

06/2020

Gerd Dielmann, Ingrid Rehwinkel, Herbert Weisbrod-Frey

BERUFLICHE BILDUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Reformbedarfe und Handlungsvorschläge

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die FES ist die älteste politische Stiftung Deutschlands. Benannt ist sie nach Friedrich Ebert, dem ersten demokratisch gewählten Reichspräsidenten. Als parteinahe Stiftung orientieren wir unsere Arbeit an den Grundwerten der Sozialen Demokratie: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Als gemeinnützige Institution agieren wir unabhängig und möchten den pluralistischen gesellschaftlichen Dialog zu den politischen Herausforderungen der Gegenwart befördern. Wir verstehen uns als Teil der sozialdemokratischen Wertegemeinschaft und der Gewerkschaftsbewegung in Deutschland und der Welt. Mit unserer Arbeit im In- und Ausland tragen wir dazu bei, dass Menschen an der Gestaltung ihrer Gesellschaften teilhaben und für Soziale Demokratie eintreten.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Über die Autor_innen dieser Ausgabe

Gerd Dielmann, Berlin.

Ingrid Rehwinkel, MPH, Duisburg, Mitglied im Bundesvorstand der Arbeitsgemeinschaft der SozialdemokratInnen im Gesundheitswesen.

Herbert Weisbrod-Frey, Heidelberg, Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der SozialdemokratInnen im Gesundheitswesen.

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Iva Figenwald ist Referentin für Sozialpolitik und Alterssicherung in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.

**Gerd Dielmann, Ingrid Rehwinkel,
Herbert Weisbrod-Frey**

BERUFLICHE BILDUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Reformbedarfe und Handlungsvorschläge

2	1	EINLEITUNG
3	2	GRUNDLAGEN BERUFLICHER BILDUNG IN DEUTSCHLAND
3	2.1	Duale Ausbildung – Berufsfachschulen – Heilberufe
3	2.2	Rechtsgrundlage
5	3	DER REFORMBEDARF
6	4	SONDERROLLE IN DER BERUFSAUSBILDUNG FÜHRT ZU NACHTEILEN
6	4.1	Sonderrolle der Schulen
6	4.2	Nachteile für Lehrkräfte
8	4.3	Nachteile der Auszubildenden
9	5	SECHS HANDLUNGSBEREICHE
9	5.1	Gesundheitsfachberufe auf Grundlage des BBiG neu ordnen
10	5.2	Theoretische Ausbildung an alternativen Lernorten, aber mit einheitlichem Rahmen
10	5.3	Qualifizierungsoffensive für Lehrende initiieren
11	5.4	Übergänge in Masterstudiengänge anbieten
11	5.5	Pflegeassistenzberufe standardisieren und aufwerten
12	5.6	Berufsausbildung durchlässig gestalten
14		Tabellenverzeichnis
14		Abkürzungsverzeichnis
15		Literaturverzeichnis

1

EINLEITUNG

Die Arbeit in den Gesundheitsberufen unterliegt einem ständigen Wandel. Fortschritte in der Medizin und neue Erkenntnisse in der Gesundheitsversorgung machen diese Veränderungen erforderlich. Spezialisierungen nehmen zu. Es entstehen neue Berufe, aber auch die Anforderungen an vorhandene Berufe verändern sich ständig. Das betrifft folgerichtig auch die Berufsausbildung in den Gesundheitsfachberufen. Seit einigen Jahren ist sie in Bewegung. Mehrere Neuordnungen von Berufszulassungsgesetzen sind momentan im Gesetzgebungsverfahren oder bereits abgeschlossen. Dazu zählen das Hebammengesetz, das PTA-Gesetz und das Psychotherapeutengesetz. Neu entstandene Berufe wie die/der Anästhesietechnische Assistent_in (ATA) und die/der Operationstechnische Assistent_in (OTA) sollen auf eine bundesgesetzliche Grundlage gestellt werden.

Bislang bleibt es damit jedoch bei der Fortschreibung bestehender Berufsgesetze. Das halten die Autor_innen der hier vorliegenden Veröffentlichung weder für hinreichend noch zukunftsweisend. Denn bei einzelgesetzlichen Regelungen werde die Systemfrage ausgeblendet. Die Sonderrolle, die den Gesundheitsberufen im System der beruflichen Bildung zukommt, werde fortgeschrieben, obwohl es dafür außer der Tradition keinerlei Begründung gibt. Im Gegenteil: Gerade diese Sonderrolle bringt mehrere Nachteile sowohl für die Auszubildenden wie die Lehrkräfte mit. Es seien daher umfassendere Lösungen erforderlich.

Mehrfach haben sich in jüngster Zeit Arbeitsgruppen schon mit der Entwicklung der Gesundheitsfachberufe beschäftigt. Gemeinsam mit Wissenschaftler_innen des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) Gelsenkirchen haben die Friedrich-Ebert-Stiftung, die Hans-Böckler-Stiftung und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft bereits 2013 eine strategische Berufsbildungspolitik eingefordert. Eine weitere Arbeitsgruppe aus Berufs-, Schul- und Hochschulverbänden sowie Gewerkschaft hat im Oktober 2015 ein Diskussionspapier mit Eckpunkten zur Ausbildungsreform in den Gesundheitsfachberufen vorgelegt, die auf eine homogenere Struktur der Berufsausbildung und einheitliche Qualitätsmerkmale abzielen.

Im Mai 2019 hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe“ durch eine schriftliche Befragung der

Verbände auf sich aufmerksam gemacht. Und auch nach Aussagen der Bundesregierung wollen die zuständigen Ministerien, wie bereits im Koalitionsvertrag vereinbart, die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen zusammen mit den Ländern neu ordnen und stärken und dafür ein Gesamtkonzept erarbeiten. Neben Themen wie Revision der Berufsgesetze, Durchlässigkeit der Ausbildungen und der Frage der Akademisierung werden auch die Themen Schulgeldfreiheit und Ausbildungsvergütung sowie damit einhergehende Finanzierungsfragen erörtert (Deutscher Bundestag 2019a).

Mit der hier vorliegenden Veröffentlichung soll der Gedanke einer grundlegenden systemischen Neuorientierung vertieft werden. Die Friedrich-Ebert-Stiftung dankt den Autor_innen und allen, die sich im Rahmen von Workshops mit Beiträgen und Hinweisen beteiligt und damit das Autorenteam unterstützt haben.

**HERBERT WEISBROD-FREY
SEVERIN SCHMIDT**

2

GRUNDLAGEN BERUFLICHER BILDUNG IN DEUTSCHLAND

Die berufliche Bildung in Deutschland besteht aus drei unterschiedlichen Bereichen mit jeweils unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und Rahmenbedingungen. Bevor wir uns den Reformbedarfen der beruflichen Bildung im Gesundheitswesen zuwenden, wollen wir hier zunächst auf deren Grundlagen eingehen, um von dort aus konkrete Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

2.1 DUALE AUSBILDUNG – BERUFSFACHSCHULEN – HEILBERUFE

Den mit Abstand größten Bereich stellen die Ausbildungsberufe dar, die durch Ausbildungsordnungen auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) bundeseinheitlich geregelt und staatlich anerkannt sind. Etwa 320 Ausbildungsberufe sind auf dieser Rechtsgrundlage geregelt mit ca. 1,3 Millionen Auszubildenden (Destatis 2019a). Auch das Gesundheitswesen kennt duale Berufe, insbesondere die sogenannten Gesundheitsdienstberufe wie die Medizinischen oder Zahnmedizinischen Fachangestellten. Ebenfalls nach BBiG geregelt sind einige Gesundheitshandwerksberufe wie die Hörakustiker_innen sowie kaufmännische Gesundheitsberufe wie die Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (PKA) oder die Kauffrau/der Kaufmann im Gesundheitswesen. Hauptmerkmale der BBiG-Ausbildungen sind einerseits die geteilte, gleichwohl gemeinsame Verantwortung von Betrieb und Berufsschule und andererseits das geregelte Ausbildungsverhältnis mit Anspruch auf eine sozialversicherungspflichtige Ausbildungsvergütung und Vorgaben für die praktische Ausbildung. Die Kosten der praktischen Ausbildung tragen die Betriebe, die Kosten der Berufsschulen tragen Länder und Kommunen. Ausbildungsabgaben oder Gebühren dürfen den Auszubildenden nicht abverlangt werden.

Den zweiten Bereich der beruflichen Bildung stellen landesrechtlich geregelte Berufsausbildungen an Berufsfachschulen (BFS) dar. Für das Gesundheitswesen können hier beispielhaft die Heilerziehungspfleger_innen genannt werden. Zwischen den jeweiligen Landesregelungen bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede. Nicht alle Berufsausbildungen werden in allen Bundesländern angeboten. Die schulische Prägung der

BFS-Ausbildungen wird allenfalls durch Praktika unterbrochen, eine Ausbildungsvergütung wird regelhaft nicht bezahlt. Die Praktika werden von den Schulen verantwortet, rechtliche Vorgaben für die Betriebe gibt es nicht. Beim Vorliegen der individuellen Voraussetzungen kann von den Schüler_innen BAföG in Anspruch genommen werden. In der Regel ist die Ausbildung an öffentlichen Berufsfachschulen für die Schüler_innen jedoch kostenfrei.

Einen dritten und besonderen Bereich bilden die Heilberufe, deren Ausbildung entweder regelhaft an Hochschulen erfolgt oder an speziellen „Schulen des Gesundheitswesens“, die eine Sonderform berufsbildender Schulen darstellen. In einigen Bundesländern sind sie den Berufsfachschulen zugeordnet. Die nicht oder noch nicht an Hochschulen ausgebildeten Heilberufe sind wie die dualen Gesundheitsberufe überwiegend Fachberufe mit in der Regel dreijähriger Ausbildungsdauer.

2.2 RECHTSGRUNDLAGE

Die Rechtsgrundlage für die Ausbildung der Heilberufe bilden spezifische Berufszulassungsgesetze auf der Grundlage von Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 des Grundgesetzes (GG). In ihnen werden die jeweiligen Berufsbezeichnungen geschützt, Voraussetzungen für die Erlaubniserteilung festgelegt und strukturelle Rahmenbedingungen für die Ausbildung vorgegeben. Bundeseinheitliche Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen normieren u. a. den Umfang und Inhalt des theoretischen und praktischen Unterrichts, einschließlich der praktischen Ausbildungsanteile, sowie die Modalitäten staatlicher Abschlussprüfungen. Für die weitere Ausgestaltung der Ausbildungen und Anforderungen an Schulen und Lehrende sind die Bundesländer zuständig, die davon in unterschiedlichem Maße Gebrauch machen.

Die meisten Schulen des Gesundheitswesens müssen aufgrund der jeweiligen Berufszulassungsgesetze mit Krankenhäusern verbunden sein. Wenn diese nicht selbst oder in Verbänden die Schulen betreiben, müssen zumindest verbindliche Vertragsbeziehungen für die praktische Ausbildung bestehen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nennt in § 2 Nr. 1a diejenigen Berufe, deren Ausbildung an mit Krankenhäusern

verbundenen Schulen des Gesundheitswesens durchgeführt wird. Es sind dies:

- die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege;¹
- Pflegefachfrau, Pflegefachmann;
- die therapeutischen Berufe der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie;
- die Hebammen;
- die medizinisch-technischen Assistenzberufe mit den drei Schwerpunkten Laboratoriumsdiagnostik, Radiologie und Funktionsdiagnostik;
- die Diätassistent_innen;
- die Orthoptist_innen.

Mit der verbindlichen Anbindung der Schulen an Krankenhäuser geht die Finanzierung der Sach- und Personalkosten dieser Schulen aus den Budgets der Krankenhäuser einher. Näheres regelt § 17a KHG.

Daneben gibt es weitere bundesrechtlich geregelte Gesundheitsberufe, deren Schulen nicht mit Krankenhäusern verbunden sein müssen, die aber gleichwohl dem hier beschriebenen dritten Bereich der beruflichen Bildung zugehörig sind. Dazu zählen die Notfallsanitäter_innen, die Podolog_innen, die Pharmazeutisch-technischen Assistent_innen (PTA). Auch deren Ausbildung findet an speziellen Schulen des Gesundheitswesens statt, ist bundesrechtlich in Berufszulassungsgesetzen geregelt und durch ähnliche strukturelle Probleme gekennzeichnet wie die im KHG genannten Ausbildungsgänge.

Die folgenden Betrachtungen beziehen sich in erster Linie auf die im KHG genannten Berufe und angesichts der seit 1.1.2020 bestehenden einheitlichen Pflegeausbildung ebenfalls auf die Altenpflege. Manche Ausführungen betreffen gleichermaßen die sonstigen nichtakademischen Gesundheitsfachberufe, für die Zulassungsgesetze bestehen. Außerdem werden Ausbildungsgänge am Rande mitberücksichtigt, für die unter der Perspektive zukünftiger Versorgungsbedarfe Regelungs- und Reformnotwendigkeiten erkennbar sind. Hier sind insbesondere die Operationstechnischen Assistent_innen (OTA) zu nennen, deren Ausbildung bisher ohne bundesgesetzliche Regelung nach Empfehlungen der deutschen Krankenhausgesellschaft erfolgte und gemeinsam mit den Anästhesietechnischen Assistent_innen (ATA) ab 2022 bundesgesetzlich geregelt werden soll.

Im Folgenden wird der Begriff „Gesundheitsfachberufe“ für alle Berufe im Gesundheitswesen verwendet, deren Ausbildung aufgrund von Berufszulassungsgesetzen des Bundes geregelt ist und an Schulen des Gesundheitswesens stattfindet.

¹ Hinsichtlich der Finanzierung wird im KHG die Altenpflegeausbildung nicht erfasst, wenngleich sie schon heute bezüglich der Qualifikationsstrukturen zusammen mit den anderen Pflegeberufen betrachtet werden muss und im Rahmen der einheitlichen Pflegeausbildung eine Finanzierung aus einem Guss gewährleistet ist. Dagegen wird im KHG die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe noch erfasst, obwohl eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf Grundlage von Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG nicht mehr gegeben ist und eine entsprechende Ausbildungsregelung auf Bundesebene nicht mehr besteht.

3

DER REFORMBEDARF

Unstrittig ist seit Langem, dass die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen reformbedürftig sind. Schon in seinem Jahresgutachten 2007 hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen empfohlen, das Verhältnis der verschiedenen Gesundheitsberufe zueinander zu überdenken (SVR Gesundheit 2008). Der Wissenschaftsrat empfahl ebenfalls „den Ausbau von grundständigen Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden pflege-, therapie- oder hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Abschlusses. Dabei spricht sich der Wissenschaftsrat dafür aus, diese neuen Studiengänge primärqualifizierend zu gestalten“ (Wissenschaftsrat 2012: 82).

Auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK 2015) hat im Juni 2015 einstimmig beschlossen, die Novellierung der Berufsgesetze mit dem Ziel einzuleiten, die Position der Gesundheitsfachberufe im Gesundheitswesen zu stärken und zugleich diese Berufe aufzuwerten und somit attraktiver zu machen.

Zentrale Anliegen der Reformdiskussion sind dabei die folgenden Aspekte:

- Anwendung der für die Berufsbildung üblichen Qualitätsstandards;
- Verbesserung von horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit in der Ausbildung;
- Anpassung der Qualifizierungsstrukturen an neue und zukünftige Versorgungsbedarfe;
- Sicherung der Fachkräfteversorgung im Gesundheitswesen;
- Steigerung der Attraktivität der Berufe;
- Schulgeldfreiheit;
- Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung;
- Verringerung der Arztzentriertheit des Gesundheitswesens;
- Verbesserung der Zusammenarbeit der Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe;
- Steigerung der Autonomie der Berufsangehörigen.

Bevor wir im Kapitel 5 unterteilt in sechs Bereiche konkrete Handlungsempfehlungen geben, wollen wir im Folgenden noch einmal auf die Sonderrolle, die den Gesundheitsberufen im System der beruflichen Bildung zukommt, und die daraus resultierenden Nachteile eingehen.

4

SONDERROLLE IN DER BERUFSAUSBILDUNG FÜHRT ZU NACHTEILEN

Von der jüngsten Reform der Hebammenausbildung einmal abgesehen, waren alle Änderungen der Berufsgesetze in den vergangenen Jahrzehnten immer nur Korrekturen am Bestehenden. Die gesetzlichen Grundlagen wurden weiterentwickelt, ohne die Sonderrolle der Gesundheitsfachberufe im System der beruflichen Bildung infrage zu stellen. Aus dieser Sonderrolle ergeben sich jedoch mehrere Nachteile sowohl für die Auszubildenden wie die Lehrkräfte. Diese müssen beseitigt werden, um sicherzustellen, dass die Reform der Berufsausbildung der Gesundheitsfachberufe nachhaltig ist.

4.1 SONDERROLLE DER SCHULEN

Die Sonderrolle und die mit ihr verbundenen Nachteile lassen sich am Status der Schulen beispielhaft aufzeigen. Die Schulen des Gesundheitswesens sind eng mit Krankenhäusern verbunden. Träger der Schulen sind zumeist Krankenhäuser, Wohlfahrtsverbände oder Zusammenschlüsse verschiedener Einrichtungen. Finanziert werden die Schulen auf Grundlage von § 17a KHG aus den Budgets der Krankenhäuser – und damit mittelbar aus den Beiträgen der gesetzlich und privat Krankenversicherten. Im Gegensatz zu Berufsbildungszentren, die nach Berufsbildungsgesetz oder Landesrecht geregelte Ausbildungsgänge anbieten, werden an den Schulen des Gesundheitswesens weder die Personalkosten der Lehrkräfte aus Landesmitteln noch die Sachkosten und der Unterhalt der Schulen aus kommunalen Mitteln getragen. Schulen des Gesundheitswesens sind daher überwiegend nicht steuerfinanziert. Ihre Finanzierung erfolgt weit überwiegend zulasten der Krankenversicherung. Nur wenige Länder beteiligen sich an der Finanzierung der Schulen.

Zudem sind die Schulen eher klein (vgl. Tabelle 1), oft einzügig im Jahr oder Halbjahr und solitär in dem Sinne, dass sie nur eine Ausbildung anbieten – als Schule für Logopädie beispielsweise. Dadurch wird eine wirtschaftliche Leistungserbringung erschwert, was dann wiederum in Verbindung mit einer nicht auskömmlichen Finanzierung dazu führt, dass Schulgeldfreiheit nicht überall gewährleistet werden kann.

Die Ausrichtung auf einen oder wenige Ausbildungsgänge verhindert gemeinsames Lernen, den interprofessionellen

Austausch der Auszubildenden und Lehrkräfte und behindert die horizontale Durchlässigkeit. Zwangsläufig führt die geringe Größe der Schulen zu kleinen Teams von Lehrenden, in denen für fachliche Spezialisierung und fachlichen Austausch ebenfalls wenig Raum bleibt. Der Anteil von nebenamtlichen externen Lehrkräften ist an Schulen des Gesundheitswesens entsprechend hoch.

Die staatliche Schulaufsicht beschränkt sich oft auf strukturelle Merkmale und ist durch den Personalabbau in den zuständigen Behörden in den meisten Bundesländern unzureichend. Nicht selten fehlt es an landesrechtlichen Vorgaben bspw. für Lehrpläne, Klassengrößen, die Qualifikation und Ausstattung mit Lehrkräften. Eine unterschiedliche Ausbildungsqualität, die von Schule zu Schule differieren kann, ist die Folge. Paritätisch besetzte Berufsbildungsausschüsse, die die Standards für die betriebliche Ausbildung, die Verzahnung von Theorie und Praxis, das Prüfungswesen ausgestalten und steuern, kennt das System der Schulen des Gesundheitswesens nicht.

Da die Schulen des Gesundheitswesens keine staatlichen, sondern nur staatlich anerkannte Schulen sind, und ihnen die entsprechenden Lehrkräfte fehlen, werden allgemeinbildende Inhalte in der Regel nicht vermittelt. Im Übrigen sehen die Ausbildungsordnungen und berufsgesetzlichen Regelungen dies auch nicht vor. Die Ausbildung in einem der Gesundheitsfachberufe kann daher nur ausnahmsweise auf Grundlage landesrechtlicher Regelungen mit dem Erwerb eines allgemeinbildenden Abschlusses wie der Fachhochschulreife verbunden werden.

Aus dem im System der beruflichen Bildung einzigartigen Status der Schulen des Gesundheitswesens resultieren weitere Probleme, vor allem für die Lehrenden und für die Auszubildenden.

4.2 NACHTEILE FÜR LEHRKRÄFTE

Für die Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens gibt es keine einheitlichen Qualifikationsanforderungen (vgl. Arens 2014; Tegethoff et al. 2016). Insbesondere finden die Richtlinien der Kultusministerkonferenz zur fachwissenschaftlichen und fachdidaktischen Kompetenz von Lehrenden an beruflichen Schulen (KMK 2018) keine Anwendung. Zudem sind die Qualifikationsanforderungen an die Lehrenden in den einzelnen

Tabelle 1
Ausbildungsstätten an Krankenhäusern 2017

Von 1.942↓ Krankenhäusern verfügen 965↓ über Ausbildungsstätten.
 Zahl der mit KHG-Mitteln finanzierten Ausbildungsplätze: 100.673 Tsd.†

Beruf	Anzahl Ausbildungsstätten	Anzahl Ausbildungsplätze	durchschnittliche Größe der Ausbildungsstätten
Gesundheits- und Krankenpfleger_innen	914↓	71.232†	77,9†
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen	199↓	9.053†	45,5†
Physiotherapeut_innen	88†	5.545†	63†
MTAL	54↓	3.141↓	58↓
MTAR	60†	2.763†	46↓
Hebammen	88†	2.661†	30†
Ergotherapeut_innen	33†	1.173†	35,5↓
Logopäd_innen	28†	1.067†	38↓
Diätassistent_innen	24→	961†	40→
MTAF	15†	275↓	18,3↓
Orthoptist_innen	10→	132†	13,2→
Krankenpflegehelfer_innen	186†	3.670	19,7†

→†↓ bezeichnet Veränderungstendenz gegenüber 2016

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage Destatis 2019b.

Berufsgesetzen sehr unterschiedlich geregelt und unterliegen einer gewissen Beliebigkeit. So wird aktuell in einigen Ländern eine Absenkung des Standards von Master- auf Bachelorabschlüsse diskutiert, um dem Mangel an geeigneten Lehrkräften zu begegnen. Die Lehrenden im Gesundheitswesen sind zudem meist Angestellte der jeweiligen Schulträger und nicht des Bundeslandes, in dem sie tätig sind. Die Beamtenlaufbahn ist ihnen verschlossen. Auch hinsichtlich Ferienzeiten, Arbeitszeitregelungen, Präsenzpflcht etc. fehlen typische Merkmale der Lehrertätigkeit an öffentlichen Berufsschulen.

Es gibt nur sehr wenige öffentliche Hochschulen, an denen ein Lehramtsstudium für das jeweilige Fach Pflegewissenschaften, Gesundheitswissenschaften, Therapiewissenschaften nebst Studium der allgemeinen und der Fachdidaktik sowie eines zweiten Faches möglich ist. Die wenigsten Absolvent_innen solcher Studiengänge finden den Weg in die Schulen des Gesundheitswesens. Abgesehen davon, dass Zweitfächer, insbesondere allgemeinbildende, dort gar nicht unterrichtet werden und deshalb auch nicht gefragt sind, ist dafür insbesondere die Tatsache ausschlaggebend, dass die Schulen des Gesundheitswesens nicht die laufbahnrechtlichen Voraussetzungen erfüllen, um dort ein Referendariat abzuleisten und als beamtete_r Lehrer_in tätig zu sein. Daher finden wir zahlreiche Lehrer_innen für Pflege- oder Gesundheitswissenschaften an

den öffentlichen Berufsschulen, während sie an den Schulen des Gesundheitswesens fehlen.

In der Folge sind die Schulen des Gesundheitswesens von der bewährten Tradition der beruflichen Bildung abgeschnitten, sodass die aus dem wissenschaftlichen Studium des Faches resultierende Kompetenz der Lehrenden über die Ausbildung in die Praxis des jeweiligen Berufes nur unzureichend Eingang findet.

Zwar haben sich insbesondere für die Pflegeberufe inzwischen zahlreiche Studiengänge mit berufspädagogischem Schwerpunkt vor allem an privaten, kirchlichen und auch öffentlichen Hochschulen etabliert, die – zumindest in den alten Bundesländern – oft aus den ehemaligen Weiterbildungsinstituten für Lehrer_innen in der Pflege entstanden. Aber sie weichen immer noch erheblich von der universitären, wissenschaftlichen Lehrerbildung ab. Und sie müssen im Gegensatz zu sonstigen Lehramtsstudiengängen oft über Studiengebühren finanziert werden.

In gewisser Weise bedingen und bestärken sich der besondere Status der Schulen und der Sonderweg der Lehrerbildung gegenseitig.

4.3 NACHTEILE DER AUSZUBILDENDEN

Im Unterschied zu den Auszubildenden im dualen Berufsbildungssystem oder den Schüler_innen in landesrechtlich geregelten schulischen Ausbildungen befinden sich die Auszubildenden des Gesundheitswesens in einer mehrdeutigen Position. Obwohl alle Berufsgesetze festlegen, dass die Ausbildung aus theoretischen und praktischen Teilen besteht, ist nur in den Berufsgesetzen der Pflegeberufe und der Hebammen sowie der Notfallsanitäter_innen der Rechtsanspruch auf eine Ausbildungsvergütung normiert. Nur hier handelt es sich analog zum Berufsbildungsgesetz um ein arbeitsrechtlich betrieblich ausgestaltetes Ausbildungsverhältnis mit Rechtsanspruch auf einen Ausbildungsvertrag und verbindlichen Regelungen zu Probezeit, Kündigung, zu Rechten und Pflichten der Auszubildenden wie auch des Trägers der Ausbildung.

Auf die anderen Gesundheitsfachberufe wurden diese dem BBiG entlehnten Standards bisher nicht angewendet, sodass die praktische Ausbildung eher einem unentgeltlichen Praktikum gleichkam als einer betrieblichen, vergüteten Ausbildung und die Betroffenen eher Schüler_innen als Auszubildende waren. Diese Situation hat sich erst kürzlich wesentlich verbessert. Einerseits wurde im Pflegestärkungsgesetz erneut klargestellt, dass für alle im § 17a KHG genannten Gesundheitsfachberufe eine Ausbildungsvergütung refinanziert wird, wenn sie vereinbart wurde – und dass beim Anstieg von Ausbildungsbudgets aufgrund solcher Vereinbarungen keine Obergrenze definiert ist. Andererseits gelten seit dem 1.1.2019 die Tarifverträge für Auszubildende des öffentlichen Dienstes auch für einige Gesundheitsfachberufe, die bisher keine Ausbildungsvergütung erhielten. Dadurch steht nun auch Auszubildenden der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und Auszubildenden zu MTA, Orthoptist_innen, Diätassistent_innen an kommunalen Krankenhäusern und an Universitätskliniken in Trägerschaft der Bundesländer eine fast so hohe Ausbildungsvergütung wie im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege zu.

Mit diesen Tarifabschlüssen ist zumindest in deren Geltungsbereich eine wesentliche Benachteiligung mancher Auszubildender in Gesundheitsfachberufen beseitigt. Es ist zu erwarten, dass entsprechende Regelungen auch in Krankenhäusern in kirchlicher oder privater Trägerschaft getroffen werden.

Nach wie vor wird aber außerhalb des Geltungsbereiches dieser tarifvertraglichen Regelungen und mit Ausnahme u. a. von Pflege- und Hebammenausbildungen in vielen anderen Gesundheitsfachberufen nicht nur keine Ausbildungs- oder Praktikumsvergütung gezahlt, sondern sogar noch Schulgeld erhoben. Zwar wird inzwischen in mehreren Bundesländern durch Zuschüsse aus Landesmitteln das Schulgeld refinanziert oder sogar eine geringe Ausbildungsvergütung gezahlt, aber die grundlegende Problematik der in dieser Hinsicht stark reformbedürftigen Berufsgesetze des Bundes bleibt davon unberührt.

Reformbedürftig sind auch die Mitbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten. Sie stehen nicht allen Auszubildenden in allen Bereichen des Gesundheitswesens ausreichend zur Verfügung. Eine zuständige Stelle wie in den nach dem BBiG geregelten Ausbildungsberufen, an die sich die Auszubildenden in Konfliktfällen wenden können, fehlt in der Regel ebenfalls. Wie schon erwähnt, können die Auszubildenden in den Gesundheitsfachberufen mit ihrer Ausbildung nicht zugleich einen allgemeinbildenden Abschluss erwerben. Das benachteiligt sie bei den Aufstiegsmöglichkeiten, vor allem bei Studienwünschen nach der Ausbildung.

5

SECHS HANDLUNGSBEREICHE

Die meisten der bisher geschilderten, mit der Sonderrolle der Gesundheitsfachberufe im beruflichen Bildungssystem verbundenen Nachteile können gelöst oder doch zumindest deutlich reduziert werden. Dafür aber müssen die Ausbildungen entweder in das duale Berufsbildungssystem überführt werden, d. h. das Berufsbildungsgesetz muss zur Anwendung kommen, oder sie sind konsequent in den Hochschulbereich zu verlagern – die akademische Qualifizierung müsste zum Standard werden. Wir empfehlen daher, einen dieser beiden Wege – oder eine Kombination von beiden – auf die unterschiedlichen Berufe anzuwenden.

5.1 GESUNDHEITSFACHBERUFE AUF GRUNDLAGE DES BBIG NEU ORDNEN

Alle hier betrachteten Gesundheitsfachberufe, deren Ausbildung nicht oder noch nicht regelhaft an Hochschulen stattfindet, weisen sowohl betrieblich-praktische als auch schulisch-theoretische Ausbildungsteile auf. Das quantitative Verhältnis von Theorie und Praxis fällt dabei sehr unterschiedlich aus. Vorgaben dazu ergeben sich zumindest bei der Pflegeausbildung aus der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Darin wird gefordert, dass die praktischen Ausbildungsanteile mindestens 50 Prozent umfassen müssen. Auch die Hebammenausbildung muss praktische Anteile umfassen, die für die automatische Anerkennung mindestens ein Drittel klinisch-praktischer Ausbildung beinhalten. Sie enthält darüber hinaus eine Reihe von Vorgaben zur Zahl der zu betreuenden Geburten und zur Überwachung und Pflege von Schwangeren und Wöchnerinnen.

Die anderen Gesundheitsfachberufe haben in den jeweiligen Zulassungsgesetzen und Ausbildungsordnungen alle mehr oder weniger hohe Anteile von praktischem Unterricht und praktischer Ausbildung. Bei einigen (Ergo- und Physiotherapie) überwiegt der theoretisch-schulische, bei anderen (Logopädie, Hebammen, Pflegeberufe) der betrieblich-klinisch-praktische Unterricht. Eine Systematik ist dabei nicht erkennbar.

Dennoch kann festgehalten werden, dass die Ausbildung aller Gesundheitsfachberufe beide Elemente beinhaltet. Dies sollte nach unserer Auffassung auch so bleiben.

Allerdings ist es dringend erforderlich, das qualitative Verhältnis von Theorie und Praxis so zu gestalten, dass eine sinnvolle Verzahnung im Ausbildungsverlauf sichergestellt ist. Dies wird zwar sehr allgemein für die Hebammen und die Pflegeberufe in der Richtlinie 2005/36/EG gefordert, in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der beiden Berufe fehlt aber eine Operationalisierung dieser Koordination. Eine Orientierung können die jüngst von der auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes gebildeten Fachkommission veröffentlichten Rahmenpläne für die neue Pflegeausbildung geben.

Neben dieser inhaltlich auf die zu erwerbenden Kompetenzen ausgerichteten Abstimmung von theoretischem und praktischem Unterricht halten wir weitere Regelungen der betrieblich-praktischen Ausbildung für erforderlich:

- den Rechtsanspruch auf Ausbildungsvertrag, Ausbildungsvergütung und ein sozialversicherungspflichtiges Ausbildungsverhältnis;
- den Rechtsanspruch auf praktische Anleitung und Unterweisung durch entsprechend qualifizierte Ausbilder_innen bzw. Praxisanleiter_innen;
- die institutionalisierte Zusammenarbeit von Betrieb und (Hoch-)Schule in paritätisch besetzten Berufsbildungsausschüssen.

Wir fordern daher, künftig alle Gesundheitsfachberufe auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes zu regeln. Zur Zulässigkeit solcher Ausbildungsregelungen auf Grundlage des BBiG bestehen unterschiedliche Rechtsauffassungen. Unstrittig ist, dass sich die Regelungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 ausdrücklich nur auf die Zulassung zu den Heilberufen bezieht. Die Notwendigkeit eines Berufszulassungsgesetzes wird jedoch nicht dadurch infrage gestellt oder relativiert, dass daneben bundeseinheitliche Regelungen auf der Grundlage von Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 (Recht der Wirtschaft) bzw. Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 (Recht der Arbeit) getroffen werden können, in denen die Ausbildung standardisiert und konkretisiert und insbesondere das Ausbildungsverhältnis geregelt wird. Dass in den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe mit Regelungen zum Ausbildungsverhältnis (Hebammen, Pflegeberufe, Notfallsanitäter_innen) die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes ausdrücklich ausgeschlossen wird, weist

darauf hin, dass ansonsten ein solches Nebeneinander von Berufszulassungsgesetz und Berufsausbildungsordnung durchaus möglich ist.² Sollte dennoch – wie häufig angeführt – die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes auf die Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe eine Grundgesetzänderung erfordern, sollte diese auch zügig angestrebt werden.

5.2 THEORETISCHE AUSBILDUNG AN ALTERNATIVEN LERNORTEN, ABER MIT EINHEITLICHEM RAHMEN

Der Gesetzesentwurf zum Hebammenreformgesetz übernimmt weitgehend die für duale Ausbildungsberufe üblichen Regelungen zum Ausbildungsverhältnis für die betriebliche Ausbildung. Grundsätzlich zeigt der Entwurf hinsichtlich des Lernortes für die theoretische Ausbildung einen auch für die anderen Gesundheitsfachberufe gangbaren Weg auf. Wir fordern daher, für die Gesundheitsfachberufe in einer zukünftigen dualen Ausbildung zwei, in einer begrenzten Übergangszeit auch drei alternative Lernorte für die theoretische Ausbildung vorzusehen, und zwar:

- Berufsschulen;
- Hochschulen;
- Schulen des Gesundheitswesens.

Die Schulen des Gesundheitswesens können insbesondere dort in einem definierten Übergangszeitraum ihre Berechtigung behalten, wo es um große Schulzentren geht, die mehrzünftig und mit großen Teams hohe Ausbildungskapazitäten vorhalten. Dies gilt insbesondere für Pflegeschulen. Hinsichtlich der Qualifikation der Lehrenden und der Mitwirkung an einer Theorie und Praxis integrierenden Ausbildungsplanung sind die Strukturstandards aber auch in einem Übergangszeitraum an die öffentlichen Berufsschulen anzupassen. Mittelfristig gehen wir davon aus, dass die Schulen des Gesundheitswesens in das öffentliche Schulsystem integriert werden.

Berufsschulen sind der im dualen System übliche Lernort. Dies sollte auch für die Gesundheitsfachberufe gelten, um die bestehenden Benachteiligungen der Auszubildenden insbesondere beim Erwerb allgemeinbildender Schulabschlüsse abzuschaffen. Schnellstmöglich sollten daher alle Schulen für Gesundheitsfachberufe in öffentliche Berufsschulen integriert werden. Vor allem die kleinen, einzügigen, solitären Schulen für einzelne Ausbildungsgänge und die Schulen ohne Anbindung an ein Krankenhaus (PTA, Notfallsanitäter_innen, Podolog_innen) sollten aus ihrer Sonderrolle im beruflichen Bildungssystem herausgenommen werden.

Hochschulen als Ort der theoretischen Ausbildung, die eng und verbindlich mit betrieblichen Lernorten zusammenwirken müssen, um gemeinsame Ausbildungsziele zu definieren, sind bei Anwendung des Berufsbildungsgesetzes ein Novum. Aber die aktuelle Reform des Hebammenreformgesetzes zeigt, dass für die Aufrechterhaltung einer praxisnahen Ausbildung mit ausgeprägten betrieblichen Anteilen neue Wege beschritten

werden müssen. Bei den Hebammen soll die theoretische Ausbildung in der Zukunft ausschließlich an Hochschulen stattfinden. Bei anderen Gesundheitsfachberufen ist denkbar, dass sowohl Hochschule, Berufsschule als auch übergangsweise eine Schule des Gesundheitswesens den theoretischen Unterricht zu einem einheitlichen betrieblichen Ausbildungsrahmenplan vermitteln.

Insbesondere bei denjenigen Gesundheitsfachberufen, bei denen nicht alle Auszubildenden die Zugangsvoraussetzungen für eine hochschulische Ausbildung erfüllen oder bei denen für eine ausschließlich hochschulische Ausbildung die Kapazitäten fehlen, ist ein Nebeneinander von berufsschulischer und hochschulischer Ausbildung denkbar. Wir gehen davon aus, dass beide Wege zu gleichwertigen beruflichen Kompetenzen und Berufsbezeichnungen führen.

Wie bei der zukünftigen Hebammenausbildung kann ein längerer Übergangszeitraum vorgesehen werden, in dem die Hochschulen und die beruflichen Schulen kooperieren und sich die Verantwortung für die theoretische Ausbildung teilen. Und wie bei der Reform der Hebammenausbildung vorgesehen, kann die staatliche Prüfung, die den Zugang zum Beruf und die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung eröffnet, mit der Verleihung eines akademischen Grades verbunden werden.

Zusammenfassend sprechen wir uns dafür aus, vor allem wegen des notwendigerweise hohen Umfangs der betrieblich-praktischen Ausbildungsanteile der Gesundheitsfachberufe das Berufsbildungsgesetz anzuwenden, dabei aber hinsichtlich der theoretischen Ausbildung Hochschule und Berufsschule gleichberechtigt nebeneinanderzustellen und auf die gleichen Ausbildungsinhalte zu verpflichten. Ob es bei dieser Struktur noch eines Rahmengesetzes bedarf, das die Zulassung zu den Berufen an den erfolgreichen Abschluss der spezifischen Ausbildungen knüpft, kann hier offen bleiben.

5.3 QUALIFIZIERUNGSOFFENSIVE FÜR LEHRENDE INITIIEREN

Die Anforderungen an die Lehrenden an den bisherigen Schulen des Gesundheitswesens ergeben sich nur sehr allgemein und höchst unterschiedlich aus den jeweiligen Berufsgesetzen. Sie werden, zum Teil wiederum unterschiedlich, in Länderregelungen präzisiert. Verbunden mit dem besonderen Status der Schulen des Gesundheitswesens entspricht die Lehrerausbildung nicht dem Standard, den die Kultusministerkonferenz in ihrer diesbezüglichen Rahmenvereinbarung für das Lehramt an beruflichen Schulen formuliert hat.

Momentan studieren angehende Lehrer_innen für Pflege- und andere Schulen des Gesundheitswesens in der ersten Phase ihrer Ausbildung selten an staatlichen Universitäten, sondern überwiegend an privaten Hochschulen mit zum Teil sehr hohen Studiengebühren. Nicht das wissenschaftliche Studium des Faches Pflege, Gesundheit, Therapie, Diagnostik usw. steht im Vordergrund, sondern Fragestellungen aus der Bezugswissenschaft und der Pädagogik, der Didaktik und der Erwachsenenbildung. Das Studium eines zweiten Faches sehen die Studienordnungen meist nicht vor. Dadurch sind diese Lehrkräfte auch nicht zur Vermittlung allgemeinbildender Fächer befugt, die Auszubildenden können dementsprechend keine allgemeinbildenden Abschlüsse mit dem Berufsabschluss verbinden.

² Vgl. BAG-Urteil zum Altenpflegegesetz, BAG Urteil vom 24.10.2002 – 2 BvF 1/01, Rn. 280, http://www.bverfg.de/e/fs20021024_2bvf000101.html (11.3.2020).

Ein weiteres Problem besteht in der aktuell fehlenden zweiten Ausbildungsphase. Einen Vorbereitungsdienst auf die Beamtenlaufbahn gibt es für Lehrer_innen an Schulen des Gesundheitswesens bisher nicht. Zur Sicherstellung der zweiten Phase der Lehrerausbildung müssen die Schulen des Gesundheitswesens deshalb in das öffentliche berufliche Schulwesen integriert werden.

Kritisch zu bewerten ist auch, dass in manchen Bundesländern und für manche Ausbildungen derzeit ein einschlägiger Bachelorgrad in Kombination mit dem betreffenden Berufsabschluss ausreicht, um an einer Schule des Gesundheitswesens zu unterrichten. Das neue Pflegeberufgesetz fordert hier immerhin einen einschlägigen Masterabschluss für die Lehrkräfte.

Wir halten dies für nicht ausreichend. Sie fordert vielmehr, dass die Anforderungen an die Lehrkräfte für die Ausbildung in Gesundheitsfachberufen uneingeschränkt den Anforderungen der KMK-Rahmenvereinbarung für berufliche Fächer bzw. berufliche Schulen entsprechen sollen.

Zusammenfassend: Die von der Bundesregierung beabsichtigte Ausbildungsoffensive zur Behebung des Fachkräftemangels in den Gesundheitsfachberufen – vor allem in der Pflege, der Physio- und der Ergotherapie und bei den MTAs – läuft ohne geeignete Lehrer_innen ins Leere. Wir fordern daher eine Qualifizierungsoffensive für Lehrende der beruflichen Fächer Pflege und Gesundheit an öffentlichen Universitäten unter Beachtung der genannten KMK-Rahmenvereinbarung.

5.4 ÜBERGÄNGE IN MASTERSTUDIENGÄNGE ANBIETEN

Wenn zukünftig duale Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen ausschließlich (Hebammen) oder überwiegend (therapeutische Berufe) oder teilweise (Pflegeberufe) an Hochschulen stattfinden, wird üblicherweise die staatliche Abschlussprüfung mit der Verleihung des akademischen Grades „Bachelor“ verknüpft sein. Sinnvolle Aufstiegsmöglichkeiten in Masterstudiengänge sollten von vornherein mitgedacht werden. Neben dem wissenschaftlichen Studium des jeweiligen Faches und der Qualifizierung für Lehre und Forschung sollten Masterstudiengänge auch so konzipiert werden, dass sie zu erweiterten Kompetenzen im jeweiligen Berufsfeld führen.

Denkbar ist etwa, dass bei den therapeutischen Berufen der Mastergrad als eine Art Approbation zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde in der jeweiligen Fachdisziplin berechtigt und die sogenannte sektorale Heilpraktikererlaubnis ersetzt. Der Direktzugang von Patient_innen zu Physio- und Ergotherapie bzw. zur Logopädie könnte dann bei Berufstätigen mit einem Masterabschluss zum Regelfall werden. Analog dazu wäre auch bei den Pflegeberufen ein Masterabschluss denkbar, der zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde und zur partiellen Substitution ärztlicher Tätigkeiten berechtigt.

5.5 PFLEGEASSISTENZBERUFE STANDARDISIEREN UND AUFWERTEN

Die landesrechtlich geregelten Pflegeassistentenberufe stellen im deutschen Berufsbildungssystem eine Besonderheit dar. Die bis zum Jahr 2003 bestehende bundeseinheitliche Ausbildung zur Krankenpflegehelferin/zum Krankenpflegehelfer konnte nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Altenpflegegesetz (BVerfG, 2 BvF 1/01 vom 24.10.2002, a. a. O.), wonach es sich bei Helfer_innenausbildungen nicht um Heilberufe handele, für die dem Bund die Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 des Grundgesetzes zustehe, nicht mehr in diesem Rechtsrahmen fortgesetzt werden. Sie entfiel daher sowohl im Altenpflegegesetz (2003) als auch im Krankenpflegegesetz (2003). Bemühungen der Sozialpartner, sich auf einen dualen Pflegeberuf auf Grundlage des BBiG zu verständigen, waren im Vorfeld der Neuregelung der Ausbildungen in den Pflegeberufen an Differenzen über die Ausbildungsdauer gescheitert (Dielmann 1998).

Gegenwärtig stehen viele unterschiedliche Ausbildungsregelungen und Abschlussbezeichnungen nebeneinander. Betrachtet man nur die Pflegeassistentenabschlüsse im engeren Sinne und lässt angrenzende und teilweise überlappende Ausbildungen wie Haus- und Familienpfleger_in, Sozialassistent_in, Dorfhelfer_in und Assistent_in für Ernährung und Versorgung mit Schwerpunkt Haushaltsführung und ambulante Betreuung außer Betracht, so lassen sich 28 verschiedene Ausbildungsregelungen (Bundesinstitut für Berufsbildung 2018) identifizieren mit mindestens neun verschiedenen Abschlussbezeichnungen³ (Dielmann 2013).

Die Ausbildungsdauer liegt zwischen einem und drei Jahren, überwiegend bei nur einem Jahr mit einer Tendenz neuerer Ausbildungsregelungen zu zwei Jahren. Eine Ausbildung dauert eineinhalb Jahre. Solche kurz ausgebildeten Berufe gibt es nur im Gesundheits- und Sozialwesen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Kurzausbildungen etwa bei Wohlfahrtsverbänden, privaten Bildungsträgern oder Pflegeeinrichtungen von wenigen Tagen oder Wochen, die hier außer Betracht bleiben.⁴

Mit dem sehr hohen Anteil an weiblichen Berufstätigen stellen diese Regelungen eine frauenspezifische Benachteiligung dar. Staatlich anerkannte Ausbildungsberufe nach BBiG dauern hingegen in der Regel drei bis dreieinhalb Jahre. Zweijährige Ausbildungen gibt es nur ausnahmsweise, z. B. Chemielaborjungwerker_in, Drahtwarenmacher_in, Fräser_in, als jüngere Berufe der/die Fahrradmonteur_in und Servicefachkraft für Dialogmarketing, während beispielsweise der/die Florist_in, der Restaurantfachmann/die Restaurantfachfrau (früher: Kellner_in) und der/die Gebäudereiniger_in jeweils über eine dreijährige Ausbildung verfügen.

Pflegehelfer_innen weisen gegenüber den Pflegefachberufen eine Reihe von Benachteiligungen auf. So werden

³ Es sind dies: Altenpflegehelfer_in, Altenpflegeassistent_in, Gesundheits- und Krankenpflegeassistent_in, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer_in, Gesundheits- und Pflegeassistent_in, Kranken- und Altenpflegehelfer_in, Krankenpflegehelfer_in, Pflegeassistent_in, Pflegefachhelfer_in, z. T. zusätzlich versehen mit dem Prädikat „staatl. anerkannt“ oder „staatlich geprüft“.

⁴ Eine Vielzahl von Bildungsangeboten unterschiedlichster Dauer und Schwerpunktsetzung findet sich unter www.kursnet.de der Bundesagentur für Arbeit.

sie nicht nur erheblich schlechter bezahlt, sie sind überdies häufiger und länger krank (Bogai et al. 2017), wesentlich höher von Arbeitslosigkeit betroffen und weisen eine deutlich niedrigere Berufsverweildauer auf.

Um diesen Benachteiligungen entgegenzuwirken und zugleich dem gerade in der ambulanten und stationären Langzeitpflege bestehenden Fachkräftemangel zu beheben, ist es erforderlich, eine dreijährige bundeseinheitliche Ausbildung zur Fachkraft für Pflege und Betreuung (Arbeitstitel) auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes zu schaffen. Die zahlreichen landesrechtlich geregelten Ausbildungsgänge in Pflegeassistenzberufen sind durch eine bundeseinheitliche niedrigschwellige Ausbildung zur Pflegefachkraft zu ersetzen. Es ist sozial nicht gerecht und gesellschaftlich nicht sinnvoll, dass ausgerechnet die jungen Menschen mit ungünstigen Bildungsvoraussetzungen kürzer ausgebildet werden, als es die Regelausbildung für die meisten Berufe vorsieht.

Das künftige Berufsprofil sollte durch die zur Unterstützung der Pflegebedürftigen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens notwendigen Pflege- und Betreuungstätigkeiten gekennzeichnet sein. Die Fachkraft unterstützt die Pflegebedürftigen bei der Wiedererlangung bzw. dem Erhalt ihrer Selbstständigkeit in ihrem jeweiligen Lebensumfeld. Die Ausbildung befähigt zur selbstständigen Berufsausübung. Es handelt sich um eine Assistenz Tätigkeit für Pflegebedürftige, nicht für andere Pflegeberufe. Benötigt wird ein Fachberuf mit Schwerpunkt der Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen, insbesondere in der ambulanten und stationären Langzeitbetreuung. Kriterium für die Abgrenzung zur Pflegefacharbeit ist der Grad der Selbstständigkeit des/der Pflegebedürftigen. Denn Assistenz setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen die auszuführenden Tätigkeiten noch anweisen und verantworten können.

Rechtsgrundlage ist auch hier das Berufsbildungsgesetz. Der Zugang zur Ausbildung wird nicht reglementiert und steht damit u. a. auch Hauptschulabsolvent_innen offen. Die Ausbildung ist generalistisch ausgerichtet, d. h. sie qualifiziert zur Pflege und Betreuung aller Altersstufen mit Schwerpunkt in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Nonformal und informell erworbene Kompetenzen werden auf die dreijährige Ausbildungsdauer angerechnet. Die Ausbildung kann mit dem Erwerb der Fachoberschulreife (FOR) verbunden werden und ermöglicht den Zugang zur Fachausbildung in anderen Pflegefachberufen (Altenpflege, Pflegefachfrau/-mann, Kinderkrankenpflege) unter Anrechnung der erworbenen Kompetenzen auf die Ausbildungsdauer.

5.6 BERUFSAUSBILDUNG DURCHLÄSSIG GESTALTEN

Bedingt durch die Sonderstellung der auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelten Gesundheitsfachberufe (Heilberufe) und der Vielfalt der nach Landesrecht geregelten Pflegeassistenzberufe ist sowohl die horizontale als auch die vertikale Durchlässigkeit zwischen den Berufen und innerhalb des Bildungssystems erschwert. Zum Teil sind die Pflegeassistenzberufe als überwiegend schulisch organisierte Ausbildungsgänge ins Berufsfachschulsystem integriert, zum Teil erfolgt auch diese Ausbildung auf Grundlage landesrechtlich geregelter Berufszulassungsgesetze mit unterschiedlicher Ausgestaltung an gesonderten Schulen des Gesundheitswesens.

Zwar erlauben die 16 verschiedenen Berufszulassungsgesetze für Heilberufe, die nicht regelhaft an Hochschulen ausgebildet werden, die Anrechnung anderer abgeschlossener Ausbildungen im Umfang der Gleichwertigkeit im Einzelfall. In der Regel besteht darauf jedoch kein Rechtsanspruch, die Anrechnung liegt im Ermessen der zulassenden Behörde. So kann beispielsweise eine Ausbildung in Physiotherapie im Umfang von mindestens einem Jahr auf die ergotherapeutische Ausbildung angerechnet werden (§ 4 Abs. 4 ErgThG) oder eine Ausbildung zur Krankenschwester/zum Krankenpfleger ist im Umfang von einem Jahr auf die Hebammenausbildung anzurechnen (§ 8 HebG). Insgesamt liegt es jedoch im Ermessen der Behörden, ob und in welchem Umfang eine andere Ausbildung angerechnet wird. Das Krankenpflegegesetz erlaubt eine Anrechnung im Umfang von bis zu zwei Dritteln der Ausbildungsstunden, überlässt aber den genauen Umfang ebenfalls der zulassenden Behörde (§ 6 KrPflG). Auch das ab dem Jahr 2020 geltende Pflegeberufegesetz (PflBG) sieht eine Anrechnung der während der Berufsausbildung erworbenen Kompetenzen auf das grundständige Pflegestudium mit weitgehend gleichen Praxisanteilen wie in der beruflichen Ausbildung lediglich als Soll-Vorschrift vor (§ 38 Abs. 5 PflBG).

Der Wechsel zwischen den Berufen ist also trotz vergleichsweise hoher Schnittmengen bei fachlichen und sozialen Kompetenzen erschwert. Hinzu kommt die für jeden Beruf in weiten Teilen unterschiedliche Ausgestaltung, da es an bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben (z. B. Rahmenlehrplänen und Ausbildungsrahmenplänen) mangelt und häufig selbst auf Landesebene einheitliche Curricula fehlen. So kann schon ein Wechsel der Ausbildungsstätte im gleichen Bundesland zum Problem werden.

Schwieriger noch verhält es sich mit der vertikalen Durchlässigkeit. Da die Heilberufsregelungen besondere Zulassungsvoraussetzungen bspw. im Hinblick auf die allgemeinbildenden Schulabschlüsse vorsehen, ist der Zugang zu einer Pflegefachausbildung selbst für Pflegehelfer_innen an besondere Bedingungen, wie etwa eine bestimmte Berufserfahrung, geknüpft. Der Zugang in einschlägige Studiengänge im tertiären Bildungsbereich ist ohnehin durch allgemeine oder fachbezogene Hochschulzugangsberechtigungen erschwert, die für den Berufszugang nicht erforderlich sind. Durch die Kultushoheit der Bundesländer ist der Zugang für berufserfahrene Studienbewerber_innen ohne allgemeine oder fachgebundene Hochschulzugangsberechtigung unterschiedlich ausgestaltet. In Ländern, in denen die Pflegeassistenzausbildung dem Berufsfachschulsystem zugeordnet ist, besteht zumindest die Möglichkeit, im Rahmen der Ausbildung oder durch zusätzlichen Unterricht eine Hochschulzugangsberechtigung zu erwerben.

Die Entwicklung der wissenschaftlichen Fachdisziplinen steht, vielleicht mit Ausnahme der Pflegewissenschaft, noch sehr am Anfang. Berufsqualifizierende Studiengänge sind zumeist an Fachhochschulen angesiedelt und befinden sich überwiegend noch im Modellversuchsstadium. Hier steht die Ausbildung im Vordergrund, während für Forschungsvorhaben zu wenig Kapazitäten bestehen. Ein Ausbau der Forschungskapazitäten insbesondere an Universitäten ist dringend geboten, um den wissenschaftlichen Unterricht, die wissenschaftliche Lehrerbildung und die evidenzbasierte Berufsausübung wissenschaftlich zu fundieren.

Die Ansiedlung der wissenschaftlichen Ausbildung des Lehrpersonals auf dieser Ebene kann auch die Entwicklung der wissenschaftlichen Fachdisziplinen vorantreiben.

Wir empfehlen daher, die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe (Heilberufe) in das Regelsystem der beruflichen Bildung zu integrieren. Das würde für den schulischen Teil der Ausbildung die Bildung großer Berufsschulzentren mit wissenschaftlich auf üblichem Niveau qualifizierten hauptberuflichen Lehrkräften ermöglichen. Auf Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenlehrpläne gestaltete Lehrpläne auf Landesebene geben den Rahmen für vorgeschriebene schulische Curricula. Für den betrieblichen Teil der Ausbildung erfolgt die Anwendung der im Berufsbildungsgesetz festgelegten Standards und Schutzvorschriften in der Ausbildung. Dazu zählen u. a. berufspädagogisch qualifizierte Ausbilder_innen, betriebliche Ausbildungspläne für die praktische Ausbildung, die auf Grundlage bundeseinheitlicher Ausbildungsrahmenpläne entwickelt werden, eine angemessene Ausbildungsvergütung, die Anwendung tariflich geregelter Ausbildungsrahmenbedingungen und Schutz vor physischer und psychischer Überlastung.

Der fachbezogene theoretische und praktische Unterricht kann durch allgemeinbildenden Fachunterricht ergänzt werden, und Hochschulzugangsberechtigungen können im Rahmen der Berufsausbildung leichter erworben werden. Die auf Landesebene üblichen Qualitätssicherungssysteme sorgen für einheitliche Qualitätsstandards, die nicht für jeden Ausbildungsberuf einzeln für die jeweilige Schule verankert werden müssen. Zur Verbesserung der horizontalen Durchlässigkeit ist die Entwicklung vergleichbarer Kompetenzen besonders in den Bereichen der Personal- und Sozialkompetenz, aber auch bei der berufsübergreifenden Fachkompetenz in den Ausbildungsmodulen einheitlich zu gestalten, sodass eine wechselseitige Anrechnung erleichtert wird. Diese ist als Rechtsanspruch in den Ausbildungsvorschriften zu verankern.

Zur Verbesserung der vertikalen Durchlässigkeit sind im Rahmen beruflicher Ausbildungsgänge erworbene Kompetenzen, aber auch informelle, z. B. durch Berufspraxis erworbene Kompetenzen auf Ausbildungsgänge verbindlich anzurechnen. Die Möglichkeiten, mit in der Berufsausübung erworbenen Kompetenzen den Hochschulzugang zu gewährleisten, sind weiter auszubauen.

Tabellenverzeichnis

- 7 Tabelle 1:
Ausbildungsstätten an Krankenhäusern 2017

Abkürzungsverzeichnis

ATA	Anästhesietechnische_r Assistent_in
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BFS	Berufsfachschulen
ErgThG	Ergotherapeutengesetz
FOR	Fachoberschulreife
GG	Grundgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HebG	Hebammengesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KrPflG	Krankenpflegegesetz
MTAF	Medizinisch-technische_r Assistent_in für Funktionsdiagnostik
MTAL	Medizinisch-technische_r Laboratoriumsassistent_in
MTAR	Medizinisch-technische_r Radiologieassistent_in
OTA	Operationstechnische_r Assistent_in
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PKA	Pharmazeutisch-kaufmännische_r Angestellte_r
PTA	Pharmazeutisch-technische_r Assistent_in

Literaturverzeichnis

- Arens, Frank 2014: Welcome to the Jungle: Lehrerausbildung in den Fachrichtungen Gesundheit und Pflege, in: *Pflegezeitschrift* 67 (5), S. 302–307.
- Bogai, Dieter et al. 2017: Beschäftigte in den Pflegeberufen: Bedeutung, Strukturmerkmale, Entwicklung und Perspektiven, in: Kliner, K.; Rennert, D.; Richter, M. (Hrsg.): *Gesundheit und Arbeit: Blickpunkt Gesundheitswesen*, BKK Gesundheitsatlas 2017, Berlin, https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsatlas/2017/BKK_Gesundheitsatlas_2017.pdf (21.10.2019).
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) 2018: Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen, 19.6.2018, Bonn.
- Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef 2013: Berufsbilder im Gesundheitssektor: Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik, Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs, Bonn, <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/10008.pdf> (11.3.2020).
- Deutscher Bundestag 2019a: BT-Drucksache 19/13644, 27.9.2019, Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Voraussetzungen für eine Reform der Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/136/1913644.pdf> (11.3.2020).
- Deutscher Bundestag 2019b: BT-Drucksache 19/14010, 15.10.2019, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Voraussetzungen für eine Reform der Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe, <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/140/1914010.pdf> (11.3.2020).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) 2019a: Bildung und Kultur: Berufliche Bildung, Fachserie 11 Reihe 3, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/berufliche-bildung-2110300187004.pdf?__blob=publicationFile (11.3.2020).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) 2019b: Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile (11.3.2020).
- Dielmann, Gerd 1998: Neuer Pflegeberuf? Zum Stand der Diskussion zwischen den Sozialpartnern und zuständigen Ministerien zur Schaffung eines dualen Pflegeberufs auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes, in: *Dr. med. Mabuse* 23 (115), S. 18–20.
- Dielmann, Gerd 2013: Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem: Eine Übersicht, in: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln: Grundsätze und Perspektiven: Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*, Stuttgart, S. 148–176.
- Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2015: Beschlüsse der 88. GMK (2015): Tagesordnungspunkt 6.2.: Stärkung der therapeutischen- und Assistenzberufe im Gesundheitswesen, <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=293&jahr=2015> (11.3.2020).
- Kultusministerkonferenz (KMK) 2018: Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5), Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.5.1995 i. d. F. vom 13.9.2018, https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/1995/1995_05_12-RV-Lehramtstyp-5.pdf (11.3.2020).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) 2017: Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15> (11.3.2020).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) 2008: Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, <https://doi.org/10.5771/9783845211640-1> (21.10.2019).
- Tegethoff, Dorothea; Wild, Heike; Ewers, Michael 2016: Lehrende für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege: Unordnung in den deutschen Bundesländern, in: *Pflegezeitschrift* 69 (4), S. 1–8.
- Wissenschaftsrat 2012: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drs. 2411-12), https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf;jsessionid=D45C46A2F065D039272847EC70303AD9.delivery2-master?__blob=publicationFile&v=3 (11.3.2020).
- Zöller, Maria 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick: Neues Serviceangebot des BIBB, in: *Wissenschaftliche Diskussionspapiere* 153, Bonn, https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/Gesundheitsfachberufe_im_Ueberblick_bibb_Maria_Zoeller_2014.pdf (11.3.2020).

Impressum:

© 2020

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-96250-556-1

Titelmotiv: © iStock/Hispanolistic
Gestaltungskonzept: www.stetzer.net
Satz: Typografie/im/Kontext
Lektorat: Sönke Hallmann
Druck: www.bub-bonn.de

Progressive Pflegepolitik – Finanzierung, Beratung, Prävention, Personal
WISO DIREKT – 23/2019 (nur Onlinefassung)

Einbeziehung von Beamt_innen in die Gesetzliche Rentenversicherung
WISO DIREKT – 20/2019

Warum Homöopathie keine Leistung der solidarisch finanzierten Krankenkassen sein sollte (nur Onlinefassung)
WISO DIREKT – 19/2019

Zwei Fliegen mit einer Klappe: Denkanstoß für eine Gesamtreform des Alterssicherungssystems
WISO DIREKT – 14/2019

Daseinsvorsorge, Teilhabe und Gute Arbeit – Perspektiven der Berichterstattung über Armut, Reichtum und Arbeitswelt
WISO DIREKT – 11/2019

Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete
WISO DISKURS – 07/2019

Das Vorsorgekonto – Basisprodukt für die private Altersvorsorge
WISO DISKURS – 01/2019

Qualität in einem sektorenübergreifenden Gesundheitswesen – Über die Bedeutung der Qualität für eine gute gesundheitliche Versorgung
WISO DISKURS – 22/2018

Beschäftigtenpotenziale nutzen – Die beste Antwort auf die Alterung der Gesellschaft
WISO DIREKT – 14/2018

ZEIG – Ein zielfokussiertes Evaluationstool für Innovationen im Gesundheitswesen
WISO DISKURS – 13/2018

Grundrente & Co. – Konzepte für eine bessere Alterssicherung bei Niedriglohn im Vergleich
WISO DIREKT – 08/2018

Digitalisierung politisch gestalten – Mehr. Besser. Anders. Für eine soziale Innovationspolitik
WISO DISKURS – 09/2018

Shaping Health Care Fairly – The Situation in Germany from a Politico-Ethical Perspective
WISO DIREKT – 01/2018