

KOMPASS-Studie

Abschlussbericht

Ein Projekt im Auftrag des
**Ministeriums für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisie-
rung Rheinland-Pfalz**
und des
Ministeriums für Bildung Rheinland-Pfalz

durchgeführt vom
**Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK),
Goethe-Universität Frankfurt a.M.**

Autor: Dr. Oliver Lauxen

Unter Mitarbeit von: Carla Ender & Sabrina Morici

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Methodisches Vorgehen	5
3. Beschreibung der Stichprobe	7
4. Ein Überblick über Formen von Lernortkooperationen	10
4.1 Pflegeschulen – Formen von Lernortkooperationen	12
4.2 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen – Formen von Lernortkooperationen	13
5. Ausbildungsverbünde in Rheinland-Pfalz – ein Überblick.....	16
5.1 Räumliche Verteilung der Ausbildungsverbünde	16
5.2 Ausbildungsverbünde und ihr Reifegrad	18
5.3 Anzahl der Verbundpartner.....	19
5.4 Steuerung und Koordination	20
5.5 Austausch und Besprechungen	20
6. Mit Kooperationsvertrag abgesicherte Lernortkooperationen.....	24
6.1 Pflegeschulen.....	24
6.2 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen	25
6.3 Steuerung und Koordination	27
6.4 Austausch und Besprechungen	30
7. Aktuelle Herausforderungen	35
7.1 Die Perspektive der Pflegeschulen	35
7.1.1 Interaktiv-kommunikative Herausforderungen	36
7.1.2 Methodisch-inhaltliche Herausforderungen	37
7.2 Die Perspektive der Krankenhäuser	40
7.2.1 Interaktiv-kommunikative Herausforderungen	40
7.2.2 Methodisch-inhaltliche Herausforderungen	40
7.3 Die Perspektive der ambulanten Pflegeeinrichtungen	42
7.3.1 Interaktiv-kommunikative Herausforderungen	42
7.3.2 Methodisch-inhaltliche Herausforderungen	43
7.4 Die Perspektive der stationären Pflegeeinrichtungen	45
7.4.1 Interaktiv-kommunikative Herausforderungen	45

7.4.2 Methodisch-inhaltliche Herausforderungen.....	46
7.5 Zusammenfassung.....	48
8. Perspektiven für die Weiterentwicklung von Lernortkooperationen	50
8.1 Vorbehalte gegenüber Ausbildungsverbänden.....	50
8.2 Voraussetzungen für die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund	51
8.3 Handlungserfordernisse für den Aufbau weiterer Ausbildungsverbände	53
Abbildungsverzeichnis.....	55
Tabellenverzeichnis	57

1. Einleitung

Seit dem 1. Januar 2020 erfolgt die Ausbildung auf Grundlage des neuen Pflegeberufegesetzes (PflBG) und hat die bisherigen Pflegeausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege abgelöst. Mit Inkrafttreten des PflBG ist unter anderem die Hoffnung auf eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs verbunden. In der Folge sollen die Auszubildendenzahlen in der Pflege steigen, was einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung des Pflegefachkräftebedarfs darstellen würde.

Prognoserechnungen des IWAK im Rahmen des Landesprojekts „Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz“ ergaben für das Jahr 2030 Fehlbedarfe in Höhe von etwa 6.000 Pflegefachpersonen.¹ Darin sind aktuell bestehende Defizite bereits eingerechnet. Das Land Rheinland-Pfalz hat mit der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege“ (FQI Pflege 2.1) bereits vor Jahren ein Dach für Fachkräftesicherungsmaßnahmen in der Pflege geschaffen. Gemeinsam mit allen relevanten Akteuren im Gesundheitswesen und der Pflege wurden Zielsetzungen und konkrete Maßnahmen zur Fachkräftesicherung in fünf Handlungsfeldern vereinbart.² Im Handlungsfeld I „Zukunftsorientierte Formen von Ausbildung, Studium und Weiterbildung in der Pflege“ ist die Steigerung der Auszubildendenzahlen ein klar formuliertes Ziel, für welches das Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung (MASTD) die Rolle des sogenannten „Kümmerers“ übernommen hat. Im Handlungsfeld II „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ haben Arbeits- und Bildungsministerium gleichermaßen die Aufgabe übernommen, sich um Herausforderungen in der Phase der Implementierung der neuen Pflegeausbildung zu „kümmern“.

Dass solche Herausforderungen bestehen würden, war zum Zeitpunkt der Abfassung der Vereinbarung zur FQI Pflege bereits absehbar. Der Bundesgesetzgeber hat mit § 54 PflBG die Möglichkeit geschaffen, unterstützende Strukturen für die Einführung des Pflegeberufegesetzes auszugestalten. Bund, Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und die Bundesländer haben auf dieser Basis ein Förderprogramm aufgelegt. In Rheinland-Pfalz sollen die Mittel unter anderem für den Aufbau von Ausbildungsverbänden bzw. die Festigung von Lernortkooperationen genutzt werden³, denn die Koordination der Praxiseinsätze in der neuen Pflegeausbildung ist mit einem deutlich größeren Aufwand verbunden als zuvor. Zwar obliegt diese nach dem Pflegeberufegesetz dem Träger der praktischen Ausbildung, d.h. dem Betrieb, mit dem der/die Auszubildende seinen/ihren Ausbildungsvertrag abgeschlossen hat. Allerdings besteht die Annahme, dass die Delegation der Koordination an eine Pflegeschule eher die Regel als die Ausnahme sein dürfte. Grundsätzlich hat sich die Pflegeausbildung dahingehend verändert, dass nicht mehr trägerintern, sondern vielmehr allgemein für die gesamte Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur ausgebildet wird. Die praktischen Einsätze verteilen sich auf mehr Kooperationspartner, insgesamt durchlaufen die Auszubildenden sieben Einsatzbereiche (siehe Abbildung 1). Es ist davon auszugehen, dass die Umsetzung der neuen Pflegeausbildung und damit auch die Steigerung der Auszubildendenzahlen umso besser gelingt, je fester und verbindlicher Kooperationsstrukturen ausgestaltet sind.

¹ vgl. Lauxen (2022): Gutachten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz. Im Erscheinen.

² vgl. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie / Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2018): Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0 2018-2022. Online verfügbar unter: http://www.branchenmonitoring-gesundheitsfachberufe-rlp.de/sites/default/files/2018-11/vereinbarung_FQI_Pflege2.0.pdf

³ vgl. Landtag Rheinland-Pfalz (2020): Drucksache 17/11685. Online verfügbar unter: <https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/11685-17.pdf>

Abbildung 1: Überblick über die Einsätze in der neuen Pflegeausbildung

1. und 2. Ausbildungsdrittel	
Orientierungseinsatz	beim Träger der praktischen Ausbildung
Pflichteinsatz stationäre Akutpflege	davon ein Pflichteinsatz beim Träger der praktischen Ausbildung
Pflichteinsatz stationäre Langzeitpflege	
Pflichteinsatz ambulante Akut-/Langzeitpflege	
Pflichteinsatz pädiatrische Versorgung	
Letztes Ausbildungsdrittel	
Pflichteinsatz in der allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung	
Vertiefungseinsatz im Bereich eines der fünf Pflichteinsätze	in der Regel beim Träger der praktischen Ausbildung
Weiterer Einsatz	
Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	

Quelle: eigene Darstellung

In Rheinland-Pfalz wurde im Herbst 2021 das Förderprogramm „KOMPASS.RLP“ mit vier Schwerpunkten aufgelegt. Den ersten Schwerpunkt bildet die „KOMPASS-Studie“, deren Ergebnisse im vorliegenden Bericht verschriftlicht sind. Bislang bestand keine Transparenz darüber, welche Kooperationsbeziehungen zwischen Pflegeschulen, Trägern der praktischen Ausbildung und weiteren Beteiligten in der Pflegeausbildung im Bundesland bestehen. Weder war bekannt, in welchen Regionen es feste Ausbildungsverbände gibt, noch bestand ein Überblick über die Verbreitung unterschiedlicher Formen von weniger engen Lernortkooperationen.

Im zweiten Schwerpunkt „KOMPASS-Lernortkooperationen“ werden Workshops, Arbeitsgruppen und Beratungen angeboten, um Ausbildungsverbände und Lernortkooperationen weiterzuentwickeln und zu stabilisieren. Im dritten Schwerpunkt „KOMPASS-Pflegeschulen“ geht es um die Unterstützung der Pflegeschulen im Hinblick auf ihre Gesamtverantwortung in der theoretischen und praktischen Ausbildung. Auch hier werden u.a. Workshops, Arbeitsgruppen und bei Bedarf auch Coachings angeboten. Den vierten Schwerpunkt bildet die Einrichtung einer „Zentralen Koordinierungsstelle“. Die KOMPASS-Studie wurde vom Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) der Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt, die drei anderen Schwerpunkte von der DIP-GmbH (Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH).

Das methodische Vorgehen in der KOMPASS-Studie wird im nächsten Kapitel näher beschrieben. Das dritte Kapitel enthält eine genauere Beschreibung der Stichprobe der Studie. Auf dieser Grundlage wird im vierten Kapitel ein Überblick über Formen von Lernortkooperationen und deren derzeitige Verbreitung in Rheinland-Pfalz gegeben. Das fünfte Kapitel fokussiert die derzeit im Bundesland bestehenden festen Ausbildungsverbände, während im sechsten Kapitel die Ausgestaltung „einfacher Lernortkooperationen“ beschrieben wird. Das siebte Kapitel stellt aktuelle Herausforderungen bei der Lernortkooperation in den Mittelpunkt, im abschließenden achten Kapitel geht es um Perspektiven und Unterstützungsbedarfe zur Festigung von Lernortkooperationen.

2. Methodisches Vorgehen

Ziel der KOMPASS-Studie war eine empirische Bestandsaufnahme der Ausgestaltung von Kooperationen im Rahmen der Pflegeausbildung bei den Trägern der praktischen Ausbildung und den Pflegeschulen in Rheinland-Pfalz. Mit dem vorliegenden Abschlussbericht wird transparent, welche Arten von Kooperationsbeziehungen in welchem Ausmaß verbreitet sind und welche Herausforderungen und Weiterentwicklungsbedarfe bestehen. Zu befragen waren neben den Pflegeschulen die Organisationen, die als Träger der praktischen Ausbildung in der Pflege fungieren (können). Dabei handelt es sich nach § 7 Abs. 1 PflBG um Akutkrankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.

Begleitet von Literaturrecherchen, stellten die Konzeption eines Fragebogens für die Pflegeschulen und eines Fragebogens für Krankenhäuser, ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen die ersten Projektschritte dar. Diese erfolgten in enger Abstimmung mit Arbeits- und Bildungsministerium sowie mit der DIP-GmbH. Für die Programmierung des Fragebogens mittels der Befragungssoftware LimeSurvey sowie die Durchführung der elektronischen Befragung hat das IWAK mit Stefan Richter Anwendungsentwicklung einen erfahrenen IT-Dienstleister eingebunden.

Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV) als in Rheinland-Pfalz zuständige Behörde für die Verwaltung des Ausgleichsverfahrens in der Pflegeausbildung hat dem IWAK Adressdaten sämtlicher Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt. Darunter waren auch die Mailadressen der Ansprechpersonen, die am 21. September 2021 eine E-Mail mit Informationen und einem Aufruf zur Teilnahme an der Studie erhalten haben. Die ehemaligen Altenpflegeschulen wurden erst am 29. September 2021 vom Ministerium für Bildung angeschrieben, da vorab noch die Zustimmung des Landesdatenschutzbeauftragten und der Schulaufsichtsbehörde eingeholt werden musste. Erinnerungsmails wurden am 07. und 27. Oktober verschickt (ehemalige Altenpflegeschulen: nur am 27. Oktober). Zusätzlich haben die Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz, die Krankenhausgesellschaft, die PflegeGesellschaft, der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) und der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V. die KOMPASS-Studie ein- oder sogar zweimal bei Ihren Mitgliedern beworben. Zur Bewerbung der Befragung wurde ein gemeinsames Begleitschreiben von MASTD und BM verwendet. Geschlossen wurde die elektronische Befragung am 31. Oktober 2021.

Nach Sichtung der elektronischen Rückläufe begann die telefonische Nacherhebung in der ersten Novemberwoche. Dabei wurde ein Kurzfragebogen eingesetzt, der je nach den zeitlichen Kapazitäten der Ansprechpersonen erweitert wurde. Parallel bestand weiter die Möglichkeit, auch den elektronischen Fragebogen zu bearbeiten. Zielsetzung der telefonischen Nacherhebung war zum einen, möglichst alle Pflegeschulen zur Beteiligung zu motivieren. Da angenommen wurde, dass die Schulen zumeist Koordinationsaufgaben übernehmen, sollte es mit einer möglichst hohen Teilnahmequote auch möglich sein, ein umfängliches Bild der verbreiteten Formen von Lernortkooperationen im Bundesland zu zeichnen. Zum anderen sollten bei der Befragung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen regionale Rücklaufquoten von 30% generiert werden. Die regionale Einheit waren hier die fünf Versorgungsgebiete der Landeskrankenhausplanung (siehe Abbildung 2).

Bei der elektronischen Befragung wurden keine Cookies oder ähnliches eingesetzt. Es wurden auch keine IP-Adressen gespeichert. Der IT-Dienstleister hat die Befragungsdaten in anonymisierter Form an das IWAK übermittelt. Ergänzt wurden die Daten um die telefonisch generierten Fragebögen. Der Teil der Befragungsdaten, die sich für eine deskriptiv-statistische Analyse eigneten, wurde mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS ausgewertet. Die Antworten auf die zahlreichen offenen Fragen in den Fragebögen wurden einer zusammenfassenden, inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen.

Abbildung 2: Kartographische Übersicht über die fünf Versorgungsgebiete in Rheinland-Pfalz



Quelle: eigene Darstellung

3. Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt haben 437 Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen an der Befragung teilgenommen. Je nach Bereich konnten unterschiedlich hohe Rücklaufquoten erreicht werden, wie Tabelle 1 veranschaulicht. Die höchste Rücklaufquote wurde mit 94% bei den Pflegeschulen erreicht. Für die Krankenhäuser ergab sich ein Rücklauf von 50%, der sich allerdings teilweise auch durch die gemeinsame Perspektive von ehemaliger (Kinder-)Krankenpflegeschule und Klinik ergab. Bei den ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen wurde ein Rücklauf von jeweils 31% erreicht.

Tabelle 1: Rücklaufquoten der Befragung nach Sektoren

	Pflegeschulen	Krankenhäuser	Ambulante Pflegeeinrichtungen	Stationäre Pflegeeinrichtungen
Grundgesamtheit	65	101	548	501
Rücklauf in %	94% (n=61)	50% (n=51)	31% (n=169)	31% (n=156)

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Wie üblich bei schriftlichen Befragungen sind nicht sämtliche Fragebögen vollständig bearbeitet worden. Zum Teil wurden einzelne Fragen nicht beantwortet. Bei der telefonischen Nacherhebung konnte ohnehin nur ein Teil der Fragen gestellt werden. Die Fallzahlen hinter vielen Auswertungen in den Kapiteln 4 bis 7 sind demnach niedriger als in Tabelle 1 angegeben. Bei der Stichprobe handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe, sie erfüllt nicht das Kriterium der Repräsentativität für die Grundgesamtheit. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sind (in der Ausbildung) engagierte Einrichtungen in der Stichprobe überrepräsentiert, was nur teilweise durch die telefonische Erhebung ausgeglichen wurde.

In Tabelle 2 ist der Rücklauf nach Arten von Pflegeschulen differenziert dargestellt. Sämtliche Pflegeschulen an Krankenhäusern (ehemals Schulen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) haben an der Erhebung teilgenommen. Auch von den Berufsbildenden Schulen konnten mit einer Ausnahme alle Schulen für eine Teilnahme gewonnen werden. Etwas geringer fiel der Rücklauf bei den privaten (Alten-)Pflegeschulen aus. Drei Pflegeschulen bzw. Schulträger, die unter ihrem Dach sowohl die ehemalige Altenpflege- als auch die ehemalige Krankenpflegeausbildung vereinigen, haben ebenfalls an der Befragung teilgenommen. Sie werden zur Sicherung der Anonymität in den Ergebniskapiteln jedoch nicht separat ausgewiesen, sondern den Pflegeschulen an Krankenhäusern zugeordnet.

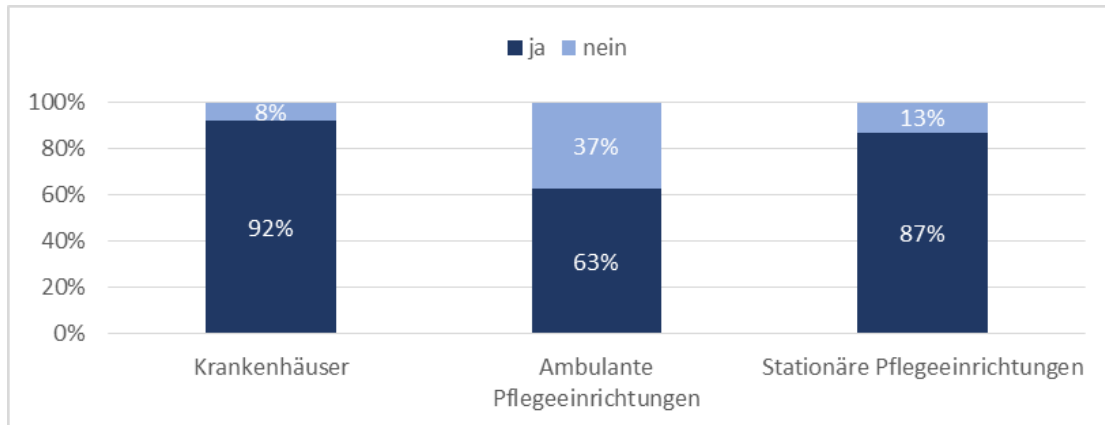
Tabelle 2: Rücklaufquoten der Schulbefragung nach Art der Pflegeschule

	Pflegeschulen an Krankenhäusern	Berufsbildende Schulen	Private (Alten-)Pflegeschulen	Pflegeschule am Krankenhaus & private (Alten-)Pflegeschule
Grundgesamtheit	36	18	8	3
Rücklauf in %	100% (n=36)	94% (n=17)	63% (n=5)	100% (n=3)

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Von den Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sind nicht allesamt in der Ausbildung aktiv. 92% der teilnehmenden Krankenhäuser, 87% der stationären und 63% der ambulanten Pflegeeinrichtungen gaben an, nach dem neuen Pflegeberufegesetz auszubilden (siehe Abbildung 3). Die nicht ausbildenden Einrichtungen haben zwar keine Angaben zu Lernortkooperationen, aber immerhin Angaben zu ihren Vorbehalten gegenüber einer Ausbildungsbeteiligung machen können (siehe Kapitel 7).

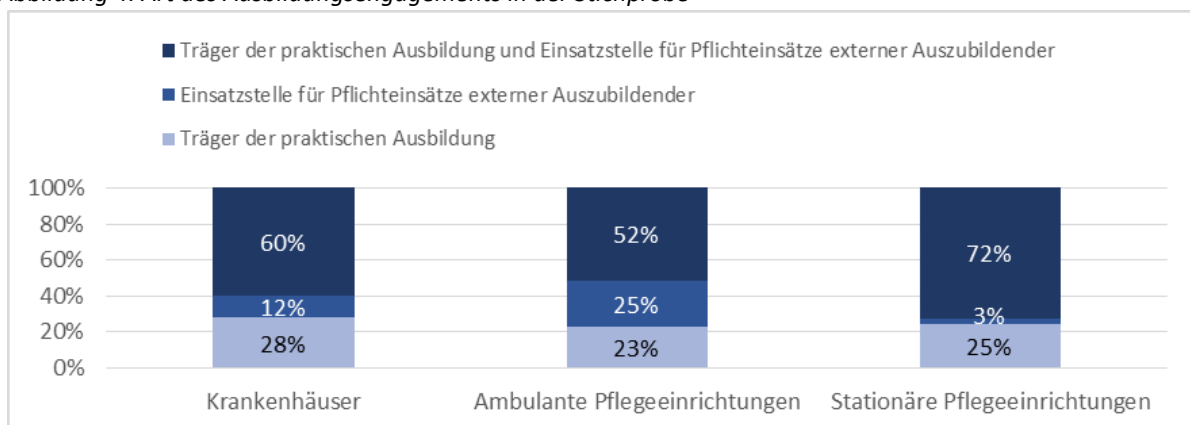
Abbildung 3: Anteil ausbildender und nicht ausbildender Einrichtungen in der Stichprobe



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

In der Gruppe der ausbildenden Kliniken und Pflegeeinrichtungen in der Stichprobe unterscheidet sich wiederum die Art des Ausbildungsengagements (siehe Abbildung 4). Mit 60% fungiert die Mehrheit der Krankenhäuser sowohl als Träger der praktischen Ausbildung als auch als Einsatzstelle für die Pflichteinsätze externer Auszubildender. Unter den stationären Pflegeeinrichtungen ist der Anteil derer, beide Rollen erfüllen, mit 72% sogar noch höher. Mit 3% haben nur wenige ausbildende Pflegeheime keine eigenen Auszubildenden. In der ambulanten Pflege ist der Anteil derer, die alleine als Einsatzstelle für externe Auszubildende fungieren, mit 25% am höchsten. Nicht auszuschließen ist, dass dieser Anteil noch unterschätzt wird, er könnte in der Grundgesamtheit weit größer sein. Vermutlich haben zumindest an der elektronischen Befragung insbesondere solche Einrichtungen teilgenommen, die auch in der Ausbildung aktiv sind. Der Anteil der nicht ausbildenden Einrichtungen in der Stichprobe wurde über die telefonische Nacherhebung deutlich gesteigert.

Abbildung 4: Art des Ausbildungsengagements in der Stichprobe



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Abschließend zeigt Tabelle 3 die Rücklaufquoten nach Bereichen und Versorgungsgebieten. Da sich die regionalen Quoten nicht allzu sehr unterscheiden, konnten auch regionalisierte Auswertungen vorgenommen werden. Für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurde die telefonische Nacherhebung gezielt dazu genutzt, ausgeglichene Rücklaufquoten aller Regionen zu generieren. Der Fokus beim Telefonieren lag deshalb insbesondere auf Regionen, in denen die 30%-Marke noch nicht erreicht war.

Tabelle 3: Rücklaufquoten der Befragung nach Versorgungsgebieten

	Pflegesschulen	Krankenhäuser	Ambulante Pflege- einrichtungen	Stationäre Pflege- einrichtungen
Mittelrhein-Westerwald	90%	39%	31%	30%
Trier	100%	100%	31%	30%
Rheinessen-Nahe	75%	50%	30%	31%
Rheinpfalz	100%	48%	31%	30%
Westpfalz	100%	38%	31%	37%
Rheinland-Pfalz	94%	50%	31%	31%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

4. Ein Überblick über Formen von Lernortkooperationen

1964 tauchte der Begriff der Lernortkooperation erstmals auf, als der deutsche Ausschuss für das Erziehungs- und Bildungswesen in einem Gutachten ein Zusammenwirken von beruflichen Schulen und Ausbildungsbetrieben forderte. Ursprünglich galt der Lernort Schule als Ort der Theorievermittlung, während im Lernort Betrieb praktisches Lernen durch Mitarbeit, Lernen am Modell und Nachahmen im Vordergrund stand.⁴ Die beiden Lernorte existierten eher nebeneinander. In den ersten Debatten um eine Lernortkooperation ging es zunächst darum, die schulischen und betrieblichen Anteile der Ausbildung inhaltlich aufeinander abzustimmen.⁵ In neueren Debatten seit Anfang der 2000er Jahre steht dagegen eine gemeinsame Gestaltung der Ausbildung auf Basis eines abgesprochenen Ausbildungsplans für beide Lernorte im Fokus.⁶ Theorie und Praxis sollen auf diese Weise stärker vernetzt werden.

Gemäß dem Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 2004 und dem Altenpflegegesetz aus dem Jahr 2003 sollte die Zusammenarbeit von schulischen und betrieblichen Lernorten mittels Praxisanleitung und -begleitung gelingen. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungswissen sollten verknüpft werden.⁷ Die Rahmenbedingungen für eine Intensivierung von Lernortkooperationen galten jedoch als suboptimal, da die gesetzlichen Vorgaben „eher weich“ waren und weniger den Charakter formaler Vorgaben hatten.⁸ Bei sehr unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen in den beiden Lernorten blieb unklar, was Lernortkooperation genau bedeuten sollte. Dadurch blieben sich die Lernorte teilweise eher fremd.⁹

Mit Einführung des neuen Pflegeberufgesetzes wurden Lernortkooperationen stärker formalisiert. Dies erschien schon deshalb notwendig, da die meisten Träger der praktischen Ausbildung nicht sämtliche Pflichteinsatzbereiche, die die Auszubildenden im Rahmen der neuen Ausbildung kennenlernen müssen, abdecken können. Da die Träger der praktischen Ausbildung für die planmäßige Durchführung der Ausbildung verantwortlich sind, benötigen sie Kooperationspartner. Ein vom Träger der praktischen Ausbildung zu erstellender Ausbildungsplan gemäß § 6 Abs. 3 PflBG strukturiert die praktische Ausbildung. Zudem sind die Träger gemäß § 6 Abs. 4 PflBG dazu verpflichtet, Kooperationsverträge mit ihren Kooperationspartnern abzuschließen.

Drei Arten der Formalisierung von Lernortkooperationen in der neuen Pflegeausbildung sind konzeptionell voneinander zu unterscheiden (siehe Abbildung 5), wobei die dritte Variante, die Lernortkooperation ohne vertragliche Absicherung gemäß PflBG zwar nicht mehr rechtmäßig ist, aber dennoch in

⁴ vgl. Keuchel, R. (2006): Miteinander statt nebeneinander. Stand und Perspektiven der Lernortkooperation in der Pflegeausbildung. In: PADUA Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Jg. 1, Nr. 1, S. 6–11.

⁵ vgl. Euler, D. (2004): Handbuch Lernortkooperation. Gütersloh: Bertelsmann. S.17.

⁶ vgl. Ottinger, C./ Piehler-Wenzel, S. (2017): Lernortkooperation in der Pflegeausbildung. Eine Analyse von Konzepten aus der Berufs- und Wirtschaftspädagogik sowie der Pflegepädagogik. Bachelor-Thesis, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.

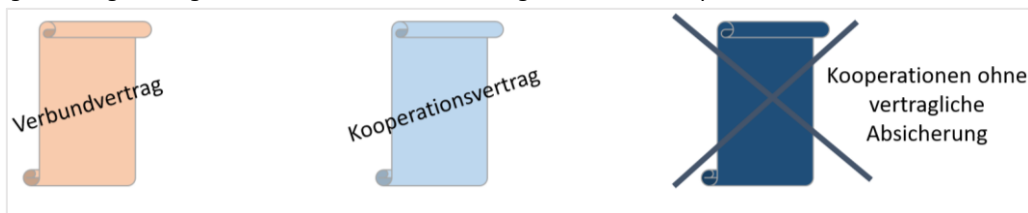
⁷ vgl. vgl. Keuchel, R. (2006): Miteinander statt nebeneinander. Stand und Perspektiven der Lernortkooperation in der Pflegeausbildung. In: PADUA Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Jg. 1, Nr. 1, S. 6–11.

⁸ vgl. Ottinger, C./ Piehler-Wenzel, S. (2017): Lernortkooperation in der Pflegeausbildung. Eine Analyse von Konzepten aus der Berufs- und Wirtschaftspädagogik sowie der Pflegepädagogik. Bachelor-Thesis, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.

⁹ vgl. Roes, M. (2006): Neues Lernen in der Praxis. Wissenstransfer in der Pflege. In: PADUA Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Jg. 1, Nr. 1, S. 21–23.

der Praxis vorkommt. Der Abschluss eines Kooperationsvertrags zwischen zwei Parteien ist die übliche Variante, die laut Gesetz gefordert ist. Der Abschluss eines Verbundvertrags, d.h. die Gründung eines Ausbildungsverbundes, ist eine Sonderform. Dort treten alle Ausbildungspartner einem gemeinsamen Verbundvertrag bei, es gibt keine bilateralen Rechtsbeziehungen mehr. Ein solcher Verbund sollte vergleichsweise fest und stabil sein, über ein gemeinsames Ausbildungsverständnis und eine feste Aufgabenverteilung verfügen, Strukturen und Abläufe sollten eingespielt sein und die Partner eine vertrauensvolle Beziehung zueinander pflegen.¹⁰ Auf Dauer sollte die Qualität der Ausbildung gesteigert und der organisatorische Aufwand im Verbund reduziert werden.

Abbildung 5: Drei grundlegende Arten der Formalisierung von Lernortkooperationen

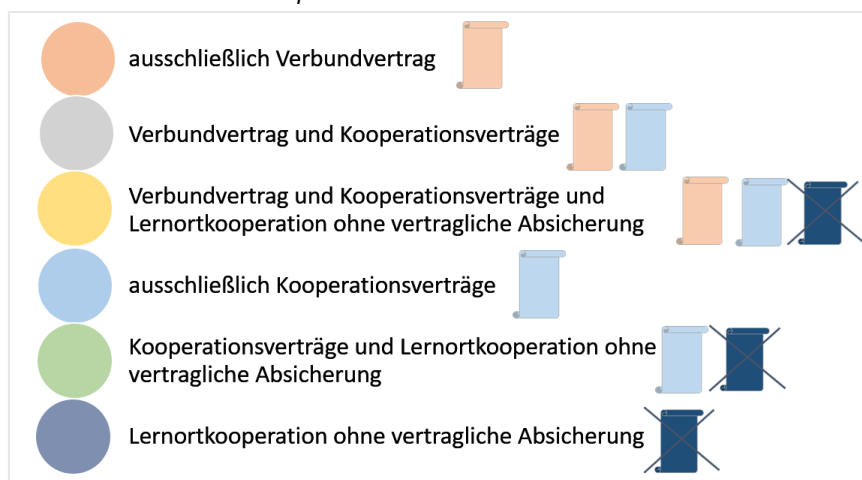


Quelle: KOMPASS-Studie 2022

In der KOMPASS-Befragung wurden die Schulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gefragt, ob sie Teil eines Ausbildungsverbundes sind, ob sie Lernortkooperationen mittels Kooperationsverträgen pflegen oder ob sie auf Verträge mit Kooperationspartnern verzichten. Ausbildungsverbünde waren vorab definiert worden als Zusammenschluss sämtlicher in der Pflegeausbildung benötigter Partner für die Pflichteinsätze sowie mindestens einer Pflegeschule, die mittels eines gemeinsamen Verbundvertrags abgesichert sind. Lernortkooperationen mittels Kooperationsverträgen waren definiert als Kooperation des Trägers der praktischen Ausbildung mit der Pflegeschule oder mit einer anderen an der Ausbildung beteiligten Einrichtung.

Da die Teilnehmenden mehrere Antwortoptionen ankreuzen konnten, ergaben sich im Ergebnis sechs verschiedene Kombinationen der oben beschriebenen drei grundlegenden Arten einer Formalisierung von Kooperationsbeziehungen. Abbildung 6 veranschaulicht diese visuell. Ihre derzeitige Verbreitung in Rheinland-Pfalz und in den Versorgungsgebieten wird im Folgenden zunächst aus Sicht der Pflegeschulen, anschließend aus Sicht der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen beschrieben.

Abbildung 6: Sechs Formen von Lernortkooperationen



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

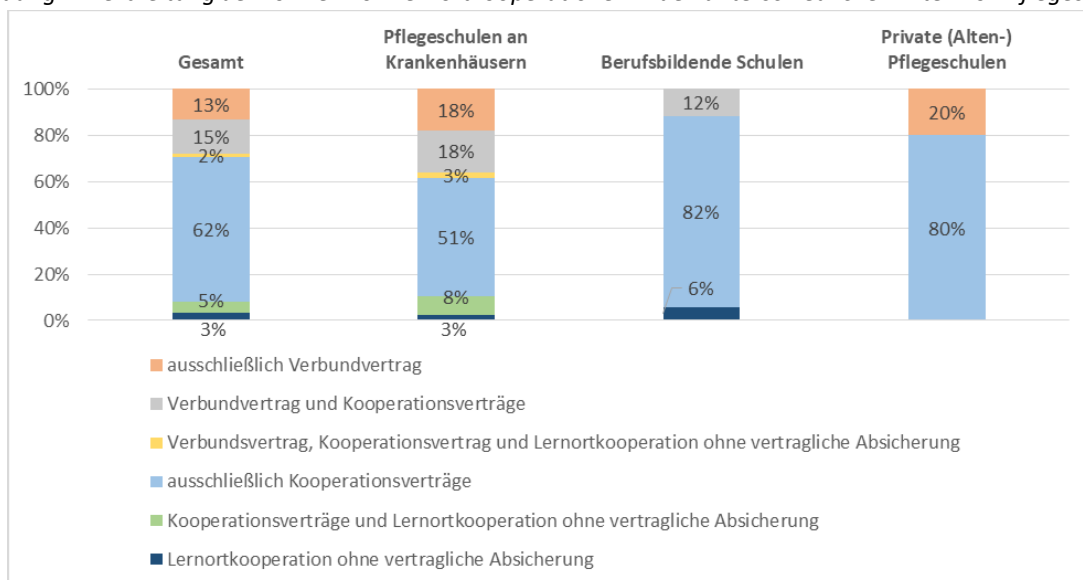
¹⁰ vgl. Beratungsteam Pflegeausbildung Bayern (o. A.): Lernortkooperation im Ausbildungsverbund. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/171906508-Lernortkooperation-im-ausbildungsverbund.html>.

4.1 Pflegeschulen – Formen von Lernortkooperationen

In den rheinland-pfälzischen Pflegeschulen ist der Abschluss von Kooperationsverträgen die am stärksten verbreitete Art der Formalisierung von Lernortkooperationen. 61% der Schulen haben ausschließlich Kooperationsverträge abgeschlossen. Ausschließlich Teil eines Ausbildungsverbundes mit gemeinsamem Verbundvertrag sind 13%, während 15% neben dem Verbundvertrag noch weitere Kooperationsverträge geschlossen haben. Eher selten kommt es vor, dass die Pflegeschulen ohne vertragliche Absicherung agieren. In Einzelfällen warten sie noch auf Rückmeldungen einzelner Kooperationspartner. Hauptgrund für den Verzicht auf Kooperationsverträge ist bei den Schulen jedoch die Trägereinheit von Träger der praktischen Ausbildung und Pflegeschule, die eine vertragliche Absicherung überflüssig macht.

Entsprechend kommt dieses „Modell“ häufiger in Pflegeschulen an Krankenhäusern vor. Zugleich sind die ehemaligen (Kinder-)Krankenpflegeschulen auch öfter Teil eines Ausbildungsverbundes bzw. sogar dessen Initiator. 18% der Pflegeschulen an Krankenhäusern haben ausschließlich einen Verbundvertrag unterschrieben, weitere 18% haben zusätzlich noch Kooperationsverträge abgeschlossen. Zusammen mit den 3%, die darüber hinaus noch Kooperationen ohne vertragliche Absicherung pflegen, sind damit etwa vier von zehn Pflegeschulen an Krankenhäusern Teil eines Ausbildungsverbundes.

Abbildung 7: Verbreitung der Formen von Lernortkooperationen in den unterschiedlichen Arten von Pflegeschulen



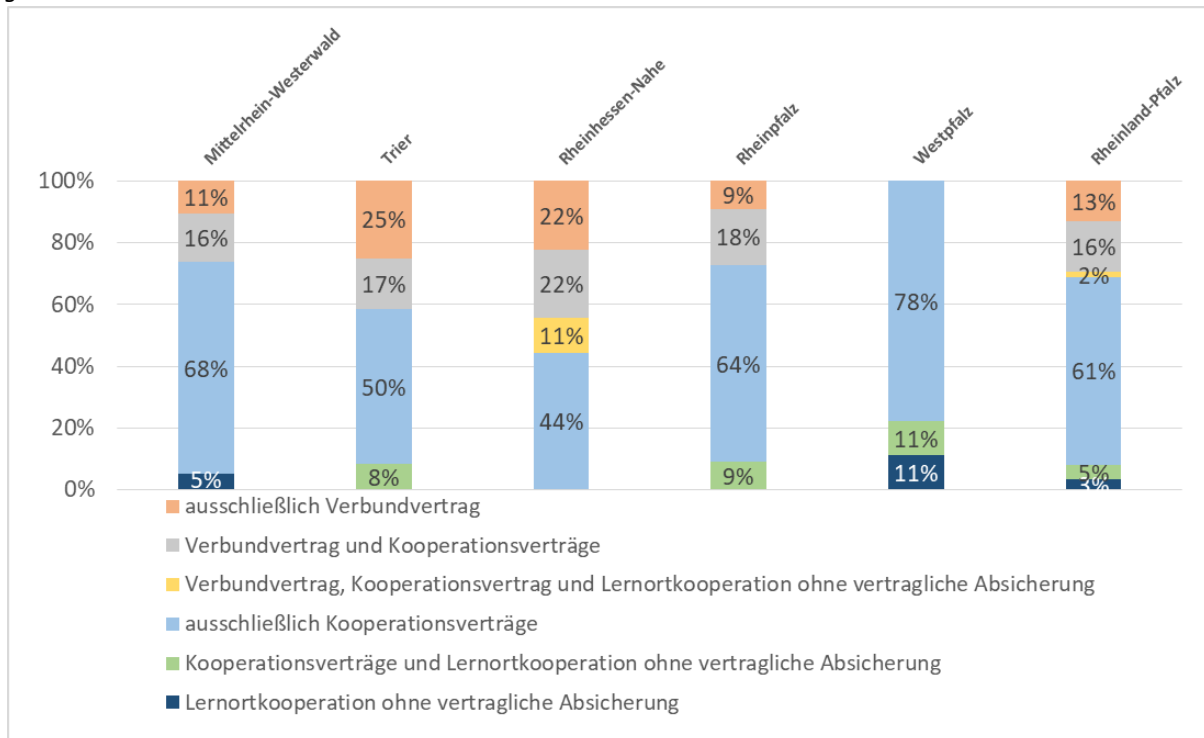
Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Von den privaten (Alten-)Pflegeschulen haben 20% einen Verbundvertrag unterschrieben, die übrigen 80% haben Kooperationsverträge abgeschlossen. Am geringsten ist der Anteil derer, die an Ausbildungsverbänden beteiligt sind, in der Gruppe der Berufsbildenden Schulen. Davon fungieren lediglich 12% als Verbundpartner, pflegen daneben aber auch noch weitere Kooperationsbeziehungen, die über Kooperationsverträge abgesichert sind. Mit 82% stützt sich die überwiegende Mehrheit der Berufsbildenden Schulen ausschließlich auf Kooperationsverträge.

Unterschiede lassen sich nicht nur zwischen den Schultypen, sondern auch im regionalen Vergleich feststellen. Wie Abbildung 8 veranschaulicht, ähnelt die Verbreitung der unterschiedlichen Formen von Lernortkooperationen in den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald und Rheinpfalz der Verteilung im Landesdurchschnitt. In den Versorgungsgebieten Trier und Rheinhessen-Nahe sind vergleichsweise viele Pflegeschulen Teil eines Ausbildungsverbundes. Im Versorgungsgebiet Westpfalz existierte zum Zeitpunkt der Befragung noch kein Verbund (siehe Kapitel 5), weshalb dort der Anteil

der Schulen, die Lernortkooperationen ausschließlich über Kooperationsverträge abgesichert haben, am höchsten ist.

Abbildung 8: Verbreitung der Formen von Lernortkooperationen in Pflegeschulen, differenziert nach Versorgungsgebieten



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

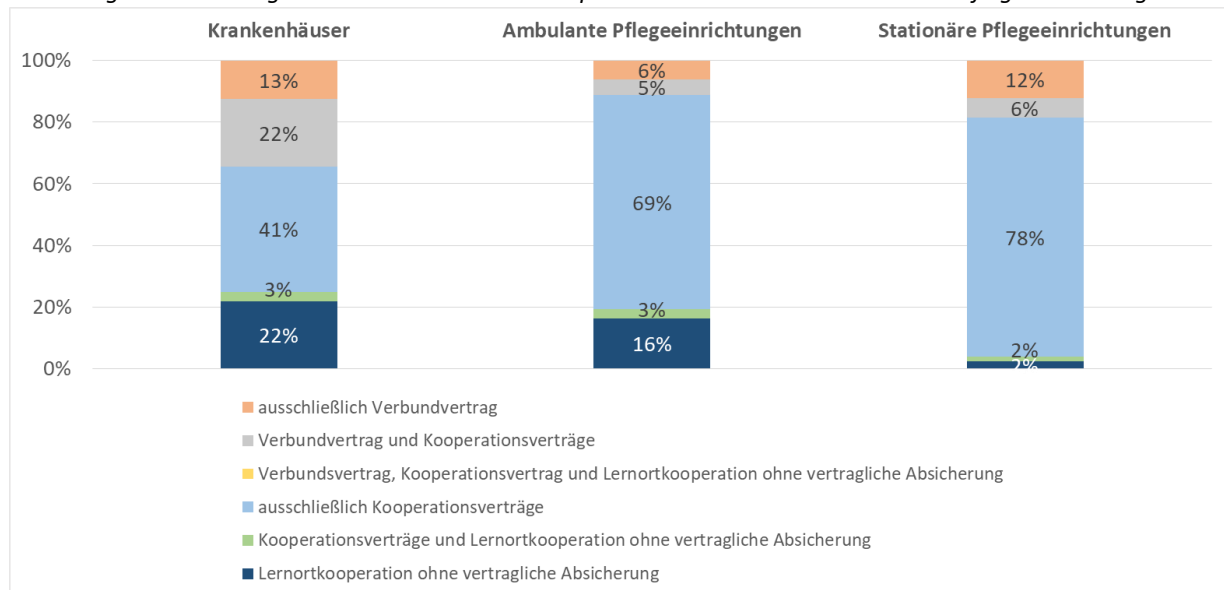
4.2 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen – Formen von Lernortkooperationen

Die Verteilung der Formen von Lernortkooperationen unterscheidet sich nicht nur nach Art der Pflegeschule, sondern auch zwischen Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (siehe Abbildung 9). In allen befragten Sektoren ist die Absicherung ausschließlich über Kooperationsverträge das gängigste Modell. *Krankenhäuser* sind allerdings weit häufiger als Pflegeeinrichtungen Teil eines Ausbildungsverbundes. 13% sind ausschließlich einem Verbund beigetreten, weitere 22% haben einen Verbundvertrag und weitere Kooperationsverträge unterschrieben. Insgesamt mehr als ein Drittel der Befragten arbeitet damit in einem Verbund mit. Zugleich hat etwa ein Viertel der Kliniken Kooperationspartner, mit denen es keine Vertragsbeziehung gibt. Dieser Anteil ist im sektoralen Vergleich der höchste, erklärt sich jedoch in sämtlichen Fällen durch die Trägeridentität von Krankenhaus und Pflegeschule, die eine vertragliche Absicherung der Kooperationsbeziehung überflüssig macht.

Ambulante Pflegedienste, die in der Ausbildung aktiv sind, nutzen für die Formalisierung von Lernortkooperationen am ehesten einen Kooperationsvertrag (69%). Teil eines Ausbildungsverbundes sind insgesamt nur 11%, was den niedrigsten Anteil im sektoralen Vergleich darstellt. Mit 16% agieren zudem vergleichsweise viele Pflegedienste ohne vertragliche Absicherung, und die Gründe liegen dort nicht in einer Trägeridentität von Pflegeeinrichtung und Pflegeschule. Antworten auf die offene Frage im Fragebogen, weshalb keine Kooperationsverträge abgeschlossen werden, deuten hauptsächlich auf fehlendes Wissen bezüglich der Notwendigkeit einer vertraglichen Absicherung hin (z.B. „keine Notwendigkeit, gute Erfahrungen mit aktuellem Modell“, „war bisher nie Thema“, „es gab bisher keine Komplikationen“ oder „zu viel Aufwand“). Des Weiteren gibt es allerdings auch Pflegedienste, die zum

Zeitpunkt der Erhebung noch mit der Vertragsgestaltung beschäftigt waren (z.B. „Verträge sind schon in Planung“ oder „sind bereits am Abschließen“).

Abbildung 9: Verbreitung der Formen von Lernortkooperationen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

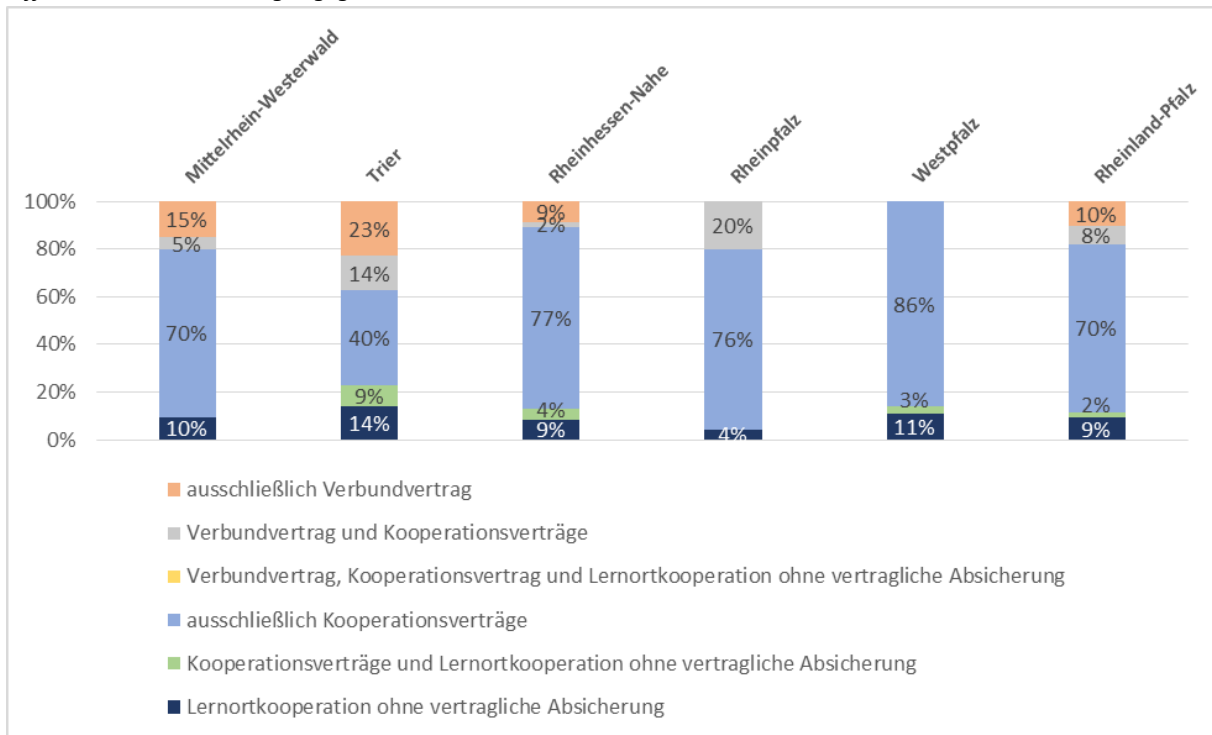


Quelle: KOMPASS-Studie 2022

In den stationären Pflegeeinrichtungen ist der Abschluss von Kooperationsverträgen ebenfalls das bei Weitem am häufigsten vorkommende Modell. 78% haben ausschließlich Kooperationsverträge abgeschlossen. Der Anteil derer, die Teil eines Ausbildungsverbundes sind, ist mit insgesamt 18% höher als im ambulanten Sektor. Nur wenige stationäre Pflegeeinrichtungen hatten zum Zeitpunkt der Befragung keine vertragliche Absicherung von Lernortkooperationen. Allerdings zeigte sich Unwissenheit bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen nur in einem Einzelfall. Die anderen Einrichtungen, die ihre Motive beschrieben haben, befanden sich im Prozess, Kooperationsverträge abzuschließen. Eine Einrichtung gab an, als Teil einer Stiftung aufgrund von Trägeridentität auf die vertragliche Absicherung verzichten zu können.

Für den regionalen Vergleich werden Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zusammenfassend dargestellt. Im Vergleich zur Verteilung der Formen von Lernortkooperationen im Landesdurchschnitt fallen die Versorgungsgebiete Trier und Westpfalz auf, wie Abbildung 10 veranschaulicht. Im Raum Trier ist der Anteil der Kliniken und Pflegeeinrichtungen, die Teil eines Ausbildungsverbundes sind, mit 37% deutlich höher als in Rheinland-Pfalz insgesamt (18%). In der Westpfalz haben dagegen keine Befragungsteilnehmenden angegeben, einem Verbund anzugehören. Entsprechend hat mit 80% ein höherer Anteil in diesem Versorgungsgebiet Kooperationsverträge abgeschlossen als im rheinland-pfälzischen Durchschnitt (70%).

Abbildung 10: Verbreitung der Formen von Lernortkooperationen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, differenziert nach Versorgungsgebieten



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

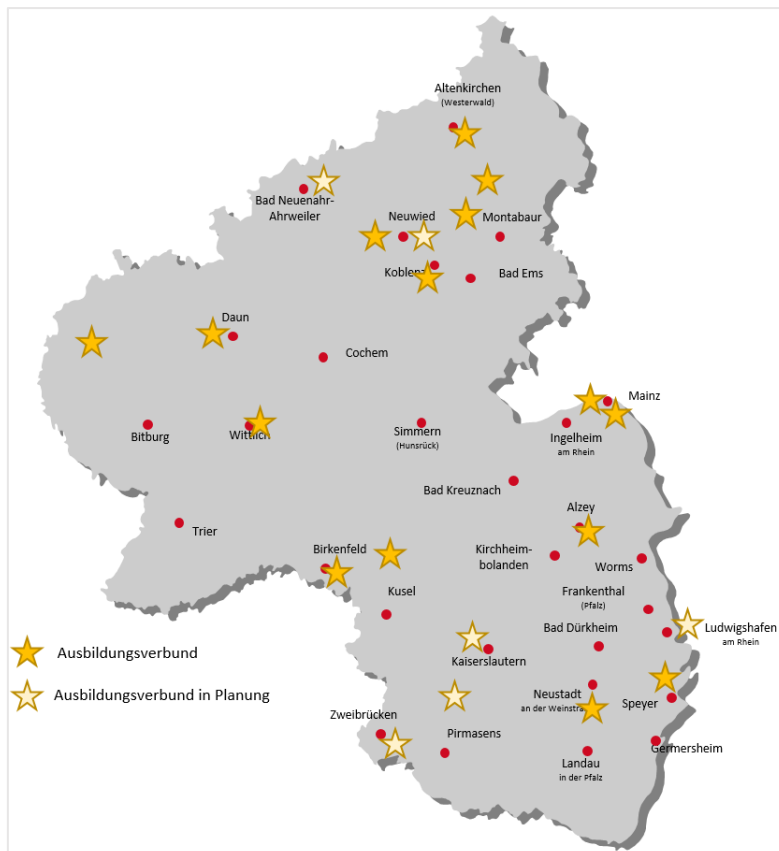
5. Ausbildungsverbände in Rheinland-Pfalz – ein Überblick

Im Folgenden wird ein Überblick über bestehende Ausbildungsverbände in Rheinland-Pfalz gegeben. Über die Befragung der Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen konnten 15 Ausbildungsverbände identifiziert werden, die ihr Zentrum im Bundesland haben. Vereinzelt haben ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung auch angegeben, Mitglied eines Verbandes mit Zentrum in Mannheim (Baden-Württemberg) zu sein. Zudem wurden Verbände als solche bezeichnet, die die in der Definition im Fragebogen angelegten Kriterien nicht erfüllten. Die Angaben der Teilnehmenden bezüglich der Verbände wurden sehr kritisch überprüft, zum Teil wurde für eine abschließende Klärung auch telefonisch Kontakt zur entsprechenden Pflegeschule aufgenommen. Die 15 rheinland-pfälzischen Ausbildungsverbände, die in Abbildung 11 kartographisch dargestellt sind, eint, dass dort – gemäß den Angaben in den Fragebögen – ein gemeinsamer Verbundvertrag existiert und weitestgehend auch sämtliche für die Pflichteinsätze benötigten Ausbildungspartner Teil des Verbandes sind. Zudem sind alle 15 Verbände keine ausschließlich trägerinternen Zusammenschlüsse.

5.1 Räumliche Verteilung der Ausbildungsverbände

Im *Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald* existierten zum Zeitpunkt der Befragung fünf Ausbildungsverbände. Der „Ausbildungsverbund Westerwald“, bereits im Februar 2020 gegründet unter Federführung des DRK-Bildungszentrums am Krankenhaus in Hachenburg und der BBS Westerburg, ist mit etwa 92 Mitgliedern der mitgliederstärkste Verbund im Bundesland. Auch die Verbände des Rheinischen Bildungszentrums in Neuwied (47 Mitglieder) und des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein in Koblenz (44 Mitglieder) haben hohe Mitgliederzahlen. Vom Landkreis initiiert wurde der „Ausbildungsverbund Pflege des Landkreises Altenkirchen“ im Norden des Versorgungsgebiets (22 Mitglieder). Einen kleineren Verbund mit fünf Mitgliedern hat die Schule für Pflegeberufe am Herz-Jesu-Krankenhaus in Dernbach initiiert.

Abbildung 11: Kartographische Darstellung bestehender und von Ausbildungsverbänden in Planung



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Im *Versorgungsgebiet Trier* fanden sich drei Ausbildungsverbände, von denen zwei durch einen großen Radius und eine hohe Mitgliederzahl gekennzeichnet sind: das „Katholische Bildungsnetzwerk für Pflegeberufe Eifel-Mosel“ mit Sitz in Daun (45 Mitglieder) sowie der Ausbildungsverbund am Bildungszentrum Eifel-Mosel in Wittlich (65 Mitglieder). Einen kleinen Verbund mit zwei Verbundpartnern hat die Pflegeschule am St. Joseph-Krankenhaus in Prüm im äußersten Westen des Versorgungsgebiets initiiert.

Fünf Ausbildungsverbände existieren bislang im *Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe*. Was die Mitgliederzahlen betrifft, sind die Verbände jedoch eher klein. Der „Ausbildungsverbund Pflege“ in Birkenfeld wurde von der ehemaligen Alten- und der ehemaligen Krankenpflegeschule bereits im Februar 2020 gegründet. Er ist mit etwa 21 Mitgliedern der größte Verbund im Versorgungsgebiet. Der „Pflegeverbund Idar-Oberstein“ wurde von der Pflegeschule am Klinikum Idar-Oberstein initiiert und hatte zum Zeitpunkt der Befragung 10 Mitglieder. Die „Caritas-Ausbildungskooperation“ im Raum Mainz-Bingen und der „Ausbildungsverbund Gesundheit und Pflege“ unter Federführung der Rheinhessen-Fachklinik in Alzey sind im Wachsen und hatten zum Befragungszeitpunkt 8 bzw. 7 Verbundpartner. Der Verbund der Universitätsmedizin Mainz und des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) ist der kleinste im regionalen Vergleich, wenn ausschließlich die Mitgliederzahlen und nicht die Schülerzahlen betrachtet werden (4 Mitglieder).

Im *Versorgungsgebiet Rheinpfalz* im Südosten von Rheinland-Pfalz fanden sich zwei Ausbildungsverbände: der „Ausbildungsverbund Süd- und Vorderpfalz“, mitgegründet von den Diakonissen Pflegeschulen in Speyer und Landau, und der „Verbund Pflegeschule Neustadt“, initiiert vom Bildungszentrum am Krankenhaus Hetzelstift in Neustadt an der Weinstraße. Der erstgenannte Verbund hat laut Angaben in den Fragebögen etwa 48 Mitglieder, der Verbund in und um Neustadt hat etwa 28 Partner.

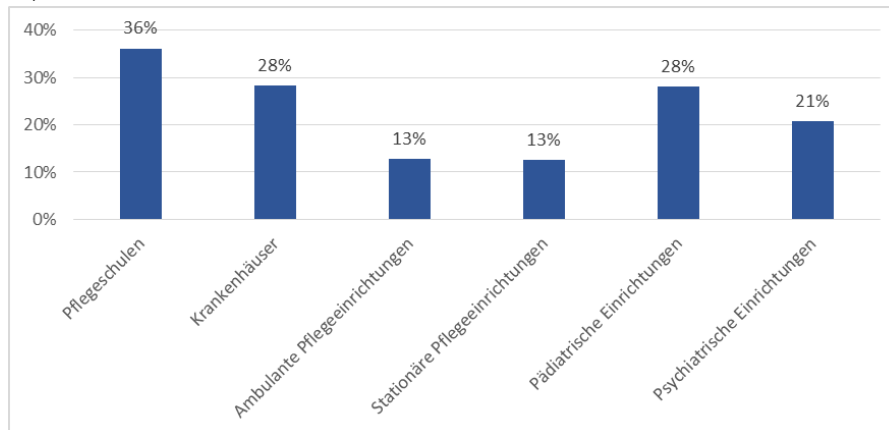
Noch kein Ausbildungsverbund existierte zum Zeitpunkt der Befragung im *Versorgungsgebiet Westpfalz* im südwestlichen Teil des Bundeslandes. Pflegeschulen in Kaiserslautern, Landstuhl und Zweibrücken gaben jedoch an, dass sich ein Verbund „in Planung“ befindet. Ob die Gründung tatsächlich gelingt, erscheint durchaus fraglich, denn in den Schulen bestehen zum einen Vorbehalte, was die Übernahme von Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben angeht. Dafür müssten die Träger öffentlicher Schulen entsprechende Ressourcen zur Verfügung stellen. Zum anderen bestehen Bedenken, ob sich noch ausreichend Verbundpartner gewinnen lassen, da sich die allermeisten Praxispartner mittlerweile „für sich aufgestellt haben“, so die Aussage einer Pflegeschule. Womöglich werden in der nächsten Zeit eher bestehende Verbände wachsen, als dass neue initiiert werden, so die Vermutung einer Schulleitung.

Ebenfalls noch eher unausgereifte Planungen für die Gründung eines Ausbildungsverbundes gibt es im Versorgungsgebiet Rheinpfalz in Ludwigshafen sowie im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald in den Landkreisen Neuwied und Ahrweiler. Auch dort gibt es jedoch die Befürchtung, nicht ausreichend Partner zu finden. Zudem besteht die Sorge vor hohen bürokratischen Aufwänden.

Die Mehrheit der Verbundpartner in den bestehenden Verbänden hat seinen Sitz in der gleichen Gebietskörperschaft, in der sich das Zentrum des Verbundes befindet. Insbesondere für die Pflichteinsätze in der ambulanten und stationären Pflege gibt es meist Verbundpartner vor Ort, wie die Auswertungen in Abbildung 12 veranschaulichen. Dargestellt sind die Anteile der Verbände, die keine Partner innerhalb des eigenen Landkreises bzw. der eigenen kreisfreien Stadt haben. Für die ambulante und stationäre Pflege sind die Anteile mit jeweils 13% am geringsten. Weiter dürften die Wege mitunter zur Pflegeschule sein, wenn man die räumliche Ausdehnung der größeren Verbände bedenkt. Auch für den Pflichteinsatz im Krankenhaus und in der pädiatrischen Pflege müssen die Auszubildenden ge-

benenfalls je nach Einsatzort weitere Wege auf sich nehmen. Jeweils 28% der Verbände haben Einsatzbereiche ausschließlich in einer anderen Gebietskörperschaft. Für die Psychiatrie trifft dies auf 21% der Verbände zu.

Abbildung 12: Anteil der Verbände ohne Verbundpartner in der eigenen Gebietskörperschaft, differenziert nach Einsatzbereichen, in %

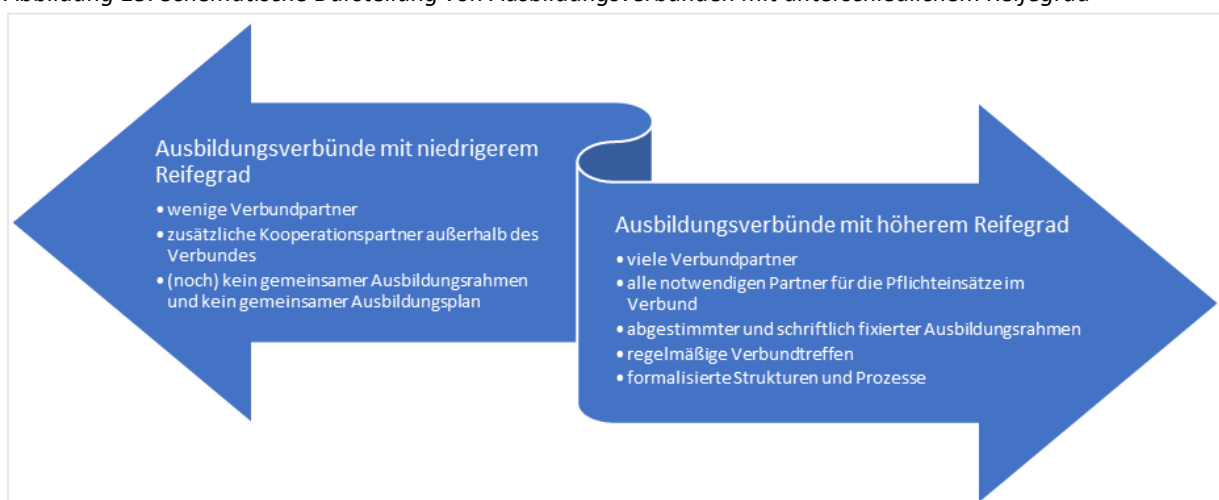


Quelle: KOMPASS-Studie 2022

5.2 Ausbildungsverbände und ihr Reifegrad

Bei näherer Betrachtung der 15 im Bundesland bestehenden Ausbildungsverbände lassen sich diese anhand ihres „Reifegrades“, das heißt anhand Umfang und Reichweite sowie dem Grad der Formalisierung von verbundinternen Strukturen und Prozessen, unterscheiden (siehe Abbildung 13). So gibt es eine Reihe von Verbänden, die als *Ausbildungsverbände mit niedrigerem Reifegrad* angesehen werden können. Solche Verbände bestehen aus eher wenigen Verbundmitgliedern, und oftmals sind nicht sämtliche Pflichteinsatzbereiche abgedeckt. Dies führt dazu, dass die Verbundpartner über den Verbundvertrag hinaus noch weitere Kooperationsverträge abgeschlossen haben. In Verbänden mit niedrigerem Reifegrad existieren in der Regel (noch) kein gemeinsamer Ausbildungsrahmen und noch keine einheitliche Planung der praktischen Ausbildung. Die Koordination der Praxiseinsätze erfolgt durch die Schulen.

Abbildung 13: Schematische Darstellung von Ausbildungsverbänden mit unterschiedlichem Reifegrad



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

In 6 der 15 Verbände im Bundesland ist der Reifegrad als eher niedrig anzusehen. Dabei gibt es auf der einen Seite solche, die eher den Charakter von Zweckverbänden haben: Beispielsweise haben sich Krankenhaus- bzw. Schulträger mit Partnern aus der Altenhilfe zusammengeschlossen, um sämtliche

Pflichteinsätze abdecken zu können. Eine Öffnung für weitere Verbundpartner scheint jedoch eher nicht angedacht. Auf der anderen Seite gibt es Verbünde mit niedrigem Reifegrad, die sich im Wachstum befinden. Diese sind durchaus auf der Suche nach potenziellen Partnern und sind bestrebt, Strukturen und Prozesse im Verbund künftig stärker zu formalisieren. Als Beispiel hierfür ist der „Ausbildungsverbund Gesundheit und Pflege“ in Alzey zu nennen.

Die Definition eines *Ausbildungsverbundes mit höherem Reifegrad* trifft auf 9 der 15 Ausbildungsverbünde weitgehend zu. Dabei handelt es sich um Verbünde mit vielen Verbundpartnern, die sämtliche Bereiche für die Pflichteinsätze abdecken. Der Abschluss zusätzlicher Kooperationsverträge mit Partnern außerhalb des Verbunds ist daher nicht notwendig. Es gibt einen mit den Verbundpartnern abgestimmten und schriftlich fixierten Ausbildungsplan, der in der Regel federführend von der Pflegeschule erstellt wird. Die Schule koordiniert auch die Praxiseinsätze und organisiert regelmäßige Treffen der Verbundmitglieder. Teilweise sind die Strukturen so weit gefestigt, dass sich die Träger der praktischen Ausbildung im Verbund auf eine einheitliche Ausbildungsvergütung geeinigt haben. Beispiele für Ausbildungsverbünde mit hohem Reifegrad sind das „Katholische Bildungsnetzwerk für Pflegeberufe Eifel-Mosel“ mit Zentrum an der Pflegeschule Daun, der „Ausbildungsverbund Bildungszentrum Eifel-Mosel“ in Wittlich sowie der „Ausbildungsverbund Westerwald“ mit Zentrum in Hachenburg.

5.3 Anzahl der Verbundpartner

Die Anzahl der Partner im Ausbildungsverbund variiert mit dem Reifegrad. Verbünde mit höherem Reifegrad haben mehr Mitglieder als solche mit niedrigerem Reifegrad. Erstere haben im Durchschnitt etwa 44 Mitglieder, während sich die übrigen aus durchschnittlich 8 Partnern konstituieren. Die Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach der Art der Verbundpartner differenziert wird (siehe Tabelle 4): In Verbänden mit höherem Reifegrad sind mehr Schulen, mehr Krankenhäuser, mehr ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie mehr pädiatrische und psychiatrische Einrichtungen beteiligt.

Insgesamt stammen die meisten Verbundpartner aus den Bereichen der stationären und der ambulanten Pflege. Etwa die Hälfte der Mitglieder eines Verbundes sind stationäre Pflegeeinrichtungen. Was die Beteiligung von Pflegeschulen betrifft, ist es meistens eine Schule, die im Zentrum des Verbundes steht. In 7 der 15 Verbünde ist allerdings mehr als eine Pflegeschule beteiligt. Verbundpartner aus dem pädiatrischen Bereich fehlten zum Zeitpunkt der Befragung in 2 Verbänden, Einsatzstellen für die psychiatrischen Pflichteinsätze sogar in 4 Verbänden. Um sämtliche Bereiche für die Pflichteinsätze abdecken zu können, haben die Verbundpartner zusätzlich zum Verbundvertrag noch weitere Kooperationsverträge mit pädiatrischen und psychiatrischen Einrichtungen abschließen müssen.

Tabelle 4: Anzahl der Verbundpartner in Ausbildungsverbänden, differenziert nach Reifegrad der Verbünde

	höherer Reifegrad	niedriger Reifegrad	Gesamt
durchschnittliche Anzahl Verbundpartner	44,4	8,0	29,9
Pflegeschulen	2,0	1,5	1,7
Krankenhäuser	3,3	1,5	2,6
Ambulante Pflegeeinrichtungen	13,3	3,2	9,3
Stationäre Pflegeeinrichtungen	22,2	4,3	15,1
Pädiatrische Einrichtungen	4,1	1,3	3,0
Psychiatrische Einrichtungen	3,8	0,5	2,5

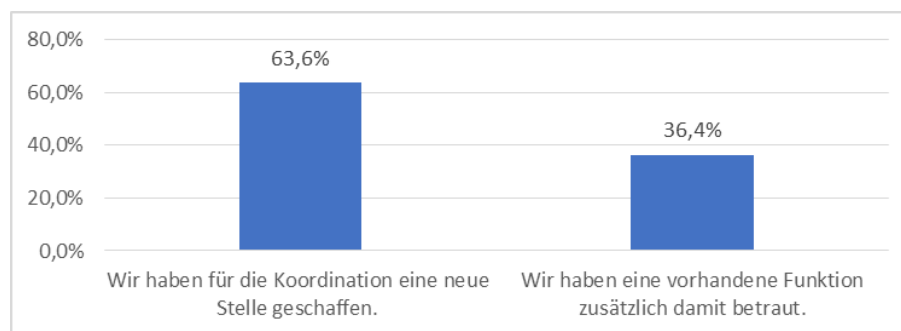
Quelle: KOMPASS-Studie 2022

5.4 Steuerung und Koordination

Ein schriftlich fixierter und im Verbund abgestimmter Ausbildungsrahmen sowie ein zentraler Ausbildungsplan für die praktische Ausbildung sind Instrumente, um einerseits die Qualität der Ausbildung und andererseits eine effiziente Steuerung und Koordination eines Ausbildungsverbundes zu gewährleisten. 10 der 15 Verbünde haben Angaben dazu gemacht, ob ein abgestimmter und schriftlich fixierter Ausbildungsrahmen existiert: In 6 Verbänden ist dies der Fall, wobei es sich in ebendiesen Fällen um Ausbildungsverbünde mit einem höheren Reifegrad handelt. In vier Verbänden, ausnahmslos solche mit niedrigerem Reifegrad, existiert kein entsprechender Rahmen. Während der Ausbildungsplan für die praktische Ausbildung in Zusammenschlüssen mit höherem Reifegrad von der Pflegeschule erstellt wird bzw. im „Ausbildungsverbund Westerwald“ von einer Koordinierungsstelle, die in enger Abstimmung mit den beiden beteiligten Pflegeschulen agiert, sind es in Verbänden mit niedrigerem Reifegrad in einigen Fällen auch die Träger der praktischen Ausbildung, die sich um die Planung der praktischen Ausbildung kümmern.

Die Koordination der Praxiseinsätze der Auszubildenden ist in 14 der 15 Verbünde im Bundesland bei den Pflegeschulen bzw. im „Ausbildungsverbund Westerwald“ bei einer Koordinierungsstelle angesiedelt. Im Verbund „Caritas-Ausbildungs Kooperation“ sind es die beteiligten Schulen und die praktischen Ausbildungsträger, die die Praxiseinsätze abstimmen. In knapp zwei Drittel der Fälle wurde für die Koordinierungsaufgaben eine neue Stelle geschaffen (siehe Abbildung 14). Der Stellenumfang variierte dabei zwischen 30% und 180% einer Vollzeitstelle, je nach Größe des Verbundes. Eine vorhandene Funktion wurde in 36% der Verbünde mit der Koordination beauftragt, vor allem in Ausbildungsverbänden mit niedrigerem Reifegrad. Der Stellenumfang lag dennoch zwischen 50% und 80% einer Vollzeitstelle, was den Aufwand für die Koordinierungsaufgaben auch in kleineren Verbänden veranschaulicht. Über alle Verbünde hinweg lag der Stellenumfang bei durchschnittlich 81% einer Vollzeitstelle.

Abbildung 14: Funktionen, die in Ausbildungsverbänden mit der Koordination der Praxiseinsätze betraut sind, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

In der Regel erhalten die Pflegeschulen von den Trägern der praktischen Ausbildung Mittel für die Koordination der Praxiseinsätze. Lediglich ein Verbund hat angegeben, dass keine Mittelweitergabe erfolgt. In den anderen Verbänden sind es zumeist 595 Euro, die pro Auszubildendem und Schuljahr veranschlagt werden. Nur eine Schule erhält weniger als diesen Durchschnittsbetrag, eine andere Schule erhält nach eigenen Angaben einen höheren Betrag. Unstimmigkeiten bei der Frage, inwieweit der Durchschnittsbetrag angemessen ist, werden anhand der auseinandergelassenen Meinungen deutlich: Aus 11 der 15 Verbände liegen Angaben vor: 6 davon halten die Mittel für ausreichend, die anderen sind der Meinung, die Ausgleichszahlungen müssten höher ausfallen.

5.5 Austausch und Besprechungen

Die zentrale Rolle der Pflegeschulen bei der Koordination und Steuerung eines Ausbildungsverbundes kommt auch darin zum Ausdruck, dass diese regelmäßige Besprechungen und Treffen der Verbund-

mitglieder organisieren. In 80% der Verbände gibt es solche Austauschformate, die Häufigkeit der Treffen ist in Tabelle 5 dargestellt. Bedingt durch die Corona-Pandemie finden viele Besprechungen virtuell statt oder sind erst für die Nach-Pandemiezeit in Planung. In einigen Verbänden gibt es über die Verbundtreffen hinaus noch weitere Arbeitstreffen.

Tabelle 5: Anteil der Verbände mit regelmäßigen Besprechungen und Treffen der Verbundmitglieder, in %

	keine / in Planung	1x jährlich	2x jährlich	3-4x jährlich	häufiger als 4x jährlich
regelmäßige Verbundtreffen	20%	13%	40%	13%	13%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Eine offene Frage nach den fünf wichtigsten Themen, zu denen sich die Verbundpartner austauschen, brachte 100 Nennungen zutage. Diese wurden zu acht Oberthemen zusammengefasst, wobei 20% der Nennungen auf Organisatorisches und jeweils 15% auf das Thema Einsatzplanung und Koordination der Praxiseinsätze sowie auf das Thema Sicherstellung der Praxisanleitung entfielen (siehe Tabelle 6). Unter *Organisatorisches* ließen sich beispielsweise die Weitergabe von Informationen, die Vorstellung neuer Verbundmitglieder oder rechtliche Klärungen (beispielsweise Diskussion neuer gesetzliche Vorgaben oder Gestaltung von Verträgen) subsumieren. Zudem nimmt die Abstimmung von Unterlagen und Formularen zur Dokumentation der Ausbildung Raum in den Besprechungen ein. Des Weiteren findet vielerorts eine Abstimmung von *Einsatzplanung und Koordination der Praxiseinsätze* in den Verbundtreffen statt. Dabei geht es auch darum, Lösungen für Engpässe zu finden, beispielsweise im Bereich Pädiatrie oder auch für die ambulante Pflege. Die *Sicherstellung der Praxisanleitung* bei allen Verbundpartnern erscheint ebenfalls als Herausforderung, gerade vor dem Hintergrund der angespannten Personalsituation in vielen Kliniken und Pflegeeinrichtungen (siehe auch Kapitel 7).

Tabelle 6: Oberthemen in Besprechungen und Treffen der Verbundmitglieder und Anteil der Nennungen, in %

	Anteil der Nennungen
Organisatorisches	20%
Einsatzplanung & Koordination der Praxiseinsätze	15%
Sicherstellung der Praxisanleitung	15%
Allgemeiner, offener Austausch	14%
Leistungsbewertung	10%
Öffentlichkeitsarbeit & Akquise von Azubis	9%
Ausbildungskonzept & Lerninhalte	9%
Finanzielle Absprachen	6%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Besprechungen und Treffen dienen nichtsdestoweniger auch für einen *allgemeinen, offenen Austausch* der Verbundpartner. Aktuelle Fragen werden geklärt, Probleme thematisiert und über die Umsetzung der neuen Pflegeausbildung reflektiert. Ein exemplarisches Thema, das mehrfach genannt wurde, ist die *„Heimatlosigkeit der oftmals jungen Auszubildenden“*, die häufig den praktischen Einsatzort wechseln müssen und die deshalb womöglich nur schwer an den Träger der praktischen Ausbildung gebunden werden können. Das Oberthema *Leistungsbewertung* wird akuter im Hinblick auf Zwischen- und Abschlussprüfungen. Jede zehnte Nennung in den Fragebögen entfiel darauf. Der Umgang und die Kompensation von Fehlzeiten, die Bewertung leistungsschwächerer Auszubildender, die Deckung von Unterstützungsbedarfen im psychischen, physischen oder sprachlichen Bereich sind neben der Gestaltung von Prüfungen wichtige Themen.

Des Weiteren dienen Verbundbesprechungen und -treffen zur Abstimmung einer gemeinsamen *Öffentlichkeitsarbeit* im Verbund und von Aktivitäten zur Gewinnung von Auszubildenden. 9% der Nennungen entfielen auf dieses Oberthema. Inhaltliche Auseinandersetzungen zu *Ausbildungskonzept und Lerninhalten* scheinen ebenfalls etwas seltener Gegenstand des Austauschs auf Verbundebene zu sein. Teilweise wird die Strukturierung von Schulunterricht und Praktika besprochen und dadurch der Theorie-Praxis-Transfer intensiviert. *Finanzielle Absprachen* (beispielsweise zur Übernahme von Fahrtkosten, das Thema Umsatzsteuer oder die Finanzierung der Praxisanleitung) sind mitunter ebenfalls Gegenstand der Besprechungen.

Noch wesentlich häufiger als Verbundbesprechungen und -treffen finden Austauschformate für die Praxisanleiter/innen der Verbundpartner statt (siehe Tabelle 7). In mehr als der Hälfte aller Ausbildungsverbünde kommen die Praxisanleitungen mindestens vier Mal im Jahr in einen strukturierten Austausch, in 20% sogar in monatlichen Abständen.

Tabelle 7: Anteil der Verbünde mit regelmäßigen Besprechungen und Treffen der Praxisanleitungen, in %

	keine / in Planung	2x jährlich	4-6x jährlich	monatlich
regelmäßige Treffen der Praxisanleitungen	20%	27%	33%	20%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Zu den Themen, über die ein Austausch erfolgt, fanden sich in den Fragebögen 101 verwertbare Nennungen. Diese wurden zu 9 Oberthemen gebündelt, die in Tabelle 8 nach der Häufigkeit der Nennung aufgelistet sind. Am häufigsten wurde der Austausch zur *Sicherstellung und Gestaltung der Anleitung* genannt. Die Gewährleistung der Praxisanleitung ist somit nicht nur auf Ebene der Verbundpartner ein Thema, sondern auch für die Praxisanleiter/innen, die wohl nicht selten Schwierigkeiten haben, die geforderte Anleitung im Umfang von 10% sicherzustellen. Dazu sorgt die Personalsituation in der Praxis dafür, dass kaum Zeit für die Anleitung der Auszubildenden vorhanden ist. Aufgrund hoher Schülerzahlen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt betreut werden müssen, kann es in einzelnen Bereich auch organisatorisch zu Engpässen kommen. Als Beispiel dafür wurden pädiatrische Einsatzbereiche benannt, die zeitweise geradezu „mit Auszubildenden geflutet“ werden, so der O-Ton aus einem der befragten Krankenhäuser. Bei der Gestaltung der Anleitung geht es um den direkten Umgang mit den Auszubildenden, die Ausgestaltung von Lehr-/Lernsituationen und das methodisch-didaktische Vorgehen in der Anleitung.

Tabelle 8: Oberthemen in Besprechungen und Treffen der Praxisanleitungen und Anteil der Nennungen, in %

	Anteil der Nennungen
Sicherstellung & Gestaltung der Praxisanleitung	24%
Leistungsbewertung	18%
Ausbildungskonzept und -inhalte	12%
Dokumentation	10%
Einsatzplanung	10%
Arbeits- und Lernaufgaben	8%
Organisatorisches	8%
Allgemeiner, offener Austausch	8%
Fortbildung	3%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Am zweithäufigsten haben die Schulen das Thema *Leistungsbewertung* genannt (18% aller Nennungen). Dabei geht es um die Abstimmung des Lernzielkatalogs, die Festlegung gemeinsamer Beurteilungskriterien, Fragen der Kompetenzfeststellung und um die Prüfungsvorbereitung und -gestaltung. Im Fokus steht insbesondere die Gestaltung der praktischen Prüfung. *Ausbildungskonzept und -inhalte* und die Arbeit an einem gemeinsamen Ausbildungsverständnis sind ebenso Gegenstand der Besprechungen der Praxisanleitungen in den Verbänden wie Absprachen zur *Dokumentation* (Umgang mit Ausbildungsnachweisen, Praxisordnern usw.) und konkrete Fragen der *Einsatzplanung*.

Weitere, etwas seltener genannte Themenbereiche für die Besprechungen der Praxisanleitungen sind die Abstimmung von *Arbeits- und Lernaufgaben* für die praktischen Einsätze, *Organisatorisches* (Weitergabe von Informationen, Probezeitbesprechungen, Qualitätssicherung...) sowie ein *allgemeiner, offener Austausch*. Bei Letzterem wird nicht nur die Perspektive der Anleiter/innen reflektiert, sondern auch die Perspektive der Auszubildenden. Vereinzelt werden die Besprechungen der Praxisanleiter/innen wohl auch als *Fortbildung* konzipiert und umgesetzt bzw. für die Suche nach geeigneten Fortbildungsthemen genutzt.

Ein regelmäßiger Austausch von Pflegeschule und Praxisanleitungen erfolgt im Rahmen der Praxisbegleitung in allen Verbänden mit einer Ausnahme, wo es allerdings konkrete Planungen dafür gibt.

6. Mit Kooperationsvertrag abgesicherte Lernortkooperationen

Wesentlich häufiger als über die Mitgliedschaft in einem Ausbildungsverbund und die Absicherung mittels Verbundvertrag haben Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen Lernortkooperationen mittels Kooperationsverträgen formalisiert. 62% der Pflegeschulen, 41% der Krankenhäuser, 69% der ambulanten und 78% der stationären Pflegeeinrichtungen haben ausschließlich Kooperationsverträge abgeschlossen (siehe Kapitel 4). Hinzu kommen noch diejenigen, die zusätzlich noch einen Verbundvertrag unterschrieben haben. Im Folgenden wird beleuchtet, wie solche „einfachen Lernortkooperationen“ außerhalb von Ausbildungsverbänden ausgestaltet sind. Dazu wird zunächst die Perspektive der Pflegeschulen beschrieben, anschließend die Ergebnisse der Befragung der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen.

6.1 Pflegeschulen

Die meisten Kooperationsverträge haben Pflegeschulen mit stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten abgeschlossen (siehe Tabelle 9). Die Spannweite ist recht groß: Während einige Schulen (noch) keine Verträge abgeschlossen haben, verfügen andere über bis zu 30 Partner im ambulanten Bereich und bis zu 49 Partner im Setting der stationären Langzeitpflege. Im Durchschnitt hat eine rheinland-pfälzische Schule etwa 12 stationäre und 9 ambulante Kooperationspartner.

Auch die Zahl der Kooperationsverträge mit Krankenhäusern variiert stark. Während das Maximum bei 25 liegt, deutet der Durchschnitt von 2,3 Kooperationsverträgen darauf hin, dass viele Schulen nur wenige Verträge mit Krankenhäusern abschließen. Auch Kooperationen mit anderen Pflegeschulen werden eher selten geschlossen. Etwas höher ist die durchschnittliche Anzahl der Partner für die Pflichteinsätze in Pädiatrie (durchschnittlich 2,8 Partner) und Psychiatrie (durchschnittlich 2,2 Partner).

Tabelle 9: Anzahl der Kooperationspartner von Pflegeschulen

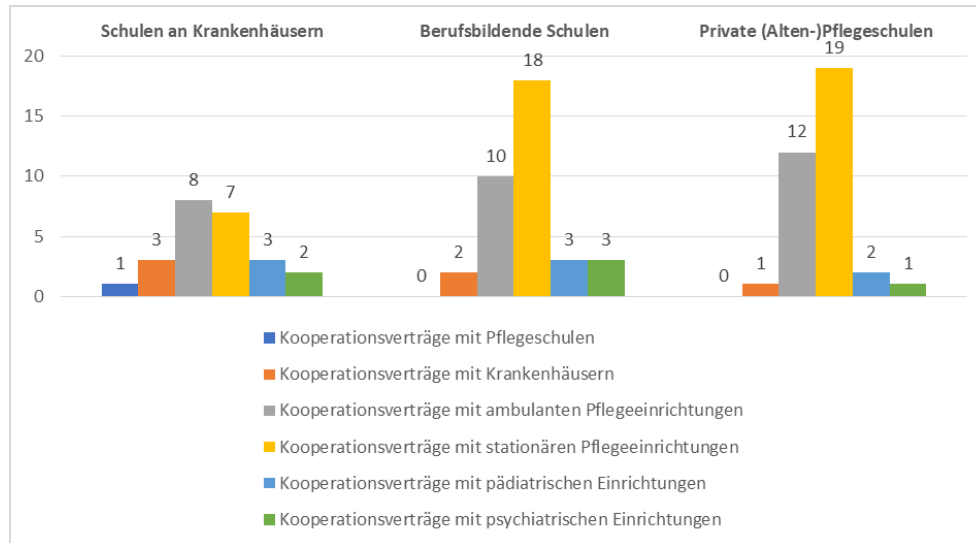
	Minimum	Maximum	Durchschnitt
Kooperationsverträge mit Pflegeschulen	0	5	0,6
Kooperationsverträge mit Krankenhäusern	0	25	2,3
Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegeeinrichtungen	0	30	8,9
Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen	0	49	11,8
Kooperationsverträge mit pädiatrischen Einrichtungen	0	8	2,8
Kooperationsverträge mit psychiatrischen Einrichtungen	0	15	2,2

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Bedingt durch gute Kooperationsbeziehungen aus der Zeit vor Einführung des Pflegeberufgesetzes haben Berufsbildende Schulen und Private (Alten-)Pflegeschulen mehr Kooperationspartner in den Bereichen der ambulanten und vor allem der stationären Pflege als Pflegeschulen an Krankenhäusern. Zu erwarten wäre überdies gewesen, dass Letztere aufgrund der Trägeridentität von Krankenhaus und ehemaliger (Kinder-)Krankenpflegeschulen weniger Kooperationsverträge mit Krankenhäusern abgeschlossen haben als die ehemaligen Altenpflegeschulen. Dies ist jedoch nicht der Fall: Schulen an Krankenhäusern haben im Durchschnitt 3 Kooperationen mit Krankenhäusern, Berufsbildende Schulen haben durchschnittlich 2 Kooperationspartner und private (Alten-)Pflegeschulen im Schnitt nur einen. Auch wenn es sich um geringfügige Unterschiede handelt, ist zu vermuten, dass sich in den Unterschieden auch die Schwierigkeit der ehemaligen Altenpflegeschulen andeutet, Krankenhäuser für Kooperationen zu gewinnen (siehe Kapitel 7).

Kaum Unterschiede zwischen den Arten von Pflegeschulen sind bei einem Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Kooperationspartner im pädiatrischen und psychiatrischen Bereich zu erkennen.

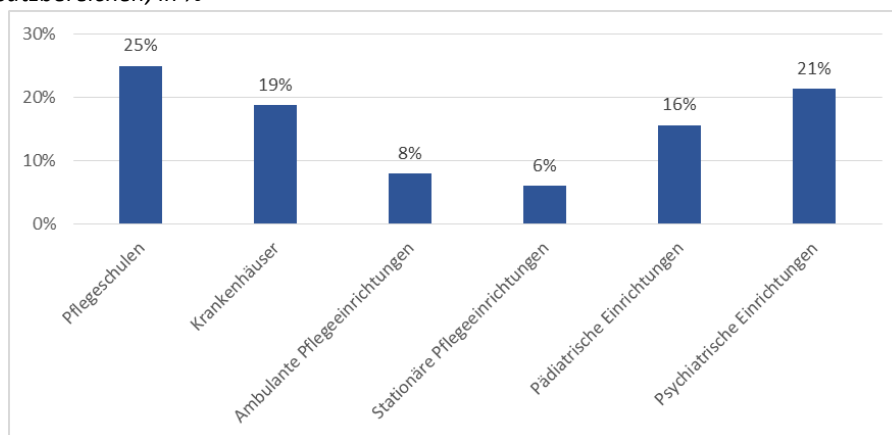
Abbildung 15: Durchschnittliche Anzahl der Kooperationspartner, nach Schultyp



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Die meisten Pflegeschulen haben Kooperationspartner innerhalb derselben Gebietskörperschaft. Nur ein Teil der Schulen hat ausschließlich Kooperationspartner in einem benachbarten Landkreis oder einer benachbarten kreisfreien Stadt (siehe Abbildung 16). Für die Pflichteinsätze in der ambulanten und stationären Pflege gibt es meist Kooperationspartner vor Ort, nur 8% bzw. 6% der Schulen haben keine ambulanten bzw. stationären Partner innerhalb der eigenen Gebietskörperschaft. Etwas weitere Wege müssen die Schüler/innen einiger Pflegeschulen für die Pflichteinsätze in der Akutpflege, in der pädiatrischen und der psychiatrischen Pflege auf sich nehmen.

Abbildung 16: Anteil der Pflegeschulen ohne Kooperationspartner in der eigenen Gebietskörperschaft, differenziert nach Einsatzbereichen, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

6.2 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen

Im Vergleich der drei Sektoren Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen haben die *Krankenhäuser* im Durchschnitt die meisten Kooperationsverträge abgeschlossen. Es bestehen Vertragsbeziehungen mit durchschnittlich 1,6 Pflegeschulen und 1,5 weiteren Kliniken. Höher ist die Anzahl der Kooperationspartner in der ambulanten und stationären Pflege mit jeweils 4,3 Partnern im Durchschnitt. 2,1 Kooperationsverträge sind im Schnitt mit pädiatrischen Einrichtungen abgeschlossen. Weniger als einen Kooperationspartner im Durchschnitt gibt es im Bereich der Psychiatrie (0,8 Kooperationspartner).

Die Spannweite der Anzahl der Partner ist zwischen den Kliniken recht groß. Die Zahl der Verträge liegt teilweise deutlich über dem Durchschnitt. Andererseits gibt es Kliniken, die nicht für alle Pflichteinsätze Kooperationsverträge abgeschlossen haben, wobei natürlich auch die Möglichkeit besteht, dass ein Krankenhausträger sämtliche Einsatzbereiche konzernintern abdeckt und deshalb auf eine vertragliche Absicherung verzichten kann.

Tabelle 10: Anzahl der Kooperationspartner von Krankenhäusern

	Minimum	Maximum	Durchschnitt
Kooperationsverträge mit Pflegeschulen	0	4	1,6
Kooperationsverträge mit Krankenhäusern	0	7	1,5
Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegeeinrichtungen	0	9	4,3
Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen	0	21	4,3
Kooperationsverträge mit pädiatrischen Einrichtungen	0	9	2,1
Kooperationsverträge mit psychiatrischen Einrichtungen	0	3	0,8

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Die meisten *ambulanten Pflegeeinrichtungen* haben deutlich weniger Kooperationsverträge abgeschlossen als die Krankenhäuser. Allerdings ist auch bei den Pflegediensten die Spannweite recht groß (siehe Tabelle 11). So gibt es beispielsweise solche, die 14 Kooperationspartner in der stationären Langzeitpflege haben. Andere verzichten auf Kooperationsverträge. Interessant ist, dass viele Pflegedienste mit mehr als einer Pflegeschule kooperieren, durchschnittlich haben die Einrichtungen 1,5 Kooperationsverträge mit Schulen abgeschlossen. Dies erhöht jedoch den Aufwand beträchtlich, wenn sich die Ausbildungspläne der Schulen unterscheiden (siehe auch Kapitel 7). Insgesamt haben nur wenige Pflegedienste vertraglich abgesicherte Kooperationsbeziehungen mit pädiatrischen und psychiatrischen Einrichtungen.

Tabelle 11: Anzahl der Kooperationspartner von ambulanten Pflegeeinrichtungen

	Minimum	Maximum	Durchschnitt
Kooperationsverträge mit Pflegeschulen	0	6	1,5
Kooperationsverträge mit Krankenhäusern	0	5	1,1
Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegeeinrichtungen	0	3	1,2
Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen	0	14	1,2
Kooperationsverträge mit pädiatrischen Einrichtungen	0	2	0,5
Kooperationsverträge mit psychiatrischen Einrichtungen	0	3	0,4

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Stationäre Pflegeeinrichtungen haben im Durchschnitt mehr Kooperationspartner als ambulante Pflegedienste, aber weniger als die Kliniken. Auch die Einrichtungen der Langzeitpflege kooperieren in der Regel mit 2 oder sogar noch mehr Pflegeschulen. Die Anzahl der Kooperationspartner für die Pflichteinsätze außerhalb der Einrichtung variiert sehr stark. So gibt es vereinzelt beispielsweise Einrichtungen, die 30 Kooperationsverträge mit ambulanten Diensten geschlossen haben.

Tabelle 12: Anzahl der Kooperationspartner von stationären Pflegeeinrichtungen

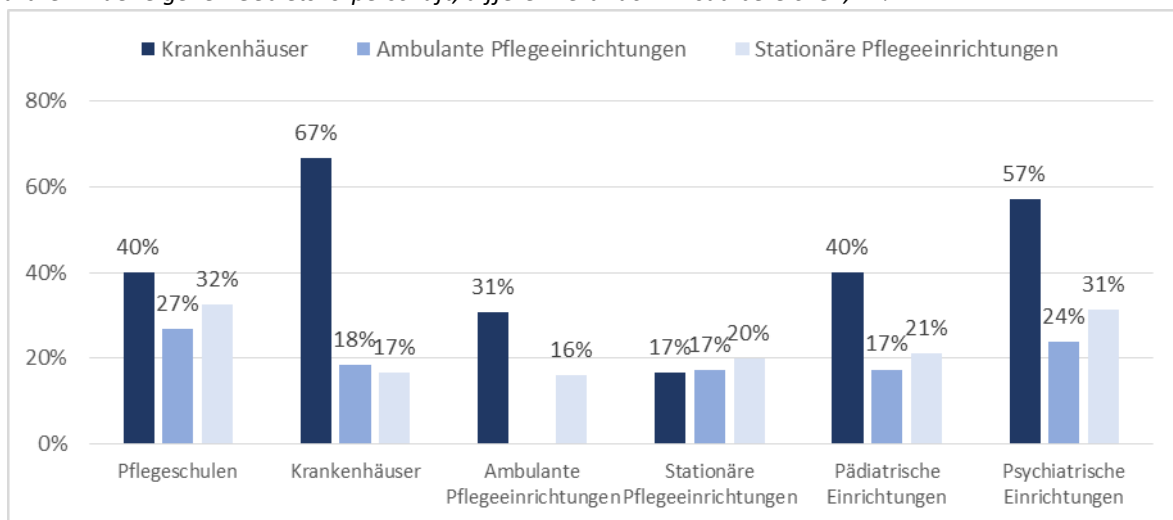
	Minimum	Maximum	Durchschnitt
Kooperationsverträge mit Pflegeschulen	1	8	2,3
Kooperationsverträge mit Krankenhäusern	0	8	1,3
Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegeeinrichtungen	0	30	0,8
Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen	0	20	0,8
Kooperationsverträge mit pädiatrischen Einrichtungen	0	10	0,7
Kooperationsverträge mit psychiatrischen Einrichtungen	0	7	0,7

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Um einen Einblick in die räumliche Dimension von Kooperationsbeziehungen zu geben, wird in Abbildung 17 der Anteil der Krankenhäuser, ambulanten Dienste und stationären Pflegeeinrichtungen dargestellt, die keine Kooperationspartner im eigenen Landkreis bzw. in der eigenen kreisfreien Stadt haben. Dies trifft insbesondere auf *Krankenhäuser* zu: Deren Kooperationspartner liegen nicht selten außerhalb der eigenen Gebietskörperschaft. 40% pflegen Kooperationen mit weiter entfernt liegenden Pflegeschulen. Wenn die Kliniken mit weiteren Krankenhäusern kooperieren, liegen diese sogar in 67% der Fälle außerhalb der eigenen Gebietskörperschaft. Auch die Partner für die Pflichteinsätze in Pädiatrie und Psychiatrie haben ihren Sitz nicht selten in einem anderen Landkreis oder einer anderen kreisfreien Stadt. Dafür haben die meisten Kliniken Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen, die weniger weit entfernt liegen.

Die *ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen* haben zumeist Kooperationspartner in der eigenen Gebietskörperschaft. Etwas weitere Wege dürften die Auszubildenden teilweise zum Erreichen der Pflegeschule und des psychiatrischen Pflichteinsatzes haben.

Abbildung 17: Anteil der Krankenhäuser, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ohne Kooperationspartner in der eigenen Gebietskörperschaft, differenziert nach Einsatzbereichen, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

6.3 Steuerung und Koordination

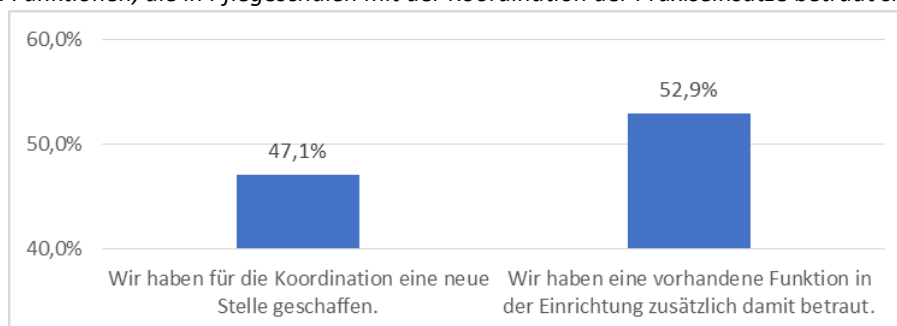
In fast drei Viertel der Fälle (73%) erstellt die Pflegeschule den Ausbildungsplan. Lediglich 13% der befragten Pflegeschulen haben angegeben, dass sich die Träger der praktischen Ausbildung darum kümmern. 11% erstellen den Ausbildungsplan gemeinsam mit den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Eine der Schulen hat angegeben, dass eine Koordinierungsstelle bei Stadt- bzw. Kreisverwal-

tung eingerichtet ist. Eine weitere Schule erklärte, dass kein Ausbildungsplan existiert. Bei der Unterscheidung nach Schultypen, fällt auf, dass die Berufsbildenden Schulen seltener (50%) für die Erstellung des Ausbildungsplans zuständig sind als die Pflegeschulen an Krankenhäusern (84%).

Noch regelhafter als die Erarbeitung des Ausbildungsplans übernehmen die Pflegeschulen die Koordination der Praxiseinsätze. 83% der Pflegeschulen gaben dies im Fragebogen als ihre Aufgabe an. Weitere 8,5% koordinieren mit den Trägern der praktischen Ausbildung gemeinsam oder haben eine externe Koordination (auf Trägerebene) eingerichtet. Ausschließlich den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vorbehalten ist die Koordination in 8,5% der Fälle, wobei Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste häufiger angegeben haben, die Aufgabe zu übernehmen als stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Übernahme erfolgt jedoch nicht unbedingt nur freiwillig, sondern mitunter auch aus der Not heraus, wie eine stationäre Pflegeeinrichtung im Fragebogen ausführt: „Eine der mit uns kooperierenden Schulen, bekommt keine Koordinatoren-Stelle mehr finanziert, sodass die Koordination der Schüler dieser einen Schule von uns zusätzlich mit übernommen werden muss.“ Die Auswertung nach Schultypen brachte keine bedeutsamen Unterschiede zutage: 79% der Pflegeschulen an Krankenhäusern übernehmen die Koordination, 80% der Berufsbildenden Schulen und sämtliche private (Alten-)Pflegeschulen.

Seltener als in Ausbildungsverbänden haben die Pflegeschulen außerhalb von festen Verbänden eine neue Stelle für die Koordination der Praxiseinsätze geschaffen. In Ausbildungsverbänden beträgt der Anteil der neuen Koordinationsstellen 63,6%, während er hier nur bei 47,1% liegt. Etwas mehr als die Mehrheit der Pflegeschulen (52,9%) haben folglich eine vorhandene Funktion mit der zusätzlichen Koordinierungsaufgabe betraut. Dabei haben die Berufsbildenden Schulen (54,6%) und die privaten (Alten-)Pflegeschulen (66,7%) häufiger eine neue Stelle schaffen müssen als die Pflegeschulen an Krankenhäusern (38,1%).

Abbildung 18: Funktionen, die in Pflegeschulen mit der Koordination der Praxiseinsätze betraut sind, in %



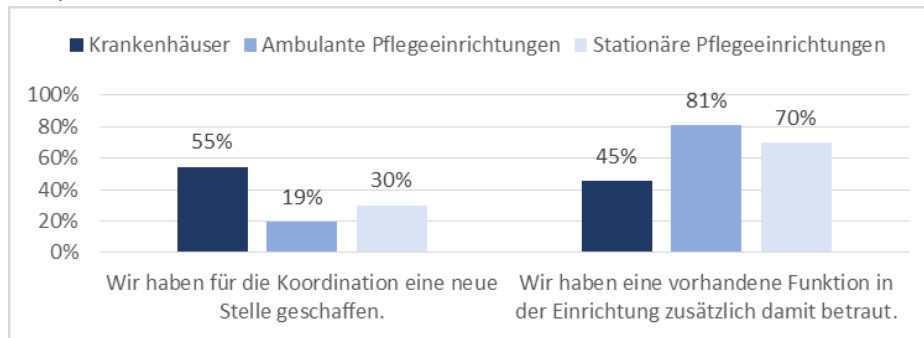
Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Der Stellenumfang für die Koordination der Praxiseinsätze in den Schulen liegt im Durchschnitt bei 51% einer Vollzeitstelle und damit deutlich niedriger als in den Ausbildungsverbänden (81%). Er variierte zwischen mindestens 20% und maximal 100% und lag in den privaten (Alten-)Pflegeschulen mit durchschnittlich 27% einer Vollzeitstelle deutlich niedriger als in den Pflegeschulen an Krankenhäusern (55%) und den Berufsbildenden Schulen (52%).

Häufiger als Pflegeschulen haben die Krankenhäuser, die die Koordination der Praxiseinsätze als Träger der praktischen Ausbildung selbst übernehmen, für diese Aufgabe eine neue Stelle geschaffen. 55% haben eine neue Stelle geschaffen, während 45% eine vorhandene Funktion damit betraut haben (siehe Abbildung 19). Der durchschnittliche Stellenumfang für Koordinierungsaufgaben liegt in den Kliniken laut Befragung bei 88% einer Vollzeitstelle. Wesentlich geringer sind die Aufwände in der ambulanten und stationären Pflege mit 57% bzw. 45% eines Vollzeitäquivalents. In diesen Einrichtungen wurde entsprechend auch seltener eine neue Stelle für die Koordination der Praxiseinsätze geschaffen.

In ambulanten Pflegediensten war dies in 19% der Fall, in stationären Pflegeeinrichtungen in 3 von 10 Einrichtungen.

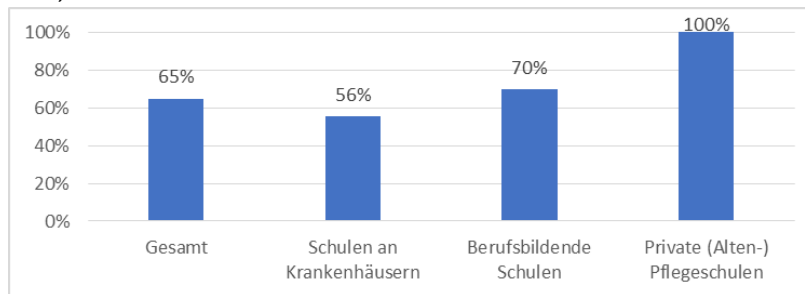
Abbildung 19: Funktionen, die in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit der Koordination der Praxiseinsätze betraut sind, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

In Abbildung 20 ist der Anteil der Schulen dargestellt, die die Koordination der Praxiseinsätze übernehmen und dafür Mittel der Träger der praktischen Ausbildung erhalten. Wie sich zeigt, ist die Mittelweitergabe nur in etwa zwei Drittel der Pflegeschulen üblich. Die Pflegeschulen an Krankenhäusern erhalten sogar nur in 56% der Fälle einen Ausgleich für ihre Aufwände, wobei zu bedenken ist, dass Träger der praktischen Ausbildung und Pflegeschule hier meist unter derselben Trägerschaft stehen.

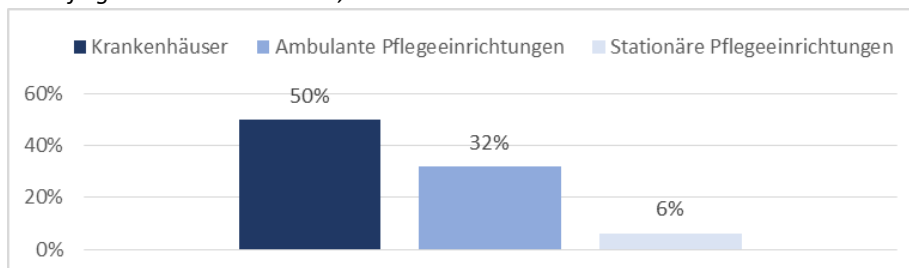
Abbildung 20: Anteil der Schulen, die von den Trägern der praktischen Ausbildung Mittel für die Koordination der Praxiseinsätze erhalten, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Aber auch die Berufsbildenden Schulen erhalten nicht in allen Fällen einen finanziellen Ausgleich für die Koordinierungsaufgaben. Der Grund dafür scheinen eher die ambulanten als die stationären Pflegeeinrichtungen zu sein. Wie Abbildung 21 veranschaulicht, haben 32% der Pflegedienste in der Befragung angegeben, keine Mittel für die Koordination der Praxiseinsätze an die Pflegeschule weiterzuleiten. Von den stationären Pflegeeinrichtungen waren es dagegen lediglich 6%.

Abbildung 21: Anteil der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die keine Mittel für die Koordination der Praxiseinsätze an die Pflegeschulen weiterleiten, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

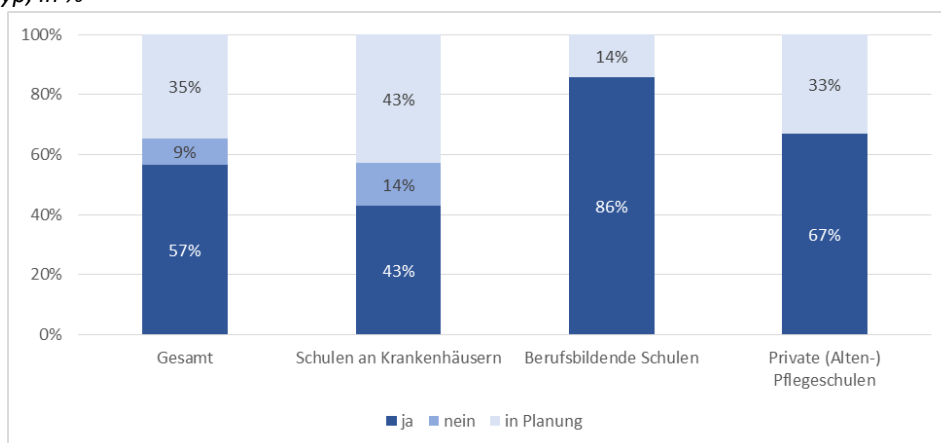
Dort, wo es eine finanzielle Kompensation gibt, beträgt diese – wie in den Ausbildungsverbänden – meist 595 Euro pro Auszubildendem/r und Ausbildungsjahr. Neun von zehn Pflegeschulen erhalten

diesen Betrag von den Trägern der praktischen Ausbildung. Nur jeweils eine Pflegeschule erhält etwas mehr oder etwas weniger Ausgleich als diesen Durchschnittsbetrag, und viele Schulen verneinen die Frage, ob 595 Euro pro Auszubildendem/r und Ausbildungsjahr zur Refinanzierung des Koordinierungsaufwandes ausreichend sind. 55% halten den Betrag nicht für angemessen, wobei es insbesondere die Pflegeschulen an Krankenhäusern sind, die einen höheren Ausgleich für notwendig erachten (64%). Von den Berufsbildenden Schulen gab ein Drittel (33%) an, die zur Verfügung stehenden Mittel seien nicht ausreichend.

6.4 Austausch und Besprechungen

Besprechungen und Treffen zum Austausch unter den Kooperationspartnern finden nicht nur in Ausbildungsverbänden statt, wie die Befragung der Pflegeschulen zeigt. 57% haben angegeben, dass in regelmäßigen Abständen Besprechungen und Treffen mit den Kooperationspartnern stattfinden. 35% berichteten, dass sich solche Austauschformate in Planung befinden. Nur 9% stehen nicht in einem regelmäßigen Austausch mit den Trägern der praktischen Ausbildung. Differenziert nach Schultyp zeigt sich, dass insbesondere die Berufsbildenden Schulen den regelmäßigen Austausch pflegen (siehe Abbildung 22). Die Pflegeschulen an Krankenhäusern gaben sich deutlich zurückhaltender. Dort gab es zum Zeitpunkt der Befragung in 43% der Fälle regelmäßige Besprechungen oder Treffen, während dies für die Berufsbildenden Schulen in 86% der Fälle zutraf.

Abbildung 22: Anteil der Pflegeschulen mit regelmäßigem Austausch mit Kooperationspartnern, differenziert nach Schultyp, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Die Häufigkeit von Besprechungen und Treffen variiert je nach Pflegeschule. Jeweils 30% tauschen sich mit den Kooperationspartnern ein- oder zweimal jährlich aus. Bei 3 von 10 Pflegeschulen ist dies sogar quartalsweise oder noch häufiger der Fall. Nach Bedarf forcieren 10% der Pflegeschulen den Austausch. Zwar scheinen die Berufsbildenden Schulen Besprechungen und Treffen mit den Kooperationspartnern eher anzubieten als Pflegeschulen an Krankenhäusern, die Frequenz des Austauschs fällt jedoch geringer aus. Diejenigen Pflegeschulen an Krankenhäusern, die regelmäßige Besprechungen und Treffen organisieren, tun dies häufiger quartalsweise oder bedarfsorientiert (50%) als die Schulen im öffentlichen Bereich (11%). Die meisten Berufsbildenden Schulen bieten jährlich oder halbjährlich stattfindende Formate an (89%).

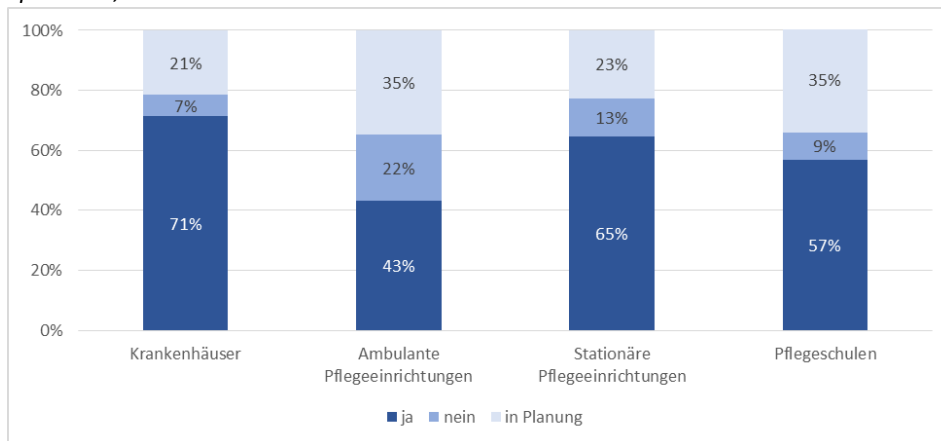
Tabelle 13: Anteil der Pflegeschulen mit regelmäßigen Besprechungen und Treffen der Kooperationspartner, in %

	1x jährlich oder seltener	2x jährlich	4x jährlich oder häufiger	bei Bedarf
regelmäßige Treffen/Besprechungen	30%	30%	30%	10%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Interessant ist, dass die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen eine zum Teil andere Perspektive auf die Treffen und Besprechungen mit Kooperationspartnern haben. Wie Abbildung 23 zeigt, war der Anteil der Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen, die einen regelmäßigen Austausch pflegen, höher als bei den Pflegeschulen. 71% der Kliniken und 65% der Pflegeheime haben die Frage nach regelmäßigen Treffen und Besprechungen bejaht. Die Abweichungen von der Perspektive der Schulen erklären sich sicher größtenteils über die regionale Verteilung der Stichprobe. Bei den ambulanten Pflegediensten fällt allerdings auf, dass von diesen mit 43% nur ein geringer Anteil angab, an regelmäßigem Austausch teilzunehmen. Der Anteil der Dienste, die dies explizit nicht tun, war mit 22% im Vergleich der Sektoren am höchsten.

Abbildung 23: Anteil der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen mit regelmäßigem Austausch mit Kooperationspartnern, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Vorrangig geht es in den Treffen und Besprechungen um Fragen der *Einsatzplanung und Koordination der Praxiseinsätze*. In Tabelle 14 wurden die 254 Nennungen der Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in den Fragebögen insgesamt 8 Themenbereichen zugeordnet. 21% aller Einzelnennungen wurden dem Oberthema Einsatzplanung zugeordnet. Es geht unter anderem um terminliche Absprachen und die Klärung freier Kapazitäten. 19% der Nennungen entfielen auf *Organisatorisches*. Dabei geht es um die Weitergabe von Informationen, zum Beispiel über gesetzliche Neuerungen, es geht um Fragen der Vertragsgestaltung oder um personelle Angelegenheiten wie die Vorstellung neuer Kooperationspartner. Auch das Thema Dokumentation (Umgang mit Praxisordner, Ausbildungsnachweis usw.) und eine Einführung in die Lernplattform der Pflegeschule wurden dem Oberthema Organisatorisches zugeordnet.

Tabelle 14: Oberthemen in Besprechungen und Treffen der Kooperationspartner und Anteil der Nennungen, in %

	Anteil der Nennungen
Einsatzplanung & Koordination der Praxiseinsätze	21%
Organisatorisches	19%
Auszubildende	15%
Ausbildungskonzept & Lerninhalte	14%
Sicherstellung und Gestaltung der Praxisanleitung	12%
Allgemeiner, offener Austausch	11%
Leistungsbewertung	9%
Öffentlichkeitsarbeit & Akquise von Azubis	1%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

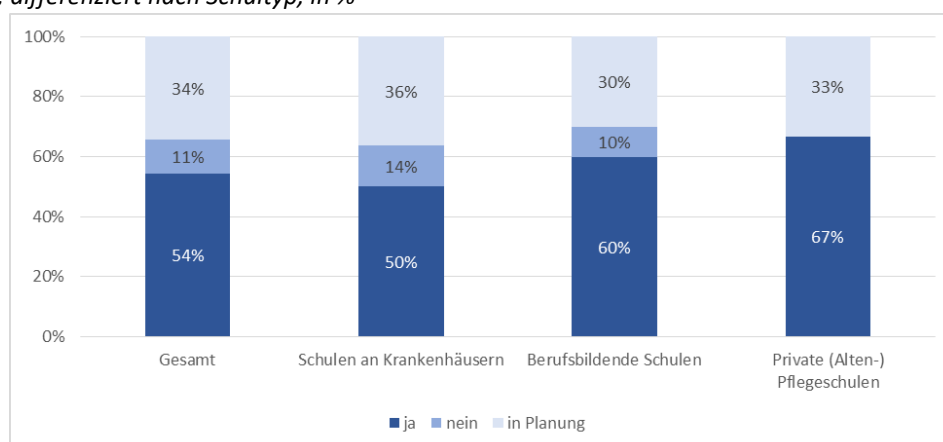
15% der Nennungen von Schulen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bezogen sich auf die *Auszubildenden*, deren Lernstand oder den Umgang mit Lernschwächen und Fehlzeiten. Aktuelle Probleme werden besprochen, konkrete Klärungen beziehen sich beispielsweise auf den Impfstatus, die Einsätze im Nachtdienst oder das Probezeitgespräch. Auf Informationen und Abstimmungen zum *Ausbildungskonzept und Lerninhalten* entfielen 14% der Nennungen. Dabei geht es vor allem um die Vor- und Abstimmung von Ausbildungsplänen, Lernzielen und konkreten Lernaufgaben. Explizit benannt haben Krankenhäuser und Pflegedienste zudem den Umgang mit Theorie-Praxis-Konflikten.

12% der einzelnen Nennungen betrafen Fragen der Sicherstellung und der Ausgestaltung der *Praxisanleitung*. Es geht dabei sowohl um organisatorische (Umfang der Anleitung, Abbildung der Stunden, Freistellung u.v.m.) als auch um inhaltliche Themen (Rollenklärung, Umsetzung der Kompetenzorientierung, Gestaltung von Gesprächen mit Auszubildenden usw.). Auch mögliche Fortbildungsthemen für die Anleiter/innen werden vereinzelt in den Besprechungen und Treffen der Kooperationspartner sondiert. Daneben dienen die Besprechungen und Treffen auch einem *allgemeinen, offenen Austausch* im Sinne einer Reflexion über Probleme und Herausforderungen in der generalistischen Pflegeausbildung allgemein und unter den Kooperationspartnern im Besonderen. Informationen werden ausgetauscht, Synergieeffekte unter den Kooperationspartnern gesucht.

9% der Nennungen in den Fragebögen betrafen Fragen der *Leistungsbewertung*, beispielsweise die Gestaltung der Zwischenprüfung. Weniger als in den Ausbildungsverbänden spielt das Thema *Öffentlichkeitsarbeit und Akquise von Auszubildenden* im Austausch mit den Kooperationspartnern eine Rolle. Eine gemeinsame, abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit wie in den Verbänden wird unter Kooperationspartnern seltener angestrebt. Nur 1% der Nennungen entfiel auf dieses Oberthema.

Neben den Besprechungen und Treffen mit den Kooperationspartnern streben einige der Pflegeschulen zudem einen regelmäßigen Austausch mit den Praxisanleiter/innen ihrer Ausbildungspartner an. 54% der Schulen haben entsprechende Formate, 11% verneinen die Frage und bei 34% befinden sich Austauschformate in Planung (siehe Abbildung 24). Im Vergleich zu den oben beschriebenen Treffen mit den Kooperationspartnern pflegt ein höherer Anteil der Pflegeschulen an Krankenhäusern den Austausch mit den Praxisanleitungen. In den Berufsbildenden Schulen ist es genau umgekehrt: Finden regelmäßige Treffen und Besprechungen mit den Ausbildungspartnern in 86% der Schulen statt, suchen mit 60% deutlich weniger den Austausch mit den Praxisanleitungen.

Abbildung 24: Anteil der Pflegeschulen mit regelmäßigem Austausch mit den Praxisanleitungen der Kooperationspartner, differenziert nach Schultyp, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Hinzu kommt, dass dort, wo der Austausch bereits institutionalisiert ist, dieser in zeitlich größeren Abständen stattfindet als in den Pflegeschulen an Krankenhäusern. Die eine Hälfte der Berufsbildenden Schulen lädt einmal jährlich, die andere Hälfte zweimal jährlich zu einem Austauschformat ein. Von

den Pflegeschulen an Krankenhäusern organisiert die Hälfte eine Besprechung oder ein Treffen quartalsweise oder bei Bedarf sogar noch häufiger.

In der Gesamtschau aller Pflegeschulen nivelliert sich das Bild (siehe Tabelle 15): Mit 47% bieten die meisten Schulen einen Austausch im Abstand von einem halben Jahr an. Etwa ein Viertel der Schulen organisiert quartalsweise oder noch häufiger Treffen und Besprechungen mit den Praxisanleitungen. 16% bieten dies einmal jährlich an, die verbleibenden 11% agieren nach Bedarf.

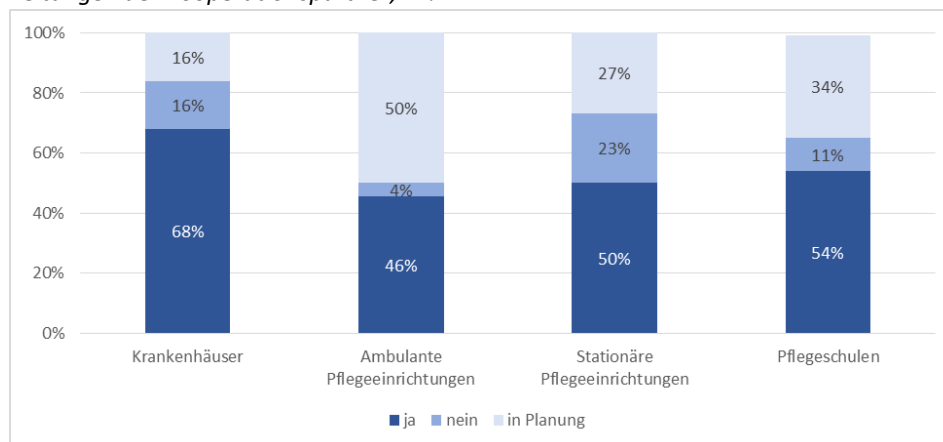
Tabelle 15: Anteil der Pflegeschulen in regelmäßigem Austausch mit den Praxisanleitungen der Kooperationspartner, in %

	1x jährlich	2x jährlich	4x jährlich oder häufiger	bei Bedarf
regelmäßige Treffen/ Besprechungen	16%	47%	26%	11%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Wie oben für die Treffen und Besprechungen der Kooperationspartner beschrieben, differiert auch die Wahrnehmung bezüglich dem Austausch der Praxisanleiter/innen je nach Sektor (siehe Abbildung 25). Mehr Krankenhäuser als Pflegeschulen haben angegeben, dass ein regelmäßiger Austausch stattfindet. Zugleich ist ein geringerer Anteil der ambulanten Pflegeeinrichtungen daran beteiligt als zu erwarten.

Abbildung 25: Anteil der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen mit regelmäßigem Austausch mit den Praxisanleitungen der Kooperationspartner, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Allerdings ist zu beachten, dass der Austausch mit den Praxisanleiter/innen nicht nur in formalen Besprechungen und Treffen stattfinden, sondern auch während der Praxisbegleitung, die die Lehrkräfte in regelmäßigen Abständen durchführen. 92% der Pflegeschulen haben in der Befragung angegeben, die Praxisbegleitung auf für den Austausch mit den Anleiter/innen zu nutzen; von den Berufsbildenden Schulen haben sogar 100% die Frage bejaht. 5% der Pflegeschulen gaben an, die Praxisbegleitung nicht zur Interaktion mit den Praxisanleitungen zu nutzen, 3% waren zum Zeitpunkt der Befragung in entsprechenden Planungen. Dabei handelte es sich um Pflegeschulen an Krankenhäusern.

Zu den Inhalten der Besprechungen und Treffen lagen 181 Einzelnennungen vor, die zu 10 Oberthemen zusammengefasst wurden (siehe Tabelle 16). Mit 18% betraf knapp ein Fünftel der Nennungen die Sicherstellung der notwendigen *Praxisanleitung* sowie Fragen der inhaltlichen Ausgestaltung. Es werden mögliche organisatorische Lösungen für Engpässe, beispielsweise aufgrund personeller Ausfälle, sondiert, aber auch konkrete Praxis- und Lernaufgaben sowie Anleitungssituationen besprochen. 14% der Nennungen bezogen sich auf *Ausbildungskonzept und -inhalte*; beispielhafte Themen waren die Vorstellung der theoretischen Lerninhalte pro Ausbildungsjahr durch die Pflegeschule oder aber die

Erarbeitung von Ausbildungsplan, Lernzielen und von Curricula für die Praxis. Immer wieder explizit genannt wurde zudem das Thema Theorie-Praxis-Transfer und die Passungsprobleme dabei.

Tabelle 16: Oberthemen in Besprechungen und Treffen mit den Praxisanleitungen der Kooperationspartner und Anteil der Nennungen, in %

	Anteil der Nennungen
Sicherstellung & Gestaltung der Praxisanleitung	18%
Ausbildungskonzept & Lerninhalte	17%
Organisatorisches	15%
Einsatzplanung	13%
Auszubildende	13%
Dokumentation	8%
Allgemeiner, offener Austausch	6%
Praxisbegleitung	4%
Leistungsbewertung	4%
Fortbildung	3%

Quelle: KOMPASS-Studie 2022

15% der Nennungen entfielen auf *Organisatorisches*. Dazu wurde beispielsweise die Abstimmung von Kommunikationsstrukturen und -prozessen zwischen den Kooperationspartnern und von Arbeitsabläufen gezählt oder die Weitergabe und der Austausch von Informationen, beispielsweise zu neuen gesetzlichen Regelungen. Ein organisatorisches Thema ist auch die *Einsatzplanung*, welche jedoch aufgrund der Häufigkeit der Nennungen (13%) als eigenes Oberthema gewertet wurde.

Raum in den Besprechungen und Treffen nimmt zudem der Austausch über *Auszubildende*, deren Lernstand, den Umgang mit Fehlzeiten und häufigen Krankmeldungen und akute Probleme ein (13% der Nennungen). Darüber hinaus dienen die Treffen der Information über *Dokumente*, die als Nachweise in der Pflegeausbildung benötigt werden (Umgang mit Ausbildungsnachweis, Ausbildungsordner, Praxisleitfaden, Bewertungsbögen usw.), und einem *allgemeinen, offenen Austausch*. Bei Letzterem geht es neben der Besprechung aktueller Herausforderungen insbesondere auch um die Perspektive der Auszubildenden und deren Rückmeldungen bezüglich der Praxiseinsätze.

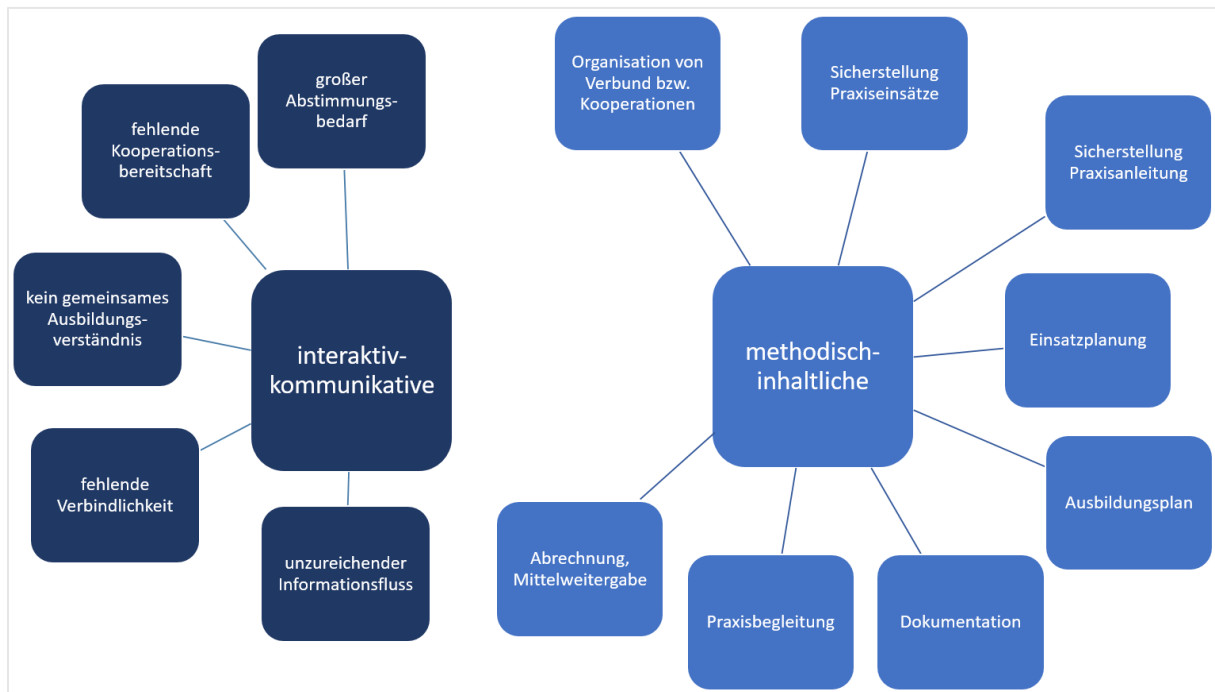
Die übrigen Nennungen in den Fragebögen bezogen sich auf die Weitergabe von Informationen zum Konzept und zur Umsetzung der *Praxisbegleitung* durch die Pflegeschulen sowie die konkrete Planung, auf das Thema *Leistungsbewertung* (Vorbereitung der Prüfungen), und auf die Gestaltung der jährlichen *Fortbildung* für die Praxisanleiter/innen. Teilweise werden die Besprechungen selbst wohl auch mit Fortbildungseinheiten angereichert.

7. Aktuelle Herausforderungen

Im Folgenden stehen die Aussagen der Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zu aktuellen Herausforderungen bei der Gestaltung von Lernortkooperationen in der Pflegeausbildung im Fokus. Die Fragebögen enthielten eine Reihe vor allem offener Fragen, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Die Antworten auf die Frage „*Welche besonderen Herausforderungen bestehen aus Ihrer Sicht in der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern in der generalistischen Pflegeausbildung? Gibt es konkrete Schwierigkeiten?*“ wurden zunächst zwei Oberkategorien zugeordnet: interaktiv-kommunikativen Herausforderungen und methodisch-inhaltlichen Herausforderungen. Im zweiten Schritt erfolgte die induktive Bildung von Subkategorien aus dem Datenmaterial heraus. Die interaktiv-kommunikativen Herausforderungen ließen sich zu 5 Subkategorien verdichten, die methodisch-inhaltlichen Herausforderungen zu 8 Subkategorien (siehe Abbildung 26).

Welche Aussagen sich hinter den Subkategorien verbergen und welche Herausforderungen die Pflegeschulen, Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschrieben haben, wird in separaten Unterkapiteln für die Pflegeschulen und die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen dargestellt. Teilweise werden „O-Töne“ aus der elektronischen und telefonischen Befragung zur Illustration eingestreut.

Abbildung 26: Übersicht über aktuelle Herausforderungen in der Pflegeausbildung

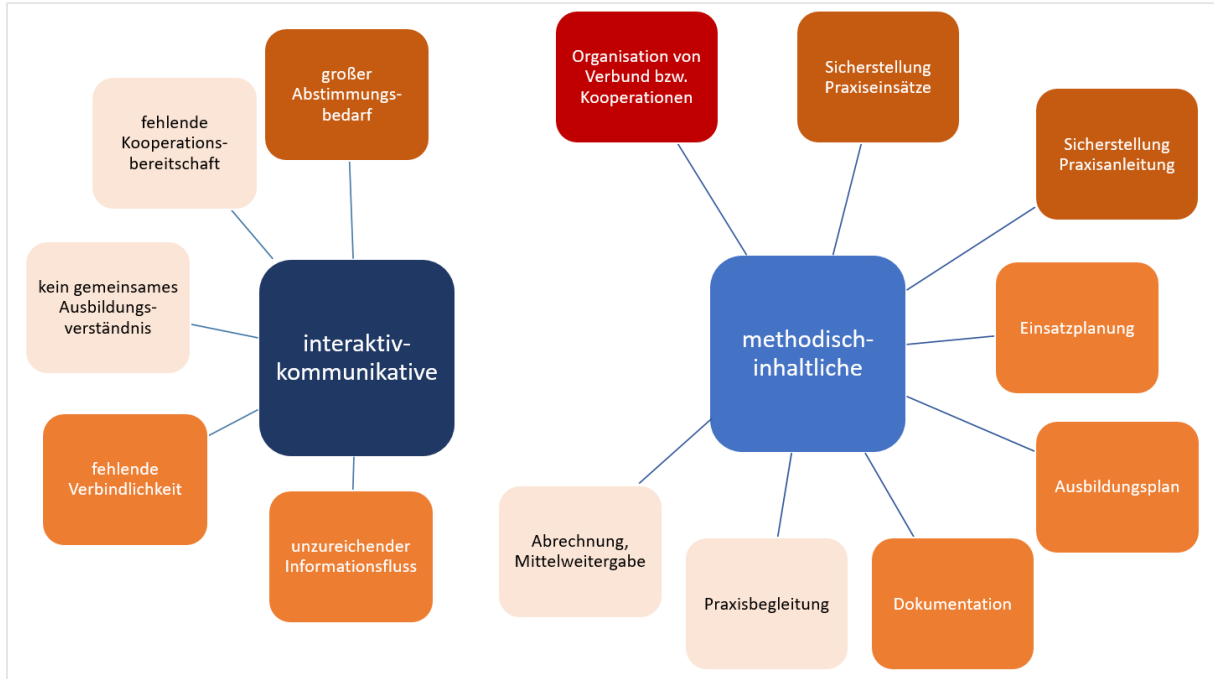


Quelle: KOMPASS-Studie 2022

7.1 Die Perspektive der Pflegeschulen

Aus Sicht der Pflegeschulen überwiegen die methodisch-inhaltlichen Herausforderungen im Vergleich zu den interaktiv-kommunikativen. In Abbildung 27 sind die einzelnen Subkategorien gemäß der Häufigkeit ihrer Nennung eingefärbt. Je dunkler die Kachel in der Grafik, desto häufiger wurden die Antworten der Schulen auf die Frage nach der derzeit größten Herausforderung in der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern der jeweiligen Subkategorie zugeordnet. Mit Abstand die meisten Aussagen betrafen die Organisation von Verbund- bzw. Kooperationssystem. Am zweithäufigsten ging es in den Antworten um die Gewährleistung der Praxisanleitung.

Abbildung 27: Priorisierung der aktuellen Herausforderungen in der Pflegeausbildung aus Sicht der Pflegeschulen



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

7.1.1 Interaktiv-kommunikative Herausforderungen

Mit *fehlender Kooperationsbereitschaft* potenzieller Kooperationspartner scheinen ausschließlich die Berufsbildenden Schulen konfrontiert zu sein. Die Pflegeschulen an Krankenhäusern haben keine entsprechenden Aussagen gemacht. Besonders im ländlichen Raum scheint Konkurrenzdenken noch stark verbreitet zu sein. Eine Berufsbildende Schule beschreibt das Problem wie folgt: „*Gerade in der ländlichen Regionen mit anderen, an Kliniken angeschlossenen Trägern, ist es fast unmöglich, eine Einsatzstelle für die Schüler im Bereich Krankenhaus und Pädiatrie zu finden.*“ Die Pflegeschulen an Krankenhäusern verfügen aus Sicht der Berufsbildenden Schulen bereits über Netzwerke von Praxispartnern, was die Kooperation mit diesen Schulen auch für Einrichtungen der Altenhilfe attraktiv macht: „*Manche Altenheime schließen auch lieber Kooperationen mit den ehemaligen Krankenpflegeschulen, da diese mehr zu bieten haben.*“ Einige Berufsbildenden Schulen befürchten auf Dauer Nachteile gegenüber den Pflegeschulen an Krankenhäusern.

Derzeit besteht immer noch *Gesprächs- und Abstimmungsbedarf* mit den Partnern für die praktischen Einsatzbereiche. Durch die Corona-Pandemie mussten geplante Treffen ausgesetzt oder ins Virtuelle verschoben werden, was nicht immer gut gelungen ist. Entsprechend geben einzelne Schulen an, noch gar nicht sämtliche Kooperationspartner persönlich kennengelernt zu haben.

Auch auf den *Informationsfluss* hat die Pandemie negative Auswirkungen. Er wird von einigen Schulen als „*zäh*“ beschrieben. Ansprechpersonen auf Seiten der Kooperationspartner wechseln häufig oder fehlen ganz: „*Es sind sehr viele Ansprechpartner, die häufig wechseln (Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Praxisanleitungen)*“, so eine Berufsbildende Schule. So kann keine Kontinuität entstehen, und den Schulen fehlen Informationen, beispielsweise zu Fehlzeiten oder zu geleisteten Praxisanleitungsstunden.

Immer wieder werden Praxiseinsätze kurzfristig abgesagt, es fehlt aus Sicht der Schulen an *Verbindlichkeit* und *Verlässlichkeit*. Die Folge ist, dass mitunter keine wohnortnahen Praxiseinsätze möglich sind und die Schüler/innen lange Anfahrtswege zur Einsatzstelle zu bewältigen haben. „*Es ist sehr aufwändig, die Praktikumsplätze zu verteilen, da diese weit verstreut sind und es nicht immer möglich ist,*

einen wohnortnahen Einsatzort zu finden“, beschreibt eine Pflegeschule am Krankenhaus die Problematik.

Die Entwicklung eines *gemeinsamen Ausbildungsverständnisses* unter den Kooperationspartnern scheint vielerorts noch nicht gelungen zu sein. Die Schulen fordern eine Entwicklung „*von der Inhaltsorientierung zur Kompetenzentwicklung*“. Stattdessen wird laut einer Pflegeschule am Krankenhaus an „*alten Strukturen*“ festgehalten, zumal die Akzeptanz der neuen Pflegeausbildung ohnehin nicht überall gegeben ist. Dass deren Einführung zeitgleich mit der Corona-Pandemie erfolgte, hat die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung, eines gemeinsamen Ausbildungsverständnisses erschwert. Entsprechend dürfte es noch einige Zeit lang Aufgabe der Schulen sein, „*die Befindlichkeiten der herkömmlichen Ausbildungsberufe zu handeln*“, befürchtet die Leitung einer Pflegeschule am Krankenhaus.

7.1.2 Methodisch-inhaltliche Herausforderungen

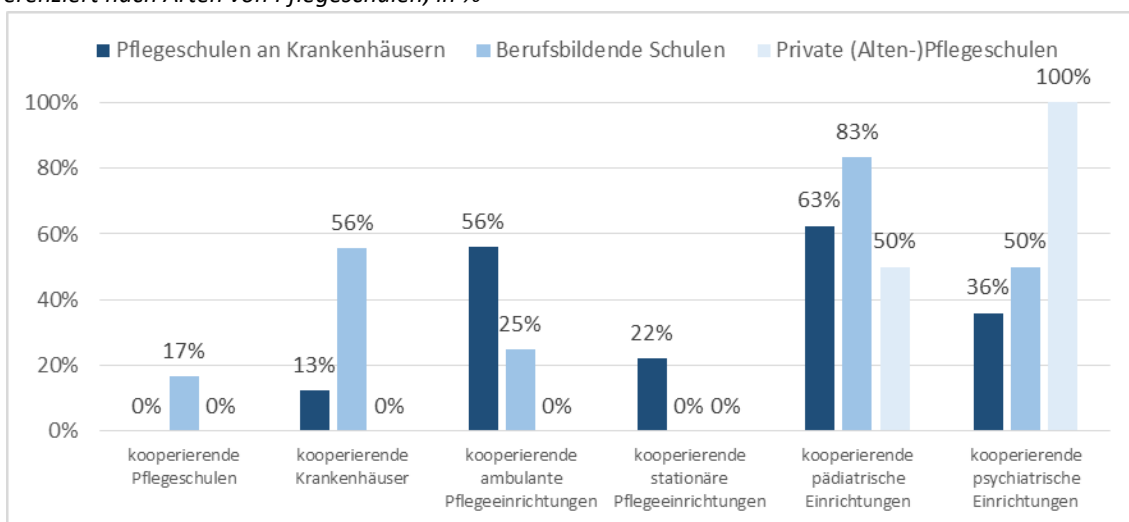
Die *Organisation eines Verbundes bzw. der Kooperationsbeziehungen* stellt aktuell – wie oben beschrieben – eine der größten Herausforderungen für die Pflegeschulen dar, die alle Arten von Schulen betrifft. Während die vertragliche Absicherung im Ausbildungsverbund über einen gemeinsamen Verbundvertrag erfolgt, gibt es außerhalb der Verbünde unterschiedlich gestaltete Kooperationsverträge, was den Arbeitsaufwand infolgedessen erhöht. Zum Teil geben die Träger der praktischen Ausbildung gegenüber der Schule an, dass Verträge existieren, obwohl dies nicht der Fall ist. Was die Koordination der Praxiseinsätze angeht, verfügen gemäß der Befragung nicht alle Pflegeschulen über eine geeignete Software dafür oder kämpfen mit vorhandenen Anwendungen, wie die Schulleitung einer Berufsbildenden Schule exemplarisch beschreibt: „*Alle Kooperationspartner haben Schwierigkeiten mit der Software, um die Pflichteinsätze zu organisieren. Diese Software ist eine Vertiefungsliste und erstellt personalisierte Pläne für die Auszubildenden. Da aber noch ziemlich komplex, arbeiten sie noch mit Excel, was sehr umständlich ist.*“ Die Abstimmung der Praxiseinsätze an sich stellt gleichfalls eine große Herausforderung dar. Freie Kapazitäten müssen immer wieder abgefragt werden, insbesondere wenn es zur Absage von Einsätzen kommt. Da viele Kliniken und Einrichtungen mit mehreren Pflegeschulen kooperieren (siehe Kapitel 6.2), kann es schwierig sein, Ersatz zu finden, „*da Einrichtungen häufig auch Auszubildende anderer Pflegeschulen im Praxiseinsatz haben*“. Dort, wo die Träger der praktischen Ausbildung die Koordination der Praxiseinsätze übernehmen, gelingt dies aus Sicht der Schulen ebenfalls nicht immer problemlos. Mitunter werden Praxisanleitungen mit Koordinationsaufgaben betraut oder die Auszubildenden müssen sich sogar selbst um die Einsatzplanung kümmern.

Aussagen der Schulen, die sich auf die *Sicherstellung sämtlicher Praxiseinsätze* beziehen, wurden aufgrund der Vielzahl der Nennungen in einer eigenständigen Subkategorie zusammengefasst. Mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege haben die Befragten sämtliche Pflichteinsatzbereiche als „*Nadelöhre*“ bezeichnet. Für die Berufsbildenden Schulen ist es insbesondere schwierig, Kooperationspartner in der stationären Akutpflege und der Pädiatrie zu finden: „*Die Plätze in der stationären Akutpflege sind für uns als BBS sehr knapp. Sollten Auszubildendenzahlen in den Krankenhäusern noch nach oben gehen, dann geben uns diese eventuell noch weniger Plätze. Es ist jetzt immer schon mit viel Aufwand und Bitten verbunden.*“ Die Psychiatrie wurde von den ehemaligen Altenpflegeschulen nicht explizit als Nadelöhr benannt, sie stellt jedoch für die Pflegeschulen an Krankenhäusern, zusammen mit den Plätzen in der ambulanten und der pädiatrischen Pflege, eine Engstelle dar. Für das Absolvieren des Pflichteinsatzes in der psychiatrischen Pflege fehlt es laut Aussagen der Schulen an Flexibilität, da dieser im 3. Ausbildungsjahr erfolgen muss. Die Zahl der Schüler/innen wird in den wenigen Einsatzstellen demzufolge hoch sein und könnte im schlimmsten Fall dazu führen, dass Auszubildende – so prognostiziert die Leitung einer ehemaligen Krankenpflegeschule im Fragebogen – „*bis zum Teil nach dem praktischen Examen dort ihren Einsatz ableisten*“. In der ambulanten Pflege erscheint Ausbildung wenig attraktiv, weshalb das Finden von Kooperationspartnern erschwert ist, wie eine Pflegeschule am Krankenhaus beispielhaft erklärt: „*Die Pflegeschule hat ganz klar das Problem, dass ihnen ambulante*

Pflegeeinrichtungen im Ausbildungsverbund fehlen. (...) Denn für die ambulanten Pflegeeinrichtungen ist eine Ausbildung nicht attraktiv, da die Auszubildenden nicht alleine fahren dürfen usw. und daher werden auch keine Praxisanleiter/innen eingestellt.“

In Abbildung 28 sind die Anteile der Pflegeschulen dargestellt, die Schwierigkeiten angegeben haben, Kooperationspartner für die unterschiedlichen Einsatzbereiche zu finden. Das oben beschriebene Bild wird dadurch bestätigt: Die Pflegeschulen an Krankenhäusern haben insbesondere Schwierigkeiten, Kooperationen mit Partnern in der ambulanten und der pädiatrischen Pflege zu schließen. Mehr als die Hälfte der Schulen sind davon betroffen. Aus Sicht der Berufsbildenden Schulen liegen die „Nadelöhre“ in den Bereichen stationäre Akutpflege und Pädiatrie. 56% der Schulen haben Schwierigkeiten, Krankenhäuser für Kooperationen zu gewinnen, im Bereich der pädiatrischen Pflege sind es sogar 83% der Schulen. Den Privaten (Alten-)Pflegeschulen bereitet insbesondere die Organisation der Einsätze in der pädiatrischen und der psychiatrischen Pflege Sorge.

Abbildung 28: Anteil der Pflegeschulen, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, differenziert nach Arten von Pflegeschulen, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Die *Sicherstellung der Praxisanleitung* stellt besonders aus Sicht der Pflegeschulen an Krankenhäusern eine akute Herausforderung dar. Nach Wahrnehmung der Befragten gibt es zu wenige weitergebildete Praxisanleiter/innen, weshalb die Praxispartner Schwierigkeiten haben, die gesetzlich geforderte Anleitung zu gewährleisten. Dies betrifft sowohl die „eigenen“ Auszubildenden der Träger der praktischen Ausbildung als auch externe Schüler/innen, die ihren Pflichteinsatz dort absolvieren sollen. Insbesondere in ambulanten Pflegediensten seien die Kapazitäten begrenzt, so mehrere Schulleitungen. Personelle Engpässe können dazu führen, dass keine qualifizierte Anleitung erfolgen kann: „*Schüler berichten, dass sie Anleitungen dokumentieren müssen, obwohl diese gar nicht stattfinden*“, so die Erfahrung einer Berufsbildenden Schule.

Auch Schwierigkeiten mit der *Einsatzplanung* sehen die Pflegeschulen vor allem in den ambulanten Pflegediensten. Aussagen dazu stammen allerdings ausschließlich von Pflegeschulen an Krankenhäusern. Die Arbeitszeiten im ambulanten Einsatz können für die Auszubildenden eine Herausforderung darstellen, wenn beispielsweise geteilte Dienste oder Wochenenddienste während eines Schulblocks übernommen werden müssen, um den geforderten Stundenumfang im Praxiseinsatz zu erreichen.

In vielen Praxiseinrichtungen existiert zudem noch kein praktisches Ausbildungskonzept, es gibt nicht überall einen *Ausbildungsplan*. Für dessen Erstellung sind die Träger der praktischen Ausbildung verantwortlich, auch wenn viele dies an die Pflegeschulen delegieren (siehe Kapitel 6.3): „*Die Verknüp-*

*fun*gen von Theorie und Praxis gehen überwiegend von der Pflegeschule in Form von Lern- und Arbeitsaufgaben und Praxisbegleitung aus“, so eine Pflegeschule am Krankenhaus. Konzepte wie das kompetenzorientierte Lernen haben die Praxis noch nicht durchdrungen. Einige Schulen kritisieren zudem die verspätete Erstellung des landesweiten Rahmencurriculums und die noch immer fehlenden Vorgaben zur Zwischen- und Abschlussprüfung.

Ein hoher *Dokumentationsaufwand* in der neuen Pflegeausbildung wurde nur von einer Pflegeschule thematisiert. Es handelt sich dabei eher um ein Thema der Kooperationspartner, wie eine Berufsbildende Schule ausführt: „Die größte Herausforderung sind nach wie vor die verschiedenen Kooperationsverträge und das viele Papier, das hin und her geschickt wird. Bestätigungen, Nachweise, Planungen... Die Betriebe sind oft überfordert und haben zu wenig Zeit sich mit diesen Dingen mehr zu beschäftigen.“

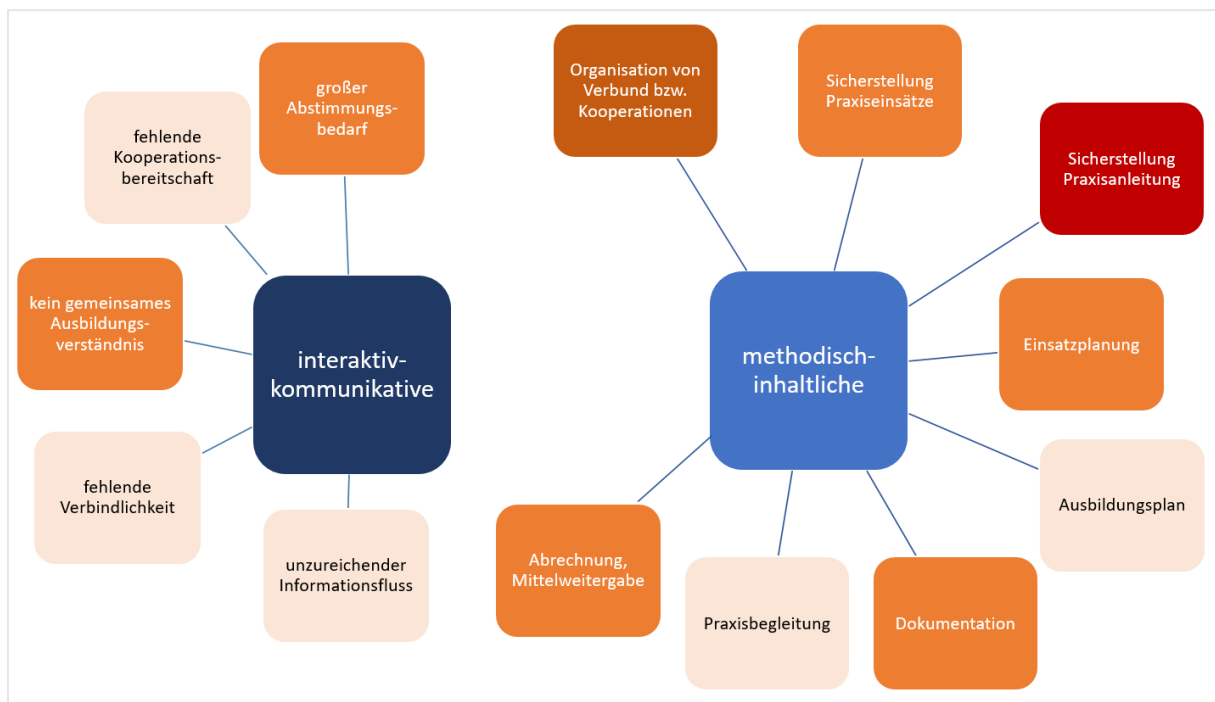
Auch Unklarheiten bei der *Abrechnung und Weitergabe von Mitteln* sind für die Schulen eher ein randständiges Thema, welches vielmehr die Praxispartner untereinander betrifft. „Die Abrechnung der Praxisanleiter-Stunden muss sich erst noch einspielen.“ Mitunter wird – in beidseitigem Einvernehmen und per Kooperationsvertrag abgesichert – auf Ausgleichszahlungen verzichtet, da die Auszubildenden, so eine Berufsbildende Schule, „in dem entsprechenden Pflichteinsatz auch Arbeitsleistung erbringen“.

Die Umsetzung der *Praxisbegleitung* wurde von mehreren Schulen aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes als herausfordernd beschrieben. Die Wege sind teilweise weit, es stehen keine Dienstfahrzeuge für Lehrkräfte zur Verfügung. Aus Sicht einer Pflegeschule am Krankenhaus kann die Praxisbegleitung auch nicht mehr so umgesetzt werden, wie dies im Rahmen der Altenpflegeausbildung der Fall war. Der Modus der Altenhilfe sei auf das akutstationäre Setting nicht zu übertragen.

7.2 Die Perspektive der Krankenhäuser

Von Krankenhäusern liegen weit weniger Aussagen zu aktuellen Herausforderungen als aus den Pflegegeschulen vor, weshalb dieses Unterkapitel wesentlich knapper ausfällt als das vorangegangene. Im Fokus stehen mehr die methodisch-inhaltlichen denn die interaktiv-kommunikativen Herausforderungen, wie Abbildung 29 auf der folgenden Seite veranschaulicht. Je dunkler eine Kachel in der Grafik, desto häufiger wurden die Antworten der Kliniken auf die Frage nach der derzeit größten Herausforderung der jeweiligen Subkategorie zugeordnet. Die meisten Häuser sehen momentan die Sicherstellung der Praxisanleitung als größte Herausforderung an. Die Themen der hell eingefärbten Kacheln wurden bei der Frage nach der Priorisierung der Herausforderungen gar nicht genannt.

Abbildung 29: Priorisierung der aktuellen Herausforderungen in der Pflegeausbildung aus Sicht der Krankenhäuser



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

7.2.1 Interaktiv-kommunikative Herausforderungen

Nur wenige Aussagen der Krankenhäuser ließen sich den interaktiv-kommunikativen Herausforderungen zuordnen. Ein unzureichender *Informationsfluss* und schlechte Erreichbarkeiten der Kooperationspartner erschweren die Einschätzung der Lernstände der Auszubildenden. Zudem stellen die häufigen Ortswechsel mit unterschiedlichen *Ausbildungsverständnissen* bei den Kooperationspartnern eine Herausforderung dar: „Seniorenzentrum und Krankenhaus haben z. B. völlig unterschiedliche Settings, auf die sich die Auszubildenden erst einstellen müssen. Wir wissen um diese Eingewöhnungsschwierigkeiten und gehen gezielt mit speziellen Einführungstagen darauf ein.“

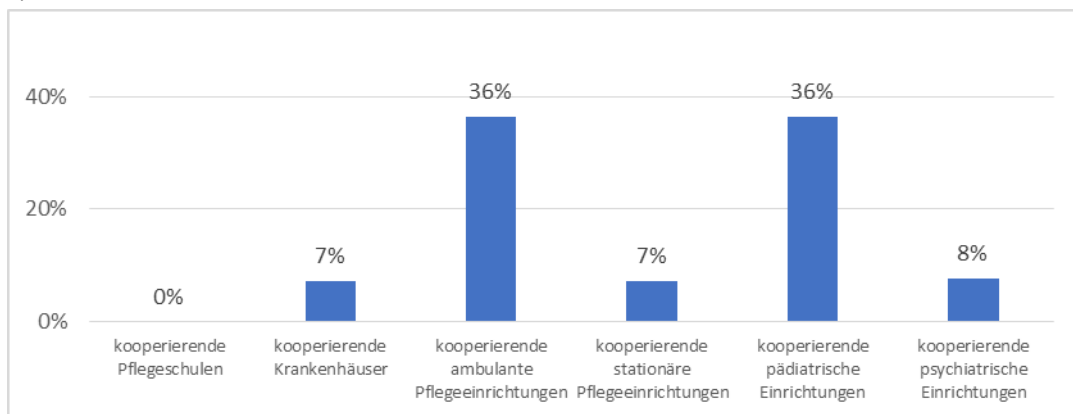
7.2.2 Methodisch-inhaltliche Herausforderungen

Die *Organisation des Verbund- bzw. Kooperationssystems* wird als „komplexe“ Herausforderung beschrieben. Idealerweise gelingt es mit Hilfe einer detaillierten Planung, die Schülerzahlen in den einzelnen Einsatzbereichen möglichst konstant zu halten. Dies entspricht wohl auch dem Wunsch der Kooperationspartner, erfordert allerdings einen hohen Koordinierungsaufwand. Als anspruchsvoll betrachten einige der befragten Kliniken darüber hinaus das Thema Vertragsgestaltung.

Die am häufigsten genannte Herausforderung stellt die *Gewährleistung sämtlicher Praxiseinsätze* dar, denn der Bedarf an Einsatzmöglichkeiten ist in der Regel größer als das Angebot. Letztlich sollte es das

Ziel sein, allen Auszubildenden, auch denen, die nur den Pflichteinsatz im Krankenhaus absolvieren, die gleichen Ausbildungsbedingungen zu bieten und nicht Auszubildende mit Schwerpunkt stationäre Langzeitpflege nur auf einer geriatrischen, nicht aber einer internistischen Station einzusetzen. Vor allem bei kurzfristigen Absagen von Kooperationspartnern fällt es schwer, für Ersatz zu sorgen. „Gerade in der Pädiatrie herrscht ein Mangel an Einsatzplätzen“, so die Aussagen mehrerer Kliniken. Zudem erschweren die engen Vorgaben für den Einsatz in der psychiatrischen Pflege die Umsetzbarkeit aufgrund der „konzentrierten Nachfrage“ im 3. Ausbildungsjahr. Etwa ein Drittel der befragten Kliniken haben Schwierigkeiten angegeben, Kooperationspartner für die Pflichteinsätze im ambulanten Bereich und in der Pädiatrie zu gewinnen (siehe Abbildung 30).

Abbildung 30: Anteil der Krankenhäuser, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, in %



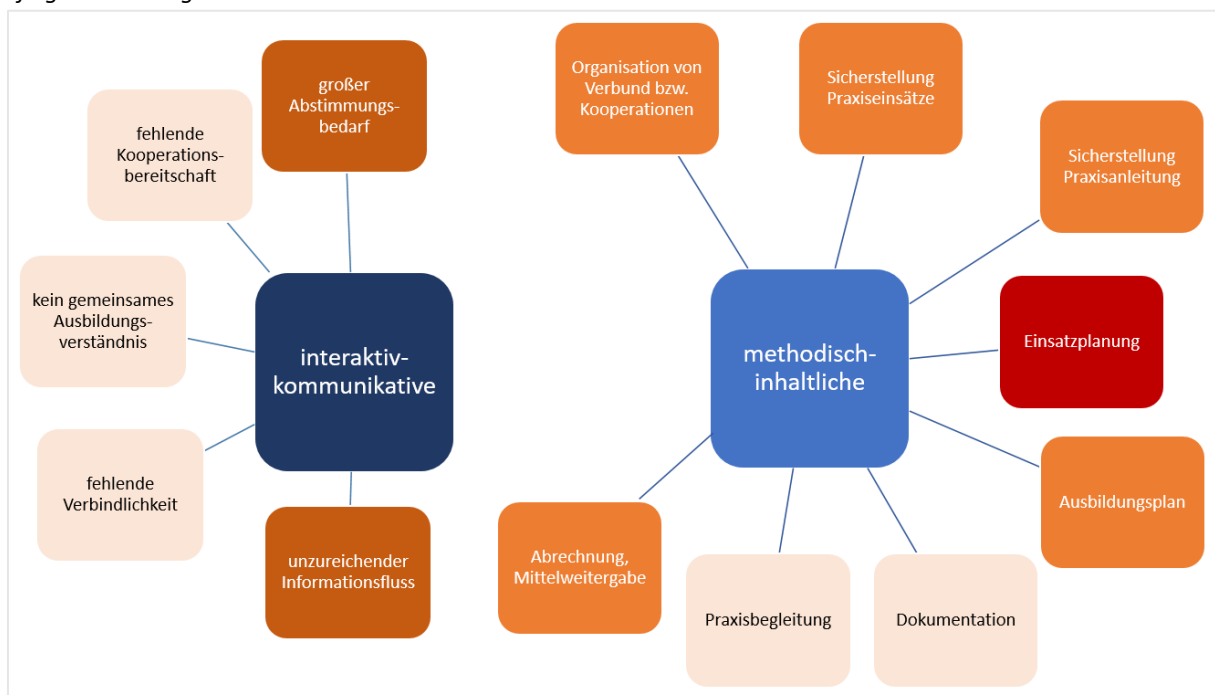
Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Die Sicherstellung der *qualifizierten Praxisanleitung* gemäß der gesetzlichen Vorgaben stellt eine weitere relevante Herausforderung dar, die von vielen Befragten aus dem Krankenhausbereich benannt wurde. Der *Dokumentationsaufwand* wurde dagegen nur von einem Krankenhaus als zu hoch beschrieben. Wünschenswert sei eine Standardisierung der Formulare, die in der Pflegeausbildung benötigt werden. Auch Unklarheiten bei der *Abrechnung* und der Weitergabe von Mitteln wurden ebenso wie die Umsetzung der *Praxisbegleitung* durch Lehrkräfte der Pflegeschulen lediglich vereinzelt benannt.

7.3 Die Perspektive der ambulanten Pflegeeinrichtungen

Etwas anders als in den Pflegeschulen und Krankenhäusern sind die Herausforderungen aus Sicht der ambulanten Pflegeeinrichtungen gelagert. Da die Pflegedienste eher selten mit Koordinierungsaufgaben betraut sind, stehen Themen wie die Sicherstellung sämtlicher Praxiseinsätze und die Koordination des Gesamtsystems dort nicht im Vordergrund. Dies bedeutet jedoch nicht, dass diese Themen nicht benannt wurden (siehe die folgenden Unterkapitel). Mit Abstand am häufigsten haben die Pflegedienste die interne Einsatzplanung als größte Herausforderung in der neuen Pflegeausbildung benannt (siehe Abbildung 31). Die ausgeprägten Informations- und Abstimmungsbedarfe stehen an zweiter Stelle. Die hell eingefärbten Themen in der Abbildung sind gar nicht als prioritäre Problemfelder genannt worden.

Abbildung 31: Priorisierung der aktuellen Herausforderungen in der Pflegeausbildung aus Sicht der ambulanten Pflegeeinrichtungen



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

7.3.1 Interaktiv-kommunikative Herausforderungen

Nichtsdestotrotz sind auch die ambulanten Pflegeeinrichtungen zum Teil mit *fehlender Kooperationsbereitschaft* konfrontiert: „Es ist sehr schwierig, geeignete Kooperationspartner zu finden.“ Ein Pflegedienst berichtet sogar von Abwerbeversuchen während eines Einsatzes beim Kooperationspartner.

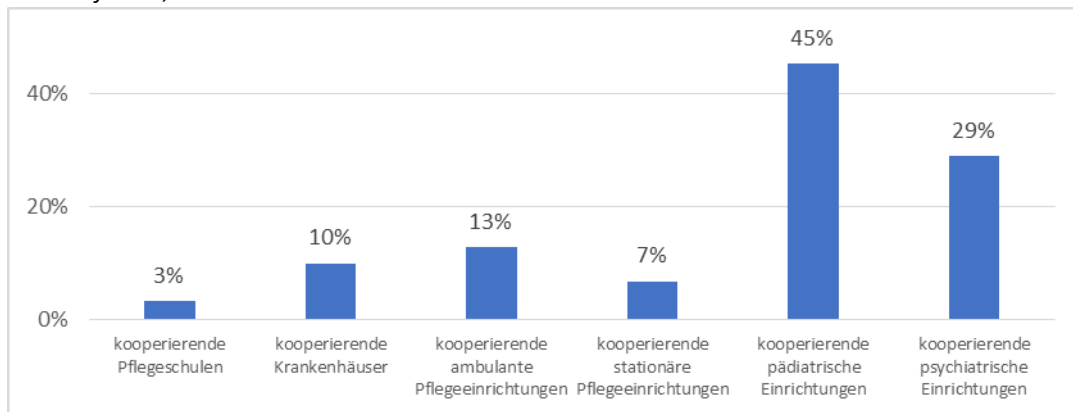
Durch den Wechsel zur generalistischen Pflegeausbildung ist Vieles neu, wodurch der *Gesprächs- und Abstimmungsbedarf* hoch ist: „Es müsste mehr kommuniziert werden“, so eine Befragte. Nicht alle Pflegedienste haben ihre Kooperationspartner bislang überhaupt persönlich kennenlernen können, woran vorwiegend die Restriktionen infolge der Pandemie schuld sind: „Bedingt durch Corona ist leider Vieles, das geplant war, nicht durchgeführt worden.“ Hinzu kommen die personellen Engpässe bei allen Ausbildungspartnern, die einen regelmäßigen Austausch verhindern. Nicht selten sind es wohl die Auszubildenden selbst, die Informationen zwischen den Ausbildungspartnern weitertragen müssen. So verwundert es nicht, dass viele der befragten Pflegedienste über einen *unzureichenden Informationsfluss* klagen. Dies betrifft beispielsweise Informationen zum Ausbildungs- und Lernstand der Schüler/innen, zur Einsatzplanung (Praxiseinsätze, Urlaub, Schulblöcke) oder zu Nachweisen, die die Schule benötigt. Die Pflegedienste wünschen sich eine bessere Erreichbarkeit der Ansprechpersonen in den Pflegeschulen, um Fragen auf direktem Wege klären zu können.

Die Absage geplanter Einsätze erfolgt laut den Aussagen der Befragten nicht nur von Seiten der Praxispartner, sondern unter anderem auch seitens der Schule. Insofern beklagen einzelne Befragte die *fehlende Verbindlichkeit* von Absprachen. Ein weiteres Thema sind die *uneinheitlichen Ausbildungsverständnisse*, die auch von den Pflegediensten wahrgenommen werden. Es fehle „eine einheitliche Herangehensweise“, ein „gemeinsames Verständnis von Ausbildungsqualität“.

7.3.2 Methodisch-inhaltliche Herausforderungen

Die *Organisation der Kooperationsbeziehungen* und die *Sicherstellung der Praxiseinsätze* sind Themen, die die ambulanten Dienste zwar nicht im gleichen Maße belasten wie die Pflegeschulen, die in der Regel mit Koordinationsaufgaben beauftragt sind. Als „Nadelöhre“ werden die Kliniken und dort insbesondere die pädiatrischen und psychiatrischen Einsatzbereiche beschrieben (siehe auch Abbildung 32): „Krankenhäuser lassen meist keine ‚Fremdschüler‘ zu, z.B. für Pädiatrie, psychiatrische Einrichtungen, Intensivmedizin.“ Zudem sind die Fahrtwege oftmals weit. Außerklinische Kooperationspartner wie Kindertagesstätten oder Einrichtungen der Familienhilfe erscheinen den Pflegediensten jedoch auch nicht immer als geeignet.

Abbildung 32: Anteil der ambulanten Pflegeeinrichtungen, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Des Weiteren stellt die *Gewährleistung der Praxisanleitung* für nicht wenige ambulante Einrichtungen eine Herausforderung dar. Es fehlt schlicht und einfach an qualifizierten Praxisanleiter/innen, zumal die Mehrzahl der Pflegedienste kleine Organisationen sind. Viele wünschen sich eine Unterstützung seitens der Kooperationspartner, besonders bei personellen Engpässen, die sie in der Regel aber nicht erhalten. Dies führt dazu, dass die Pflegedienste notfalls weniger Schüler/innen aufnehmen als vereinbart und gewünscht.

Das größte Problem stellt jedoch die interne *Einsatzplanung* dar. Da die Auszubildenden mehr rotieren als in der Altenpflegeausbildung, entstehen Phasen, in denen keine Schüler/innen in der Einrichtung sind. In anderen Zeiträumen ist die Zahl der zu betreuenden Auszubildenden weit größer als früher. Das neue System erschwert damit die Personalplanung. Ohnehin müssen Praxiseinsätze vorab ausreichend geplant werden, da nicht alle Kunden/innen die Anwesenheit von Auszubildenden erlauben. Die Corona-Pandemie hat entsprechende Vorbehalte noch weiter verstärkt. Mitunter müssen die Schüler/innen während eines Einsatzes im Auto warten. Einige, insbesondere kleine Pflegedienste zweifeln auch daran, den Anforderungen an einen Ausbildungsbetrieb zu entsprechen und befürchten nur einen geringen Kompetenzzuwachs durch den Praxiseinsatz: „Wir haben kein großes Spektrum an verschiedenen Krankheitsbildern, Wunden oder aufwendigen Versorgung.“ Da Touren teilweise auch von einjährig examinierten Pflegehelfer/innen gefahren werden, die nicht die notwendige Anleitungskompetenz mitbringen, befürchten die Einrichtungen auch hier einen geringeren Wissenszuwachs.

Hinzu kommt noch, dass die Touren im Frühdienst in der Regel keine 8 Stunden dauern und die Auszubildenden geteilte Dienste fahren müssen, um ihre Soll-Arbeitsstunden abzuleisten. All dies sind aus Sicht der Pflegedienste Argumente, die eher gegen eine intensive Ausbildungsbeteiligung sprechen. Insgesamt übersteigen die Anfragen der Kooperationspartner dann vielerorts die Kapazitäten, allen voran in kleineren Pflegediensten.

Für die wenigen ambulanten Dienste, die sich als Träger der praktischen Ausbildung selbst um die Erarbeitung des *Ausbildungsplans* kümmern, stellt dies eine Herausforderung dar. Die Einrichtungen wünschen sich Unterstützung von den Pflegeschulen, die bezüglich der Abstimmung ihrer Prozesse auf die neue Pflegeausbildung unterschiedlich gut aufgestellt seien. Zudem erschwere das Fehlen des rheinland-pfälzischen Rahmenlehrplans (zum Zeitpunkt der Befragung) die inhaltliche Abstimmung der Praxiseinsätze auf den theoretischen Unterricht, so mehrere Einrichtungsleitungen.

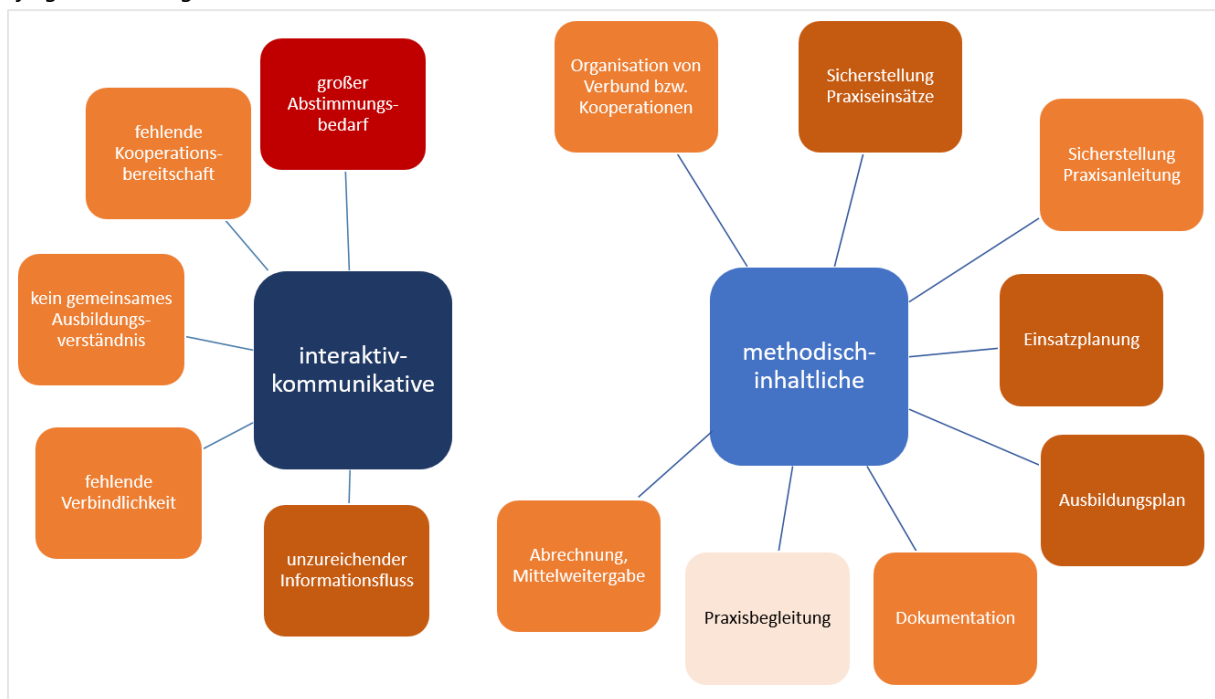
Kritisiert wird des Weiteren der hohe *Dokumentationsaufwand* für die ambulanten Dienste. Zur Bewältigung fehlen personelle und zeitliche Ressourcen: „*Keine der Einrichtungen, uns eingeschlossen, hat Zeit, sich stundenlang durch den Papierwust zu arbeiten und Kooperationsverträge zu erstellen.*“

Die Abbildung und Abrechnung von geleisteten Praxisanleitungsstunden ist vielerorts zwischen den Kooperationspartnern noch nicht abschließend geklärt: „*Wem schicke ich wann und wie die Rechnungen für die Praxisanleiterstunden?*“, umreißt eine Einrichtungsleitung das Thema. Weitere Verunsicherung bestand zum Zeitpunkt der Befragung auch, was die Umsatzsteuerpflicht bei *Abrechnung und Mittelweitergabe* angeht, und bezüglich der Gestaltung von unterschiedlichen Kooperationsverträgen je nach Kooperationspartner. Das Thema *Praxisbegleitung* ist eher ein Thema der Pflegeschulen und wurde nur von einem ambulanten Dienst angesprochen.

7.4 Die Perspektive der stationären Pflegeeinrichtungen

Während die meisten ambulanten Pflegeeinrichtungen die interne Einsatzplanung als „*derzeit größte Herausforderung in der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern*“ benannt haben, stehen für die stationären Pflegeeinrichtungen verstärkt die Informations- und Abstimmungsbedarfe mit Pflege-schule(n) und weiteren Kooperationspartnern im Fokus. Gar nicht als prioritäres Problemfeld benannt wurde das Thema Praxisbegleitung.

Abbildung 33: Priorisierung der aktuellen Herausforderungen in der Pflegeausbildung aus Sicht der stationären Pflegeeinrichtungen



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

7.4.1 Interaktiv-kommunikative Herausforderungen

Nicht wenige stationäre Pflegeeinrichtungen haben in den Fragebögen die *fehlende Kooperationsbereitschaft* potenzieller Ausbildungspartner thematisiert. Die Suche nach Kooperationspartnern ist aufwendig, vor allem, wenn in der Region bereits etablierte Kooperationsbeziehungen existieren. Mitunter ist Überzeugungsarbeit erforderlich. Auch das Aushandeln der Kooperationsverträge – „*es war eher ein Aushandeln denn ein Abstimmungsprozess*“ – zieht sich teilweise über Monate hin und wird als „*sehr ermüdend*“ beschrieben. Es kommt vor, dass Kooperationspartner auf bestimmte Vereinbarungen bestehen und den Vertragsabschluss davon abhängig machen (z.B. Vereinbarungen zu Arbeitszeiten). Oftmals werden auch nur einseitige Kooperationen und kein wechselseitiger „Austausch“ von Auszubildenden gewünscht. Einige Einrichtungen haben zudem die Erfahrung von Abwerbeversuchen während externer Einsätze bei Kooperationspartnern gemacht.

Weiterhin besteht *großer Gesprächs- und Abstimmungsbedarf* zwischen den Verbund- bzw. Kooperationspartnern. Vielerorts ist „*noch eine große Unsicherheit bei nahezu allem, was die Ausbildung betrifft*“, zu spüren. „*Es bedarf aufwendiger Abstimmungsprozesse und einer Kommunikation, die die teilweise noch vulnerablen Kooperationsbeziehungen nicht gefährdet*“, so eine stationäre Pflegeeinrichtung. Dabei geht es um die Klärung von Anforderungen und Erwartungen, um die Urlaubsplanung, die Dokumentation oder um konkrete Absprachen zu den Einsätzen. Aufgrund der Corona-Pandemie konnten geplante persönliche Treffen nicht stattfinden. Dies erschwerte oder verhinderte gar die gemeinsame Erarbeitung eines Ausbildungsplans.

Von einem *unzureichenden Informationsfluss* berichten nicht nur Einrichtungen, die „einfache Lernkooperationen“ pflegen, sondern auch solche, die einem Ausbildungsverbund angehören: *„Uns ist nicht bekannt, wie viele praktische Ausbildungsbetriebe inzwischen Mitglied im Verbund sind, der Austausch unter den Einrichtungen ist ebenfalls dürftig.“* Es ist vor allem der Informationsaustausch mit den Pflegeschulen, der oftmals noch nicht einwandfrei funktioniert. Da sich die Lehrkräfte in der Regel im Unterricht befinden, sind sie eher eingeschränkt erreichbar für die Einrichtungen, die ihr Anliegen gerne telefonisch klären würden. Informationsbedarfe gibt es beispielsweise bezüglich der Fehlzeiten oder der Einsatzplanung. Auch, wenn sich die eigenen Schüler/innen im externen Praxiseinsatz befinden, wäre mehr Informationsaustausch sinnvoll. Nicht immer sind die Ansprechpersonen den Praxispartnern jedoch bekannt. Mitunter sind es die Auszubildenden selbst, die Informationen weitertragen müssen, und es kommt zu *„Schnittstellen-Schwierigkeiten“*.

In den teilweise noch jungen Kooperationsbeziehungen fehlt es gelegentlich an *Verbindlichkeit und Verlässlichkeit*. Die stationären Pflegeeinrichtungen wünschen sich eine Art Jahresplanung, an die die Kooperationspartner gebunden sind und an die sie sich auch weitgehend halten. Mit Änderungen aufgrund von Krankheit ist natürlich zu rechnen; problematischer erscheint, dass einige Partner Schwierigkeiten haben, überhaupt Zusagen zu treffen, wie viele Plätze in welchen Zeiträumen zur Verfügung gestellt werden können. Die geforderte Verlässlichkeit muss erarbeitet werden, wie eine Pflegeeinrichtung erläutert: *„Bei den Partnern musste regelrecht Beziehungsarbeit geleistet werden, damit das Verhältnis nun einigermaßen stabil ist und wir das Gefühl haben, hier einigermaßen verlässliche Ausbildungspartner zu haben.“*

Die Entwicklung eines *gemeinsamen Ausbildungsverständnisses* benötigt ebenfalls noch Zeit. In den Fragebögen beziehen sich nicht wenige stationäre Pflegeeinrichtungen auf die Unterschiede zwischen Alten- und Krankenpflege. Als Beispiel wird der Umgang mit Patienten/innen im Krankenhaus und mit Bewohner/innen in der stationären Langzeitpflege genannt, das Ausnivellieren von Nähe und Distanz. Zudem erscheinen die Auszubildenden aus Krankenhäusern den Pflegeeinrichtungen teilweise nicht unbedingt motiviert, sich auf die besonderen Gegebenheiten in der Altenhilfe, auch auf die hohen Dokumentationsanforderungen, einzulassen. Zwischen den Kooperationspartnern sind Anforderungen und Erwartungen nicht unbedingt ausreichend kommuniziert und zum Teil sehr unterschiedlich. Womöglich verhindern die vielfältigen organisatorischen und praktischen Herausforderungen, die akut bearbeitet werden müssen, aber auch die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen „Kulturen“, die in der neuen Ausbildung zusammenwachsen müssen.

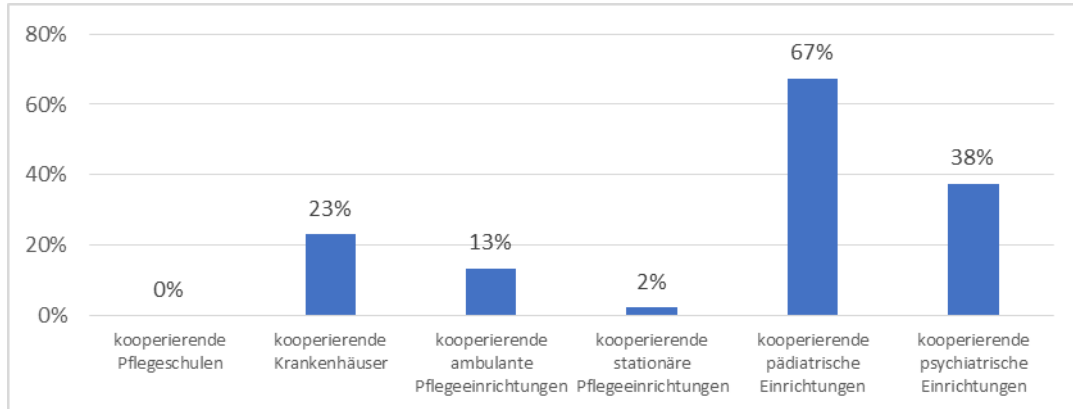
7.4.2 Methodisch-inhaltliche Herausforderungen

In der Regel sind es nicht die stationären Pflegeeinrichtungen, die die *Organisation eines Verbundes oder der Kooperationen* übernehmen, sondern die Pflegeschulen. Die Pflegeeinrichtungen kritisieren, dass dies je nach Schule unterschiedlich gut funktioniert. Die Einsatzzeiten der Auszubildenden sind mitunter nicht früh genug bekannt, wodurch Dienstpläne kurzfristig wieder umgestellt werden müssen. Eine Einrichtungsleitung vermutet, dass die Pflegeschulen an Krankenhäusern aufgrund ihrer Vorerfahrungen mit Koordinierungsaufgaben besser damit zurechtkommen als die ehemaligen Altenpflegeschulen. Auch der Aufbau von Ausbildungsverbänden sei von ehemaligen Krankenpflegeschulen ausgegangen: *„Die Schulen sollten der Einfachheit halber Ausbildungsverbände schließen, damit man nicht mit jedem Kooperationspartner Einzelverträge schließen muss. (...) Die Zusammenarbeit funktioniert dort gut, wo man schon vorher eng kooperiert hat.“*

Für die *Gewährleistung sämtlicher Praxiseinsätze* sehen die stationären Pflegeeinrichtungen die akutstationäre, die pädiatrische und die psychiatrische Pflege als „Nadelöhre“ an. Abbildung 34 verdeutlicht den Anteil der Pflegeeinrichtungen, die Schwierigkeiten haben, Kooperationspartner für die unterschiedlichen Einsätze zu finden. Die Kapazitätsengpässe in den Settings außerhalb der Altenhilfe

beeinflussen auch die Anzahl der Ausbildungsverträge, die ein Pflegeheim abschließt: *„Wir können nur eine geringe Anzahl an generalistischen Auszubildenden einstellen, weil ausschließlich 4 Auszubildende zeitgleich im Krankenhaus, also Pädiatrie und Akutpflege, eingesetzt werden können.“*

Abbildung 34: Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Für die Einsätze in der Pädiatrie wird eine Erweiterung der zulässigen Einsatzbereiche auf Kindertagesstätten gewünscht, und auch für den Einsatz in der Psychiatrie werden kreative Lösungen gesucht: *„Hier greifen wir auf die Regelung zurück, dass auch Tagespflegen oder beschützende Wohnbereiche genutzt werden können - ein ‚richtiger‘ Psychatrieeinsatz wäre aber wünschenswert.“* Für die Einsätze in der Akutpflege erweisen sich gelegentlich die notwendigen „Zugangsvoraussetzungen“ als Hürde: *„Hierfür müssen zeitaufwendige Impfungen und Untersuchungen nachgewiesen werden, über die wir viel zu spät informiert wurden. Somit haben die Auszubildenden die Voraussetzungen viel zu spät erfüllt und alle Einsätze mussten mehrmals verschoben werden.“* Insbesondere im ländlichen Raum ergeben sich zudem Schwierigkeiten, die praktischen Einsatzorte zu erreichen, solange die Auszubildenden noch nicht über einen Führerschein und ein Fahrzeug verfügen. Der öffentliche Personennahverkehr deckt oftmals – sofern er überhaupt gut ausgebaut ist – nicht die Randzeiten ab, in denen Pflegekräfte arbeiten. Entsprechend ist es zwingend notwendig, wohnortnahe Einsätze anbieten zu können, wie eine Einrichtungsleitung ausführt: *„Es gibt Übernachtungsmöglichkeiten, aber die möchten die Auszubildenden nicht so gerne nutzen. Sie möchten lieber wohnortnahe Einsätze. Dadurch ist die Zahl der Auszubildenden, die zu uns kommen begrenzt, d.h. wir schicken unsere Auszubildenden in die Außeneinsätze, bekommen aber nicht gleich viele zu uns...“*

Die Gewährleistung der gesetzlich vorgeschriebenen Praxisanleitung ist für die befragten Pflegeeinrichtungen selbst und für deren Kooperationspartner eines der zentralen Themen. In den Einrichtungen stellen zum einen die Planung der Anleitungen und deren Gestaltung Herausforderungen dar. Die Anforderungen an die Auszubildenden unterscheiden sich wohl auch von Schule zu Schule, trägerinterne Ausbildungskonzepte können nur noch bedingt umgesetzt werden: *„Wenn man mit 4 Schulen kooperieren muss, weil die Azubis schon ihre Schulplätze haben, bevor sie den Ausbildungsplatz hatten, erleichtert dies den Praxisalltag nicht.“* Zum anderen stellt sich die Frage, die die Anleitung bei Krankheit oder Urlaub der Praxisanleiter/innen gewährleistet werden kann. Da das Pflegepersonal in vielen Einrichtungen knapp ist, befürchten die Befragten Qualitätseinbußen bei der Ausbildung. Diese sehen sie teilweise auch bei Kooperationspartnern: *„Nicht alle Einsatzorte bieten die nötige Qualität der Praxisanleitung. Manche Einsatzorte begleiten externe Schüler noch unterschiedlich zu denen, die im eigenen Unternehmen angestellt sind.“* Stellenweise erbringen die Kooperationspartner die gesetzlich geforderten Praxisanleitungsstunden nicht.

Die *Einsatzplanung* in den stationären Pflegeeinrichtungen ist teilweise dadurch erschwert, dass Kooperationspartner beispielsweise Absprachen nicht einhalten und weniger Schüler/innen schicken als geplant. „Die Koordination der Pflichteinsätze erfolgt nicht immer 1:1. Es gehen Schüler in Pflichteinsätze, und im Ausgleich kommt jedoch kein Auszubildender zum Einsatz in die Einrichtung“, berichtet eine Einrichtung exemplarisch. Im Falle einer Krankheitswelle ist es nicht möglich, kurzfristig mehr Auszubildende von der koordinierenden Pflegeschule zugeordnet zu bekommen, um Engpässe etwas abzumildern und die pflegerische Versorgung zu sichern. Einige Schulen planen die Einsätze auch noch nicht über die gesamte Ausbildungsdauer, was den Pflegeeinrichtungen ihre internen Planungen erschwert.

Die Erarbeitung des *Ausbildungsplans* ist mancherorts noch Thema. Ein größerer Altenhilfeträger erklärte im Fragebogen, einen praktischen Ausbildungsplan für sämtliche Praxiseinsätze entwickelt zu haben: „So dass alle Akteure zunächst einmal handlungsfähig sind, falls es (noch) keine eigenen Pläne gibt.“

Immer wieder wurden der hohe bürokratische Aufwand, die Anforderungen an die *Dokumentation*, in den Fragebögen kritisiert: „Der Papierkrieg ist zu viel!“, so drückt es eine Einrichtungsleitung exemplarisch aus.

Unklarheiten und Unsicherheiten bei *Abrechnung und Mittelweitergabe* wurden ebenfalls nicht selten als aktuelle Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Verbund- und Kooperationspartnern genannt: „Finanzierungsaspekte sind komplex und werfen bei allen Partnern Fragen auf.“ Die Antworten der Pflegeeinrichtungen lassen vermuten, dass im Idealfall gerne auf Ausgleichszahlungen verzichtet würde. Dafür müsste jedoch die Zahl der eigenen Auszubildenden und derjenigen der Kooperationspartner gleich hoch sein. Solange dies nicht der Fall ist, bleibt der Kostenausgleich wohl vielerorts schwer zu kalkulieren.

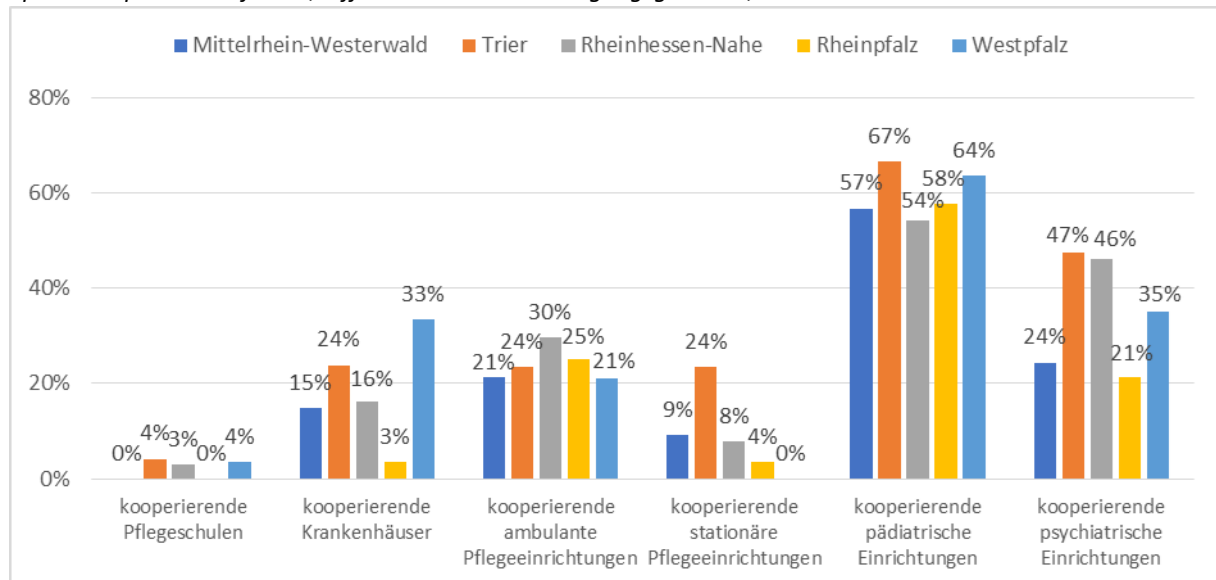
7.5 Zusammenfassung

In den vorangegangenen Kapiteln wurden aktuelle Herausforderungen im Rahmen der Lernortkooperationen in der neuen Pflegeausbildung aus Sicht der Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen beschrieben. Während für die Schulen in ihrer koordinierenden Rolle die Organisation des Ausbildungsverbunds oder der Kooperationspartner vordringlich ist, stellt die Sicherstellung der gesetzlich geforderten Praxisanleitungsstunden die derzeit größte Herausforderung für die Krankenhäuser dar. In den ambulanten Pflegeeinrichtungen dagegen ist es die interne Einsatzplanung, in den stationären Pflegeeinrichtungen der ungedeckte Informations- und Abstimmungsbedarf mit den Ausbildungspartnern.

Ob Befragungsteilnehmende, die mit einem Ausbildungsverbund assoziiert sind, insgesamt weniger Herausforderungen zu bewältigen haben als solche, die mit Kooperationsverträgen arbeiten, lässt sich jedoch nur schwer quantifizieren. 34 von 70 Befragten, die Mitglied in einem Verbund sind, haben die Frage nach besonderen Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Verbund- bzw. Kooperationspartnern beantwortet. Dies entspricht 49%, und damit auch dem Anteil der Antwortenden, die nicht Verbundmitglied sind (128 von 259 Teilnehmenden). Es gibt hier wie dort Schulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die angaben, derzeit mit keinen besonderen Herausforderungen konfrontiert zu sein. Auch die regionalisierte Auswertung des Anteils der Befragten mit Schwierigkeiten, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, liefert keine klaren Befunde. Wie Abbildung 35 zeigt, haben die Teilnehmenden in den Versorgungsgebieten Trier und Rheinhessen-Nahe, die ja besonders häufig mit Ausbildungsverbänden assoziiert sind, nicht weniger Schwierigkeiten als ihre Kollegen/innen in den

anderen Regionen. Zudem scheint die Suche nach Verbund- und Kooperationspartnern im Versorgungsgebiet Westpfalz, wo zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Verbünde existierten, nicht durchgängig problematischer zu verlaufen als in anderen Landesteilen.

Abbildung 35: Anteil der Teilnehmenden an der KOMPASS-Studie, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, differenziert nach Versorgungsgebieten, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

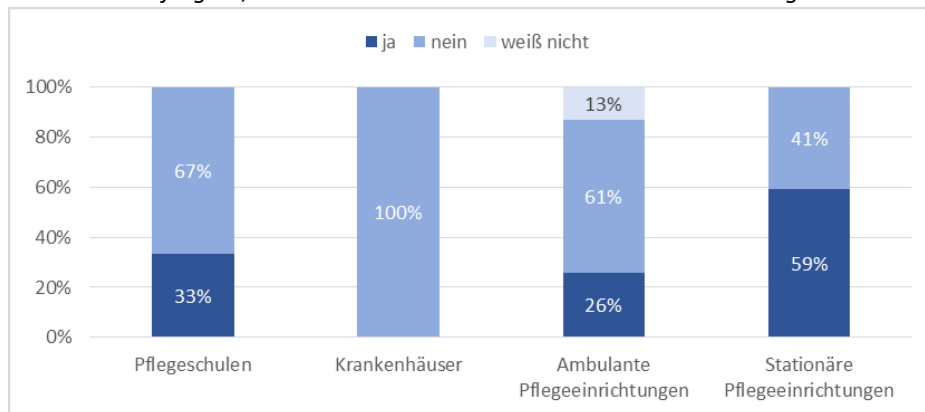
Auch wenn die Gewährleistung sämtlicher Praxiseinsätze eine Herausforderung darstellt, unabhängig davon, ob man sich im Ausbildungsverbund befindet oder nicht, zeigen doch die von den Pflegeschulen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen benannten aktuellen Herausforderungen, dass die Mitgliedschaft in einem Verbund Vorteile hat. Der immer wieder benannte Bedarf an Informationen, Austausch und Absprachen dürfte in den Ausbildungsverbänden eher gedeckt werden: In 80% der Verbünde finden regelmäßige Treffen und Besprechungen statt, während nur 57% Pflegeschulen außerhalb von Verbänden entsprechende Formate anbieten. Unter den ambulanten Pflegediensten ist der Anteil derer, die an einem regelhaften Austausch teilnehmen, sogar noch geringer. Dabei würden regelmäßige Treffen und Besprechungen organisatorische Absprachen (z.B. zur Einsatzplanung) erleichtern und den Aufbau von Vertrauen untereinander fördern. Auf diese Weise könnte mehr Verbindlichkeit und Verlässlichkeit in der Lernortkooperation entstehen. In einem Ausbildungsverbund sollten zudem die gemeinsame Erarbeitung eines Ausbildungsplans und die Entwicklung eines gemeinsamen Ausbildungsverständnisses leichter möglich sein als in weniger festen Kooperationsstrukturen. Die meisten Verbünde haben zudem eine neue Stelle für die Koordinationsaufgaben geschaffen und erhalten Mittel für die Koordination der Praxiseinsätze.

Eine stationäre Pflegeeinrichtung, die einem Verbund angehört, fasst es folgendermaßen zusammen: *„Wir sind bereits Mitglied, und in Anbetracht der Aufgaben für die Einrichtungen ist das ein ressourcenschonender Weg.“* Ein Krankenhaus beschreibt die derzeitige Situation wie folgt: *„Da wir Initiator und Organisator des Ausbildungsverbundes sind, sowie als Träger der praktischen Ausbildung und Träger der theoretischen Ausbildung sehr eng mit der eigenen Pflegeschule verbunden sind, über welche die Koordination und Organisation der praktischen Einsätze geplant wird, haben wir aktuell keinen Unterstützungsbedarf. Innerhalb des Ausbildungsverbundes verfügen wir über eine ausreichende Anzahl an Partnern mit welchen die Zusammenarbeit gut organisiert ist.“*

8. Perspektiven für die Weiterentwicklung von Lernortkooperationen

Die Vorteile der Mitgliedschaft in einem Ausbildungsverbund werden vielerorts durchaus gesehen, und so besteht Offenheit für die Mitarbeit. Wie Abbildung 36 zeigt, haben nur die befragten Krankenhäuser, die noch nicht Teil eines Verbundes sind, kein Interesse daran. Ein Drittel der Schulen, die noch nicht Teil eines Verbundes sind, haben angegeben, einem solchen beitreten oder ihn sogar selbst initiieren zu wollen. Von den stationären Pflegeeinrichtungen zeigten sogar 59% Interesse. Die ambulanten Pflegedienste gaben sich etwas zurückhaltender: 26% würden einem Verbund beitreten, wenn sich die Möglichkeit ergibt. Weitere 13% waren zum Zeitpunkt der Befragung noch unentschlossen.

Abbildung 36: Anteil der Befragten, die Interesse an der Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund haben, in %



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Das Potenzial für eine Ausweitung der bestehenden Verbünde und für die Entstehung neuer Zusammenschlüsse scheint demnach insbesondere in der Altenhilfe gegeben zu sein. In den folgenden drei Unterkapiteln werden zunächst die Vorbehalte der Befragten gegenüber Ausbildungsverbänden, anschließend die Voraussetzungen für eine Mitarbeit und abschließend Perspektiven für die Weiterentwicklung und Festigung von Lernortkooperationen in Richtung Ausbildungsverbund skizziert.

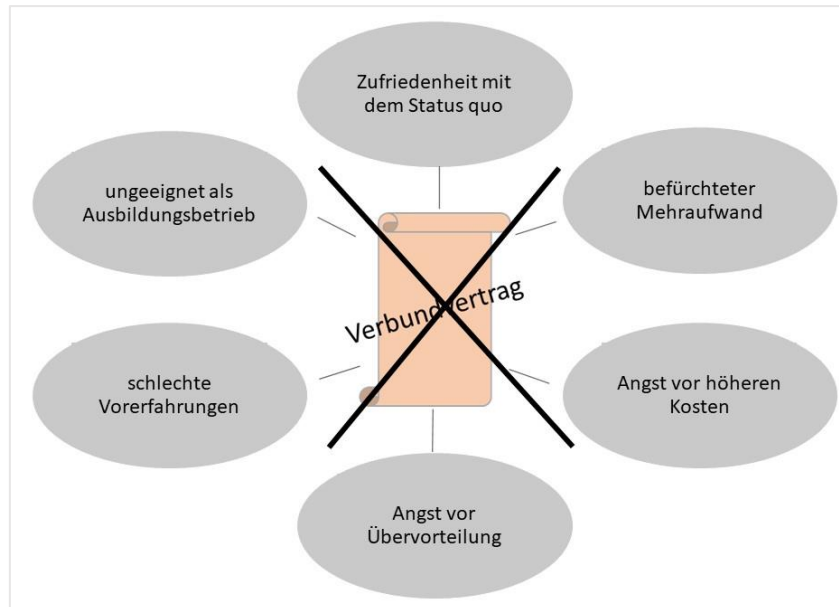
8.1 Vorbehalte gegenüber Ausbildungsverbänden

Die Vorbehalte gegenüber Ausbildungsverbänden, die bei der Befragung geäußert wurden, sind in Abbildung 37 dargestellt. Einige wenige Pflegeeinrichtungen haben angegeben, derzeit nicht auszubilden und auch künftig die Voraussetzungen als Ausbildungsbetrieb nicht erfüllen zu können. Neben begrenzten Einsatz- und Lernmöglichkeiten ist das Fehlen einer qualifizierten Praxisanleitung ein Hemmnis. Nicht wenige Befragte – und zwar aus allen Sektoren – sind schlicht mit dem Status quo zufrieden. Beispielsweise können große Einrichtungsträger die meisten oder sogar sämtliche Einsatzbereiche trägerintern abdecken: „Wir brauchen nur wenige Einrichtungen und sind durch eigene Auszubildende ausgelastet in unseren eigenen Einrichtungen“, beschreibt ein Krankenhaus die aktuelle Situation. Über alle Sektoren hinweg zeigt sich eine eher abwartende Haltung. Die meisten Befragten scheinen sich erst einmal mit der derzeitigen Situation arrangiert zu haben.

Ein Großteil der Vorbehalte, die geäußert wurden, bezieht sich auf den befürchteten Mehraufwand in einem Ausbildungsverbund. Dabei denken die Befragten zunächst an den initialen Aufwand, einen Verbund zu gründen, Informationen dafür einzuholen, den Zusammenschluss juristisch abzusichern und vieles mehr. Aber auch im Dauerbetrieb bleibt der hohe Koordinierungsaufwand, wie eine Pflegeschule exemplarisch ausführt: „Aus Erfahrung können wir berichten, dass sich ein Verbund nicht von alleine organisieren lässt. Es benötigt einen sogenannten Kümmerer.“ Der administrative, bürokratische Aufwand, aber auch die notwendigen zeitlichen und personellen Ressourcen für die Mitarbeit im Verbund werden scheinbar höher eingeschätzt als für die Pflege „einfacher Kooperationsbeziehungen“. „Häufig

verbleibt ein großer Aufwand bei den Einrichtungen, sodass sich ein Beitritt nicht zwingend lohnt“, vermutet eine stationäre Pflegeeinrichtung. Nicht wenige Befragte gaben zudem offen zu, den Verlust von Flexibilität und Autonomie zu fürchten. Die Verpflichtungen im Verbund und die Erwartungen an die Praxispartner könnten über das Leistbare hinausgehen.

Abbildung 37: Gründe, die aus Sicht der Befragten gegen die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund sprechen



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Des Weiteren bestehen die Angst vor höheren Kosten, die nicht refinanziert werden können, sowie die Sorge, im Ausbildungsverbund übervorteilt zu werden. Jeder Partner verfolge letztlich Partikularinteressen, so die Wahrnehmung vieler Befragter, und die Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten im Verbund könnten begrenzt sein. Vereinzelt wird befürchtet, dass den Partnern, die nur als Einsatzstelle für externe Auszubildende fungieren, nicht sämtliche anfallenden Kosten für die Praxisanleitung erstattet werden. Solche Sorgen rühren auch daher, dass einige Befragte bereits schlechte Vorerfahrungen mit potenziellen Verbundpartnern gemacht haben. Exemplarisch berichtete eine stationäre Pflegeeinrichtung: „Wir wollten 2019 mit [..., Namen zweier Ausbildungsträger] Kooperationen und Kooperationsverbünde aufbauen. Beide waren nicht daran interessiert, unseren Auszubildenden Plätze an ihren Schulen zu geben bzw. Praxiseinsätze anzubieten. Jetzt fragen beide regelmäßig für Kooperationsverträge an, da sie ihre Schüler gegen Ausgleichszahlungen bei uns zu den Pflichteinsätzen schicken möchten. Diese Umstände haben unser Interesse an einem Ausbildungsverbund nicht gerade gestärkt.“

8.2 Voraussetzungen für die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund

Bei allen Vorbehalten haben viele der befragten Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen allerdings auch klare Vorstellungen, unter welchen Umständen die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund für sie infrage käme. Die Antworten auf die entsprechende offene Frage wurden inhaltsanalytisch zu 7 Kategorien zusammengefasst (siehe Abbildung 38).

Einige Befragte, vordringlich aus dem ambulanten Versorgungssektor, würden sich in Richtung Ausbildungsverbund orientieren, wenn es der Einrichtung künftig gelingt, überhaupt Auszubildende zu gewinnen. Die Bewerberzahlen sind mancherorts recht niedrig, und nicht immer gelingt die Besetzung angebotener Ausbildungsplätze. Für die meisten Befragten ist allerdings die Reduzierung des (bürokratisch-administrativen) Aufwands ein entscheidendes Argument für die Mitarbeit in einem Verbund. Die Hoffnung ist, dass Prozesse standardisiert und Formulare vereinheitlicht werden, dass keine einzelnen Kooperationsverträge mehr abgeschlossen werden müssen und die Zusammenarbeit insgesamt

einfacher wird. „Der Ausbildungsverbund sollte Prozesse vereinfachen“, drückt es eine stationäre Pflegeeinrichtung aus. Ein beispielhaftes Zitat aus der ambulanten Pflege steht beispielhaft für die Pflegedienste, von denen einige die Chance sehen, durch eine Verbundmitgliedschaft Aufwände zu reduzieren: *Wenn die Verwaltung nicht auch noch von uns gestemmt werden muss, sondern wir einfach ‚beitreten‘ können und eine Stelle mit ausreichend Fachkompetenz die Betreuung übernimmt.*“ Die finanziellen Rahmenbedingungen sollten geklärt sein, erbrachte Koordinationsleistungen monetär ausgeglichen werden. Zudem sollten keine zusätzlichen Kosten entstehen. Die Erfahrungen der Befragten aus Sondierungen zeigen allerdings, dass die Entstehung von Verbänden im Bundesland unter anderem bereits an finanziellen Fragen gescheitert ist.

Abbildung 38: Voraussetzungen für die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund aus Sicht der Befragten



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Am häufigsten als Voraussetzung für die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund genannt wurden die Organisation des Verbundes und die Koordination der Praxiseinsätze. Beides müsste aus Sicht der Befragten geregelt sein. Rollen und Aufgaben der Verbundmitglieder sollten geklärt sein. Womöglich kann auch ein festes Rotationsverfahren installiert werden, welches die Verteilung der Praxiseinsätze vereinfacht und den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Planungssicherheit für ihre Einsatz- und Dienstplanung gibt. Die Abdeckung sämtlicher Pflichteinsatzbereiche im Verbund könnte die Schwierigkeiten und Aufwände im Umgang mit den „Nadelöhren“ reduzieren, wie eine stationäre Pflegeeinrichtung ausführt: *„Interessant wäre der Beitritt zu einem Ausbildungsverbund, wenn Krankenhaus für Akutpflege und der Pädiatrie-Bereich somit abgedeckt wären...“*

Im Zentrum sollte die Pflegeschule stehen, wie eine stationäre Pflegeeinrichtung exemplarisch beschreibt: *„Es sollten Pflegeschulen die Ausbildungsverbände initiieren, da sie für sehr viele Einrichtungen die gemeinsame Schnittmenge darstellen. Zudem gibt es dort bereits Ausbildungskoordinatoren, denen man diese Aufgabe gut delegieren könnte, da sie ohnehin in Kontakt mit allen Kooperationspartnern stehen.“* Eine Verbundkoordination könnte zudem das Thema Öffentlichkeitsarbeit stellvertretend für alle Verbundmitglieder in die Hand nehmen und den Zusammenschluss auch strategisch weiterentwickeln: *„Wenn es eine*n Verbundkoordinator*in gibt, ist das eine tolle Sache, es sollte eine gute Struktur auf der strategischen und operativen Ebene geben, und jemand muss die Öffentlichkeitsarbeit in die Hand nehmen.“*

Den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist wichtig, dass es in einem Ausbildungsverbund kooperativ, transparent und gerecht zugeht. „*Es muss Ausgewogenheit bestehen und Verlässlichkeit der Partner. Gemeinsames Verständnis über die Umsetzung der Ausbildung. Wir müssen voneinander lernen und partizipieren können. Bedarfe müssen geklärt sein*“, beschreibt es eine stationäre Pflegeeinrichtung exemplarisch. Lasten und Pflichten sollten gerecht verteilt werden und die Erwartungen die Möglichkeiten der Einrichtungen nicht übersteigen. Die Verbundmitglieder müssen regelmäßig miteinander kommunizieren, der Informationsfluss sollte besser sein als derzeit üblich. Mehrere Pflegedienste hoffen auf Möglichkeiten, sich einzubringen und die Arbeit im Verbund mitzugestalten, beispielsweise, wenn es um das Ausbildungskonzept geht. Nicht zuletzt bietet die Mitarbeit im Ausbildungsverbund auch die Chance, dass sich die pflegerischen Bereiche, die sich teilweise noch fremd sind, annähern und gemeinsame (Qualitäts-)Standards für die Ausbildung entwickeln. „*Wenn dadurch bei allen beteiligten Ausbildungseinrichtungen dieselben Standards (Ausbildungskonzept, Lern- und Arbeitsaufgaben, Kooperationsverträge, Vereinbarungen zur Einsatzplanung) gelten würden*“, drückt es eine befragte Pflegeschule aus.

8.3 Handlungserfordernisse für den Aufbau weiterer Ausbildungsverbünde

Die Ergebnisse der Befragung von Pflegeschulen, Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen deuten an vielen Stellen darauf hin, dass die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund Vorteile im Sinne einer Festigung der Kooperationsbeziehungen hat. In einem Ausbildungsverbund hat beispielsweise eine Pflegeschule im Durchschnitt mehr Kooperationspartner als außerhalb eines Verbundes (34,2 im Vergleich zu 28,6) und muss dafür nur einen Vertrag abschließen. Der administrative Aufwand sollte also mittelfristig geringer sein. Der Koordinierungsaufwand im Verbund mag größer sein, dafür gelingt es jedoch auch häufiger, eine neue, eigens dafür geschaffene Stelle damit zu betrauen, während außerhalb eines Verbundes eher eine vorhandene Funktion zusätzlich mit der Koordinierung der Praxisersätze betraut wird. Regelmäßige Treffen und Besprechungen der Ausbildungspartner und der Praxisanleitungen finden häufiger in Verbundstrukturen statt. Die Beziehungen unter den Partnern werden gefestigt, unterschiedliche „Kulturen“ nähern sich an, die Ausbildungsstrukturen werden stabilisiert. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, die Ausbildungszahlen in der Pflege gemäß der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege“ des Landes auszubauen. Zudem hat ein beträchtlicher Teil der Befragten, der noch nicht Mitglied in einem Verbund ist, Interesse daran bekundet. Entsprechend sollten die Festigung der bestehenden und der Aufbau neuer Verbünde von Seiten der Landesregierung auch gezielt unterstützt werden. Aus den Angaben in den Fragebögen lassen sich 4 Bereiche identifizieren, in denen eine gezielte Unterstützung hilfreich wäre: Benötigt werden mehr Informationen zum Thema Ausbildungsverbünde, eine Anschubfinanzierung für deren Aufbau, die Klärung rechtlicher Fragen und eine Beratungs- und Unterstützungsstruktur (siehe Abbildung 39).

Abbildung 39: Voraussetzungen für die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund aus Sicht der Befragten



Quelle: KOMPASS-Studie 2022

Die Informationsbedarfe bezüglich Ausbildungsverbänden, insbesondere in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sind hinreichend beschrieben worden. Die fehlende Transparenz bezüglich bestehender Verbände ist ebenfalls nicht von Vorteil. Es fehlt eine Übersicht über Einrichtungen, die Interesse an Kooperationen haben (insbesondere für die pädiatrischen und psychiatrischen Einsätze) bzw. eine Gesamtübersicht aller in Frage kommender Ausbildungspartner. Ideal wäre eine Online-Plattform, auf der Einrichtungen und freie Kapazitäten angezeigt werden. Um den Wissensstand zu Ausbildungsverbänden ganz grundsätzlich zu heben, braucht es einfache, niedrighschwellige Informationsangebote. Eine Pflegeschule fordert beispielhaft *„entsprechende Informationen über die Vorteile eines Verbundes an alle Einrichtungen, um die möglichen Teilnehmer zur Mitarbeit zu motivieren. Best-Practice-Beispiele!“* Veranstaltungen oder Workshops können geeignete Formate sein, womöglich ist eine Art Werbekampagne für Ausbildungsverbände denkbar. Kommuniziert werden sollten neben grundlegenden Informationen vor allem die Vorteile der Mitgliedschaft in einem Verbund. Mehrere Befragte empfehlen, gezielt Einrichtungen zu adressieren, die derzeit noch nicht ausbilden.

Finanzielle Unterstützung im Sinne einer Anschubfinanzierung für die Gründung neuer Verbände dürfte ebenfalls äußerst hilfreich und effektiv sein. Besonders der Aufbau einer Verbundstruktur ist arbeitsintensiv und kann von den Lehrkräften der Pflegeschulen nicht zusätzlich zur Lehrtätigkeit gestemmt werden. Mit einer Anschubfinanzierung könnte die Verbundorganisation dann auch schon während der Aufbauarbeit refinanziert werden. Neue Stellen dafür können frühzeitig eingerichtet werden, ohne dass der Initiator des Verbunds auf Ausgleichszahlungen angewiesen ist.

Vielen Befragten erscheint zudem eine Rechtsberatung notwendig, insbesondere für die rechtssichere Gestaltung der Verbundverträge. Kritisiert wird, dass das Land haftungsrechtliche Fragen noch nicht abschließend geklärt hat und damit Rechtssicherheit auch für die bestehenden Verbände noch nicht gegeben ist.

Beratung und Unterstützung werden jedoch nicht nur in rechtlichen Fragen gefordert. Viele Befragte fordern eine interessenneutrale, externe Institution, die den Aufbau von Verbänden initiiert und in der Aufbauphase unterstützt. Verbundpartner zu finden, obwohl sich derzeit die meisten Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen *„eingrichtet“* haben, wird als große Herausforderung angesehen. Eine Pflegeschule beschreibt die Situation exemplarisch: *„Wir suchen immer mal wieder, vor dem Hintergrund von Flexibilität bei der Einsatzplanung, nach neuen Kooperationspartnern. Dies ist zu diesem Zeitpunkt aber fast unmöglich, da mittlerweile jede Einrichtung im Kontext von Pflege Kooperationen mit irgendeiner Pflegeschule in der Region eingegangen ist. Der Markt an Kooperationspartnern ist abgegrast.“* Hilfreich wäre daher eine Liste interessierter Einrichtungen, die angesprochen werden könnten. Klare Handreichungen, Arbeitshilfen und ähnliches würden fachliche Unterstützung bieten. Beratungsbedarf besteht zudem bei der Umsetzung von Koordination und Einsatzplanung. Gefordert wird eine zentrale Koordinierungsstelle, die viele dieser Beratungs- und Unterstützungsaufgaben übernehmen und zudem noch Informationen zu Verbänden zur Verfügung stellen könnte.

Im Rahmen des Förderprogramms KOMPASS.RLP ist zum Zeitpunkt der Berichtslegung allerdings mit dem Aufbau einer zentralen Koordinierungsstelle begonnen worden. Sie hat die Aufgabe, regionale Strukturen für Lernortkooperationen und Ausbildungsverbände beim Auf- und Ausbau zu unterstützen.¹¹ Der Online-Auftritt der Koordinierungsstelle, der zur Transparenz beitragen könnte, wird derzeit vorbereitet. Darüber hinaus sind mit Mitteln aus dem Förderprogramm bereits während der Erstellung der KOMPASS-Studie Workshops für Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen durchgeführt und Beratungs- und Coaching-Angebote durch die DIP-GmbH vorgehalten worden.

¹¹ für mehr Informationen siehe: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-GmbH/DIP-GmbH-Projektbeschreibung-KOMPASS-RLP_2.pdf

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Überblick über die Einsätze in der neuen Pflegeausbildung.....	4
<i>Abbildung 2:</i> Kartographische Übersicht über die fünf Versorgungsgebiete in Rheinland-Pfalz.....	6
<i>Abbildung 3:</i> Anteil ausbildender und nicht ausbildender Einrichtungen in der Stichprobe.....	8
<i>Abbildung 4:</i> Art des Ausbildungsengagements in der Stichprobe.....	8
<i>Abbildung 5:</i> Drei grundlegende Arten der Formalisierung von Lernortkooperationen.....	11
<i>Abbildung 6:</i> Sechs Formen von Lernortkooperationen.....	11
<i>Abbildung 7:</i> Verbreitung der Formen von Lernortkooperationen in den unterschiedlichen Arten von Pflegeschulen.....	12
<i>Abbildung 8:</i> Verbreitung der Formen von Lernortkooperationen in Pflegeschulen, differenziert nach Versorgungsgebieten.....	13
<i>Abbildung 9:</i> Verbreitung der Formen von Lernortkooperationen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.....	14
<i>Abbildung 10:</i> Verbreitung der Formen von Lernortkooperationen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, differenziert nach Versorgungsgebieten.....	15
<i>Abbildung 11:</i> Kartographische Darstellung bestehender und von Ausbildungsverbänden in Planung.....	16
<i>Abbildung 12:</i> Anteil der Verbände ohne Verbundpartner in der eigenen Gebietskörperschaft, differenziert nach Einsatzbereichen, in %.....	18
<i>Abbildung 13:</i> Schematische Darstellung von Ausbildungsverbänden mit unterschiedlichem Reifegrad.....	18
<i>Abbildung 14:</i> Funktionen, die in Ausbildungsverbänden mit der Koordination der Praxiseinsätze betraut sind, in %.....	20
<i>Abbildung 15:</i> Durchschnittliche Anzahl der Kooperationspartner, nach Schultyp.....	25
<i>Abbildung 16:</i> Anteil der Pflegeschulen ohne Kooperationspartner in der eigenen Gebietskörperschaft, differenziert nach Einsatzbereichen, in %.....	25
<i>Abbildung 17:</i> Anteil der Krankenhäuser, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ohne Kooperationspartner in der eigenen Gebietskörperschaft, differenziert nach Einsatzbereichen, in %.....	27
<i>Abbildung 18:</i> Funktionen, die in Pflegeschulen mit der Koordination der Praxiseinsätze betraut sind, in %.....	28
<i>Abbildung 19:</i> Funktionen, die in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit der Koordination der Praxiseinsätze betraut sind, in %.....	29
<i>Abbildung 20:</i> Anteil der Schulen, die von den Trägern der praktischen Ausbildung Mittel für die Koordination der Praxiseinsätze erhalten, in %.....	29
<i>Abbildung 21:</i> Anteil der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die keine Mittel für die Koordination der Praxiseinsätze an die Pflegeschulen weiterleiten, in %.....	29
<i>Abbildung 22:</i> Anteil der Pflegeschulen mit regelmäßigem Austausch mit Kooperationspartnern, differenziert nach Schultyp, in %.....	30
<i>Abbildung 23:</i> Anteil der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen mit regelmäßigem Austausch mit Kooperationspartnern, in %.....	31
<i>Abbildung 24:</i> Anteil der Pflegeschulen mit regelmäßigem Austausch mit den Praxisanleitungen der Kooperationspartner, differenziert nach Schultyp, in %.....	32
<i>Abbildung 25:</i> Anteil der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen mit regelmäßigem Austausch mit den Praxisanleitungen der Kooperationspartner, in %.....	33
<i>Abbildung 26:</i> Übersicht über aktuelle Herausforderungen in der Pflegeausbildung.....	35

<i>Abbildung 27:</i> Priorisierung der aktuellen Herausforderungen in der Pflegeausbildung aus Sicht der Pflegeschulen	36
<i>Abbildung 28:</i> Anteil der Pflegeschulen, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, differenziert nach Arten von Pflegeschulen, in %	38
<i>Abbildung 29:</i> Priorisierung der aktuellen Herausforderungen in der Pflegeausbildung aus Sicht der Krankenhäuser	40
<i>Abbildung 30:</i> Anteil der Krankenhäuser, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, in %	41
<i>Abbildung 31:</i> Priorisierung der aktuellen Herausforderungen in der Pflegeausbildung aus Sicht der ambulanten Pflegeeinrichtungen	42
<i>Abbildung 32:</i> Anteil der ambulanten Pflegeeinrichtungen, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, in %	43
<i>Abbildung 33:</i> Priorisierung der aktuellen Herausforderungen in der Pflegeausbildung aus Sicht der stationären Pflegeeinrichtungen	45
<i>Abbildung 34:</i> Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, in %	47
<i>Abbildung 35:</i> Anteil der Teilnehmenden an der KOMPASS-Studie, die Schwierigkeiten haben, Verbund- bzw. Kooperationspartner zu finden, differenziert nach Versorgungsgebieten, in %	49
<i>Abbildung 36:</i> Anteil der Befragten, die Interesse an der Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund haben, in %	50
<i>Abbildung 37:</i> Gründe, die aus Sicht der Befragten gegen die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund sprechen	51
<i>Abbildung 38:</i> Voraussetzungen für die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund aus Sicht der Befragten	52
<i>Abbildung 39:</i> Voraussetzungen für die Mitarbeit in einem Ausbildungsverbund aus Sicht der Befragten	53

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Rücklaufquoten der Befragung nach Sektoren.....	7
<i>Tabelle 2:</i> Rücklaufquoten der Schulbefragung nach Art der Pflegeschule	7
<i>Tabelle 3:</i> Rücklaufquoten der Befragung nach Versorgungsgebieten	9
<i>Tabelle 4:</i> Anzahl der Verbundpartner in Ausbildungsverbänden, differenziert nach Reifegrad der Verbünde.....	19
<i>Tabelle 5:</i> Anteil der Verbünde mit regelmäßigen Besprechungen und Treffen der Verbundmitglieder, in %	21
<i>Tabelle 6:</i> Oberthemen in Besprechungen und Treffen der Verbundmitglieder und Anteil der Nennungen, in %.....	21
<i>Tabelle 7:</i> Anteil der Verbünde mit regelmäßigen Besprechungen und Treffen der Praxisanleitungen, in %.....	22
<i>Tabelle 8:</i> Oberthemen in Besprechungen und Treffen der Praxisanleitungen und Anteil der Nennungen, in %.....	22
<i>Tabelle 9:</i> Anzahl der Kooperationspartner von Pflegeschulen	24
<i>Tabelle 10:</i> Anzahl der Kooperationspartner von Krankenhäusern	26
<i>Tabelle 11:</i> Anzahl der Kooperationspartner von ambulanten Pflegeeinrichtungen	26
<i>Tabelle 12:</i> Anzahl der Kooperationspartner von stationären Pflegeeinrichtungen	27
<i>Tabelle 13:</i> Anteil der Pflegeschulen mit regelmäßigen Besprechungen und Treffen der Kooperationspartner, in %	30
<i>Tabelle 14:</i> Oberthemen in Besprechungen und Treffen der Kooperationspartner und Anteil der Nennungen, in %.....	31
<i>Tabelle 15:</i> Anteil der Pflegeschulen in regelmäßigem Austausch mit den Praxisanleitungen der Kooperationspartner, in %	33
<i>Tabelle 16:</i> Oberthemen in Besprechungen und Treffen mit den Praxisanleitungen der Kooperationspartner und Anteil der Nennungen, in %	34