

Gesundheitsberufliche Bildung braucht professionelle Lehrende

Die Qualifizierung von Lehrenden für die bundesgesetzlich geregelten Gesundheitsfachberufe befindet sich in der Krise: Obwohl sich der fachliche und pädagogische Anspruch an das Lehrpersonal in Schulen des Gesundheitswesens nicht von dem im öffentlichen Berufsschuldienst unterscheidet, sind die Rahmenbedingungen vergleichsweise unterentwickelt. Zwar wurden mit den berufsgesetzlichen Modernisierungen der letzten Jahre Verbesserungen angestoßen, diese reichen jedoch immer noch nicht an die etablierten Minimalstandards einer professionellen Lehrer:innenbildung heran. Dazu kommt die politische Vernachlässigung durch die Länder, die sich in quantitativen und qualitativen Strukturmängeln des Studienangebots zeigt. In der Folge verschärft sich das Nachwuchsproblem und Lehrende sind zunehmender Überlastung und Gesundheitsgefährdung ausgesetzt. Mängel in der Ausbildungsqualität setzen sich fort und wirken sich schließlich negativ auf die Gesundheitsversorgung aus.

Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe fordert daher eine grundlegende Reform der gesundheitsberuflichen Lehrer:innenbildung. Diese muss die zentralen Qualitätsstandards der beruflichen Lehramtsstudiengänge aufnehmen, alle Gesundheitsfachberufe¹ sowie zugehörige Hilfs- und Assistenzberufe erfassen und bundesweit verpflichtend gelten. Mit Blick auf die drei Phasen der Lehrer:innenbildung zeigen sich folgende Probleme und Reformbedarfe:

Erste Phase (Berufszugang): Theoretische Qualifizierung

Bereits im Studium – als erste und theoretische Qualifizierungsphase für den Lehrberuf an Schulen des Gesundheitswesens – werden die professionellen Standards sowohl hinsichtlich des Bildungsniveaus als auch der inhaltlichen Struktur teilweise gravierend unterschritten.

Standard Masterabschluss: Einzig in der pflegeberuflichen Bildung kann mittlerweile ein erheblicher Anteil der Lehrenden einen Master- oder vergleichbaren Studienabschluss vorweisen. Der mit dem Pflegeberufegesetz angestoßene Professionalisierungsschub wird aber durch Übergangsregelungen immer wieder ausgebremst. So verhindert eine ausufernde Nutzung wie bspw. in Nordrhein-Westfalen eine konsequente Umsetzung: Hier können noch bis 2030 Bachelorabsolvent:innen als hauptamtlich Lehrende tätig sein. Ähnliche Entwicklungen gibt es derzeit in der Anästhesietechnischen und Operationstechnischen Assistenz, wo mit einer Änderung des Berufsgesetzes die Übergangszeit für die Nachqualifizierung von Lehrenden verlängert werden soll.

Für die therapieberufliche Bildung (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) sehen die Berufsgesetze bis heute überhaupt keine Lehrqualifikation vor. Dementsprechend besteht das Lehrpersonal in den Therapieberufen vielfach aus Therapeut:innen ohne wissenschaftliche und/oder pädagogisch-didaktische Qualifikation.

¹ Gesundheitsfachberufe in der hier vorliegenden Lesart sind alle nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG bundesgesetzlich geregelten nicht-akademischen Heilberufe mit zwei- bis dreijähriger Ausbildungsdauer.

Standard 3-Säulen-Struktur mit 300 ECTS-Punkten: Das Angebot an Studiengängen unterscheidet sich sowohl innerhalb als auch zwischen den einzelnen Bundesländern. Studienziele, Inhalte und Strukturen variieren zum Teil erheblich. Für Studieninteressierte, Schulleiter:innen und andere relevante Gruppen ist es unmöglich, sich einen Überblick über das Angebot und die (teils fragwürdige) Qualität der einzelnen Studiengänge zu verschaffen. Das Kernproblem besteht darin, dass die für das Lehramt vorgeschriebenen Studienstandards der Kultusministerkonferenz (KMK) an den Schulen des Gesundheitswesens mehrheitlich nicht gelten. Nur die wenigen Lehramtsstudiengänge der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege sind dem sogenannten 3-Säulen-Modell verpflichtet, das mit Bildungswissenschaften, Fachwissenschaften und Fachdidaktiken eine verbindliche Fachstruktur vorschreibt und mit einem Zeitwert von 300 ECTS-Punkten verknüpft ist. Diese Situation führt zu Unsicherheit an Hochschulen bei der Gestaltung ihrer Studienprogramme, zu unzureichendem Kompetenzerwerb bei Studierenden und zu Anerkennungsproblemen zwischen den Bundesländern.

Reformerfordernisse für die erste Phase: Mindestvoraussetzung für den Berufszugang als hauptamtliche Lehrperson in allen Gesundheitsfachberufen muss der Master- bzw. ein gleichwertiger Abschluss sein. Weil sich das für den theoretischen und praktischen Unterricht erforderliche Kompetenzniveau weder in fachlicher noch in pädagogischer Hinsicht unterscheidet, muss dies für alle hauptamtlich Lehrenden gleichermaßen gelten. Alle betreffenden Berufsgesetze sowie Landesausführungsgesetze und Verordnungen sind entsprechend zu ändern.

Dabei dürfen ausschließlich Studienabschlüsse bzw. Studienleistungen anerkannt werden, die die bundesweit gültigen Standards der KMK für das Lehramt an beruflichen Schulen nicht unterschreiten (3-Säulen-Struktur). Nachzuweisen sind:

- Bildungswissenschaften / berufliche Didaktik / schulpraktische Studien: 90 CP
- Berufliche Fachrichtung (Pflégewissenschaft für Lehre in Pflegeberufen/ Therapiewissenschaft für Lehre in Therapieberufen etc. sowie Bezugswissenschaften) einschließlich ggf. (affines) Zweitfach: 180 CP
- Bachelor und Masterarbeit: 30 CP

sowie die Erfüllung der länderübergreifenden inhaltlichen Anforderungen der KMK²

Zweite Phase (Berufseinstieg): Praktische Qualifizierung

Standard Referendariat: Die Qualitätsstandards der Berufseinstiegsphase werden nahezu flächendeckend und in der Regel vollständig ignoriert. Während bundesweit für alle beruflichen Lehrämter ein Vorbereitungsdienst (Referendariat) verpflichtend abgeleistet werden muss, ist dies an den allermeisten Schulen des Gesundheitswesens nicht möglich. Nur Lehrer:innen, die an staatlichen Berufsschulen in der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen tätig sind, erhalten diese schulpraktische Qualifizierung. Sie spielen aber in diesem Berufsfeld quantitativ eine völlig untergeordnete Rolle, weil der weitaus überwiegende Teil der Ausbildung an sog. Ersatzschulen in nicht-staatlicher Trägerschaft stattfindet. Damit verläuft die unterrichtspraktische Kompetenzentwicklung weitgehend ungesteuert und innerhalb mangelhaft entwickelter Unterstützungsstrukturen.

Es bleibt dem Zufall überlassen, ob Lehrende in der Berufseinstiegsphase an ihren Schulen eine professionelle praktische Qualifizierung erfahren. Entsprechende Bemühungen seitens

2 „KMK-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 12.05.1995 i. d. F. vom 13.09.2018)“ und „Ländergemeinsame inhaltliche Anforderungen für die Fachwissenschaften und Fachdidaktiken in der Lehrerbildung (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.10.2008 i. d. F. vom 16.05.2019)“

besonders engagierter Kollegien sind mit hohem zusätzlichem Aufwand verbunden, für den in der Regel weder ausreichend personelle noch finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Folgen sind Überlastung und gesundheitliche Gefährdung der verantwortlichen erfahrenen Lehrer:innen sowie Enttäuschung und Frustration bei den jungen Kolleg:innen, was chronische Erkrankungen und Berufsflucht begünstigt.

Reformerfordernisse für die zweite Phase: Auch für Lehreinsteiger:innen in den Gesundheitsfachberufen muss sich nach Abschluss des Studiums eine systematische praktische Qualifizierungsphase anschließen. Die Dauer muss in Vollzeit mindestens 12 Monate, in Teilzeit maximal 24 Monate betragen, was im aktuellen Ländervergleich bei den Lehrämtern der Mindestdauer entspricht. Lehrende in dieser Phase dürfen nur zu einem Drittel auf das Verhältnis Lehrende/Auszubildende angerechnet werden und maximal acht Stunden Unterricht pro Woche erteilen. Die Schulen müssen erfahrene und entsprechend qualifizierte Mentor:innen einsetzen und Hospitationen in angemessenem Umfang ermöglichen.

In Anlehnung an die Aufgaben der staatlichen Studienseminare müssen die Länder für die Einrichtung und Finanzierung geeigneter Bildungsinstitutionen sorgen. Diese können unter dem Dach bestehender Studienseminare, an lehrer:innenbildenden Hochschulen oder an anderen geeigneten Institutionen eingerichtet werden. Die fachpraktische Qualifizierungsphase soll mindestens zwei Seminartage pro Monat beinhalten und mit einer Prüfung abschließen.

Alle betreffenden Berufsgesetze sowie Landesausführungsgesetze und Verordnungen sind entsprechend zu ändern. Eine durch das Bundesinstitut für Berufsbildung gesteuerte Begleitforschung zur Einführung der zweiten Phase wird dringend empfohlen.

Dritte Phase (lebenslanges Lernen): Fort- und Weiterbildung

Fachwissenschaftliche, technische, gesellschaftliche und politische Entwicklungen vollziehen sich in schnellem Tempo und mit teils erheblichem Bedrohungspotenzial. Lehrende müssen mit einer fortlaufenden Erweiterung ihrer Kompetenzen darauf reagieren. Aktuelle Fort- und Weiterbildungserfordernisse liegen beispielsweise im Bereich Künstliche Intelligenz in der Bildung, versorgungsbezogene IT-Anwendungen, sprachensible Ausbildung, politische bzw. Demokratiebildung, Bildung für nachhaltige Entwicklung, Katastrophenschutz usw.

Im Gegensatz dazu sehen die wenigsten Länder eine angemessene Fortbildungsverpflichtung für hauptamtlich Lehrende vor. Die Situation ist ähnlich heterogen wie im staatlichen Schuldienst, wo zwar alle Bundesländer ihre Lehrenden zur regelmäßigen Fortbildung verpflichten, häufig allerdings ohne weitere Bestimmungen zu Umfang, Inhalten oder Nachweisverfahren. Damit hängen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten häufig vom Trägerbudget bzw. Gutdünken der Geschäftsführung sowie den individuellen Motivationslagen von Lehrenden oder Schulleiter:innen ab. Es droht eine zunehmende Entkopplung der schulischen Ausbildung von der Versorgungsrealität und vom fachwissenschaftlichen und pädagogischen State of the Art.

Reformerfordernisse für die dritte Phase:

Hauptamtlich Lehrende in den Gesundheitsfachberufen müssen zu regelmäßigen Fortbildungen verpflichtet werden. Nach dem Vorbild der Praxisanleitenden in der Pflege (§ 4 PflAPrV) ist eine bundesweite Regelung in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zu ergänzen, wonach mindestens 24 Fortbildungsstunden jährlich nachzuweisen sind.

Umsetzung und flankierende Maßnahmen

- **Gesetz zur Reform der Lehrendenbildung in den Gesundheitsfachberufen**

Der BLGS fordert, unverzüglich ein Bundesgesetz zur Reform der Lehrendenbildung in den Gesundheitsfachberufen auf den Weg zu bringen, in dessen Rahmen die einzelnen Berufsgesetze und ihre Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen entsprechend den o.g. Erfordernissen geändert werden. Wir gehen davon aus, dass die Gefahrgeneignetheit der Berufsausübung in den Gesundheitsfachberufen es verfassungsrechtlich ermöglicht, o.g. Mindestanforderungen über die Bildungshoheit der Länder hinweg bundesgesetzlich zu regeln. Falls einzelne Regelungsvorhaben einer verfassungsrechtlichen Prüfung nicht standhalten sollten, sind die Länder aufgefordert, diese in einer geeigneten gemeinsamen Rahmenvereinbarung verbindlich zu beschließen.

- **Bedarfsgerechter Ausbau der Studienstrukturen für Lehrende**

Die Länder müssen mit Unterstützung des Bundes genügend gut ausgestattete und gebührenfreie Studienplätze vorhalten. Wir schlagen einen zweckgebundenen „Hochschulpakt Gesundheitsberufsbildung“ zur Anschubfinanzierung vor. Die Länder verpflichten sich, bedarfsgerechte Strukturen zu entwickeln und dauerhaft abzusichern. Dazu gehören vielfältige Studienmodelle, die unterschiedliche Zielgruppen erreichen, bspw. Vollzeit oder Teilzeit, grundständig/konsekutiv oder weiterbildend, Brückenstudium etc. Zusätzlich sollte der Bund ein steuerfinanziertes Vollstipendien-Programm insbesondere für Studierende mit familiären o.ä. Verpflichtungen auflegen.

Die Ausstattung der Hochschulen mit den relevanten wissenschaftlichen Disziplinen muss erheblich verbessert werden. Dies betrifft v.a. den Auf- und Ausbau pflege- und therapiewissenschaftlicher und berufsdidaktischer Professuren, auch an staatlichen Universitäten. Dazu gehört ebenfalls eine flächendeckende Einrichtung dauerhafter und voll finanzierter Promotionsprogramme zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

- **Bundesweites Bildungsmonitoring zur Qualifizierung von Lehrenden**

Parallel dazu soll mit dem Aufbau eines systematischen Bildungsmonitorings begonnen werden, das es erlaubt, kurz-, mittel- und langfristige Bedarfe laufend zu erfassen und Steuerungsmaßnahmen in die Wege zu leiten. Wir schlagen eine Implementierung als Bundesstatistik vor. Hierzu könnten bspw. § 22 PflAFinV sowie die Verordnungen weiterer Gesundheitsfachberufe u.a. um folgende Erhebungsmerkmale ergänzt werden: Verhältnis der Zahl vollqualifizierter Lehrpersonen zur Zahl der Ausbildungsplätze an den Schulen, Qualifikationsstruktur der hauptamtlich Lehrenden, offene Stellen, demografisch prognostizierter Ersatzbedarf an Lehrenden z.B. in 5-Jahres-Zeiträumen etc. Darüber hinaus muss regelmäßig die benötigte (Soll) und die tatsächliche (Ist) Anzahl an Studienplätzen für Lehrende einschließlich ihrer Auslastung ermittelt werden.

- **Qualitätsentwicklung der Studienprogramme und Schulteams**

Die verantwortlichen Hochschulen sind aufgefordert, die je aktuellen Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ernst zu nehmen und in ihren Studienprogrammen abzubilden. Dazu gehören bspw. die o.g. ländergemeinsamen inhaltlichen Anforderungen der KMK, der Fachqualifikationsrahmen (FQR) Pflegedidaktik der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und weitere relevante Expertisen. Fernstudiengänge ohne nennenswerte Präsenzzeiten, die fast ausschließlich als Selbststudium konzipiert sind, sind nicht zu empfehlen.

Im Rahmen ihrer weiteren Regelungskompetenzen sollten sich die Bundesländer auf einheitliche Qualitätskriterien bezüglich der Zusammensetzung der Schulteams verständigen. Weder aus fachwissenschaftlicher noch aus berufspädagogischer Sicht ist es notwendig, dass ausnahmslos alle Lehrenden zusätzlich über eine abgeschlossene Berufsausbildung im zu unterrichtenden Ausbildungsgang oder einem vergleichbaren Gesundheitsfachberuf verfügen müssen. Zwar ist nach wie vor eine relevante Quote in den Kollegien zu empfehlen, darüber hinaus können aber auch Kolleg:innen mit einschlägigen Praktika oder anderweitig erworbenen vergleichbaren Kompetenzen sehr gut in die Schulteams integriert werden. Lehrerlaubnisse durch die zuständigen Behörden sind dementsprechend nicht nur als isolierte Einzelfallprüfung vorzunehmen, sondern immer auch bezüglich der Zusammensetzung der jeweiligen Kollegien zu entscheiden.

Schlussbemerkung

Angesichts der Zustände in der Qualifikation von Lehrenden für die Gesundheitsfachberufe mögen die hier erhobenen Forderungen umfangreich erscheinen. Sie beinhalten aber weder nennenswerte Innovationen noch sind sie von überschießenden Ansprüchen geleitet. Vielmehr handelt es sich um sehr bescheidene Reformvorstellungen, die lediglich eine Anpassung an jahrzehntelang etablierte Qualitätsstandards der Lehrendenbildung darstellen. Eine weitere Verschleppung der hierfür erforderlichen Maßnahmen können wir uns angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen nicht mehr länger leisten.

Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) e.V. vertritt die Interessen der Lehrenden und der Bildungseinrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Er ist Ansprechpartner in allen Bildungsangelegenheiten der Gesundheits- und Sozialberufe im Bereich der theoretischen und der praktischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Der BLGS engagiert sich in fachlichen, pädagogisch-didaktischen Feldern, in der Mitgestaltung bildungspolitischer Prozesse sowie in der Bildungsentwicklung und im Bildungsmanagement.
Der BLGS ist Ratsmitglied im Deutschen Pflegeerrat (DPR).