinsätze innerhalb der Ausbildung zugeschnitten werden.

Das Bundesmodellprogramm ist aus dem speziellen Blickwinkel der Altenpflege auch der Frage nachgegangen, ob durch eine gemeinsame Pflegeausbildung wesentliche Anliegen der Altenpflege verloren gehen würden. Es ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die befürchteten Qualifikationseinbußen bei der Altenpflege und der Kinderkrankenpflege innerhalb der Regelausbildung durch Schwerpunktsetzungen in der praktischen Ausbildung ausgeglichen werden können.

#### **4.8 Weitere Konzepte**

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe fordert eine Angleichung der beruflichen Bildung in der Pflege an die allgemeinen Bildungsstrukturen; zentrales Element ist eine grundständige generalistische Hochschulausbildung für die Pflege, die mit dem Grad „Bachelor in Nursing“ abschließt. Da das Ziel einer durchgängigen Ausstattung der Pflege mit akademischen Pflegekräften nur sehr langfristig erreicht werden kann, ist daneben eine grundständige Pflegeausbildung auf der Sekundarebene vorgesehen.

Bei nicht allen Beteiligten aus der Altenpflegeausbildung wird ein grundlegender Handlungsbedarf gesehen. Sie verweisen darauf, dass es erst seit dem Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes am 25. Oktober 2002 und am 1. August 2003 eine bundesweit einheitliche dreijährige Pflegeausbildung gäbe. Daher sei es verfrüht, über eine Überführung der Altenpflege in eine einheitliche Pflegeausbildung zu entscheiden.

## 5. Folgerungen für eine Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Die genannten starken Umbrüche in der Betreuung und Versorgung älterer Menschen bedingen ebenso eine neue Verortung der Pflegeberufe wie Veränderungen in der Krankenhaus- und Pflegelandschaft, der Gesundheitsvorsorge und Beratung. Daraus ergibt sich:

- Die derzeitige Situation in der Versorgung und Pflege und die zu erwartenden Entwicklungen sprechen eindeutig für eine Vereinheitlichung der Pflegeausbildung auch in Deutschland.
- Die in vielen Kliniken bereits praktizierte Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe, die Vorschläge der Sachverständigenkommission zur Neuabgrenzung der Aufgaben im Gesundheitswesen sowie die jetzt nach § 63 SGB V modellhaft vorgesehene Übertragung heilkundlicher Aufgaben auf die Pflegeberufe erfordern die Abbildung erweiterter und stark reflexiver Kompetenzen auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in der Pflegeausbildung.
- Die Einführung sog. Hausgemeinschaftsmodelle in den Pflegeeinrichtungen, die zunehmende Multimorbidität der zu betreuenden älteren Menschen, die kurzen Verweildauern im Krankenhaus mit dem damit verbundenen Zwang, innerhalb kürzester Zeiträume Genesungsprozesse einzuleiten, führen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und Pflege zu einer so massiven Verdichtung, dass eine Klärung/Neuabgrenzung von Zuständigkeitsbereichen nicht nur zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen notwendig wird, sondern auch innerhalb der Pflegeberufe selbst.
- Die Pflegefachkräfte werden die auf sie zukommenden Aufgaben nur dann angemessen bewältigen können, wenn sie durch Pflegehelfer und/oder Servicekräfte von Aufgaben mit reinem Versorgungscharakter entlastet werden. Die Qualifizierung der letztgenannten kann nicht Gegenstand des nachfolgenden Ausbildungsmodells des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge sein, weil sich dieses an der Pflege ausrichtet.
- Für Ausbildungsabbrecher/innen und Personen, die bereits außerhalb regulärer Pflegeausbildungsgänge überprüfbare Fachkenntnisse erworben haben, müssen Einstiegsmöglichkeiten über Einstufungsprüfungen etc. in die Ausbildungsgänge

geschaffen werden, die die bereits erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten angemessen berücksichtigen.

## **6. Das Ausbildungsmodell des Deutschen Vereins**

Der Deutsche Verein schlägt ein gestuftes Modell für die Ausbildung in der Pflege, unabhängig von der Ausrichtung an den Lebensphasen der Menschen vor:

Dem Modell des Deutschen Vereins liegt ein ganzheitliches Pflegeverständnis im Sinne des Begriffs „care“ zugrunde. Er setzt dabei voraus, dass die Aufgaben der Betreuung und Hilfen im Alltag Servicekräfte, Alltagsbegleiter sowie hauswirtschaftliche Fachkräfte übernehmen, die die dafür erforderlichen Tätigkeits- und Kompetenzprofile aufweisen. Der nachfolgende Vorschlag betrifft daher ausschließlich die Ausbildung zu den Pflegeberufen im eigentlichen Sinne.

### **6.1 Pflegehelfer/in, Pflegeassistent/in**

Die Ausbildung in diesem Bereich zielt auf

- voraussichtlich über einen längeren Zeitraum konstant überwachte und damit berechenbare möglichst gleichförmige Pflegesituationen,
- die Übernahme von Anteilen bei Pflegesituationen im Wege der Anleitung und Delegation durch eine ausgebildete Pflegefachkraft.

Sie umfasst konkret:

- die Unterstützung von Menschen, die ihre physischen und psychosozialen Grundbedürfnisse nicht mehr selbstständig erfüllen können,
- die fachlich fundierte, systematische und regelgeleitete Durchführung von Pflegehandlungen nach Anleitung/Delegation einer Pflegefachkraft und unter Beachtung von Arbeitsschutzmaßnahmen und Hygienerichtlinien,
- die Unterstützung fallverantwortlicher Pflegefachkräfte bei komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen, zielgerichtet auf deren Delegation,

- die fachgerechte Ausführung delegierter medizinisch-technischer Pflegetätigkeiten,
- die fachkundige Weiterleitung wichtiger Informationen und Beobachtungen, die auf pflegerische und medizinische Veränderungen hinweisen,
- die Analysierung, Bewertung und Reflektion einfacher Pflegehandlungen,
- die Mitgestaltung des Lebensumfelds und des Alltags von Pflegeempfänger/innen unter gesundheitsfördernden Gesichtspunkten,
- die kontrollierte Übernahme von administrativen und logistischen Arbeiten,
- Dokumentierung der eigenen Tätigkeiten im Pflegebericht.

Die Ausbildung soll auf dem Hauptschul- oder einem vergleichbaren schulischen Abschluss aufbauen, in der Regel zwei Jahre dauern und theoretischen und praktischen Unterricht sowie fachpraktische Ausbildung umfassen. Darüber hinaus muss die Ausbildung ein so hohes Bildungs- und Kompetenzniveau vermitteln, dass sie ohne weiteren Zusatzunterricht mit dem Ausbildungsabschluss einen mittleren Bildungsabschluss verleiht. Die Ausbildung kann bis zu einem Jahr auf die Ausbildung zur Pflegefachkraft angerechnet werden.

Da die Regelungskompetenz für diese Ausbildungsgänge bei den Ländern liegt, wird vorgeschlagen, vergleichbar den Rahmenvereinbarungen der Kultusministerkonferenz, einheitliche Kriterien und eine gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsgänge zu schaffen.

## 6.2 Pflegefachkraft

Die Pflegefachkraft muss zukünftig übergreifende Pflegekompetenzen aufweisen. Das ergibt sich aus den Anforderungen einer veränderten Praxis, die vermehrt Pflegefachkräfte mit Grundkenntnissen aus allen drei Pflegeberufssparten nachfragt, und aus den Ergebnissen der Modellprojekte, die gezeigt haben, dass die theoretischen Inhalte der bisher drei Pflegeausbildungen in einem Umfang von bis zu 90 v.H. übereinstimmen und dass es in den generalistisch ausgerichteten Modellprojekten möglich war, in drei Ausbildungsjahren im theoretischen und praktischen Unterricht sowie in einer neugegliederten praktischen Ausbildung die Inhalte aller drei Pflegeausbildungen auch in der Praxis

angemessen zu vermitteln. Außerdem folgt der Vorschlag den in anderen beruflichen Ausbildungen ersichtlichen Tendenzen zu Breitbandausbildungen und den Zielen der Europäischen Union.

Für die so ausgebildete Pflegefachkraft ergeben sich folgende Aufgabenfelder und Kompetenzprofile:

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
- Sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege von Menschen aller Altersgruppen und in allen Lebenslagen,
- Führung (Anleitung, Beratung, Anweisung, Unterstützung und Kontrolle) von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,
- Mitwirkung bei der Behandlung kranker und/oder pflegebedürftiger Menschen,
- Eigenständige pflegefachliche Diagnostik,
- Eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen im Rahmen der Aufgaben,
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
- Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit, Alter und Behinderung,
- Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte sowie der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen,
- Hilfen zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte,
- Gesundheitsvorsorge einschließlich der Beratung über gesunde Ernährung und Lebensweisen,
- Umfassende Begleitung Sterbender und ihrer Angehöriger.

Die Ausbildung zur Pflegefachkraft sollte als einheitliche Ausbildung für alle Gruppen pflegebedürftiger Menschen konzipiert werden. Zugangsvoraussetzung soll – wie bisher auch – in der Regel ein mittlerer Bildungsabschluss sein. Ebenso soll die Ausbildung in der Regel drei Jahre betragen und theoretischen und praktischen Unterricht sowie fachpraktische Ausbildung in den Aufgabenfeldern, in denen die Pflegefachkräfte nach ihrer Ausbildung tätig werden können, umfassen. Im Hinblick auf eine vertikale Durchlässigkeit der Pflegeausbildungen soll die theoretische Ausbildung so ausgerichtet werden, dass mit Erreichen des Ausbildungsziels eine Hochschulreife, gegebenenfalls beschränkt auf sog. affine Studienfächer, verbunden ist.

Dem berechtigten Einwand der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege, dass eine vollständig vereinheitlichte Pflegeausbildung den besonderen Bedarfen von Kindern und älteren Menschen allenfalls unzureichend Rechnung tragen könne und damit die in diesen Pflegebereichen mit den nach Pflegesparten getrennten Ausbildungen erreichten hohen Pflegestandards gefährdet würden, ist in der Ausgestaltung der Ausbildung Rechnung zu tragen. Nach den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms „Pflegeausbildung in Bewegung“ kann dies durch Schwerpunktsetzungen innerhalb einer vereinheitlichten Pflegeausbildung, insbesondere in der fachpraktischen Ausbildung, erreicht werden, wenn sie dementsprechend durch theoretischen Unterricht flankiert wird. Dabei wird prinzipiell vorausgesetzt, dass der theoretische Unterricht alle Altersgruppen gleichermaßen berücksichtigt und unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen widerspiegelt.

Im Übrigen ist eine weitergehende Spezialisierung innerhalb der Pflegeberufe ein an die Weiterbildung zu richtendes Anliegen.

Die mit dieser Ausbildung angestrebten ehrgeizigen Ziele können nur erreicht werden, wenn sie unter entsprechenden Ausbildungsbedingungen stattfindet. Neben einer hochwertigen fachtheoretischen Ausbildung ist eine gleichwertige, an den Ausbildungszielen orientierte praktische Ausbildung unablässig. Dazu gehört insbesondere eine fachlich kompetente und im erforderlichen zeitlichen Umfang von anderen Aufgaben freigestellte



Praxisanleitung und der Verzicht, Auszubildende für ausbildungsfremde Aufgaben, wie z.B. als Ersatz für fehlende reguläre Pflegekräfte, einzusetzen.

### **6.3 Akademische Pflegefachkraft**

Schließlich ist eine schrittweise Akademisierung der Pflegeausbildung zielführend für

- besonders komplexe Pflegesituationen,
- Übernahme von heilberuflichen Aufgaben aus den ärztlichen Aufgabenfeldern,
- Führungsaufgaben,
- Leitungs- und Managementaufgaben,
- Lehrtätigkeit und Leitungen an den Schulen für Pflegeberufe sowie
- Forschung und Lehre in der Pflege und Pflegewissenschaft.

Die Aufgabe wird je nach angestrebter Aufgabe entweder dem Bachelor oder dem Master zugeordnet. Um die notwendige weitere Qualifizierung von Führungskräften, Lehrenden und anderen Funktionskräften zu beschleunigen, sind sowohl grundständige Pflegestudiengänge als auch konsekutive Studiengänge vorzusehen. Da es sich bei den Pflegeberufen um sehr praxisorientierte Berufe handelt, ist im Rahmen der Akkreditierung von Studiengängen auf die Vermittlung ausreichender praktischer Kompetenzen besonders zu achten. Regionale und flächendeckende Netzwerke können hier wegweisend sein.

## **7. Umsetzung der Lissabon-Strategie**

Insbesondere die Altenpflegeberufe leben bisher in hohem Maße davon, dass Menschen nach der Familienphase oder Berufswechsler/innen ihren Weg in die Altenpflegehilfe oder die Altenpflege finden. Außerdem wird vermutet, dass ein nicht unerheblicher Personenkreis eine Pflegeausbildung aus persönlichen oder familiären Gründen abgebrochen hat, derzeit als ungeprüfte Hilfskraft in der Pflege arbeitet, bei entsprechenden Wiedereinstiegsangeboten aber bereit wäre, die Ausbildung wieder aufzunehmen und zum Abschluss zu bringen. Auf diesen Personenkreis kann auch eine

einheitlich konzipierte Pflegeausbildung angesichts latenten Nachwuchs- und Bewerbermangels nicht verzichten. Über sinnvolle Anrechnungslösungen für Teile der klassischen grundständigen Pflegeausbildung, verbunden mit sinnvollen (Wieder-)Einstiegsqualifizierungsangeboten, könnte ohne Qualitätsverlust der derzeitige Weg von einer herkömmlichen grundständigen Pflegeausbildung bis zu einem Abschluss in einem Pflegestudiengang zeitlich erheblich verringert werden. Solche Angebote könnten auch geeignet sein, Migrant/innen mit Pflegeausbildungen aus den Beitrittsländern der EU, die mit hier erworbenen Abschlüssen nicht kompatibel sind, neben den Anerkennungsmöglichkeiten der Richtlinie 2005/36/EG einen regulären Ausbildungsabschluss in der Pflege zu ermöglichen.

In Umsetzung des Grundsatzes Lebenslangen Lernens und der Lissabon-Strategie schlägt der Deutsche Verein daher vor:

- Alle Berufe in der Pflege sowie im Vor- und Umfeld von Pflege sind mit einer vertikalen Durchlässigkeit auszustatten. Damit werden Sackgassen vermieden und – die notwendigen Qualifikationen vorausgesetzt – Aufstiegsmöglichkeiten vom Hauptschulabschluss bis hin zu Masterabschluss und Promotion ermöglicht.
- Die Ausbildungsgänge sind in Module zu gliedern, die sich am Europäischen Qualifikationsrahmen orientieren. Damit wird es möglich:
  - Personen mit einer abgebrochenen Ausbildung – gegebenenfalls nach Absolvierung eines Anpassungslehrgangs – unter Anrechnung bisher erworbener Kompetenzen in einen laufenden Ausbildungsbetrieb zu übernehmen und in einem überschaubaren zeitlichen Rahmen einen Abschluss zu vermitteln.
  - Bei Berufswwechsler/innen Kompetenzen, die in anderen Berufsfeldern erworben wurden, zu bewerten und auf eine Berufsausbildung in der Pflege anzurechnen.
  - Rahmen für selbstbestimmtes und selbstorganisiertes Lernen zu definieren, die einem berufsbegleitenden Lernen in hohem Maße förderlich sind.
  - Anrechnungsmöglichkeiten für weiterführende Studiengänge festzulegen.

## 8. Verortung der Pflegeausbildung im Bildungssystem

Die Frage der Verortung der Pflegeausbildung stellt sich für die Berufsfachschulausbildung, nachdem

- der Grundsatz der Durchlässigkeit des Bildungssystems einheitliche und an vergleichbaren Qualitätsstandards messbare Bildungsgänge erfordert und eine Abkehr von Sonderausbildungswegen nahelegt,
- sich zeigt, dass die Altenpflegesschulen, die Kinderkrankenpflegesschulen sowie die Krankenpflegesschulen ihrer im Gesetz vorgesehenen Gesamtverantwortung nicht in vollem Umfang gerecht werden und insbesondere nicht überall vergleichbare Ausbildungsbedingungen gewährleisten können.

Der Deutsche Verein spricht sich daher für einen Systemwechsel in der Berufsfachschulausbildung der Pflegeberufe und in eine Überführung der derzeit im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz geregelten schulischen Ausbildung in das in den Ländern geltende Schulrecht aus. Damit können geeignete Standards in der Ausstattung, beim Personal und der Finanzierung sichergestellt werden.

## 9. Finanzierung der Pflegeausbildung

Vor dem Einstieg in das Thema der Finanzierung besteht die Notwendigkeit einer validen Bedarfsermittlung mit all ihren Facetten. Der daraus entstehende **Bedarfsplan** bildet die damit zu finanzierende Größe. (Anmerkung: zeitgleich wird hierdurch der „Wildwuchs“ minimiert). Auch sollte nur ein Bedarfsplan erstellt werden.

Eine einheitliche Pflegeausbildung bedingt ein einheitliches Finanzierungssystem für alle an der Ausbildung in den Pflegeberufen Beteiligten. Die derzeitige Finanzierungsregelung stellt sich je nach Ausbildungssparte und Bundesland deutlich unterschiedlich dar. In jedem Fall muss gesichert sein, dass auch nicht ausbildende Einrichtungen, die jedoch vom System partizipieren, beteiligt werden. Zeitgleich müssen die Länder die „Subsysteme“ finanziell absichern (ein- und zweijährige Ausbildungen).

## 9.1 Altenpflegeausbildung

Die öffentlichen Altenpflegesschulen werden nach den für die öffentlichen Schulen im jeweiligen Bundesland geltenden Regelungen finanziert. In der Regel trägt danach das Land die Aufwendungen für die pädagogischen Fachkräfte und einen Teil der Investitions- und Sachkosten, während der kommunale Schulträger die Aufwendungen für das nichtpädagogische Personal und die restlichen Investitions- und Sachkosten trägt.

Für die privaten Altenpflegesschulen gelten die Regeln des jeweiligen Privatschulrechts.

Die Kosten der Ausbildungsvergütungen werden nach § 24 Abs. 1 Altenpflegegesetz in den Entgelten oder Vergütungen des Ausbildungsbetriebs berücksichtigt oder aber über Ausgleichsverfahren nach § 25 Altenpflegegesetz ganz oder teilweise auf alle Einrichtungen, die für die Erbringung ihrer Leistungen Altenpflegekräfte beschäftigen müssen, umgelegt.

## 9.2 Krankenpflegeausbildung

Die Mehrkosten der Krankenpflegeausbildung (die Mehrkosten für die Ausbildungsstätten und für die Ausbildungsvergütungen) werden nach § 17 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über Ausbildungsfonds, die bei den Landeskrankenhausgesellschaften eingerichtet sind, finanziert.

In den Ländern, in denen die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegesschulen und die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen dem Schulrecht unterliegen, gilt für die Finanzierung der Schulen die unter 9.1. für die öffentlichen Altenpflegesschulen dargestellte Regelung entsprechend. Die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen (die nicht durch Leistungsentgelte refinanzierbare Aufwendungen) werden über den Ausbildungsfonds bei den Landeskrankenhausgesellschaften finanziert.

### 9.3 Handlungsbedarf

Die Entscheidung für eine (einheitliche) Pflegeausbildung setzt eine einheitliche Finanzierung für die Träger der Schulen und die Sicherung der Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen voraus.

Bei der geforderten Überführung der Fachschulausbildung in der Pflege in das Schulrecht der Länder wird der Fachschulbesuch über die jeweiligen in den Ländern für öffentliche Schulen geltenden Finanzierungsregelungen finanziert. Dies wäre eine Rechtsfolge der Überführung der Schulen ins Schulrecht und bedürfte keiner besonderen Regelung.

Eine vereinheitlichte Ausbildung setzt auch einheitliche Ausbildungsvergütungen für alle Auszubildenden in der Pflegeausbildung voraus.

Die Ausbildungsbereitschaft und die Zahlung von Ausbildungsvergütungen bedeutet einen betriebswirtschaftlichen Wettbewerbsnachteil der ausbildenden Einrichtungen und Dienste. In § 25 Altenpflegegesetz sind Ausgleichsinstrumentarien für die Ausbildungsvergütungen abgebildet, die unter Berücksichtigung der Kriterien des Bundesverfassungsgerichts zu den Sonderabgaben zu einer gleichmäßigen Beteiligung aller in der Pflege tätigen Einrichtungen und Dienste an einer angemessenen Finanzierung der Ausbildungskosten in der Form eines Umlageverfahrens führen können.

Politik und Sozialpartner sind gemeinsam mit den Prozessbeteiligten aufgefordert, zeitnah geeignete Regelungen für die Finanzierung und Sicherung einer modernen und zukunftsfähigen Pflegeausbildung zu schaffen.