



Fachhochschule  
Bielefeld

Fachbereich  
Pflege und Gesundheit

Workshop-Reader

Nr. 13  
Podiumsdiskussion  
„Finanzierung der Kranken-  
und Kinderkrankenpflegesschulen“  
- Zukunft und Perspektiven -  
10. April 2003

Netzwerk Pflegeschulen

Barbara Knigge-Demal, Dirk Lau, Katja Sandbote

## Workshop-Reader

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld  
Fachbereich Pflege und Gesundheit  
Redaktion: R. Neumann  
Copyright: Barbara Knigge-Demal, Dirk Lau, Katja Sandbote, 2003

Nr. 13  
Podiumsdiskussion  
„Finanzierung der Kranken-  
und Kinderkrankenpflegeschulen“  
- Zukunft und Perspektiven -  
10. April 2003

Netzwerk Pflegeschulen

Barbara Knigge-Demal, Dirk Lau, Katja Sandbote

## Inhaltsverzeichnis:

### **Vorwort**

Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal.....	1
---------------------------------------	---

### **Vortrag:**

Finanzierung der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen Andreas Westerfellhaus .....	3
--	---

### **Statements der Podiumsmitglieder**

Statement – Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. Dr. Martin Walger .....	7
---	---

Statement – Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. Hans-Theo Riegel .....	12
--	----

Statement – Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege Gertrud Stöcker .....	15
---	----

Statement – Andreas Westerfellhaus.....	21
---	----

Statement – Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW Margaretha Oetzel-Klöcker .....	23
---	----

Statement – Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. Michaela Picker .....	26
--	----

Statement – Deutscher Pflegerat vorgetragen durch Andreas Westerfellhaus .....	28
---	----

<b>Diskussionsbeiträge</b> .....	31
----------------------------------	----

<b>Evaluationsergebnisse der Veranstaltung</b> .....	35
--	----



## Vorwort

Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal

In der Krankenpflegeausbildung registrieren die Schulen einen deutlichen Rückgang der Ausbildungsplätze. Die Ursachen dafür sind vielfältig und nicht zuletzt auch in der finanziellen Situation der Trägerinstitution begründet. Steigende Personalkosten und die zu erwartenden Veränderungen durch Umsetzung des neuen Krankenpflegegesetzes lassen vermuten, dass sich die angespannte Situation hinsichtlich der Finanzierung der Schulen noch weiter zuspitzen wird.

Zugleich verdeutlichen die jüngsten Zahl aus dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW regional einen deutlich höheren Bedarf an Ausbildungsplätzen in der Krankenpflege als gegenwärtig vorhanden sind. Unklar ist außerdem welche Auswirkungen die veränderten Finanzierungsmodalitäten 2005 nach sich ziehen.

Die offenen Fragen sind vielfältig. Das Netzwerk Pflegeschulen hat mit der Podiumsdiskussion den dringenden Bedarf, die Situation transparent zu machen, aufgegriffen und Experten eingeladen, um sich mit den Fragen der Finanzierung auseinander zu setzen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, der Verband der Angestellten Krankenkasse e. V. sowie Vertreter der Schulleitungen waren bereit sich den Fragen des Plenum zu stellen.

Die Statements der Vertreter zeichnen ein differenziertes Bild, indem sich die Chancen wie die Probleme der Finanzierung der Pflegeschulen verdeutlichen. Zu erwarten ist, dass mit Einführung der Pool-Finanzierung

- die Budgetverantwortung zu einer Aufgabe der Schulleitung wird,
- sich eine Transparenz von Kosten für die Ausbildung in den Pflegeberufen herstellen lässt,
- sich die Planungssicherheit der Schulen verbessern wird,
- ein weiterer Abbau von Ausbildungsplätzen einstellt (gedeckeltes Budget, zu erwartende Kostensteigerung in der Ausbildung).

In der Diskussion akzentuierte sich insbesondere folgender Klärungsbedarf:  
Welche Lehrverpflichtungen haben die Lehrenden zu erwarten? Wie gestaltet sich die Anrechnung der Praxisbegleitung? Welche Qualifikationsanforderungen stellen sich an die Lehrkräfte? Was bedeutet der Bestandschutz für die weitergebildeten Lehrerinnen und Lehrer?

Wie lassen sich die realen Ausbildungskosten ermitteln? Ist eine Ausweitung des Ausbildungsangebots der einzelnen Schulen nach Einführung der Pool-Finanzierung noch möglich?

Nicht alle Fragen konnten abschließend geklärt werden, da sich in vielen Bereichen erst die Breite der offenen und ungeklärten Anteile der Fragestellung zeigte. Es ist zu erwarten, dass dieses Thema die Pflegeschulen und damit auch das Netzwerk noch länger beschäftigen wird.

Vortrag

## Finanzierung der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen

Andreas Westerfellhaus, Schulleitung Zentrale Ausbildungsstätte für Pflegeberufe im Kreis Gütersloh gGmbH

# Finanzierung der Krankenpflegeausbildung

## Wirklich ein Thema?

**In der Öffentlichkeit?**

**In der Wirtschaft?**

**In der Politik?**

### Krankenpflegeausbildung

Im Gesundheitsbericht NRW vom März 2003 wird ein besorgniserregender Rückgang der Ausbildungszahlen in den (Kranken)pflegerberufen vermerkt. Es werden aber keine Angaben zu möglichen Ursachen gemacht.

Die Ursachen liegen sicherlich auf der einen Seite am nachlassenden Interesse an einer Tätigkeit in den sozialen Berufen und den geburtenschwachen Jahrgängen. Auf der anderen Seite scheint aber auch die „Negativ“-Diskussion über das Gesundheitswesen, das Image der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit, die Diskussion über die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen und vieles andere mehr zu dieser Entwicklung beizutragen.

Darüber hinaus lassen sich als Ursachen für die Reduktion von Ausbildungszahlen die Schließung von Ausbildungsstätten, die Reduktion von Ausbildungs-

plätzen an einzelnen Schulen und die Nichtbesetzung von einzelnen Ausbildungsplätzen oder Jahrgängen anführen.

Als Ursachen für diese Trägerentscheidungen werden neben der wirtschaftlichen Gesamtsituation der Kliniken und wirtschaftlichen Benachteiligung von Ausbildungsträgern gegenüber anderen Gesundheitseinrichtungen sowohl Unsicherheiten über den tatsächlichen Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften als auch hinsichtlich der Zukunft der Finanzierung von Ausbildung (Diagnosis Related Groups (DRG), Umlage etc.) angeführt. Es wird eine zusätzliche finanzielle Belastungen durch ein neues Krankenpflegegesetz befürchtet.

### Finanzierung der Krankenpflegeausbildung

§ 2 (Begriffsbestimmungen) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) weist die nach diesem Gesetz zu finanzierenden Ausbildungsstätten aus.

In § 17a Abs. 4a heißt es: „...Kosten der in § 2 Nr.1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, dass zwischen Krankenhäusern mit und ohne solchen Ausbildungsstätten wegen der nach Satz 1 berücksichtigungsfähigen Kosten ein Ausgleich stattfindet und dass ein Teil dieser Kosten in den Pflegesätzen der Krankenhäuser ohne solche Ausbildungsstätten angemessen berücksichtigt wird“.

### Ist- Situation

Seit der „Kostendeckelung“ 1992 werden die Kosten für die Ausbildungsstätten nicht verhandelt (Position 31 Anlagen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)). In der Folge muss somit der Kostenteil „Ausbildungsstätte“ aus dem Gesamtbudget einer Klinik subventioniert werden (ca. 30%). Die Ausbildungsvergütungen steigen durch Tarifabschlüsse ständig an. Das Anrechenbarkeitsverhältnis (Pflegekräfte/ Auszubildende) von 1:7 führt zu massiven Personalkostensteigerungen. Eine Pflegekraft kostet ca. 40.000 Euro gegenüber sieben Auszubildende mit Personalkosten von ca. 83.000 Euro.

Dies führt im Ergebnis häufig zu einer Reduzierung der Ausbildungsplätze, vor allem in Einrichtungen der Psychiatrie, da hier ein hoher Anteil an externen praktischen Ausbildungseinsätzen notwendig wird. Freie Ausbildungsplätze werden nicht besetzt und es kann zu einer Verschlechterung des Stellenplans für LehrerInnen für Pflegeberufe kommen (bis auf 1:26 und schlechter). Keine oder



unzureichende Investitionen in die Ausstattung der Schulen (auch neue Lehrmittel wie z.B. EDV) sind eine weitere mögliche Konsequenz.

Erforderliche Schritte im bisherigen System sind die Beteiligungspflicht aller Einrichtungen des Gesundheitswesens an der Ausbildungsfinanzierung und die Organisation der Ausbildung im Verbund, um Synergien für den Betrieb der Ausbildungsstätten zu nutzen. Darüber hinaus ist eine Sicherstellung der Gesamtfinanzierung durch die Kostenträger und eine Ermittlung realistischer Budgets für den Ausbildungsbetrieb notwendig.

Budgetaufbau einer Ausbildungsstätte

- Personalkosten der Schule incl. Honorarprofessoren
- Med. Bedarf
- Wirtschaftsbedarf
- Verwaltungsbedarf
- Verwaltungskosten
- Wasser, Energie, Brennstoffe
- Miete
- Instandhaltungskosten
- Steuern, Abgaben, Versicherung
- Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte
- Lehrmittel
- Investitionskosten

### **Forderungen zur Finanzierung der Krankenpflegeausbildung**

Budgets müssen eigenständig für die Ausbildungsstätten zu verhandeln sein. Ausbildungsstätten in eigener Trägerschaft und Rechtsform (z. B. GmbH, e.V.) erhalten eine eigene Seite im Krankenhausplan.

Die Vorteile für die Ausbildungsstätten liegen vor allem in der Möglichkeit, in eigener Verantwortung unter sicheren Planungsgrundsätzen Ausbildung unter Setzung eigener Prioritäten sinnvoll und qualitativ zu gestalten. Dazu besteht ein hohes Maß an Kostentransparenz für Kosten- und Ausbildungsträger.

### **Sachstand Frühjahr 2003**

Die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung wird auf den 1. Januar 2005 verschoben. Die Ziele des neuen Finanzierungssystems sind unter anderem die Herausnahme der Ausbildungsfinanzierung aus dem Krankenhausbudget nach

Einführung der DRGs. Selbstverwaltungspartner vereinbaren pauschalierte Beträge für die unterschiedlichen Ausbildungsberufe, die den Ausbildungsträgern aus einem Ausgleichsfonds der Landesverbände der Krankenkassen (LKG) gezahlt werden. Der Fond wird durch den wettbewerbsneutralen DRG Zuschlag gespeist, den alle Krankenhäuser (auch nicht ausbildende Krankenhäuser) in Rechnung stellen.

Ein weiteres Ziel des Finanzierungssystems sind die Möglichkeiten, eine regionale Differenzierung der Ausbildungszuschläge zu zulassen.

Bis zum 31. März 2003 mussten nach Rundschreiben der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW 062 und 092/2003) ausbildende Krankenhäuser, die der BPfIV unterliegen, alle Daten bzgl. der Ausbildung (Art d. Ausbildungsstätte, Organisation, Größe, Personal, Finanzierungsgrundlagen etc.) nach § 21 Abs. 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verpflichtend angeben.

**Die Zeit drängt für die Ausbildung, um in der Zwischenzeit einen weiteren Abbau von Ausbildungsplätzen in den Pflegeberufen zu verhindern!**

Zitate der Landesgesundheitsministerin Birgit Fischer (Gesundheitsbericht NRW):

...das Gesundheitswesen in NRW boomt

...1 Mio. Menschen arbeiten in den Gesundheitseinrichtungen in NRW

...die Beschäftigungsverhältnisse in der größten Wirtschaftsbranche des Landes seien gut, das nur geringe Interesse an Ausbildungen in der Krankenpflege gebe jedoch Anlass zur Sorge

...angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts ist auch in den kommenden Jahren mit einem deutlichen Personalzuwachs in der Gesundheitsbranche zu rechnen...

und

...angesichts des erwarteten Personalbedarfs müssen sich **die Krankenhäuser allerdings verstärkt um die Ausbildung des Nachwuchses kümmern...**

...seit Beginn der 90er Jahre habe es noch nie sowenig Krankenschwestern- und Krankenpfleger gegeben...

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

## Statements der Podiumsmitglieder zur Finanzierung der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen

<p>- Statement der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)- Herr Dr. Martin Walger</p>
--

### I. Einführung

Die Ausbildung in der Krankenpflege erfährt zwei grundsätzliche Änderungen und zwar hinsichtlich der Finanzierung und in Bezug auf die Inhalte.

Gesetzestechisch sind damit zwei Regelungsebenen angesprochen: zum einen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zum anderen die Novellierung des Krankenpflegegesetzes.

Diese Ebenen werden zunächst getrennt angesprochen und dann aber zusammengeführt, denn es gibt natürlich Wechselwirkungen zwischen den novellierten Ausbildungsinhalten und den Kosten der Pflegeausbildung.

### II. Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen

In Folge der Einführung des neuen Entgeltsystems (des DRG-Fallpauschalensystems) wurde eine systematische Neuordnung der Ausbildungsfinanzierung nach dem KHG erforderlich (§ 17 a KHG).

Künftig werden die Kosten der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung pauschaliert über einen Zuschlag je Fall, den alle Krankenhäuser im Land einheitlich erheben, finanziert. Die Kosten der Ausbildungsvergütung sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie die Kosten der anzurechnenden Stellen (Schlüssel) übersteigen.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren jährlich die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten (berufsspezifisch) und die Mehrkosten (über den Anrechnungsschlüssel hinaus) der Ausbildungsvergütungen.

Auf der Landesebene wird bei den Landeskrankenhausgesellschaften ein Ausgleichsfonds gegründet. Alle Krankenhäuser zahlen Zuschläge in diesen

Fonds ein. Die Landesverbände der Krankenkassen zahlen dann an die auszubildenden Krankenhäuser die ihnen zustehenden Beträge aus. Über das Verfahren des Ausgleichsfonds werden Verträge auf Landesebene (LKG) geschlossen.

Ursprünglich war dieses neue Finanzierungsverfahren gemäß § 17 a KHG ab dem 01.01.2004 geplant. Nun ist die Einführung für das Jahr 2005 vorgesehen. Die DKG hat dieses Finanzierungsverfahren dem Grunde nach begrüßt. Es ist im technischen Sinne erforderlich wegen der Umstellung des Entgeltsystems auf Fallpauschalen. Das neue Finanzierungsverfahren bietet eine verursachergerechte Zuordnung der Ausbildungskosten und ihrer Refinanzierung.

Wir halten es auch für richtig, dass die Umstellung nun erst zum 01.01.2005 erfolgt. Dieser Termin erlaubt, die notwendigen Vorkehrungen (Kostenkalkulation, Festlegung der zu übermittelnden Daten, Einrichtung der Infrastruktur auf Landesebene) mit der notwendigen Sorgfalt durchzuführen.

Die DKG hätte sich allerdings gewünscht, dass die Aufzählung der einzubeziehenden Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG nicht abschließend ist. Es wäre klüger gewesen, angesichts der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, neue Ausbildungsgänge auch in diese Regelung einzubeziehen. Wir haben dabei bspw. an den Operationstechnischen Assistenten gedacht, der sich immer mehr etabliert. Hier gab es Übereinstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen; leider ist der Gesetzgeber diesem Wunsch nicht gefolgt.

### III. Novellierung des Krankenpflegegesetzes

Der Gesetzentwurf eines neuen Krankenpflegegesetzes liegt seit Oktober 2002 vor. Am 10.04.2003 fand die 2. und 3. Lesung im Bundestag statt. Die Inhalte dürften sich nicht wesentlich verändern. Das Gesetz ist zustimmungspflichtig, muss also auch den Segen des Bundesrates erhalten. Dies zeichnet sich auch ab. Das Inkrafttreten ist für den 01.01.2004 vorgesehen. Inhaltlich sind folgende Punkte hervorzuheben:

#### a) Ausbildungsziel

Der Gesetzgeber hat die Ausbildungsziele in § 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPFIG) neu gefasst. Damit hat er auf die veränderten Rahmenbedingungen, die Entwicklung der Versorgungsstrukturen, das Versorgungsverständnis und die

Erkenntnisse der Pflegewissenschaften reagiert und zeitgemäße Ausbildungsinhalte beschrieben. Das ist richtig so und trägt dem Gedanken einer Professionalisierung der Pflege Rechnung.

Für die DKG als Krankenhausträgerverband ist es ganz wichtig und wünschenswert, dass die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit gestärkt wird und die Pflege ein umfassendes Berufsverständnis entwickelt, bspw. auch für gesundheitsökonomische Fragestellungen. Gerade im DRG-System ist dies erforderlich.

#### b) Praktische Ausbildung

Die praktische Ausbildung außerhalb des Krankenhauses wird deutlich ausgeweitet. Auch das ist richtig, da es der Versorgungsqualität entspricht. Wir verstehen das Krankenhaus als ein integriertes Dienstleistungszentrum. Das heißt, es gibt enge Beziehungen zu anderen Leistungsbereichen, zu Rehabilitationseinrichtungen, zur ambulanten und stationären Pflege, zum vertragsärztlichen Bereich. Zum Teil sind diese Einrichtungen schon unter einem Dach, in Komplexeinrichtungen in gleicher Trägerschaft mit dem Krankenhaus. Diese Entwicklung ist die Zukunft und deshalb muss der Krankenpflegeschüler über das Krankenhaus hinaus weitere Einsatzbereiche kennen lernen.

Allerdings muss man sehen, dass damit die Krankenpflegeschulen tatsächlich auch für andere Versorgungsbereiche (Sozialgesetzbuch XI - Pflege) die Ausbildung übernehmen. Deshalb hat die DKG gefordert, dass sich die krankenhausexternen Einrichtungen an den Ausbildungskosten und der Vergütung beteiligen. Dies wäre verursachergerecht und wurde auch vom Bundesrat befürwortet. Der Gesetzgeber ist diesem Vorschlag jedoch nicht gefolgt.

Einige Details hält die DKG für nicht sachgerecht. Alle Gesundheits- und Krankenpfleger sollen 250 Stunden in der Pflege von kranken Kindern ableisten. Dies schafft ein Nadelöhr. Warum die Kinderkrankenpflege 500 Stunden in der ambulanten Pflege ableisten soll, bleibt unverständlich und ist in der Umsetzung problematisch.

Auf die Schulen kommt damit einiges an Herausforderungen zu. Die Einsatzpläne müssen durchdacht und sorgfältig abgestimmt werden. Vereinbarungen mit den Einrichtungen müssen abgeschlossen werden. Wir glauben dennoch, das wird funktionieren, vor allem bei den Schulen, die jetzt schon in einem Verbundsystem arbeiten.

Skeptisch zu hinterfragen bleibt, wie die Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses die Qualität der praktischen Ausbildung erfüllen sollen. Die Länderbehörden sollen diese Einrichtungen als geeignet beurteilen - nach welchen Maßstäben?

Die Praxisanleitung ist in diesen "Externen Ausbildungsphasen" durch die jeweiligen Einrichtungen sicher zu stellen. Dann sollten hierfür die gleichen Qualifikationsstandards gelten, wie für die Praxisanleitung im Krankenhaus. Die Praxisbegleitung soll von der Schule erfolgen, ebenso trägt die Schule die Gesamtverantwortung.

#### c) Qualifikation der Schulleitung und Lehrenden

Schulleitungen und Lehrkräfte, die bei Inkrafttreten des neuen Gesetzes an einer herkömmlichen Qualifikation teilnehmen (Weiterbildung) oder diese abgeschlossen haben, gelten als qualifiziert unabhängig davon, ob sie eine der Funktionen erwerbstätig ausüben oder nicht. Diesen Bestandsschutz hat die DKG in politischen Vorgesprächen errungen. Damit konnte verhindert werden, dass bisherige Qualifikationen völlig entwertet wurden und eine große Zahl Betroffener vor dem beruflichen Ausstünde.

Uns wäre noch lieber eine dauerhafte Koexistenzregelung gewesen, wie sie im Altenpflegegesetz verankert ist. Natürlich ist eine akademische Qualifikation für Schulleitungen und Lehrkräfte sinnvoll und gut. Aber die herkömmliche Qualifikation ist deshalb noch nicht schlecht. Ein Nebeneinander wäre durchaus eine wechselseitige Bereicherung.

#### IV. Kosten

Die reformierte Krankenpflegeausbildung verursacht Mehrkosten. Dies wird von niemandem bestritten, auch nicht vom Bundesgesetzgeber. Die Mehrkosten resultieren im wesentlichen aus

- dem höheren Unterrichtsanteil
- anderen Tarifvergütungen für Schulleitungen und Lehrkräfte mit Hochschulabschluss
- der erheblich komplexer gewordenen Durchführung der praktischen Ausbildung
- höheren Anforderungen an Praxisanleitung und Praxisbegleitung.

Wie hoch diese Mehrkosten sind, kann nicht verlässlich quantifiziert werden. Die 100 Mio. Euro, die das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung vermutet, sind sicher zu niedrig gegriffen.

Und damit geht es um die Zusammenführung des KrPFIG und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Bei der Vereinbarung der Kosten der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen darf gemäß § 17 a Abs. 3 Satz 2 KHG die Grundlohnsummenentwicklung nicht überschritten werden. Das heißt Deckelung der Ausgleichsfonds. Das ist nicht sachgerecht, wenn der Gesetzgeber selbst sagt, die Ausbildung wird teurer. Folgerichtig wurde im Gesetzentwurf zunächst formuliert: Eine Überschreitung (der Grundlohnsumme) auf Grund der erstmaligen Umsetzung der Vorgaben des Krankenpflegegesetzes ist zulässig. Aber auch diese Formulierung ist nicht ausreichend. Die Mehrkosten werden über mehrere Jahre verteilt auflaufen und sich summieren - mit jedem neuen Schülerjahrgang über 3 Jahre und im Gleichtakt mit der Zunahme akademisch qualifizierten Schulpersonals. Deshalb darf es nicht beim einmaligen "Lüften des Budgetdeckels" bleiben.

Die DKG hat dieses Anliegen dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) vorgetragen und auch im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages angesprochen. Das BMGS hat signalisiert, uns entgegen zu kommen. In den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen wurden die Vorschläge der DKG aufgegriffen. Damit verbleiben die Finanzlasten einer novellierten, aber auch verteuerten Ausbildung nicht bei den Schulen.

**- Statement des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen  
(VdAK) und Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV) -  
Herr Hans-Theo Riegel**

### **These I. Wettbewerb auf der Leistungsseite**

Leider findet der Wettbewerb unter den Krankenkassen heute fast ausschließlich auf der Beitragsseite statt. Dies fördert die Forderungen nach Ausweitung des RSA ebenso wie die Diskussion über Kopfpauschalen bzw. einheitliche Beitragssatz wie z.B. in der Rentenversicherung. Die einseitige Betrachtung der Beiträge ist falsch. Krankenkassen müssen auch die Interessenvertretung für „ihre“ Patienten übernehmen, ansonsten bekommen die Verbraucherschutzorganisationen, die unter dem Deckmantel der Patientenvertretungen unterwegs sind, Oberwasser. Die Krankenkassen müssen sich um die Qualität der Versorgung kümmern. Hierzu zählen nicht nur Qualitätssicherungsprogramme und Kontrollen, sondern auch motivationsfördernde Unterstützung derjenigen, die für die Versorgung zuständig sind. Motivation muss nicht immer mehr Geld bedeuten, sondern auch die Arbeitsbedingungen, nicht zuletzt auch die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und damit die Karrierechancen spielen eine Rolle.

### **These II. Preise statt Kostenerstattung**

Das Selbstkostendeckungsprinzip hat ausgedient, wir sind auf dem Weg zu einem Preissystem. Die Krankenkassen haben dies ausdrücklich gewollt. Wir waren es leid, mit den Krankenhaus-Verwaltungen endlos über die internen Organisationsabläufe und Personalbesetzungen zu diskutieren. Für die Krankenkassen beinhaltet dies natürlich neue Herausforderungen. Nicht mehr die zu lange Verweildauer ist kritisch, sondern die zu kurze. Die Kassen müssen darauf achten, dass die Krankenhäuser unter dem Preis-„druck“ nicht in die Billigmedizin abdriften, um Gewinne zu machen oder Verluste zu vermeiden. Um es klar zu sagen, Gewinne sollen möglich sein, Voraussetzung ist aber, dass die Qualität stimmt.

### **These III. Ergebnisqualität steht im Vordergrund**

Bei dem Grundsatz, dass unter einem Preissystem das Krankenhaus die Behandlungsprozessorganisation selbst bestimmt, tritt automatisch auch die



Prozess- und weitgehend auch die Strukturqualität in den Hintergrund. Die Struktur, also ob ein Krankenhaus überhaupt aufgrund seiner personellen und sachlichen Ausstattung für bestimmte Leistungen in der Lage ist, muss bei der Zulassung, also z.B. der Berücksichtigung im Krankenhausplan, geprüft werden. Für die Krankenkassen ist die Ergebnisqualität von entscheidender Bedeutung. Wenn der Patient geheilt, nach Möglichkeit dauerhaft, entlassen wird, ist es zweitrangig, wie das Krankenhaus zu dem Ergebnis kommt. Von daher haben die Kassen auch dem Wunsch der Pflege nicht entsprochen, die ehemals kritisierte Dokumentation der Pflegepersonalregelung wieder aufzunehmen, um den Verwaltungen den Bedarf an Pflegekräften nachzuweisen. Wir konzentrieren uns auf die Qualitätssicherungs-Programme, wie zum Beispiel bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), bei der die Ergebnisqualität im Vordergrund steht und bei der die Pflege auch prominent in das Verfahren einbezogen ist. Parameter aus dem Pflegebereich sollen dort in diesem ursprünglich rein ärztlich dominierten Projekt künftig auch als Generalindikatoren eine zentrale Rolle spielen.

#### **These IV. Differenzierte Betrachtung von Pflege-Ausbildungsstätten**

Eine andere Betrachtung ist „leider“ bei den Ausbildungsstätten für die Krankenpflege nötig. Zum Leidwesen der Krankenkassen erfolgt hier die Finanzierung gegen alle ordnungspolitischen Grundsätze und mit gesundem Menschenverstand nachvollziehbaren Argumenten. Allein ausschlaggebend ist, dass hier die an der Macht Befindlichen sich auf Kosten anderer entlasten können. In allen anderen Branchen ist es üblich, dass die Nutzer die laufenden Kosten der praktischen Ausbildung tragen. Der theoretische Teil wird immer als öffentliche Aufgabe verstanden und damit von der öffentlichen Hand über Steuern finanziert. Nicht so bei der Pflege. Hier sind die Krankenkassen auch für die theoretische Ausbildung finanzierungsverpflichtet. Dies ist umso ärgerlicher, weil die Ausbildung für alle Pflegebereiche fast ausschließlich im Krankenhaus stattfindet und damit auch andere Leistungsträger der ambulanten Versorgung, Rehabilitation usw. ihren Bedarf auf Kosten der Krankenversicherung abdecken. Leider wird dieses drängende Problem im Rahmen des heute im Bundestag beratenen neuen Krankenpflegegesetzes nicht gelöst, nein, es wird noch verschärft. Weil jetzt noch offiziell auch die Altenpflege in die Ausbildungsfinanzierung im Krankenhaus einbezogen wird, kalkulierte Mehrkosten 100 Mio. Euro. Und das in Zeiten, in denen reihenweise Kommissionen unterwegs sind, die nach Entlastungsmöglichkeiten in der GKV suchen.

#### These IV. Pool-Finanzierung der Ausbildungsstätten als Chance

Ungeachtet dieser Missstände muss die künftig vorgesehene Pool-Finanzierung der Ausbildungsstätten als Chance genutzt werden. Bisher waren bei der direkten Belastung der ausbildenden Krankenhäuser diese benachteiligt. Künftig werden alle Krankenhäuser belastet. Die Finanzierung über die aus diesen Einnahmen gespeisten Pools wird es erlauben, die Mittel an die Ausbildungsstätten künftig konkret zweckgebunden und an Qualitätsstandards zu knüpfen. Hierbei werden wir uns dann auch um Struktur- und Prozessqualität kümmern müssen, entgegen unserer Grundsatzauffassung. Wir wollen prüfen, ob die Mittel für die Ausbildungsstätten nicht in anderen Kanälen des Krankenhauses versiegen. Welche und wie viele Kurse angeboten werden. Welche Qualifikation haben die Lehrenden. Wie ist der theoretische und praktische Teil vernetzt, ebenso der stationäre und nicht stationäre Teil, insbesondere bzgl. des praktischen Teils. Weiteres Thema ist jetzt die sicherzustellende Praxisanleitung. Die Liste der Beispiele ließe sich bequem erweitern. Mir geht darum, aufzuzeigen, dass die Mittel in Zukunft nicht mit der Gießkanne verteilt, sondern gezielt an die Einhaltung der Standards geknüpft werden.

**- Statement Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der  
Krankenpflege -  
Frau Gertrud Stöcker**

Soweit ich zurückdenke, wird die Finanzierung der Pflegeschulen mit Ausnahmen ausschließlich gekoppelt an die Pflegesätze der Krankenhauspatienten. Damit ist die Pflegeausbildung auf das Engste verknüpft mit der gesundheitspolitischen Berg- und Talfahrt. Ziele der Berufsfeldkompetenz „Pflege“ treffen in ihren Ausbildungsbedingungen auf das harte Pflaster der Krankenhausökonomie! Gesundheitspolitisch wird seit Jahren die sog. Kostenexplosion der Ausgabenseite in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beklagt und eine ausreichende Leistungs-, Erfolgs- und Kostentransparenz angemahnt. In Konsequenz dazu wird ab 2004 ein neues Krankenhausvergütungssystem eingeführt<sup>1</sup>. Eine Umstellung der mit dem Fallpauschalengesetz eingeführten Neugestaltung der Ausbildungsfinanzierung ist dagegen erst zum 01.01.2005 vorgesehen. Bisher haben dafür weder die obersten Landesbehörden noch die Selbstverwaltungspartner (Verbände der Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften) ein operationables Konzept entwickelt<sup>2</sup>.

Ungeachtet der systemisch notwendigen Erfordernisse pflegeberuflicher Ausbildung<sup>3</sup> wird die tradierte Finanzierungsorientierung, dessen wesentliche Grundlage die Arbeitsleistung der Schüler und Schülerinnen ist, - neu verpackt - fortgeschrieben. Der bundesgesetzliche Vereinheitlichungsgrundsatz der Pflegeberufsausbildung wird landesbezogen durch das Zu- und Abschlagssystem auf dem Finanzierungswege relativiert. Aktuelle Refinanzierungsdefizite der Pflegeausbildungen sowie geschätzte und nicht genau zu kalkulierende

---

<sup>1</sup> Art. 3, § 17 a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG): Bundesgesetzblatt Nr. 27, Teil I, Gesetz zur Einführung eines diagnosen-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (FPG) zum 01.01.2004, S. 412-433 v. 29.04.2002; Stöcker, G., Finanzierung der Pflegeausbildung - aber wie?, in: Zeitschrift Die Schwester/Der Pfleger 06/2001, S.498-501

<sup>2</sup> Bundesratsdrucksache 131/03 (Regierungsentwurf) v. 28.02.2003: Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Fallpauschenänderungsgesetz (FPÄndG): hier Art. 1, § 17 a Abs. 2, 3 und 8 KHG und Art. 2, § 4 Abs. 2 Nr. 1 g KHEntgG sowie Bundestagsdrucksache 15/614 (Entwurf der Regierungsfractionen) v. 17.03.2003: Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Fallpauschenänderungsgesetz (FPÄndG), hier: Art. 1, § 17 a KHG

<sup>3</sup> Stöcker, G. (2002), Bildung und Pflege - eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung, Hg: Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. (BA), Hannover

Mehrkosten der künftig neuen gesetzlichen Ausbildungsvorgaben<sup>4</sup> gefährden einerseits die qualitative und quantitative Sicherstellung des Ausbildungsauftrages und bringen andererseits den Krankenhausträgern mit Pflegeschulen Wettbewerbsnachteile. Und letztendlich ist der tatsächliche Einfluss des neuen Krankenhausvergütungssystems auf die pflegeberufliche Erstausbildung z. Z. nicht absehbar. Auf die umfassende Aufzählung der Vorenthaltung staatlich üblicher und selbstverständlicher Bildungsstandards und damit der Ungleichbehandlung Lernender in den Pflegeberufen wird an dieser Stelle verzichtet. Zu begrüßen als Folge des Fallpauschalengesetzes ist, dass die künftig gezahlten Finanzierungsmittel für die Ausbildung vom Krankenhausträger zweckgebunden zu verwenden und nachzuweisen sind. So können jetzt valide Daten erhoben werden, und die tatsächlichen Ausbildungskosten werden transparent. Diese Datenlage kann dann u. a. von Nutzen sein bei der Erhebung des Ausbildungsbedarfes in den Pflegeberufen<sup>5</sup>. In jahrzehntelangen und sich ständig wiederholenden Debatten wurde und wird vor allem die Finanzierung der Pflegeschulen ungebrochen als „Vehikel“ zwischen Bundes- und Länderebene benutzt. Auch mit dem Wissen, dass die Finanzierung der schulischen Ausbildung rechtssystematisch aus öffentlichen Mitteln zu leisten ist, wird vom Bundesgesetzgeber weiterhin die historisch gewachsene Modalität über die Krankenversicherung beibehalten. Von Seiten der Krankenhausträger und zugleich Bildungsträger wird diese Finanzierungslogik unterstützt und begründet mit der sich für sie „bewährten“ Sozialisation professionell Pflegenden. Will die Bundesregierung glaubwürdig mit der Reform 2003<sup>6</sup> die GKV von versicherungsfremden Leistungen entlasten, gehört dazu auch, die theoretische Ausbildung aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren. Keine andere Ausbildung in Deutschland ist so strukturiert, und es gibt keinen rationalen Grund, sondern nur unterschiedlich intentionale, die Pflegeschulen finanzierungsgemäß anders als die Schulen im berufsbildenden System zu behandeln.

Status quo bedeutet jedenfalls, dass Bildungsfragen in den Pflegeberufen niemals gelöst zu sehen sind vom Interessenkonflikt „Bildung und Arbeit“. Die gesetzlichen Bedingungen, die ordnungspolitisch und finanziell die Geschicke des Krankenhauses lenken, haben unmittelbar Einfluss auf die Ausbildung:

---

<sup>4</sup> Bundestagsdrucksache 15/13 v. 25.10.2002: Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Inkrafttreten zum 01.01.2004 vorgesehen.

<sup>5</sup> s. dazu Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2002 NRW, erstellt i.A. des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie

<sup>6</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - (GMG) - 1. BMGS-Arbeitsentwurf v. 13.03.2003

- Die Strukturen des Krankenhauses bestimmen das Ausbildungsangebot, die Ausbildungsqualität und damit die erreichbare Berufskompetenz.
- Die Lehrenden an diesen Schulen sind dem Lehrhorizont des Krankenhauses, an dem die Schule angesiedelt ist, verpflichtet.
- Die praktische Ausbildung wird in der curricularen Gestaltung nicht gelenkt durch Ausbildungsnotwendigkeiten und vom Theorie-Praxis-Transfer, sondern erfährt ihre Begrenzung durch die normativen Mindestvorgaben vor allem bei den betrieblichen Lernorten außerhalb des Krankenhauses.

Bildung - und auch pflegeberufliche Bildung - hat dem gegenüber den Anspruch, das Individuum „Schüler“ zu einer Berufsbefähigung zu führen und zugleich zur gesellschaftlichen Teilhabe zu „erziehen“. Orientiert sich Ausbildung auf der normativen Ebene am Berufs(zulassungs-)gesetz, so bricht dieser Anspruch an der krankenzentrierten und krankheitsorientierten Realität des einzelnen Krankenhauses (z.B. Pflegeprozess). Entsprechend der sozio-demografischen und epidemiologischen Entwicklungen in unserer Gesellschaft liegen die Handlungsfelder Pflege zunehmend außerhalb des Krankenhauses unterstützt vom gesundheitspolitischen Postulat ambulant vor stationär.

Wie können Lehrer und Lehrerinnen der Schulen, die mit dem Krankenhaus ein direktes Beschäftigungsverhältnis eingehen, von der Profession her den Bildungsauftrag im Interesse der Entwicklung der Schüler und Schülerinnen gestalten? Diesen Konflikt gilt es, immer neu für sich abzuwägen. Welche Interessen leiten den Bundesgesetzgeber, eine so zentrale Position wie die der Schulleitung<sup>7</sup> nicht durchgängig an eine pädagogische Qualifikation zu knüpfen, sondern in der Auslegung den Bundesländern zu überlassen? Möglich wird damit - so wahrzunehmen aus Diskussionen, steuernd über nicht pädagogische Qualifikationen, wie z.B. ökonomisch orientiert, Ausbildungsprozesse<sup>8</sup> verantwortlich zu lenken.

---

<sup>7</sup> Hauptberufliche Leitung der Schule durch eine entsprechend qualifizierte Fachkraft mit einer abgeschlossenen Hochschulbildung, in § 4 (3) Nr. 1, Dauer und Struktur der Ausbildung, Bundestagsdrucksache 15/13 v. 25.10.2002: Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

<sup>8</sup> Anmerkung: Die fachliche Lehrbefähigung für den Pflegeberuf ist unabdingbar, die Verantwortlichkeit umfasst darüber hinaus Organisations- und Führungsprozesse, selbständige Organisation von theoretischer und praktischer Ausbildung, eigenverantwortliche curriculare Gestaltung und Durchführung für den Lernort Schule und die betriebliche Lernorte, die fachliche Qualifikation der Lehrenden einschätzen und bewerten können sowie diese mit ihrer Qualifikation in die Ausbildungsorganisation einbinden können, d.h. auch unter Qualitätsgesichtspunkten in Bildungsprozessen. Es gelten weiterhin, einerseits die neuen Erfordernisse der fächerintegrativen und berufsfeldbezogenen Ausbildungsinhalte und andererseits die Vernetzung beider Lernorte so zu organisieren, dass Lehrende der Schule und PraxisanleiterInnen sowie alle an der Ausbildung Beteiligten zusammengeführt werden können; s. auch: Sieger, M. (Hg), Pflegepädagogik - Handbuch zu pflegeberuflichen Bildung, Bern 2001

Entsprechend dieser Logik lassen die massiven Einschnitte durch die Krankenhausfinanzierung - auch im Zeitalter der DRGs - für Lehrerinnen und Lehrer kaum neue Handlungsspielräume zu. Neue Verantwortungszuständigkeiten der Schulleitung mit nicht pädagogischer Qualifikation ergeben sich allenfalls im Budgetinteresse des Krankenhausbetriebes, aber weniger i.S. der Gesamtverantwortung für die curriculare Gestaltung und Organisation der Ausbildung.

Überträgt man die Fragen zur heutigen Podiumsdiskussion auf die Finanzierungssituation der Pflegeschulen innerhalb Europas, ist festzustellen, dass dort eine Trennung zwischen dem System der Bildung und dem System der Krankenversicherung gegeben ist. Auf der PCN-Sitzung<sup>9</sup> Anfang April d.J. in Dublin wurden Vertreter der Mitgliedstaaten innerhalb der Europäischen Union und europäischer Staaten, aus sog. Drittländern, über einen strukturierten Erhebungsbogen befragt hinsichtlich des Status der Lernenden, der finanziellen Unterstützung während der Ausbildung sowie der Finanzierung theoretischer und praktischer Ausbildung. Hier die quantitativ erfassten Ergebnisse (siehe nächste Seite):

---

<sup>9</sup> Permanent Committee of Nursing - Ständiges Pflegekomitee mit Sitz in Brüssel: Nationale Pflegeverbände (für Deutschland DBfK) innerhalb der EU, die über ihre Mitgliedschaft im International Council of Nursing (ICN) - Weltbund der Krankenpflege - als Vollmitglieder den europäischen Zusammenschluss PCN bilden. Weitere europäische Staaten, sog. Drittländer, gelten als assoziierte PCN-Mitglieder.

I Europäische Union (EU)

Land	Status	Finanzielle Unterstützung während der Ausbildung	Finanzierung praktische Ausbildung	Finanzierung theoretische Ausbildung
Belgien	Student Angestellter	Stipendium Gehalt	Regierung Budget Gesundheits-einrichtung	Regierung (Bildungsmin.)
Dänemark	Student	Stipendium	Regierung	Regierung
Deutschland	Schüler (Angestellter) mit Ausbildungs- vertrag	tarifliche Ausbildungsver- gütung	Gesetzliche Kranken- versicherung (GKV)	i.d.R. Gesetzliche Krankenver- sicherung (GKV)
Finnland	Student	(Stipendium)	Regierung	Regierung
Frankreich	Student	- Gehalt bei Vertrag v. 5 Jahren	Regierung Budget Gesundheits- einrichtung	Regierung (Gesundheitsmin.)
Griechenland	Student	Stipendium	Regierung	Regierung (Bildungsmin.)
Groß- Britannien	Student	Stipendium	Regierung	Regierung (Gesundheitsmin.)
Irland	Student	(Stipendium)	Regierung (Gesundheitsmin.)	Regierung (Bildungsmin.)
Italien	Student	-	Regierung	Regierung
Luxemburg	Schüler Sek.-Stufe	-	Regierung	Regierung (Bildungsmin.)
Niederlanden	Student Angestellter	Stipendium Gehalt	Regierung Budget Gesundheits- einrichtung	Regierung (Bildungsmin.)
Österreich	Schüler ohne Dienstvertrag	Taschengeld, gestaffelt, unterschiedlich festgelegt von den Schulen	anteilig Regierung u. Kranken- versicherung	anteilig Regierung u. Kranken- versicherung
Portugal	Student	- (Stipendium, wenn sehr arm)	Regierung	Regierung Studiengebühr: 400 Euro / Jahr
Schweden	Student	-	Regierung	Regierung
Spanien	Student	-	Regierung	Regierung

(eigene Darstellung 04/2003)

## II außerhalb der Europäischen Union

Land	Status	Finanzielle Unterstützung während der Ausbildung	Finanzierung praktische Ausbildung	Finanzierung theoretische Ausbildung
<b>Bulgarien</b>	Student	-	Regierung	Regierung
<b>Island</b>	Student	-	Regierung	Regierung Studiengebühr: 600 Euro / Jahr
<b>Kroatien</b>	Student	-	Regierung (Bildungs- und Gesundheitsmin.)	Regierung (Wissenschaftsmin.)
<b>Malta</b>	Student	Stipendium: Dipl. Stud. <b>Gehalt: Degree-Stud.</b>	Regierung <b>Budget Gesundheits-einrichtung</b>	Regierung (Wissensch. und Gesundheitsmin.)
<b>Norwegen</b>	Student	Stipendium o. <b>Darlehen</b>	Regierung	Regierung
<b>Schweiz</b>	Student Westschweiz  <b>Schüler mit Ausbildungsvertrag</b> Deutschschweiz	- Stipendien in einzelnen Kantonen <b>Schülerlohn, unterschiedlich festgelegt von den Schulen</b>	<b>anteilig Krankenversicherung u. Regierung</b>	Regierung
<b>Tsch. Republik</b>	Student	-	Regierung	Regierung
<b>Ungarn</b>	Student	-	Regierung	Regierung
<b>Zypern</b>	Student	Stipendium	Regierung	Regierung (Gesundheitsmin.)

(eigene Darstellung 04/2003)



## - Statement Herr Andreas Westerfellhaus -

Insgesamt ist voraus zu schicken, dass das Statement zu den Fragestellungen zum großen Teil nur perspektivische Antworten enthält, da zur Zeit weder das Krankenpflegegesetz 2004 verabschiedet ist, noch das geplante Umlageverfahren für die Finanzierung der Ausbildungsstätten auf den Weg gebracht ist und deren möglichen Grundlagen und Inhalte bekannt sind.

### **Welche Chancen eröffnen sich dabei für die Pflegeschulen?**

Unterstellt, dass sich die Grundlagen einer Umlagefinanzierung für die Pflegeausbildung an den tatsächlich realen Kosten einer Ausbildungsstätte orientieren, stellt dieses Verfahren für die langfristige Planung und Existenzsicherung einen enormen Fortschritt dar. Ausbildungskosten werden transparent, betriebswirtschaftliche Grundlagen und Abläufe können hinterfragt werden, sowie eine individuelle Ausgestaltung erfahren. Innerhalb eines festgelegten Budgets erhält die Ausbildungsstätte die Möglichkeit Prioritäten in der inhaltlichen Ausgestaltung für definierte Zeiträume zu setzen (Ausgestaltung der Ausbildungsstätte, Investitionen, Angebote für die Lehrerfortbildung etc.).

Für die Träger der Einrichtungen entsteht eine transparente Entscheidungsmöglichkeit, in welchem Umfang Ausbildungsplätze allein oder mit Partnern vorgehalten werden können.

Für die Kostenträger (GKV) besteht erstmals die überprüfbare Sicherheit, dass die bereitgestellten Finanzmittel tatsächlich und ausschließlich der Ausbildung in den Pflegeberufen zur Verfügung steht.

### **Neue Handlungsspielräume**

Sie ergeben sich einerseits durch die erwähnten Spielräume in der Verwaltung des eigenen Budgets (s.a. Projekt „Selbstständige Schule“ in NRW) sowie der Möglichkeit zur Erschließung neuer Aufgabenfelder in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

### **Neue Verantwortungsbereiche / Zusätzliche Qualifikationen für Lehrende**

Die Einhaltung der vorgegebenen Budgets wird zum überwiegenden Teil in den Verantwortungsbereich der Schule bzw. der Schulleitung übertragen. Hierzu werden zusätzliche Qualifikationen im Bereich der Finanz- und Personalverwaltung insbesondere für die Schulleitungen erforderlich sein. Der Umfang ist geprägt vom Ausmaß der übertragenen Verantwortung und dem Grad der Selbstständigkeit (z. B. eigene Rechtsform).

## Einschränkungen des Ausbildungsbetriebes

Grundsätzlich sind keine Einschränkungen des Schulbetriebes bzgl. Ausstattung, Bildungsanspruch und Qualität zu erwarten. Der Erfahrungszeitraum von fast 3 Jahren Existenz einer Ausbildungsstätte in eigener Rechtsform (hier GmbH) weist eher auf eine gegensätzliche Entwicklung hin. Die endgültige Antwort wird allerdings von den angesprochenen Grundlagen (was kostet ein Ausbildungsplatz real?) einer Umlagefinanzierung geprägt sein. Wenn bei der Grundlagenfestsetzung keine ausreichende Berücksichtigung der Rahmenbedingungen von Ausbildung erfolgt, kann eine unzureichende Ausstattung mit Finanzmitteln dann zu einer negativen Entwicklung führen.

Die Gesamtanzahl der Ausbildungsplätze insgesamt wird durch diese Entwicklung nicht zwangsläufig negative Auswirkungen erfahren müssen. Die eintretende Transparenz der Kosten für den Ausbildungsbetrieb kann in einigen Fällen zu Veränderungen bei einzelnen Trägern führen. Die jetzt schon zu beobachtenden Veränderungen reichen vom Abbau von Ausbildungsplatzkapazitäten sowie bis zu Fusionen von Einrichtungen in großen eigenständigen Bildungsinstituten.

Eine Reduktion der Ausbildungsplätze ist allerdings durch die Erhöhung der praktischen Ausbildungskosten durch das neue Krankenpflegegesetz zu befürchten. Die Krankenhäuser bleiben alleiniger Kostenträger, bei gleichzeitiger Reduktion der praktischen Ausbildungszeiten von 500 Stunden sowie weiterer 700 Stunden durch Verlagerung der praktischen Ausbildung aus dem Krankenhaus in neue Ausbildungsfelder (Rehabilitation, Prävention etc.). Die Veränderung der Anrechenbarkeitszahlen auf ein Verhältnis von 9,5 : 1 wird diese Entwicklung nach meiner Einschätzung nicht aufhalten.

**- Statement Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und  
Familie NRW -  
Frau Margaretha Oetzel-Klöcker**

1. Auswirkungen von Krankenpflegegesetznovelle und Ausbildungsstättenfinanzierung (Umlageverfahren/Fonds) nach § 17 a KHG auf die Kosten der Krankenpflegerausbildungen:

**Schulleitungsqualifikation einschlägiger Hochschulabschluss in NRW**

Dipl.-Berufspädagogin/Dipl.-Berufspädagoge – Fachrichtung Pflege – bzw. Dipl.-Pflegepädagogin/Dipl.-Pflegepädagoge oder einschlägiger Berufsabschluss und gleichwertige Lehrerausbildung  
Eingruppierung nach Fachhochschulabschluss bei IV a BAT (Bundesangestelltentarif). Schulleitungen der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW haben diese Vergütungsgruppe auch ohne Hochschulabschluss bereits zu nahezu 100 % realisiert. Hingewiesen wird auf Besitzstandsregelung und damit auf längere Übergangszeiten, in der die ausbildungsbedingt höheren Personalkosten im Einzelfall erst sukzessive anfallen.

**Erhöhung des theoretischen Ausbildungsanteils und des praktischen Ausbildungsanteils in der ambulanten Pflege**

Zusätzliche Kosten im Stellenplan wegen der längeren Abwesenheit der Schülerinnen/Schüler von der Station werden durch die Anhebung des Stellenschlüssels von 1 : 7 auf 1 : 9,5 (geschätzte zusätzliche Pflegesatzkosten ca. 100 Mio. €) ausgeglichen. Die zusätzlichen Stundenanteile der theoretischen Ausbildung können durch die Erhöhung des durchschnittlichen wöchentlichen Unterrichtsstundendeputats der hauptberuflichen Lehrerinnen und Lehrer im Jahr aufgefangen werden. In NRW wird von den hauptberuflichen Lehrkräften derzeit ein durchschnittliches wöchentliches Unterrichtsstundendeputat im Jahr von 8 bis 10 Unterrichtsstunden geleistet; im Vergleich dazu leisten Berufsschullehrerinnen/-lehrer 24 Unterrichtsstunden pro Woche.

## 2. Chancen und neue Handlungsspielräume für Pflegeschulen durch die neuen gesetzlichen Regelungen

**Konkretisiertes Ausbildungsziel** (Kompetenzorientierung) ermöglicht Gestaltung der Ausbildung nach modernen berufspädagogischen Standards (Themenorientierung und Fächerintegration)

**Gemeinsame Grundausbildung** in der Kranken- und Kinderkrankenpflege während der ersten zwei Ausbildungsjahre führt zur Professionalisierung der Pflegeausbildung und zu Synergieeffekten bei Personaleinsatz und Kosten der Ausbildungsplanung und -durchführung.

Die Aufgaben von **Praxisbegleitung** durch Lehrerinnen/Lehrer und **Praxisanleitung** durch Praxisanleiter sind neu zu gestalten und voneinander abzugrenzen.

## 3. Neue Verantwortungsbereiche für die Pflegeschulen

Die **Planung und Bewirtschaftung des Schulbudgets** kann künftig zu den Aufgaben der Schulleitung gehören. Die **Personalführung** durch die Schulleitung mit Bezug auf gezielte Teamarbeit der hauptberuflichen Lehrer/innen bei der Ausbildungsplanung und Durchführung sowie bei der Dozenten- und Praxisanleiterfortbildung erhalten einen höheren Stellenwert als bisher.

## 4. Zusätzliche Qualifikationserfordernisse für Schulleitungen und Lehrer/innen

Mit Blick auf die oben genannten neue Aufgaben sind für Schulleitungen **BWL** und **Personalführung** gewichtige ergänzende Kompetenzen neben der Aktualisierung zentraler berufspädagogischer Kompetenzen.

Lehrerinnen/Lehrer sollen durch gezielte Lehrerfortbildung Kompetenzen im Bereich themenbereichsbezogener curricularer Planung und Durchführung sowie Evaluation erwerben. Darüber hinaus werden Kenntnisse zur Entwicklung angemessener Leistungstests bzw. schriftlicher, mündlicher und praktischer Prüfungsverfahren erforderlich, weil die Prüfungsverfahren dezentralisiert werden müssen. Lehrerinnen/Lehrer sind künftig primär Berater/innen und Entwickler/innen von Unterrichtsmaterial für die Schülerinnen/Schüler und nicht mehr Dozenten/Dozentinnen. Sie benötigen darüber hinaus Kompetenzen als Supervisor/in für Schülerinnen/Schüler im Bereich der Praxisbegleitung bezogen

auf den Erwerb personaler und kommunikativer Kompetenzen in der Akutversorgung, in der häuslichen Pflege und in anderen Einsatzbereichen (z.B. Hospize).

**5. Sind Einschränkungen zu erwarten bei Ausbildungsqualität, Bildungsanspruch der Pflegeschule, personeller/materieller Ausstattung sowie bei der Zahl der Ausbildungsplätze?**

Einschränkungen sind nicht zu erwarten. Der ordnungsgemäße Betrieb der Schulen ist sicherzustellen. Allerdings kommt es auf die Festlegung angemessener durchschnittlicher Ausbildungskosten pro Ausbildungsplatz je Beruf durch die Beteiligten nach § 17 a KHG an.

Das im NRW-Krankenhausplan mittlerweile implementierte bedarfsorientierte Planungsverfahren für Ausbildungsstätten/-plätze am Krankenhaus (Planungsgrundsatz 12) gewährleistet landesweit sowie regierungsbezirksbezogen die Feststellung und Fortschreibung von bedarfsgerechten Ausbildungsstätten/-plätzen pro Ausbildungsberuf an Krankenhäusern. Entscheidend ist allerdings, dass die zur Verfügung stehenden jährlich neu zu belegenden Ausbildungsplätze im Feststellungsbescheid-Soll des Krankenhausplans NRW durch die Schulträger auch tatsächlich besetzt werden, damit nach dreijähriger Ausbildung bedarfsgerecht Ausbildungsabsolventinnen/-absolventen für die Krankenpflegeversorgung in NRW zur Verfügung stehen. Mit Blick auf die von den Krankenpflegeschulen beklagte zurückgehende Eignung von Bewerberinnen und Bewerbern kommt es künftig auf gezielte Werbemaßnahmen der Krankenhäuser vor Ort und in der Region für ihre Krankenpflegeschulen an, wenn das demografisch bedingt zurückgehende Potential an Schulabsolventinnen/-absolventen für die Krankenpflegeausbildungen voll ausgeschöpft werden soll. Auch eine engere Zusammenarbeit zwischen den Krankenpflegeschulen und den höheren Berufsfachschulen für Sozial- und Gesundheitswesen, die als Bildungsgänge berufliche Orientierung für berufliche Tätigkeiten im Gesundheitsbereich geben wollen, ist zu empfehlen, um geeignete und interessierte Jugendliche gezielt für die Krankenpflegeausbildung zu gewinnen.

**- Statement Bundesausschuss  
der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. (BA) -  
Frau Michaela Picker**

Einleitend ist festzuhalten, dass Aussagen hinsichtlich der Finanzierung von Bildung im Gesundheitswesen derzeit nur perspektivisch gemacht werden. Die Beratungen zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes sowie der notwendigen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes lassen eine andere Betrachtung nicht zu. Darüber hinaus müssen die Entscheidungen in den beim Bundesverfassungsgericht (BVG) anhängigen Klagen gegen Ausbildungsfinanzierung im Gesundheitswesen abgewartet werden. Da das Umlageverfahren gemäß § 17a KHG die derzeit wohl wahrscheinlichste Finanzierungsmöglichkeit ist, beziehen sich alle weiteren Aussagen hierauf.

Bei der Finanzierung der Ausbildung in den Pflegeberufen durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) handelt es sich unserem Erachten nach um die Erbringung von versicherungsfremden Leistungen. Der BA e.V. fordert seit Jahren die Nichtanrechnung von Ausbildungsplätzen auf den Stellenplan der Krankenhäuser und damit die Herausnahme aus diesem Finanzierungssystem. Die Alternative ist die Überführung der Pflegebildung in eine höhere Berufsfachschule für Pflege/Gesundheit.

**Welche Chancen eröffnen sich dabei für die Schulen für Pflegeberufe?**

Die dringend notwendige Transparenz von Kosten für Bildung in den Pflegeberufen würde damit hergestellt und kann Grundlage für Steuerungsprozesse werden. Vorausgesetzt, die Eckdaten für das Umlageverfahren orientieren sich an den tatsächlichen Kosten der Ausbildungsstätte, gibt dies den Trägern und damit den Schulleitungen langfristige Planungssicherheit.

**Welche neuen Handlungsspielräume eröffnen sich für die Pflegeschulen?**

Sofern in der Konsequenz der neuen Finanzierungsgrundlagen die Budgetverantwortung auch bei den Schulen liegt, haben die jeweiligen Schulleitungen entsprechend Steuerungsmöglichkeiten. Hier seien genannt: die interne Steuerung von Personal- und Sachkosten, die Erbringung von Dienstleistungen sowie die Erschließung neuer Aufgabenfelder im Bereich Bildung.

### **Welche Verantwortungsbereiche ergeben sich für die Pflegeschulen?**

Die neuen Handlungsspielräume im Zusammenhang mit der Budgetverantwortung verlangen ein entsprechend aufgebautes Controllingverfahren für die Einhaltung des Budgets sowie die interne Kostensteuerung. Dies würde im Verantwortungsbereich der Schulleitung liegen. Die sich daraus ergebenden notwendigen zusätzlichen Qualifikationen für die Schulleitungen beziehen sich auf das weite Feld der Personal- und Finanzwirtschaft. Auch die Qualitätssicherung stellt einen wichtigen Bereich dar. Umfang und Art der neuen Qualifikationen richten sich nach dem Grad der Handlungsspielräume, die sich zwischen punktueller Entscheidungsfreiheit und rechtlicher Selbstständigkeit bewegen.

### **Gibt es Einschränkungen durch die Veränderungen?**

Die Neukonzeption der Finanzierungsgrundlagen für Ausbildung lassen nach unserer Einschätzung erhebliche Veränderungen erwarten. Die Ermittlung der Umlage basiert auf gedeckelten Budgets und wird damit die realen Kosten eines Ausbildungsplatzes nicht abbilden können. Die im Fond angesammelten Mittel für die Finanzierung der vorhandenen Ausbildungsplätze werden nicht ausreichen. In der Konsequenz wird dies zum weiteren Abbau von Ausbildungsplätzen, zur Veränderung von Rahmenbedingungen von Ausbildung und zum Abbau von Arbeitsplätzen führen.

Eine Reduktion der Ausbildungsplätze ist darüber hinaus vor dem Hintergrund zu erwarten, dass der Anteil der praktischen Ausbildung in der derzeitigen Novellierung des Krankenpflegegesetzes reduziert wird und eine noch stärkere Verlagerung in neue Ausbildungsfelder (Rehabilitation, Prävention, ambulante Dienste) vorgesehen ist.

Da die Krankenhäuser weiterhin alleiniger Kostenträger bleiben, ist mit einer derartigen Gegensteuerung zu rechnen.

**- Statement Deutscher Pflegerat (DPR) -  
vorgetragen durch Andreas Westerfellhaus**

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschrift zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)

### **Vorbemerkung**

Der Deutsche Pflegerat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens in Deutschland, hat sprechend seiner gesetzlich geregelten Einbindung nach § 17b Abs. 2 Satz 3 KHG im Juni 2000, die Entscheidung für die australische DRG-Klassifikation als Ausgangsbasis für die Entwicklung eines deutschen DRG-Pauschalensystems unterstützt.

Maßgeblich hierfür war, dass das AR-DRG-System (Australian Refined Diagnosis Related Groups) Anpassungen und Weiterentwicklungen auf entsprechend deutsche medizinisch- und pflegerische Bedarfe und deren Rahmenbedingungen abbildet.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zuletzt geändert durch das Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.04.2002, erweitert der Gesetzgeber die Beteiligungsrechte der DPR im §17b Absatz 2 Satz 4 zu einer **beratenden Teilnahme** an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1.

Der DPR erkennt an, dass der Gesetzgeber, für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) sein ursprüngliches Ziel, kurzfristig auf eine möglichst vollständige Finanzierung mit DRG-Fallpauschalen umzustellen verzichtet und stattdessen den fachlichen Dialog mit Medizin und Pflege aufnimmt.

Für diesen Dialog bedarf es aber einer Präzisierung und Konkretisierung was insbesondere die strukturelle Einbindung in das DRG-Institut betrifft.

### **Stellungnahme zum Gesetzentwurf**

#### *Artikel 1*

#### *Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes*

#### **Ausbildungsfinanzierung**

##### **§ 17a KHG Absatz 2 Satz 1**

Nach wie vor hält der DPR an seiner Forderung fest, dass die Finanzierung des Pflege- und Hebammenausbildung eine gesamtgesellschaftliche Leistung ist und damit zur Steuerfinanzierung der Länder gehört.



Festzustellen ist allerdings, dass bei der politischen Diskussion um die Ausgabenseite des GKV-Kataloges 150 Mio. Euro zur Sicherstellung der Ausbildungsfinanzierung der Pflegeberufe, von allen Akteuren keine Anstrengungen zur Veränderung des Systemfehlers erkennbar werden.

Mit der Einführung der FPG zum 1.1.2004 ist es nur folgerichtig, dass gleichzeitig ein getrenntes, pauschales Ausbildungsbudget gebildet wird.

Die Absicht des Gesetzgebers, mit dem jetzt geplanten Fallpauschalen-Änderungsgesetz eine zeitliche Verzögerung zur Einführung eines pauschaliert, transparent und separaten Ausbildungsbudget zu erreichen, ist kontraproduktiv und markt- wie bildungspolitisch falsch.

Damit steigt der Verlust an Ausbildungsplätzen, die Verschlechterung der Rahmenbedingungen in der praktischen Ausbildung und ein Qualitätsverlust der Ausbildung wird billigend in Kauf genommen.

Seit 2000 sind bereits über 20% der Ausbildungskapazitäten reduziert worden. Dieser Trend wird sich im Jahr 2003 und 2004 aufgrund der restriktiven Sparmaßnahmen und der krankenhausinternen Umverteilung zu Lasten der Pflege verstärkt fortsetzen.

Wer politisch für die Schaffung von Ausbildungsplätzen wirbt, kann nicht gleichzeitig kontraproduktive Regelungen in einer als Wachstumsmarkt ausgewiesenen Branche zulassen.

Die Begründung der zeitlichen Verschiebung zeigt, dass die Zusammenhänge für einen gesellschaftlichen Ausbildungsauftrag der Krankenhäuser ausgeblendet und für nachrangig bewertet werden.

### **Öffnungsklausel für krankenhausindividuelle- und Zusatzentgelte**

#### **§ 17b KHG**

Der DPR begrüßt die beabsichtigte Regelung, für die noch oder unzureichende Abbildung von Krankheitsbildern mit ausgeprägten Pflegeschweregraden verlaufende Krankheits-, Betreuungs- und Behinderungsprozessen, Ausnahmeregelungen zu zulassen.

Damit können die relevanten Leistungen der medizinisch und pflegerischen Bereiche, die sich mit schwierigen, komplexen diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen befassen und eine hohe Pflegeintensität auslösen, patientengerechter definiert und abgebildet werden.

Die Selbstverwaltung hat nach § 17b Absatz 2 Satz 4 die Beteiligung des DPR zur Weiterentwicklung und Gestaltung der definierten Behandlungen zu berücksichtigen.

## § 17b Absatz 7 Punkt 1

Die Mitwirkung des DPR bei strittigen Punkten der Vertragsparteien sollte nicht unter **sonstige Betroffene** benannt werden, sondern ausdrücklich mit dem Hinweis auf **Absatz 2 Satz 4** Bezug genommen werden.

### *Artikel 2, Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes*

## § 6 Absatz 1

### **Lernendes System**

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzgeber die Absicht hat, bei der Einführung den Fallpauschalen-Katalog schrittweise an die ständig verbesserte Diagnose- und Prozeduren-Kodierung anzupassen. Allerdings sieht der DPR hier bereits jetzt einen Anpassungsbedarf des Gesetzgebers, soweit die ICD 10 (International Classification of Diseases) und Operationsschlüssel OPS-301 Abbildungen für den pflegerischen Leistungsbereich betroffen sind, als zwingend an.

Es bedarf der politischen Erkenntnis, dass die explizite Berücksichtigung aufwendiger pflegerischer Tätigkeiten nur erreicht wird, wenn der große Leistungsanteil Pflege (40%) systematisch zur Abbildung z.B. als ICD 10-Pflegediagnose in den Schweregraden (PCCL-Codes: Patient Complication and Comorbidity Levels) oder einem anerkannten Klassifikationssystem wie beispielsweise dem ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kommt.

Die Öffnungsklausel für ein Mischsystem (fall- oder tagesbezogene Entgelte und Zusatzentgelte) einzuführen, ermöglicht eine wesentliche Verbesserung der Weiterentwicklung der DRGs. Damit können die medizinisch und pflegerisch relevanten Leistungen insbesondere aus den klinischen Bereichen, die sich mit schwierigen, komplexen diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen befassen und eine hohe Pflegeintensität auslösen, patientengerechter definiert und abgebildet werden.

## Diskussionsbeiträge

**Moderation:** Gertrud Leser  
Schulleitung der ev. Ausbildungsstätten für Pflegeberufe

**Protokoll:** Rebekka Neumann  
Studentin der Klinischen Linguistik, Universität Bielefeld

Anhand der ausgefüllten Meldezettel hatte die Moderatorin Frau Leser die gestellten Fragen thematisch gebündelt. In diesem Protokoll wurde sich bemüht den Diskussionsverlauf möglichst vollständig festzuhalten. Für die Wiedergabe der einzelnen Beiträge wird jedoch keine Gewähr übernommen.

Die ersten Fragen bezogen sich auf das zu erwartende Landeslehrstättengesetz und richteten sich an Frau Oetzel-Klöcker.

### **Auf welcher Grundlage werden die Stundendeputate ermittelt?**

Für hauptamtliche Lehrer wird zur Berechnung die 38,5 Stundenwoche zu Grunde gelegt. Für eine Unterrichtsstunde (45 min) werden 30 min Vorbereitungszeit berücksichtigt. Es soll eine Orientierung am Profil eines Lehrers für berufsbildende Schulen stattfinden. Die Praxisanleitung wird pro Schüler mit einberechnet. Für Verwaltungsaufgaben sollen zusätzliche Fachkräfte zur Verfügung stehen. Die gesamten Überlegungen befinden sich noch im Prozess. Im kommenden Herbst wird der Gesetzesentwurf in die Verbände (Berufsverband, Pflegerat ...) gegeben, bevor es dann zu einer Abstimmung im Kabinett des Landes kommt.

Es wurde nachgefragt, ob zu den Daten und Zahlen aus den Schulen Erhebungen vorhanden sind. Auf die Antwort, dass es in Bezug auf den Arbeitsaufwand der Lehrer Arbeitszeitanalysen des Lehrkörpers gibt, wurde eingewandt, dass eine einseitige Betrachtung der Lehrstunden die Gesamtverantwortung der Ausbildung außer Acht lässt. Es würden andere wichtige Aufgaben vernachlässigt werden.

Darauf antwortete Frau Oetzel-Klöcker, dass das Verhältnis zwischen Unterricht und Praxisbegleitung noch genauer betrachtet werden muss. Es gebe eine Überlegung mit stärkerer Gewichtung der Praxisbegleitungen und entsprechenden Abstrichen bei den Unterrichtsstunden. Auf jeden Fall soll die Schülerberatung mit einbezogen werden. Ihrer Meinung nach ist es jedoch

wichtig, nicht nur von den 45 min Stunden auszugehen, sondern fächerübergreifend zu denken.

Es müsse die Frage gestellt werden, wer welche Aufgaben hat, z.B. im Blick auf Schulleiterfunktionen, Curriculum, Finanzierung, Organisationsprojekte usw. All dieses werde in Betracht gezogen.

### **Wo können genaue Details zum Gesetzentwurf gefunden werden?**

Die Gesetzesentwicklung findet unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt. Vor der Entscheidung im Landtag kommt es zu einer Anhörung in Zusammenarbeit mit den Verbänden. Nach der Gesetzesentscheidung im Ministerium folgt dann die Bekanntgabe.

### **Wird durch die neuen Qualifikationsanforderungen an die Lehrkräfte der Bestandschutz aufgehoben?**

Ein Bestandschutz ist nicht vorgesehen. Die arbeitsvertraglichen Regelungen richten sich nach den Landesgesetzen.

Auf Nachfrage wurde dies von Frau Oetzel-Klöcker konkretisiert.

Danach haben Leiter und Lehrkräfte Bestandschutz in den Stellen, die beim Inkrafttreten des Gesetzes am 01.01.2004 besetzen. Ab diesem Zeitpunkt können bei Neueinstellungen nur Bewerber mit entsprechenden Hochschulqualifikationen berücksichtigt werden. Dann treten auch bei einer neuen Anerkennung einer Schule die neuen Kriterien in Kraft.

Herr Dr. Walger wandte ein, dass die Positionen hier differieren. Nach § 25 sei der Bestandschutz unabhängig der Erwerbstätigkeit gegeben.

Es kam die Frage auf, ob nach dem 01.01.2004 mit den alten Qualifikationen noch eine Neuorientierung möglich ist und ob nicht das Berufsrecht dadurch eingeschränkt ist.

Frau Oetzel-Klöcker antwortete darauf, dass sich zeigen würde, wie es dann tatsächlich in der Realität aussieht. Es gebe auch immer juristische Möglichkeiten.

### **Wann muss die Entscheidung für die Differenzierungsphase von Schülern getroffen werden?**

Die Ausbildung gliedert sich in zwei gemeinsame Jahre und ein Jahr der Spezialisierung.

Der zweite Fragenblock bezog sich auf die Fondfinanzierung.

**Wie werden die Ausbildungskosten erhoben, um den Umfang des Fondbetrages zu ermitteln?**

Frau Oetzel-Klöcker antwortete, dass hier die Schulen gefragt sind. Bei der Erhebung der Kosten soll sich an den tatsächlichen Kosten orientiert werden. Das Landeslehrstättengesetz soll nicht mehr Geld kosten.

Herr Dr. Walger fügte hinzu, dass der Prozess noch nicht abgeschlossen ist. Es bestehe eine Arbeitsgruppe mit Krankenhauspraktikern, die eine möglichst vollständige Auflistung erstellen soll. Der DKG begrüßt, dass das Gesetz erst 2005 in Kraft tritt, um hier gründlich arbeiten zu können. Denn die Aspekte, die nicht mit aufgenommen sind, können auch nicht nachträglich erfasst werden.

Herr Riegel äußerte ebenfalls, dass viele Regelungen noch ausstehen. Auch er ist froh über die noch vorhandene Zeit, da die empirischen Grundlagen erst erhoben werden müssen. Ein Problem seien die ungerechtfertigten Belastungen im theoretischen Teil. Wenn die anders bezahlt würden, dann ergäben sich Freiräume. Die Obergrenze der Gesamtausgaben liegt bei rund 100 Millionen Euro. Hier müssen auch die Beiträge im Blick bleiben.

Die Krankenkassen fordern, dass die Anteile der Ausbildungsstätte aus dem Krankenhaus Budget herausgenommen werden.

Herr Westerfellhaus gab zu bedenken, dass für eine reelle Aufstellung der Kosten Echtdateien notwendig sind (z.B. aus der Pflege). Unterschiedliche Positionen zu den Kosten der Ausbildung führen zu Verunsicherungen. Den Schulen fehlt eine Grundlage.

**Werden andere Ausbildungsberufe, wie z.B. Hebammen, auch aus diesem Pool finanziert?**

Herr Dr. Walger erklärte, dass alle Ausbildungen nach § 2.1 über den Pool finanziert werden.

**In wie weit werden bei der Datenerhebung für die Finanzierung die Qualitätskriterien berücksichtigt? Gibt es einen Kriterienkatalog?** Aus den Reihen der Teilnehmer wurde zusätzlich die Befürchtung geäußert, dass schlechte Zustände im Zusammenhang mit den notwendigen Kosten nicht erfasst werden und somit bei der Kostenaufstellung keine Verbesserung angestrebt wird. Dies würde im Faktor Qualität zu einer Abwertung nach unten führen.

Herr Dr. Walger bestätigte, dass die Qualität der Schulen sehr heterogen ist. Ein Katalog von Qualitätskriterien sei nicht vorhanden. Es werde der Status Quo erhoben. Seiner Meinung nach sind Konzentrationsprozesse notwendig z. B. durch Verbundsysteme.

**Welche Spielräume haben die Schulen? Sind sie auf ihre Aussagen festgelegt oder bestehen weiterhin Expansionsmöglichkeiten?**

Es wurde auf Äußerungen von Frau Oetzel-Klöcker hingewiesen, nach denen Bedarfsreglungen aus dem Ministerium gesteuert würden. Darauf kam der Einwurf, dass dies nicht marktkonform ist.

Herr Riegel antwortete, dass die Chance der Poolfinanzierung gerade darin liegen, dass die finanziellen Mittel nach Qualitätskriterien verteilt werden können. Dies führt aber auch zu einer dramatischen Umverteilung. Zur Beurteilung werden Praktiker angefragt und eine Kommission, die direkt in die Schulen geht.

Für Herrn Riegel stellt sich die Frage, was der Markt ist. Jobmaschine oder krankheitsorientiert? Die Krankenkassen müssten abdecken, was gefordert ist. Um den Bedarf zu decken, seien Zusammenschlüsse von Schulen notwendig. Kleinere Einrichtungen müssten notfalls schließen.

Frau Leser beendete an dieser Stelle auf Grund des zeitlichen Rahmens die Diskussion. Sie merkte an, dass hier ein Zwischenstand dargestellt werden konnte, es bestehe jedoch weiterhin großer Bedarf.

## Evaluationsergebnisse der Veranstaltung

Frage	Median N =36
(1 = gar nicht, 2 = in geringem Maße, 3 = teils/teils, 4 = weitgehend, 5 = vollständig)	
Inwieweit sind Ihre Erwartungen erfüllt worden?	4
Inwieweit hatten Sie die Möglichkeit sich innerhalb der Diskussion einzubringen?	4
Inwieweit haben Sie Anregungen für Ihren weiteren Arbeitsprozess gefunden?	3
Inwieweit ist Ihrer Meinung nach der fachliche Austausch im Rahmen der Diskussion gelungen?	3

Frage	Median N =36
(1 = unangemessen, 2 = überwiegend unangemessen, 3 = teils/teils, 4 = überwiegend angemessen, 5 = angemessen)	
Wie angemessen war Ihrer Meinung nach die Arbeitsmethode ‚Podiumsdiskussion‘?	4

Frage	Median N =36
(1 = sehr schlecht, 2 = schlecht, 3 = geht so, 4 = gut, 5 = sehr gut)	
Wie beurteilen Sie die Auswahl des Themas?	5
Wie beurteilen Sie die Arbeitsatmosphäre?	4
Wie beurteilen Sie die Organisation der Podiumsdiskussion?	4

Frage	Median N =36
(1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = geht so, 4 = zufrieden, 5 = sehr zufrieden)	
Wie zufrieden sind Sie mit der Veranstaltung insgesamt?	4