

## Zur Diskussion um eine Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen

### *1. Einleitung*

Die bereits seit Jahren geführte Diskussion um eine Ausbildungsreform in den Pflegeberufen hat durch die Einleitung eines Gesetzgebungsverfahrens zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes zum Ende der rot-grünen Legislaturperiode neue Aktualität erhalten. Zugleich berät das Bundesverfassungsgericht über die Verfassungsmäßigkeit des im Jahre 2001 verabschiedeten ersten bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes, gibt es mit diesem Gesetz zugelassene Modellversuche zur Erprobung neuer Ausbildungsformen, bemühen sich Hochschulen um die berufsrechtliche Anerkennung ihrer pflegerischen Studiengänge oder starten den Versuch die Anforderungen des Krankenpflegegesetzes an der Hochschule zu genügen.

In diesem Beitrag wird der aktuelle Stand der Diskussion um die Ausbildungsreform in den Pflegeberufen vor ihrem gesellschaftspolitischen Hintergrund dargestellt. Nach einer kurzen Übersicht über das bundesdeutsche System der beruflichen Bildung erfolgt eine Verortung der Ausbildungsgänge der Gesundheitsfachberufe, speziell der Pflegeberufe und ihrer verfassungsrechtlichen und bildungspolitischen Problematik als Heilberuf.

Nach einer Skizzierung der Situation und sich abzeichnender Entwicklungstendenzen im Sozial- und Gesundheitswesen werden Anforderungen an eine Ausbildungsreform entwickelt und Reformkonzepte diskutiert. Dabei werden insbesondere die Reformvorschläge einer Zukunftswerkstatt der Robert Bosch Stiftung einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Die aktuellen Reformbestrebungen des Gesetzgebers in Bezug auf die nach dem Krankenpflegegesetz geregelten Berufe werden in groben Zügen dargestellt und bewertet. Der Beitrag schließt mit der Kennzeichnung der Widerstände gegen das Vorhaben und einem Ausblick auf die Umsetzungschancen des Gesetzgebungsverfahrens.

## 2. Einordnung der Pflegeberufe in das System der beruflichen Bildung

Das deutsche Berufsbildungssystem lässt sich in drei große Bereiche unterteilen. Den quantitativen Hauptteil stellen die dualen Ausbildungen dar, deren typisches Merkmal darin besteht, dass die Ausbildung an zwei Lernorten stattfindet. Dem Betrieb, mit dem ein Berufsausbildungsvertrag besteht und der Berufsschule, die in Teilzeitform, in der Regel an 1 bis 2 Tagen in der Woche oder in Blockform besucht wird. Diese dual ausgebildeten Berufe sind nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt.

Daneben existieren vollzeitschulische Berufsausbildungen, die an Berufsfachschulen durchgeführt werden. Diese sind nur zu einem sehr geringen Teil durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. die Handwerksordnung (HwO) geregelt. Der weitaus größere Teil der vollzeitschulischen Ausbildungen ist – da es schulische Ausbildungen sind – den jeweiligen Kultusministerien der Länder unterstellt.

Dies hat zur Folge, dass für denselben Ausbildungsberuf unterschiedliche Ausbildungsregelungen gelten. Die Unterschiedlichkeit kann durch länderübergreifende Rahmenvereinbarungen etwas abgemildert werden.

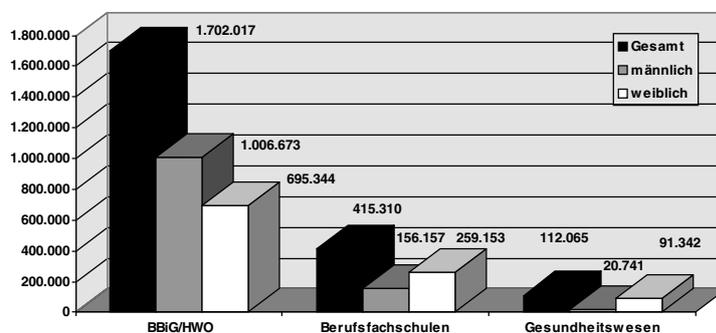
Zusätzlich zu diesen beiden Bereichen der Berufsbildung gibt es noch einen dritten, nämlich Ausbildungen, die in »Schulen des Gesundheitswesens« absolviert werden. Rechtsgrundlage hierfür sind Berufszulassungsgesetze, für die der Bund seine Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Ziffer 19 Grundgesetz (GG) bezieht. Während die Zuständigkeit für Aus- und Weiterbildung grundsätzlich bei den Ländern liegt, sind dem Bund mit dieser Vorschrift die Regelungskompetenzen für »Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, dem Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften« übertragen. Diesen so genannten »anderen Heilberufen« sind u.a. die nach dem Krankenpflegegesetz geregelten Berufe, die Hebammen, die medizinisch-technischen Assistenzberufe, die Berufe der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zugeordnet. (Vgl. Brendel/Dielmann 2000). Bei den Altenpflegeberufen ist die Zuordnung umstritten.

Das Bundesland Bayern bestreitet die Bundeskompetenz und hat beim Bundesverfassungsgericht Klage eingereicht, über die im Oktober 2002 entschieden wird (Dielmann 2001a). Der Bund kann auf dieser verfassungsrechtlichen Grundlage aber nur die Berufszulassung regeln. Weitergehende Vorschriften etwa zur inhaltlichen und strukturellen Organisation

der Ausbildung, der Lehrerqualifizierung oder der Weiterbildung bleiben ihm versagt und den Ländern überlassen.

Einen Überblick über die quantitative Verteilung der Auszubildenden und Schüler/-innen in den Bereichen des berufsbildenden Systems gibt folgendes Schaubild:

*Zahl der Auszubildenden in den verschiedenen beruflichen Bildungsgängen nach Geschlecht, im Jahr 2000 in Tsd.*



*Quelle: Berufsbildungsbericht 2002: 99, 329, 332*

Insgesamt bilden damit die dual Ausgebildeten den größten Anteil aller Auszubildenden. Zu berücksichtigen ist, dass einige Ausbildungsberufe im Sozial- und Gesundheitswesen in einzelnen Bundesländern dem Berufsfachschulsystem zugeordnet sind. Betrachtet man die Geschlechterverteilung, so fällt auf, dass der Frauenanteil an den Berufsfachschulen mit 62,4% und an den Schulen des Gesundheitswesens mit über 80% deutlich überwiegt.

Die Sonderstellung der Pflegeberufe im Bildungssystem führt zu ganz konkreten Nachteilen in der Ausgestaltung der Ausbildung. So gelten die Mindeststandards des Berufsbildungsgesetzes für diese Berufe nicht vollständig (Brenner 1994). Beispielsweise fehlt die Vorschrift berufspädagogisch qualifizierter Ausbilder/-innen für die betriebliche Ausbildung. Der Zugang zur Ausbildung ist besonders reglementiert und Übergänge innerhalb des Berufsbildungssystems sind erschwert. So können an den Schulen des Gesundheitswesens keine weiterführenden allgemeinbildenden Abschlüsse erworben werden, die zum Zugang in den tertiären Bildungsbereich berechtigen. Da es sich häufig um Schulen in

privater Trägerschaft handelt, sind auch Schulgeldzahlungen in einigen Berufen nicht ausgeschlossen.

Für die Lehrer/-innenqualifikation gelten besondere Vorschriften, sofern überhaupt Regelungen existieren. Im Krankenpflegegesetz heißt es hierzu lapidar: *Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegesschulen sind als geeignet staatlich anzuerkennen, wenn sie von einer »Unterrichtsschwester oder einem Unterrichtspfleger« geleitet werden* [§ 5 (2) KrPflG]. Allerdings ist nicht festgelegt, welche Qualifikation eine Unterrichtsschwester benötigt. Während im übrigen Bildungssystem auch an den berufsbildenden Schulen für die hauptberuflichen Lehrkräfte in der Regel ein Lehramtsstudium vorgeschrieben ist, bleibt dies an Schulen des Gesundheitswesens weitgehend unregelt (vgl. Wanner 1987, Bals 1990, Bischoff/Botschafter 1993). Die fachliche Zuordnung der Schulen zu den Gesundheits- und Sozialministerien der Länder hat auch zur Folge, dass es vielfach keine curricularen Vorgaben für den theoretischen Unterricht gibt, geschweige denn eine geregelte Lehrerfortbildung.

So ist es beispielsweise nicht selbstverständlich, dass die Pflegeberufe auch in den Genuss von Förderungsmöglichkeiten des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes (AFBG) kommen. Zwar wurden neben den nach BBiG geregelten Fortbildungsverordnungen auch landesrechtliche Regelungen für die Gesundheitsberufe als förderungsfähig in das Gesetz aufgenommen, dennoch bereitet die Förderung vielfach Schwierigkeiten, weil nicht in allen Bundesländern und auch nicht für alle Weiterbildungsgänge Regelungen existieren. Hilfsweise hat nun der Gesetzgeber im Bereich der Weiterbildung auf Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zurückgegriffen, die als eingetragener Verein quasi als Ersatz für den Gesetzgeber fungiert. Die Empfehlungen der DKG waren seit den siebziger Jahren bis zu Beginn der neunziger die einzige regelnde Struktur (vgl. Dielmann 2001b). Erst in der Folge der Pflegenotstandsdiskussion Ende der achtziger Jahre wurde ein großer Teil der Bundesländer aktiv. Nicht nur Weiterbildungsregelungen wurden getroffen, sondern es gab geradezu einen Boom an Studiengängen, insbesondere für leitende und lehrende Pflegekräfte (Bögemann-Großheim 2002, Kälble 2002, Sieger 2001)

Die besondere Problematik der Sonderregelungen zeigt sich auch im Bereich der Umschulung. Das Sozialgesetzbuch III erlaubt die Förderung nur, wenn die Dauer der Weiterbildung um mindestens 1/3 gekürzt wird (§ 92 Abs. 2 SGB III). Die Berufsgesetze sehen eine generelle Verkürzungsmöglichkeit hingegen nicht vor, sondern erlauben sie nur im Einzelfall unter besonderen Bedingungen. Obwohl dem Gesetzgeber diese Problematik bewusst ist, hat er sich nicht zu einer grundlegenden Lösung

entschließen können. Zwar dürfen nach dem Anfang des Jahres 2002 verabschiedeten JOB-AQTIV-Gesetz dreijährige Ausbildungsgänge grundsätzlich wieder gefördert werden, aber nur für zwei Jahre. Das heißt, die Umschüler/-innen müssen selbst klären, wie sie das verbleibende Jahr finanzieren. Diese kurzsichtige Festlegung wird erhebliche Einbrüche vor allem bei den Berufen nach sich ziehen, die sich überwiegend oder zu einem großen Teil aus Umschüler/-innen rekrutieren. Dies trifft vor allem die Berufe in der Altenpflege, der Ergotherapie und der Logopädie.

Ihre Sonderstellung im Bildungssystem hat den Pflegeberufen gelegentlich den Vorwurf eingebracht, Sackgassencharakter zu haben (Karsten 1991, Krüger/Rabe-Kleberg/Mischo-Kelling 1993). Dies ist dann zutreffend, wenn man die Abschottung der Berufe voneinander und die weitgehend fehlende horizontale und vertikale Durchlässigkeit innerhalb des Bildungssystems betrachtet. Wenn man jedoch die Weiterbildungsmöglichkeiten innerhalb des Berufsfeldes ansieht, so dürfte es nur wenige Berufe geben, die ein solch weites Feld an fachlichen oder funktionsbezogenen Qualifizierungs- und Arbeitsmöglichkeiten bieten können (Dielmann 2001b).

Ein wesentliches Ziel jeder Ausbildungsreform stellt daher eine Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in das Regelungssystem des Berufsbildungsgesetzes dar. Die Diskussion hierüber wird bereits seit den siebziger Jahren geführt und hat den wesentlichen Teil der berufsbildungspolitischen Auseinandersetzung im Vorfeld der Novellierung des noch geltenden Krankenpflegegesetzes von 1985 geprägt (Bögemann-Großheim 2002). Der Widerstand gegen eine Integration kam neben den Berufsverbänden vor allem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Brenner 1994, Dielmann 1993), in der wiederum die Krankenhäuser in kirchlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft vor allem gesellschaftspolitische Einflüsse auf die Krankenpflegeausbildung befürchteten, die sie als innerkirchliche Angelegenheit betrachteten (Isensee 1980).

### 3. *Strukturwandel im Gesundheitswesen im Hinblick auf Qualifikationsanforderungen*

Das deutsche Gesundheitswesen unterliegt einem permanenten Wandel. Es gibt kaum einen Bereich mit einer so schnellen Folge an Gesetzen, die nicht selten auch strukturelle Veränderungen mit dauerhaften Auswirkungen auslösen (Gerlinger et al. 1997, Deppe 2000).

Auch die demografische Entwicklung mit ihrem steigenden Anteil an Alten und Hochbetagten wird nicht ohne Auswirkungen bleiben. Wenn-

gleich die simple Rechnung: je älter, desto kränker und pflegebedürftiger, so nicht gelten kann. Vielmehr ist es nicht das höhere Alter an sich, das höhere Kosten verursacht, sondern es sind die jeweils letzten Lebensjahre eines Erkrankten oder Pflegebedürftigen, unabhängig davon, ob er Anfang siebzig oder Ende achtzig stirbt. Gleichwohl kann insgesamt von einem wachsenden Pflege- und Unterstützungsbedarf ausgegangen werden.

In der stationären Altenhilfe vollzieht sich ein ähnlicher Prozess. Der Anteil schwerpflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner steigt, während rüstige Alte, aber auch chronisch Kranke und Pflegebedürftige solange wie möglich in ihrer heimischen Umgebung bleiben wollen. Altenheime werden zu Pflegeheimen, Pflegestationen in Altenheimen ähneln zunehmend Einrichtungen akut-pflegerischer Versorgung. Akutkrankenhäuser werden um ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen erweitert. In den Altenheimen wird eher hochqualifizierte Pflege von akut und chronisch Kranken gefordert als die Betreuung und Freizeitgestaltung rüstiger Pensionäre.

Der durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ermöglichte forcierte Ausbau ambulanter Pflegedienste eröffnet ein neues Tätigkeitsfeld der Pflegeberufe, in dem sowohl akut Erkrankte vor- und nachstationär zu versorgen sind, als auch vorübergehend oder auf Dauer Pflegebedürftige einer pflegerischen und hauswirtschaftlichen Betreuung und Versorgung bedürfen. Durch die Regelungen des Gesetzes wächst die Bedeutung ehrenamtlicher und finanzierter Laienpflege. Damit einher geht ein steigender Anleitungs- und Beratungsbedarf dieser pflegenden Angehörigen oder in Nachbarschaftshilfe tätigen Laien.

Die Einführung des pauschalierten Entgeltsystems wird zu einer erheblichen Verkürzung der Krankenhausverweildauer bei wahrscheinlich gleichzeitig weiter steigenden Fallzahlen führen. Die Folge ist eine weitere Verdichtung auch der pflegerischen Arbeit im Krankenhaus. Die pflegerisch zu erbringenden Leistungen konzentrieren sich auf die quasi intensivpflegerische Betreuung vor- oder nach der Operation bzw. weitgehend auf die Akutphase z.B. bei einer internistischen Erkrankung. Dadurch werden Kranke noch weitgehend unselbständig wieder in häusliche Pflege entlassen oder die prä- und postoperative Versorgung bleibt wie beim »ambulanten Operieren« von vorneherein der häuslichen Versorgung anheim gestellt.

Auch die Entwicklung in der ambulanten Pflege mit ihrer wachsenden Teilhabe an der Akutversorgung wird eher einen höheren Bedarf an Pflegefachkräften nach sich ziehen. Daneben gibt es zunehmend Bedarf an eher hauswirtschaftlicher Unterstützung und Hilfestellung bei der Bewältigung des täglichen Lebens.

4. *Welche Schlussfolgerungen sind aus diesen Entwicklungstendenzen für die Anforderungen an eine Ausbildungsreform zu ziehen?*

Es spricht vieles dafür, die Pflegeberufe hinsichtlich ihrer Ausbildungsinhalte zusammenzuführen und in den Berufsprofilen nicht mehr nach dem Alter der zu Pflegenden zu unterscheiden. In den ambulanten Pflegediensten arbeiten Krankenpflegekräfte und Altenpfleger/-innen schon heute weitgehend gleichberechtigt nebeneinander, soweit es Leistungen betrifft, die nach den Regelungen des SGB XI finanziert werden. Durch die in einigen Bundesländern bereits realisierte und im Bundesaltenpflegegesetz vorgesehene stärkere Berücksichtigung medizinisch-pflegerischer Qualifikationen werden die noch bestehenden Unterschiede in den nach SGB V finanzierten Tätigkeiten an Bedeutung verlieren.

Die Ausbildungsgänge aller Pflegeberufe sind angesichts der beschriebenen Tendenzen stärker auf die Anforderungen in der ambulanten Pflege auszurichten. Alle Pflegeberufe sind in ihrer Ausbildung derzeit noch an stationärer Versorgung orientiert. Die Vorbereitung auf Tätigkeiten in der häuslichen Pflege erfolgt nur unzureichend. Dabei ist es wahrscheinlicher, dass sich die Qualifikationsanforderungen nach den Tätigkeitsbereichen in der ambulanten oder der stationären Pflege ausdifferenzieren, als dass eine Differenzierung nach Lebensalter der zu Pflegenden weiterhin sinnvoll wäre. Hier ist selbständige Pflege unter den Bedingungen des jeweils unterschiedlichen häuslichen Umfelds unter Einbeziehung der Angehörigen gefordert. Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und bei der Haushaltsorganisation stehen im Vordergrund. Dort sind spezialisierte pflegerische Qualifikationen bis hin zur Intensivpflege gefragt, die sich auf die Akutphase einer Erkrankung beziehen. Das Bundessinstitut für Berufsbildung hat frühzeitig auf diese Entwicklungen hingewiesen (Becker/Meifort 1994).

Die demografische Entwicklung hat auch Probleme bei der Rekrutierung geeigneten Personals zur Folge. Um in der Konkurrenz um die sinkenden Zahlen der Schulabgänger/-innen bestehen zu können, muss auch die Berufsausbildung in Pflegeberufen attraktiver werden. Stichworte sind hier horizontale und vertikale Durchlässigkeit im Bildungssystem und Regelung sowie Ausbau der Weiterbildungsmöglichkeiten.

5. *Reformkonzepte in der Diskussion*

In der Debatte um die Ausbildungsreform in den Pflegeberufen, die seit Mitte der achtziger Jahre geführt wird (Meifort/Paulini 1984, DBfK 1990, ÖTV 1990), stehen vier Fragen im Vordergrund. Die Fragen der

generalistischen oder spezialisierten Ausbildung, der Integration in das System der beruflichen Bildung, der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und ihrer Ansiedlung im Bildungssystem und die Neuorientierung auf die ambulante Gesundheitsversorgung. Während sich in der Frage der generalistischen Ausbildung und der Neuorientierung auf die ambulante Versorgung ein weitgehender Konsens zwischen den großen Berufsverbänden (Bildungsrat 1994), Gewerkschaften (ÖTV 1996) und Teilen der Pflegewissenschaft (RBS 2000) abzeichnet, werden die Fragen der Integration in das System der beruflichen Bildung, und der Notwendigkeit unterschiedlicher Qualifikationsniveaus kontrovers diskutiert.

Es besteht weitgehend Einigkeit in der Zielsetzung, die Berufe in das Regelbildungssystem zu integrieren; strittig ist, ob der schulischen (DBfK 1997, BA 1997) oder der dualen Lösung (ÖTV 1996, Meifort/Mettin 1998) der Vorzug zu geben ist. Demgegenüber beharrt das in der Bundesregierung für diese Berufsregelungen im Bereich der Heilberufe zuständige Bundesministerium für Gesundheit auf seiner Kompetenz und ist eher bestrebt – wie die Diskussion um das Podologengesetz (Dielmann 2000a) zeigt – diese noch auf weitere Berufe auszudehnen. Neuregelungen im Bereich der Heilberufe erweisen sich, wie an den Beispielen des Krankenpflegegesetzes von 1985 und des Altenpflegegesetzes aus dem Jahr 2000 zu sehen ist, als besonders langwierig, weil sie der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern unterliegen, und die Bundesregierung jeweils die Zustimmung des Bundesrates erwirken muss. Gesetzgebungsverfahren mit mehr als zehnjähriger Dauer sind da keine Seltenheit.

Die Diskussion über unterschiedliche Qualifikationsniveaus wird auf zwei Ebenen geführt, auf der Ebene des anerkannten Berufsabschlusses und auf der Hochschulebene. Auf letzterer hat die Einführung anglo-amerikanischer Bildungsabschlüsse in Deutschland der Diskussion neue Schubkraft verliehen.

Im Bereich der anerkannten Berufsbildungsabschlüsse geht die Debatte um die Beibehaltung bzw. Einführung von Helfer/-innenqualifikationen unterhalb des Niveaus einer dreijährigen Ausbildung (Krankenpflegehilfe/Altenpflegehilfe). Sie wird von Berufsverbänden und der Krankenhausgesellschaft befürwortet, von der Gewerkschaft hingegen strikt abgelehnt (Dielmann 2000b).

Eine gute Zusammenfassung der Diskussion über die unterschiedlichen Bildungskonzepte findet sich in der Dokumentation eines Expertengesprächs (DBfK 1997), die Frage des Für und Wider der Integration ins Berufsbildungssystem wird in meinem Beitrag in der Zeitschrift *Pflege-Pädagogik* ausführlich erörtert (Dielmann 1999).

Nachdem seitens des zuständigen Gesundheitsministeriums noch in der vorigen Legislaturperiode unbeschadet der berufspolitischen Debatte behauptet wurde, es gebe zum Krankenpflegegesetz keinen Regelungsbedarf, nahm die rot-grüne Bundesregierung das Projekt in die Koalitionsvereinbarung auf. Fast zeitgleich mit der Veröffentlichung eines ersten Diskussionspapiers durch das BMG veröffentlichte die Robert Bosch Stiftung (RBS) einen umfassenden Reformvorschlag (RBS 2000).

Bereits 1992 hatte sich die RBS in ihrer Denkschrift mit dem Titel »Pflege braucht Eliten« für eine Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege ausgesprochen und damit an berufsbildungspolitische Konzepte und Vorschläge (DBfK 1989, Gewerkschaft ÖTV 1990, Wissenschaftsrat 1991) angeknüpft, die in der Fachöffentlichkeit diskutiert wurden. Erste Studiengänge traten gerade in die Realisierungsphase ein bzw. konnten wie in Berlin und Halle bereits auf eine längere Tradition zurückblicken. Die Empfehlungen der RBS bewegten sich auf der Woge einer Reformwelle, die in der Folge der Pflegenotstanddebatte gegen Ende der achtziger Jahre eine Verbesserung der Arbeits- und Qualifizierungsbedingungen der Pflegeberufe zum Ziel hatte und auf breiten gesellschaftlichen Konsens stieß. Mit Ihrer Publikation »Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung« trat die Robert Bosch Stiftung (2000) erneut mit Vorschlägen zur Qualifizierung der Pflegeberufe an die Öffentlichkeit. Der umfangreiche Band wird als Ergebnis einer »Zukunftswerkstatt« vorgestellt und im folgenden in einigen Strukturelementen skizziert.

#### 6. *Vorschlag der RBS-Zukunftswerkstatt*

Mit ihrer Schrift »Pflege neu denken« beteiligt sich auch die Robert Bosch Stiftung (2000) mit Vorschlägen zur »Zukunft der Pflegeausbildung« an der Reformdiskussion.

Unterschieden werden – hier verkürzt dargestellt – vier Qualifizierungsniveaus in fünf Ausbildungsgängen. Pflegefachperson I genießt nach dem Hauptschulabschluss und einer Zugangsprüfung eine zweijährige generalisierte Ausbildung an einer »berufsbildenden Pflegeschule«. Die Schule soll öffentlich und aus Eigenmitteln finanziert werden. Eine Ausbildungsvergütung soll zwar gezahlt werden, aber keineswegs tarifvertraglich festgelegt, sondern als »Kombigeld«, bestehend aus einem »betrieblichen Sockelbetrag« und staatlichem Ausbildungsgeld.

Pflegefachperson II absolviert entweder mit Realschulabschluss und Zugangsprüfung eine vierjährige Ausbildung an einer »berufsbildenden Pflegeschule« oder mit Fachhochschulreife/Abitur ein vierjähriges

Studium an einer Hochschule oder Berufsakademie und schließt die Ausbildung mit einem FH-Diplom oder einem Bachelor-Abschluss ab. Dabei wird zwischen diesen Abschlüssen schon gar nicht mehr unterschieden.

Pflegefachperson III verfügt über einen Bachelor oder FH-Abschluss und absolviert ein ein- bis zweijähriges Studium an einer Hochschule, das sie mit einem Universitätsdiplom, Magister oder Master abschließt. Die Hochschulen werden nicht nach Fachhochschulen und Universitäten differenziert. Vermutlich sollen Universitätsdiplome, Master und Magisterabschlüsse auch an Fachhochschulen erworben werden.

Die promovierte Pflegefachperson hat schließlich nach Diplom, Magister oder Masterabschluss für mindestens drei Jahre Kolloquien und Doktorandenkollegien besucht und einen Dokortitel oder PhD erworben (vgl. RBS 2000).

Die der »Pflegefachperson I« zugewiesenen Qualifikationen weisen sie eher als Pflegehilfskraft aus, weil ihr das selbständige Handeln abgesprochen wird. Die in zwei Jahren vermittelbare Qualifikation wird angesichts steigender Anforderungen für eine eigenverantwortliche Pflege auch kaum ausreichen. Pflegesituationen, die »voraussichtlich über einen längeren Zeitpunkt konstant sind« – wie es wörtlich heißt (RBS 2000: 53) – werden in Akutkrankenhäusern unter DRG-Finanzierungsbedingungen kaum mehr auftreten und sind ja auch heute schon eher ein seltenes Ereignis. Auch in der häuslichen Pflege wird der Anteil akutkranker Pflegebedürftiger ansteigen. Die Situation wird so vielschichtig, dass es schon einer sehr ausgefeilten täglich neu festzulegenden und zu überprüfenden Einsatzplanung bedarf, um jeweils die richtige der drei oder vier nach diesem Modell verfügbaren Pflegefachpersonen (PFP I-III) dem entsprechenden Pflegefall zuzuordnen (vgl. hierzu auch Bischoff-Wanner 2001).

In einer Situation, in der die Frage der Abgrenzung von Laienpflege und beruflicher Pflegearbeit selbst theoretisch keineswegs geklärt ist, kann man den Versuch, den bislang einheitlichen Pflegefachberuf in verschiedene Niveaus zu untergliedern und dabei auch noch die ansonsten in Deutschland weithin geltenden berufspädagogischen Standards einer dreijährigen Ausbildung zu unterschreiten, nur als leichtsinnig bezeichnen. In Akutkrankenhäusern und den Akutbereichen der psychiatrischen Einrichtungen lag der Anteil der dreijährig qualifizierten Pflegefachkräfte schon in der jüngeren Vergangenheit bei über 80 % des Pflegepersonals (vgl. DKG 2002b). Zukünftig wird zwar die absolute Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte möglicherweise infolge des Bettenabbaus und der Verlagerung von Pflege in Altenpflegeheime und den ambulanten Bereich sinken. Der Fachkräfteanteil wird aber infolge des steigenden

Pflegebedarfs in akuten Pflegesituationen und bei wachsender Schwerpflegebedürftigkeit in stationären Einrichtungen eher steigen.

Zwar ist nicht ausgeschlossen, dass unter dem fortbestehenden Kostendruck und durch Veränderungen in der Pflegeorganisation etwa durch stärkere Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften und Hilfskräften auch eine gegenläufige Tendenz begünstigt wird, eine solche Entwicklung lässt sich zur Zeit aber nicht belegen. Vielmehr erfordert die Verkürzung der Verweildauer eher einen höheren Anteil gleich gut qualifizierter Pflegefachkräfte.

Dem haben die Krankenhäuser mit der Schulentwicklung Rechnung getragen. So ist etwa die Zahl der Schulen für Krankenpflegehilfe in der Zeit von 1992 bis 2000 von 370 auf 93 gefallen. Die Zahl der Auszubildenden in der Krankenpflegehilfe hat sich im gleichen Zeitraum von 4 542 auf 1 785 mehr als halbiert (vgl. Berufsbildungsberichte 1994 und 2001). Im Jahr 2000 waren es nur noch 1 714 Schülerinnen und Schüler (Berufsbildungsbericht 2002.)

*Entwicklung der Ausbildungsplatzzahlen an Krankenpflegeschulen 1998-2000*

Ausbildungsberufe	1998*		2000*	
	Schulen	Schüler/-innen	Schulen	Schüler/-innen
Krankenpfleger/-schwester	718	57839	738	53504
Kinderkrankenpfleger/-schwester	155	6993	160	6415
Krankenpflegehelfer/in	90	1972	93	1714

(\*) Ohne Hessen, Sachsen und Thüringen

*Quelle: Berufsbildungsberichte 2000 und 2002*

Vorbild für die Einführung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus sind angloamerikanische Ausbildungsmodelle, die sowohl auf anderen Bildungssystemen als auch auf völlig unterschiedlichen Versorgungssystemen im Gesundheitswesen basieren. Es ist bislang kein Nachweis geführt, dass die gesundheitliche Versorgung mit verschiedenen Ausbildungsniveaus, wenigen hochqualifizierten Pflegekräften und einer großen Schar von Hilfskräften unterschiedlichsten Ausbildungsstandes, zu besseren Ergebnissen führt als der vergleichsweise einheitliche Berufsbildungsstandard, wie er sich in Deutschland zumindest in der stationären Akutversorgung durchgesetzt hat. Die Vorzüge des Primary-Nursing-Konzepts (Bartholomeyczik 2000: 79; Friesacher 2000: 431ff.) liegen auch eher in der bezugspflegerischen Komponente als in der mit ihm verbundenen Hierarchisierung der Pflegearbeit.

Die Frage, wie die Qualität von Pflege zu beurteilen ist, kann aus unterschiedlichster Perspektive gesehen werden. Etwa aus der Perspektive des Berufsstands, des Managements oder derjenigen, welche die Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Die hier diskutierten Berufsbildungskonzepte geben in erster Linie die Perspektive des Berufsstands wieder und unterliegen demzufolge auch seinen Interessen. Untersuchungen, die auf der Sichtweise der Nutzer basieren, sind eher selten. Besonders interessant finde ich in diesem Zusammenhang eine internationale Vergleichsstudie des Picker Instituts der Universität in Oxford (UK). Befragt wurden Patientinnen und Patienten im Vereinigten Königreich, den USA, Schweden, Deutschland und der Schweiz (Coulter 2001).

Während in den USA 28,9% der Befragten angaben, dass Fragen an das Pflegepersonal nicht klar und verständlich beantwortet wurden, waren dies in Deutschland nur 12,9%. Ein besseres Ergebnis gab es mit 10,6% nur in der Schweiz. Die Ärzte schnitten bei dieser Frage durchgängig schlechter ab, wurden in den USA aber vom Pflegepersonal in punkto unklarer Antworten noch deutlich übertroffen.

Im Zusammenhang mit physischem Komfort beklagten in den USA 20,3% der befragten Patientinnen und Patienten, dass sie beim Gang zum Bad/zur Toilette nicht unterstützt wurden, in Deutschland waren es lediglich 4,4%, ein besseres Ergebnis als in der Schweiz, wo 5,5% über unzureichende Hilfe klagten. Die Aussage, »die Krankenschwestern sprachen über mich als ob ich nicht da wäre« wurde in Deutschland von 3,2% der Befragten bejaht, in den USA von 12,8% im UK sogar von 14,6%, in der Schweiz gaben dies 7% und in Schweden 5,8% an.

Die Aussage »Ich hatte nicht immer Vertrauen in das Pflegepersonal« haben in Deutschland 13,9% bejaht, im Vereinigten Königreich 19,8%, in den USA sogar 28,6%. Hier schnitt die Schweiz mit 10,2% am besten ab. Dies sind nur einige Beispiele aus dieser Studie.

Insgesamt liegt Deutschland hinter der Schweiz im Urteil der Nutzer/-innen an zweiter Stelle, noch vor Schweden, während das Vereinigte Königreich und stärker noch die USA in Sachen Patientenorientierung weit abgeschlagen bewertet werden (Coulter 2001: 7f. ).

Es würde zu weit gehen, daraus allgemeine Schlussfolgerungen über die Qualität der Patientenversorgung oder die Qualität der Ausbildung des Pflegepersonals zu ziehen. Gleichwohl sollte es uns zu denken geben, dass die Länder, die uns gerne als vorbildlich in der Frage der Akademisierung der Pflegeausbildung oder ihrer Pflegeorganisation angepriesen werden, aus der Sicht der Patientinnen und Patienten keineswegs als

Vorbild dienen können. Für die Pflegebedürftigen dürfte es wichtiger sein, dass die Pflegeperson, die täglich »Hand anlegt« möglichst gut qualifiziert ist, weiß was sie tut und dies auch begründen kann, als dass im Hintergrund eine höher qualifizierte Pflegekraft die Verantwortung trägt. Das Problem liegt weniger in der akademischen Qualifizierung eines Teils der Pflegekräfte als vielmehr in der zumeist damit verbundenen Dequalifizierung derjenigen Pflegekräfte, die den unmittelbaren Kontakt zu den Patientinnen und Patienten haben.

Damit spreche ich mich nicht generell gegen eine Qualifizierung von Pflegekräften auf akademischem Niveau aus. Problematisch ist die unkritische Übernahme ausländischer Modelle, die weder ins Berufsbildungssystem passen noch den Anforderungen des Arbeitsmarkts im Gesundheitswesen entsprechen, sondern allenfalls berufsständischen Professionalisierungsbestrebungen geschuldet sind. Es gibt zweifellos Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegekräften nicht nur im Management und in der Schule. Pflegewissenschaftler/-innen können einen Beitrag leisten zur Qualitätsverbesserung der pflegerischen Versorgung, zum Wissenstransfer in der Praxis, in der Beratung und nicht zuletzt in der Forschung.

An Hochschulen erworbene wissenschaftliche Qualifikationen sind aber nicht zu verwechseln und auch nicht identisch mit Qualifikationen in der Berufsausbildung, sei sie betrieblich-dual oder in der Berufsfachschule organisiert. Es mag in anderen Ländern mangels eines auf einem Berufskonzept basierenden Berufsbildungssystems, wie es das deutsche duale System darstellt, sinnvoll sein, berufliche Erstqualifikationen im schulischen und hochschulischen System (Colleges) zu vermitteln. Meines Erachtens ist es nicht unproblematisch die Qualifikationsebenen zu vermischen wie dies jetzt an einigen Fachhochschulen unternommen wird. So werden in Hessen – bildungspolitisch völlig richtig – Schulabgänger/-innen mit Hochschulzugangsberechtigung ohne einschlägige Berufsausbildung auch zum Pflegestudium zugelassen. Der Versuch der Hochschulen, die aus der fehlenden Berufskompetenz als Krankenschwestern/Krankenpfleger resultierenden Arbeitsmarktprobleme ihrer Absolventinnen und Absolventen dadurch zu kompensieren, dass das Studium nun wie eine Berufsausbildung nach EU-Recht mit über 50% Praxisanteilen konzipiert wird, kann m. E. ebenso wenig sinnvoll sein, wie das Streben den Studienabgänger/-innen neben dem Diplom auch noch die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester/Krankenpfleger oder Altenpfleger/-in zu verleihen.

Wer während des Studiums 50% der Ausbildungszeit im pflegerischen Praktikum verbringt, hat schließlich weder die gleiche pflegerische

Kompetenz und Routine, die im Rahmen der Berufsausbildung vermittelt wird, noch die wissenschaftliche Qualifikation, die ein achtsemestriges Hochschulstudium kennzeichnet.

So recht verständlich sind diese Bemühungen nicht, schützt doch das Krankenpflegegesetz lediglich die Berufsbezeichnung und regelt keineswegs die Berufsausübung. Warum sollte eine Diplom-Pflegewissenschaftlerin (FH) sich auch noch Krankenschwester nennen wollen? Sie ist ja nicht gehindert in der Pflege qualifiziert tätig zu werden. Soweit für eine Berufsausübung der Pflegewissenschaftler/innen auch berufsfachliche Kenntnisse von Krankenpflegepersonal und manuelle Fertigkeiten verlangt werden, sollten diese auch Gegenstand der Hochschulausbildung und der Praktika sein. Eine komplette berufs(fach)schulische Ausbildung an der Hochschule ist deswegen nicht erforderlich. Es ist wesentlich leichter, etwa die Qualitätsmaßstäbe nach § 80 SGB XI, die die Anforderungen einer »verantwortlichen Pflegefachkraft« definieren, um einschlägige Hochschulabschlüsse zu erweitern als einen neuen Beruf zwischen Hochschul- und Berufsniveau erfolgreich zu etablieren. Wichtiger als diese Vermischung von Hochschul- und Berufsqualifikation im Sekundarbereich wäre ein deutlich abgegrenztes Qualifikationsprofil der unterschiedlichen pflegerischen Studiengänge und eine Vereinheitlichung der Studien- und Prüfungsordnungen durch Rahmenvereinbarungen der KMK. Man kann gespannt sein, ob diese überaus schwierige Herausforderung von den jetzt eingeführten Akkreditierungsagenturen (Sieger 2002) angenommen und gelöst wird.

Weder die »berufliche Pflegeschule« à la Robert Bosch mit angedachter Finanzierung über Schulgeld und Sponsoring, mit BAföG statt Ausbildungsvergütung, noch der Ruf nach einer landesrechtlich geregelten Berufsfachschule wird den Anforderungen einer überwiegend in der Praxis organisierten Ausbildung gerecht werden. Wenn es stimmt, dass Berufsfähigkeit am besten in der beruflichen Praxis erworben wird, dann wird es wesentlich darauf ankommen, die praktische Ausbildung besser zu strukturieren. Wenn selbst in der Mediziner Ausbildung die AiP-Phase zu Gunsten einer besseren Integration praktischer Ausbildungsanteile in das Studium abgeschafft werden soll, werden wir doch nicht in den Pflegeberufen den Weg einer überwiegend theoretischen Ausbildung gehen, an deren Ende dann ein »Anerkennungsjahr« oder eine irgendwie geartete Praxisphase stehen muss, um Berufsfähigkeit zu erlangen.

Im Kern laufen die Vorschläge der Zukunftswerkstatt der RBS auf eine Absenkung unserer dreijährigen Berufsausbildungsgänge auf zwei Jahre und eine zumindest teilweise Ersetzung unserer vierjährigen Fachhochschulstudiengänge durch Bachelor- und Berufsakademieabschlüsse, die

üblicherweise in drei Jahren zu absolvieren sind, hinaus. Die treuherzig formulierte Vorgabe der Sachverständigen, die zweijährige Ausbildung solle nur von etwa 50% der Pflegefachpersonen absolviert werden, wird wohl keinen Arbeitgeber beeindrucken, wenn gleichzeitig behauptet wird, ihre Qualifikation sei der heute dreijährigen Ausbildung in den Pflegeberufen gleichwertig. Die mit diesem Papier vorgelegten Vorschläge zu einer Neustrukturierung pflegerischer Qualifikation zeugen keineswegs von neuem Denken, sondern erscheinen eher als Ausdruck berufsbildungspolitischer Konfusion. Während die Vorschläge der RBS in der Pflegefachpresse und auf gut besuchten Veranstaltungen bejubelt werden, finden sie bei berufspädagogisch qualifizierten Fachleuten eine eher kritische Aufnahme. (Bischoff-Wanner 2001, Dielmann 2001, Ertl-Schmuck 2001, Meifort 2001)

#### 7. *Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2002*

Aus den eingangs dargestellten Entwicklungen lassen sich einige grundlegende Reformerfordernisse ableiten, an denen der jetzt vorgelegte Regierungsentwurf zu messen ist:

- a) Eine Integration in das System der beruflichen Bildung mit besserer vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit, mit einheitlichen Strukturen und wechselseitiger Anerkennung absolvierter Ausbildungsanteile in den (noch) spezialisierten Pflegeberufen
- b) Neuformulierte Ausbildungsziele und im Arbeitsentwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine bessere Vorbereitung auf Tätigkeiten in der ambulanten pflegerischen Versorgung
- c) Verbesserung der praktischen Ausbildung durch Ausbilder/-innen u.a. Standards des BBiG
- d) Abschaffung der Krankenpflegehilfeausbildung
- e) Sicherstellung der Finanzierung

##### *a) Verbesserung der Durchlässigkeit zwischen den Berufen*

Schon heute ist eine wechselseitige Anerkennung von Ausbildungsgängen in Kinderkrankenpflege und allgemeiner Krankenpflege im Umfang von achtzehn Monaten möglich. Der Regierungsentwurf sieht nun bis zu 24 Monate vor, was bei entsprechender Gestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine zweijährige gemeinsame Ausbildung ermöglicht. Eine generalistische Ausbildung ist auch im Hinblick auf die gesondert geregelte Ausbildung in der Altenpflege nicht vorgesehen.

Es fehlt die vertikale Durchlässigkeit in den Hochschulbereich, die an Krankenpflegeschoolen auch kaum zu realisieren ist, weil allgemeinbil-

dende Fächer und der zu ihrer Vermittlung erforderliche wissenschaftlich ausgebildete Lehrkörper weithin fehlt.

b) *Reformulierung der Ausbildungsziele und Ausweitung der Ausbildungsanteile in der ambulanten Pflege und Sicherstellung ihrer Finanzierung*

Die Notwendigkeit einer Verbesserung der Ausbildung im Hinblick auf eine künftige Tätigkeit in der ambulanten Pflege ist unstrittig. Während entsprechende Spielräume zur Neuorientierung im Bereich der theoretischen Ausbildung durchaus vorhanden sind, scheitert sie häufig an der Ausweitung der extramuralen Einsätze. Hierzu bedarf es für die praktische Ausbildung einer verbindlichen Rechtsvorschrift in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Die im Arbeitsentwurf fixierten 500 Ausbildungsstunden in Einrichtungen der ambulanten Pflege entsprechen 20 % der gesamten praktischen Ausbildungszeit, die auf 2 500 Stunden festgelegt werden soll.

Hauptproblem der krankenhausexternen Einsätze ist bislang ihre Finanzierung. Die im Fallpauschalengesetz (FPG) vorgesehene Fondslösung (vgl. Dielmann 2002b) weist in die richtige Richtung, erfasst aber nicht die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die nicht in den Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes fallen. Es sollten jedoch auch diese Betriebe, in denen sowohl Krankenpflege als auch Altenpflegepersonal beschäftigt wird, an den Kosten der Ausbildung beteiligt werden. Allerdings müsste dann auch ihre Refinanzierung über die Kostenträger sichergestellt werden.

c) *Qualitätsstandards für die praktische Ausbildung*

Der Arbeitsentwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung legt erstmals für die Krankenpflegeausbildung eine Regelung fest, wonach Praxisanleiter/-innen mit berufspädagogischer Qualifikation im Umfang von 300 Stunden vorgesehen sind.

Auf die Festlegung einer Verhältniszahl von Ausbilder/-innen zu Auszubildenden wird verzichtet, stattdessen an der unsinnigen Anrechnung der Auszubildenden auf Planstellen für qualifiziertes Personal festgehalten. Allerdings soll das Verhältnis von derzeit 1:7 auf 1: 9,5 verbessert werden.

d) *Krankenpflegehilfeausbildung*

An einer Qualifizierung unterhalb des Niveaus einer dreijährigen Ausbildung wird mit der Begründung festgehalten, dies sei besser als der Einsatz von Hilfskräften ohne geschützte Berufsbezeichnung. Einzelheiten der Ausbildungsvorschriften werden den Ländern überlassen. Eine Sicherheit

vor dem Einsatz weiteren un- und angelernten Pflegepersonals bietet der durch das Gesetz getroffene Schutz der Berufsbezeichnung allerdings ohnehin nicht. Die Regelungskompetenz des Bundes im Rahmen der Heilberufsregelung wird hiermit überstrapaziert und außerdem gibt es bereits zahlreiche landesrechtlich geregelte Helfer/-innen berufe.

e) *Lehrkräfte in den Schulen mit akademischem Abschluss*

Die Akademisierung der Lehrer/-innenqualifizierung hat der bestehenden Sonderform, der *weitergebildeten Unterrichtspflegekraft*, mit den an Fachhochschulen ausgebildeten *PflegepädagogInnen* eine weitere Sonderform der Lehrerausbildung hinzugefügt, aber mit der Einführung des Lehramts im Fach »Pflege« und entsprechenden Universitätsstudiengängen auch den Weg zur Normalisierung eröffnet (Krüger/Rabe-Kleberg/Mischo-Kelling 1993). Dieser Entwicklung wird in der Gesetzesnovelle Rechnung getragen, indem das Spektrum der an Krankenpflege und Kinderkrankenpflegesschulen tätigen Lehrkräfte um die entsprechenden Hochschulqualifikationen erweitert werden soll. Im Referentenentwurf ist mit einer Übergangszeit von fünf Jahren, vorgesehen, die Schulleitung künftig nur noch einer »entsprechend qualifizierten Fachkraft mit abgeschlossener Hochschulausbildung« zu übertragen.

Solange auf eine Integration des theoretischen Teils der Ausbildung in die berufsbildenden Schulen verzichtet und an der Sonderform »Schule am Krankenhaus« festgehalten wird, sind auch spezifische Qualifikationen für das Lehrpersonal weiterhin denkbar. Die für die Schulleitung künftig vorgeschriebene abgeschlossene Hochschulausbildung muss als *pädagogische* definiert werden. Nicht jeder Arzt oder Theologe kann zugleich als geborener Pädagoge angesehen werden. Für das vorhandene überwiegend durch Weiterbildung qualifizierte Lehr- und Leitungspersonal sind Übergangsregelungen vorgesehen, die den Verbleib in der Schulleitung und die Übernahme von Leitungsfunktionen auch weiterhin ermöglichen (Dielmann 2002a).

8. *Ausblick*

Der Regierungsentwurf zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes wurde dem Bundesrat zur Stellungnahme vorgelegt, dort noch in der letzten Legislaturperiode beraten und nach der Bundestagswahl dem Parlament zur Beratung zugeleitet.

Die erforderliche grundlegenden Strukturreform der Pflegeberufe wird mit diesem Gesetz nicht erreicht, gleichwohl werden wichtige Reformziele aufgegriffen, wie eine stärkere Vereinheitlichung und wechselseitige

Anrechnung von absolvierten pflegerischen Ausbildungsgängen. Der Anteil der Ausbildung im extramuralen Bereich wird ausgeweitet, die praktische Ausbildung durch die Vorschrift berufspädagogisch qualifizierten Personals strukturell verbessert. Eine Verbesserung der Qualifikation der Lehrkräfte ist zumindest perspektivisch zu erwarten. Durch die Ausweitung universitärer Lehramtsstudiengänge und die sich entwickelnde Pflegewissenschaft und -forschung kann auch der Wissenstransfer über die Hochschulen auf lange Sicht gewährleistet werden. Verzichtet wird mit dieser Reform auf eine Integration in das System der beruflichen Bildung. Das »dritte System« der Schulen des Gesundheitswesens wird dadurch stabilisiert. Während an der herkömmlichen Helfer/-innenqualifikation festgehalten wird, unterbleibt die vor allem seitens einiger Fachhochschulen und Berufsverbände geforderte berufsrechtliche Regelung akademischer Ausbildungsgänge. Auch den von einigen Verbänden geforderten Verschulungstendenzen widersteht der Gesetzgeber und bestätigt durch die bessere praktische Ausbildung die duale Grundstruktur der Ausbildung.

Widerstände gegen das Gesetz regen sich vor allem seitens der Krankenhausträger (DKG 2002a) und etwas abgeschwächt der leitenden Krankenpflegekräfte (BALK 2002). Kritisiert werden u.a. die Erhöhung des theoretischen Unterrichts, die Ausweitung extramuraler Einsätze, die Regelungen der Praxisanleitung und die damit erwarteten zusätzlichen Kosten. Gedroht wird mit einem weiteren Rückgang der Ausbildungsbererschaft, die allerdings trotz sicherer Finanzierung bereits heute zu wünschen übrig lässt.

Die Chancen des Gesetzes und die Realisierung der damit verbundenen ersten Reformschritte stehen mit der Fortsetzung der rot-grünen Koalition nicht schlecht, zumal ein grundsätzlicher Widerstand gegen das Gesetzesvorhaben im Bundesrat nicht mehr zu erwarten ist.

Korrespondenzadresse:

Gerd Dielmann  
Tannenbergstraße 64  
70374 Stuttgart  
E-Mail: gerd.dielmann@t-online.de

#### *Literatur*

- Bals, Th. (1990): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Köln: Müller Botermann  
Bartholomeyczik, S. (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellung wissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff; Schaeffer (Hrsg.): 67-106

- Becker, W.; Meifort, B. (1994): Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung, hrsg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bielefeld: Bertelsmann
- Bischoff, C. (2001): 170 Jahre Sonderweg in der Ausbildung der Pflege – und kein Ende!? *Pflege & Gesellschaft* 6, 3: 78-86
- Bischoff, C.; Botschafter, P. (Hrsg.) (1993): Neue Wege in der Lehrerausbildung für Pflegeberufe. Melsungen: Bibliomed, Med. Verl.-Ges.
- Bögemann-Großheim, E. (2002): Die berufliche Ausbildung von Krankenpflegekräften. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Brendel, S.; Dielmann, G. (2000): Zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen – Standortbestimmung im Bildungssystem und Perspektiven. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, Bd. 96, 1: 79-101
- Brenner, R. (1994): Krankenpflegeausbildung – Berufsausbildung im Abseits. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegekräfte – BALK (2002): Stellungnahme der BALK zum Referentenentwurf, Stand 20.02.02 – Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) o.O.
- Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe - BA (Hrsg.) (1997): *Bildung und Pflege*. Stuttgart: BA
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (1994): *Berufsbildungsbericht*. Bonn: BMBF
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (1997): *Berufsbildungsbericht*. Bonn: BMBF
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2001): *Berufsbildungsbericht*. Bonn: BMBF
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2002): *Berufsbildungsbericht*. Bonn: BMBF
- Coulter, Angela (2001): *Measuring and Improving Patients' Experiences: How can we make Health Care Systems Work for Patients?* Vortrag gehalten anlässlich der OECD-Konferenz vom 5.-7. November 2001 in Ottawa, Tagungsband, Ottawa
- Deppe, H.-U. (2000): *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems*. Frankfurt am Main: VAS
- Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG (2002a): *Vorläufige Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege vom 8.4.2002*. Düsseldorf: DKG
- Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG (2002b): *Zahlen. Daten. Fakten*, Düsseldorf: DGK
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK (Hrsg.) (1997): *»Ausbildung in den Pflegeberufen« – Dokumentation eines Expertengesprächs am 14.03.1997*. Eschborn: DBfK
- Dielmann, G. (1993): *Zur Anwendung des Berufsbildungsgesetzes auf die Ausbildung in den Pflegeberufen – Konsequenzen für die Lehrerausbildung*. In: Bischoff; Botschafter (Hrsg.): 161-176.
- Dielmann, G. (1999): *Zur Integration der Pflegeausbildungen in das Berufsbildungssystem – Duales System, Berufsfachschule und Berufszulassungsgesetz im Vergleich*. *PflegePädagogik* 9, 3: 11-21
- Dielmann, G. (2000a): *Podophilie? Dr. med. Mabuse*, Nr. 126: 17
- Dielmann, G. (2000b): *Berufsverbände halten an Pflegehelfer/-innenausbildung fest*. *Dr. med. Mabuse*, Nr. 126: 8
- Dielmann, G. (2001a): *Verfassungsgericht setzt Altenpflegegesetz aus*. *Dr. med. Mabuse*, Nr. 132: 12-13

- Dielmann, G. (2001b): Weiterbildungsregelungen der Länder für Pflegeberufe. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 52, 9: 350-356
- Dielmann, G. (2001c): Pflegeausbildung neu gedacht? – Zum Ausbildungsmodell einer Zukunftswerkstatt der Robert Bosch Stiftung. *Pflege & Gesellschaft* 6, 3: 87-93
- Dielmann, G. (2002a): Besser, aber nicht gut – Regierungsentwurf zum Krankenpflegegesetz. *Dr. med. Mabuse*, Nr. 138: 40-43
- Dielmann, G. (2002b): DRG's und Ausbildung im Krankenhaus. *Dr. med. Mabuse*, Nr. 139: 62-65
- Ertl-Schmuck, R. (2001): Buchrezension *Pflege neu denken*. *Pflegemagazin* 2, 4: 51ff.
- Friesacher, H. (2000): Intensivpflege. In: Rennen-Allhoff; Schaeffer (Hrsg.): 417-445
- Gerlinger, Th. et. al. (Hrsg.) (1997): *Nach der Reform. Jahrbuch für kritische Medizin* 28. Editorial: Gesundheitspolitik 1977-1997. Wie viele Reformen verträgt die Soziale Krankenversicherung? Hamburg: Argument Verlag
- Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.) (1990): *Vorschläge und Forderungen der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr zur Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen*. Stuttgart: ÖTV
- Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.) (1996): *Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen. Bildungspolitische Vorstellungen der Gewerkschaft ÖTV*. Stuttgart: ÖTV
- Isensee, J. (1980): *Kirchenautonomie und sozialstaatliche Säkularisierung in der Krankenpflegeausbildung – Zur Verfassungsmäßigkeit der Erstreckung des Berufsbildungs-Modells auf kirchliche Krankenhäuser – Rechtsgutachten*. Freiburg: Kath. Krankenhausverb. Deutschlands
- Kälble, K. (2001): Bachelor und Master für gesundheitsbezogene Berufe – Neue Entwicklungen und Akkreditierung. *Prävention* 24, 3: 67-73
- Karsten, M.-E. (1991): Sackgassen – Irrwege der Professionalisierung: Das Beispiel Kinderpflege und Erziehung. In: *Pro Person: Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung, Kritische Texte*, Bielefeld: 77ff.
- Krüger, H.; Rabe-Kleberg, U.; Mischo-Kelling, M. (1993): *Pflegewissenschaft als berufliche Bildung: Ein Weg aus der Sackgasse*, Bremen: Univ.-Buchh.
- Meifort, B. (2001): *Eliten brauchen Heloten - Heiteres Berufebasteln in der Krankenpflege*. *Dr. med. Mabuse*, Nr. 130: 40-44
- Meifort, B.; Mettin, G. (1998): *Gesundheitspflege. Überlegungen zu einem BBiG-Pflegeberuf*, hrsg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bielefeld: Bertelsmann
- Meifort, B.; Paulini, H. (1984): *Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen*. Berlin/Bonn: BiBB
- Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim/München: Juventa
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000): *Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung*, Stuttgart: Schattauer
- Sieger, M. (2001): *Gestufte Studiengänge – eine neue Qualität der Bildung für die Pflege*. In: *Pflege & Gesellschaft* 6, 3: 94-99
- Wanner, B. (1987): *Lehrer zweiter Klasse? – Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften*. Frankfurt a.M.: Lang
- Wissenschaftsrat (Hrsg.) (1991): *Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den 90er Jahren*. Köln: Wiss.-Rat