

## Stellungnahme zum Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes zur öffentlichen Anhörung am 30.5.2016

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner<sup>1</sup>  
(Einzelsachverständiger)

Der Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes in seiner Fassung vom 9.3.2016 greift Entwicklungen und Erkenntnisfortschritte aus den Fachdebatten zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe der vergangenen zwanzig Jahren auf und stellt einen Meilenstein für die zukünftige Ausbildung von Pflegefachpersonen in Deutschland dar. Es geht um nichts weniger als die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Qualifizierung von Pflegefachpersonen für die mindestens nächsten zwanzig Jahre. Mit den gesetzlich erstmals verankerten Regelungen

- zur Generalisierung der Pflegeausbildung (Zusammenführung von Gesundheits- und Kinderkranken-, Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zu einem neuen Pflegeberuf mit einem Abschluss),
- zu vorbehaltenen Aufgaben zur Planung, Steuerung und Qualitätssicherung von Pflegeprozessen und
- zu einer primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung

werden gut begründete Forderungen erfüllt, die seit langem insbesondere von Pflegeberufsverbänden, der Pflegewissenschaft, der Pflegebildung und etlichen Verbänden in der Trägerschaft von Pflegebildungseinrichtungen formuliert worden sind. Mit der Schaffung eines einheitlichen Berufsbildes für die Pflege von Menschen aller Altersgruppen und in allen Settings wird eine für junge Menschen attraktive, durchlässige und international anschlussfähige Pflegeausbildung geschaffen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wie für Arbeitgeber gleichermaßen Flexibilität und Orientierung auf die Zukunft hin sichern wird.

**Der Gesetzentwurf ist zeitgemäß, zukunftsorientiert und somit nur zu begrüßen! Die Bundesregierung sollte sich von ihrem Vorhaben, mit diesem Gesetzesvorhaben die aktuellen und zukünftigen quantitativen und qualitativen Anforderungen an Pflegeausbildung und -beruf zeitnah zu beantworten, nicht abbringen lassen!**

---

<sup>1</sup> Vorstandsvorsitzender und Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) in Köln, Lehrstuhlinhaber Pflegewissenschaft der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar bei Koblenz (von 2006 bis 2015 deren Gründungsdekan), Mitglied der Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, seit 1986 Gesundheits- und Krankenpfleger.

Im Folgenden werde ich argumentativ Schritt für Schritt darlegen, warum der Gesetzentwurf zeitgemäß und zukunftsfähig ist und es insbesondere zur Generalistik der Pflegeberufe heute keine Alternative mehr gibt. In einzelnen Aussagen sind einige Hinweise zur Modifikation des vorliegenden Gesetzesentwurfs eingebettet bzw. konkret formuliert.

1. **Veränderte Bedarfe und Nachfragen:** Hintergrund der Pflegeberufereform sind die sich seit Jahren kontinuierlich und immer schneller verändernden Bedarfe und steigenden Nachfragen nach professionellen Pflegedienstleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens aufgrund des demografischen Wandels, des sich dadurch verschiebenden Krankheits- und Pflegepanoramas hin zu den multimorbiden und chronischen Formen sowie des medizinischen und pflegewissenschaftlichen wie -fachlichen Fortschritts.
2. Dies führt zu immer **höheren Anforderungen an die in der Pflege verantwortlich Beschäftigten!** Auch die Prozesse der Arbeitsverdichtung in der Pflege in praktisch allen Handlungsfelder haben dazu geführt, dass eine Pflegefachperson heute bereits erheblich mehr Verantwortung trägt, schneller entscheiden und professioneller handeln muss als noch vor fünfzehn Jahren. Überall in Europa und der Welt hat das dazu geführt, dass das Qualifikationsniveau der Pflegeberufe sukzessive erhöht wurde.
3. Das **PflBRefG stellt eine zentrale Antwort auf diese Herausforderungen dar und greift vorangegangene Entwicklungen auf.** Im Kern des Pflegeberufereformgesetzes geht es also um die Beantwortung der quantitativ weiter steigenden Bedarfe und Nachfragen nach qualitativ angemessenen Pflegedienstleistungen von morgen. Es handelt sich jedoch nicht um völlig neue Prozesse und Erkenntnisse. In den vergangenen Jahren hat es in Deutschland bereits gesetzliche Entwicklungsschritte gegeben, auf deren Grundlage das Pflegeberufereformgesetz nun der nächste, konsequente Schritt in Richtung notwendiger Zusammenführung und Professionalisierung der Pflegeberufe ist.

Zum einen sind mit den Reformen der Pflegeberufegesetze in den Jahren 2003 und 2004 bereits wesentliche Schritte der Zusammenführung der Pflegeausbildungen in Alten-, Kinderkranken- und Krankenpflege erfolgt. Vor 2003 wurden die Pflegeausbildungen in Deutschland mittels zweier Berufegesetze der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege sowie auf der Grundlage von 17 Landesverordnungen zu Altenpflegeausbildungen geregelt. Nach der Reform 2003/ 2004 gab es „nur“ noch zwei Berufegesetze. Im Krankenpflegegesetz wurden bekanntlich die Gesundheits- und Kranken- und bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeberufe bereits weitgehend integriert (!), im Altenpflegegesetz wurde erstmals eine bundeseinheitliche Grundlage für die Altenpflegeausbildung geschaffen.

4. In diesem Reformprozess von 2003/ 2004 ist auch höchstrichterlich geklärt worden, dass neben den Krankenpflegeberufen auch der Altenpflegeberuf ein Heilberuf im Sinne des GG Art. 74 Nr. 19 ist. **Pflegeberufe sind Heilberufe!** Dies wiederum stellt eine wesentliche Grundlage dar für die zurzeit dynamisch verlaufenden Gründungsprozesse von Landespflegekammern im Sinne der staatlich geregelten beruflichen Selbstverwaltung, die typisch ist für Heilberufe. Damit werden zugleich die ehemals überkommenen Bilder von überwiegend „unqualifizierten, hausarbeitsnahen Tätigkeiten“ in der Pflege und die Vorstellung zur Ausübung der Pflege bräuchte es vor allem und nur „eines großen Herzens“ weiter geschwächt, wenngleich sie bedauerlicherweise immer noch wirken.

**Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass das auf dem Gesetzgebungsweg befindliche Pflegeberufereformgesetz die Entwicklungen der Professionalisierung der Pflegeberufe aufgreift und nun durch die Generalisierung, die Regelung vorbehaltender Aufgaben sowie die Einführung primärqualifizierender Pflegestudiengänge konsequent weiterführt. Es handelt sich damit um kombinierte Antworten auf die steigenden Bedarfe und Nachfragen nach quantitativ und qualitativ angemessenen Pflegedienstleistungen, mit denen die Qualifizierung von Pflegefachpersonen und damit die Fachkräftesicherung von morgen nachhaltig verbessert werden soll. Diese Erkenntnis ist bedeutsam, um den Reformschritt und die laufenden Debatten darum richtig einordnen zu können.**

5. **Die Empirie spricht eindeutig für die Generalistik!** Die vorliegende pflegewissenschaftliche und -pädagogische Empirie spricht eindeutig für die Generalistik! Bereits vor rund zwanzig Jahren wurde in Deutschland das erste Modellprojekt zur Zusammenführung der bislang drei getrennt stattfindenden Pflegeausbildungen (Altenpflege-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung) vom Diözesan-Caritasverband Essen durchgeführt. Seither hat es eine große Zahl weiterer Modellprojekte gegeben, in denen unter verschiedenen Fragestellungen die Zusammenführung von zwei oder allen drei Pflegeausbildungen erprobt wurde. Ausnahmslos haben alle Projekte gezeigt, dass die Gemeinsamkeiten die Unterschiede in den Pflegeausbildungen bei weitem überwiegen. Görres et al. haben 2009 bei der systematischen Auswertung von mehr als 40 dieser Modellprojekten nicht nur darauf hingewiesen, dass die weitgehende Zusammenführung der Pflegeberufe sinnvoll und machbar ist, sondern es über die Jahre hinweg zudem einen maßgeblichen Lernprozess von den eher integrierten zu den generalistischen Modellen gegeben hat (Görres et al., 2009, S. 44)<sup>2</sup>

Wichtig ist es in diesem Kontext herauszuheben, dass der weitaus größte Teil dieser Modellprojekte von Trägern der Ausbildung, von Schulen und Bildungseinrichtungen sowie von Lehrerinnen und Lehrern der Pflegeberufe angestoßen und umgesetzt worden sind. Gerade Letztere waren und sind **Expertinnen und Experten in Sachen Pflegequalifikation**, die wissen um was es in der Pflegeausbildung geht und denen bereits frühzeitig aufgefallen ist, dass es viele Gemeinsamkeiten gerade im Hinblick auf die Förderung und Entwicklung von Kompetenzen bei den Schülerinnen und Schülern geht.

6. U.a. wurde vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) von 2004 bis 2008 unter meiner Leitung das Bundesmodellvorhaben **„Pflegeausbildung in Bewegung“ (PiB) als mit Abstand umfangreichstes Modellvorhaben** zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe wissenschaftlich mitbegleitet.

Beteiligt waren fünfzehn Schulen mit mehr als 300 Schülerinnen und Schülern aus allen drei Pflegeberufen aus acht Bundesländern (Bayern, Berlin, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt). Ebenfalls eingebunden als praktische Ausbildungsorte an den acht Modellstandorten waren rund 30 Krankenhäuser, mehr als 30 Altenheime und fast 60 ambulante Pflegedienste. In allen Projekten wurde Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege qualifiziert, in drei der Projekte auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Letztere war damit entspre-

---

<sup>2</sup> Vgl. Görres, S.; Stöver, M.; Schmitt, S.; Bomball, J.; Schwanke, A. (2009): Qualitätskriterien für best practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte – Abschließender Projektbericht. Gefördert von der Robert Bosch Stiftung. IPP Universität Bremen. Zugriff unter: [http://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2010-01-19-IPP\\_Abschlussbericht\\_Qualit\\_\\_tskriterien-f\\_\\_r-Best-Practice-in-der-Pflegeausbildung-Synopse-evaluierter-Modellprojekte.pdf](http://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2010-01-19-IPP_Abschlussbericht_Qualit__tskriterien-f__r-Best-Practice-in-der-Pflegeausbildung-Synopse-evaluierter-Modellprojekte.pdf)

chend ihres generellen Anteils in Deutschland anteilig abgebildet. Eng einbezogen waren mehr als 70 Lehrerinnen und Lehrer, mehr als 100 Praxisanleiterinnen und -anleiter sowie weitere zahlreiche Projektverantwortliche von allen Projektträgern.

Im Bundesmodellvorhaben PiB wurde ein zwanzigköpfiger, hochkarätiger Beirat gebildet, der das Projekt intensiv begleitete. Mitglieder des Beirates waren Vertreterinnen und Vertreter der zuständigen Ministerien und Behörden der acht Bundesländer, AOK-Bundesverband, Bundesgesundheitsministerium, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienstleistungen (bpa), Caritasbetriebsführungs- und Trägergesellschaft (CBT), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche, Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Robert Bosch Stiftung sowie aus der Wissenschaft.

7. **PiB hat gezeigt, dass Generalistik erfolgreich funktioniert!** Es konnte mittels eines aufwendigen forschungsmethodischen Designs im Bundesmodellvorhaben PiB gezeigt werden, dass die Absolventinnen und Absolventen der erprobten, gemeinsamen Ausbildungen den herkömmlich getrennt qualifizierten Schülerinnen und Schülern in nahezu allen untersuchten Kompetenzbereichen überlegen waren. Fünf der acht Modellprojekte haben den Integrationsanteil im Curriculum von anfangs 66% auf 90% und mehr zusammengeführt (darunter auch zwei Modellprojekte, in denen die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege eingebunden war!) und damit ganz weitgehend generalisieren konnten.<sup>3</sup>

*„Die Ergebnisse des Modellvorhabens zeigen, dass sich über die Mehrzahl der Modellprojekte hinweg ein integrierter Anteil in der theoretischen Ausbildung von 90 % und mehr erzielen ließ. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang, dass sich die jeweiligen differenzierten Bestandteile in der theoretischen Ausbildung zwischen den Modellprojekten zu einem großen Anteil voneinander unterschieden. Die differenzierten Unterrichte bestanden jedoch überwiegend aus Themen, die vertiefend bearbeitet wurden. Neue Themenfelder wurden in Inhalt der Differenzierung kaum behandelt.“* (Schlussbericht PiB, S. 194)<sup>4</sup>

**Praktisch hat es sich in diesem mit Abstand umfangreichsten Modellvorhaben zur Frage der Generalisierung der Pflegeberufe in Deutschland gezeigt, dass Lehrende und Lernende aus den drei ursprünglichen Pflegeausbildungen, die über einen mehrjährigen Zeitraum eng zusammenarbeiten, erheblich mehr Gemeinsamkeiten in den Kompetenzziele und Inhalten feststellen und entwickeln als trennende.**

---

<sup>3</sup> Wissen muss man dazu, dass Modellversuche wie PiB immer unter geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen stattfinden, d.h. zum Ende sollten die Absolventinnen und Absolventen einen regulären Abschluss in Kranken-, Alten- oder Kinderkrankenpflege „in der Tasche“ haben, ein anderer generalistischer Abschluss war aus gesetzlichen Gründen nicht möglich. Das ist nach Erkenntnissen aus PiB der einzige Grund dafür, dass diese Curricula nicht vollständig zusammengeführt werden konnten, obwohl der überwiegende Teil der Projektbeteiligten das sehr gerne gemacht hätte. Schlussfolgern lässt sich, dass PiB die Lehr- und Lerngrundlagen soweit generalisiert hat, wie es unter den gegebenen Bedingungen möglich war. Richtig ist auch, dass eine komplette Generalisierung (vollständige Zusammenführung in einem Curriculum mit einem neuen Berufsabschluss) nur unter einem neuen generalistischen Pflegeberufsgesetz möglich ist.

<sup>4</sup> [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB\\_Abschlussbericht.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf)

8. **Auch der begleitende Beirat in PiB empfiehlt dann konsequenter Weise die Generalisierung:** „Der Gesetzgeber sollte eine Reform der Pflegeausbildung auf den Weg bringen mit dem Ziel der Verschmelzung von Altenpflegeausbildung einerseits und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung andererseits. Angestrebt werden sollte eine Pflegeausbildung, die im theoretischen Teil weitestgehend integriert ist und im praktischen Teil Schwerpunkte entsprechend einem angestrebten Arbeitsfeld vorsieht (Integration mit generalistischer Ausrichtung). Die Ausbildung sollte zu einem einheitlichen beruflichen Abschluss führen, der mit vergleichbaren Abschlüssen innerhalb der Europäischen Union (Richtlinie 2005/36/EG) vereinbar ist und damit eine wesentliche Voraussetzung für die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erfüllt.“ (Schlussbericht PiB, S. 208).<sup>5</sup>

9. **Einrichtungen in NRW sprechen sich für die Generalistik aus** und hoffen auf baldige Entscheidung! Entgegen landläufiger Meinungen sprechen sich Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegewesen durchaus für die Einführung der Generalistik aus. Im Rahmen der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe in NRW 2013 (bundesweite Daten liegen leider auch hier nicht vor) wurde ermittelt, wie die Einrichtungen die aktuelle Diskussion um eine Generalisierung der Pflegeausbildung bewerten. In der Gesamtschau befürworteten die Einrichtungen eine Generalisierung der Pflegeausbildung (ein Berufsabschluss für die Gesundheits- und Kranken-, Kinderkrankenpflege und Altenpflege). 57,8 Prozent aller antwortenden 1.018 Krankenhäuser, Altenheime und ambulanten Pflegedienste in NRW sprechen sich für die Einführung der Generalistik aus.

Der Grad der Zustimmung variiert dabei zwischen den Einrichtungsarten, aber überall überwiegt die Zustimmung. Bei den ambulanten Diensten stimmen von 386 antwortenden Einrichtungen 55,4 Prozent zu. In der teil- und vollstationären Pflege antworteten 512 Einrichtungen. Hier ist der Grad der Zustimmung mit 56,4 Prozent ähnlich hoch. Dies ist vor dem Hintergrund bemerkenswert, dass vielerorts die Beibehaltung der Altenpflegeausbildung damit argumentiert wird, dass in diesem Sektor im Falle einer Generalisierung der Fachkraftmangel ggf. größer werden könnte, da u.a. befürchtet wird, dass sich generalistisch ausgebildete Pflegenden nur zu einem geringeren Teil für die Arbeit im Handlungsfeld der Altenhilfe interessieren könnten. Dies wird in den Einrichtungen offenbar nicht mehrheitlich bestätigt. Die höchste Zustimmung für eine Generalisierung der Ausbildung ist im Krankenhaussektor zu verzeichnen. Dabei stimmten 70,8 Prozent von 120 antwortenden Krankenhäuser für eine Generalisierung der drei pflegerischen Ausbildungen.

10. Das alles heißt auch, dass eine **integrierte Ausbildung mit dem Festhalten an drei unterschiedlichen Abschlüssen** einerseits nicht mehr den vorliegenden fachwissenschaftlichen Erkenntnissen entspräche und andererseits auch nicht von den Einrichtungen (zumindest in NRW) befürwortet würde. Denn die bereits bestehenden und möglichen Grade der Zusammenführung von Ausbildungs- und Kompetenzzielen sowie Inhalten des theoretischen und praktischen Unterrichts würden im Falle einer integrierten Ausbildung nunmehr künstlich niedrig gehalten werden. Die Einrichtungen wollen zukünftig aber Klarheit und gehen davon aus, dass sie von flexibel einsetzbaren Pflegefachpersonal profitieren werden. Deshalb befürworten sie die Generalistik. Eine integrierte Ausbildung würde zudem abermals die Frage aufwerfen, wie die erreichten Abschlüsse im

---

<sup>5</sup> Weitere Fragen und Antworten zum Bundesmodellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ hat das DIP in einem FAQ-Papier zusammengestellt, das unter [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/dip-FAQ-Pflegeausbildung\\_in\\_Bewegung-2016.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/dip-FAQ-Pflegeausbildung_in_Bewegung-2016.pdf) online zur Verfügung steht.

Kontext der EU-Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG in der Fassung 2013/55/EU bewertet würden. Es ist davon auszugehen, dass die Altenpflegeausbildung weiterhin nicht zu den automatisch anerkannten Fachberufen zählen würde, um nur eines der dann weiterhin ungelösten Probleme aufzugreifen.

11. **Die aktuellen, kontroversen Debatten um die Fragen** der Ausrichtung und Ausgestaltung des Pflegeberufereformgesetzes müssen im Lichte dieses Spannungsfeldes von fachwissenschaftlich erkannten Bedarfen, Notwendigkeiten und Möglichkeiten auf der einen Seite und aktuellen, divergierenden Interessenslagen insbesondere aus der Sicht von Betrieben und Arbeitgebern auf der anderen Seite verstanden werden. Diese Debatten haben bereits zu entsprechenden Konsequenzen in den veränderten Entwürfen des Gesetzes und der vorliegenden Eckpunkte der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geführt (etwa zur deutlichen Ausweitung des Anteils der praktischen Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung).

**Im Kern geht es dabei um die auch über den Pflegebereich hinaus bekannte Kontroverse zwischen (Berufs)Bildungsinteressen auf der einen und betrieblichen Interessen auf der anderen Seite.**

12. Auch wenn es richtig ist, dass es mit dem PflBRefG um die zukünftige Ausgestaltung einer dreijährigen, generalistischen Pflegeausbildung geht, darf nicht vergessen werden, dass es zugleich um den **gelingenden Einstieg junger Menschen in ein ganzes Berufsleben** geht. Dies fällt in der Hitze der Debatte mitunter unter den Tisch. Es geht um nicht weniger als die schulische und betriebliche möglichst gut ineinander verzahnte Investition in das Pflegefachpersonal von morgen. Da erscheinen bei allem Verständnis um ökonomische Herausforderungen einige arbeitgebernahe Argumente um die Einsetzbarkeit von Auszubildenden im Betriebsalltag schon recht fragwürdig. Die Betriebe sollten diesen Reformprozess stärker als Chance ihrer Zukunftssicherung begreifen und sich beispielsweise intensiver in Praxisanleitung und akademischer Pflegeausbildung engagieren als es heute schon üblich ist.
13. Allerdings sollte der **Praxisanleitung auch durch den Gesetzgeber im weiteren Verfahren noch mehr Aufmerksamkeit** als bislang schon geschenkt werden. Konkret halte ich neben den bisherigen Regelungen etwa zum Anteil der Praxisanleitung an der praktischen Ausbildung und den Fortbildungspflichten für Praxisanleiter auch ein festgeschriebenes Mindestanzahl von qualifizierten Praxisanleiterinnen und -anleitern, die für eine bestimmte Zahl von Schülerinnen und Schülern vorgehalten werden müssen, Freistellungsregelungen im Betrieb wie auch die Fragen der Finanzierung für bislang unzureichend geklärt.
14. **Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung** muss allerdings aus den besagten Gründen stärker in die Hände der Pflegeschulen gelegt werden, auch wenn der Träger der praktischen Ausbildung weiterhin verantwortlich ist für die regelgerechte Umsetzung der praktischen Ausbildung auf der Grundlage der mit der Pflegeschule vereinbarten Grundlagen. In den Schulen befinden sich mit den Lehrerinnen und Lehrern die Expertinnen und Experten für die Qualifikationsprozesse, deren Kompetenzen hier zum Tragen kommen müssen. Dennoch steht und fällt die neue Ausbildung mit dem Gelingen einer guten Grundlegung und Verzahnung von Theorie und Praxis und dem gelingenden Zusammenwirken von Praxisbegleitung und Praxisanleitung.

15. Die (internationale) fachwissenschaftliche Debatte hat gezeigt, dass es heute mehr als noch vor zwanzig Jahren in der Pflegeausbildung um die **Herausbildung von zukunftsorientierten personalen, fachliche, methodische und sozialen Kompetenzen** geht. Das ist beispielsweise die Befähigung zur Diagnostizierung von Pflege-, Unterstützungs- und Beratungsbedarfen und zur Planung und Umsetzung von fundierten, zunehmend wissenschaftlich begründbaren Maßnahmen. Ebenfalls gehören dazu Kompetenzen, geeignete Interventionen zu bestimmen sowie für die Evaluation der Zielerreichung und mit- hin für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität pflegerischer Versorgung zu sorgen. Es geht um Kompetenzen für eine gelingende Interdisziplinarität und die Bearbeitung von innovativen, auch sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten. Pflegefachpersonen von morgen müssen mehr denn je Fachleute sein, die nicht nur komplexe Pflegefälle systematisch beantworten und steuern können, sondern zugleich auch Netzwerkinnen und Netzwerker in multiprofessionellen und informellen Netzwerken sein.

Diese **Feststellungen gelten gleichermaßen für alle ausgebildete Pflegefachpersonen**, unabhängig davon, ob sie später in der allgemeinen Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege, in der Altenpflege, aber auch in der psychiatrischen Pflege, im Hospiz oder in der Rehabilitation etc. arbeiten. Daher spielen inhaltliche Fragen etwa von speziellen Krankheitsbildern in den verschiedenen Versorgungsbereichen insofern eine nachgeordnete Rolle, weil in der Ausbildung jeweils an ihren Beispielen die Kompetenzausprägung bei den Schülerinnen und Schülern erfolgen muss. Wir haben es heute, das ist in der Berufsbildung generell so, in erster Linie mit einer Handlungs- und Kompetenzorientierung zu tun, in die inhaltliche Fragen eingeordnet werden. Während sich das Fachwissen immer schneller weiterentwickelt und wandelt, geht es um die Herausbildung von dauerhaften Kompetenzen, um mit dem Wissenswandel unserer Zeit umgehen zu können. **Es gilt nunmehr das Primat der Kompetenzen**. Dies hat sich nicht nur in allen anderen relevanten Heilberufen und personenbezogenen und körpernahen Dienstleistungen so bewährt, sondern ist auch internationaler Standard.

16. Überall auf der Welt studieren aus diesem Grunde Pädiater und Geriater zunächst zusammen allgemeine Medizin, Sozialarbeiter in der Jugend- oder Altenarbeit haben zusammen Sozialarbeit studiert und auch in der Physiotherapie gibt es eine generalistische Ausbildung, auf deren Grundlage sich die Absolventinnen und Absolventen erst später auch über Fort- und Weiterbildungen auf unterschiedliche Patientengruppen spezialisieren. Und es wird nicht wundern hier anzufügen, dass dies auch weltweit in den Pflegeberufen so ist.

**„Proud to be a general nurse“ heißt es im Ausland weit verbreitet.** In unseren europäischen Nachbarländern kann kaum mehr jemand, der im Gesundheits- und Pflegewesen zuhause ist, die hierzulande zum Teil hysterisch geführte Debatte um die Generalisierung und damit in Zusammenhang gebrachte Untergangsszenarien der Pflege (weil dann beispielsweise – wie von Gegnern der Generalistik immer wieder gerne behauptet - massenweise Ausbildungsplätze abgebaut würden etc.) nachvollziehen bzw. verstehen. Da wird man eher gefragt, warum denn so viel Aufhebens um die Frage der Versorgung von Kindern und alten Menschen gemacht werde. Genauso wichtig sei doch auch die Versorgung von psychisch kranken Menschen, von sterbenden Menschen oder von intensiv behandelungsbedürftigen Patienten.

**Diese Erkenntnisse weisen deutlich darauf hin, dass sich Deutschland heute noch zwei bzw. drei nebeneinander existierende Pflegeausbildungssysteme leistet, die mit Blick auf die Kompetenzentwicklungen ihrer Schüler im Grunde die gleichen Ausbildungsziele anstreben! Dieser Zustand ist suboptimal, eine konsequente Zusammenführung der Pflegeausbildungen birgt ein erhebliches Synergiepotenzial!**

17. Als Zugangsvoraussetzung zur Pflegefachqualifikation ist aus den besagten, gestiegenen aktuellen und zukünftig zu erwartenden Bedarfen und Anforderungen **daher mindestens (!) ein qualifizierter mittlerer bzw. höherer allgemeiner Bildungsabschluss erforderlich**. Vorschläge zu einem Regeleinstieg von „Hauptschulabsolventinnen und -absolventen“ zur neuen, generalistischen Pflegeausbildung sind hier aus den dargelegten Argumenten und auch international nicht anschlussfähig. In nahezu sämtlichen europäischen Nachbarstaaten hat es in den vergangenen zwanzig Jahren – auch weil die erhöhten Kompetenzanforderungen frühzeitig erkannt worden sind - eine entsprechende Anhebung der Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung auf das höhere Bildungsniveau (zwölf Jahre Allgemeinbildung) gegeben. Deutschland hat sich in der Debatte um die Reform der EU-Richtlinie 2013/55/EU zur Änderung der Berufeankennungsrichtlinie 2005/36/EG mit einem Parallelsystem von zehn Jahren Allgemeinbildung als Zugangsvoraussetzung durchgesetzt.

Mit dem Pflegeberufereformgesetz geht es nun darum, das international gesehen außergewöhnlich niedrige Einstiegsniveau in die Pflegefachausbildung in Deutschland nicht noch weiter zu unterbieten - dies wäre so, wenn Hauptschulabsolventinnen und -absolventen nach zehn Jahren Schulbildung und ohne qualifiziertem Abschluss Zugang zur generalistischen Pflegefachausbildung erhielten -, sondern mindestens auf das Niveau eines qualifizierten, mittleren Abschlusses festzuschreiben. Das entspricht der sogenannten „mittleren Reife“, bzw. dem „(erweiterten) Sekundarabschluss I“ oder der „Fachoberschulreife“. Die Bezeichnungen sind in den Bundesländern unterschiedlich.

18. Das Argument, dass in den vergangenen Jahren gerade in denjenigen Bundesländern, in denen die Zugangsvoraussetzungen insbesondere für zur Altenpflegeausbildung entsprechend abgesenkt wurden, die Zahlen der Schülerinnen und Schüler mit Hauptschulabschluss mitunter drastisch angestiegen seien, kann noch nicht weit tragen. **Es liegen keine belastungsfähigen Daten über die Abbruchs- und Abschlussquoten sowie über den Verbleib der Absolventinnen und Absolventen in der Berufswelt vor**. Viele Berichte gibt es allerdings aus Schulen und Betrieben unterschiedlicher Bundesländer über die zum Teil dramatischen Probleme, die sich durch das neue, zahlenmäßig stark ansteigende Klientel in der Altenpflegeausbildung ergeben haben. Leider fehlen uns dazu bislang statistisch bzw. wissenschaftlich belastungsfähige Daten und Fakten. Solange aber kann auch nicht von einem Erfolg in diesem Zusammenhang gesprochen werden, weil wir es einfach (noch) nicht wissen.<sup>6</sup>

19. Insgesamt zeigt aber der Vergleich von vorliegenden Zahlen zum Anteil von Schülerinnen und Schülern mit unterschiedlichen allgemeinbildenden Bildungsabschlüssen zu den Pflegeausbildungen folgendes Bild: **In Deutschland waren in den Jahren 2003/ 2004 insgesamt rund 107.000 Schülerinnen und Schüler** in den drei Pflegeberufen zu verzeichnen. Von diesen verfügten rund 10.700 (10%) über den Hauptschulabschluss, rund 68.000 über den Sekundarabschluss I (64%) und rund 22.000 über die allgemeine bzw.

---

<sup>6</sup> Das Land NRW fördert seit Beginn dieses Jahres dazu eine umfassende Studie der Hochschule für Gesundheitsberufe in Bochum und des DIP in Köln zur Qualität der Altenpflegeausbildung. Die Ergebnisse werden allerdings erst Mitte 2017 vorliegen.

fachgebundene Hochschulreife (21%) als höchsten, allgemeinbildenden Abschluss.<sup>7</sup> In NRW lagen die Zahlen in den Jahren 2003/ 2004 bei 9,2% mit Hauptschulabschluss, 57,5 % Sekundarabschluss I sowie 32% mit allgemeiner bzw. fachgebundener Hochschulreife. Leider liegen keine aktuelleren, belastungsfähigen Zahlen für ganz Deutschland vor. In NRW haben allerdings 2012/ 2013 insgesamt 12.302 Menschen eine Ausbildung in der Alten- oder Krankenpflege in NRW aufgenommen (ohne Kinderkrankenpflege). Davon verfügten 2.268 über den Hauptschulabschluss (18,4%), 5.094 über den Sekundarabschluss I (41,4%) und 4.743 über die allgemeine bzw. fachgebundene Hochschulreife (38,6%).

20. Diese Entwicklungen zeigen, dass es nicht nur die erklärbaren Zugewinne im Sektor der Hauptschulabsolventinnen und -absolventen gegeben hat, sondern ausdrücklich auch in dem **Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten**, die deutlich mehr als ein Drittel aller Schülerinnen und Schüler ausmachen und mehr als doppelt so groß ist, wie der Anteil der Hauptschulabsolventinnen und -absolventen. So besteht die Gefahr, dass im Kontext der Debatte um die Sicherstellung des Zugangs von Hauptschulabsolventinnen und -absolventen in die Pflegefachausbildung die Möglichkeit des Zugewinns an allgemein höher Qualifizierten ausgeblendet wird.

In NRW konnte seit 2002 der **Anteil der Abiturientinnen und Abiturienten** unter den Schülerinnen und Schülern in der Gesundheits- und Krankenpflege **von rund 40% auf nahezu 65% gesteigert** werden. Das neue generalistische Pflegeberufsgesetz kann im Wettbewerb um junge Menschen also auch im steigenden Anteil der besser qualifizierten Schulabgängerinnen und -abgänger punkten. Dies sollte auch gerade vor dem Hintergrund der sukzessiven Zunahme an Abiturientinnen und Abiturienten in der Zukunft und der mit dem PflBG steigenden Möglichkeiten des Durchstiegs in den akademischen Bereich von allen Beteiligten forciert werden. Die generalistische Pflegeausbildung stellt mit ihrer primärqualifizierenden Hochschulausbildung ein sehr attraktives Angebot für studierwillige junge Menschen mit sozialer Orientierung dar und kann hier im Wettbewerb mit anderen Studienzweigen weitere Zugewinne erzielen.

21. Dies alles heißt wiederum im Umkehrschluss nicht, **dass Hauptschulabsolventinnen und -absolventen grundsätzlich vom Zugang zur Fachausbildung auszuschließen wären**, aber die Zugangsvoraussetzung muss mindestens ein qualifizierter, mittlerer Abschluss bzw. ein gleichwertiger Abschluss sein, der auch in anderen Schulen als der Realschule oder dem Gymnasium erreicht werden kann.

*Änderungsvorschlag im Gesetzentwurf zum § 11: Insofern ist die Debatte um die diesbezügliche Rolle der im Gesetzentwurf expressis verbis verankerten „Hauptschulabschluss“ im § 11, Abs. 1, Punkt 2 auch merkwürdig, da sie in einigen Bundesländern bereits gar nicht mehr existiert und in anderen innerhalb der kommenden zwanzig Jahre an Bedeutung stark verlieren und von der Bildfläche verschwinden wird. Generell sollte im § 11*

---

<sup>7</sup> Es muss an dieser Stelle festgestellt werden, dass es deutschlandweit und auch bundesländerübergreifend keine fortgeschriebenen Daten- und Zahlenwerke zur Entwicklung der Schülerinnen- und Schülerzahlen in den drei Pflegeberufen (Alten-, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege-ausbildung) im Hinblick auf weitere wichtige Eckdaten gibt (Vorbildung, Geschlecht, Alter, Abbruchquoten etc.) gibt. Im Jahr 2006 wurden lediglich zwei bundesweite Studien vorgelegt (Pflegeausbildungsstudie PABiS – gemeinsam vom DIP und dem DKI sowie eine Bestandsaufnahme der Ausbildungsstrukturen in der Altenpflegeausbildung (BEA) vom IPP der Universität Bremen). Mithilfe dieser Studien lassen sich Zahlen und Aussagen zu den Vorbildungen der Pflegeausbildung für Deutschland für die Jahre 2003/ 2004 als Referenzwerte zusammenführen.

*vom „qualifizierten“ bzw. „erweiterten mittleren Abschluss gesprochen werden. Der Absatz 3 sollte ersatzlos gestrichen werden, weil er unter anderem auch die nicht erweiterten Schulabschlüsse nach zehn Jahren einschließen würde.*

22. Der Regelzugang für Schulabsolventinnen und -absolventen ohne qualifizierten, mittleren Abschluss kann dann für **die auf Länderebene zu regelnden generalistischen Pflegeassistenzenberufe** sein. Auch hier bestehen erhebliche Entwicklungspotenziale, wenn diese Assistenzberufe mit den steigenden Anforderungen der generalistischen Pflegeausbildung mitwachsen, so dass eine gute Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen möglich wird. Mit Abschluss einer solchen ein- bzw. zweijährigen Pflegeassistentenausbildung kann dann auch ohne erweiterten mittleren Bildungsabschluss zukünftig der Zugang zur Fachausbildung erworben werden. Anrechnungen von Pflegeassistentenausbildungen auf die Fachausbildung durch die Anerkennung von Gleichwertigkeit sind darüber hinaus, wenn überhaupt, nur sehr vorsichtig zu handhaben. Hervorzuheben ist, dass das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden darf (§ 12, Abs. 1).

Die Anrechnung von Pflegeassistentenausbildungen auf die Fachausbildung mit Verkürzungsmöglichkeiten sind u.a. aus europarechtlichen Aspekten heraus problematisch und sollten überprüft und ggf. gestrichen werden. Zumal die Gefahr bestünde, wie zurzeit in einzelnen Bundesländern praktiziert, dass Anerkennungstatbestände zur Parallelisierung von Fach- und Helferausbildungen führen, in der Form, dass das erste Ausbildungsjahr beider Ausbildungen praktisch zusammengeführt stattfindet (die Anerkennung findet sozusagen *uno actu* statt) und nach erfolgreichem Abschluss der Helferausbildung, die Schülerin bzw. der Schüler direkt ins zweite Ausbildungsjahr der Fachausbildung einsteigt. Dies ist faktisch die Unterlaufung der Zugangsvoraussetzung für die Fachausbildung und führt zahlreichen Berichten zufolge zu massiven Qualitätsprobleme in der Umsetzung der Ausbildung. Diese Prozesse müssen vom Gesetzgeber zukünftig per se ausgeschlossen werden.

23. Es ist zu begrüßen, dass im Entwurf zum PflBG die **Beratung; Aufbau unterstützender Angebote und Forschung** im § 54 geregelt sind. Ich halte es hingegen nicht für angemessen und notwendig, hier das „Bundesinstitut für Berufsbildung“ bereits als federführende Institution zu benennen, zumal es in Sachen Beratung zur Pflegeausbildung und zur pflegepädagogischen bzw. pflegewissenschaftlichen Forschung keine Alleinstellungsmerkmale hat.

*Änderungsvorschlag im Gesetzentwurf zum § 54: Die federführenden Bundesministerien sollten über eine offene Ausschreibung eine oder mehrere geeignete Bildungs- und/ oder Forschungseinrichtungen beauftragen, die Beratung, den Aufbau unterstützender Angebote und die Forschung entsprechend den Anforderungen umzusetzen.*

24. **Pflegedaten systematisch und bundesweit erfassen:** Wieder einmal zeigt sich an der Debatte um das Pflegeberufereformgesetz, dass es an belastungsfähigen und vergleichbaren Daten in Deutschland fehlt. Die Bundesländer haben höchst unterschiedliche Umgestaltungsformen darin entwickelt, von der Entwicklung umfassender, systematischer und vergleichbarer Daten im Rahmen von Landesberichterstattungen im Gesundheitswesen wie NRW bis zu nahezu vollständig fehlender Datenbasis. So ist heute leider nicht bekannt, wie viele Schülerinnen und Schüler mit welchen Zugangsvoraussetzungen in welchen Pflegeausbildungen deutschlandweit im vergangenen Jahr eine Pflegeausbildung aufgenommen haben etc. Neben einer vom DIP schon lange geforderten Einführung einer bundesweiten Pflegeberichterstattung werden Pflegekammern in den Bundesländern ihren Beitrag zur Aufklärung von grundlegenden Daten leisten können.

*Änderungsvorschlag im Gesetzentwurf zum § 55: Im Zusammenhang mit dem Entwurf des PflBG ist zu empfehlen, im § 55 „Statistik; Verordnungsermächtigung“ zu präzisieren, dass im § 1 Abs. 1, Punkt 1 auch Daten zum Lehrpersonal in den Schulen (Geschlecht, Alter, Qualifikation, Fachgebiete etc.) und der praktischen Ausbildung (Praxisanleitung etc.) erfasst wird. Ebenfalls sollte unter Punkt 2 unbedingt der letzte/ höchste allgemeinbildende Schulabschluss der in Ausbildung befindlichen Personen miteingefasst werden.*

25. **Evaluierung umfassender gestalten:** Im Paragraphen 63 ist erfreulicherweise bereits die Evaluierung einzelner Regelungen des PflBG mit unterschiedlichen Fristen festgelegt worden. Angesichts der vielgestaltigen Debatte um den Reformprozess und der aufgeworfenen Fragen etwa zur Organisation und Umsetzung der praktischen Ausbildung, der Mindestanforderungen der Schulen, des Zusammenwirkens von Theorie und Praxis und weiterer wichtiger Punkte rege ich an, den Paragraphen 63 entsprechend zu erweitern. Damit können dann auch einzelne Fragen und Aspekte, die aufgeworfen wurden, aber heute aufgrund fehlender Datengrundlagen einfach nicht seriös beantwortet werden können, begleitend mit der Umsetzung des Gesetzes bearbeitet und beantwortet werden.

*Änderungsvorschlag im Gesetzentwurf zu § 63: Die zuständigen Ministerien sollten neben den bereits genannten Punkten auch die Wirkungen der § 7 praktische Ausbildung, § 9 Mindestanforderungen, § 10 Gesamtverantwortung der Pflegeschule, § 12 Anrechnung gleichwertiger Leistungen, § 14 Modellvorhaben nach SGB V § 63 und § 38 Durchführung des Studiums mit angemessenen Fristen aufnehmen.*

26. **Reform zeitnah umsetzen:** Die Reform der Pflegeausbildung ist, wie weiter oben bereits dargelegt, seit vielen Jahren in der Vorbereitung und der Entwicklung. Seit etlichen Jahren warten Bildungseinrichtungen und Schulen als auch die Betriebe auf eine Entscheidung, in welche Richtung es weitergehen soll. Dies hat vielerorts bereits zu einem Reformstau geführt, weil anstehenden Konzeptüberarbeitungen aufgeschoben werden, bis das neue Gesetz in Kraft getreten ist. Es liegen zahlreiche Berichte und Hinweise aus Einrichtungen vor, dass nicht nur die Einrichtungen, sondern auch Bewerberinnen und Bewerber um einen Ausbildungsplatz verunsichert sind und jetzt schnell Klarheit brauchen. Auch die Tatsache des ungewöhnlich langen Zeitraums zwischen Verabschiedung des PflBRefG und des Inkrafttretens (2018/ 2019) belastet die Einrichtungen. Ein Innehalten (Moratorium), oder ein fundamentales Umsteuern (integrierte Ausbildung) wäre nicht nur aus den zuvor dargelegten Gründen unsinnig, sondern würden abermals die unterschiedlichen Akteure im Feld weiter verunsichern.

Köln, 25.5.2016



Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner  
Direktor des

Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)

Kontakt: [f.weidner\(at\)dip.de](mailto:f.weidner@vip.de); Internet: [www.dip.de](http://www.dip.de) und [www.fweidner.de](http://www.fweidner.de)