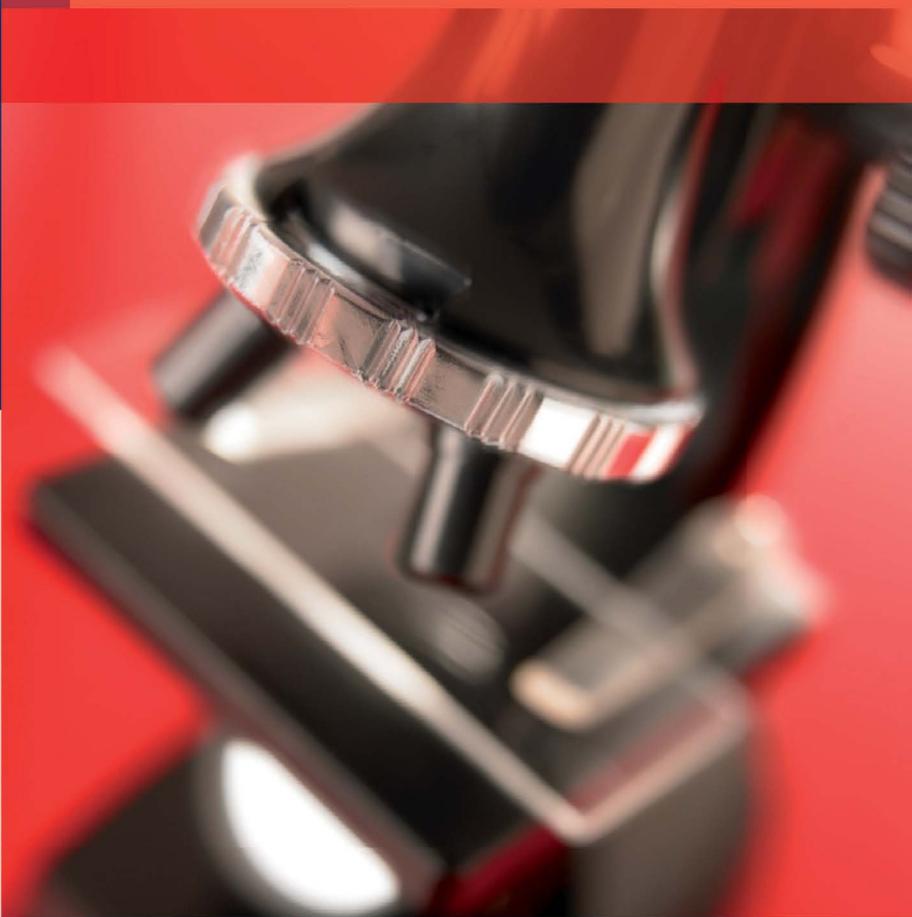


Mathias Bonse-Rohmann, Heiko Burchert (Hrsg.)

Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen



Mathias Bonse-Rohmann, Heiko Burchert (Hrsg.)

Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen

Berichte zur beruflichen Bildung

Schriftenreihe
des Bundesinstituts
für Berufsbildung
Bonn

Bundesinstitut
für Berufsbildung **BIBB** ▶
▶ Forschen
▶ Beraten
▶ Zukunft gestalten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7639-1141-7

Vertriebsadresse:

W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG

Postfach 100633

33506 Bielefeld

Internet: wbv.de

E-Mail: service@wbv.de

Telefon: (05 21) 9 11 01-11

Telefax: (05 21) 9 11 01-19

Bestell-Nr.: 111.039

© 2011 by Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn

Herausgeber: Bundesinstitut für Berufsbildung, 53142 Bonn

Internet: www.bibb.de

E-Mail: zentrale@bibb.de

Umschlag: Christiane Zay, Bielefeld

Satz: Christiane Zay, Bielefeld

Druck und Verlag: W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld

Printed in Germany

ISBN 978-3-7639-1141-7



Mix

Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten
Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften
www.fsc.org Zert.Nr. IMO-COC-026041
© 1996 Forest Stewardship Council

Inhalt

Geleitwort	5
Vorwort	7
<i>Mathias Bonse-Rohmann</i>	
Neue Strukturen der Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege	9
<i>Heiko Burchert</i>	
Auswirkungen der Akademisierung der Gesundheitsberufe auf die beruflichen Schulen im Gesundheitswesen am Beispiel der Situation in Nordrhein-Westfalen.....	29
I. Entwicklung gesundheitsberuflicher Curricula	47
<i>Thomas Evers</i>	
Zur Konstruktion von Curricula in Gesundheitsberufen	49
<i>Walter Anton</i>	
Integrierte Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung – Ein Beitrag zur Curriculumkonstruktion	63
<i>Jasmin Schön</i>	
Kooperative Pflegeausbildung: Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege – Ein Beitrag zur Curriculumentwicklung an einer beruflichen Schule in Baden-Württemberg	79
II. Empirische Befunde zur beruflichen Ausbildung	99
<i>Stefanie Schache und Dirk Lau</i>	
Berufswahlmotive und berufliche Perspektiven – Eine Analyse ausgewählter Gesundheitsberufe	101
<i>Katharina Dietze</i>	
Schlüsselkompetenzen in der beruflichen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege – Eine empirische Analyse	133

Sandra Bröker-Brandt und Stephanie Diendorf

Problemorientiertes Lernen in der Gesundheits- und Krankenpflege
und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege..... 149

III. Kompetenzentwicklung und -überprüfung in der beruflichen Ausbildung 175

Kathrin Sett

Wundbehandlung kompetent vermitteln 177

Tobias Michael Bach

Fallorientierte Lernerfolgsüberprüfungen in der Pflege 201

IV. Konzepte zur beruflichen Fortbildung 221

Jörg Nahrwold

Der Beitrag beruflicher Fortbildung zur Entwicklung einer
innerbetrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus 223

Stephanie Diendorf

Betreuung und Begleitung demenzerkrankter Menschen
im Krankenhaus..... 241

V. Konzepte zur Familien- und Elternbildung 259

Heike Hoffmann und Andrea Schwab

Begleitung von Familien mit onkologisch erkrankten Kindern 261

Laura Ahrens

Fremde Welten verstehen – Elterninformationen zur Prävention
von Onlinesucht verursacht durch MMORPGs 285

Autorenverzeichnis 299

Stichwortverzeichnis 301

Verzeichnis der Publikationen des BIBB zur Bildung
der Gesundheitsberufe 307

Geleitwort

Kaum eine Branche ist so personalintensiv wie das Gesundheitswesen. Die dort tätigen Pflegekräfte sind durch den gesellschaftlichen und politischen Wandel der vergangenen Jahre massiv gestiegenen Anforderungen ausgesetzt. Das betrifft Veränderungen in den Qualifikationsanforderungen, der Arbeitsorganisation und den Arbeitsbedingungen gleichermaßen. Um auch künftig eine qualitativ hochwertige und umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können, gewinnen Fragen nach geeigneten Konzepten beruflicher Bildung zur Verbesserung der beruflichen Handlungsfähigkeit des Personals und zur Attraktivitätssteigerung des Gesundheitssektors ein ganz neues Gewicht. Im Zusammenhang damit ist von Bedeutung, ob das Personal angesichts einer immer größeren Komplexität der Aufgaben inhaltlich und organisatorisch in der Lage ist, mit den Veränderungen bei der Versorgung kranker, pflege- und hilfsbedürftiger Menschen adäquat umzugehen. Für die Weiterentwicklung der Qualität der beruflichen Bildung spielen moderne Bildungskonzepte, innovative Qualifizierungsstrategien, eine gezielte Kompetenzentwicklung sowie die Professionalisierung des Bildungspersonals eine ganz entscheidende Rolle.

Das vorliegende Buch setzt sich mit dem dynamischen Wandel im Gesundheitswesen auseinander. Es dokumentiert auf eindrucksvolle Weise, wie die veränderte Ausbildung in den Gesundheitsberufen Hochschulen, Schulen und Schüler/-innen vor neue Herausforderungen stellt. Gleichzeitig präsentiert es neue Möglichkeiten, die Ausbildungsqualität in den Gesundheitsberufen zu verbessern. In ihren Beiträgen geben die Autoren wertvolle Anregungen für die Umsetzung neuer Bildungskonzepte und leisten damit einen nicht unerheblichen Beitrag zur Kompetenzentwicklung und -überprüfung in der beruflichen Ausbildung in den Gesundheitsberufen.

Es ist zu wünschen, dass der vorliegende Sammelband eine breite öffentliche Diskussion bei Bildungseinrichtungen, Bildungsexperten und Berufspraktikern über neue prozess- und kompetenzorientierte Berufsbildungskonzepte im Bereich der Gesundheitsberufe auslöst und damit neue Impulse für die berufliche Aus- und Weiterbildung sowie die Qualifikation von Lehr- und Ausbildungspersonal gibt.



Manfred Kremer

Präsident des Bundesinstituts für Berufsbildung

Vorwort

Die Innovationen im Bereich der beruflichen Bildung, die sich sowohl national als auch international zunehmend auf die Entwicklung von verwertbaren Kompetenzen in entsprechenden Handlungsfeldern konzentrieren, verlangen auch in den Bereichen der Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe eine konsequente Umsetzung, für die eine spezifische Lehrerbildung als elementare Voraussetzung gesehen wird.

Hinsichtlich der akademischen Qualifizierung von Lehrern¹ für Schulen des Gesundheitswesens wie auch in einzelnen Bundesländern an öffentlichen berufsbildenden Schulen stellen sich diese Bereiche allerdings als noch wenig traditionsreich und zugleich sehr dynamisch dar. Auch hier findet nach nur knapp einer Dekade der Einführung von bedarfsorientierten und durchaus erfolgreichen pflege- und berufspädagogischen Diplomstudiengängen an Fachhochschulen (und parallel auch für Lehramtsstudiengänge an Universitäten) eine Umstellung der Studienstruktur auf eine Bachelor-Master-Abfolge statt.

Diese erneute Umbruchsituation stellt einen aktuellen Anlass für das Zustandekommen dieses Bandes dar. So werden seitens der beiden Herausgeber einleitend zunächst die neuen Strukturen der Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege und anschließend die Auswirkungen einer jüngst geforderten grundständigen Akademisierung der Gesundheitsberufe auf die Schulen des Gesundheitswesens kritisch diskutiert.

Die über die jeweils zugrunde liegenden Abschlussarbeiten (Diplom, Bachelor und Master) hinausreichenden Beiträge der hier gewonnenen Autoren richten sich an Hochschulen, die sich ebenfalls mit der Ausbildung von Lehrkräften für die beruflichen Fachrichtungen Pflege und Gesundheit beschäftigen. Ferner sollen auch in den Schulen bereits berufstätige Lehrkräfte durch neue Konzepte zur innovativen Entwicklung beruflicher Kompetenzen angeregt werden. Hinzu kommen als Zielgruppen Bildungsexperten und Berufspraktiker in den unterschiedlichen Bereichen bzw. Einrichtungen der beruflichen Bildung der Gesundheitsberufe. In der Mehrzahl der Beiträge stehen dabei Konzepte zur beruflichen Bildung der pflegerischen Gesundheitsberufe im Mittelpunkt, sodass hier nicht der Anspruch erhoben werden soll, das breite Spektrum der Gesundheitsberufe – einschließlich der bereits traditionell akademischen Berufe des Gesundheitswesens – abbilden zu wollen.

Den Auftakt des vorliegenden Bandes bilden drei Beiträge, die sich im ersten Kapitel mit der curricularen Entwicklung gesundheitsberuflicher Curricula beschäftigen. Im zweiten Kapitel folgen als weitere Grundlage drei Beiträge, die empirische Befunde zur beruflichen Ausbildung in Gesundheitsberufen liefern. Dem gewähl-

1 In die hier verwendete männliche Form ist die weibliche stets eingeschlossen.

ten Titel verpflichtet, werden im dritten Kapitel Überlegungen zur Entwicklung und Überprüfung von Kompetenzen in der beruflichen Ausbildung präsentiert. Das vierte Kapitel beinhaltet zwei Konzepte für die berufliche Fortbildung. Weitere Konzepte, nämlich solche zur Familien- und Elternbildung, werden im fünften Kapitel aus einer pflege- und gesundheitspädagogischen Perspektive vorgestellt. Mit dieser großen Bandbreite der beruflichen Aus- und Fortbildung sowie der Akademisierung der Gesundheitsberufe werden zugleich wesentliche berufliche Handlungsfelder der für diesen Band gewonnenen Absolventen markiert.

Die unverzichtbaren redaktionellen Arbeiten für diesen Band wurden von Frau Stefanie Homann zunächst als studentischer Hilfskraft und anschließend als Absolventin des Diplomstudiengangs Berufspädagogik für Gesundheitsberufe übernommen. Frau Claudia Küper und Herr Michael Groth bewältigten die Aufgabe des Korrekturlesens. Auch für diese fleißigen Arbeiten möchten die Herausgeber herzlich danken.

Esslingen und Bielefeld, Oktober 2010
Mathias Bonse-Rohmann und Heiko Burchert

Mathias Bonse-Rohmann

Neue Strukturen der Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege

In diesem Beitrag wird im ersten Teil zunächst die Heterogenität der Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Pflege und Gesundheit an unterschiedlichen Hochschulen und für unterschiedliche Bildungsbereiche problematisiert. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Umstellung dieser noch nicht sehr traditionsreichen Studiengänge auf die neue Bachelor-Master-Struktur. Dabei wird auch eine über die Umstrukturierung von Lehramtsstudiengängen hinausreichende Zwischenbilanz zentraler Ziele der Bologna-Reform vorgenommen. Im dritten Teil geht es um die Herausforderungen der neuen Lehrerbildung und deren Orientierung an Standards. Im abschließenden vierten Teil werden Perspektiven und mögliche Kooperationen von Fachhochschulen und Universitäten in der Lehrerbildung aufgezeigt.

1. Ausgangslage und Entwicklungslinien

Vermutlich bedurfte es erst der studentischen Proteste, die nach einer etwas ruhigeren Sommerpause im Dezember 2009 ihren vielleicht nur vorläufigen Höhepunkt fanden, um eine breitere öffentliche Diskussion des Bologna-Prozesses einzufordern. Angesichts des zum WS 2010/2011 ersten deutlichen Anstiegs der Studierendenzahlen – insbesondere wegen des so bezeichneten „doppelten Abiturjahrgangs“ – sind nur bedingt kompensierbare weitere Probleme zu erwarten, auch weil die entsprechenden neuen Bachelor- und Masterstudiengänge eher restriktive Strukturen statt einer eigentlich intendierten Flexibilität aufweisen. Durchaus notwendig erscheinen diese studentischen Aktionen und Proteste vor allem insofern, als der bundesdeutschen Hochschullandschaft ein bildungspolitisch initiiertes Wandel verordnet wurde, der nicht nur unter Zeitdruck stattfinden, sondern auch nahezu alternativlos umgesetzt werden musste, sofern man den Hochschulen ein nachvollziehbares Interesse am eigenen Überleben unterstellen darf. Bemerkenswert ist nun allerdings, dass auch prominentere Bildungspolitiker Schuldzuweisungen („handwerklicher Fehler“) in Richtung der Hochschulen vornehmen, die sich wohl überwiegend nicht in der eigentlichen Verursacherrolle sehen. Doch die Diskussion, ob der Bologna-Prozess zumindest grundsätzlich eher erfolgreich war oder sich inzwischen als ein Irrweg herausgestellt hat, soll hier einleitend gar nicht geführt werden. Eher ist diese sehr dynamische Reform als zusätzliche Herausforderung oder sogar auch als Chance der akademisch noch wenig traditionsreichen Lehrerbildung für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege an bundesdeutschen Hochschulen zu verstehen.

Die Zielsetzung dieses Beitrages besteht also insbesondere darin, hier zunächst die Entwicklungslinien der Lehrerbildung (1.) für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege knapp zu skizzieren und anschließend vor dem aktuellen Hintergrund der Bologna-Reform (2.) zu diskutieren. Dabei gilt es, sich an der Normalität bzw. durchaus auch an den neueren Standards der Lehrerbildung (3.) zu orientieren. Diese Normalität besteht in einer engen Orientierung an den Strukturen, wie sie auch für andere berufliche Fachrichtungen an öffentlichen berufsbildenden Schulen üblich sind. Die derzeit vor allem durch ihre Heterogenität gekennzeichnete Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege soll deshalb zukünftig möglichst durchgängig auf das duale System der beruflichen Bildung ausgerichtet werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass die aktuell in nahezu allen Bundesländern forcierte grundständige Akademisierung eine fundierte berufliche Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe nicht ersetzen kann. Im finalen Kapitel sollen Perspektiven und mögliche Kooperationen der Lehrerbildung (4.) entwickelt werden, die sich in den zu erwartenden bildungspolitischen Korrekturen des Bologna-Prozesses bereits andeuten.

Mit Blick auf die Entwicklungslinien wäre allerdings eine ausschließliche Betrachtung bundesdeutscher Hochschulen der alten Bundesländer unvollständig, denn die ersten Studiengänge, in denen Lehrer für Pflege- und andere Gesundheitsfachberufe ausgebildet wurden, waren die Studiengänge Diplom-Medizinpädagogik und Diplom-Pflegepädagogik, die bereits 1963 an der Humboldt-Universität zu Berlin, also in der damaligen Deutschen Demokratischen Republik, eingerichtet wurden (vgl. BEIER 2004). In den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland folgten erst 1975 die Universität Hamburg und 1982 in Niedersachsen die Universität Osnabrück (zunächst nur mit einem Angebot für die berufliche Fachrichtung Gesundheit), bevor mit Beginn der 1990er-Jahre neben weiteren Universitäten auch zahlreiche Fachhochschulen sich an der akademischen Qualifizierung von Lehrkräften für die Ausbildung der Pflegeberufe sowie in geringerer Zahl auch der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – vorrangig für die Schulen des Gesundheitswesens – beteiligt haben.

Jedoch soll es im Folgenden weder um eine breitere Darstellung der historischen Entwicklung der ersten Studiengänge der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege noch um deren grundlegende Begründung gehen. Dies ist an anderen Stellen sehr lohnend und vor allem ausführlicher nachzulesen (vgl. BALS 1990; BISCHOFF, BOTSCHAFTER 1993; WANNER 1993). Bedeutsam sind die Anfänge der Lehrerbildung für die Gesundheitsfach- und die Pflegeberufe jedoch insofern, als damit auf sehr unterschiedliche bildungspolitische, administrative und bildungsorganisatorische Besonderheiten reagiert werden musste, die bis in die Gegenwart von hoher Relevanz für die unterschiedlichen Hochschulen und deren Studienangebote – auch unter den Vorgaben des Bologna-Prozesses – sind, indem sie strukturbildend bzw. teilweise eher „strukturverhindernd“ wirken.

So sind die Hintergründe einer bereits von Beginn an heterogenen Lehrerbildung für die Gesundheitsfach- und Pflegeberufe ebenso vielfältig wie veränderungsresistent. Vermutlich sind es jedoch vor allem die bildungsrechtlichen Vorgaben des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) für den einen Teil der dual auszubildenden Gesundheitsfachberufe und die bundesweit geregelten Berufszulassungsgesetze für den anderen Teil der an Schulen des Gesundheitswesens auszubildenden therapeutischen und diagnostischen Gesundheitsfach- und Pflegeberufe, die für weitgehend abgegrenzte Strukturen zweier quasi paralleler Bildungssysteme der gesundheits- und pflegeberuflichen Bildung ursächlich und anhaltend verantwortlich sind.

Weitgehend entsprechend diesen rechtlichen Regelungen fallen die nach dem BBiG geregelten Gesundheitsfachberufe (und in einzelnen Bundesländern zusätzlich auch die Pflegeberufe oder auch nur die Altenpflege) überwiegend in die Zuständigkeit der Kultusministerien der Länder, während für die nach bundesweiten Berufszulassungsgesetzen geregelten Pflegeberufe sowie für die therapeutischen und diagnostischen Gesundheitsfachberufe überwiegend die jeweiligen Sozial-, Gesundheits- und ggf. Arbeitsministerien der Bundesländer zuständig sind. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die nach BBiG geregelten Gesundheitsfachberufe an öffentlichen berufsbildenden Schulen und die nach Berufszulassungsgesetzen geregelten pflegerischen und therapeutischen Berufe an Schulen des Gesundheitswesens unterrichtet werden.

Wenngleich diese Problematik der Berufsbildung der Gesundheitsberufe bereits vor mehr als 15 Jahren sehr gründlich aufgearbeitet und systematisch kritisiert wurde (vgl. BALS 1993), so sind auf diesem Feld – von wenigen positiven Ausnahmen abgesehen – bislang nur wenige substanzielle Änderungen in Richtung eines einheitlichen Bildungssystems für alle Gesundheitsfachberufe einschließlich der Pflegeberufe (so am deutlichsten im Bundesland Thüringen) umgesetzt worden.

Für die hier im Mittelpunkt des Interesses stehende Lehrerbildung für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege ist eine ebenfalls relativ strikte Trennung der Lehrerbildung an Universitäten und Fachhochschulen festzustellen. So werden an Universitäten überwiegend Lehrkräfte für den Zuständigkeitsbereich der Kultusministerien, d. h. für den Unterricht an öffentlichen berufsbildenden Schulen, ausgebildet, während die Fachhochschulen Lehrkräfte zumeist für den Zuständigkeitsbereich der Sozial-, Gesundheits- und ggf. Arbeitsministerien, d. h. für den Unterricht an den Schulen des Gesundheitswesens (mitunter auch als Schulen besonderer Art bezeichnet), qualifizieren. Als Studienabschluss haben die Universitäten analog zu allen anderen beruflichen Fachrichtungen bzw. entsprechend der langen Tradition in Lehramtsstudiengängen auch anderer Schulformen – bis zur Umstellung auf den Bologna-Prozess – das Erste Staatsexamen (nach neun, ggf. zehn Studiensemestern) vergeben. Als Abschluss der Fachhochschulen wurde nach einem i. d. R. acht Semester umfassenden Studium ein Diplom (Pflegepädagogik oder auch Berufspädagogik) vergeben.

Eine erste systematische Übersicht „Zum Stand der Pflegelehrerbildung ...“ liefert REIBER, in der bereits der Prozess der Umstellung auf die Bachelor-Master-Struktur lehrerbildender pflegebezogener Studiengänge in Deutschland sowohl für den Bereich der Universitäten als auch für die Fachhochschulen tabellarisch dokumentiert und anschließend im Kontext der Lehrerbildung in Europa diskutiert wird (REIBER 2008, S. 41–63). Als Zwischenergebnis ist hier festzuhalten, dass sich parallel zu den beiden weitgehend getrennten Bildungssystemen der Gesundheits- und Pflegeberufe eine ebenfalls weitgehend getrennte Lehrerbildung an Universitäten und Fachhochschulen an mehr als 20 Hochschulstandorten in der Mehrzahl der Bundesländer entwickelt hat.

2. Bachelor-Master-Struktur auch für lehrerbildende Studiengänge

Die Entwicklung neuer und die Umstellung traditioneller lehrerbildender Studiengänge auf die Bachelor-Master-Struktur ist im Kontext dieser europäischen Studienreform vor allem unter den beiden folgenden Aspekten zu betrachten: Einerseits ist zu berücksichtigen, wie weit dieser Reformprozess in Deutschland nach zehn Jahren fortgeschritten ist, um die Chancen einer radikalen Umkehr oder alternativ die von Kurskorrekturen beurteilen zu können. Andererseits ist zu prüfen, ob das zentrale Ziel der Bologna-Reform, nämlich eine möglichst hohe Mobilität innerhalb eines europäischen Hochschulraums zu fördern, erreicht werden konnte. Unter beiden Aspekten wird der Bereich der Lehrerbildung jeweils vor dem Hintergrund studiengangübergreifender Entwicklungen betrachtet, für die entsprechende Daten vorliegen.

2.1 Dynamik der Bologna-Reform

Zunächst soll es hier grundlegend um den Prozess der Umstellung von ehemaligen Diplom- oder Magisterstudiengängen auf die neue Bachelor-Master-Struktur gehen. Mit Blick auf die Lehrerbildung interessiert dabei besonders, ob und in welchem Umfang auch die Studiengänge umgestellt wurden, die bislang mit einem Staatsexamen abgeschlossen wurden. An der Dynamik bzw. dem Fortschritt dieser Umstellung soll deutlich werden, dass der Bologna-Prozess grundsätzlich, wie auch in der Lehrerbildung, inzwischen zwar keine radikale Umkehr mehr zulässt, wohl aber Korrekturen dieser Reform möglich und notwendig sind.

Die laut HRK-Bologna-Zentrum (2009) inzwischen von 46 Bildungsministern europäischer Staaten unterzeichnete Bologna-Erklärung vom 19. Juni 1999 ist hinsichtlich ihrer rasanten Umsetzung durchaus auch in der Bundesrepublik Deutschland zunächst als Erfolgsmodell zu bezeichnen. So werden seitens der Hochschulrek-

torenkonferenz regelmäßig Daten zur Umsetzung des Bologna-Prozesses in Europa und spezifisch auch für die Bundesrepublik Deutschland publiziert. Danach haben die Universitäten zum WS 2008/2009 bereits 71,2% ihrer Studiengänge in einer konsekutiven Bachelor-Master-Struktur angeboten. Eine noch höhere Dynamik haben die Fachhochschulen vorzuweisen, bei denen der Anteil der Bachelor-Masterstudienangebote im WS 2008/2009 sogar schon 94,3% betrug. Vermutlich erkennen nicht wenige Fachhochschulen in der Möglichkeit, insbesondere auch Masterstudiengänge zu konzipieren, eine Chance zur Aufwertung bzw. wissenschaftlichen Erweiterung ihrer bisherigen Diplomstudiengänge. Cum grano salis mag hierin auch eine Ursache für die inzwischen recht häufige Umbenennung der Fachhochschulen in Hochschulen liegen. Dass über alle Hochschularten mit insgesamt 12.298 Studiengängen im Mittel nur 75,1% als Bachelor- und Masterstudiengänge erfasst wurden, erklärt sich aus der relativ geringen Anzahl dieser Angebote an Kunst- und Musikhochschulen (vgl. HRK-Bologna-Zentrum 2009).

Der Anteil an Bachelor- und Masterstudiengängen an Universitäten und Fachhochschulen konnte zum Sommersemester 2009 – auf hohem Niveau – nochmals etwas gesteigert werden. So wird dort der Anteil der Bachelor- und Masterstudiengänge an Universitäten mit 72,0% und an Fachhochschulen sogar mit 94,9% angegeben (vgl. HRK 2009, S. 9), wobei die Regelstudienzeit für den Bachelorabschluss an Fachhochschulen etwa hälftig entweder sechs oder sieben Semester beträgt, während der Umfang an Universitäten nahezu durchgängig (mehr als 96%) bislang sechs Semester beträgt. Analog dazu wird die Regelstudienzeit für Masterstudiengänge im Bereich der Fachhochschulen etwa im Verhältnis 2:1 mit vier oder drei Semestern ausgewiesen, während an den Universitäten ebenfalls häufiger vier Semester vorgesehen sind (vgl. HRK 2009, S. 15).

Hinsichtlich der Fächergruppen bzw. insbesondere der traditionellen Abschlüsse gibt es jedoch bemerkenswerte Ausnahmen, die auch seitens des HRK-Bologna-Zentrums (2009) angesprochen werden: „In der Lehrerbildung hat sich die Mehrzahl der Länder für eine Einführung einer gestuften Studienstruktur ausgesprochen. Die KMK hat im Juni 2005 Eckpunkte für die gegenseitige Anerkennung von Bachelor- und Masterabschlüssen in Studiengängen, mit denen die Bildungsvoraussetzungen für ein Lehramt vermittelt werden, verabschiedet. In der Medizin und den Rechtswissenschaften wird in Anfängen ergebnisoffen diskutiert, welche Potenziale die Entwicklung eines europäischen Hochschulraums für diese Bereiche innehaben könnte.“ Für die universitären Lehramtsstudiengänge galt lange und für die Medizin gilt noch immer durchgängig das Staatsexamen als der klassische Abschluss. Für die bislang ebenfalls mit dem Staatsexamen abschließenden Rechtswissenschaften wird in einer Studie festgestellt, „dass sich mittlerweile ein ‚bunter Strauß‘ an unterschiedlichsten juristischen Bachelor- und Masterstudiengängen herausgebildet hat,

der nur schwer einer einheitlichen Bewertung und Gewichtung nach Studienstruktur und Ausbildungsinhalten zugänglich ist“ (NRW-JUSTIZMINISTERIUM, Hrsg. 2008). Fast alle universitären Fakultäten scheinen in den Rechtswissenschaften jedoch am klassischen Abschluss Staatsexamen (wie die Medizin) möglichst lange und möglichst ausnahmslos festzuhalten.

Trotz oder vermutlich gerade wegen des eindrucksvollen Tempos dieser Studienreform gibt es inzwischen durchaus kritische Fragen, ob die Ziele der Bologna-Erklärung nach zehn Jahren tatsächlich erreicht oder zumindest teilweise eher aus den Augen verloren wurden. Immerhin können bei dem zentralen Ziel, einen gemeinsamen europäischen Hochschulraum zu schaffen, durchaus Erfolge einer zumindest verbesserten wechselseitigen internationalen Verständlichkeit und einer quantitativ vergleichbaren Bewertung von Studienleistungen (durch ECTS-Punkte) verzeichnet werden.

2.2 Mobilität als zentrales Ziel der Bologna-Reform

Damit ist allerdings die Frage einer tatsächlichen Anerkennung von Studienleistungen einer anderen europäischen Hochschule noch keineswegs positiv beantwortet. Aus studentischer Perspektive wäre vermutlich eher ein nationaler Wechsel zwischen bundesdeutschen Hochschulen insbesondere beim Übergang von einem Bachelor- in einen Masterstudiengang besonders interessant, auch um so das jeweils gewünschte Bundesland für die angestrebte spätere Berufstätigkeit als Lehrkraft wählen zu können. Angesichts der Heterogenität der Studiengänge für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege an Universitäten und Fachhochschulen hat dies für die Absolventen dieser Studiengänge nach bisherigen Erfahrungen eher zur Folge, dass ein „Systemwechsel“ zwischen den unterschiedlichen Regelungen der Bundesländer, zwischen den unterschiedlichen Hochschulen und ebenfalls zwischen den unterschiedlichen beruflichen Schulsystemen für die Gesundheitsfach- und Pflegeberufe oftmals äußerst schwer bzw. meist nur als aufwendige Einzelfalllösung möglich ist. Zu diesem besonderen Bereich liegen derzeit allerdings keine spezifischen Daten des HRK-Bologna-Zentrums vor.

Von Interesse ist hier aber auch, ob die in der Bologna-Reform intendierte höhere Mobilität innerhalb eines zu schaffenden einheitlichen europäischen Hochschulraums zumindest zu einer höheren internationalen Durchlässigkeit geführt hat. Denn auch dieser Aspekt, d. h. einzelne Semester oder ggf. einen ganzen Studienabschnitt im europäischen Ausland studieren zu können, ist im Hinblick auf die hervorragenden Ergebnisse einzelner europäischer Staaten in internationalen Vergleichstests gerade auch für die Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege von hoher Relevanz. Im Folgenden soll dieser Frage über-

greifend nachgegangen werden, da auch hierzu keine spezifischen Daten für Studierende aus konsekutiven lehrerbildenden Studiengängen der hier interessierenden Fachrichtungen vorliegen.

Die dazu erforderliche Mobilität, d. h. das Studium einzelner oder mehrerer Semester an einer jeweils anderen europäischen Hochschule, ist im Vergleich zu früheren Diplomstudiengängen keinesfalls nur positiv zu werten. Dies zeigen die Daten einer beim HIS (Hochschul-Informationssystem) vom DAAD und BMBF in Auftrag gegebenen Studie mit dem Titel „Internationale Mobilität im Studium 2009“, bei der es sich um eine „Wiederholungsuntersuchung deutscher Studierender zu studienbezogenen Aufenthalten in anderen Ländern“ handelt. Danach ist bei dieser onlinegestützten Befragung von ca. 7.000 Studierenden zwar im Vergleich zu einer ersten analogen Studie aus dem Jahr 2007 insgesamt eine geringfügige Zunahme um 3 % an Auslandsaufenthalten (von 24 % auf 27 %) zu verzeichnen. Der noch eher schwache Trend wird allerdings dem hohen Anteil deutscher Studierender höherer Semester in Diplom- und Magisterstudiengängen zugeschrieben. Für diese wird eine deutliche Steigerung auf 35 % (Diplomstudiengänge) an Universitäten und immerhin von 29 % der Studierenden aus Diplomstudiengängen an Fachhochschulen ausgewiesen; der analoge Wert beträgt sogar 49 % für universitäre Magisterstudiengänge (HIS 2009, S. 2 f.).

„Eine solche positive Wirkung geht von den Bachelorstudiengängen an den Universitäten nicht aus. (...) Schon vor zwei Jahren wurde ein Wert von 15 % registriert. Demgegenüber ist in den Bachelorstudiengängen an Fachhochschulen eine gewisse Verbesserung der Situation zu beobachten. Der Anteil Studierender mit Auslandsaufenthalten steigt um vier Prozentpunkte auf 13 % und nähert sich damit dem universitären Wert“ (HIS 2009, S. 2). Doch auch angesichts dieser Steigerung (auf eher geringem Niveau) wird deutlich, dass Studierende aus Bachelorstudiengängen in ihrer Mobilität ganz offensichtlich weit (d. h. weniger als die Hälfte) hinter den Werten von Studierenden aus früheren Diplom- und Magisterstudiengängen sowohl an Universitäten als auch an Fachhochschulen zurückbleiben.

Ohne hier im Einzelnen die Ursachen diskutieren zu können, fallen die Daten zur Mobilität von Studierenden aus Masterstudiengängen (Universitäten und Fachhochschulen) ebenfalls ernüchternd aus. So ist der Anteil Studierender, die Auslandsaufenthalte während des Masterstudiums angeben, im Vergleich zu 2007 (30 %) in der Wiederholungsbefragung (2009) sogar rückläufig, d. h., er beträgt nur noch 27 %. Mobilität und europäische Vergleichbarkeit von konsekutiven Studienabschlüssen in Europa sind also auf der Zielebene uneingeschränkt konsensfähig, in der Umsetzung des Bologna-Prozesses jedoch offensichtlich eine echte Herausforderung. Gerade auch bei der Anerkennung von Abschlüssen zeigen sich nicht nur internationale Hürden, sondern auch nationale Hemmnisse zwischen den in

Bildungs- und Kulturfragen hoheitlichen Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Zugespitzt gesagt, ist also ein Hochschulwechsel zwischen europäischen Staaten ggf. einfacher als der zwischen zwei Bundesländern.

So ist auch der Gehalt der gemeinsamen Erklärung der Kultusministerkonferenz und der Hochschulrektorenkonferenz vom 10. Dezember 2009 an der Frage einer tatsächlichen Korrektur des Bologna-Prozesses zu messen. Dabei soll sich die Verbesserung der Studierbarkeit eher überregulierter Bachelor- und Masterstudiengänge auf eine Reduzierung der Prüfungsbelastungen, eine Verringerung der gesamten Arbeitsbelastung Studierender, eine Vereinfachung der Anerkennung von Studienleistungen (national und international) und auf eine Flexibilisierung ländergemeinsamer Strukturvorgaben für die Bachelor- und Masterstudiengänge beziehen.

Diese Probleme gelten auch in ganz besonderer Weise für lehrerbildende Studiengänge – sowohl grundsätzlich als auch für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. Von besonderem Interesse ist für lehrerbildende Studiengänge dabei vor allem der Übergang von einem entsprechenden Bachelorstudiengang in einen Masterstudiengang. Auch wenn erst im folgenden Punkt auf die entsprechenden Beschlüsse und Empfehlungen zur Lehrerbildung eingegangen werden soll, so ist hier bereits festzustellen, dass es zwar einen grundlegenden und breiten Konsens darüber gibt, dass Lehrer nicht mit einem Bachelorgrad abschließen sollten, sondern dass diese zwingend eines Masterabschlusses bedürfen. Gleichwohl sollen Bachelorabschlüsse dem Anspruch nach eine berufsqualifizierende Funktion haben. Darüber hinaus wird auch für lehrerbildende Studiengänge der Zugang zu einem Masterstudiengang i. d. R. an spezielle Zulassungs- bzw. erhöhte Leistungskriterien (Abitur- und/oder Note des Bachelorabschlusses) gebunden, sodass der Übergang in einen Masterstudiengang keineswegs gesichert ist. Mit einer Beschränkung auf einen Bachelorabschluss würde zwar eine in der Bologna-Reform intendierte Verkürzung der Studiendauer erreicht, aber zugleich eine Berufstätigkeit als Lehrkraft in den meisten Bundesländern gänzlich ausgeschlossen – oder aber in Einzelfällen bzw. in einzelnen Bundesländern trotzdem ermöglicht werden, was besonders kritisch zu bewerten ist.

Denn auch hier setzt sich das Problem zweier quasi paralleler Bildungssysteme fort – einerseits für Lehrkräfte innerhalb des dualen Systems an öffentlichen berufsbildenden Schulen für die nach dem BBiG geregelten Gesundheitsberufe und andererseits für Lehrkräfte der nach Berufszulassungsgesetzen geregelten therapeutischen Gesundheits- und Pflegeberufe an Schulen des Gesundheitswesens. Je nach Zuständigkeit von Kultus- und/oder Sozialministerien wird ggf. ein Bachelorabschluss für Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens von den jeweiligen Sozial-, Gesundheits- und Arbeitsministerien als ausreichend erachtet, während für eine Unterrichtstätigkeit an öffentlichen berufsbildenden Schulen für die nach dem BBiG geregelten

Gesundheitsberufe seitens der Kultusministerien ein Masterabschluss grundsätzlich vorausgesetzt wird. Daraus ergeben sich entsprechende Konsequenzen für das Erfordernis bzw. für die unterschiedliche Attraktivität von Bachelor- und Masterstudiengängen an den Fachhochschulen und Universitäten, die Lehrkräfte für diese inhaltlich sehr ähnlichen, formal und strukturell jedoch sehr unterschiedlichen beruflichen Schulformen ausbilden.

3. Herausforderungen der neuen Lehrerbildung und Orientierung an Standards

Wenngleich also sowohl die klassische universitäre Lehrerbildung als auch die deutlich jüngeren lehrerbildenden Studiengänge für die Pflege- und Gesundheitsberufe an Fachhochschulen inzwischen mehrheitlich auf eine konsekutive Bachelor-Master-Struktur überwiegend im Verlauf der letzten ca. 3–5 Jahre insgesamt zügig umgestellt wurden, so ist dieser Prozess von Beginn an weder unumstritten noch bislang vollständig abgeschlossen worden. Punktgenau zur Jahrtausendwende wurde von TERHART (2000) in einer Studie für die KMK ein erheblicher Reformbedarf für die Lehrerbildung erkannt, der in dem Ziel einer Verbesserung der Berufsfähigkeit bzw. stärkeren Kompetenzorientierung durchaus einer der zentralen Bologna-Intentionen entsprach.

3.1 Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen

Die mit der Umsetzung des Bologna-Prozesses eingeführte Verpflichtung, neue Studienangebote, d. h. Bachelor- und Masterstudiengänge, einer Akkreditierung zu unterziehen, wurde inzwischen nicht nur mehrheitlich auch für den Bereich lehrerbildender Studiengänge umgesetzt, sondern hat (trotz erkennbarer Kritik an den Akkreditierungsagenturen und -verfahren) in der Mehrzahl der Fälle durchaus eine systematische Qualitätsverbesserung der Studienangebote zur Folge. Tatsächlich werden nämlich jenseits eines als sehr aufwendig wahrgenommenen Prozesses einer externen Überprüfung des Studienprogramms und kritischer Fragen von bestellten Gutachtern im Rahmen von sogenannten Vor-Ort-Begehungen nur sehr wenige Akkreditierungsanträge definitiv abgelehnt.

Dennoch werden aber inzwischen schon fast regelhaft gezielte Auflagen zur Qualitätsverbesserung formuliert, die sich auf die Studierbarkeit, eine erkennbare Berufs- und Bedarfsorientierung bzw. Verwertbarkeit und die Beachtung von Standards und Empfehlungen zur Studiengangsstruktur bzw. der Erkennbarkeit einer Kompetenzorientierung bis in die Modulstrukturen beziehen. Dieses Element des Bologna-Prozesses – nämlich die Modularisierung der Studiengänge, wird ebenfalls

von TERHART als besonders bedeutsam bewertet: „Eines aber scheint mir sicher zu sein: Modularisierung und ihre Folgen werden die deutsche Hochschullandschaft stärker verändern als 1968“ (TERHART 2007, S. 25 f.).

Ob allerdings Akkreditierung und Modularisierung von Bachelor- und Masterstudiengängen tatsächlich zu einer Qualitätsverbesserung dieser neuen lehrerbildenden Studiengänge im Vergleich zu früheren Studiengängen, die mit Staatsexamen (an Universitäten) oder Diplom (an Fachhochschulen) abschlossen, führen, ist so einfach gar nicht zu beantworten bzw. vermutlich nur mit hohem empirischen Aufwand zu klären. Dieser Aspekt soll deshalb unter den Perspektiven aufgegriffen werden.

An dieser Stelle ist zunächst kritisch festzustellen, dass die Vielzahl von bildungspolitischen Empfehlungen, Beschlüssen und Handreichungen in der Summe wohl eher zur Verwirrung als zur Klärung beitragen, und zwar auch insbesondere insofern, als diese nicht wechselseitig abgestimmt und teilweise eher „inkompatibel“ sind. In der Konsequenz wird damit ein Akkreditierungsantrag zu einem schwer kalkulierbaren Risiko, das zumindest für kleinere Fachbereiche geradezu existenzielle Dimensionen annehmen kann. Insofern erklärt sich auch die inzwischen in der öffentlichen Diskussion des aktuellen Bildungsstreiks beklagte Überregulierung bzw. Verschulung von Studiengängen, mit denen auf alle erdenklichen Anforderungen der jeweiligen Akkreditierungsagentur reagiert wird.

Inbesondere die Bezeichnung von eher überfrachteten und entsprechend stark reglementierten Bachelorstudiengängen als „Sekundarstufe III“ ist dann weniger amüsant, wenn Studierende und Lehrende unter diesen strukturellen Engstellungen lernen und lehren müssen. Auf eine detailliertere Darstellung dieses Dilemmas soll allerdings angesichts einer bereits grundlegenden Kritik der heterogenen bildungspolitischen Beschlüsse und Empfehlungen zur Bachelor-Master-Struktur (vgl. hierzu BALS 2008, S. 85–97) verzichtet werden.

3.2 Übergangsquote zwischen Bachelor und Master

Behandelt werden sollen hier vorrangig die Besonderheiten, die insbesondere die Lehrerbildung für die Gesundheits- und Pflegeberufe betreffen. Für eine vollständige Lehrerbildung an Universitäten und überwiegend auch an Fachhochschulen wird unter qualitativer Perspektive zu Recht der Masterabschluss und somit eine Bachelor-Master-Abfolge verlangt. Zur Konsequenz hat dieses jedoch die Paradoxie, dass der jeweils grundlegende Bachelorstudiengang bezogen auf eine Berufstätigkeit als Lehrkraft nicht tatsächlich berufsqualifizierend sein kann.

Sofern nämlich die Übergangsquote zwischen Bachelor und Master nicht 100 % betragen soll, was der Intention einer Verkürzung der Studiendauer vollständig widerspräche, müssen neue berufspädagogische Aufgabenfelder für Bachelorab-

solventen gefunden werden. Übrigens kann in leistungsbezogenen Übergangsquoten auch eine Chance für die Qualität von Masterstudiengängen speziell auch in der Lehrerbildung gesehen werden.

Auf der anderen Seite wird in der Lehrerbildung – insbesondere auch für die beruflichen Fachrichtungen Pflege und Gesundheit – eine integrative Studienstruktur empfohlen. Das heißt mit dem Ziel anschlussfähiger lehrerbildender Masterstudiengänge sollen bereits in den jeweils grundständigen Bachelorstudiengängen bildungswissenschaftliche und auch erste fachdidaktische Grundlagen gelegt werden, deren Vertiefung dann dem Masterstudium vorbehalten sein soll. Hier ist insbesondere der „Beschluss der Dekanekonferenz zur zukünftigen Gestaltung der Lehrerbildung im Berufsfeld Pflege/Gesundheit“ vom 13. März 2007 relevant. Zu dem Fazit einer integrativen Studienstruktur der Lehrerbildung für die Pflege- und Gesundheitsberufe gelangen auch DARMANN-FINCK und ERTL-SCHMUCK auf Basis eines systematischen Vergleichs unterschiedlicher Varianten von Bachelor-Master-Studiensystemen (DARMANN-FINCK, ERTL-SCHMUCK 2008, S. 65–84).

In der Konsequenz verlangt aber auch diese empfohlene integrative, also nicht streng fachwissenschaftlich konsekutive Bachelor-Master-Struktur für Bachelorabschlüsse mit integrierten bildungswissenschaftlichen und fachdidaktischen Studienanteilen, dass diese auch handlungs- und verwertungsrelevant für die jeweiligen Absolventen sein müssen. Auch diese Argumentation fordert also berufspädagogische Aufgaben für akademisch qualifizierte Bachelorabsolventen aus und für den Bereich der pflege- und gesundheitsberuflichen Bildung.

3.3 Berufsqualifizierende berufspädagogische Bachelorstudiengänge

Die Aufgaben von auch berufspädagogisch qualifizierten Absolventen aus Bachelorstudiengängen sollten vorrangig in der berufspraktischen Bildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Einrichtungen des Gesundheitswesens liegen. Dabei könnte allerdings der Terminus Praxisanleitung – auch als Bezeichnung entsprechender Bachelorstudiengänge – insofern irreführend sein, als für diese Funktion im engeren Sinne im Bereich der Pflegeberufe eine inzwischen gesetzlich vorgeschriebene Weiterbildung zum Praxisleiter im Umfang von 200 Stunden bereits als ausreichend betrachtet wird. Somit gilt es zu betonen, dass das Aufgabenspektrum und der Anspruch an fachwissenschaftlich und berufspädagogisch qualifizierende Bachelorstudiengänge komplexer definiert werden muss. Hierzu könnten z. B. Aufgaben wie die Ermittlung des spezifischen und nach Zielgruppen differenzierten Bildungsbedarfs von Einrichtungen des Gesundheitswesens zählen.

Auf dieser Basis sollten Absolventen aus fachwissenschaftlich und berufspädagogisch qualifizierenden Bachelorstudiengängen ferner eine verantwortliche Pla-

nung und Organisation des Fort- und Weiterbildungsangebots der Einrichtung wie auch für jeweils spezifische Gruppen der Beschäftigten leisten können. Auch die Analyse des Wissenstransfers und der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie entsprechende Analysen zu der berufspraktischen Ausbildungsqualität sollten zu diesem Aufgabenspektrum zählen. Hinzu sollten ferner berufs- bzw. spezifischere pflegepädagogische Aufgaben im Bereich der Gesundheitsbildung für Patienten und Angehörige kommen, die in der pflegeberuflichen Ausbildung bislang nur elementar angelegt werden können. Vor allem die betriebliche Gesundheitsförderung für Beschäftigte, Patienten und ggf. auch für Angehörige ist als potenzielles Aufgabenfeld von fachwissenschaftlich und berufspädagogisch qualifizierenden Bachelorabsolventen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Bedeutung (vgl. BONSE-ROHMANN 2005).

Angesichts der Einführung von Pflegestützpunkten in mehreren Bundesländern und des zu erwartenden Bedarfs an ambulanten Beratungsangeboten zu Pflegeleistungen ist zusätzlich das künftig bedeutsamer werdende Handlungsfeld Beratung zu betonen. Bildungswissenschaftliche und insbesondere kommunikationstheoretische Grundlagen von entsprechend pflegewissenschaftlich und berufspädagogisch orientierten Bachelorstudiengängen könnten hierfür eine gute Grundlage bieten.

3.4 Grundständige Akademisierung in dualen Bachelorstudiengängen

Vor diesem Hintergrund durchaus profilierter Bachelorstudiengänge, die entweder auf berufs- bzw. pflegepädagogische oder alternativ auf leitungsbezogene Aufgaben (Pflegemanagement) im Gesundheitswesen zielen, ist die Konkurrenz einer in jüngerer Zeit geradezu expansiven Entwicklung von sogenannten dualen Studiengängen in fast allen Bundesländern zu beobachten. Mit derartigen grundständigen Bachelorstudiengängen, die eine pflegeberufliche Berufsausbildung mit einem parallel oder aufbauend zu studierenden verkürzten Bachelorprogramm verknüpfen, sind allerdings zahlreiche Probleme verbunden, die ausführlicher in dem Beitrag zu den „Auswirkungen der Akademisierung der Gesundheitsberufe auf die Schulen im Gesundheitswesen“ des Kollegen BURCHERT diskutiert werden. So soll hier lediglich auf einzelne kritische Punkte hingewiesen werden: In einem grundständigen bzw. dualen Bachelorstudiengang scheint zumindest bei einer angemessenen Ausbildungs- bzw. Studiendauer von mindestens 4,5 Jahren eine fundierte pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Qualifizierung möglich zu sein. Fraglich erscheinen allerdings vor allem solche Programme, die einen dualen Studiengang mit einer Dauer von 3 oder 3,5 Jahren für realistisch halten. Zudem stellt sich die Frage der Auswahl dieser Studierenden, die ein solches Ausbildungs- und Studienprogramm erfolgreich bewältigen können. Eine handlungsfeldbezogene Vertiefung dualer Bachelorstudiengänge in Richtung Pflegepädagogik oder Pflegemanagement erscheint

jedoch selbst bei einer Ausbildungs- und Studiendauer von 4,5 Jahren noch sehr schwierig. Sofern allerdings keine bildungswissenschaftlichen und anteilig ggf. auch fachdidaktischen Studienanteile in beide Abschnitte der Bachelor-Master-Struktur eines lehrerbildenden Studiengangs integriert werden können, wäre ein solcher dualer Bachelorstudiengang nicht als Grundlage eines lehrerbildenden Masterstudiengangs zu akzeptieren.

Unabhängig von einer ohnehin auch aus Kapazitätsgründen weder möglichen noch pflegeberuflich überhaupt erforderlichen „vollständigen“ Akademisierung ist also weiterhin von einem echten Bedarf an Lehrkräften für die pflegeberufliche Bildung sowohl an Schulen des Gesundheitswesens als auch an öffentlichen berufsbildenden Schulen auszugehen, die bereits aktuell und auch künftig in einer bildungswissenschaftlich integrativ angelegten Bachelor-Master-Abfolge qualifiziert werden.

3.5 Anerkennung des Masterabschlusses

Als zentraler formaler Standard, der nicht nur die Bachelor-Master-Abfolge, sondern auch eine verbindliche Fächerstruktur vorschreibt, sind die „Eckpunkte für die gegenseitige Anerkennung von Bachelor- und Masterabschlüssen in Studiengängen, mit denen die Bildungsvoraussetzungen für ein Lehramt vermittelt werden“, zu berücksichtigen. Dieser Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 2. Juni 2005 legt unter anderem fest, dass ein „integratives Studium an Universitäten oder gleichgestellten Hochschulen von zwei Fachwissenschaften und von Bildungswissenschaften in der Bachelorphase sowie in der Masterphase“ eine Voraussetzung für eine Anerkennung des jeweiligen Abschlusses durch die KMK ist.

Nach diesem auch als „Quedlinburger Beschluss zur Lehrerbildung“ bezeichneten Standard stellt sich allerdings ein nicht unerhebliches Problem für die durchaus stark nachgefragten ehemaligen pflege- bzw. berufspädagogischen Diplomstudiengänge an Fachhochschulen, die inzwischen zwar mehrheitlich bereits erfolgreich akkreditiert in eine Bachelor-Master-Struktur überführt wurden, denen jedoch ganz überwiegend nicht nur der Status einer Universität, sondern auch eine für die klassische universitäre Lehrerbildung gängige Struktur von zwei Fachwissenschaften fehlt.

So bleibt ein Master of Education, der die Anerkennung durch die KMK erfährt, den Universitäten vorbehalten, während die (Fach-)Hochschulen, die ebenfalls Lehrkräfte für die Pflege- und Gesundheitsberufe qualifizieren, zumeist einen Master of Arts vergeben. Auf diese Anforderung kann jedoch auch mit einer Kooperation von Universitäten und Fachhochschulen geantwortet werden, die an einzelnen Standorten in unterschiedlichen Formen bereits erprobt bzw. praktiziert wird. Dieser Ansatz einer Kooperation zwischen Universitäten und Fachhochschulen soll unter den Perspektiven im finalen Kapitel nochmals aufgegriffen werden.

3.6 Standards der Lehrerbildung

Als inhaltlich durchaus richtungsweisend für die Lehrerbildung sind die „Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften“ zu bewerten, die als Beschluss der KULTUSMINISTERKONFERENZ VOM 16. DEZEMBER 2004 vorgelegt wurden:

Kompetenzbereich: Unterrichten – Lehrerinnen und Lehrer sind Fachleute für das Lehren und Lernen.

- Kompetenz 1: Lehrerinnen und Lehrer planen Unterricht fach- und sachgerecht und führen ihn sachlich und fachlich korrekt durch.
- Kompetenz 2: Lehrerinnen und Lehrer unterstützen durch die Gestaltung von Lernsituationen das Lernen von Schülerinnen und Schülern. Sie motivieren Schülerinnen und Schüler und befähigen sie, Zusammenhänge herzustellen und Gelerntes zu nutzen.
- Kompetenz 3: Lehrerinnen und Lehrer fördern die Fähigkeiten von Schülerinnen und Schülern zum selbstständigen Lernen und Arbeiten.

Kompetenzbereich: Erziehen – Lehrerinnen und Lehrer üben ihre Erziehungsaufgabe aus.

- Kompetenz 4: Lehrerinnen und Lehrer kennen die sozialen und kulturellen Lebensbedingungen von Schülerinnen und Schülern und nehmen im Rahmen der Schule Einfluss auf deren individuelle Entwicklung.
- Kompetenz 5: Lehrerinnen und Lehrer vermitteln Werte und Normen und unterstützen selbstbestimmtes Urteilen und Handeln von Schülerinnen und Schülern.
- Kompetenz 6: Lehrerinnen und Lehrer finden Lösungsansätze für Schwierigkeiten und Konflikte in Schule und Unterricht.

Kompetenzbereich: Beurteilen – Lehrerinnen und Lehrer üben ihre Beurteilungsaufgabe gerecht und verantwortungsbewusst aus.

- Kompetenz 7: Lehrerinnen und Lehrer diagnostizieren Lernvoraussetzungen und Lernprozesse von Schülerinnen und Schülern; sie fördern Schülerinnen und Schüler gezielt und beraten Lernende und deren Eltern.
- Kompetenz 8: Lehrerinnen und Lehrer erfassen Leistungen von Schülerinnen und Schülern auf der Grundlage transparenter Beurteilungsmaßstäbe.

Kompetenzbereich: Innovieren – Lehrerinnen und Lehrer entwickeln ihre Kompetenzen ständig weiter.

- Kompetenz 9: Lehrerinnen und Lehrer sind sich der besonderen Anforderungen des Lehrerberufs bewusst. Sie verstehen ihren Beruf als ein öffentliches Amt mit besonderer Verantwortung und Verpflichtung.

- Kompetenz 10: Lehrerinnen und Lehrer verstehen ihren Beruf als ständige Lernaufgabe.
- Kompetenz 11: Lehrerinnen und Lehrer beteiligen sich an der Planung und Umsetzung schulischer Projekte und Vorhaben.

Mit diesen „Standards für die Lehrerbildung definiert die Kultusministerkonferenz Anforderungen, die die Lehrerinnen und Lehrer erfüllen sollen. Die Kultusministerkonferenz bezieht sich dabei auf die in den Schulgesetzen der Länder formulierten Bildungs- und Erziehungsziele“ (KMK 2004, S. 3).

Die jeweiligen Kompetenzen werden dabei durchgängig nach jeweils mehreren „Standards für die theoretischen Ausbildungsabschnitte“ und „Standards für die praktischen Ausbildungsabschnitte“ systematisch differenziert. Allerdings stellt sich auch hier die Frage, welchen tatsächlichen Einfluss dieser Beschluss auf die Formulierung von Studienprogrammen und einzelnen Modulen von lehrerbildenden Bachelor- und Masterstudiengängen an den jeweiligen Hochschulen hat bzw. haben wird. Denn damit ist keineswegs geklärt, welche Kompetenzen dem jeweiligen Bachelor- und welche dem Masterstudiengang zugeordnet werden. Hinzu kommt, dass die KMK mit diesem Beschluss auch die Kompetenzen der beruflichen Fort- und Weiterbildung für Lehrkräfte einbeziehen möchte, die jeweils bundeslandspezifisch durchaus unterschiedlich organisiert werden.

Keineswegs mit diesen Standards detailliert abgestimmt, aber inhaltlich als mindestens ebenso bedeutsam sind hier auch das Kerncurriculum Erziehungswissenschaft sowie insbesondere das Kerncurriculum Berufs- und Wirtschaftspädagogik zu bezeichnen. Diese haben zwar auch nur eine empfehlende Funktion, werden aber von der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft bzw. innerhalb dieser von der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik vertreten und haben somit vor allem eine höhere wissenschaftliche Verbindlichkeit. Hinzu kommt, dass diese Kerncurricula durchaus zwischen den Modulen des Bachelor- und denen des Masterstudiengangs differenzieren.

Fachwissenschaftlich wäre hier für die Lehrerbildung im Bereich der pflegeberuflichen Bildung auch ein Kerncurriculum Pflegewissenschaft von hohem Interesse. Dieses wird derzeit von einer Arbeitsgruppe in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft entwickelt bzw. an unterschiedlichen Stellen auch in die öffentliche wissenschaftliche Diskussion eingebracht. Dabei stellt sich aktuell die Frage, wie die Positionen und Erfahrungen der hier vorrangig zuständigen Hochschulen, die hierzu einschlägige Studiengänge anbieten, in diese Entwicklung angemessen einbezogen werden können.

4. Perspektiven und mögliche Kooperationen in der Lehrerbildung

Wenn man die bildungspolitischen Reaktionen tatsächlich ernst nimmt, so waren die studentischen Proteste im Rahmen des bundesweiten „Bildungsstreiks“ erfolgreich: „Kultusministerkonferenz und Hochschulrektorenkonferenz setzen sich gemeinsam dafür ein, dass das Ziel des Bildungsgipfels, 10 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Bildung und Forschung aufzuwenden, erreicht wird und aus diesen Mitteln auch die Umsetzung des Bologna-Prozesses vorangetrieben wird“, so die Erklärung der KMK und HRK vom 10. Dezember 2009. Doch auch ohne solche Untertöne gilt es, die Chancen von ersten Reakkreditierungen von Bachelor-Masterstudiengängen bzw. auch die Entwicklung von neuen, auch kooperativen Modellen einer Lehrerbildung an Fachhochschulen und Universitäten zu fördern. Was für den Bereich der technischen Fachrichtungen vermehrt umgesetzt wird, nämlich die Zusammenarbeit in der Ausbildung von Lehrkräften auch für öffentliche berufsbildende Schulen, findet sich auch punktuell bereits im Bereich der Lehrerbildung für die Fachrichtungen Pflege und Gesundheit (so z. B. die Kooperation der Fachhochschule Münster und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster). Das Ziel sollte also in einer stärkeren Vernetzung und perspektivisch auch stärkeren Vereinheitlichung lehrerbildender Bachelor- und Masterstudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten bestehen, die bislang bildungspolitisch, rechtlich und organisatorisch in den meisten Bundesländern nicht erkennbar gewollt sind.

Hierzu soll jedoch auf eine interessante Entwicklung im Koalitionsvertrag der Bundesregierung hingewiesen werden (Entwurf vom 24. Oktober 2009): „Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen.“ Damit stellt sich die Frage, wo künftig die Pflegeberufe generalistisch ausgebildet werden sollen: entweder überwiegend auch weiterhin an Schulen des Gesundheitswesens oder künftig doch innerhalb des dualen Systems der beruflichen Bildung. Dieses würde nicht nur eine Entlastung der an der Berufsausbildung der Pflegeberufe eher unfreiwillig beteiligten Krankenkassen bedeuten, sondern auf der anderen Seite einen deutlich erhöhten Bedarf an Lehrkräften an öffentlichen berufsbildenden Schulen implizieren, die dann – wie ansonsten für Lehrkräfte völlig üblich – seitens der Länder finanziert werden müssten.

Die Länder müssten zusätzlich oder alternativ den Ausbau der Hochschulen bzw. von Studienplätzen in einem ganz erheblichen Ausmaß fördern, sofern die bislang überwiegend in Modellversuchen erprobten dualen Studiengänge die Zielperspektive für die bislang in beruflichen Schulen qualifizierten Gesundheits- und Pflegeberufe darstellen sollen. In der Konsequenz müssten zusätzlich auch Hochschullehrer in großer Zahl gewonnen bzw. erst qualifiziert werden, wobei diese im

streng zu verstehenden Regelfall eine Promotion nachzuweisen hätten. Die Realität ist allerdings eine andere. Denn nicht nur aktuell steht insbesondere in den Pflegeberufen dem Trend der Akademisierung an Hochschulen eine Dequalifizierung des Pflegepersonals in den Einrichtungen des Gesundheitswesens gegenüber.

Daher muss die fundierte dreijährige Berufsausbildung gestärkt und durch eine angemessene Anzahl akademisch qualifizierter Pflegekräfte ergänzt werden. Für die grundständige Berufsausbildung – möglichst in öffentlichen berufsbildenden Schulen und in Betrieben des Gesundheitswesens – ist dann weiterhin von einem hohen Bedarf entsprechend an Hochschulen qualifizierter Lehrkräfte auszugehen.

Eine Kooperation lehrerbildender Fachhochschulen und Universitäten könnte auch unter dem Aspekt einer gemeinsamen Forschung zur Lehrerbildung lohnend sein – und zwar auch bezogen auf empirische Analysen zur tatsächlichen Kompetenzentwicklung in der Studienstruktur der Bachelor-Master-Abfolge. So wurde seitens des BMBF 2008 ein Rahmenprogramm zur Förderung der empirischen Bildungsforschung zum Förderschwerpunkt „Entwicklung von Professionalität des pädagogischen Personals in Bildungseinrichtungen“ aufgelegt, in dem es explizit um eine wissenschaftliche Evaluation neuer Studiengangskonzepte zur Lehrerbildung geht.

Der Forschungs- und Entwicklungsbedarf könnte dabei ferner auf die Frage konzentriert werden, ob und in welchem Ausmaß die oben zitierten „Standards der Lehrerbildung“ (Beschluss der KMK vom 16. Dezember 2004) in den Studienprogrammen der Hochschulen angemessen berücksichtigt werden und auch in der Praxis der Schulen tatsächlich ankommen.

Ein großer und für die beruflichen Fachrichtungen Pflege und Gesundheit durchaus gemeinsam anzugehender Forschungs- und Entwicklungsbedarf ist ferner auch in den Didaktiken dieser Fachrichtungen zu erkennen. Dabei sind die Fachhochschulen und Universitäten im Bereich der Didaktik der beruflichen Fachrichtung Pflege bzw. bei der Entwicklung pflegedidaktischer Modelle bereits erfolgreicher als bei einer entsprechenden Entwicklung einer Didaktik der beruflichen Fachrichtung Gesundheit.

Auch aus Gründen der Vollständigkeit sei mit Blick auf die Stufen des Bologna-Prozesses auf die Promotion verwiesen. Angesichts eines aktuell schon kaum mehr zu befriedigenden Bedarfs eines wissenschaftlichen Nachwuchses im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften wie auch in der Lehrerbildung für die beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege sollte hier eine unterstützende Funktion kooperierender Fachhochschulen genutzt werden.

Dabei soll das exklusive Promotionsrecht der Universitäten keineswegs beschädigt werden. Eher geht es darum, besonders qualifizierten Absolventen aus Diplom- und Masterstudiengängen den Zugang zur Promotion an der Universität zu ebnet.

Literaturverzeichnis

- BALS, Thomas (1990): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Wirtschafts-, berufs- und sozialpädagogische Texte. Bd. 16, Köln.
- BALS, Thomas (1993): Berufsbildung der Gesundheitsberufe. Alsbach/Bergstraße.
- BALS, Thomas (2008): Bildungspolitische Empfehlungen und Beschlüsse zur zukünftigen Lehrerbildung. In: BISCHOFF-WANNER, Claudia; REIBER, Karin (Hrsg.): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. Weinheim und München.
- BEIER, Jutta (2004): Der Studiengang Medizinpädagogik/Pflegepädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin. URL: http://www.ost-west-bildungsdialog.de/dialog/Prof_Dr_Jutta_Beier_Berlin.pdf.
- BISCHOFF, Claudia; BOTSCHAFTER, Petra (Hrsg.) (2004): Neue Wege in der Lehrerausbildung. Melsungen: bibliomed.
- BISCHOFF, Claudia (1993): Wer gut pflegt, der gut lehrt? Zur Geschichte einer unbekanntenen Berufsgruppe. In: BISCHOFF, Claudia; BOTSCHAFTER, Petra (Hrsg.): Neue Wege in der Lehrerausbildung. Melsungen: bibliomed.
- BISCHOFF-WANNER, Claudia; REIBER, Karin (Hrsg.) (2008): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. Weinheim und München.
- BONSE-ROHMANN, Mathias (2005): Gesundheitskompetenz – zentrale Schlüsselkompetenz für Gesundheitsberufe? In: SOHR, Sven; BONSE-ROHMANN, Mathias (Hrsg.): Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beiträge für eine moderne berufliche Bildung. Gamburg, S. 52–65.
- CDU; CSU; FDP (2009): Wachstum, Bildung, Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode. Entwurf: <http://www.cdu.de/doc/pdf/091024-koalitionsvertrag-cducusu-fdp.pdf>.
- DARMANN-FINCK, Ingrid; ERTL-SCHMUCK, Roswitha (2008): Strukturmodelle der Lehrerbildung im Bachelor-/Master-Studiensystem. In: BISCHOFF-WANNER, Claudia; REIBER, Karin (Hrsg.): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. Weinheim und München.
- DEKANEKONFERENZ PFLLEGEWISSENSCHAFT (2007): Beschluss der Dekanekonferenz zur zukünftigen Gestaltung der Lehrerbildung im Berufsfeld Pflege/Gesundheit (13. März 2007).
- HIS (Hochschul-Informationen-System) (2009): Internationale Mobilität im Studium 2009 – Wiederholungsuntersuchung deutscher Studierender zu studienbezogenen Aufenthalten in anderen Ländern. Studie im Auftrag des DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst) und BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), Hannover.
- HRK (Hochschulrektorenkonferenz) – Bologna-Zentrum (2009): Stand der Umsetzung in Deutschland. URL: <http://www.hrk.de/bologna/de/home/3774.php>.

- HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2009): Statistische Daten zur Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen – Sommersemester 2009. Reihe: Statistiken zur Hochschulpolitik 1/2009, Bonn.
- NRW-JUSTIZMINISTERIUM (Hrsg.) (2008): Erfahrungen mit der juristischen Ausbildung an Hoch- und Fachhochschulen in Deutschland, Düsseldorf. URL: http://www.hrk.de/bologna/de/download/dateien/berichte_hoch_fachschulen-jura2008.pdf.
- REIBER, Karin (2008): Zum Stand der Pflegelehrerbildung – Deutsche Verhältnisse in europäischer Perspektive. In: BISCHOFF-WANNER; Claudia; REIBER, Karin. (Hrsg.): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. Weinheim und München, S. 41–63.
- SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND (Hrsg.) (2004): Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16. Dezember 2004.
- SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND (KMK); HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ (HRK), (2009): Kultusministerkonferenz und Hochschulrektorenkonferenz handeln gemeinsam. Presseerklärung vom 10. Dezember 2009. <http://www.kmk.org/presse-und-aktuelles/meldung/kultusministerkonferenz-und-hochschulrektorenkonferenz-handeln-gemeinsam.html>.
- TERHART, Ewald (Hrsg.) (2000): Perspektiven der Lehrerbildung in Deutschland. Abschlussbericht der von der Kultusministerkonferenz eingesetzten Kommission. Weinheim/Basel.
- TERHART, Ewald (2007): Wozu führt Modularisierung? Überlegungen zu einigen Konsequenzen für die Praxis der akademischen Lehre. In: Erziehungswissenschaft – Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE), 18 (2007), S. 23–37.
- WANNER, Bernd (1993): Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern der Pflege. 2. Auflage, Frankfurt am Main.

Heiko Burchert

Auswirkungen der Akademisierung der Gesundheitsberufe auf die beruflichen Schulen im Gesundheitswesen am Beispiel der Situation in Nordrhein-Westfalen

Der Beitrag thematisiert die Zukunft der beruflichen Schulen im Gesundheitswesen, wenn die bisher dort angesiedelte berufliche Ausbildung der Gesundheitsberufe akademisiert wird. Akademisierung bedeutet in diesem Kontext, dass die berufliche Ausbildung im Rahmen eines Bachelorstudienganges an Hochschulen absolviert wird. Der Beitrag zeigt die Dimensionen des Problems auf. Abschließend werden drei grundsätzliche Entwicklungsszenarien skizziert. In den Beitrag fließen Wortmeldungen betroffener Lehrkräfte dieser Schulen ein.

1. Einführung

Am 3. Oktober 2009 trat das Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten in Kraft.¹ Im Rahmen von Modellklauseln können Hochschulen grundständige Studiengänge für die berufliche Ausbildung der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten anbieten. Neu ist, dass neben den beruflichen Schulen im Gesundheitswesen nun auch die Hochschulen nach erfolgreichem Studienabschluss die Zulassung zur Ausübung des entsprechenden Berufes aussprechen können. In der Konsequenz bedeutet dies, dass berufliche Schulen im Gesundheitswesen sowie Hochschulen gemeinsam eine berufliche Ausbildung, die in Verknüpfung mit einem Bachelorstudiengang absolviert werden kann, anbieten können. Damit wird nur nachgeholt, was bereits für die Pflegeberufe vor Kurzem auf den Weg gebracht wurde.

Kurz darauf, bereits am 9. Oktober 2009, war in Nordrhein-Westfalen das Gesetz zur Errichtung der Fachhochschule für Gesundheitsberufe – das Gesundheitsfachhochschulerrichtungsgesetz – in Kraft getreten.² Im bevölkerungsreichsten Bundesland entsteht damit unmittelbar eine solche staatliche Hochschule für die oben genannten Gesundheitsberufe mit den damit verbundenen Möglichkeiten der Verknüpfung von beruflicher Ausbildung und Absolvierung eines ersten Hochschulstudiums.

Tatsächlich neu ist hier, dass in den grundständigen Bachelorstudiengängen der therapeutischen Gesundheitsberufe auf einen schulischen Kooperationspartner

1 Vgl. Gesetz vom 25. September 2009 in BGBl. 2009 Teil I Nr. 64 vom 2. Oktober 2009, S. 3158.

2 Vgl. Gesetz vom 8. Oktober 2009 in GV. NRW 2009, S. 516.

bereits verzichtet werden soll bzw. auch die Praxisphasen in Gesundheitseinrichtungen direkt von der Hochschule für Gesundheit betreut werden sollen und damit die Gesamtverantwortung für den beruflich wie akademisch qualifizierenden Bachelorstudiengang übernommen wird. Einschränkend sei hier angemerkt, dass der Studienbetrieb an der Hochschule für Gesundheit erst zum WS 2010/2011 aufgenommen wird, sodass hier eine abschließende Einordnung der bislang nicht akkreditierten Studiengänge noch nicht vorzunehmen ist.

Das Thema „Akademisierung der Gesundheitsberufe“ nimmt damit an Fahrt auf. Doch wo bspw. aus berufspolitischer Perspektive Licht ist, ist auch Schatten. In einem solchen Schattengebiet tummeln sich die bisher für die berufliche Ausbildung der Gesundheitsberufe zuständigen beruflichen Schulen im Gesundheitswesen. Dieser Beitrag widmet sich der Situation dieser Schulen im Gesundheitswesen. Eingangs erfolgt eine Darstellung der bisherigen Strukturen und Dimensionen der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen Nordrhein-Westfalens sowie der aktuellen – bereits skizzierten – Veränderungen. Anschließend werden mögliche Handlungsoptionen der bisherigen Schulen im Gesundheitswesen und des sich daraus ergebenden Konzeptbedarfs aufgezeigt. Das Hauptaugenmerk des Beitrages liegt in der Sensibilisierung für dieses Thema und der davon Betroffenen. Daher werden nicht nur nüchterne Zahlen über den Umfang der entsprechenden Einrichtungen und Akteure präsentiert, sondern an geeigneten Stellen auch unmittelbar Betroffene zu Wort kommen.

Eine solche erste Wortmeldung kommt von Frau S. ANGERSTEIN, der leitenden Lehrerin für das Hebammenwesen vom Zentrum Aus-, Fort- und Weiterbildung/Hebammenschule in den Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont gGmbH. Bei ihrer Sicht auf die Auswirkungen der Akademisierung der Gesundheitsberufe auf die beruflichen Schulen im Gesundheitswesen nimmt sie insbesondere die berufliche Zukunft der in diesen Schulen tätigen Lehrer in den Blick:

„Sollte die theoretische, grundständige Ausbildung an die Hochschule gehen, werden ‚Praxisorte‘ weiterhin benötigt. Anzudenken ist, dass wir Lehrerinnen dann zu Koordinatorinnen der praktischen Ausbildung werden und Praxisanleitungen und -begleitungen vor Ort durchführen, ggf. auch das ‚praktische Examen‘ (in welcher Form dies auch immer sein wird?!) abnehmen? Selbstverständlich erfolgt dies alles in enger Kooperation mit der Hochschule. Lehren werden wir sicherlich an der Hochschule nicht können. Vielleicht entwickelt sich ja auch eine Struktur, in der nur Teilbereiche (Module) an der Hochschule und andere Teilbereiche (Module) weiterhin an den beruflichen Schulen vermittelt werden?“

Deutlich wird, dass sich ANGERSTEIN – wohl auch aufgrund ihrer Aufgaben in der Schulleitung – bereits erste Gedanken über eine mögliche Beteiligung der Lehrer in den beruflichen Schulen an den entstehenden neuen Strukturen macht.

Wenngleich im Folgenden auf statistische Daten aus Nordrhein-Westfalen zurückgegriffen wird, erfolgt an geeigneter Stelle auch eine Übertragung auf die Situation in Deutschland. Dies ist möglich, da das Land Nordrhein-Westfalen über die größte Dichte an beruflichen Schulen im Gesundheitswesen und die meisten Schüler und Lehrer verfügt.

2. Die berufliche Ausbildung in den Gesundheitsberufen und ihre aktuellen Veränderungen in Nordrhein-Westfalen

2.1 Die Dimensionen

Bei der Betrachtung der Gesundheitsberufe stehen in diesem Zusammenhang weder diejenigen Berufe im Mittelpunkt, die an den Hochschulen über ein Studium ihre Berufsbefähigung erfahren, noch diejenigen Berufe, die eine Ausbildung an den staatlichen Berufskollegs absolvieren. Während zu den Ersteren die Mediziner zählen, gehören zu den im BBiG geregelten Gesundheitsberufen unter anderem die Gruppe der (Zahn-)Medizinischen Fachangestellten. Im Rahmen dieses Beitrages tragen nur diejenigen Berufe und ihre Entwicklungen zum Erkenntnisinteresse bei, die an den sogenannten Schulen im Gesundheitswesen ihre berufliche Ausbildung erfahren. Hierzu gehören insbesondere die Pflegeberufe, die Hebammen, die Logopäden sowie die Ergo- und Physiotherapeuten.³

Um ein Bild davon zu haben, um welche Zahlen von Auszubildenden in den jeweiligen Berufen es in Nordrhein-Westfalen geht, sei auf die Tabelle 1 verwiesen.

Die Gesamtzahl der Schüler an den Schulen im Gesundheitswesen im Jahr 2006 ist seit dem Jahr 1995 mit –3,5 % leicht zurückgegangen. Deutschlandweit wurden im Schuljahr 2007/2008 genau 123.802 Schüler an den Schulen des Gesundheitswesens gezählt.⁴ Somit befinden sich ca. 34 % aller Schüler in diesen Berufen in einer Ausbildung in Nordrhein-Westfalen, was einen grundlegenden Rückschluss von der Situation in Nordrhein-Westfalen auf die Situation in Deutschland gestattet. Einzelne Bundesländer haben bereits die berufliche Ausbildung in diesen Berufen aus dem Gesundheitswesen herausgelöst und an den staatlichen Berufskollegs angesiedelt. Festzuhalten ist demnach, dass ca. 34 % aller Schüler in diesen Berufen

3 Zu einer vollständigen Systematisierung und Auflistung aller Gesundheitsberufe unterschieden nach dem Ausbildungsort: Hochschule, Berufskolleg oder Schule des Gesundheitswesens vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2008), S. 40–41.

4 Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2009).

an den Schulen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen ausgebildet werden. Bezogen auf alle Schüler in diesen Berufen, dürfte der Anteil derer, die nicht an staatlichen, sondern an beruflichen Schulen im Gesundheitswesen ihrer Ausbildung nachgehen, bei ca. 30 % liegen.

Tabelle 1: Anzahl der Auszubildenden in ausgewählten Gesundheitsberufen nach Schultypen in Nordrhein-Westfalen⁵

Schultyp	Schülerbestand		
	1995	2006	Veränderung gegenüber 1995 in %
Krankenpflegeschule	17.450	14.408	-17,4
Fachseminar für Altenpflege	13.109	9.910	-24,4
Kinderkrankenpflegeschule	2.464	2.249	-8,7
Schule für Krankenpflegehelfer	1.055	589	-44,2
Fachseminar für Altenpflege (verkürzte Ausbildung)	–	144	–
Fachseminar für Altenpflegehelfer (verkürzte Ausbildung)	–	1.123	–
Schule für Hebammen	400	453	+13,3
Schule für Physiotherapeuten	2.613	4.238	+62,2
Schule für Ergotherapeuten	1.236	1.699	+37,5
Schule für Masseure und medizinische Bademeister	395	368	-6,8
Schule für Logopäden	280	750	+167,9
Schule für Diätassistenten	284	329	+15,8
Schule für Orthoptisten	36	38	+5,6
Schule für Podologen	–	128	–
Schule für pharmazeutisch-technische Assistenten	1.491	2.033	+36,4
Schule für Rettungsassistenten	791	1.467	+85,5
Schule für med.-techn. Laborassistenten	734	874	+19,1
Schule für med.-techn. Radiologieassistenten	395	515	+30,4
Schule für med.-techn. Veterinärassistenten	14	12	-14,3
Fachseminar für Familienpflege	576	433	-24,8
Fachseminar für Familienpflege (verkürzte Ausbildung)	–	41	–
Summe	43.323	41.801	-3,5

Wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist, sind die Pflegeberufe die zahlenmäßig stärkste Gruppe innerhalb der Gesundheitsberufe. Sichtbar wird, dass es in diesen Berufen einen – deutlich zweistelligen – Rückgang der Schülerzahlen gibt. Der Versuch, diesem Rückgang zumindest im Bereich der Altenpflege mit einer verkürzten Ausbildung entgegenzuwirken, ist erst angelaufen. Eine weitere Maßnahme, diesem

⁵ Vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2008), S. 132.

Rückgang der Schülerzahlen in der Pflege Einhalt zu gebieten, hatte der Bundestag am 17. Juli 2009 beschlossen, indem die Zulassungsvoraussetzungen für das Erlernen eines Pflegeberufs in der Krankenpflege auf den Abschluss einer Hauptschule gesenkt werden.⁶ Angesichts gleichzeitiger Bestrebungen, ärztliche Tätigkeiten auf die Pflege zu übertragen, ist dies als sehr kritisch einzuschätzen. Demgegenüber ist in allen anderen Gesundheitsberufen – mit Ausnahme der Familienpflege – eine Zunahme der Schülerzahlen zu beobachten.

Um den Rückgang der Schülerzahlen an den beruflichen Schulen des Gesundheitswesens möglichst adäquat einordnen zu können, sei im Folgenden ein Vergleich mit den Zahlen der an den Berufskollegs angesiedelten Ausbildungen der Gesundheitsberufe und ihrer Veränderungen aufgezeigt:

Tabelle 2: Vergleich der Gruppen der Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen⁷

Ausbildungsberufe	Schülerbestand		
	1995	2006	Veränderung gegenüber 1995 in %
Berufe an den Schulen des Gesundheitswesens	43.323	41.801	-3,5
Ausgewählte Berufe des Bereiches „Freie Berufe“, wie z. B. Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, Medizinische/Zahnmedizinische Fachangestellte	24.215	19.150	-20,6
Ausgewählte Berufe des Bereiches „Handwerk“, wie z. B. Zahntechniker, Augenoptiker, Orthopädienschuhmacher, Hörgeräteakustiker	5.672	3.646	-35,7
Ausgewählte Berufe des Bereiches „Industrie, Handel u. a.“, wie z. B. Pharmakant, Kaufmann im Gesundheitswesen, Sport- und Fitnesskaufmann	40	1.446	+3.615,0
Summen	73.250	66.043	-8,2
Anteil der Berufe aus den Schulen im Gesundheitswesen	59,1	63,3	+7,1

Im Vergleich zu den anderen nicht akademischen Gesundheitsberufen wird deutlich, dass die Berufe aus den Schulen im Gesundheitswesen – in Summe betrachtet – deutlich geringer zurückgegangen sind als die Gesundheitsberufe der Bereiche „Freie Berufe“ oder „Handwerk“. Der Boom der Gesundheitsberufe im Bereich „Industrie, Handel u. a.“ ist den neu entstandenen kaufmännischen Berufen im Gesundheits- und Freizeitbereich zuzuschreiben. Zudem weist die Gruppe der Gesundheitsberufe, die ihre Ausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens absolvieren, den

6 Vgl. die Artikel 12a und 12b des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 in BGBl. (2009) Teil I Nr. 43 vom 22. Juli 2009, S. 1990.

7 Vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2008), S. 143.

größten Anteil auf. Über die Jahre 1995 bis 2006 ist dieser Anteil sogar noch um 7,1 % oder 4,2 Prozentpunkte gestiegen.

Tabelle 3: Anzahl der (aktiven) Schulen im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens⁸

Schultyp	Schulen		
	1995	2006	Veränderung gegenüber 1995 in %
Krankenpflegeschule	230	153	-33,5
Fachseminar für Altenpflege	122	129	+5,7
Kinderkrankenpflegeschule	52	46	-11,5
Schule für Krankenpflegehelfer	53	28	-47,2
Fachseminar für Altenpflege (verkürzte Ausbildung)	–	4	–
Fachseminar für Altenpflegehelfer (verkürzte Ausbildung)	–	47	–
Schule für Hebammen	10	10	0
Schule für Physiotherapeuten	30	44	+46,7
Schule für Ergotherapeuten	14	22	+57,1
Schule für Masseure und medizinische Bademeister	13	10	-23,1
Schule für Logopäden	8	16	+100,0
Schule für Diätassistenten	12	10	-16,7
Schule für Orthoptisten	4	4	0
Schule für Podologen	–	5	–
Schule für pharmazeutisch-technische Assistenten	16	17	+6,2
Schule für Rettungsassistenten	23	34	+47,8
Schule für med.-techn. Laborassistenten	19	17	-10,5
Schule für med.-techn. Radiologieassistenten	17	16	-5,9
Schule für med.-techn. Veterinärassistenten	1	1	0
Fachseminar für Familienpflege	14	14	0
Fachseminar für Familienpflege (verkürzte Ausbildung)	–	2	–
Summe	638	629	-1,5

Dem Blick auf die Schülerzahlen folgt nun der auf die Schulen im Gesundheitswesen selbst. Aus der Tabelle 3 ist die Anzahl dieser beruflichen Schulen in Nordrhein-Westfalen zu ersehen. Um hier ein klares Bild von der Problemlage zu erhalten, die

⁸ Vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2008), S. 129.

sich offenbart, wenn es um die Zukunft der Schulen, also auch um die dort Beschäftigten, geht, schließt sich mit der Tabelle 4 der Blick auf die Anzahl der haupt- und nebenberuflich beschäftigten Lehrkräfte an.

Sowohl die Zahl der Schulen als auch die der Schüler ist über die betrachteten elf Jahre zurückgegangen. Wobei die Zahl der Schüler etwas stärker (-3,5%) gesunken ist als die der Schulen. Hier ist ein Rückgang um 1,5% zu beobachten. Bezogen auf die Anzahl der Schulen im Gesundheitswesen in Deutschland (1.657 im Schuljahr 2006/7)⁹ beträgt der Anteil Nordrhein-Westfalens lediglich 25,2%. Bei einem gleichzeitigen Schüleranteil von 34% deutet dies auf einen im Durchschnitt höheren Schülerbestand pro Schule hin.

Bei den Pflegeschulen ist es – bis auf die Altenpflege – zu einem deutlichen Rückgang der Schulen gekommen. Insofern die Anzahl der Schulen stärker gesunken ist als die der Schüler, dürfte es an den verbliebenen Schulen zu einer Steigerung der Schülerzahl entweder in Form weiterer Klassen oder mehr Schüler pro Klasse gekommen sein.

Bei den Fachseminaren für Altenpflege ist die Zahl der Schulen um sieben gestiegen, wengleich die Zahl der Schüler im gleichen Zeitraum um knapp ein Viertel zurückgegangen ist. Während 1995 in einer Schule im Durchschnitt 107 Schüler lernten, waren es elf Jahre später nur noch durchschnittlich 76 Schüler. Deutet dies auf eine verbesserte Betreuungsrelation zwischen Lehrern und Schülern hin?

In den therapeutischen Berufen der Ergo- und Physiotherapie sowie in der Logopädie haben sich die Anzahl der Schüler und die Anzahl der Schulen gleichermaßen positiv entwickelt, ebenso bei den Rettungsassistenten. Bei den Diätassistenten, den Medizinisch-technischen Laborassistenten und Medizinisch-technischen Radiologieassistenten hingegen sind die Schülerzahlen gestiegen, während die Zahl der Schulen gesunken ist, woraus sich Konzentrationsprozesse ablesen lassen. Der ökonomische Vorteil größerer Einrichtungen gestattet es zudem, mehr Schüler aufzunehmen. Bei den anderen Berufen fielen die Veränderungen durchaus moderat aus.

Fehlt abschließend nur noch der Blick auf die an diesen Schulen beschäftigten Lehrkräfte. Diese lassen sich grundlegend hinsichtlich zweier Kriterien unterscheiden: 1) nach dem Grad ihrer berufspädagogischen Bildung und 2) nach dem Beschäftigungsverhältnis. Beim Grad ihrer berufspädagogischen Bildung wird im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in folgende Gruppen unterschieden:¹⁰

9 Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2009a).

10 Vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2008), S. 130.

- Lehrkräfte mit einem berufs- oder pädagogischen Hochschulstudium,¹¹
- Lehrkräfte mit einer beruflichen Ausbildung in einem Gesundheitsberuf und einer berufspädagogischen Weiterbildung oder Zusatzqualifikation,
- Lehrkräfte mit einem anderen Hochschulstudium,
- Lehrkräfte mit dem Abschluss eines nicht ärztlichen Gesundheitsberufes und ohne pädagogische Weiterbildung oder Zusatzqualifikation sowie
- Lehrkräfte mit einer anderen als der bisher genannten Qualifikation.

Nach dem Beschäftigungsverhältnis wird einerseits in hauptberufliche Lehrkräfte in einer Teil- oder Vollzeitbeschäftigung und andererseits in nebenberufliche Lehrkräfte differenziert. Dies sollte berücksichtigt werden, damit bei der Diskussion der Auswirkungen der Akademisierung der Gesundheitsberufe keine Lücken aufkommen.

In Nordrhein-Westfalen waren im Schuljahr 2005/2006 an den Schulen des Gesundheitswesens 2.856 hauptberufliche Lehrkräfte beschäftigt, die sich nahezu hälftig (vgl. Tabelle 4) in einem Teil- oder Vollzeitbeschäftigungsverhältnis befanden.¹² Deutschlandweit waren es 7.265 hauptberufliche Lehrpersonen,¹³ genau 39,3 % davon unterrichten in Nordrhein-Westfalen. Dies entspricht dem Anteil der Schüler, die in diesen Berufen ihre Ausbildung in Nordrhein-Westfalen absolvieren (34 %). Somit haben die beruflichen Schulen in Nordrhein-Westfalen nicht nur einen vergleichsweise höheren Schüler-, sondern auch Lehrerbestand.

Die Struktur der Zahl der Lehrpersonen an den Schulen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen nach den genannten beiden Kriterien verdeutlicht die Tabelle 4.

An den beruflichen Schulen im Gesundheitswesen des Landes Nordrhein-Westfalen waren insgesamt 13.859 hauptamtliche und nebenberufliche Lehrkräfte tätig. Der Anteil der im Nebenberuf tätigen Lehrkräfte betrug 79,4 %. Dies bedeutet, dass lediglich ca. ein Fünftel aller (oder 2.856) Lehrkräfte an den Schulen ihrer Tätigkeit im Hauptberuf nachgehen. Von diesen 2.856 hauptamtlichen Lehrkräften waren knapp 60 % in Vollzeit beschäftigt. Rund zwei Drittel der hauptamtlichen Lehrkräfte verfügten über ein berufspädagogisches Studium, eine entsprechende Weiterbildung oder Zusatzqualifikation.

11 Zur Problematik der nicht einheitlichen Regelung der Qualifikationen von Lehrkräften im Rahmen der beruflichen Ausbildung der Gesundheitsberufe insbesondere zwischen den einzelnen Bundesländern und der damit generierten Stigmatisierung in „Lehrer 1. Klasse“ = Absolvent eines universitären Lehramtsstudienganges, „Lehrer 2. Klasse“ = Absolvent eines fachhochschulischen berufspädagogischen Diplomstudienganges sowie „Lehrer 3. Klasse“ = Absolvent eines fachhochschulischen berufspädagogischen Bachelorstudienganges vgl. BURCHERT, KEUPER (2009).

12 Vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2008), S. 130.

13 Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2009).

Tabelle 4: **Zahl, Qualifizierung und Beschäftigungsverhältnis der an den Schulen im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens beschäftigten Lehrkräfte¹⁴**

	Hauptamtliche Lehrkräfte		Summe	Nebenberufliche Lehrkräfte	Gesamtsumme
	Vollzeit	Teilzeit			
Lehrkräfte mit einem berufs- oder pädagogischen Studium	327	177	504	421	925
Lehrkräfte mit einer beruflichen Ausbildung in einem Gesundheitsberuf und einer berufspädagogischen Weiterbildung oder Zusatzqualifikation	894	492	1.386	857	2.243
Lehrkräfte mit dem Abschluss eines nicht ärztlichen Gesundheitsberufes und ohne pädagogische Weiterbildung oder Zusatzqualifikation	144	136	280	945	1.225
Lehrkräfte mit einer anderen als der bisher genannten Qualifikation	69	48	117	1.178	1.295
Lehrkräfte mit einem anderen Hochschulstudium	229	340	569	7.602	8.171
Summe	1.663	1.193	2.856	11.003	13.859

Das Bemerkenswerte ist, dass die Zahl der hauptamtlichen Lehrkräfte an den beruflichen Schulen des Gesundheitswesens, um die man sich im Rahmen der Akademisierung Gedanken machen müsste, relativ gering ist. Die betreffenden Lehrkräfte sind mehrheitlich berufspädagogisch Fort- und Weitergebildete oder haben sogar ein entsprechendes Hochschulstudium absolviert. Insbesondere Letzteren wird wohl aus der Sicht der „Akademisierungsbetreiber“ zugetraut, dass sie in der Lage sein werden, sich aktiv in die Überlegungen zum Fortbestand der Schule einzubringen¹⁵ oder ihren eigenen Weg zu finden. Eine Lehrkraft und zugleich Kursleitung an einem Ausbildungsinstitut für Pflegeberufe in Hessen bestätigt letztere Einschätzung, wenn sie ausführt:

„Direkte ‚Existenzangst‘ habe ich aufgrund meines Hochschulabschlusses (noch) nicht; aus der PaBis-Studie geht hervor, dass 2006 erst knapp ein Drittel der Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens überhaupt einen akademischen Abschluss besitzen. Vakante Stellen für uns Hochschulabsolventen gibt es momentan deutschlandweit; die Schulen haben nach Aussage vieler Kollegen an anderen Institutionen wohl Probleme, die Stellen mit geeigneten Kräften zu besetzen.“

14 Vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2008), S. 130.

15 Die Anmerkungen von ANGERSTEIN aus der Einführung verdeutlichen dies eindrucksvoll.

Als Zwischenergebnis kann an dieser Stelle am Beispiel von Nordrhein-Westfalen festgehalten werden, dass von einer Akademisierung der Berufe der Pflege, der Hebammen, der Ergo- und Physiotherapie sowie der Logopädie ca. 86 % der beruflichen Schüler an den Schulen des Gesundheitswesens und 81 % dieser Schulen tangiert werden. Überträgt man diese Zahl auf die hauptberuflichen Lehrkräfte an diesen Schulen, so sind dies bei 80 % ca. 2.285 Lehrkräfte in diesen Gesundheitsberufen in Nordrhein-Westfalen. Werden diese Daten auf Deutschland hochgerechnet, so betrifft dies ca. 5.800 Lehrkräfte, 1.340 Schulen im Gesundheitswesen und 35.500 Schüler eines Schuljahrganges¹⁶ in diesen Berufen. Letztere „fehlen“ einerseits an den beruflichen Schulen und sind andererseits an den Hochschulen mit entsprechenden Studienangeboten zu versorgen.

2.2 Die Veränderungen in Richtung Akademisierung

Das Thema „Akademisierung der Pflege“ ist seit geraumer Zeit in der Diskussion. Während in der damaligen DDR bereits seit den 1960er-Jahren Möglichkeiten bestanden, Pflege an Hochschulen zu studieren, bedurfte es in der Bundesrepublik Deutschland erst eines Pflegeotstandes in den 1980er/1990er-Jahren, damit der Ruf nach einer neuen Qualität der Ausbildung in der Pflege in die Wirklichkeit umgesetzt wurde. Seit dieser Zeit entstand eine Vielzahl von Studienangeboten in der Pflegepädagogik, im Pflegemanagement und in der Pflegewissenschaft.¹⁷ Das Merkmal dieser Studienangebote ist, dass sie eine abgeschlossene Berufsausbildung und zum Teil auch eine Reihe von Berufsjahren voraussetzen.

Aktuell geht die Entwicklung dahin, die berufliche Ausbildung an die Hochschule zu verlagern, sie also in Form von Studiengängen (genauer: Bachelorstudiengängen) anzubieten. Da aber die Pflege ein breites Spektrum unterschiedlichster Aufgaben begonnen bei der Grundpflege über die Behandlungspflege bis hin zur Pflegeplanung oder der Evaluation von Pflegekonzepten umfasst, zeichnet sich derzeit eine „Zweigleisigkeit“ ab. Auf eine berufliche Laufbahn mit den bislang üblichen Aufgaben der Pflege soll nach wie vor die berufliche Pflegeausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens ausgehend von einem Hauptschulabschluss vorbereiten. Für die „höherwertigen“ Pflegetätigkeiten kann der Weg über das Hochschulstudium genutzt werden. Entsprechend dem Umfang dieser Tätigkeiten im

16 Insofern der deutschlandweite Schülerbestand an den Schulen des Gesundheitswesens mit 123.802 gegeben war und eine Ausbildung drei Jahre dauert, wurde unter Vernachlässigung von Abbrecherzahlen in der beruflichen Ausbildung in diesen Gesundheitsberufen der anteilige Schülerbestand der hier betrachteten Berufe (86 % aller Schüler in den Gesundheitsberufen) gedrittelt.

17 Zu einem umfassenden Überblick über die im Jahre 1994 bestehenden, bereits vergangenen und geplanten Angebote von Hochschulstudiengängen in der Pflege vgl. u. a. OELKE (1994).

Berufsalltag ist vorgesehen, die Kapazität der Ausbildungs- und Studienplätze im Verhältnis 80 : 20 – zumindest im staatlichen Hochschulbereich – zu reglementieren. Somit würden grundsätzlich 80 % der Ausbildungsplätze an den beruflichen Schulen in der Pflege auch in Zukunft bestehen bleiben. Wie dies erfolgen soll, also ob alle bisherigen Schulen ihre Kapazitäten auf 80 % zurückfahren oder ob 20 % der Schulen ihre staatliche Anerkennung verlieren, ist noch nicht erkennbar. Denkbar wäre auch, dass auf eine Fortsetzung des sich seit geraumer Zeit abzeichnenden Rückganges der Anzahl der Schulen in diesem Bereich (vgl. Tabelle 3) vertraut wird.

Das am 3. Oktober 2009 in Kraft getretene Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom Deutschen Bundestag¹⁸ schließt hier den Bogen. Für all diese Berufe können ab sofort an Hochschulen Studiengänge angeboten werden, die nach erfolgreichem Abschluss auch zur Berufszulassung führen. Fraglich ist, ob sich in diesen Berufen eine mit den Pflegeberufen vergleichbare Entwicklung abzeichnen wird. Wird es also ähnlich wie in der Pflege zu einer Differenzierung in höher- und niederwertige Tätigkeiten in diesen Berufen kommen, die ebenfalls dazu führt, dass ein Teil der sich für diese Berufe Interessierenden eine Ausbildung entweder an den bisherigen beruflichen Schulen des Gesundheitswesens oder an einer Hochschule mit einem entsprechenden Studienangebot erfahren?

Voraussetzung dafür wäre eine bereits etablierte Arbeitsteilung innerhalb des jeweiligen Tätigkeitsfeldes, was sich in den Berufen der Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen und Logopäden noch nicht abzeichnet. Letzteres ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass diese Berufe noch vergleichsweise jung und in der Entwicklung begriffen sind, was die sehr deutlichen Steigerungszahlen sowohl bei den Schülern oder auch den Schulen belegen. Eine in zehn Jahren in diesen Berufen auf den Weg gebrachte Akademisierung würde mit großer Wahrscheinlichkeit auch zu einer – ökonomisch durchaus sinnvollen – Differenzierung in höher- und niederwertige Tätigkeiten in diesen Berufen führen.

3. Handlungsoptionen einer beruflichen Schule im Gesundheitswesen

3.1 Überblick

Die Spanne der Handlungsoptionen einer beruflichen Schule im Gesundheitswesen reicht vom vollständigen Rückzug aus dem Betrieb einer beruflichen Schule im Gesundheitswesen bis hin zur „Flucht nach vorn“. Wenn keine Schüler mehr eine be-

18 Vgl. BGBl. 2009 Teil I Nr. 64 vom 2. Oktober 2009, S. 3158.

rufliche Ausbildung nachfragen, kann die Schule ihre Türen schließen, wenn dies das einzige Angebot der Schule bisher war. Voraussetzung dafür ist letztendlich die Entscheidung des Eigentümers der Schule, welche in der Regel auf Basis einer Abwägung zwischen den Aufwendungen, um ein neues Betätigungsfeld zu finden, und den damit verbundenen Aufwendungen einerseits und dem zukünftigen wirtschaftlichen Erfolg andererseits beruht. Eine Entscheidung gegen – aber auch für – den Weiterbetrieb einer beruflichen Schule im Gesundheitswesen ist somit eine rein ökonomische.

Eine „Flucht nach vorn“ besteht in der Überlegung, so lange als möglich am Engagement im Rahmen der beruflichen Ausbildung festzuhalten. Da jedoch die berufliche Ausbildung in den Berufen der Hebammen, Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden zukünftig an der Hochschule stattfinden wird, bleibt den Schulen nur der Weg der Kooperation mit den Hochschulen. Neben der Schließung einer Schule oder der Kooperationslösung gibt es auch den „Mittelweg“. Im Folgenden werden sowohl detailliert die beiden Extreme als auch einige Möglichkeiten der Ausgestaltung dieses Mittelweges dargestellt.

3.2 Kooperation mit den Hochschulen

Der Umfang einer Kooperation mit einer Hochschule und somit der Mitwirkung an der beruflichen Bildung ist insbesondere davon abhängig, inwiefern die Hochschule in der Lage sein wird, ein entsprechendes Studienangebot im Alleingang auf die Beine zu stellen und auszugestalten. Denn die Kompetenzen, eine berufliche Ausbildung in diesen Berufen zu konzipieren, umzusetzen und aktuellen Gegebenheiten anzupassen, sind auf hohem Niveau in den beruflichen Schulen im Gesundheitswesen zu finden.

Verwiesen sei an dieser Stelle auf die in Nordrhein-Westfalen zum Teil zurzeit noch anhaltenden Umsetzungen der Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für die staatlich anerkannten Schulen der Kranken- und Kinderkrankenpflege (November 2003), der Physiotherapie (September 2005), der Hebammen (Dezember 2005), der Ergotherapie (Oktober 2007) sowie der Logopädie (2007).¹⁹ Ziel war und ist es, die beruflichen Ausbildungen auf ein qualitativ höheres Niveau zu heben. Die die Ressourcen einer solchen beruflichen Schule stark beanspruchenden Umsetzungen werden durch ausgewählte Hochschulen begleitet. Die Umsetzung der Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien führen (verkürzt dargestellt) in der Konsequenz nun dazu, dass den Schulen trotz ihres aktuellen hohen Engagements ihr Beitrag an der zukünftigen Entwicklung der Berufe im Gesundheitswesen ganz oder zumindest teilweise genommen wird.

19 Vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2003, 2005, 2005a, 2007 sowie 2007a).

Die staatlichen Hochschulen zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie bisher Studiengänge anbieten, welche an den beruflichen Kompetenzen der Angehörigen dieser Berufsgruppen anknüpfen. Mehrheitlich sind dies Bachelorstudiengänge, die neben der üblichen Hochschulzugangsberechtigung eine berufliche Ausbildung in einem dieser Berufe voraussetzen. Wenn nun zukünftig die beruflichen Ausbildungen im Rahmen von Bachelorstudiengängen erfolgen, werden auf lange Sicht die bisherigen Angebote von Bachelorstudiengängen nicht mehr nachgefragt. Die Hochschulen haben für sich daher die Entscheidung zu treffen, ob sie ihr bisheriges Studienangebot um berufliche (Ausbildungs-)Studiengänge ergänzen oder gar ersetzen. Letzteres beinhaltet das Risiko, dass sich die staatlichen Hochschulen einerseits in eine Konkurrenz zu bereits existierenden privaten und staatlich anerkannten Hochschulen in diesem Bereich²⁰ begeben und andererseits sich zu einer Stätte der beruflichen Ausbildung (zurück-)entwickeln. Unabhängig davon haben Hochschulen ein Interesse an der Nutzung der in diesen Schulen vorhandenen Kompetenzen. Dies eröffnet den beruflichen Schulen im Gesundheitswesen entsprechende Kooperationsmöglichkeiten.

Diese Kooperationen können auf folgende Entwicklungen hinauslaufen:

- Im einfachsten Fall würden die beruflichen Schulen ihr Praxisnetzwerk, über welches sie aufgrund ihrer bisherigen Mitverantwortung für den Lernort Praxis verfügen, den Hochschulen „zur Verfügung stellen“ oder verkaufen. In der Konsequenz bedeutet dies einen – nur kurze Zeit andauernden – Wissensübergang an die Hochschule. Für die berufliche Schule verbleibt in der zukünftigen Struktur der beruflichen Ausbildung keine weitere Aufgabe mehr.
- Demgegenüber könnte sich die berufliche Schule aufgrund ihrer bisherigen Mitverantwortung für den Lernort Praxis aber auch zu einer kompetenten Schnittstelle zwischen der Hochschule und den Praxiseinrichtungen etablieren. Inhaltlich kann dies in einem an die Hochschule gerichteten Angebot „praxisbezogener Ausbildungspakete“ bestehen. Neben der Vermittlung von Praxisphasen übernehmen die bisherigen Lehrkräfte Aufgaben der zukünftigen Praxisanleitung und tragen somit zu einer qualitativ hochwertigen Praxisbetreuung bei. Wenn das Praxis-Know-how in der Schule verbliebe, würde sich daraus bestenfalls sogar ein Status als Entwicklungsexperten und -berater bezogen auf sämtliche praxisbezogenen Module in den gesundheitsberufsbezogenen Hochschulstudiengängen generieren lassen. Die berufliche Schule wäre somit ein fester Bestandteil – ggf. ein in der bisherigen Sprache „dritter Lernort“ – in einem solchen

20 Vgl. u. a. die SRH-Hochschulgruppe (www.gesundheitshochschule.de), die Döpfer-Schulen International (www.doepfer-schulen.de) sowie die Diploma – Private Hochschulgesellschaft der Blindow-Gruppe (www.diploma.de), an denen bisher bereits entsprechende (berufliche) Studiengänge belegt werden können.

Studienangebot. Ein frühzeitiges Einbringen in die konzeptionellen Überlegungen der Hochschule trägt in diesem Fall zur Sicherung der Existenz der Schule, wenngleich auch mit deutlich verändertem Aufgabenspektrum, bei.

Frau C. BAHLMANN, eine Lehrkraft von der Gesundheits- und Krankenpflege im St. Ansgar Klinikverbund Sulingen, hatte sich bereits Gedanken über das Engagement ihrer Schule im Rahmen einer solchen Kooperation gemacht. Sie sieht insbesondere die Vorteile einer solchen Kooperation bezogen auf die inhaltliche Anreicherung der Ausbildung, wenn sie anmerkt:

„Wichtig ist zudem eine Vernetzung von Wissenschaft und Praxis. Die Realität an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule zeigt, dass wissenschaftliche Grundlagen zwar vermittelt werden (EBN, Grundlagen quantitativer und qualitativer Forschung usw.), die Umsetzung in der Praxis jedoch zu wünschen übrig lässt. Vielfach wird noch nach Ritualen gepflegt: ‚Das haben wir immer schon so gemacht.‘ Dies führt sowohl bei den Auszubildenden als auch bei den Lehrenden zu Frustrationen. Akademisch ausgebildete Pflegekräfte, die es in Zukunft auch in Deutschland vermehrt geben wird, sollten daher auch in patientennahen Handlungsfeldern eingesetzt werden, z. B. als Case Manager oder sog. Nurse Practitioners, und so für die Auszubildenden bei der täglichen Arbeit ‚sichtbar‘ werden.“

In einem Kooperationsvorhaben können sich also auf verschiedenen Ebenen Vorteile für alle beteiligten Einrichtungen und Akteure ergeben. Ein Beispiel für ein solches Kooperationsvorhaben ist der am 1. September 2010 begonnene duale Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ an der ZAB – Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH, Gütersloh und der Fachhochschule Bielefeld. Dem unermüdlichen politischen Engagement des Geschäftsführers der ZAB GmbH, Herrn A. Westerfellhaus, und den konzeptionellen Kompetenzen der Lehrenden an der Fachhochschule Bielefeld ist es zu verdanken, dass so kurz nach der im Mai 2010²¹ durch den Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen den beiden Einrichtungen erteilten Genehmigung für dieses Vorhaben das Studienangebot startet. Damit entsteht neben den Studienangeboten an der Fachhochschule der Gesundheitsberufe in Bochum auch in Ostwestfalen-Lippe ein entsprechender Studiengang. Der ZAB GmbH, Gütersloh als der beruflichen Schule des Gesundheitswesens in diesem Kooperationsvorhaben dürfte es in Ostwestfalen-Lippe zu einer herausra-

21 Vgl. Pressemitteilung der FH Bielefeld vom 20. Mai 2010 unter: <http://aix3.fh-bielefeld.de/article/archive/196?NavItemID=612&NavCatID=285>.

genden Stellung im Wettbewerb um Auszubildende in den Berufen des Gesundheitswesens erreichen.

Einen aktuellen Überblick über die deutschlandweit zurzeit angebotenen 20 grundständigen Pflegestudiengänge legten LEHMEYER und SCHLEINSCHOK im Rahmen ihrer Masterarbeit an der Hochschule Esslingen vor. Erklärtes Ziel der vorliegenden Arbeit war es, „aufbauend auf einer Darstellung der Entwicklungskontexte von und Einschätzungen zu primärqualifizierenden Pflegestudiengängen sowie einer systematischen Analyse, eine kriteriengeleitete Einzeldarstellung der einzelnen Studienmodelle zu erhalten und diese einer studienmodellübergreifenden Systematik zuzuführen, um daraus ableitend kritische Aspekte, notwendige Entwicklungsbedarfe und offene Fragestellungen darzustellen“ (LEHMEYER, SCHLEINSCHOK 2010, S. 13). Ihr Ergebnis besteht in einem ersten empirisch gesicherten Beitrag zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema der akademischen Primärqualifizierung in der Pflege. „Gleichwohl ist eine weiterführende und tiefer gehende Begründung unerlässlich, wenn die akademische Erstausbildung und die damit verbundene fortschreitende Akademisierung der Berufsgruppe fundiert, zielgerichtet und somit erfolgreich umgesetzt werden soll. Erst wenn es gelingt, die akademische Erstausbildung derart zu gestalten und zu verantworten, dass der in einer Kooperation von beruflicher Schule und Hochschule ausgebildete Berufsnachwuchs den begründbar gestellten Anforderungen entsprechen kann und sich diese Akademisierung ressourcenbewusst und nachhaltig positiv für die Entwicklung der Berufsgruppe und der erbrachten Pflegequalität auswirkt, kann berechtigterweise davon ausgegangen werden, dass sich die primäre akademische Ausbildung eines Teils der Pflegenden im Gesundheitssystem dauerhaft und nachhaltig etablieren und legitimieren kann“ (LEHMEYER, SCHLEINSCHOK 2010, S. 207).

3.3 Schließung der Schule

Die Schließung der beruflichen Schulen des Gesundheitswesens – sei es nun aufgrund eines bewussten Rückzuges bspw. wegen erlangter Wettbewerbsnachteile – ist auch eine mögliche Option. In einem solchen Fall wären entsprechende Überlegungen in Richtung Desinvestition anzustellen. Das bisher verfügbare Ausbildungs-Know-how wäre bestenfalls noch zu veräußern, das Personal freizusetzen und die Kooperationsverträge mit den Praxiseinrichtungen sowie ggfs. bestehende Mietverträge für die Räumlichkeiten zu kündigen oder die Schulimmobilie zu verkaufen.

Da sich eine Vielzahl der kleineren beruflichen Schulen insbesondere bei den therapeutischen Berufen in privater Hand des Schulleiters befindet, wäre dies eine ethisch einwandfreie Option. Selbst in der Trägerschaft einer Kommune oder eines

Krankenhauses ist das Abwägen der zukünftigen Kosten und Erlöse des Weiterbetriebs einer beruflichen Schule unter solchen geänderten Rahmenbedingungen eine nicht nur zulässige, sondern wirtschaftlich sinnvolle, wenn nicht sogar notwendige Überlegung.

3.4 Neue Aufgabenfelder

Zwischen Kooperation mit der Hochschule und Schließung der Schule gibt es – wie so oft – auch in diesem Fall einen möglichen „Königsweg“ der Entwicklung der beruflichen Schulen im Gesundheitswesen. Dieser kann mit dem betriebswirtschaftlichen Instrumentarium der Geschäftsfeldanalyse und -erweiterung bspw. auf dem Wege einer Diversifizierung identifiziert werden. Reichen die zukünftigen Erlöse aus dem Bedienen der Aufgabe „Berufliche Ausbildung“ selbst unter der Berücksichtigung der Etablierung weiterer möglicher beruflicher Ausbildungen nicht mehr aus, sind Geschäftsfelder zu analysieren, die mit den vorhandenen Kapazitäten und Kompetenzen abgedeckt werden können. Edukative Kompetenzen der beschäftigten Lehrkräfte lassen sich – wie es oftmals auch parallel zum Schulbetrieb schon erfolgt – in der betrieblichen Fort- und Weiterbildung oder in der Patientenedukation nutzen. Insbesondere der letzte Punkt, welcher neben Patientenberatung auch Patienten- oder Angehörigenschulung umfasst, kann in kurzer Zeit mit entsprechenden Angeboten untersetzt werden. Berufliche Schulen in der Trägerschaft eines Krankenhauses sind hier klar im Vorteil, denn die Nähe zu den Nachfragern derartiger Angebote wäre gegeben.

Neben diesen auf eine inhaltliche Nutzung vorhandener Ressourcen ausgerichteten Überlegungen können auch nur die organisatorischen Ressourcen Gegenstand eines neuen und das bisherige Spektrum ergänzenden Angebots sein. Dieses kann von einer bloßen Vermietung von Räumen bis hin zur Organisation von Workshops oder Tagungen, einschließlich zugehöriger Serviceleistungen, reichen. Den Richtungen einer Diversifizierung der Tätigkeitsfelder der Schule sind dabei grundsätzlich keinerlei Grenzen gesetzt.

Eine solche Entwicklungsphase der beruflichen Schulen im Gesundheitswesen mit einem strikten Sparkurs zu beginnen, würde zur Folge haben, dass die Know-how-Träger unter den Mitarbeitern relativ schnell nach einer adäquaten Betätigung außerhalb der bisherigen Einrichtung Ausschau halten. Wie den Äußerungen einer Lehrkraft und Kursleitung an einem Ausbildungsinstitut für Pflegeberufe in Hessen bereits zu entnehmen war, bestehen für die betroffenen Lehrkräfte bei einer entsprechenden Flexibilität und Mobilität durchaus Beschäftigungsmöglichkeiten.

4. Fazit – Akuter Konzeptbedarf

Die Akademisierung der Gesundheitsberufe, insbesondere in der Pflege, bei den Hebammen, in der Physio- und Ergotherapie sowie bei den Logopäden, hat eine neue Stufe erreicht. Auswirkungen wird dies auch für die deutschlandweit 1.340 beruflichen Schulen im Gesundheitswesen und deren ca. 5.800 hauptamtlich Beschäftigte haben. Die eingangs verdeutlichte hohe an den Tag gelegte Dynamik der Veränderungen gibt jedoch Anlass zur Sorge über möglicherweise noch mangelnde Konzepte. Herr St. WELLENSIEK, eine Lehrkraft aus der ZAB – Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH in Gütersloh bringt es auf den Punkt:

„Grundsätzlich finde ich den Gedanken der grundständig akademisierten Pflegeausbildung positiv. Eine durchgängig hohe Qualifikation erhöht die Chancen auf eine bessere Qualität in der Ausbildung und in der Pflege. Zurzeit habe ich jedoch ernsthafte Bedenken, ob der Zeitpunkt günstig gewählt ist, da aus meiner Sicht noch viele Fragen offen sind. Sollte es zu einem ‚Schnellschuss‘ kommen und nicht zu einem gut abgesicherten und evaluierten Projekt, besteht die Gefahr, dass das Ganze in einem Sumpf von Ungeklärtheiten und Nichtakzeptanz versinkt und unzufriedene Beteiligte (Absolventen, Praxiseinrichtungen, Schulen und Fachhochschulen sowie potenzielle Arbeitgeber) zurücklässt.“

Ein Erfordernis, Überlegungen über die Zukunft der beruflichen Schulen im Gesundheitswesen anzustellen, besteht – wie dargestellt – zweifelsohne. Ebenso ist absehbar, dass sich aufgrund mangelnder zentraler politischer Ansätze sinnvollerweise jede Schule selbst oder ihre Träger diese Gedanken zu machen haben.

Die Entwicklung von Zukunftskonzepten für die entsprechende berufliche Schule sollte gut strukturiert und planvoll erfolgen. In einer detaillierten Problemdarstellung sind der bisherige Stand und die möglichen Richtungen der Entwicklung aufzuzeigen. Die Entwicklungsoptionen sollten unter Einbezug der Betroffenen (Eigentümer der Schule, Schulleitung und Lehrkräfte) hinsichtlich ihrer Erfolgsaussichten abgewogen und miteinander verglichen werden. In der sich dann anschließenden Phase sind die Ableitung der Handlungsempfehlung und Entwicklung eines Konzeptes Gegenstand der weiteren Arbeit.

Ein solches Vorgehen ergänzt um die nötige Transparenz nimmt bei den Beschäftigten aufkommende Zukunftsängste. Somit bleiben den beruflichen Schulen im Gesundheitswesen die notwendigen Ressourcen und das Know-how erhalten, welche für eine Neuausrichtung der Tätigkeitsfelder erforderlich sind.

Literaturverzeichnis

- BURCHERT, Heiko; KEUPER, Frank (2009): Die Gesundheitsversorgung Deutschlands auf dem adaptiven Weg der Besserung. In: KEUPER, Frank; PUCHTA, Dieter (Hrsg.): Deutschland 20 Jahre nach dem Mauerfall – Rückblick und Ausblick. Wiesbaden, S. 419–434.
- LEHMEYER, Sonja; SCHLEINSCHOK, Sr. Magdalena (2010): Entwicklungen und Perspektiven pflegebezogener dualer Studiengänge – Eine systematische Analyse unter Einbezug grundständiger Pflegestudienmodelle. Masterarbeit, Hochschule Esslingen.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2003): Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in Nordrhein-Westfalen. Überarbeitung der Fassung vom Juli 1998, Düsseldorf.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2005): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2005a): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Hebammenschulen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, Dezember 2005.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2007): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Logopädieschulen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2007a): Staatlich anerkannte Ergotherapieschulen in NRW. Empfehlende Ausbildungsrichtlinie. Düsseldorf.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (2008): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2008. Düsseldorf.
- OELKE, Uta (1994): Akademisierung von Pflege. Projektbericht. Göttingen. Als PDF-Datei verfügbar unter: http://opus.bsz-bw.de/fhhv/frontdoor.php?source_opus=52&la=de, Datum des Abrufs: 25. August 2009.
- STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2009): Themenbereich Bildung, Forschung, Kultur: Kennzahlen aus dem Bildungsbereich. URL: www.destatis.de, Datum des Abrufs: 10. Juli 2009.
- STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2009a): Themenbereich Bildung, Forschung, Kultur: Berufliche Schulen: Schulen und Klassen nach Schularten, unter: www.destatis.de, Datum des Abrufs: 10. Juli 2009.

Kapitel 1

Entwicklung gesundheitsberuflicher Curricula

Thomas Evers

Zur Konstruktion von Curricula in Gesundheitsberufen

Berufliche und folglich auch die gesundheitsberufliche Bildung müssen zukunftsfähige Bildungsgänge entwickeln und dabei nationale wie auch europäische Entwicklungen und Entscheidungen berücksichtigen. Hierbei sind insbesondere Curricula zur Gestaltung von Lern- und Lehrprozessen von zentraler Bedeutung. Im vorliegenden Beitrag werden die zentralen Kriterien zur Konstruktion von Curricula herausgearbeitet und im Sinne eines idealtypischen Konstruktionsprozesses zusammengefasst.

1. Einleitung

In den letzten Jahren hat sich Deutschland wie auch der gesamte europäische Bildungsraum zu einer Informations- und Wissensgesellschaft entwickelt. Dabei können sich die damit verbundenen Anforderungen an die Bildung (BMBF 2008) sowohl auf den beruflichen als auch auf den gesellschaftlichen oder den privaten Kontext beziehen (BERTELSMANN STIFTUNG 2007).

So wird auf die Notwendigkeit verwiesen, insbesondere auch bestehende berufliche Bildungsgänge kritisch und mit Blick auf die zukünftigen Anforderungen zu betrachten und ggf. entsprechend anzupassen (vgl. RAUNER 2006, S. 9 ff.). Hierbei kommt zunächst den existierenden Curricula¹ eine wichtige Rolle zu, denn diese sind für die Planung und Ausgestaltung von Bildungsgängen mit Blick auf ein zu erreichendes Lern- und Lehrergebnis² sowie für die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Bildungsgänge untereinander von wesentlicher Bedeutung (HUISINGA 2006, S. 350 ff.). Zugleich ist festzuhalten, dass sich „unter den Bedingungen der Moderne (...) Curriculumforschung und -entwicklung als anspruchsvolle wissenschaftliche Aufgabe gestaltet“ (HUISINGA, BUCHMANN 2006, S. 1). Diese Aussage trifft selbstverständlich auch auf Aus- und Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen zu, für die Anforderungen ohne Abstriche zutreffen (vgl. ebd.).

Der vorliegende Beitrag stellt so die zunächst wissenschaftlich fundierten Kriterien zur Konstruktion von Curricula dar. Folglich wird im Beitrag nicht mehr weiter differenziert zwischen der beruflichen Bildung im Allgemeinen und der gesundheitsberuflichen Bildung im Besonderen. Denn die im Folgenden dargestellten Kriterien sollten uneingeschränkt Anwendung in der Entwicklung von Bildungsgängen in Gesundheitsberufen finden.

1 Zum Begriffsverständnis siehe Abschnitt 2.

2 Im Rahmen der beschriebenen Entwicklungen ist die Verschiebung der Akzentuierung vom Lehren hin zum Lernen zentral (JONGBLOED 2006, S. 209).

In der Literatur findet sich eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze und Modelle zur Konstruktion von Curricula (vgl. HUISINGA 2006, S. 350 ff.). Damit ein wissenschaftlich fundierter curricularer Prozess gewährleistet werden kann, hat zunächst eine Auseinandersetzung mit den vorliegenden Modellen und Ansätzen zur Entwicklung von Curricula stattzufinden. Die im Folgenden benannten Kriterien leiten sich dabei aus den noch zu nennenden Ansätzen und Modellen zur Konstruktion von Curricula ab (siehe auch Abschnitt 3). Dort werden dann vor allem solche Kriterien dargestellt, die in mehreren Ansätzen Gegenstand der Überlegungen gewesen sind und bislang eine breite Verwendung in der Bildungspraxis gefunden haben.

2. Das „Curriculum“ als Prozess

In der Literatur findet sich ebenfalls eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze und Definitionen zum Begriff „Curriculum“ (vgl. KNIGGE-DEMAL 2001, S. 41 ff.). In einem engeren Verständnis ist ein Dokument gemeint, in dem festgelegt wird, welche Lernergebnisse mit einem Bildungsangebot intendiert werden und anhand welcher Inhalte und Methoden und in welchen Schritten diese erreicht werden sollen (MUTHS 2009, S. 9). Als Beispiel für ein engeres Verständnis kann an dieser Stelle KNIGGE-DEMAL (2001, S. 42) genannt werden. In Anlehnung an die Ausführungen ROBINSOHN (1967) wird nach ihr ein Curriculum als

„ein Dokument verstanden, in dem mehr oder weniger differenziert festgelegt ist, zu welchen Lernergebnissen Unterricht führen soll. Der Festlegungsgrad von Curricula artikuliert sich im Ausmaß der Verbindlichkeit und Konkretheit, mit denen die erwünschten Verhaltensdispositionen und die dafür erforderlichen Bildungsinhalte genannt werden. Mit einem Curriculum sollen die Planung und Realisierung von Bildungsinhalten der Willkürlichkeit von Einzelentscheidungen entzogen werden. Objektivierbare Lernergebnisse sollen individuell überprüfbar und vergleichbar gemacht werden. Als steuernde Variable soll ein Curriculum den Lernprozess zielgerichtet und strukturiert beeinflussen.“

Allerdings muss bezogen auf dieses Verständnis deutlich gemacht werden, dass KNIGGE-DEMAL (2001, S. 42 ff.) in ihren weiteren Ausführungen den diesen Dokumenten zugrunde liegenden Konstruktionsprozess ebenso darstellt. Nach Auffassung von MUTHS (2009, S. 9) spricht auch sie damit ein eher weites Verständnis zum Begriff „Curriculum“ an. Denn weiter gefasste Definitionen nehmen ergänzend zum Dokument auch Bedingungen und Prozesse der Curriculumkonstruktion und -implementation sowie der Evaluation mit in den Blick (ebd.).

Dieses umfassendere Verständnis ist laut JOENGBLOED (2006, S. 209 ff.) in der historischen Entwicklung des Begriffs begründet. Gegen Mitte des 16. Jahrhunderts wurde der Begriff „Curriculum“ zum ersten Mal verwendet. Bis Mitte des 17. Jahrhunderts verstand man unter diesem Begriff im deutschen Sprachraum vor allem die Lehrplaninhalte und deren Anordnung (ESCHENHAGEN et al. 1998; BERCK 2001). Ab etwa 1800 wird der bis dahin gebräuchliche Begriff „Curriculum“ zumindest im deutschsprachigen Raum durch den Begriff „Lehrplan“ ersetzt. Erst in den 1960er-Jahren des vorigen Jahrhunderts erfolgte dann die Wiedereinführung des Begriffs „Curriculum“. Die hier grundlegende „Initialarbeit“ (HUISINGA 2006, S. 358) wurde durch Saul B. ROBINSOHN (1967) unter Bezugnahme auf den angelsächsischen Raum, wo der Begriff des Curriculums sich auch über die Jahrhunderte hinweg gehalten hatte, veröffentlicht. ROBINSOHN'S Überlegungen zur Curriculumrevision waren dabei sowohl politisch-pädagogisch als auch (bildungs-)ökonomisch motiviert. Demnach sollte die Berufs- und Wirtschaftspädagogik vor die Aufgabe gestellt werden, Curricula unter Rekurs auf eine durch entsprechende Forschung zu erschließende Realität zu konstruieren und auf das Ziel der für die „Bewältigung von Lebenssituationen“ erforderlichen Qualifikationen zu beziehen (vgl. u. a. BLANKERTZ 1975, S. 11 f.). Obwohl dieser Ansatz Kritik provozierte, die insbesondere die Grenzen der Machbarkeit und eine Ignoranz gängiger Erziehungspraxis hervorhob, wurde er in weiteren Arbeiten von FREY (1972), BLANKERTZ (1970 und 1971), SIEBERT (1974) oder REETZ (2003) aufgegriffen und weiter diskutiert.

JOENGBLOED (2006, S. 209) stellt dazu fest, dass mit der beschriebenen Veränderung des Sprachgebrauchs durch ROBINSOHN geradezu ein Paradigmenwechsel in den Auffassungen darüber, wie didaktisches Geschehen zu gestalten sei, einhergegangen ist. Kennzeichnend für diesen paradigmatischen Wechsel waren u. a. der Übergang einer statischen Betrachtung des Lehrplans als Struktur zu einer dynamischen Betrachtung des Curriculums als Prozess sowie die Verschiebung der Akzentuierung vom Lehren zum Lernen. In diesem Zusammenhang stehen weniger die zu vermittelnden Inhalte als vielmehr die am Schüler zu überprüfenden „Verhaltensänderungen“ im Vordergrund (JOENGBLOED 2006, S. 209 f.).

Der Versuch, den Begriff des Curriculums eindeutig zu bestimmen, wird zudem durch den bereits genannten Umstand, dass der Begriff „Lehrplan“ häufig synonym verwendet wird (vgl. u. a. JOENGBLOED 2006a, S. 330), erschwert. „Lehrpläne“ können zunächst als Kataloge von Aussagen über Zielsetzungen und Inhalte, die durch organisierte Lernprozesse, d. h. durch Unterricht, realisiert werden sollen, verstanden werden (INSTITUT FÜR INTERKULTURELLE DIDAKTIK 2006). Nach JOENGBLOED (2006a, S. 330) ist der Lehrplan in seinem ursprünglichen Sinne durch eine geordnete Menge von Lern- und Lehrinhalten gekennzeichnet, „die in einem durch ihn selbst bestimmten Zeitrahmen in zielgerichteten, systematisch-kommunikativen Lehr-Lern-Situationen

vermittelt werden sollen“. Damit bildet er als „diskrete Struktur“ die Schnittstelle zwischen Thematik und Methodik, um die Basis und den Rahmen für die Ingangsetzung des Lernprozesses bestimmen zu können (ebd.). Folglich ist ein Lehrplan in der Regel auf die Aufzählung der Lernziele sowie die dazugehörigen Unterrichtsinhalte und -methoden beschränkt.

Das diesem Beitrag zugrunde liegende Verständnis des Begriffs „Curriculum“ geht jedoch weit darüber hinaus. Neben der Orientierung an den Lern- bzw. Lehrzielen und am Ablauf des Lern- oder Lehrprozesses enthält ein Curriculum insbesondere Aussagen über die Rahmenbedingungen des Lernens sowie der zugrunde liegenden Überlegungen und Prozesse zur Entstehung des gesamten Curriculums (LARCHER, POSCH, ALTRICHTER 1996, S. 184 ff.). Damit bezieht sich ein Curriculum nicht nur auf die konkrete Planung des Ablaufs des Bildungsganges, sondern auch auf die zuvor und im Anschluss zu leistenden Konstruktionsschritte unter Berücksichtigung der bedingenden Kontexte (JOENGBLOED 2006, S. 210). Kennzeichnend wird somit als Curriculum der gesamte Planungsprozess von der Legitimation der folgenden Schritte bis hin zur Evaluation und daraus folgenden Revision verstanden. Der in Anspruch genommene Curriculumbegriff betrifft folglich Inhalte und Ziele beruflicher Bildung (die in einem Dokument festgehalten werden), umfasst daneben aber auch Aspekte der Organisation und Planung, Realisation und Evaluation von Lern- bzw. Lehrprozessen in Schule und Betrieb. Er umfasst damit sowohl die Makro- als auch die Mikroebene curriculärer Planung, Durchführung, Kontrolle und Reflexion (REETZ, SEYD 2003, S. 203 ff.).

An dieser Stelle ist nun die Frage zu klären, wie sich der curriculare Konstruktionsprozess konkret darstellen lässt. Hierzu werden im folgenden Abschnitt, wie bereits einleitend beschrieben, die zentralen und in verschiedenen Ansätzen und Modellen mehrfach genannten Anforderungen zur wissenschaftlich fundierten Gestaltung des Konstruktionsprozesses beschrieben.

3. Kriterien zur Gestaltung des curricularen Konstruktionsprozesses

Die folgende Ableitung der Kriterien zur Konstruktion von Curricula greift zentrale Ansätze und Modelle zur Curriculumentwicklung auf, die besonders im Bereich der beruflichen Bildung Beachtung finden (vgl. RAUNER 2006, S. 9 ff.; HUISINGA 2006, S. 350 ff.). Hier sind insbesondere der Ansatz zur Revision von Curricula nach ROBINSOHN (1967/1975), der Ansatz zur Konstruktion von Curricula in der Erwachsenenbildung nach SIEBERT (1974/2003), der Ansatz zu Gestaltungsprinzipien von Curricula nach REETZ und SEYD (2003) sowie der Strukturgitteransatz nach BLANKERTZ (1971) zu nennen. Ergänzt wird die Aufzählung noch um Konkretisierungen für den Bereich der pflegeberuflichen Bildung von GREB (2002/2003 in Anlehnung an BLANKERTZ 1971) sowie KNIGGE-DEMAL (2001 in Anlehnung an SIEBERT 1974/2006).

Die im Folgenden benannten zentralen Kriterien leiten sich aus den vorher genannten Ansätzen und Modellen zum curricularen Prozess in der beruflichen Bildung ab.

3.1 Der leitende Bildungsanspruch

Bevor mit der eigentlichen Konstruktion eines Curriculums (im Sinne eines Dokuments) begonnen werden kann, ist zunächst der den Bildungsgang leitende Bildungsanspruch zu bestimmen. Denn die Formulierung übergeordneter Bildungsziele ist für die folgenden Konstruktionsschritte von zentraler Bedeutung (vgl. u. a. KNIGGE-DEMAL 2001, S. 41 ff.; REETZ, SEYD 2003, S. 209 ff.). Auch SIEBERT (2003, S. 16 ff.) fordert für die Erwachsenenbildung übergeordnete Leitziele, die die Auswahl und Interpretation von Berufssituationen als weitere Grundlage der Konstruktion bestimmen. In diesem Zusammenhang führt er weiter aus, dass die „anthropologischen und gesellschaftstheoretischen“ Leitideen der Bildungsarbeit einer eigenen Reflexion bedürfen. Denn allgemeine Berufs- und Bildungsziele sind der Relevanzfilter für die Auswahl und Interpretation jener Situationen, auf deren Bewältigung durch den Bildungsprozess vorbereitet werden soll (ebd.). Folglich müssen diese übergeordneten Bildungsziele zu Beginn des Konstruktionsprozesses bestimmt werden.

In diesem Zusammenhang führt zudem auch BLANKERTZ (1971) Vergleichbares aus. Nach ihm sollte die Formel lauten: „Allgemeinbildung im Medium des Berufs“ (GREB 2003, S. 158). Er begreift demnach Bildung als Befreiung zur individuellen Entfaltung. Dahinter verbirgt sich die Forderung, dass das Individuum über die Möglichkeiten der Selbstreflexion und des Widerspruchs gegenüber der Fixierung auf gesellschaftliche Verwertungssituationen gestärkt werden soll. Bezogen auf die berufliche Praxis bedeutet dies, dass diese nur dann bildend sein kann, wenn sie reflektiert vollzogen wird (ebd.). Auch im Bereich der pflegeberuflichen Bildung lassen sich dazu vergleichbare Aussagen finden. So führen DARMANN (2002, S. 13) und WITTNEBEN (2002) aus, dass in der Berufsbildung, vergleichbar zur allgemeinen Bildung, die den Bildungsgängen zugrunde liegenden Entscheidungen auf der Grundlage des Bildungsanspruches zu treffen sind. Somit ist die bildungstheoretische Fundierung auch für die Entwicklung von Curricula für Pflege- und Gesundheitsberufe von zentraler Bedeutung.

3.2 Die Gestaltungsprinzipien zur Entwicklung von Curricula

Nach REETZ und SEYD (2003, S. 209 ff.) existieren drei Gestaltungsprinzipien zur Konstruktion von Curricula. Diese sollten die leitenden Prinzipien im curricularen Prozess sein. Hierzu zählen das Wissenschaftsprinzip vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden Wissenschaften und ihrer Strukturen, das Situationsprinzip, struk-

turiert durch objektive und subjektive Situationsbedingungen und Handlungsfelder, sowie das Persönlichkeitsprinzip, strukturiert nach Bildungsbedürfnissen, Leitideen und Kompetenzen der Persönlichkeit. Die Prinzipien werden dabei aus den Ausführungen ROBINSOHNs (vgl. 1967, S. 47 f.) begründet und sind bei der Auswahl und der Legitimation von Lernergebnissen und -inhalten in der schulischen und beruflichen Bildung als maßgebend erkannt worden.

REETZ und SEYD (2003, S. 209 ff.) sowie SLOANE (2003, S. 6) plädieren dafür, bei der Konstruktion von Curricula die drei curricularen Gestaltungsprinzipien in einem ausgewogenem Verhältnis zur Geltung zu bringen. Denn es hat sich gezeigt, dass mit der Überbetonung einer Dimension (z. B. des Wissenschaftsprinzips) eine unmittelbare Vernachlässigung der jeweils anderen Prinzipien einhergeht. Mit Blick auf das Verhältnis von Wissenschafts- und Situationsprinzip stützt auch TRAMM (2003, S. 3 ff.) diese Aussage. Er betont, dass es sich in der Betrachtung des Verhältnisses von Wissenschafts- und Situationsprinzip aus handlungs- und auch aus denkpsychologischer Sicht um zwei komplementäre Prinzipien handelt. Deshalb wird es gerade im curricularen Konstruktionsprozess darauf ankommen, Wege zu finden, beide Perspektiven aufeinander zu beziehen und miteinander zu verschränken. Hierbei scheint ihm die didaktische Entscheidung, den situativen Kontext an den Anfang zu stellen und hieraus die intendierten Erfahrungs- und Erkenntnisprozesse zu organisieren, sinnvoll (TRAMM 2003, S. 4). Bezogen auf das Persönlichkeitsprinzip macht TRAMM (ebd.) zudem deutlich, dass es sich hierbei, im Unterschied zu den beiden anderen Relevanzprinzipien, nicht um einen letztlich empirischen Begründungszusammenhang handelt, aus dem heraus Bildungsinhalte in ihrer spezifischen Leistung identifiziert werden können. Vielmehr handelt es sich um einen pädagogisch-normativen Rechtfertigungszusammenhang, über den zu klären ist, in welcher Weise die Lernenden ihre Individualität und Autonomie gegenüber den gesellschaftlichen Anforderungen und objektiven Zwängen zur Entfaltung bringen können. Folglich ist das Persönlichkeitsprinzip immer auch Teil der Überlegungen im Rahmen der beiden anderen Systematisierungsprinzipien. Darüber hinaus wird das Persönlichkeitsprinzip wesentlich durch das dem Curriculum zugrunde liegende Bildungsverständnis beeinflusst. Steht hier beispielhaft vor allem die Persönlichkeitsentwicklung im Vordergrund des Bildungsprozesses, findet das Persönlichkeitsprinzip zudem über diese Grundlage Berücksichtigung in der Konstruktion eines Curriculums.

Gerade im Zusammenhang mit der Berücksichtigung des Situationsprinzips kommt darüber hinaus der Forderung nach einer empirischen Fundierung der wesentlichen beruflichen Situationen eine besondere Bedeutung zu. Dieses Kriterium wird im Folgenden näher beschrieben.

3.3 Die empirische Fundierung von Curricula

Die Fundierung von Curricula ist zunächst über die wissenschaftliche Analyse des jeweiligen Handlungsfeldes zu realisieren. Diese Analyse kann dabei sowohl empirisch als auch theoretisch gestützt erfolgen. Eine zunächst rein theoretische Analyse des Berufsfeldes liegt dabei dem Strukturgitteransatz nach BLANKERTZ (1971 bzw. der Weiterentwicklung von GREB 2002) zugrunde. Dieser fordert eine dezidiert fachdidaktisch orientierte Curriculumforschung und -planung anhand der Strukturgitter-Matrix. Allerdings orientieren sich die dazugehörigen Strukturgitter zunächst nicht an den in der Praxis ermittelten Anforderungen der konkreten beruflichen Situationen (GREB 2002, S. 37 ff.). Vielmehr werden sie in einem ersten Schritt über die rein theoretisch ermittelten charakteristischen Elemente des betreffenden Faches strukturiert (GREB 2003, S. 158).

Im Gegensatz dazu finden sich Aussagen über die Notwendigkeit einer empirischen Analyse des Berufsfeldes, die dann Grundlage der weiteren Konstruktionsschritte des curricularen Prozesses sein sollte, in einer Vielzahl von Veröffentlichungen sowohl aus dem berufspädagogischen Bereich im Allgemeinen als auch im pflegepädagogischen Bereich im Besonderen.³ Zur Analyse und weiteren Konstruktion wird in diesen Arbeiten häufig der Fokus auf besonders „bildungshaltige“ Situationen gelegt. Gegenstand der Analysen sind somit immer besonders aussagekräftige Berufssituationen. Über diese Aussagen lässt sich die zentrale Bedeutung einer empirischen Fundierung des curricularen Prozesses über berufswissenschaftliche Analysen erschließen. Ergänzend dazu unterscheidet RAUNER (1999) zwischen drei unterschiedlichen berufspädagogischen Ansätzen in der Curriculumentwicklung. Für die berufliche Bildung ist hierbei das berufsbezogene Curriculum von wesentlicher Bedeutung. Für diesen Ansatz ist es besonders wichtig, berufliche Arbeitsprozesse und berufliche Tätigkeiten zu analysieren. Auf diesem Wege können die Qualifikationsanforderungen detailliert entschlüsselt werden und bilden somit die Grundlage für berufliche Curricula (vgl. RAUNER 1999, S. 340 f.). Auch DARMANN (2005, S. 329 f.) hebt die Bedeutung von beruflichen Arbeitssituationen zu Beginn der Konstruktion von Bildungsgängen hervor. Sie bezieht sich dabei in ihrem pflegespezifischen Bildungskonzept auf die pflegeberuflichen Schlüsselprobleme. Unter diesen versteht sie in Anlehnung an KLAFKI (1993, S. 56 ff.) „typische und zentrale Probleme des Berufsfeldes, anhand derer sich allgemeine Strukturen, Widersprüche, Gesetzmäßigkeiten und Zusammenhänge des Berufs aufzeigen und aneignen lassen und die multiple Sichtweisen und Handlungsoptionen ermöglichen“ (DARMANN 2005, S. 329). Damit die zentralen Schlüsselprobleme

3 Vgl. dazu u. a. REETZ, SEYD (2003); HUISINGA (2006); WITTEBEN (2007); DARMANN, KEUCHEL (2006).

des Berufsfeldes im curricularen Prozess genutzt werden können, sollten diese empirisch ermittelt werden (DARMANN 2005, S. 333).

Ausgehend von diesen Überlegungen und unter Bezugnahme auf die bereits benannte komplementäre Berücksichtigung der drei Gestaltungsprinzipien, scheint es sich für den curricularen Prozess somit anzubieten, nach einer empirischen Analyse der beruflich relevanten Situationen (im Sinne des Situationsprinzips) die in den jeweiligen Situationen angesprochenen Wissenschaftsdisziplinen näher zu betrachten (das Ganze im Sinne des Wissenschaftsprinzips) und ergänzend zur Konstruktion und Strukturierung des Curriculums zu nutzen. Auch SIEBERT (1974) stützt diese Aussage, da nach ihm die Analyse der Handlungsfelder über die Auswahl der Lernziele bzw. der erwarteten Lernergebnisse sowie der dazugehörigen Lerninhalte entscheidet. Diesem Kriterium schließt sich zwangsläufig eine weitere Anforderung an. Auch diese wird in verschiedenen Ansätzen benannt.

3.4 Die Ableitung von Lernergebnissen aus analysierten Situationen

Nachdem durch die beschriebene Vorgehensweise die relevanten Situationen analysiert wurden, geht es gerade mit Blick auf die Entwicklung eines Curriculums (im Sinne eines Dokuments) in einem folgenden Schritt darum, aus den analysierten Situationen zunächst exemplarisch besonders „bildungshaltige“ Situationen auszuwählen, um aus diesen die erwarteten Lernergebnisse ableiten zu können (vgl. u. a. SIEBERT 2003, S. 42 f.). Dies geschieht im Sinne der Deduktion. Hierbei sollten die ausgewählten Situationen und die daran gekoppelten Kompetenzen sowohl die Strukturen der Situation selber als auch die Strukturen der dadurch angesprochenen Fachwissenschaften repräsentieren (REETZ, SEYD 2003, S. 219 ff.). Auch in den Ansätzen nach BLANKERTZ (1971) und GREB (2002) lassen sich entsprechende Aussagen zur Exemplarität finden. Hier steht zunächst die Analyse charakteristischer Kriterien bzw. Strukturen des Faches im Mittelpunkt der Entwicklung der Strukturgitter, die im Sinne der Exemplarität in eben diese mit einfließen.⁴ Die Auswahl relevanter Situationen sowie deren Analyse werden dabei durch das zuvor bestimmte, übergeordnete Bildungsverständnis wesentlich geleitet.

Ebenso ist die Ableitung der erwarteten Lernergebnisse entscheidend durch die zuvor gemeinsam diskutierten und festgelegten Bildungsziele geprägt. Folgt man bei der Konstruktion eines Curriculums z. B. dem Bildungsverständnis von KLAFKI (1996), so ist der Bildungsgang und folglich auch die Auswahl relevanter Situationen

4 Ähnliches ist zudem in den Ausführungen der Kultusministerkonferenz (KMK) zur Einführung des Lernfeldkonzeptes zu finden. Auch hier wird auf die Exemplarität der ausgewählten Situationen und daraus abgeleiteter Lernziele explizit hingewiesen (vgl. HUISINGA 2006, S. 354).

sowie die Ableitung entsprechender Lernziele aus diesen Situationen (in Kombination mit den Grundlagen der Fachwissenschaften) der Persönlichkeitsbildung im Allgemeinen und der Entwicklung von Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit im Besonderen verpflichtet (vgl. KNIGGE-DEMAL 2001, S. 42 f.). Folglich müssen die abgeleiteten Lernziele der Entwicklung dieser übergeordneten Bildungsziele dienlich sein. Damit geht bezogen auf die Formulierung von erwarteten Lernergebnissen immer auch die Forderung einher, dass diese nicht an den Inhalten, die vermittelt werden sollen, sondern vielmehr an dem, was der Lernende nach Durchlaufen des Lernprozesses können soll, orientiert sein müssen. Dies erkennt auch SIEBERT (2003, S. 80), der ausführt: „Insgesamt verlagert sich in der Curriculumdiskussion der Akzent von den Lerninhalten zu den Lernzielen (die überwiegend im behavioristischen Sinne als beobacht- und messbare Verhaltensziele definiert werden).“

3.5 Weitere Kriterien zur Konstruktion von Curricula

Neben diesen zentralen Anforderungen existieren weitere Kriterien zur wissenschaftlich fundierten Gestaltung des curricularen Entwicklungsprozesses. Hier sind zunächst verschiedene Konstruktionsprinzipien zu nennen, nach denen ein Curriculum über Fächer, Lernfelder oder Module strukturiert werden kann (vgl. SLOANE, TWARDY, BUSCHFELD 2004, S. 209 ff.). Im Konstruktionsprozess ist es folglich notwendig, sich für eines dieser Prinzipien zu entscheiden. Daneben sollte bei der Konstruktion von Curricula eine Entwicklungslogik berücksichtigt werden. Denn nach RAUNER (2006, S. 240 ff.) zeichnet sich berufliche Bildung dadurch aus, dass sie auf der Grundlage vorhandener (Lebens- und Berufs-)Erfahrungen diese weiterentwickelt, um eine Bewältigung neuer und unbekannter Arbeitssituationen zu gewährleisten. Mit der daraus folgenden entwicklungslogischen Gestaltung beruflicher Bildungs- bzw. Lernprozesse verfügt die berufliche Bildung somit über ein Systematisierungskonzept für die Lernprozesse der beruflichen Bildung (ebd.). Ergänzend muss sich die Konstruktion von Curricula immer auch dem Anspruch stellen, den zukünftigen Qualifikationsbedarf im jeweiligen Berufsfeld auszuweisen (vgl. ALEXANDER 1996). Nur auf diesem Wege kann es tatsächlich einen Beitrag zur Bewältigung bestehender und zukünftiger Lebenssituationen leisten.⁵ Zudem wird wie beschrieben zumindest im vorliegenden Artikel unter einem Curriculum der gesamte Planungsprozess von der Legitimation der folgenden Schritte bis hin zur Evaluation und der daraus folgenden Revision verstanden. Folglich ist nach der Entwicklung und Implementierung die Evaluation des Curriculums, aber auch die Evaluation des gesamten Kon-

5 In Anlehnung an den Grundgedanken von ROBINSOHN (1967).

struktionsprozesses wichtig (vgl. SIEBERT 2003, S. 80 ff.; KNIGGE-DEMAL 2001, S. 42 ff.). Die wesentlichen Ziele der Evaluation sind dabei die Verbesserung der entwickelten Prozesse und die notwendige Anpassung der Curricula (im Sinne von Dokumenten). Für diese ggf. notwendige Revision können die Ergebnisse genutzt werden.

Bei der zusammenfassenden Darstellung der zentralen Kriterien ist abschließend zudem zu betonen, dass sich die genannten Kriterien gegenseitig beeinflussen. So nimmt z. B. der Bildungsanspruch wesentlichen Einfluss auf die Formulierung der erwarteten Lernergebnisse. Gleichzeitig muss aber auch die Forderung nach einer auf den einzelnen Lernenden bezogenen Formulierung der Lernergebnisse bei der Entwicklung des zugrunde liegenden Bildungsverständnisses Berücksichtigung finden. Mit Blick auf das diesen Beitrag leitende Verständnis zum Begriff „Curriculum“ – als Prozess von der Legitimierung der Bildungsziele bis hin zur Revision des Curriculums – wird nun abschließend der gesamte Konstruktionsprozess vor dem Hintergrund der genannten Kriterien aus Sicht des Autors idealtypisch dargestellt und beschrieben.

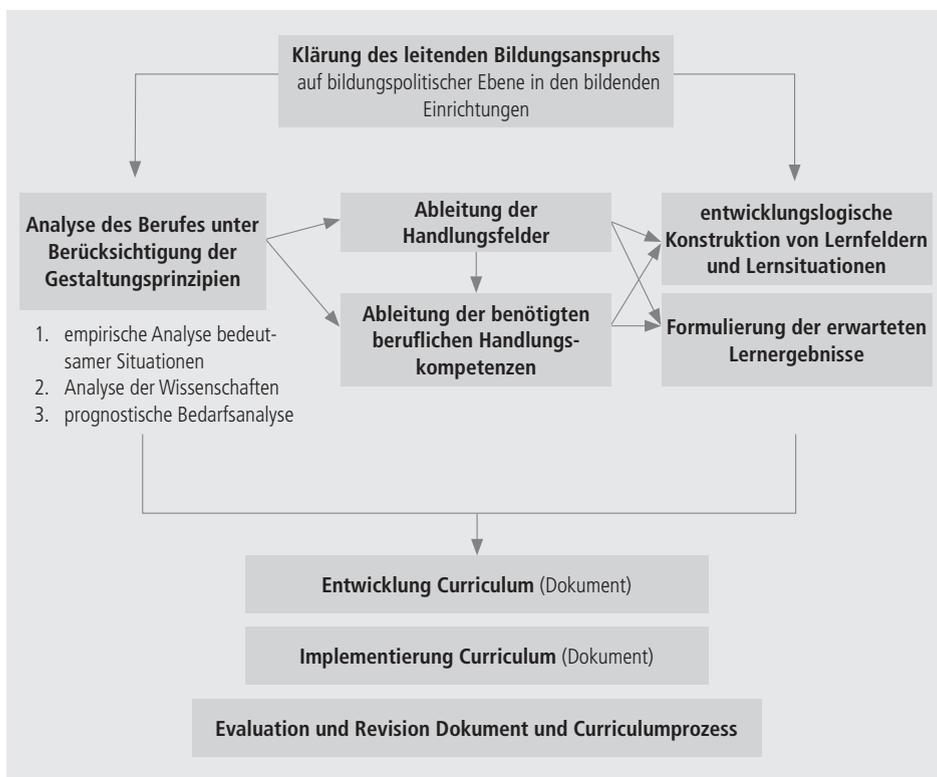
4. Zusammenfassung: Ein idealtypischer Konstruktionsprozess von Curricula

Die herausgearbeiteten zentralen Kriterien zur Entwicklung von Curricula werden im Folgenden grafisch abgebildet. Auf der Basis der bislang skizzierten theoretischen Überlegungen wird in einer eigenen Darstellung (vgl. Abbildung 1) versucht, alle genannten Kriterien in eine sinnvolle und realisierbare Abfolge zu bringen. Diese wird im Anschluss in ihren Grundzügen zudem kurz beschrieben.

Zu Beginn des gesamten Konstruktionsprozesses ist das leitende Bildungsverständnis zu klären und zu definieren. Dies sollte sowohl auf bildungspolitischer Ebene (zur Schaffung der daraus resultierenden, notwendigen Rahmenbedingungen sowie zur Formulierung von Rahmenlehrplänen) als auch in den Bildungseinrichtungen selber (zur Umsetzung der Curricula sowie zur Ausgestaltung der Lern- und Lehrprozesse) erfolgen. Denn das leitende Bildungsverständnis nimmt wesentlichen Einfluss auf alle weiteren Schritte während der Konstruktion, aber auch auf die Umsetzung des Curriculums in die Praxis. Auf dieser Basis wird dann das jeweilige Berufsfeld umfassend analysiert. Hierbei ist die Berücksichtigung der drei leitenden Gestaltungsprinzipien von zentraler Bedeutung. Aufbauend auf die zunächst empirische Analyse des Berufsfeldes über bedeutsame Berufssituationen, sollten die in den jeweiligen Situationen zum Tragen kommenden Fachwissenschaften mit ihren Themen, ebenfalls mit Blick auf das Berufsfeld, bestimmt werden. Der dritte Gestaltungsgrundsatz, das Persönlichkeitsprinzip, wird dabei sowohl über die beiden anderen Gestaltungsprinzipien als auch über die Bestimmung des leitenden Bildungsanspruchs im Sinne der Persönlichkeitsentwicklung

in die Konstruktion mit einbezogen. In dieser Phase ist es zudem sinnvoll, die prognostische Bedarfsanalyse mit einzubeziehen. Denn auf diesem Wege finden vorhersehbare und wünschenswerte Entwicklungen innerhalb des Berufsfeldes sowie sich daraus ergebende Anforderungen des Berufsfeldes Eingang in die entsprechenden Curricula.

Abbildung 1: Idealtypischer curricularer Konstruktionsprozess



Dem Konstruktionsprinzip des Lernfeldansatzes folgend sind im dann folgenden Schritt die wesentlichen Handlungsfelder des Berufs sowie die in diesen Situationen zur Bewältigung benötigten beruflichen Handlungskompetenzen abzuleiten. Auch hier ist es notwendig, empirisch fundierte Erkenntnisse und Aspekte der Fachwissenschaften komplementär zu berücksichtigen. Sowohl die Handlungsfelder als auch die beruflichen Handlungskompetenzen müssen dann in einem vierten Schritt des gesamten Konstruktionsprozesses Grundlage für Entwicklung von Lernfeldern und Lernsituationen sowie zur Formulierung der erwarteten Lernergebnisse

se sein. In diesem Schritt kann zudem auch der Aspekt der entwicklungslogischen Konstruktion des Curriculums mit einfließen. Dem folgend sind Lernfelder und Lernsituationen so zu gestalten, dass sie aufeinander aufbauen und eine Entwicklung des Lernenden hin zu den zuvor bestimmten beruflichen Handlungskompetenzen ermöglichen. Dieses Vorgehen bedeutet letztendlich einen fließenden Übergang zum fünften Schritt, der Entwicklung des eigentlichen Curriculums (im Sinne eines Dokuments). Hierbei sind neben der entwicklungslogischen Anordnung der konstruierten Lernfelder, Lernsituationen und erwarteten Lernergebnissen weitere Rahmenbedingungen wie z. B. der zeitliche Umfang der einzelnen Einheiten zu bestimmen sowie ggf. erste methodische Überlegungen anzugehen. Das auf diesem Wege umfassend entwickelte Curriculum kann dann an den entsprechenden Bildungseinrichtungen eingeführt werden. Auf die Einführung folgt (bereits während der Implementierung) die formative Evaluation. Darüber hinaus ist zum Abschluss des einzelnen Bildungsganges eine summative Evaluation zur Überprüfung der internen und externen Validität notwendig. Die Ergebnisse dieser verschiedenen Evaluationsschritte können dann für die jeweils notwendige Revision des Curriculums genutzt werden. Ergänzend zur Evaluation des Curriculums ist es zudem sinnvoll, auch den gesamten curricularen Konstruktionsprozess sowie seine Umsetzung kritisch zu betrachten und auch diesen bei Bedarf und entsprechend den Evaluationsergebnissen anzupassen.

Literaturverzeichnis

- ALEXANDER, Peter-Jörg (1996): Szenario-Technik als Beitrag zur Prognoseproblematik in der wirtschaftsberuflichen Curriculumdiskussion. In: Wirtschafts-, Berufs- und Sozialpädagogische Texte Nr. 26.
- BERTELSMANN STIFTUNG (2007): Bildung. Bielefeld. <http://www.bertelsmannstiftung.de> (Stand: 12. Dezember 2007).
- BLANKERTS, Herwig (1975): Theorien und Modelle der Didaktik. München.
- BLANKERTS, Herwig (1971): Curriculumforschung – Strategien, Strukturierung, Konstruktion. Essen.
- BLANKERTS, Herwig (1971a): Lehrplantheorie und Curriculumforschung. In: Der Unterricht 22 (1971), S. 7–32.
- BUCHMANN, Ulrike; HUISINGA, Richard (2008): Bildungswissenschaftliche Qualifikationsforschung als Basis für eine nachhaltig-innovative Curriculumentwicklung. In: bwpat (11). http://www.bwpat.de/ausgabe11/buchmann_huisinga_bwpat11.pdf (Stand: 13. Juli 2008).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2008): Bildung. <http://www.bmbf.de> (Stand: 24. Juli 2008).
- BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (2006): Glossar: Wissensgesellschaft. Bonn. <http://www.bpb.de/themen/glossar.html> (Stand: 12. Dezember 2006).

- DARMANN, Ingrid; KEUCHEL, Regina (2006): Berufswissenschaftliche Forschung in den Berufsfeldern: Gesundheit/Pflege. In: RAUNER, Felix (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld, S. 175–180.
- DARMANN, Ingrid (2006): Professioneller Pflegeunterricht. In: PrInterNet, Ausgabe 12, S. 655–663.
- DARMANN, Ingrid (2005): Pflegeberufliche Schlüsselprobleme als Ausgangspunkt für die Planung von fachintegrativen Unterrichtseinheiten und Lernsituationen. In: PrInterNet, Ausgabe 6, S. 329–335.
- DARMANN, Ingrid (2002): Einführung in das Tagungsthema „Bildungshaltigkeit von Lernfeldern“. In: DARMANN, Ingrid; WITTNEBEN, Karin (Hrsg.): Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Bielefeld.
- DARMANN, Ingrid (1998): Ein qualitativ heuristischer Forschungsansatz – dargestellt am Beispiel der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Patienten in verschiedenen Pflegesituationen. In: WITTNEBEN, Karin (Hrsg.): Forschungsansätze für das Berufsfeld der Pflege – Beispiele aus Praxis, Management und Ausbildung. Stuttgart.
- GREB, Ulrike (2003): Strukturgitter zur Generierung von Lernfeldern am Beispiel der Pflege in der Psychiatrie. In: PrInterNet, Ausgabe 5, S. 158–162.
- GREB, Ulrike (2002): Strukturgitter zur Generierung von Lernfeldern am Beispiel der Pflege in der Psychiatrie. In: DARMANN, Ingrid; WITTNEBEN, Karin (Hrsg.): Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Bielefeld.
- HAMEYER, Uwe; FREY, Karl; HAFT, Henning (1983): Handbuch der Curriculumforschung. Weinheim.
- HUISINGA, Richard; BUCHMANN, Ulrike (2006): Zur empirischen Begründbarkeit von Lernfeldern und zur gesellschaftlichen Vermittlungsfunktion von Lehrplänen. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Beiheft 19, S. 29–39.
- HUISINGA, Richard (2006): Curriculumforschung. In: RAUNER, Felix (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld.
- INSTITUT FÜR INTERKULTURELLE DIDAKTIK (2006): Lehrplan und Curriculum. München.
- INSTITUT FÜR PUBLIC HEALTH UND PFLEGEFORSCHUNG (IPP) DER UNIVERSITÄT BREMEN (2008): Curriculumforschung. Bremen. <http://www.public-health.uni-bremen.de/?file=abteilungen/4> (Stand: 13. Juli 2008).
- JONGEBLOED, Hans-Carl (2006): Curriculumentwicklung. In: KAISER, Franz-Josef; PÄTZOLD, Günter (Hrsg.): Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn, S. 209–211.
- JONGEBLOED, Hans-Carl (2006a): Lehrplan. In: KAISER, Franz-Josef; PÄTZOLD, Günter (Hrsg.): Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn, S. 330–331.
- KLAFKI, Wolfgang (1993): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim.
- KLAFKI, Wolfgang (1996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim.
- KNIGGE-DEMAL, Barbara (2001): Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In: SIEGER, Margot (Hrsg.): Pflegepädagogik – Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Bern.
- LARCHER, Dietmar; POSCH, Peter; ALTRICHTER, Herbert (1996): Curriculum/Lehrplan. In: HIERDEIS, Helmut; HUG, Thomas (Hrsg.): Taschenbuch der Pädagogik. Baltmannsweiler, S. 184–201.

- MUTHS, Sabine (2009): Curriculumentwicklung. In: MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.): Handbuch Qualitätsmanagement für Schulen im Gesundheitswesen. Düsseldorf.
- RAUNER, Felix (Hrsg.) (2006): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld.
- RAUNER, Felix (2006a): Der Gegenstandsbezug: Berufliche Arbeits- und Bildungsprozesse. In: RAUNER, Felix (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld.
- REETZ, Lothar (2003): Prinzipien der Ermittlung, Auswahl und Begründung relevanter Lernziele und Inhalte. In: KAISER, Franz-Josef; KAMINSKI, Hans (Hrsg.): Wirtschaftsdidaktik. Bad Heilbrunn, S. 99–124.
- REETZ, Lothar; SEYD, Wolfgang (2003): Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: ARNOLD, Rolf; LIPSMEIER, Antonius (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung. Opladen, S. 227–259.
- ROBINSON, Saul B. (1967): Bildungsreform als Revision des Curriculum. 1. Auflage. Neuwied.
- ROBINSON, Saul B. (1975): Bildungsreform als Revision des Curriculum. 4. Auflage. Neuwied.
- ROBINSON, Saul B. (1972): Curriculumentwicklung in der Diskussion. Stuttgart.
- SIEBERT, Horst (1974): Curricula für die Erwachsenenbildung. Braunschweig.
- SIEBERT, Horst (2003): Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. München.
- SLOANE, Peter F. E. (2003): Schulnahe Curriculumentwicklung. In: bwpat 4. http://www.bwpat.de/ausgabe4/sloane_bwpat4.shtml (Stand: 13. Juli 2008).
- SLOANE, Peter F. E. (2001): Lernfelder als curriculare Vorgabe. In: BONZ, Bernard (Hrsg.): Didaktik der beruflichen Bildung. Baltmannsweiler, S. 187–203.
- SLOANE, Peter F. E.; TWARDY, Martin; BUSCHFELD, Detlef (2004): Einführung in die Wirtschaftspädagogik. Paderborn.
- TRAMM, Tade (2003): Prozess, System und Systematik als Schlüsselkategorien lernfeldorientierter Curriculumentwicklung. In: bwpat 4. http://www.bwpat.de/ausgabe4/tramm_bwpat4.pdf (Stand: 11. Juni 2008).
- WITTNEBEN, Karin (2002): Entdeckung von beruflichen Handlungsfeldern und didaktischer Transformation von Handlungsfeldern zu Lernfeldern. Ein empirischer Zugriff für Bildungsgänge in der Pflege. In: DARMANN, Ingrid; WITTNEBEN, Karin (Hrsg.): Gesundheit und Pflege. Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Bielefeld.

Walter Anton

Integrierte Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung – Ein Beitrag zur Curriculumkonstruktion

Vor dem Hintergrund vorhandenen Bedarfs sowie demografischer, berufspolitischer und curricularer Entwicklungen in der Berufsausbildung der Pflegeberufe wird mit diesem Artikel auf der institutionellen Ebene ein konzeptioneller Beitrag zur Curriculumentwicklung einer integrierten Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung geleistet. Die Ausbildung verbindet die bisher getrennten gerontologisch-pflegerischen und pädagogisch-erzieherischen Kompetenzprofile der beiden Berufe. Auf der Makroebene, also berufspolitisch und perspektivisch gesehen, wird ein Beitrag zu einer gemeinsamen Grundausbildung Pflege geleistet. Nach der Darstellung der Begründungsansätze wird der Curriculumkonstruktionsprozess der integrierten Altenpflege- und Heilerziehungspflege dargestellt.

1. Einführung

Die Ausbildungen in den Pflegeberufen haben sich im Zeitalter eines veränderten demografischen Bevölkerungswachstums sowie diverser gesellschaftlicher, gesetzlicher, didaktischer und berufspolitischer Einflüsse in den letzten Jahren wechselnden Rahmenbedingungen anpassen und neuen Herausforderungen stellen müssen. Die Entwicklung innovativer Ausbildungskonzepte unter der Berücksichtigung der Aspekte Europäisierung, Integration, Modernisierung, Flexibilität und Durchlässigkeit zum Hochschulsystem, meist in Form von Modellprojekten, brachte deutschlandweit neue Ausbildungsimpulse. Vor dem Hintergrund eines vorhandenen Bedarfs sowie berufspolitischer und curricularer Entwicklungen in der Berufsausbildung der Pflegeberufe wird mit diesem Kapitel auf der institutionellen Ebene ein konzeptioneller Beitrag zur Curriculumentwicklung einer integrierten Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung und auf der Makroebene, also berufspolitisch und perspektivisch gesehen, ein Beitrag zu einer gemeinsamen Grundausbildung der Pflegeberufe geleistet.

Nach einer deskriptiven Analyse in Deutschland laufender Modellprojekte der Pflegeausbildungen kommen GÖRRES, RATZ, CHRISTIANSEN und PANTER (2005) zu folgendem Ergebnis: „Im Bereich der Curriculararbeit zeichnen sich die Modellprojekte insbesondere dadurch aus, dass sie für ihr Modellprojekt eigene Curricula entwickeln“ (S. 47). Der vorliegende Beitrag zur Curriculumkonstruktion für die integrierte Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung hat zum Ziel, einen Begrün-

dungsrahmen für die Notwendigkeit und Umsetzbarkeit des Vorhabens zu liefern sowie den Curriculumkonstruktionsprozess darzustellen.

2. Gesellschaftlicher Begründungsrahmen

2.1 Europäische Angleichungsprozesse

Bedingt durch den Einfluss gesellschaftlicher, wirtschaftlicher, kultureller und demografischer Entwicklungsprozesse (RAUNER 2006), die „Beschleunigungsdynamik unserer Gesellschaft“ (ROSA 2008, S. 30), europäische Angleichungstendenzen, Veränderungen schulischer Strukturen an allgemeinbildenden Schulen, einen gewandelten Anspruch der Zielgruppe „Auszubildender“, die Forderung nach flexibleren Übergängen im Hochschulsystem (BMBF 2008), berufspolitische Umstrukturierungen, neue berufsgesetzliche Klauseln sowie die Entwicklung neuer didaktischer Ansätze für Bildungskonzepte, insbesondere in der Berufsbildung im Sinne einer Neuakzentuierung der Debatte durch den Begriff der Nachhaltigkeit der (Berufs-) Bildung (KREMER 2007; HAHNE 2007; DIETRICH, HAHNE, WINZIER 2007), befinden sich die Pflegeausbildungen in den letzten Jahren im ständigen Wandel.

Mit dem Ziel, ein einheitlicher, dynamischer und wissensbasierter Wirtschaftsraum zu werden, hat die EU einige Veränderungen in der Berufsbildungsstruktur (Aus- und Fortbildung) vorgenommen (GROLLMANN 2005; GROLLMANN, SPÖTTL, RAUNER 2006). „Der Vertrag über die Europäische Union bietet auf der Basis der Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Bildungsinhalte und -systeme eine tragfähige Grundlage für die erforderliche intensive Zusammenarbeit bei der Gestaltung eines europäischen Bildungsraumes“ (BMBF 2002, S. 33). Bis heute fehlt jedoch die Reglementierung der spezifischen Berufsausbildungen, die nur in einzelnen EU-Staaten praktiziert werden. Hierunter fallen z. B. die deutschen Berufsqualifikationen zum Altenpfleger bzw. Heilerziehungspfleger (DBFK 2005).

Im aktuellen Berufsbildungsbericht fordert das Ministerium für Bildung und Forschung den Gesetzgeber und die Bildungsinstitutionen zu folgenden Schritten auf:

- Modernisierung der Berufsbildung,
- Durchlässigkeit der Systeme,
- europäische Öffnung,
- Anpassung an neue Herausforderungen und Veränderungsprozesse und
- Früherkennung von Qualifikationsbedarf (BMBF 2010).

Die genannten Forderungen sind mit dem Wunsch nach einer länderübergreifenden Anerkennung von Berufsabschlüssen, welche erst durch Anpassungsprozesse

möglich sein wird, und der Zunahme der Schärfe „der Qualität der Berufsausbildung angesichts der europäischen Öffnungsbewegung“ (BECKER 1993, S. 10) verbunden.

Für die Auszubildenden des geplanten Modellprojekts „Integrierte Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung“ würde eine Doppelqualifizierung für beide Berufe im Rahmen der Grundausbildung Vorteile für die Flexibilität auf dem europäischen Binnenmarkt bedeuten, insbesondere im Hinblick auf die bisherige Sackgassensituation der Heilerziehungspflege. Langfristig sollte jedoch eine gemeinsame Grundausbildung aller Pflegeberufe mit anschließender Spezialisierung und der Durchgängigkeit zum tertiären System angedacht werden. In einer Analyse der Ausbildungen aller Pflegeberufe in Europa kommt LANDENBERGER (2005) zu dem Ergebnis, dass einer der Hauptstränge der Reformbemühungen aller Pflegeausbildungen die „Integration/Generalisierung der bisher getrennten Ausbildungen“ (S. 14) sein sollte.

2.2 Demografische Entwicklung

Die Altersverteilung unserer Gesellschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert. Der Anteil der über 60-jährigen Menschen ist beträchtlich angewachsen, während demgegenüber der Bevölkerungsanteil der jüngeren Altersgruppen in den Industrieländern Europas entscheidend zurückgegangen ist. „Immer mehr Menschen werden immer älter, die jüngeren Bevölkerungsgruppen geraten in die Minderheit“ (HURRELMANN, LAASER 1998, S. 17). „Die Altersgruppe der 65-jährigen und Älteren wird (...) um rund 40% von knapp 16 Millionen im Jahr 2005 auf über 22 Millionen Personen im Jahr 2030 ansteigen“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2007, S. 8). Neben der veränderten demografischen Struktur stellen das Krankheitsspektrum chronisch-degenerativer Erkrankungen der älteren Bevölkerung (GARMS-HOMOLOVA 1994; GARMS-HOMOLOVA 2000; KOFAHL, DAHL, DÖHNER 2002; STATISTISCHES BUNDESAMT 2008) und auch die ökosomatisch, sociosomatisch, psychosomatisch verankerten Störungen, stressartige Belastungen und Depressionen der jüngeren Bevölkerungsgruppen eine Herausforderung für das Gesundheitssystem und die Pflegeberufe dar (HURRELMANN, LAASER 1998). Die durch den demografischen Wandel bedingte Veränderung der familiären und sozialen Strukturen der Gesellschaft stellt die Pflegekräfte häufig vor die Herausforderung, Pflegebedürftige unterschiedlicher Altersgruppen pflegerisch zu betreuen und zu beraten. Das Berufsbild Altenpflege befindet sich im bereits von HOPPE (1994) beschriebenen „Spannungsverhältnis zwischen pflegerischen und sozialpädagogischen Aufgaben“ (S. 91). Das Argument der demografischen Entwicklung, welches als befürwortendes Argument für die bisherige Differenzierung der Pflegeberufe benutzt wird, kann gleichzeitig in eine Gegenargumentation verwandelt werden, denn die beschriebenen Entwicklungen bedingen ein gemeinsames Tätigkeitsfeld aller Pflegeberufe: „Seit geraumer Zeit machen chro-

nisch Kranke in fast allen Bereichen der Pflege die Mehrheit der Patienten aus, und umgekehrt ist die Pflege in allen Versorgungsbereichen an der Betreuung chronisch Kranker beteiligt“ (SCHAEFFER, MOERS 2000, S. 468; SCHAEFFER, MOERS 2006).

In Bezug auf das geplante Projekt „Integrierte Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung“ spricht insbesondere das Älterwerden und somit die Versorgungsnotwendigkeit von Menschen mit Behinderungen und gleichzeitigem Vorliegen altersbedingter, chronisch-degenerativer Erkrankungen dafür, eine Integration der beiden Ausbildungen vorzunehmen. Das wurde bereits 1993 von MEIFORT betont: „Völlig unzureichend ist im Hinblick auf Einrichtungen und Plätze auch die Situation bei der Versorgung (...) alter Behinderter (...) Für ältere Behinderte, die nicht mehr erwerbsfähig sind (bspw. als Mitarbeiter in Werkstätten für Behinderte), ist in (...) diesen Einrichtungen kaum Platz“ (S. 108). Ebenso ist die Ausbildung in der Heilerziehungspflege bisher nur unzureichend auf die Tatsache des Älterwerdens von Menschen mit Behinderungen vorbereitet worden. BECKER (1993a) spricht in diesem Zusammenhang von einem veränderten institutionellen Leistungsspektrum aufgrund der „Verschiebung heilerziehungspflegerischer Arbeitsziele durch eine generelle Zunahme von Einrichtungsbewohnern mit hoher Pflegebedürftigkeit“ (S. 150). Das gewandelte Arbeitsspektrum der Heilerziehungspflege wird „durch eine generelle Zunahme von Einrichtungsbewohnern und -bewohnerinnen mit hoher Pflegebedürftigkeit (...) begründet“ (BECKER, MEIFORT 1994, S. 112). „Die Handlungsprofile Beratung, Assistenz, Anleitung, Unterstützung und Koordinationstätigkeiten nehmen an Bedeutung zu“ (DIAKONISCHES WERK DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND E.V. 2008, S. 11). Aus diesem Grund legt die Diakonie im aktuellen Diskussionspapier ein Strukturmodell für die Ausbildung „Gesundheit und Soziales“ mit „einer pflegerischen, heil- und sozialpädagogischen Fachlichkeit“ (S. 13) vor, welches genau dem zu erwartenden Kompetenzniveau der „integrierten Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung“ entspricht.

3. Berufspolitischer Begründungsrahmen

In den 1960er- bis 1990er-Jahren sind die berufspolitischen Veränderungen der sozialpflegerischen Berufe geprägt worden durch eine strikte Differenzierung der einzelnen Berufsbereiche. Bedingt durch die Etablierung pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland in den 1990er-Jahren weisen insbesondere die Kranken- wie auch die Altenpflege in den letzten Jahren starke berufsspezifische Professionalisierungstendenzen auf. Im Widerspruch zu den berufsspezifischen Abgrenzungsversuchen steht jedoch der Anspruch der Kranken- und Altenpflege wie auch der anderen sozialpflegerischen Berufe nach einer ganzheitlichen Betrachtungsweise der Pflegebedürftigen, welche unabhängig von der erfolgten Ausbildung die professionell pflegende Fachkraft in die Situation bringt, jeden Pflegebedürftigen mehrperspektivisch

versorgen zu müssen. Die Professionalisierungstendenzen der Heilerziehungspflege blieben in den letzten Jahren weitestgehend aus. Neben den fehlenden vertikalen Qualifizierungsmöglichkeiten, insbesondere im Berufsfeld der Heilerziehungspflege (BECKER 1993a), spricht das Nichtvorhandensein horizontaler beruflicher Entwicklungsstränge zwischen den jeweiligen sozialpflegerischen Berufen dafür, berufspolitisch eine vereinheitlichte Pflegeausbildung anzustreben. BECKER (1993) spricht bei der Betrachtung der Heilerziehungspflegeausbildung „mit einigem Recht (...) von Nischenberufen und Sackgassenqualifizierungen“ (S. 14) sowie einem „professionellen Orientierungsverlust“ (BECKER 1993a, S. 146). Insbesondere die Schnittstellen beim zunehmenden pädagogisch-didaktischen Tätigkeitsprofil der Arbeitsfelder der Altenpflege, welches zunehmend die Durchführung von „Schulungs-, Beratungs- und Anleitungsmaßnahmen“ (KNIGGE-DEMAL u. a. 2009, S. 54) durch Pflegefachkräfte erfordert, und der Heilerziehungspflege sowie die Mannigfaltigkeit und Kompetenzvielfalt der Heilerziehungspflege im Hinblick auf Beratung (BLESSING 2001; AMANN 2001) eröffnen zukunftsweisendes Potenzial für neue gemeinsame Ausbildungswege. Mit einem gemeinsamen Ausbildungsweg würden sich berufspolitisch auch das von HÖGERLE (2001) beschriebene mangelnde berufliche Selbstbewusstsein und der geringe Bekanntheitsgrad der Heilerziehungspflege zum Positiven verändern lassen. Eine Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung erhöht sowohl die „vertikale Durchlässigkeit“ (HOPPE 1994, S. 99) insbesondere für den Beruf des Heilerziehungspflegers sowie auch die „horizontale Durchlässigkeit“ (HOPPE 1994, S. 99) für beide Berufszweige.

Als Argument für das geplante Projekt „Integrierte Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung“ sprechen aus berufspolitischer Perspektive insbesondere die mangelnde Lobby der Heilerziehungspflege, die fehlende Einbindung in einen gemeinsamen Berufsverband sowie die bisher fehlende bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung dafür, den Beruf in ein solches Modell zu integrieren. Bereits 1993 kritisierte BECKER, dass in „der stationären Behindertenpflege (...) kein heilerziehungspflegerisches Kompetenzmodell beschrieben“ (S. 13) werden kann. Ähnliches sieht der Autor auch in Bezug auf andere pflegerische Berufe und spricht sich dafür aus, „für alle gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe professionelle Schwerpunkte im Zusammenhang mit den übrigen in diesem Human-Dienstleistungsbereich tätigen Berufe zu bestimmen“ (BECKER 1993, S. 13). Diese Schwerpunkte könnten nach einer gemeinsamen Grundausbildung vertieft werden und zu einer Spezialisierung führen. BECKER (1993) zitiert eine abgeschlossene Untersuchung des Bundesinstituts für Berufsbildung, welche belegt, dass „die Qualifikationen in keinem Beruf des Berufsfeldes in Tiefe und Breite ausreichend sind, um von einem (horizontal) vergleichbaren Qualifikationsniveau zwischen den Fachschulen Altenpflege, Heilerziehungspflege, Haus- und Familienpflege (Familienhilfe, Dorfhilfe) und Erziehungsberufen ausgehen zu können“ (S. 13).

4. Didaktisch-pädagogischer Begründungsrahmen

Wie bereits durch innovative Ansichten von ROBINSOHN (1975), MERTENS (1974) und REETZ (1990) gefordert, wurden durch die sich rasch entwickelnde Gesellschaft eine Neudefinition des Bildungsbegriffs und die Verabschiedung von alten didaktischen Betrachtungsweisen notwendig. Die Didaktik der modernen Berufsbildung soll an dieser Stelle exemplarisch durch ein Zitat eines Vertreters der kritisch-konstruktiven Didaktik beschrieben werden. KLAFKI (1996) sieht die Didaktik als ein Mittel zur „Befähigung aller Kinder und Jugendlichen – aber auch Erwachsenen (...) zu wachsender Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit in allen Lebensdimensionen“ (S. 90). Die heutige Didaktik „hat sich weitgehend von den inhaltlichen Vermittlungsfragen der Fachwissenschaften gelöst und konzentriert sich auf die fächerübergreifenden Gestaltungsfragen des Lehrens und des Lernens“ (REKUS 2005, S. 57). Das selbstgesteuerte Lernen und eine veränderte Rolle des Lehrenden in Richtung Lernbegleiter stehen heute im Mittelpunkt didaktischer und methodischer Entscheidungen (PÄTZOLD 2008). Der Paradigmenwandel von der bildungstheoretischen, inhaltszentrierenden Didaktik hin zu einer handlungsorientierten Betrachtungsweise hat inzwischen Einzug in die beruflichen Gesetze und Lehrpläne der Pflegeberufe gehalten und bereits auch Veränderungen auf der methodischen Ebene der Unterrichtsentwicklung bewirkt. Nach dem Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) vom 15. März 1991 gehört es zu den Aufgaben der Berufsschule, „berufs- und berufsfeldübergreifende Qualifikationen“ (KMK, S. 3) zu vermitteln.

Der Wandel von der Wissenschaftsorientierung und der Zentrierung der Inhalte hin zum Berufsziel einer ganzheitlichen, reflexiven beruflichen Handlungskompetenz vollzieht sich in den letzten Jahren sowohl in der Altenpflege als auch in der Heilerziehungspflegeausbildung (HÖGERLE 2001; HAUG 2001; WITTNEBEN 2004; BÖHNKE 2006). Zur Anbahnung einer ganzheitlichen beruflichen Handlungskompetenz wurden in den letzten Jahren die Curricula und Rahmenlehrpläne der bisher getrennten Pflegeausbildungen nach fächerintegrierten Lernfeldern strukturiert, sodass „im gleichen Zeitraum (...) bestimmte Themenblöcke von verschiedenen Fachdisziplinen behandelt“ (HAUG 2001, S. 69) werden. Im Hinblick auf eine gemeinsame Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung sprechen die beiden genannten Faktoren, berufsübergreifende, ganzheitliche Handlungskompetenz und Fächerintegrität der Rahmenlehrpläne (KMK 1991; KMK 2001), für viele Parallelen zwischen den beiden bisher getrennten Ausbildungen auf der Ebene der didaktischen Überlegungen. Neben der berufsbezogenen Initialbildung, der berufsübergreifenden Handlungskompetenz als Ausbildungsziel beider Ausbildungen, wird bereits seit längerem an jede (pflegerische) Berufsausbildung der Anspruch gestellt, auch allgemeinbildend tätig zu sein. „Will die Pflegeschule heute und zukünftig eine Bil-

dungseinrichtung sein, dann muss sie das eine leisten, ohne das andere aufzugeben“ (KEUCHEL 2006, S. 32). Dies ist eine Herausforderung, der sich auch eine integrierte Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung stellen wird.

5. Gesetzlicher und curricularer Begründungsrahmen

Während das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) eindeutig fachliche, soziale, methodische und soziale Kompetenzanbahnung als Ausbildungsziel formulieren (BMG 2003; BMG 2003a), sprechen das Altenpflegegesetz (AltPflG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV) nur indirekt von Kompetenzen, indem die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten als Ausbildungsziel genannt wird (BMFSFJ 2002; BMFSFJ 2002a). Sowohl das Krankenpflegegesetz als auch das Altenpflegegesetz erlauben durch die Einführung einer Modellklausel innovative Ausbildungsmodelle, um auf den steigenden Reformdruck in der Pflegeausbildung zu reagieren. Da die Heilerziehungspflegeausbildung gesetzlich nicht bundeseinheitlich geregelt ist, können an dieser Stelle zum Vergleich die geforderten und erwarteten Kompetenzen aus der bundeseinheitlichen Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung von Heilerziehungspflegern der Kultusministerkonferenz der Länder herangezogen werden. Diese spricht von fachlicher, sozialer und persönlicher Kompetenz und Handlungsstrategie (KMK 2001) als Ziel der Heilerziehungspflegeausbildung und weist somit eine hohe Zielkompatibilität zu der Krankenpflege- bzw. Altenpflegeausbildung auf. Weiterhin wird für einen Vergleich der gewünschten Zielkompetenzen die Verordnung des Sozialministeriums über die Ausbildung und Prüfung an den Fachschulen für Sozialwesen der Fachrichtung Heilerziehungspflege (Heilerziehungspflegeverordnung APrOHeilErzPfl) vom 13. Juli 2004 herangezogen. Die APrOHeilErzPfl formuliert als Ausbildungsziel folgende Kompetenzen: Methodenkenntnisse, Fachwissen sowie Sozialkompetenz. Weitere Details bzgl. der Ähnlichkeiten bzw. Differenzen in der Formulierung gewünschter Zielkompetenzen zwischen den zu integrierenden Ausbildungen sind der Gegenüberstellung in den Tabellen 1 und 2 zu entnehmen. Die Gegenüberstellung stellt die in den jeweiligen berufsbezogenen Verordnungen und Gesetzen genannten Zielkompetenzen der beiden Ausbildungsberufe dar.

Tabelle 1: Gemeinsamkeiten (kursiv hervorgehoben) bzw. Differenzen (fett hervorgehoben) bzgl. gewünschter Zielkompetenzen der Ausbildung in der Altenpflege (AltPflG; AltPflAPrV) und Heilerziehungspflege (Rahmenvereinbarung der KMK)

	Altenpflege	Heilerziehungspflege
Gesetzliche Kompetenzverankerung: Empfehlung aus der bundeseinheitlichen Rahmenvereinbarung	<p>AltPflG (Altenpflegegesetz): „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die <i>Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten</i> vermitteln, die zur <i>selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege</i> einschließlich der <i>Beratung, Begleitung und Betreuung</i> alter Menschen erforderlich sind (...) Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu <i>befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten</i> und diejenigen <i>Verwaltungsarbeiten zu erledigen</i>, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen“ (BMFSFJ 2002, S. 4).</p> <p>AltPflAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers): Weder in Bezug auf die Ausbildung noch in Bezug auf die einzelnen Teile der Prüfung sind Zielkompetenzen formuliert (vgl. BMFSFJ 2002a).</p>	<p>Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung von Heilerziehungspflegern/Heilerziehungspflegerinnen: „Ziel der Ausbildung ist die <i>Befähigung, selbstständig und eigenverantwortlich</i> Menschen, deren personale und soziale Identität und Integration durch Beeinträchtigungen oder Behinderungen erschwert ist, zu <i>begleiten, zu betreuen, zu pflegen</i> und deren Persönlichkeitsentwicklung, Bildung, Sozialisation und Rehabilitation zu fördern. Die Ausbildung soll eine <i>berufliche Handlungskompetenz</i> vermitteln, die <i>Fachkompetenz, Methoden- und Sozialkompetenz</i> verknüpft“ (KMK 2001, S. 2).</p> <p>„Menschen, deren personale und soziale Identität und Integration (...) erschwert ist (...) Adressaten (...), erfordern zur <i>Beratung, Begleitung, Pflege</i> und Bildung Fachkräfte,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die heilerziehungspflegerische Aufgaben nach wissenschaftlichen Erkenntnissen fachlich kompetent und bedarfsgerecht erfüllen, • die als Personen über ein hohes berufliches Ethos, menschliche Integrität sowie die erforderlichen <i>sozialen und persönlichen Kompetenzen</i> und Handlungsstrategien zur Gestaltung heilerzieherischer Arbeit sowohl mit Gruppen als auch mit Einzelnen verfügen, • die professionell die Chancen ganzheitlichen und an den Lebensrealitäten der Adressaten orientierten Handelns erkennen und insbesondere für aktivierende Pflege nutzen, • die die Erhaltung oder Wiedergewinnung einer möglichst selbstständigen Lebensführung unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und der Biografie des Adressaten unterstützen, • die Kompetenzen, Entwicklungsmöglichkeiten und Bedürfnisse der Adressaten erkennen und entsprechende heilerziehungspflegerische <i>Angebote planen, durchführen, dokumentieren und auswerten</i>, • die aufgrund ihrer Kenntnisse von sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhängen die Lage der Adressaten und ihrer Umgebung erfassen und Unterstützung in Konfliktsituationen leisten, • die für die Erfüllung der heilerziehungspflegerischen Aufgaben über eine entsprechende <i>Kommunikationsfähigkeit</i> verfügen, • die <i>im Team kooperationsfähig sind und partnerschaftlich zusammenarbeiten</i>“ (KMK 2001, S. 4 f.).

Tabelle 2: **Gemeinsamkeiten (kursiv hervorgehoben) bzw. Differenzen (fett hervorgehoben) bzgl. gewünschter Zielkompetenzen der Ausbildung in der Altenpflege (AltPflG; AltPflAPrV) und Heilerziehungspflege (APrOHeilErzPfl)**

	Altenpflege	Heilerziehungspflege
Gesetzliche Kompetenzverankerung: Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen	<p>AltPflG (Altenpflegegesetz): <i>„Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind (...) Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und diejenigen Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen“</i> (BMFSFJ 2002, S. 4).</p> <p>AltPflAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers): Weder in Bezug auf die Ausbildung noch in Bezug auf die einzelnen Teile der Prüfung sind Zielkompetenzen formuliert (vgl. BMFSFJ 2002a).</p>	<p>APrOHeilErzPfl (Heilerziehungspflegeverordnung): <i>„Die Ausbildung an der Fachschule für Sozialwesen der Fachrichtung Heilerziehungspflege (Berufskolleg) soll dazu befähigen, selbstständig und eigenverantwortlich Menschen, deren Leben durch Beeinträchtigungen oder Behinderungen erschwert ist, zu begleiten, zu beraten, zu pflegen, ihre Persönlichkeitsentwicklung, Bildung und Rehabilitation zu fördern und zu ihrer sozialen Eingliederung beizutragen. Die Ausbildung soll Handlungen und Entscheidungen ermöglichen, die auf einer ausgewogenen Verknüpfung von <i>Methodenkenntnissen, Fachwissen</i> sowie <i>Sozialkompetenz</i> beruhen. Darüber hinaus wird die Allgemeinbildung weitergeführt“</i> (SM BW 2004, S. 1).</p> <p>„Die Ausbildung soll auf die Tätigkeiten einer Fachkraft in der Behindertenhilfe, im Bildungswesen und in weiteren Pflegediensten und Einrichtungen vorbereiten, die Maßnahmen auf dem Gebiet der Rehabilitation und der Sozialpsychiatrie durchzuführen“ (SM BW 2004, S. 1).</p> <p>„Die fachpraktische Ausbildung dient der Entwicklung sozialpädagogischer und <i>pflegerischer Kompetenzen</i> durch Anwendung, Erprobung und Übung der im Unterricht erworbenen <i>Kenntnisse und Fähigkeiten</i>“ (SM BW 2004, S. 2).</p>

6. Curriculumkonstruktionsprozess der integrierten Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung

Ausgehend von den skizzierten Veränderungen ist die Intention dieses Artikels, einen Beitrag zur Entwicklung eines Curriculums für ein innovatives und zukunftsweisendes Ausbildungskonzept der Pflegeberufe in Form einer integrierten Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung zu leisten. Der vorliegende Begründungsrahmen ist ein Teil des gesamten Curriculumentwicklungsprozesses, welcher in folgende Arbeitsphasen unterteilt ist:

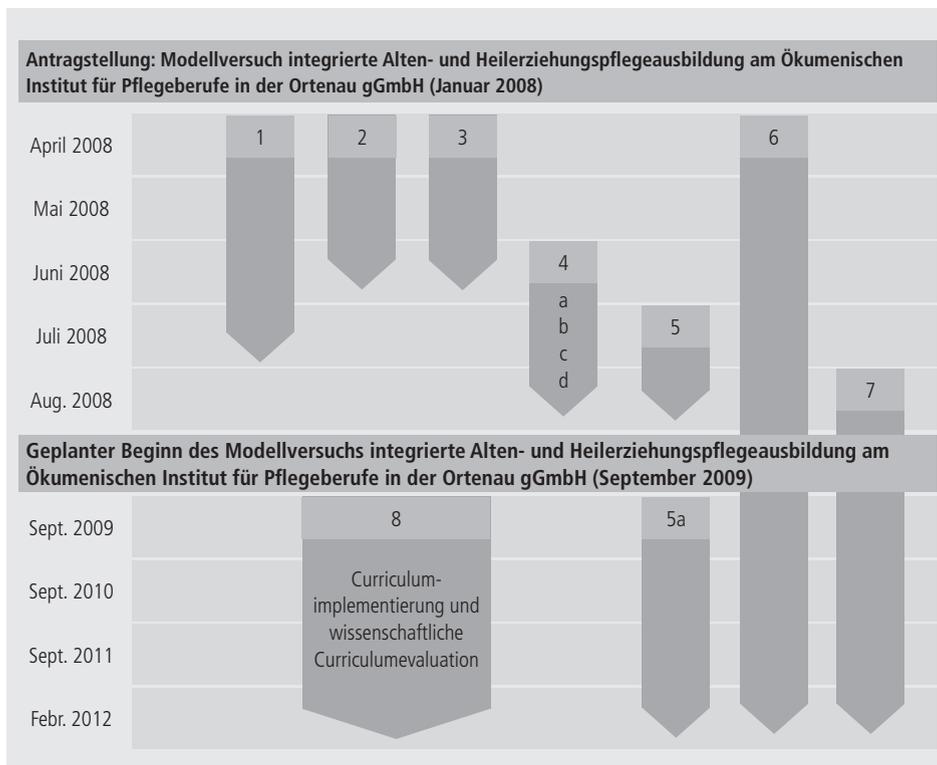
1. Literaturrecherche, Literatursichtung und Literaturanalyse
2. Sicherung und Sichtung der Materialbasis (Anforderung und Sichtung der Lehrpläne)
3. Deskription der Begründungsansätze für eine integrierte Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung durch eine Literaturanalyse

4. Synoptische Gegenüberstellung der Rahmenlehrpläne mit dem Ziel der Systematisierung der Inhalte sowie der zu erwartenden Kompetenzen einer integrierten Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung
 - a) Überblick Altenpflegeausbildung
 - b) Überblick Heilerziehungspflegeausbildung
 - c) Auswahl der Indikatoren für die synoptische Gegenüberstellung der Lehrpläne/Strukturvergleich geltender Lehrpläne
 - d) Synoptische Gegenüberstellung der Lehrpläne, der Ausbildungsinhalte sowie der zu erwartenden Kompetenzen
5. Entwicklung der Lernbereiche und Lernfelder für die integrierte Alten- und Heilerziehungspflegeausbildung basierend auf der Analyse der Handlungsfelder der Ausbildungsberufe und der theoretischen Auseinandersetzung mit den Grundlagen des Lernfeldkonzeptes; Entwicklung didaktischer Entscheidungskriterien für die Transformation der Handlungsfelder in Lernfelder bzw. Lernfelder in Lernsituationen
6. Regelmäßige, begleitende Konsens- und Entwicklungstreffen mit Schulleitungen und Dozenten der beteiligten Institutionen (Ökumenisches Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH in Offenburg in Kooperation mit der Evangelischen Fachschule für Heilerziehungspflege des Bildungszentrums Kehl-Kork)
7. Vorlage der entwickelten Module den jeweiligen Fachdozenten zur Konsentierung; Vorlage des Curriculums beim zuständigen Ministerium
8. Curriculumimplementierung und eine ausbildungsbegleitende, wissenschaftliche Curriculumevaluation bzw. -revision

Der zeitliche Rahmen für den Verlauf der Phasen ist der Abbildung 1 zu entnehmen. Die einzelnen Phasen stellen keine abgeschlossenen Einheiten dar, sondern stehen in einem interdependenten, aufeinander aufbauenden Verhältnis zueinander.

Die Schritte des Konstruktionsprozesses orientieren sich an den von GÖRRES, RATZ, CHRISTIANSEN UND PANTER (2005) beschriebenen Ergebnissen der Curriculumprozesse der Modellprojekte in Deutschland. Die Synopse der Modellprojekte ergab, dass die meisten Modellprojekte eigene Curricula auf der Basis bereits vorhandener Curricula unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben bezüglich der Ausbildungsstruktur, der Landeslehrplanrichtlinien, Literatur- und Curriculumanalysen, Analysen der Rahmenbedingungen und der Handlungsfelder entwickeln (GÖRRES, RATZ, CHRISTIANSEN, PANTER 2005).

Abbildung 1: Curriculumentwicklungsprozess – die Arbeitsphasen



7. Schlussteil

In Anbetracht der im Begründungsrahmen beschriebenen gesellschaftlichen, berufspolitischen und didaktischen Veränderungen der letzten Jahre orientiert sich das entwickelte Curriculum am Lernfeldkonzept, um die Anbahnung fächerübergreifender beruflicher Handlungskompetenz im Rahmen der 3,5-jährigen Ausbildung zu ermöglichen. Die Unterrichtsinhalte werden durch handlungsorientierte Unterrichtsmethoden im Rahmen von angebotenen Modulen vermittelt. Innerhalb eines Moduls ist ein Leistungsnachweis in Form einer Klausur sowie in Form einer handlungsorientierten Lernerfolgskontrolle zu erbringen. Nach der Teilnahme am theoretischen Modul erhält der Auszubildende der integrierten Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung eine Teilnahmebescheinigung, welche die erworbenen Kompetenzen ausweist und eine Note beinhaltet. Um eine optimale Lernortkooperation zwischen Theorie und Praxis zu gewährleisten, gelten die theoretischen

Module erst dann als „abgeschlossen“, sobald die dort unterrichteten Inhalte und Kompetenzen in der pflegerischen Berufspraxis vertieft worden sind.

Berufe mit sozialer Verantwortung, insbesondere Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege und Heilerziehungspflege, waren bis vor Kurzem dadurch gekennzeichnet, hohen Anforderungen entsprechen zu müssen und eine hohe Verantwortung zu tragen. Dabei waren die Handlungsspielräume (z. B. fachliche Entscheidungen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Zugang zu Hochschulen) beschränkt. Während einem Teil der Pflegeberufe im Rahmen stattgefunder Professionalisierungstendenzen in den letzten Jahren große Vorteile im Hinblick auf Entwicklungsmöglichkeiten zukamen, blieb der Beruf der Heilerziehungspflege „auf der Strecke“. Der Nachteil der fehlenden bundeseinheitlichen Regelung der Heilerziehungspflegeausbildung sowie das Fehlen eines vergleichbaren Berufes in den europäischen Nachbarländern sorgten für das Ausbleiben des Professionalisierungserfolgs. Die Entwicklung einer gemeinsamen Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung soll neben der in diesem Beitrag beschriebenen Nutzung vorliegender und bisher ungenutzter Ressourcen (in Form gemeinsamer Zielkompetenzen) der beiden Ausbildungen einen Teil dazu beitragen, die Ausbildung der Heilerziehungspflege aus der berufspolitischen Sackgasse zu befreien.

Langfristig muss im Sinne der europäischen Angleichung und zum Zwecke der Erhöhung der vertikalen und horizontalen Mobilität eine gemeinsame generalistische Pflegeausbildung der Pflegeberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Heilerziehungspflege mit Möglichkeiten zum Übergang in den Hochschulsektor angeboten werden, um die vorhandene Segmentierung und qualifikatorische Abgrenzung aufzuheben. Hierzu sollen für die Module des entwickelten Curriculums Leistungspunkte nach dem European Credit Transfer System (ECTS) ausgewiesen werden, um den Auszubildenden der integrierten Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung eine Anrechnung auf pflegerische Hochschulstudiengänge zu ermöglichen. Um der Empfehlung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) nachzukommen, sollen in einem der noch folgenden Schritte des Curriculumkonstruktionsprozesses die im Rahmen der integrierten Altenpflege- und Heilerziehungspflegeausbildung erworbenen Qualifikationen in Bezug zu einem geeigneten EQR-Niveau gesetzt werden. Mit der Umsetzung dieser beiden Aufgaben wäre ein zukunftsweisendes Curriculum für eine integrierte Ausbildung zweier bisher grundständiger Pflegeberufe entwickelt.

Die im Rahmen dieses Beitrages offengebliebenen Fragen bezüglich der Curriculumevaluation und Curriculumrevision (Phase 8 des Konstruktionsprozesses) wären auf der institutionellen Ebene zu klären. „Jede geplante und sys-

tematische Bildungsmaßnahme muss einem Prozess fortlaufender Revision, (...) Objektivierung“ (ROBINSOHN 1975, S. 54) und Evaluation unterworfen werden. Bezüglich der Curriculevaluation wären Maßnahmen zur Überprüfung des Implementierungsprozesses (Prozessevaluation) sowie Maßnahmen zur Überprüfung der internen und externen Validität (Outputevaluation/Lernerfolgsüberprüfung) festzulegen. Erste Gespräche zur Modell- und Curriculevaluation haben bereits mit dem Institut für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg stattgefunden.

Literaturverzeichnis

- AMANN, Maria-Theresia (2001): Die Problematik der Berufsausbildung in der Heilerziehungspflege im Zusammenhang mit der Diskussion um die Gesundheitsberufe und ihrer Position im Berufsbildungssystem. Unveröffentlichtes Manuskript im Hauptfach Erziehungswissenschaft. Fern-Universität Hagen.
- ANTON, Walter; MUTSCHLER-PRATER, Sonja; SCHÖN, Jasmin (2008): Transparenz der Erwartungen. Handlungsorientierte Lernerfolgskontrollen. In: PADUA – Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 3 (2008) 1, S. 32–37.
- BECKER, Wolfgang (1993): Qualifikationsentwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpflege – Chancen für Europa? In: BECKER, Wolfgang; MEIFORT, Barbara (Hrsg.): Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe. Europa als Impuls? In: Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 159, S. 5–18.
- BECKER, Wolfgang (1993a): Professionalisierung für die Heilerziehungspflege. In: BECKER, Wolfgang; MEIFORT, Barbara (Hrsg.): Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe. Europa als Impuls? In: Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 159, S. 139–188.
- BECKER, Wolfgang; MEIFORT, Barbara (1994): Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berufe in der Gesundheits- und Sozialpflege: Ausbildung, Qualifikationen, berufliche Anforderungen. Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 169.
- BLESSING, Franz (2001): Fachpraktische Ausbildung in der Heilerziehungspflege. In: HÖGERLE, Marie-Luise u. a. (Hrsg.): Eigenverantwortlichkeit. Neue Wege in der Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen. Freiburg, S. 81–88.
- BÖHNKE, Ulrike (2006): Reflexive Lehr-/Lernprozesse in der Pflegeausbildung als zentrale Voraussetzung für eine professionelle Pflegepraxis. In: GÖRRES, Stefan u. a. (Hrsg.): Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Lage, S. 43–53.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (Hrsg.) (2002): Berufsbildungsbericht Berlin.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (Hrsg.) (2010): Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. Bielefeld.

- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2002): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege. In: BGBl. 2002 Teil I Nr. 50 vom 24. November 2002.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2002a): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers. (AltPflAPrV). In: BGBl. 2002 Teil I Nr. 81 vom 29. November 2002.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2003): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (KrPflG) vom 15. August 2003. In: BGBl. 2003 Teil I Nr. 36 vom 25. August 2003.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2003a): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV). In: BGBl. 2003 Teil I Nr. 55 vom 19. November 2003.
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE (Hrsg.) (2005): Anerkennung pflegeberuflicher Qualifikationen innerhalb der Europäischen Union (EU). Wuppertal.
- DIAKONISCHES WERK DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND E. V. (Hrsg.) (2008): Zukunftswege Pflegeausbildung. Ein Strukturmodell der Ausbildung in der Diakonie. Berlin.
- DIETRICH, Andreas; HAHNE, Klaus; WINZIER, Dagmar (2007): Berufsbildung für eine nachhaltige Entwicklung: Hintergründe, Aktivitäten, erste Ergebnisse. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 36 (2007) 5, S. 7–12.
- GARMS-HOMOLOVA, Vjenka (1994): Entwicklung von neuen Aufgabengebieten in der Altenhilfe. Konsequenzen für die Curriculumentwicklung. In: ARNOLD, Karen; HOPPE, Birgit (Hrsg.): Curriculumentwicklung und Professionalisierung. Altenpflege, Altenhilfe, Altenarbeit. Frankfurt am Main, S. 39–51.
- GARMS-HOMOLOVA, Vjenka (2000): Pflege im Alter. In: RENNEN-ALLHOFF, Beate; SCHAEFFER, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, S. 485–505.
- GÖRRES, Stefan u. a. (2005): Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung. Synopse der Modellprojekte in Deutschland. Bremen. URL: <http://www.iap.uni-bremen.de/pdf/Synopse-tip.pdf> (Stand: 20. Juni 2009).
- GROLLMANN, Philipp (2005): Europäisierung der beruflichen Bildung mit System, aber ohne Leitbild? In: ARNOLD, Rolf; GONON, Philipp; RAUNER, Felix (Hrsg.): Bildung und Arbeitswelt. Münster, S. 7–16.
- GROLLMANN, Philipp; SPÖTTL, Georg; RAUNER, Felix (Hrsg.) (2006): Europäisierung beruflicher Bildung – eine Gestaltungsaufgabe. Münster.
- HAHNE, Klaus (2007): Benötigt Berufsbildung für nachhaltige Entwicklung ein erweitertes Verständnis von Kompetenzentwicklung? In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 36 (2007) 5, S. 13–17.
- HAUG, Klaus (2001): Vernetzter Unterricht. In: HÖGERLE, Marie-Luise u. a. (Hrsg.): Eigenverantwortlichkeit. Neue Wege in der Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen. Freiburg, S. 67–80.
- HÖGERLE, Marie-Luise (2001): Eigenverantwortlichkeit als Antwort auf die Herausforderungen der Heilerziehungspflege – eine Ausbildungskonzeption. In: HÖGERLE, Marie-Luise u. a. (Hrsg.): Eigenverantwortlichkeit. Neue Wege in der Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen. Freiburg, S. 15–66.

- HOPPE, Birgit (1994): Zukunft und Ort des Altenpflegeberufs zwischen Pflege und Sozialpädagogik. In: ARNOLD, Karen; HOPPE, Birgit. (Hrsg.): Curriculumentwicklung und Professionalisierung. Altenpflege, Altenhilfe, Altenarbeit. Frankfurt am Main, S. 91–101.
- HURRELMANN, Klaus; LAASER, Ulrich (1998): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: HURRELMANN, Klaus; LAASER, Ulrich (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, S. 17–48.
- KEUCHEL, Regina (2006): Zukunftsperspektiven der Pflegeausbildung im berufspädagogischen Begründungshorizont. In: GÖRRES, Stefan u. a. (Hrsg.): Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Lage, S. 25–34.
- KLAFKI, Wolfgang (1996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. Weinheim und Basel.
- KNIGGE-DEMAL, Barbara u. a. (2009): Kompetenzniveaus in der Pflegeausbildung. Grundlagenarbeit für ein differenziertes Stufenmodell. In: PADUA – Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 4 (2009) 2, S. 52–57.
- KOFAHL, Christopher; DAHL, Katharina; DÖHNER, Hanneli (2002): Synopse innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland. Ein Projekt der Universität Hamburg. Hamburg. URL: http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizinsoziologie/downloads/institut-mezizin.sozioologie/ProNetz_BERICHT_030614.pdf (Stand: 1. Juli 2009).
- KREMER, Manfred (2007): Der lange Weg der Nachhaltigkeit. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 36 (2007) 5, S. 3–4.
- KULTUSMINISTERKONFERENZ DER LÄNDER (1991): Rahmenvereinbarungen für die Berufsschule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15. März 1991, Bonn.
- KULTUSMINISTERKONFERENZ DER LÄNDER (2001): Rahmenvereinbarungen über die Ausbildung und Prüfung von Heilerziehungspflegern/Heilerziehungspflegerinnen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 1. Februar 2001, Bonn.
- LANDENBERGER, Margarete (2005): Situation der Pflegeausbildung in Deutschland und Europa – Ist-Stand und Reform. In: LANDENBERGER, Margarete u. a. (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover, S. 13–17.
- MEIFORT, Barbara (1993): Qualitätsmängel in der Altenpflege – oder: Wie professionell ist die Altenpflege. In: BECKER, Wolfgang; MEIFORT, Barbara (Hrsg.): Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe. Europa als Impuls? Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 159, S. 97–128.
- MERTENS, Dieter (1974): Schlüsselqualifikationen. Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Bildungsforschung, 7 (1974), S. 36–45.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES BADEN-WÜRTTEMBERG (2004): Verordnung des Sozialministeriums über die Ausbildung und Prüfung an den Fachschulen für Sozialwesen der Fachrichtung Heilerziehungspflege (Heilerziehungspflegeverordnung – APrO-HeilErzPfl). In: BGBl. 2004 Teil I vom 10. August 2004.

- PÄTZOLD, Günter (2008): Selbstgesteuertes Lernen und die veränderte Rolle der Lehrenden. In: *Berufsbildung*, 109, S. 3–7.
- RAUNER, Felix (2006): Berufsbildungsforschung – Eine Einführung. In: RAUNER, Felix (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld, S. 9–18.
- REETZ, Lothar (1990): Zur Bedeutung der Schlüsselqualifikationen in der Berufsbildung. In: REETZ, Lothar; REITMANN, Thomas (Hrsg.): *Schlüsselqualifikationen*. Hamburg, S. 16–35.
- REKUS, Jürgen (2005): Die Aufgabe der Didaktik heute. In: STADTFELD, Peter; DIECKMANN, Bernhard (Hrsg.): *Allgemeine Didaktik im Wandel*. Bad Heilbrunn, S. 53–67.
- ROBINSOHN, Saul (1975): *Bildungsreform als Revision des Curriculum*. Neuwied.
- ROSA, Hartmut (2008): Immer mehr verpasste Optionen. Zeitstrukturen in der Beschleunigungsgesellschaft. In: *Bildung und Zeit – Die Zeitschrift der Erwachsenenbildung*, 15 (2008), S. 28–31.
- SCHAEFFER, Doris; MOERS, Martin (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: RENNEN-ALLHOFF, Beate; SCHAEFFER, Doris (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, S. 447–483.
- SCHAEFFER, Doris; MOERS, Martin (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (2006), S. 192–201.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2007): *Demografischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2008): *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden.
- WITTNEBEN, Karin (2004): *Pflege als Bildungsprozess von der Wissenschaftsorientierung zur Handlungsorientierung*. Hamburg. URL: <http://www.diak-stuttgart.de/Texte/Wittneben.pdf> (Stand: 1. Juli 2009).

Jasmin Schön

Kooperative Pflegeausbildung: Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege – Ein Beitrag zur Curriculumentwicklung an einer beruflichen Schule in Baden-Württemberg

Der Artikel leistet einen Beitrag zur Curriculumentwicklung für die kooperative Pflegeausbildung. Am Beispiel des Landes Baden-Württemberg werden die bundes- und landesgesetzliche Ausgangslage mit den berufspolitischen Veränderungen und die demografische Entwicklung beleuchtet. Danach werden die verschiedenen Formen der Pflegeausbildung und entsprechende berufspädagogische Vorüberlegungen dargelegt und einige bereits durchgeführte Modellversuche beschrieben. Abschließend erfolgt die Darstellung der notwendigen Rahmenbedingungen der Einrichtung, an der die neue curriculare Entwicklung möglichst erprobt werden soll.

1. Einleitung

In den vergangenen Jahren wurden im Bereich der Pflegeausbildungen viele neue Wege begangen, die vermutlich längst noch nicht abgeschlossen sind. Die Motive dafür liegen vor allem in den beiden geänderten Berufsgesetzen und der darin propagierten Notwendigkeit zur Professionalisierung der Pflegeberufe. Weitere Gründe liegen in der generellen Änderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen durch den demografischen Wandel, in den Fortschritten in der Medizin und der Forschung, im Anstieg der Anzahl von multimorbiden älteren Menschen, in der Zunahme von chronischen Erkrankungen, einer steigenden Zahl gerontopsychiatrischer Erkrankungen, im Wandel in den Generationenbeziehungen, in der Individualisierung des Lebensstils und nicht zuletzt in der Entwicklung des Sozialversicherungssystems (vgl. WEIDNER, ROTTLÄNDER, SCHWAGER 2006, S. 83).

Die meisten Modellversuche wurden jedoch ohne die Beteiligung öffentlicher beruflicher Schulen durchgeführt, was mit weniger flexiblen Vorgaben der Kultusministerien begründet werden könnte. Wenn eine berufliche Schule doch an einem Modellversuch beteiligt wurde, dann meist nur in Verbindung mit einer Schule des Gesundheitswesens. Dies führte aber vielfach zu Problemen, die später noch detaillierter beschrieben werden. Deshalb stellt sich die Frage, ob es nicht möglich ist, an einer beruflichen Schule einen Modellversuch zur Pflegeausbildung zu konstituieren, der die Vorgaben sowohl des Kultus- als auch des Sozialministeriums erfüllt und bis zur endgültigen gesetzlichen Neuregelung der Pflegeausbildungen Bestand hat bzw. dann entsprechend angepasst werden kann.

2. Ausgangslage

2.1 Gesetzliche Vorgaben für die Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (Schwerpunkt Baden-Württemberg)

Bei der Durchführung der Altenpflege- sowie der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sind sowohl bundesrechtliche als auch landesrechtliche – in diesem Fall baden-württembergische – Regelungen zu beachten. Diese sind in der folgenden Tabelle 1 einander gegenübergestellt:

Tabelle 1: Gegenüberstellung der bundes- und landesrechtlichen Regelungen

Altenpflege	Gesundheits- und Krankenpflege
bundesrechtlich <ul style="list-style-type: none"> • Altenpflegegesetz (AltPflG) • Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV) landesrechtlich (Baden-Württemberg) <ul style="list-style-type: none"> • Schulversuchsbestimmungen des Kultusministeriums für die Berufsfachschule für Altenpflege • Verordnung der Landesregierung über die Träger der praktischen Ausbildung in der Altenpflege (AltPflATräVO) • Verordnung des Sozialministeriums und des Kultusministeriums zur Bestimmung der zur Durchführung des Altenpflegegesetzes zuständigen Behörden 	bundesrechtlich <ul style="list-style-type: none"> • Krankenpflegegesetz (KrPflG) • Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) landesrechtlich (Baden-Württemberg) <ul style="list-style-type: none"> • vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger

Beide Ausbildungen dauern in Vollzeitform drei Jahre und schließen beide mit einer staatlichen Prüfung ab. Die Gliederung der Ausbildungen, die Leistungsbewertung und die genaue Regelung der staatlichen Prüfung sind in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen festgelegt. Beide Ausbildungen umfassen jeweils 2.100 Theorie- und 2.500 Praxisstunden (vgl. § 1 AltPflAPrV; § 1 KrPflAPrV).

Von größter Bedeutung für die Konzeption der kooperativen Pflegeausbildung sind aber die Ausbildungsziele, die in beiden Gesetzen verankert sind. Wären diese grundverschieden, so hätte es wenig Sinn, ein gemeinsames Konzept für beide Berufsausbildungen zu entwickeln. Vergleicht man also die §§ 3 der beiden Gesetze, so ist eine inhaltliche Angleichung der beiden Berufe nicht von der Hand zu weisen (vgl. § 3 AltPflG; § 3 KrPflG).

2.2 Gegenüberstellung der geltenden Lehrpläne

Der Lehrplan der Berufsfachschule für Altenpflege besteht aus Lernbereichen und Lernfeldern. Im Gegensatz dazu ist der vorläufige Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger durch die sogenannten Themenfelder strukturiert. Die Gegenüberstellung der Lernfelder und Themenbereiche in Tabelle 2 macht deutlich, inwiefern sich bisher die Vorgaben beider Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in Bezug auf die theoretischen Inhalte überschneiden bzw. ähneln. Die Stundenangaben in Tabelle 2 beziehen sich auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Altenpflege (vgl. Anlage 1 AltPflAPrV) und auf die Empfehlungen des vorläufigen Rahmenlehrplans Baden-Württemberg (vgl. SM-BW; LAG-BW 2004, S. 11):

Tabelle 2: **Gegenüberstellung der Lernfelder und Themenbereiche**

Lernfelder der AltPflAPrV	Themenbereiche der KrPflAPrV
1.1 Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen (80 Stunden)	6. Pflegehandeln an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten (80 Stunden)
1.2 Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren (120 Stunden)	1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten (260 Stunden)
1.3 Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen (720 Stunden)	2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten (780 Stunden) 9. Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes einleiten (51 Stunden)
1.4 Anleiten, beraten und Gespräche führen (80 Stunden)	3. Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten (96 Stunden)
1.5 Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken (200 Stunden)	8. Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken (188 Stunden) 12. In Gruppen und Teams zusammenarbeiten (68 Stunden) 4. Bei der Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten mitwirken und diese in das Pflegehandeln integrieren (48 Stunden)

Fortsetzung Tabelle 2

Lernfelder der AltPflAPrV	Themenbereiche der KrPflAPrV
2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen (120 Stunden)	5. Pflegehandeln personenbezogen ausrichten (71 Stunden) 11. Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen (108 Stunden)
2.2 Unterstützung alter Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung (60 Stunden)	
2.3 Unterstützung alter Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbst organisierten Aktivitäten (120 Stunden)	
3.1 Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen (120 Stunden) 3.2 An qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mitwirken (40 Stunden)	7. Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbedingungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten (64 Stunden) 11. Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen (108 Stunden)
4.1 Berufliches Selbstverständnis entwickeln (60 Stunden) 4.3 Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen (80 Stunden) 4.4 Die eigene Gesundheit erhalten und fördern (60 Stunden)	10. Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen (86 Stunden)
4.2 Lernen lernen (40 Stunden)	11. Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen (108 Stunden)
Gesamt: 1900 Stunden	Gesamt: 1900 Stunden

Lediglich die Lernfelder 2.2 und 2.3 der Altenpflegeausbildung können keinem Themenbereich der Gesundheits- und Krankenpflege zugeordnet werden. Weiterhin sehen beide Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen 200 Unterrichtsstunden zur freien Gestaltung durch die Schule vor (vgl. Anlage 1 AltPflAPrV; Anlage 1 KrPflAPrV). Die allgemeinbildenden Fächer Religion und Deutsch ergänzen die Ausbildung in der Altenpflege. In der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger sind diese beiden Fächer nicht vorgesehen.

2.3 Gegenüberstellung der Prüfungsmodalitäten

Sowohl in der Alten- als auch in der Gesundheits- und Krankenpflege gibt es drei Prüfungsformen. Es wird jeweils schriftlich, mündlich und praktisch geprüft. Die drei schriftlichen Aufsichtsarbeiten dauern in beiden Ausbildungen jeweils 120 Minuten (vgl. § 10 Abs. 2 AltPflAPrV; § 13 Abs. 1 KrPflAPrV). Die Aufgaben für die drei Aufsichtsarbeiten werden der zuständigen Behörde von der ausbildenden Schule vorgeschlagen (vgl. § 10 Abs. 3 AltPflAPrV; § 13 Abs. 2 KrPflAPrV). Auch die mündliche Prüfung besteht aus drei Teilen. Die Prüfungszeit im praktischen Teil ist unterschiedlich. In der Krankenpflege soll die Prüfung innerhalb von sechs Stunden abgeschlossen sein und kann auf zwei aufeinanderfolgende Tage verteilt werden (vgl. § 15 Abs. 2 KrPflAPrV). Die praktische Prüfung in der Altenpflege sollte innerhalb von zwei Werktagen vorbereitet, durchgeführt und abgenommen werden. Die Dauer der Durchführung sollte dabei 90 Minuten nicht überschreiten (vgl. § 12 Abs. 2 AltPflAPrV).

2.4 Berufspolitische Veränderungen

Da es in Deutschland keine Pflegekammern gibt, sondern lediglich eine „Nationale Konferenz zur Errichtung von Pflegekammern in Deutschland“ (vgl. NIEHUS 2000), soll an dieser Stelle die Sichtweise der Berufsverbände ausführlicher dargestellt werden. Als übergeordnetes Organ dieser ist hier der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) zu nennen. Die europäischen Bildungsminister haben Vereinbarungen zu einer verstärkten Zusammenarbeit im Bereich der allgemeinen, beruflichen und hochschulischen Bildung getroffen. In der sogenannten Bologna-Erklärung (1999) wurde als oberstes Ziel die Schaffung eines gemeinsamen europäischen Hochschulraums bis 2010 deklariert (vgl. BMBF 2009).

Eine weitere Erklärung auf europäischer Ebene folgte im Jahr 2002. Mit der Kopenhagen-Erklärung soll „die horizontale Durchlässigkeit der beruflichen Bildungsabschlüsse untereinander und die vertikale Durchlässigkeit der beruflichen Bildungsabschlüsse zur hochschulischen Berufsbildung ermöglicht werden“ (DBR o. J., S. 3). Aufgrund der o. g. Entwicklungen wurde vom DBR das Bildungskonzept für Pflegeberufe „Pflegebildung – offensiv“ herausgegeben. Die drei klassischen Formen der allgemeinen Schulabschlüsse ermöglichen unterschiedliche Zugänge zum Berufsfeld. Die pflegerische Erstqualifikation kann sowohl auf beruflicher als auch auf hochschulischer Ebene erworben werden. Mit der hochschulischen Erstausbildung soll eine höhere Handlungskompetenz angestrebt werden als mit der beruflichen Ausbildung. Weiterhin erzeugt die Schaffung von systemübergreifender Durchlässigkeit mit der Anrechnung von Leistungsergebnissen Synergieeffekte und erhöht die Bildungschancen des Einzelnen. Das Bildungskonzept des DBR folgt der

Strategie des „lebenslangen Lernens“ der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK). Weiterhin sind sowohl die vertikale als auch die horizontale Durchlässigkeit in den Bildungsstrukturen von Anfang an gegeben. Zudem führt der DBR in seinem Bildungskonzept aus, dass sowohl die berufliche als auch die hochschulische Ausbildung generalistisch ausgerichtet sein sollten. Die zweigleisige Qualifizierung für den Beruf begründet der DBR mit der fehlenden politischen Unterstützung und den fehlenden Ressourcen, wie z. B. einer ausreichenden Anzahl von Bewerbern mit entsprechender Zugangsqualifikation. Beide Ausbildungen sollen zu einer professionellen Berufsausübung führen, wobei aber von den Hochschulabsolventen erwartet wird, dass sie das Praxisfeld Pflege wissenschaftlich fundiert weiterentwickeln (vgl. DBR 2009, S. 6).

2.5 Demografische Entwicklung und künftiger Bedarf an Gesundheitsleistungen

Da das Konzept „Kooperative Pflegeausbildung“ für eine berufliche Schule in Baden-Württemberg ausgelegt wird, beschränken sich die Zahlen und Fakten in diesem Beitrag auch auf das Land Baden-Württemberg. Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg führte 2004 eine Modellrechnung zur zukünftigen Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung und den Bedarf an Pflegeleistungen aufgrund der demografischen Entwicklung durch. Die Status-quo-Vorausrechnung ergab im Bereich der stationären Behandlungsfälle insgesamt eine Zunahme bis 2030 von knapp 25%. In der Altersgruppe 60 Jahre und älter wird der Anteil voraussichtlich um fast 60% ansteigen (vgl. STAATMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG 2005, S. 7).

Pflegebedürftigkeit kommt überwiegend bei Multimorbidität alter Menschen vor. Aufgrund dessen nimmt bis 2030 im Bereich der stationär zu versorgenden Pflegebedürftigen die Anzahl wahrscheinlich um über 60% zu. Die Anzahl der ambulant zu Pflegenden wird voraussichtlich sogar um 68% zunehmen (vgl. ebd., S. 49 ff.).

2.6 Bisherige Entwicklung der Zahl der Auszubildenden in den Gesundheitsberufen in Baden-Württemberg

Wie in Tabelle 3 dargestellt, hat sich sowohl die Anzahl der Schulen für die Gesundheits- und Krankenpflege als auch für die Altenpflege in den Jahren 2001 bis 2006 in Baden-Württemberg verringert, wenn auch nur gering. Dies hatte gleichzeitig auch einen leichten Rückgang der Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege zur Folge. Die Anzahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege ist nicht ausdrücklich festgelegt und entspricht also der Anzahl der tatsächlichen Auszubildenden. Die Auszubildendenanzahl im Bereich der Altenpflege ist jedoch von 2001 bis 2006 deutlich angestiegen. In der Gesundheits- und Krankenpflege ist sie leicht zurückgegangen.

Tabelle 3: **Übersicht zur Anzahl der Schulen, Ausbildungsplätze und Anzahl der Auszubildenden (vgl. SM-BW 2007, S. 4)**

Jahr	Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege	
	2001	2006	2001	2006
Anzahl der Schulen	112	97	84	82
Anzahl der Ausbildungsplätze	9.552	8.896	k. A.	k. A.
Anzahl der Auszubildenden	7.478	7.224	6.015	7.096

In der bundesweiten Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegesschulen (BEA) konnte festgestellt werden, dass die meisten Absolventen der Altenpflegeausbildung einen Arbeitsplatz in der stationären Altenpflege finden und nur ein ganz geringer Anteil (knapp 5%) ohne Anstellung bleibt. Dies besichert dem Altenpflegeberuf ein großes Zukunftspotenzial. Nur ein kleiner Teil der Absolventen arbeitet anschließend bei ambulanten Pflegediensten (vgl. GÖRRES 2006, S. 13 f.).

Blickt man zusätzlich auf die Ergebnisse der Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABIS), so kann man feststellen, dass zwar über die Hälfte der Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege einen Arbeitsvertrag in einem Krankenhaus bekommen hat, doch ein Teil von ihnen in der ambulanten Pflege oder stationären Altenhilfe arbeitet (vgl. DIP, DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT, ROBERT-BOSCH-STIFTUNG 2006, S. 10).

3. Formen der Pflegeausbildung

Im Folgenden sollen die bestehenden Formen der Pflegeausbildung dargestellt werden, um diese von der kooperativen Pflegeausbildung abgrenzen zu können.

3.1 Generalistische Pflegeausbildung

„Generalisation“ meint laut Duden (2001) die „Gewinnung des Allgemeinen“ (WERMKE 2001, S. 345). Bezogen auf die Pflegeausbildung ist eine einheitliche Ausbildung statt der bisherigen Differenzierung in Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege gemeint (vgl. JACOB 2008, S. 57). Aktuell bekommen Auszubildende in Modellprojekten der generalistischen Pflegeausbildung die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in“ mit einem Zusatzzertifikat „Generalistische Ausbildung“. Die Ausbildungsdauer beträgt zwischen drei und dreieinhalb Jahren (vgl. JACOB 2006, S. 59).

3.2 Integrierte Pflegeausbildung

Damit sind eine zweijährige gemeinsame Basisausbildung und die sich im dritten Ausbildungsjahr anschließende Spezialisierung, die sogenannte Y-Ausbildung, gemeint. Dabei werden berufsfeldspezifische Schnittmengen der Altenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege zusammenggeführt. Im dritten Ausbildungsjahr spezialisieren sich die Auszubildenden aber letztendlich wieder auf ein Berufsfeld und erwerben nach drei Jahren einen Bildungsabschluss (vgl. JACOB 2006, S. 59).

3.3 Integrative Pflegeausbildung

Im Bereich der Pflegeausbildung lässt sich der Begriff mit beidem erklären. Das Konzept der integrativen Pflegeausbildung beruht auf einer dreijährigen gemeinsamen Y-Ausbildung mit einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss. Nach einem weiteren halben bis ganzen Jahr können Auszubildende dann freiwillig einen zweiten Berufsabschluss, ein berufliches Vertiefungsmodul oder die Fachhochschulreife erwerben. Auch in dieser Art der Pflegeausbildung werden wie bei der integrierten Pflegeausbildung die drei traditionellen Bildungsabschlüsse bewahrt (vgl. JACOB 2006, S. 59).

3.4 Kooperative Pflegeausbildung

Da die Bezeichnung „Kooperative Pflegeausbildung“ bislang noch nicht eingeführt ist, soll an dieser Stelle zunächst eine Begriffsklärung erfolgen: „Kooperativ“ wird im Duden (2001) mit „zusammenarbeitend“ und „gemeinsam“ erläutert (WERMKE 2001, S. 544). Mit „Kooperativer Pflegeausbildung“ ist die gemeinsame Ausbildung von Auszubildenden der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege gemeint. Nach drei Jahren Ausbildung erwirbt jeder Auszubildende den ersten Berufsabschluss, um nach einem weiteren halben Jahr noch den zweiten Abschluss zu erreichen. Jeder Auszubildende verpflichtet sich also mit Beginn der Ausbildung, beide Abschlüsse zu erwerben. Nun unterscheidet sich das auf den ersten Blick kaum vom Konzept der integrativen Pflegeausbildung. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass die theoretische Ausbildung ausschließlich an einer öffentlichen beruflichen Schule stattfinden wird. Die Praxisensätze sollen ebenfalls von dieser Schule organisiert und koordiniert werden. Somit ist eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis durch nur eine Institution möglich, was bei vielen integrativen oder integrierten Modellen nicht so gut gelungen ist. Diese Problematik soll in Kapitel 5 differenzierter erläutert werden.

4. Berufspädagogische Vorüberlegungen

4.1 Entwicklung, Aufgaben und Ziele der öffentlichen beruflichen Schulen in Baden-Württemberg

„Kein Abschluss ohne Anschluss, das ist die Maxime der öffentlichen beruflichen Bildung. Das berufliche Schulwesen in Baden-Württemberg steht für Modernität, Praxisbezug und Anschlussfähigkeit und ist für unser Bundesland längst zum Aushängeschild geworden“ (OETTINGER 2008). Die Gründe für den Besuch einer beruflichen Schule sind zum einen, dass die Schüler keine Lehrstelle gefunden haben und sich z. B. durch den Besuch des sogenannten Berufsvorbereitungsjahres gezielt auf einen Beruf vorbereiten können. Zum anderen haben sie die Möglichkeit, ihren bisher erworbenen Schulabschluss zu erweitern. Prinzipiell bietet das berufliche Schulwesen nach dem Abschluss der Hauptschule oder der Realschule den Schulabgängern vielfältige Möglichkeiten, um sich weiterzuqualifizieren (vgl. KM-BW o. J.).

„Ziel der beruflichen Schulen ist es, (...) Schüler begleitend (...) für den Beruf fit zu machen. Auch während oder nach einer Berufsausbildung haben die jungen Leute noch die Chance, zusätzliche Abschlüsse zu erwerben – bis hin zur allgemeinen Hochschulreife.“ Das berufliche Schulsystem in Baden-Württemberg ist in sieben Schularten gegliedert: Berufsschule, berufliches Gymnasium, Berufskolleg, Berufsfachschule, Berufsoberschule, Sonderberufsschule und Fachschule (ebd.). Je nach Art und Dauer vermitteln Berufsfachschulen eine berufliche Grundbildung, eine berufliche Vorbereitung oder einen Berufsabschluss. Bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen kann der erfolgreiche Besuch der Berufsfachschule auf die Ausbildungszeit in anerkannten Ausbildungsberufen angerechnet werden (vgl. § 7 BBiG), wenn die Schule nicht eine volle Berufsqualifikation vermittelt hat. Weiterhin kann die Berufsfachschule zur Fachschulreife führen, und unter bestimmten Voraussetzungen kann sogar die Fachhochschulreife erworben werden. Nicht nur im dualen System können die Schüler eine Berufsausbildung in Vollzeitschulen absolvieren. Im Bereich der Berufsfachschulen erfolgt die gesamte Berufsausbildung in der schulischen Verantwortung. Wurde die Berufsfachschule bis zum Ende durchlaufen und die Abschlussprüfung bestanden, erhält man einen staatlich anerkannten Abschluss. Zu diesem Bereich gehört auch die Berufsfachschule für Altenpflege, die dreijährig, einschließlich der praktischen Ausbildung in Einrichtungen der Altenpflege, angelegt ist (vgl. KM-BW o. J.).

4.2 Pflegeausbildungen im Berufsbildungssystem

Die Altenpflegeausbildung ist, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, in das Regelschulsystem der beruflichen Schulen integriert. Sie wird unabhängig vom Trä-

ger der praktischen Ausbildung an privaten oder öffentlichen Berufsfachschulen durchgeführt (vgl. HOLOCH et al. 2006, S. 56). Das Schulgesetz für Baden-Württemberg regelt die Schulaufsicht über öffentliche Altenpflegeschulen. Die oberste Schulaufsichtsbehörde ist das Kultusministerium (vgl. § 35 SchG) und die obere Schulaufsichtsbehörde das Regierungspräsidium (vgl. § 34 SchG). Für die Altenpflegeschulen in freier Trägerschaft gelten die Regierungspräsidien ebenfalls als obere Schulaufsichtsbehörden. Jedoch ist die oberste Schulaufsichtsbehörde das Sozialministerium (vgl. KM-BW 2007, S. 42).

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege findet an „Schulen des Gesundheitswesens“ statt. Für die Zulassung sind der Abschluss des Sekundarbereichs I und eine einschlägige Berufserfahrung oder eine mindestens zweijährige abgeschlossene Berufsausbildung notwendig. In der Regel dauert die Ausbildung drei Jahre mit berufspraktischen Ausbildungsabschnitten (vgl. MASSAR 2009). Im Unterschied zur Altenpflegeausbildung an staatlichen Schulen untersteht die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege vollständig dem Sozialministerium des jeweiligen Landes. Wie oben aufgeführt, befinden sich die Pflegeausbildungen also immer noch in einer misslichen Stellung zwischen schulischer und dual-betrieblicher Ausbildung. Es wäre in Zukunft daher sinnvoll, das Berufsbildungssystem der Pflege entweder in das duale Ausbildungssystem oder in das der Berufsfachschulen vollständig zu integrieren (vgl. ROBERT-BOSCH-STIFTUNG 2000, S. 149).

5. Bisherige Modellversuche

Laut § 63 Abs. 3c SGB V und den beiden Berufsgesetzen (vgl. § 4 Abs. 6 AltPflG; KrPflG) ist es ausdrücklich erwünscht, neue Ausbildungsmodelle zu erproben. Eigens hierzu hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen seiner Zuständigkeit für das Altenpflegegesetz das Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe „Pflegeausbildung in Bewegung“ initiiert. Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts „Pflegeausbildung in Bewegung“ empfiehlt dem Gesetzgeber, „die zukünftige Pflegeausbildung als eine integrierte Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung auszugestalten. Es sollte sich um ein bundeseinheitliches Pflegeausbildungsgesetz handeln, das eine dreijährige Ausbildung mit einem Berufsabschluss festlegt“ (WIAD, DIP 2008, S. 204). Da es in keinem anderen Bundesland so viele Modellversuche wie in Baden-Württemberg gibt (vgl. SM-BW 2008, S. 5), wurde im Folgenden eine Selektion in Bezug auf die räumliche Nähe zum Standort Karlsruhe/Ettlingen bzw. die Art der Schule getroffen.

5.1 Modellprojekt „Ia Pflege“

Das Modellprojekt „Ia Pflege“ wurde im Rahmen des o. g. Modellvorhabens „Pflegeausbildung in Bewegung“ durchgeführt. Es wurde ursprünglich von der SRH Learnlife AG initiiert. Zusätzlich waren die Schulleitungen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Klinikum Karlsbad-Langensteinbach gGmbH und der staatlich anerkannten Altenpflegeschule am Berufsbildungswerk (bfw) des DGB in Karlsruhe involviert. Gemeinsam wurde ein Konzept für die integrierte Ausbildung in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege erarbeitet. Der Abschluss konnte in der Alten- oder in der Gesundheits- und Krankenpflege erworben werden. Da zunächst noch keine wissenschaftliche Begleitforschung durch das BMFSFJ vorgesehen war, wurde die SRH Hochschule Heidelberg einbezogen (vgl. BMFSFJ 2007, S. 1).

Nach dem ersten Ausbildungsjahr mussten alle Auszubildenden an der Zwischenprüfung teilnehmen. Diese bekam durch das Regierungspräsidium Karlsruhe den Sonderstatus der staatlich anerkannten „integrierten“ Prüfung in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegehilfe. Mit Ende des zweiten Ausbildungsjahres endete auch die integrierte Phase der Ausbildung. Im dritten Jahr bekam jeder Ausbildungskurs die spezifischen Inhalte der Alten- oder der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelt. Der Abschluss der dreijährigen Ausbildung erfolgte dann durch die Prüfungen des Landes Baden-Württemberg in dem jeweils zu Beginn der Ausbildung festgelegten Berufsabschluss (vgl. ebd., S. 3 f.).

Im Folgenden werden einige Erkenntnisse aus dem Modellprojekt aufgeführt:

- es kam zu Schwierigkeiten in der Gesamtorganisation,
- ca. zehn Auszubildende wünschten sich einen zweiten Berufsabschluss nach einem weiteren halben bis ganzen Jahr,
- ein höherer Anteil der Auszubildenden der Altenpflege empfand die integrierte Ausbildung als nützlicher und sinnvoller als die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege,
- es war während des Projektes nicht möglich, eine homogene Struktur der beiden Modellkurse zu erreichen, was mit den beiden getrennten Kursgemeinschaften und Schulen begründet wurde (vgl. ebd., S. 60 ff.).

5.2 Schulversuch „Integrative Pflegeausbildung“ an der Hauswirtschaftlichen Schule Künzelsau und der Krankenpflegeschule der Hohenloher Krankenhaus GmbH

Seit einigen Jahren schon beschäftigen sich die Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Hohenloher Krankenhaus gGmbH und die Hauswirtschaftliche Schule Künzelsau mit dem Thema der integrativen Pflegeausbildung. Im Rahmen dessen

haben sie ein Konzept entwickelt, „welches auf der Grundlage einer bestehenden Lehrerkooperation ein zukunftsorientiertes und innovatives Ausbildungsmodell im Hohenlohekreis anbieten kann“ (LANDRATSAMT HOHENLOHEKREIS 2006, S. 2).

Inhalt des ersten Ausbildungsjahres war eine integrative Basisqualifikation. Im zweiten und dritten Ausbildungsjahr wurden in der Differenzierungsphase die speziellen Anforderungen an die jeweiligen berufsspezifischen Pflegebedürfnisse berücksichtigt (vgl. LANDRATSAMT HOHENLOHEKREIS 2006, S. 2). Leider gibt es bisher noch keine veröffentlichten weiterführenden Informationen zu diesem Modellversuch.

5.3 Baden-Badener Modell

Die Robert-Schuman-Schule bietet in Kooperation mit den Pflegefachschulen des Klinikums Mittelbaden seit dem Schuljahr 2007/2008 eine drei Jahre dauernde integrative Pflegeausbildung (Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) an. Im September 2007 begannen insgesamt 61 Auszubildende in dem Modellprojekt (vgl. ROBERT-SCHUMAN-SCHULE 2008). Auch für diesen Modellversuch sind keine weiterführenden Informationen zugänglich.

5.4 Integrierte Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung am Ökumenischen Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH

Im Ökumenischen Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH wurden die ehemals getrennten Organisationen der Krankenpflegeschule des St. Josefs-Krankenhauses und des Paul-Gerhardt-Werks in Offenburg zusammengeführt. Um die Organisation der integrierten Ausbildung zu vereinfachen, wurde eine gGmbH gebildet. Das Institut bietet eine gestufte Ausbildung. Nach dem ersten Ausbildungsjahr müssen alle Auszubildenden die Altenpflegehilfeprüfung absolvieren. Die weitere gemeinsame Beschulung erfolgt über das zweite Ausbildungsjahr hinaus bis in das dritte Jahr. Dann erfolgt erst die Spezialisierung auf das jeweilige Themengebiet, die mit der staatlichen Prüfung der Altenpflege oder der Gesundheits- und Krankenpflege am Ende des dritten Ausbildungsjahres abgeschlossen wird. Im darauffolgenden halben Jahr werden die Auszubildenden im noch nicht geprüften Beruf ausgebildet und können dann ebenfalls mit der staatlichen Prüfung abschließen. Somit hat jeder Auszubildende nach dreieinhalb Jahren Ausbildung drei Abschlüsse (Altenpflegehelfer, Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger). Möglich ist außerdem der Erwerb der Fachhochschulreife außerhalb der regulären Unterrichtszeit (vgl. TIP 2008, S. 65).

Folgende Ergebnisse des Modellversuchs kristallisierten sich durch die Evaluation der Katholischen Fachhochschule Freiburg heraus. Die Auszubildenden

selbst bemerkten bei sich breit gefächerte Praxiserfahrungen und bessere Chancen im Beruf durch eine höhere Qualifikation. Die Kooperationspartner stellten bei den Auszubildenden der integrierten Ausbildung ein größeres Einfühlungsvermögen für die unterschiedlichen Altersgruppen und durch die vielen Außeneinsätze eine umfassendere Pflege fest. Die Lehrenden konnten bei den Auszubildenden ein besseres Verständnis für Pflege und durch die besondere Form der Ausbildung natürlich auch bessere Zukunftsperspektiven für den Einzelnen erkennen (vgl. TIP 2008, S. 65). Der Modellversuch war aus Sicht beider Ministerien erfolgreich und ist mittlerweile in die Regelausbildung übergegangen.

6. Rahmenbedingungen für eine „Kooperative Pflegeausbildung“

Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, hat es sich in der Vergangenheit eher schwierig gestaltet, geeignete Rahmenbedingungen für eine neue Form der Pflegeausbildung zu schaffen. Deshalb werden in den folgenden Unterkapiteln die bereits vorhandenen Rahmenbedingungen an der möglichen Modellschule dargelegt und Überlegungen zu möglichen Kooperationspartnern in der Region Karlsruhe und die Aspekte der Finanzierung dargestellt.

6.1 Vorstellung der Bertha-von-Suttner-Schule Ettlingen

Die Bertha-von-Suttner-Schule Ettlingen (BvSSE) gehört zu den Landkreisschulen des Landkreises Karlsruhe. Vom Schultyp her ist sie eine landwirtschaftliche, sozialpädagogische und hauswirtschaftliche Schule. Die BvSSE war eine der ersten beruflichen Schulen im Kreis Karlsruhe, die Altenpfleger ausbildete. Aktuell werden ca. 1.000 Auszubildende an der BvSSE unterrichtet. In der Altenpflegeausbildung befinden sich aktuell (2010) 61 Auszubildende. Insgesamt zehn Lehrende des Kollegiums bilden die Auszubildenden in der Altenpflege aus. Drei davon übernehmen die allgemeinbildenden Anteile Deutsch und Religion.

Über folgende Berufsqualifikationen verfügen die weiteren sechs Lehrenden:

- Lehrbefähigung für das höhere Lehramt an beruflichen Schulen,
- Studium an der berufspädagogischen Hochschule, Fachrichtung Hauswirtschaft,
- Oberlehrerin für Hauswirtschaft, Handarbeit und Turnen,
- Altenpflegerin mit Weiterbildung „Führen und Leiten im sozialen Bereich“ und abgeschlossenes Studium der Sozialarbeit,
- Krankenschwester mit den Fachweiterbildungen „Anästhesie und Intensivpflege“ und „Lehrer für Pflegeberufe“ und
- Krankenschwester mit abgeschlossenem Master- (Berufspädagogik Pflege und Gesundheit) und Diplomstudium (Pflegepädagogik).

Durch die o. g. Qualifikationen ist also sichergestellt, dass sowohl der Theorieteil der Altenpflegeausbildung als auch der Theorieteil der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung durch qualifizierte Lehrende übernommen werden kann.

Auch die Räumlichkeiten an der BvSSE sind für die „Kooperative Pflegeausbildung“ gut geeignet. Jedes Klassenzimmer ist für 32 Schüler ausgelegt. Weiterhin ist es möglich, neue Lernformen umzusetzen. Es stehen Räume für Gruppenarbeiten und mehrere EDV-Räume mit je 5–30 Arbeitsplätzen zur Verfügung. Die Ausstattung des Pflegearbeitsraums entspricht den Anforderungen einer „Kooperativen Pflegeausbildung“. Es sind zwei Pflegebetten mit jeweils einer Pflegepuppe vorhanden, sowie Material für die Grundpflege und die spezielle Pflege wie z. B. für einen Verbandswechsel, sodass die Auszubildenden praktische Übungen durchführen können. Ebenso existiert eine sehr gut ausgestattete Bibliothek mit einem umfassenden und aktuellen Bücherbestand und einschlägigen Fachzeitschriften.

6.2 Potenzielle Partner für die „Kooperative Pflegeausbildung“

In den bisher durchgeführten Modellprojekten bestanden hauptsächlich Schwierigkeiten im Bereich der gemeinsamen Organisation der beiden Schulen aufgrund der unterschiedlichen Trägerschaft. Da die theoretische Ausbildung nun durch eine öffentliche berufliche Schule unter Aufsicht des Kultusministeriums gewährleistet werden kann, ist es aus Sicht der Verfasserin sinnvoll, mit einem Krankenhaus zu kooperieren, das keine eigene Krankenpflegeschule hat.

Im Bereich der stationären Altenpflege, der ambulanten Pflege und der Psychiatrie können die bisherigen Kooperationspartner der BvSSE beibehalten werden. Sie entsprachen bisher den Anforderungen der Altenpflegeausbildung und werden diese auch in Zukunft im Hinblick auf die „Kooperative Pflegeausbildung“ erfüllen können. Hierbei kann auf einer jahrelangen und vertrauensvollen Zusammenarbeit aufgebaut werden. Somit muss lediglich der Klinikbereich für die praktische Ausbildung neu akquiriert werden. Der Kooperationspartner sollte mindestens ein Haus der Grundversorgung sein, um alle Bereiche der praktischen Ausbildung abdecken zu können. Das Krankenhaus sollte verschiedene Fachabteilungen wie z. B. Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Pädiatrie, Anästhesie und Intensivmedizin vorhalten. Um das Ausbildungsspektrum erweitern zu können, wäre es von Vorteil, wenn weitere Fachdisziplinen wie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Gynäkologie oder Urologie vor Ort wären. Weiterhin wäre es günstig, wenn medizinische Funktionseinrichtungen wie Ambulanz/Notaufnahme, Endoskopie, Labor, physikalische Therapie und eine Röntgenabteilung das Angebot der Klinik vervollständigen würden.

Ebenso sollte die Klinik bereits Erfahrung im Bereich der Ausbildung von Auszubildenden haben – egal ob im Verwaltungs-, Operations- oder Pflegebereich. Dies wäre von Vorteil, da so nicht komplett neue Strukturen im Bereich Ausbildung geschaffen werden müssten. Die Klinik sollte für die praktische Pflegeausbildung einen berufspädagogisch geschulten Praxisanleiter pro zehn Auszubildende vorhalten. Dies entspricht den Vorgaben der „Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft“ (ALTMEPPEL et al. 2006, S. 2).

6.3 Finanzierung der „Kooperativen Pflegeausbildung“

Bei Ausbildungen an berufsbildenden Schulen tragen die Bundesländer die Kosten für die theoretische Ausbildung. Das heißt, die Ausstattungs-, Raum-, Betriebs- und Verwaltungskosten sowie die Kosten für die Lehrkräfte werden aus öffentlichen Mitteln finanziert. Anders stellt es sich bei den „Schulen des Gesundheitswesens“ dar. Dort erfolgt die Finanzierung ausschließlich über die Krankenhausentgelte. Voraussetzung dafür ist, „dass die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind“ (ALTMEPPEL et al. 2006, S. 2).

Im dualen System bzw. in den nach dem BBiG geregelten Ausbildungsberufen muss ein Betrieb „nur“ die Kosten für die praktische Ausbildung (Ausbildungsmittel, Ausbildungsvergütung und Ausbilder) aufbringen, während bei der Finanzierung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung alles in einer Hand liegt. Das Krankenhaus muss somit also auch für die Kosten der theoretischen Ausbildung aufkommen (vgl. ALTMEPPEL et al. 2006, S. 3) bzw. in einen Ausbildungsfonds einzahlen.

7. Synopse der bisherigen Erkenntnisse und Ausblick

Auch im Vorfeld einer integrierten Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung, die vom Gesetzgeber in der neuen Legislaturperiode auf den Weg gebracht werden soll, gibt es einen Änderungsbedarf der aktuellen Ausbildung in der Pflege. Dieser Bedarf besteht einerseits aufgrund der demografischen Entwicklung und des sich daraus ergebenden gewandelten Pflegebedarfs aufgrund des veränderten Krankheitsspektrums. Andererseits basiert er auf gesundheitspolitischen Einflussfaktoren, bei denen der Schwerpunkt nicht wie bisher auf der Kuration, sondern auf der Prävention liegt, wobei der Grundsatz ambulant vor stationär weiterhin gilt. Betrachtet man ferner die Ergebnisse der in Kapitel 2.6 dargestellten Ausbildungsstudien und überträgt diese auf Baden-Württemberg, werden wahrscheinlich auch hier viele Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege in Bereichen der Altenpflege arbeiten müssen, um den Bedarf zu decken. Für diese Tätigkeit wäre es also von Vorteil, während der Ausbildung auch die spezielle Pflege alter Menschen zu erlernen.

Wenn man die Aufgaben und Ziele der beruflichen Schulen näher betrachtet, wird deutlich, dass eine „Kooperative Pflegeausbildung“ dort den notwendigen Rahmen erhalten könnte. Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausbildungsfinanzierung in der Gesundheits- und Krankenpflege erscheint es für ein Krankenhaus ohne eigene Krankenpflegeschule auch ein Anreiz zu sein, mit einer beruflichen Schule zu kooperieren und gemeinsam Schüler auszubilden. Die Kosten für die theoretische Ausbildung würden vollständig durch öffentliche Mittel finanziert werden, und das Krankenhaus erhielte für die praktische Ausbildung voraussichtlich einen Teil der Mittel aus dem (im Bereich der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege dafür eingeführten) Ausbildungsfonds zurück. Die Finanzierung der Altenpflegeausbildung könnte wie bisher beibehalten werden.

Der Rückblick auf die Ausgangslage lässt also den Schluss zu, dass mit dem Konzept der „Kooperativen Pflegeausbildung“ im Bereich der beruflichen Schulen die Möglichkeit besteht, einen neuen Weg in der Pflegeausbildung zu gehen. Dieser ist im Hinblick auf die zukünftigen berufspolitischen Änderungen auch sinnvoll, um sich als theoretischer Lernort behaupten und weiterhin bestehen zu können. Im Hinblick auf die eigentliche Curriculumentwicklung ist zu berücksichtigen, dass die Möglichkeit zur Ergänzung der Ausbildungsinhalte der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege besteht, wenn dann vom Gesetzgeber eine integrierte Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung auf den Weg gebracht wird.

Literaturverzeichnis

- ALTMEPPEL, Sandra u. a (2006): Ausbildungsfinanzierung und Qualitätsstandards in den Pflegefachberufen – Positionspapier der Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PFLIEWISSENSCHAFT E. V. (Hrsg.): Stellungnahmen der Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. URL: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/Ausbildungsfinanzierung.pdf> (Stand: 24. Februar 2009).
- BMBF – BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2009): Der Bologna-Prozess. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (Hrsg.): Wissenschaft. URL: <http://bmbf.de/de/3336.php> (Stand: 24. Februar 2009).
- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2007): Pflegeausbildung in Bewegung. Modellprojekt „Ja Pflege“ Baden-Württemberg. Abschlussbericht. Heidelberg.
- DBR – DEUTSCHER BILDUNGSRAT FÜR PFLIEGEBERUFE (2009): Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006 – Eckpunkte. URL: <http://www.bildungsrat-pflege.de/material/Bildungskonzept-Eckpunkte.pdf> (Stand: 24. Februar 2009).

- DIP – DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG E. V.; DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT; ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hrsg.) (2006): Pflegeausbildung im Umbruch. Zusammenfassung der Ergebnisse der Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS). URL: <http://www.dip-home.de/material/downloads/pabis-kurzbericht.pdf> (Stand: 24. Februar 2009).
- GÖRRES, Stefan (2006): Höhere Qualität und Attraktivität der neuen Altenpflegeausbildung wird erwartet. Zusammenfassung der Ergebnisse der BEA-Studie. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND UND UNIVERSITÄT BREMEN (Hrsg.): Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegesschulen (BEA). Bremen. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/BEA_Zusammenfassung.pdf (Stand: 24. Februar 2009).
- HOLOCH, Elisabeth et al. (Hrsg.) (2006): Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell. Pflegeberuflicher und pädagogischer Begründungsrahmen. Braunschweig.
- JACOB, Christine (2008): Generalistische Pflegeausbildung – Modellprojekt an der Berliner Wannsee-Schule. In: PADUA – Pflege anders denken und ausbilden, 3 (2008) 3, S. 57–65.
- JACOB, Christine (2006): Im Zeichen des Ypsilon – Die Perspektive der Fachschulen. In: PADUA – Pflege anders denken und ausbilden, 1 (2006) 4, S. 58–59.
- KM-BW – MINISTERIUM FÜR KULTUS, JUGEND UND SPORT BADEN-WÜRTTEMBERG (2007): Ausbildung und Prüfung in der Altenpflege – Eine Zusammenführung der zu beachtenden Rechtsvorschriften. URL: <http://www.altenpflegeausbildung.net/snua/altenpflegeausbildung/BW/BW071219-3> (Stand: 24. Februar 2009).
- KM-BW – MINISTERIUM FÜR KULTUS, JUGEND UND SPORT BADEN-WÜRTTEMBERG (o. J.): Berufliche Schulen. URL: <http://www.km-bw.de/servlet/PB/-s/197vjcj8gvxzanzxczkezv8914c6atm/menu/1099491/index.html?ROOT=1075594> (Stand: Februar 2009).
- LANDRATSAMT HOHENLOHEKREIS (2006): Sitzungsvorlage Nr. SKU VII/30. Tagesordnungspunkt: Einrichtung eines Schulversuches „Integrative Pflegeausbildung“ an der Hauswirtschaftlichen Schule Künzelsau und Krankenpflegeschule der Hohenloher Krankenhaus GmbH – Vorberatung. Künzelsau.
- MASSAR, Tamara (2009): Begriff Schulen des Gesundheitswesens. URL: <http://www.bildungserver.de/glossarset.html?sp=0&Id=44> (Stand: 24. Februar 2009).
- NIEHUS, Heinz Günther (2000): Nationale Konferenz zur Errichtung von Pflegekammern in Deutschland. URL: <http://www.pflegekammer.de> (Stand: 24. Februar 2009).
- OETTINGER, Günther H. (2008): Es gibt keinen Grund, das bewährte dreigliedrige Schulsystem aufzugeben. In: Interview mit dem baden-württembergischen Ministerpräsidenten Günther H. Oettinger. URL: <http://bildungsklick.de/a/58467/es-gibt-keinen-grund-das-bewaehrte-dreigliedrige-schulsystem-aufzugeben/> (Stand: 24. Februar 2009).
- ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hrsg.) (2000): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 28, 6. Auflage, Gerlingen.
- ROBERT-SCHUMAN-SCHULE BADEN-BADEN (2008): Berufsfachschule für Altenpflege. Integrative Pflegeausbildung in Kooperation mit den Pflegefachschulen mit der Klinikum Mittelbaden gGmbH. Baden-Baden. URL: <http://www.rsb.bad.schule-bw.de> (Stand: 24. Februar 2009).

- SM-BW – MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES BADEN-WÜRTTEMBERG (2008): Ausbildungsgänge in der Krankenpflege und in der Altenpflege. Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Soziales. Antrag der Abgeordneten Norbert Zeller u. a. SPD. Drucksache 14/3534, Stuttgart.
- SM-BW – MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES BADEN-WÜRTTEMBERG (2007): Zukunft der Pflege in Baden-Württemberg. Antwort der Landesregierung. Große Anfrage der Fraktion der CDU. Drucksache 14/565, Stuttgart.
- SM-BW – MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES BADEN-WÜRTTEMBERG; LAG-BW – LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER LEHRERINNEN UND LEHRER FÜR PFLEGEBERUFE BADEN-WÜRTTEMBERG E. V. (2004): Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger und zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. Stand vom 16. Juli 2004, Stuttgart.
- STAATSMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG (2005): Trends und Fakten – Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Pflege- und Krankenhausversorgung. In: STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.): Gesundheit, Soziales, Rechtspflege – Veröffentlichungen. URL: <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/111404001.pdf> (Stand: 24. Februar 2009).
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (2008): Entwicklung der Schülerzahlen in Baden-Württemberg. URL: http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Statistik_Aktuell/803408001.pdf (Stand: 24. Februar 2009).
- TIP – TRANSFERNETZWERK INNOVATIVE PFLEGEAUSBILDUNG (2008): Dokumentation Fachtagung 2008. Bildung für die Pflege der Zukunft: Modelle, Diskurse, Entwicklungsbedarf. URL: <http://www.tip-netzwerk.de/pdf/Doku-Tip%20Fachtagung%202008-k.pdf> (Stand: 24. Februar 2009).
- WEIDNER, Frank; RÖTTLÄNDER, Ruth; SCHWAGER, Sandra (2006): Modellprojekt Pflegeausbildung in Bewegung – Gegenwart und Zukunft. In: Die Schwester/Der Pfleger, 45 (2006) 7, S. 82–86.
- WERMKE, Matthias u. a. (2001): Begriff Generalisation. In: Dudenredaktion (Hrsg.): Duden 5 – Das Fremdwörterbuch. 7. Auflage, Mannheim u. a., S. 345.
- WERMKE, Matthias u. a. (2001): Begriff kooperativ. In: Dudenredaktion (Hrsg.): Duden 5 – Das Fremdwörterbuch. 7. Auflage, Mannheim u. a., S. 544.
- WIAD – WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS GEM. E. V.; DIP – DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG E. V. (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, hrsg. von BMFSFJ. 1. Auflage, Berlin.

Rechtsquellenverzeichnis

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV) vom 26. November 2002. In: BGBl. Teil I 2002 S. 4418, auf Grund des § 9 des Altenpflegegesetzes vom 17. November 2000. In: BGBl. Teil I S. 1513, in Verbindung mit § 1 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002. In: BGBl. Teil I S. 3165 und dem Organisationserlass vom 22. Oktober 2002. In: BGBl. Teil I S. 4206.

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003. In: BGBl. Teil I S. 2263, zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007. In: BGBl. Teil I S. 2686.
- Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 23. März 2005. In: BGBl. I S. 931.
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 25. August 2003. In: BGBl. Teil I 2003 S. 1690, zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 28. Mai 2008. In: BGBl. Teil I 2008 S. 874.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003. In: BGBl. Teil I 2003 S. 1442, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. Mai 2008. In: BGBl. Teil I 2008 S. 874.
- Schulgesetz für Baden-Württemberg (SchG) in der Fassung vom 1. August 1983 (GBl. S. 397; K. u. U.¹ S. 584), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 2006 (GBl. S. 378; K. u. U. 2007 S. 38).

1 K. u. U.: Eine in Baden-Württemberg genutzte und dort bekannte Abkürzung. Sie steht für „Kultus und Unterricht“, also für das dortige Schulministerium. K. u. U. ist das Veröffentlichungsmedium für Rechtsnormen → analog z. B. zum Schulverwaltungsblatt Niedersachsen.

Kapitel 2

Empirische Befunde zur beruflichen Ausbildung

Stefanie Schache, Dirk Lau

Berufswahlmotive und berufliche Perspektiven – Eine Analyse ausgewählter Gesundheitsberufe

Im Zentrum des Beitrages stehen die Fragen, warum junge Menschen sich für Gesundheitsberufe entscheiden und welche beruflichen Perspektiven sie für sich sehen. Für die Analyse ausgewählt wurden die Berufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Hebamme, Medizinische Fachangestellte und Zahnmedizinische Fachangestellte.

Mittels eines strukturierten Fragebogens wurden n = 599 Auszubildende in den genannten Gesundheitsberufen nach ihren Berufswahlmotiven und beruflichen Perspektiven befragt. Bei den Berufswahlmotiven stehen insbesondere die intrinsischen Beweggründe, anderen helfen zu wollen, Kontakt zu Menschen zu pflegen und die Dankbarkeit durch Klienten zu erhalten, im Vordergrund. Hinzu kommen starke fachliche Interessen, die Bestrebungen, beruflich aufzusteigen und eigeninitiativ zu arbeiten. Auffällig ist, dass trotz hoher intrinsischer Motivation häufig Auszubildende insbesondere im dritten Ausbildungsjahr unsicher sind, ob sie ihren gewählten Beruf noch einmal ergreifen würden.

Zwar besteht ein hohes Interesse, sich beruflich weiterzuentwickeln und an Maßnahmen zur Höherqualifizierung teilzunehmen. Auf der anderen Seite zeigt sich aber auch, dass die Kenntnisse hinsichtlich der vielfältigen Anzahl weiterbildender Maßnahmen von den Auszubildenden oftmals nur mäßig eingeschätzt werden.

1. Einleitung

„Ich möchte anderen Menschen helfen.“ Mit dieser oder ähnlichen Aussagen der Ausbildungsanwärter werden Lehrkräfte in den Gesundheitsberufen im Rahmen von Auswahlverfahren und Bewerbungsgesprächen auf die Frage nach den Auslösern für die Berufswahl häufig konfrontiert (STRACKE-MERTENS 1987; REUSCHENBACH 2004).

Der hier vorliegende Beitrag befasst sich zum einen mit den Berufswahlmotiven und mit der möglichen weiteren Entwicklung im Beruf und entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen. Die beruflichen Perspektiven in den Gesundheitsberufen sind in den vergangenen Jahren sehr vielfältig, aber zum Teil aufgrund der Heterogenität von Bildungsmaßnahmen und Bildungsabschlüssen auch schwer beurteilbar für die Berufsinhaber selbst geworden. Für die Analyse ausgewählt wurden folgende Berufe: Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, Hebammen (Entbindungspflege), Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte.

Die Charakteristika der genannten Gesundheitsberufe – Professionalisierungstendenzen und Akademisierung und die Notwendigkeit, die Pflege und Behandlung in einer alternden Gesellschaft sicherzustellen und diese Aufgabe auch langfristig attraktiv für junge Menschen zu gestalten (Joost 2007) – sollen analysiert werden.

2. Ausgangslage

2.1 Beruf – gesellschaftliche Bedeutung und Funktionen

Berufliche Arbeit stellt ein Kernelement der modernen Gesellschaft dar. Die Freiheit der Berufswahl, der Berufsausübung, des Arbeitsplatzes und der Ausbildungsstätte sind im Artikel 12 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland verankert. Diese Tatsache unterstreicht die wesentliche Stellung von Beruf und Berufstätigkeit in unserer Gesellschaft (GG 1949).

Nach WEBER (1956, S. 80 zitiert nach SCHARMANN 1977, S. 33) soll Beruf „jene Spezifizierung, Spezialisierung und Kombination von Leistungen einer Person heißen, welche für sie die Grundlage einer kontinuierlichen Versorgungs- und Erwerbschance ist“. Des Weiteren sieht WEBER Beruf „als einmalige gesellschaftliche Position und Funktion, die von einem Individuum aufgrund eines inneren Rufes einer als ganz persönlich empfundenen Qualifikation ergriffen wird“ (1956, S. 80 zitiert nach SCHARMANN 1977, S. 33).

GEISSLER (1996) sieht den Beruf am Ende des 20. Jahrhunderts in einem anderen Licht und weist darauf hin, dass die von WEBER beschriebene besondere, spezielle und individuelle Könnerschaft, kombiniert mit einer inneren Anteilnahme bezogen auf den Beruf immer mehr zurückgeht zugunsten der sogenannten Jobs, die mit dem Erfordernis einer Vielfalt von Schlüsselqualifikationen verbunden sind. Damit geht eine Reduktion der Verwurzelung im Beruf einher, wie sie einst Georg KERSCHENSTEINER, der Vater der Berufsschule, gesehen hat. Das einstige Ideal von der Bildung für und durch den Beruf ist ebenfalls in der Auflösung begriffen. Ursachen hierfür liegen unter anderem in der zunehmenden Technisierung und Automatisierung vieler Arbeitsbereiche, die eine wirkliche Auseinandersetzung mit dem Berufsgegenstand minimieren (ARNOLD 1994).

Für den einzelnen Menschen werden nach SEIFERT (1977) fünf Hauptfunktionen beruflicher Arbeit konstatiert. Zum einen die von WEBER aufgegriffene und oben bereits erwähnte wirtschaftliche und soziale Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, zum anderen die Förderung von sozialen Kontakten. Zudem werden der soziale Status und das Ansehen eines Menschen wesentlich von seinem Beruf bestimmt. Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung sowie die Regulation der psychischen Verfassung und Leistungsfähigkeit des Menschen stellen weitere Funktionen beruflicher Arbeit dar.

2.2 Berufswahl

2.2.1 Theoretische Ansätze zum Berufswahlverfahren

Seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sind systematisch aufgearbeitete theoretische Ansätze zur Berufswahl und zum Berufswahlverhalten in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen bekannt. Als Ursprung der theoretischen Auseinandersetzung mit der Berufswahl gelten die Gedanken PARSONS aus dem Jahre 1909. „Dieser Autor ging davon aus, dass Personen, die aktiv und engagiert an ihrer Berufswahl beteiligt sind, größere Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistungen in ihrem späteren Beruf zeigen“ (HOLLING u. a. 2000, S. 2). Eine These, die auch knapp 100 Jahre später immer noch ihre Berechtigung hat und ein Stück beruflicher Realität abbildet (HOLLING u. a. 2000; PRAGER, WIELAND 2005).

Berufswahl als Zuweisungsprozess

DAHEIM (1970 zitiert nach HOLLING u. a. 2000; BUSSHOFF 1984) sieht den Berufswahlprozess als Vorgang, in dem es zu einer sukzessiven Verringerung von Berufsalternativen kommt. Geprägt ist dieses Prozedere von sogenannten Agenten, Personen, die Einfluss auf den Berufswählenden ausüben, z. B. die Familie, Lehrer, Altersgenossen, Berufsinhaber und Berufsberater.

Berufswahl als Entwicklungsprozess

Entwicklungstheoretische Ansätze thematisieren alters- und reifebedingte Aspekte der Berufswahl. Es werden entwicklungsabhängige Phasen der Berufswahl postuliert und beschrieben. SUPER geht von fünf Stadien des beruflichen Entwicklungsprozesses aus:

Im Stadium des Wachstums von der Geburt bis zum 14. Lebensjahr findet die Entwicklung des Selbstkonzepts statt durch die Identifikation mit Bezugspersonen aus Familie und Schule. Im Stadium der Erkundung, vom 15. bis zum 24. Lebensjahr, kommt es zu ersten vorläufigen Berufsentscheidungen, zudem wird versucht, das Selbstkonzept im beruflichen Bereich zu realisieren, schließlich werden erste Positionen im Berufsleben eingenommen. SUPER sieht vom 25. bis zum 44. Lebensjahr das Stadium der Etablierung oder Festlegung, in dem die Suche nach einem dauerhaften Platz in der Arbeitswelt prioritär ist. Das Stadium der Aufrechterhaltung vom 45. bis zum 64. Lebensjahr schließt das Halten einer einmal erreichten Dauerposition ein. Ab dem 65. Lebensjahr erfolgt dann das Stadium des Abbaus, geprägt durch den beruflichen Rückzug und den Eintritt in den Ruhestand (BUNK 1982; BUSSHOFF 1984).

Berufswahl als Lernprozess

Bezogen auf die lerntheoretischen Ansätze der Berufswahl soll an dieser Stelle auf die Erklärungen von KRUMBOLTZ (1978 zitiert nach BUSSHOFF 1984; HOLLING u. a. 2000) zurückgegriffen werden. KRUMBOLTZ legt dar, dass der Mensch im Zusammenwirken von Erbfaktoren und Umweltbedingungen Lernerfahrungen macht. Diese Lernerfahrungen führen zur Ausbildung eines Selbstkonzepts und individueller Problemlösungsmethoden. Selbstkonzept und Problemlösungsmethoden haben erheblichen Einfluss auf die Berufswahl. Jede berufswahlrelevante Handlung stellt ihrerseits eine neue Lernerfahrung dar und hat somit Rückwirkungen auf das Selbstkonzept und die Problemlösungsmethoden und damit Einfluss auf weitere berufswahlbezogene und berufliche Entscheidungen und Handlungen. Es entsteht quasi eine Kette von Lernerfahrungen im Zuge berufsrelevanter Handlungen, die die vorberufliche und berufliche Laufbahn des Individuums wesentlich bestimmt.

Berufswahl als Zuordnungsprozess

Die Persönlichkeit eines Menschen ist ein beeinflussender Faktor bei der Berufswahlentscheidung. HOLLAND (1978 zitiert nach BUSSHOFF 1984) geht in seiner Berufswahltheorie davon aus, dass der Berufswählende nach einem Beruf sucht, der seinem Persönlichkeitsmuster weitgehend entspricht. In einem sechs Idealtypen umfassenden System weist HOLLAND nun verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen passende, für berufliche Tätigkeiten unumgängliche Kompetenzen zu. Zu den sechs Typologien gehören der realistische, der erforschende, der künstlerische, der soziale, der unternehmerische und der konventionelle Typ. Beispielhaft sei hier, entsprechend den in dieser Arbeit beleuchteten Berufen, der soziale Typ kurz dargestellt. Dieser ist charakterisiert durch pädagogische, therapeutische und psychologische Kompetenzen und Schwächen im technischen und manuellen Bereich.

Berufswahl als Entscheidungsprozess

In den sogenannten Entscheidungstheorien wird die Berufswahl als „rationale, unabhängige Entscheidung des Individuums erklärt, wobei der Wähler über kognitive und affektive Entscheidungsprämissen sowie über entsprechende Entscheidungsregeln verfügt“ (BUNK 1982, S. 36).

2.2.2 Einflussfaktoren und unterstützende Bedingungen

Eine Vielzahl von Faktoren wirkt auf die Berufswahl und letztendlich auch auf weitere berufliche Entscheidungen ein. Als grundsätzliche Bestandteile beruflicher Prozesse lassen sich die Konzepte Individuum, Umwelt, Interaktion und Verhalten herausfiltern. Den vor der Berufswahl stehenden Personen werden von verschiedenen Instanzen Entscheidungshilfen und Unterstützung angeboten. In erster Linie

schalten sich bei Jugendlichen die Eltern in den Selektionsprozess ein, aber auch die Schule und die Berufsberatung spielen eine Rolle. Eine große Bedeutung kommt direkten Kontakten zum beruflichen Milieu zu. Im Folgenden werden die beeinflussenden und unterstützenden Bedingungen bei der Berufswahl und beruflichen Entwicklung präsentiert (PRAGER, WIELAND 2005; HIRSCHI 2006; DIMBATH 2007).

2.3 Zur Entwicklung und Situation ausgewählter Gesundheitsberufe

Die Schulen des Gesundheitswesens folgen, historisch bedingt, einer frauentypischen Berufskonzeption, denn man ging davon aus, dass die benötigten Fähigkeiten in den Gesundheitsberufen den natürlichen Eigenschaften der Frau entsprechen würden. Zudem sollte die berufliche Qualifikation auch gleichzeitig eine Qualifizierung für die spätere Hausfrauen- und Mutterrolle darstellen. Eine moralische Entlohnung schien deshalb oft ausreichend, sodass auf eine Entlohnung zur familienerhaltenden Existenzsicherung oder auf männlich etablierte Karrieremöglichkeiten scheinbar verzichtet werden konnte. Die Ausbildung wurde bei der einstellenden Institution belassen, und ein Anschluss an die staatlich-bildungspolitisch gestaltete Entwicklung zweiter Bildungswege und höherer Qualifizierungsstufen unterblieben (KRÜGER, RABE-KLEBERG, MISCHO-KELLING 1996).

Die Ausbildungen im Gesundheitswesen unterliegen nach wie vor unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen. Problematisch erscheint die weiterhin generelle Sonderstellung der beruflichen Bildung des Gesundheitswesens im Hinblick auf das Gesamtbildungssystem und die damit verbundene fehlende Anschlussfähigkeit an das allgemeine Berufsbildungssystem. Die an diesen Schulen erworbenen Abschlüsse bieten keine formalrechtliche Anbindung an weiterführende Hoch- oder Fachhochschulen (ROBERT BOSCH STIFTUNG 2000). Aus diesem Grund gelten Pflegeausbildungen immer noch als Sackgassen im Hinblick auf berufliche Bildung und somit als zunehmend unattraktiv. Ausnahme bilden die Ausbildungen im Bereich der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten. Diese dualen Ausbildungsberufe werden nach dem Berufsbildungsgesetz geregelt.

Es bleibt abzuwarten, ob sich die gesetzlichen Regelungen der betroffenen Pflegeberufe so ändern, dass sich die derzeitige Sonderstellung der Schulen im Gesundheitswesen aufhebt und der Anschluss an das allgemeine berufsbildende System geöffnet wird. Die sich ständig erweiternden Anforderungen an Qualifikationen und Kompetenzen, nicht zuletzt bedingt durch den demografischen Wandel, brachten eine strukturelle und inhaltliche Umgestaltung vieler Berufe des Gesundheitswesens mit sich. Zunächst erfolgte die didaktische Umstrukturierung des traditionellen Fächerkanons in ein auf Lernfeldern basierendes System.

In der praktischen Ausbildung wird mehr denn je Wert auf eine pädagogisch fundierte Anleitung gelegt. Auch inhaltlich wurden neue Schwerpunkte gesetzt, als Beispiel sei hier die Fokussierung auf die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung genannt. Sowohl die Gesetze in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege als auch in der Altenpflege schaffen im Rahmen einer Modell- und Erprobungsklausel die Bedingungen, zeitlich befristet Modellprojekte einer integrierten Pflegeausbildung zu erproben (§ 4 Abs. 6 KrPflG 2003, § 4 Abs. 6 AltPflG 2003). Die Intention dieser Modellprojekte ist die Erprobung neuer Ausbildungsprofile, um den veränderten Ansprüchen an eine zukunftsorientierte Pflege gerecht zu werden (WEIDNER, ROTT-LÄNDER, SCHWAGER 2006). Ein weiteres Ziel der gemeinsamen Ausbildung wäre laut STÖCKER (2005) die Förderung einer horizontalen beruflichen Mobilität und damit die Chancen auf dem Arbeitsmarkt der professionell Pflegenden, aber auch die Attraktivität der Pflegeberufe zu verbessern. Zudem besteht die Chance, durch eine Umstrukturierung der Ausbildungsform eine bessere Übereinstimmung mit den europäischen Normen zu erhalten. Dies erscheint sinnvoll, um einerseits eine europäische Vergleichbarkeit der Gesundheitsberufe zu erhalten und andererseits weitere Berufsperspektiven zu eröffnen. So ist die deutsche Altenpflegeausbildung bislang lediglich im eigenen Land anerkannt.

Nach erfolgreicher Beendigung der jeweiligen Ausbildung stehen den Absolventen zahlreiche Arbeitsfelder zur Verfügung. Trotzdem steigen Erwerbstätige aufgrund hoher physischer und psychischer Belastungen aus dem Berufsleben aus, Fachkräftemangel ist die Folge. Der Deutsche Berufsverband für Pflegebedürftige spricht sogar seine Befürchtungen dahin gehend aus, dass sich aufgrund der scheinbaren Unattraktivität kaum noch gute Schulabgänger für eine pflegerische Ausbildung entscheiden (DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE 2008).

Wissen und Fähigkeiten der Berufsausbildung und der ersten Berufsjahre genügen in den meisten Fällen heute nicht mehr, um eine jahrelange Berufslaufbahn sinnvoll zu durchlaufen. Laut KAISER (2005) nimmt in diesem Zusammenhang der Stellenwert der Fort- und Weiterbildung sowie Studienmöglichkeiten in den Gesundheitsberufen angesichts des beschleunigten gesellschaftlichen Wandels und der daraus resultierenden Notwendigkeit des lebenslangen Lernens zu.

Allen Gesundheitsberufen steht eine Vielzahl von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung. Auch die Akademisierung der Pflegeberufe wurde in den vergangenen Jahren vorangetrieben. Neben der Erweiterung pflegespezifischer Qualifikations- und Professionalisierungsmöglichkeiten soll durch den Akademisierungsprozess der Anschluss an internationale Bildungsstandards angebahnt werden. Im Bereich der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten existieren bundesweit namentlich noch keine einheitlichen Studiengänge. Inhaltlich umfassen viele jedoch betriebswirtschaftliche Anteile mit dem Schwerpunkt

Gesundheitsmanagement (BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2008; PRAXISFIT 2008). Motivationshemmend erscheint insgesamt betrachtet, dass in vielen Bereichen keine einheitlichen Angebote vorliegen und die wenigsten Maßnahmen zu einem beruflichen und somit auch letztendlich finanziellen Aufstieg führen. Die fehlenden Aufstiegschancen und Karrierestrukturen in Kombination mit geringen Verdienstmöglichkeiten und erhöhten Arbeitsbelastungen lassen die Gesundheitsberufe nicht interessant erscheinen.

3. Die empirische Untersuchung

3.1 Ziel und Fragen der Untersuchung

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, Erkenntnisse über die Berufswahlmotive und beruflichen Perspektiven von Auszubildenden vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftlichen und arbeitsmarktbezogenen Entwicklungen zu gewinnen. Es ist erforderlich, entsprechende Daten im Rahmen einer quantitativen Untersuchung zu erheben. Anschließend sollen auf Grundlage der Forschungsergebnisse Konsequenzen für die Ausbildung und Höherqualifizierung in den Gesundheitsberufen diskutiert werden.

Aus den dargestellten Erkenntnissen zum Berufswahlverhalten und zu den beruflichen Perspektiven in den ausgewählten Gesundheitsberufen Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Hebammen (Entbindungspflege), Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte ergeben sich folgende Fragestellungen:

Berufswahl:

- a) Welche Faktoren unterstützen die Auszubildenden bei ihrer Berufswahl?
- b) Welche Berufswahlmotive haben Auszubildende in unterschiedlichen Gesundheitsberufen?
 - Gibt es Unterschiede in den Berufswahlmotiven der einzelnen Gesundheitsberufe?
 - Gibt es Unterschiede in den Berufswahlmotiven im Hinblick auf das Alter, das Geschlecht, den Schulabschluss, die Religionszugehörigkeit oder den Familienstand der Auszubildenden?
- c) Hat sich die Berufswahl für die Auszubildenden als subjektiv richtig erwiesen?

Berufliche Perspektiven:

- d) Welchen Stellenwert schreiben Auszubildende in unterschiedlichen Gesundheitsberufen der persönlichen beruflichen Weiterentwicklung zu?

- e) Zu welchen Fachthemen möchten sich die Auszubildenden spezialisieren und weiterentwickeln?
- f) Wie schätzen Auszubildende verschiedene Faktoren des lebenslangen beruflichen Lernens ein?
- g) Durch welche Bildungsmaßnahmen möchten sich die Auszubildenden spezialisieren und weiterentwickeln?
- h) Welche Bedingungen favorisieren Auszubildende im Hinblick auf ihre persönliche Weiterentwicklung?

3.2 Methodik

3.2.1 Methodenwahl

Im Fokus des hier vorliegenden Artikels steht die zahlenmäßige Ausprägung der Merkmale Berufswahlmotive und Perspektiven von Auszubildenden in Gesundheitsberufen. Es sollen im Wesentlichen subjektzentrierte Schätzurteile der Probanden erhoben werden. Diese Annahmen legen einen quantitativen Forschungsansatz mit einem entsprechend ausgerichteten Datenerhebungs- und Datenauswertungsverfahren nahe (BORTZ, DÖRING 2002; ATTESLANDER 2008). Die zum Teil fehlende Behandlung der Themen Berufswahlmotive und berufliche Perspektiven in der Literatur als auch die Untersuchung und Beschreibung der Situation sowie spezifischer Merkmale einer definierten Personengruppe, hier der Auszubildenden in Gesundheitsberufen, belegen die explorative und deskriptive Ausrichtung der Studie (LOBIONDO-WOOD, HABER 1994/1996; ROGGE 1995; MAYER 2002).

Mit der Befragungsmethode lassen sich subjektive Einstellungen und Merkmale von definierten Personengruppen adäquat sammeln und erforschen. Für die Befragung homogener Gruppen eignet sich besonders die schriftliche Befragung (KONRAD 1999; BORTZ, DÖRING 2002). Aus den genannten Gründen wurde als Erhebungsinstrument ein strukturierter Fragebogen entwickelt (KONRAD 1999; BORTZ, DÖRING 2002).

3.2.2 Untersuchungsstichprobe

Dem Ziel dieses Beitrags entsprechend wurden Auszubildende der vorgenannten Gesundheitsberufe zu ihren Berufswahlmotiven sowie zu ihren Kenntnissen und Neigungen hinsichtlich anschließender beruflicher Perspektiven befragt. An der Befragung nahmen insgesamt $n = 599$ Schüler teil. Der Anspruch auf Repräsentativität kann jedoch nicht erhoben werden, da nicht auf alle strukturellen Merkmale der Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe kann nur dann korrekt als repräsentativ bezeichnet werden, wenn sie auf einer Zufallsauswahl basiert (QUATEMBER 2001). In diesem Fall handelt es sich nicht um eine klassische Zufallsstichprobe.

be, sondern um eine pragmatische Stichprobe. Die Stichprobengröße ergab sich aus den zum Zeitpunkt der Untersuchung anwesenden Schülern.

Die Stichprobenrekrutierung erfolgte mittels Anschreiben der einzelnen Schulen. Hierzu wurden zwei Krankenpflegeschulen, eine Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule, zwei Fachseminare für Altenpflege, eine Hebammenschule sowie ein Berufskolleg, an welchem die Ausbildung für Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte angeboten wird, angeschrieben. Bis auf eine Krankenpflegeschule, die in Niedersachsen ansässig ist, befinden sich alle angefragten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen.

Vor der Hauptuntersuchung wurde ein Pretest durchgeführt. Dieser diente der Erprobung der Durchführbarkeit der Untersuchung.

3.2.3 Ablauf der Datenauswertung

Die Auswertung der durch die Hauptuntersuchung gewonnenen Daten erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS 15.0 für Windows. Hierzu wurden alle Items und Antwortvorgaben kodiert und in eine Eingabemaske übertragen. Bei der Auswertung der Daten wurden Elemente der deskriptiven Statistik angewandt. Hierzu wurden in der Regel Häufigkeiten in absoluten und prozentualen Ausprägungen ermittelt. Bei der Darstellung der Berufswahlmotive und der beruflichen Weiterentwicklungsinteressen wurden der Median bzw. das arithmetische Mittel als Maße der zentralen Tendenz ermittelt. Letztgenannte Methoden wurden zur Bestimmung von Rangfolgen gewählt. Die Auswertung der offenen Frage fand in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach MAYRING statt. Ausgehend von den vorliegenden Antworttexten wurden mittels Paraphrasierung und Reduktion Kategorien gebildet (MAYRING 2000).

4. Ergebnisdarstellung

Die Präsentation der Ergebnisse findet in drei Teilen statt. Zunächst werden die soziodemografischen Angaben zur Person aufgeführt. Anschließend folgen die Einschätzungen der Befragten zu den Themen Berufswahl und berufliche Weiterentwicklung.

4.1 Angaben zur Person

Wie bereits erwähnt waren insgesamt $n = 599$ Auszubildende ausgewählter Gesundheitsberufe an der Befragung beteiligt, davon 546 weibliche und 53 männliche Personen. Letztere fanden sich ausschließlich in der Gesundheits- und Krankenpflege (25,0%) und Altenpflege (19,0%). Mit Ausnahme der Gesundheits- und Kinderkran-

kenpflege wurden in allen Berufen Lernende aus den drei existierenden Ausbildungsjahren befragt.

Bezogen auf alle Befragten ist feststellbar, dass die Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen mit 294 (49,1 %) Personen gefolgt von den 21- bis 25-Jährigen mit 253 (42,2 %) Personen den größten Anteil der gezogenen Stichprobe ausmacht. Alle weiteren Altersgruppen sind nur in geringen Ausprägungen vorhanden. Es fällt auf, dass die jungen Altersjahrgänge insbesondere bei den Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten vertreten sind. Die höheren Altersstufen von 31 bis über 45 Jahren sind bis auf wenige Ausnahmen ausschließlich in der Altenpflegeausbildung anzutreffen.

Insgesamt betrachtet ist der Realschulabschluss mit 39,9 % der am häufigsten absolvierte Abschluss, gefolgt von der Fachhochschulreife mit 25,1 % und der allgemeinen Hochschulreife mit 16,8 %. Die Hauptschulabschlüsse vom Typ A mit 5,7 % und vom Typ B mit 11,7 % sind mit verhältnismäßig geringer Anzahl und im Wesentlichen aufgrund der formalen Zulassungsvoraussetzungen bei den Auszubildenden zur Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten vertreten. In Nordrhein-Westfalen wird zwischen zwei Hauptschulabschlüssen unterschieden. Der Abschluss vom Typ B ist qualitativ hochwertiger und berechtigt zum Besuch der Fachoberschule. Mit Ausnahme der Ausbildungen im Bereich der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten wird für den Zugang der hier untersuchten Berufe mindestens ein Hauptschulabschluss des Typs B vorausgesetzt.

Mit 88,4 % hat die große Mehrheit der Schüler bereits vor dem Beginn der jeweiligen Ausbildung Erfahrungen im Gesundheits- und Sozialwesen gesammelt. Mit Blick auf die Berufsgruppen fällt auf, dass alle Probanden aus dem Hebammenwesen bereits Einsicht in berufsgleiche bzw. berufsähnliche Tätigkeiten genommen haben. Mit 19,9 % bzw. 19,0 % liegt der Anteil der „Unerfahrenen“ bei den Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten am höchsten.

Die Frage, ob sie Verwandte haben, die im Gesundheits- und Sozialwesen beruflich tätig sind, beantworteten 391 Auszubildende und somit 65,4 % mit „Ja“. Besonders häufig vorhanden bei den Verwandten der Befragten sind Gesundheits- und Krankenpfleger und Altenpfleger mit 177 bzw. 137 Nennungen. Eher weniger vertreten sind Hebammen/Entbindungspfleger (29), Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (38) sowie Ärzte (59). Verwandte, die als Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte arbeiten, wurden von 91 bzw. 88 Personen benannt.

4.2 Berufswahl

4.2.1 Unterstützende Faktoren

Die Befragten schätzten insgesamt acht Items bezogen auf ihren unterstützenden Stellenwert bei der Wahl des Ausbildungsberufs ein. In allen sechs befragten Berufsgruppen kristallisieren sich die Vorerfahrungen im Gesundheitswesen, Gespräche mit Verwandten und Freunden und die Informationen durch ausbildende Praxiseinrichtungen als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ heraus. Insbesondere Vorerfahrungen sind für 83,3 % der Befragten von hoher bzw. sehr hoher Bedeutung.

Die Berufsberatung durch die Agentur für Arbeit wird von der Gesamtgruppe der Befragten als am wenigsten wichtig eingeordnet, hier stimmten lediglich 14,2 % mit „sehr wichtig“ oder „wichtig“. 57,6 % stufen die institutionelle Berufsberatung als „eher unwichtig“ bzw. „sehr unwichtig“ ein. Auch Informationen über Medien wie Fernsehen, Radio, Zeitungen und Zeitschriften spielen nur eine untergeordnete Rolle als Hilfeleister bei der Berufswahl. Als beachtliches Medium hinsichtlich der Unterstützungsleistung wird ausschließlich das Internet hervorgehoben. Hier stimmen 43,8 % der Auszubildenden mit „sehr wichtig“ und „wichtig“.

Informationsveranstaltungen, wie Berufsmessen und Beratungen durch ausbildende Fachschulen, erhalten mit einem Votum von 24,6 % und 34,8 % für „sehr wichtig“ und „wichtig“ Zustimmungswerte im mittleren Bereich.

4.2.2 Motive der Auszubildenden

Die Bedeutsamkeit der Berufs- bzw. Ausbildungswahlgründe für die Probanden wird für die einzelnen Items mittels Median als Wert der zentralen Tendenz und arithmetischen Mittelwerts dargestellt. Zunächst sollen jeweils die Berufswahlmotive mit hoher Zustimmung, also Medianwerten von 1,0 und 2,0, dargelegt werden, anschließend folgen Berufswahlgründe, die bei den Befragten eher weniger Zustimmung finden, und Items mit mittlerer Bewertung.

Der Blick auf die Gesamtgruppe verdeutlicht, dass die Auszubildenden die ausgewählten Gesundheitsberufe insbesondere ergreifen, weil sie gerne Kontakt zu anderen Menschen haben und ihnen helfen möchten. Prozentual gesehen bestätigen 56,9 % die Angabe „Kontakt zu anderen Menschen“ mit der Aussage „trifft vollständig“ zu und 35,7 % mit „trifft zu“. Das Motiv „Menschen helfen wollen“ kennzeichnen 54 % mit „trifft voll zu“ und 37,4 % mit „trifft zu“. Somit sind bei diesen beiden Items mit starkem Bezug zur Adressatengruppe von Pflege und Behandlung Zustimmungswerte von über 90 % zu konstatieren. Weitere zentrale Gründe für die Berufswahl sind die Aussicht auf interessante Tätigkeiten und das Gefühl, etwas Sinnvolles tun zu können. Hier entscheiden sich 88,3 % bzw. 86,4 % der Auszubildenden für die höchsten Bewertungen.

Das Feedback der betreuten Menschen scheint für die Schüler ebenfalls ausschlaggebend zu sein, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen. So erhielt die Kategorie „Dankbarkeit anderer Menschen“ Zustimmungswerte von 55,8 % („trifft voll zu/trifft zu“) und das Motiv „Gutes Gefühl, gebraucht zu werden“ 53,6 %.

Teamarbeit, das Streben nach verantwortungsvollen Aufgaben, attraktive Fort- und Weiterbildungsangebote, die Möglichkeiten, Eigeninitiative zu zeigen und praktisch zu arbeiten, stellen weitere positiv eingeordnete Gründe für die Berufswahl dar. Diese Faktoren beziehen sich auf die persönliche Arbeitssituation der Befragten.

Die Vorstellung, einen sicheren Arbeitsplatz zu erhalten, insbesondere weil die Zahl der pflege- und behandlungsbedürftigen Menschen in unserer Gesellschaft immer mehr zunimmt, führt die Befragten ebenfalls dazu, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen.

Berufswahlmotive wie die Hoffnung, den Lebenspartner über die Arbeit kennenzulernen, die Ausbildung als Wartezeit für einen Studienplatz zu nutzen und die Unentschlossenheit nach der Schulzeit stellten sich als eher nicht bzw. gar nicht zutreffend heraus. Die Umsetzung religiöser Ideale durch die professionelle Tätigkeit spielt ebenso keine Rolle wie die Prämisse, in den Gesundheitsberufen mit nicht allzu hohen Anforderungen konfrontiert zu werden. Auch der Traditionsgedanke, also den Beruf ergreifen zu wollen oder zu müssen, weil bereits Familienangehörige ihn innehaben, wird mehrheitlich zurückgewiesen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird mit einem Median von 4,0 zudem als eher nicht zutreffend und damit wenig ausschlaggebend für die Berufswahl hingestellt.

Mittlere Bewertungen („trifft teilweise zu“) erhielten klassisch extrinsische Motive, wie die Chance, beruflich aufzusteigen, oder die Aussicht auf gute Verdienstmöglichkeiten. Kreatives Arbeiten und die Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit werden ebenfalls überwiegend mit „trifft teilweise zu“ beurteilt. Die Motivation, einen der Gesundheitsberufe zu wählen, weil die dort verrichteten Tätigkeiten einer geschlechtsspezifischen Wesensbestimmung entsprechen, wird auch im mittleren Bereich gesehen.

In Tabelle 1 sind die kompletten Berufswahlitems für die Gesamtstichprobe mit entsprechenden Medianwerten nachzulesen. Ergänzend wird zur genaueren Differenzierung der Rangfolge zu jedem Berufswahlmotiv der arithmetische Mittelwert in Klammern angegeben.

Tabelle 1: Bewertung der Berufswahlmotive in den ausgewählten Gesundheitsberufen

Motive	Wertung (arithmetischer Mittelwert)
<i>Berufswahlmotive mit Median 1,0 („trifft voll zu“)</i>	
Kontakt zu Menschen	1,52
Anderen Menschen helfen wollen	1,56
<i>Berufswahlmotive mit Median 2,0 („trifft zu“)</i>	
Interessante Tätigkeiten ausführen	1,66
Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	1,69
Teamarbeit	1,74
Verantwortung übernehmen/Verantwortungsbewusstsein	1,84
Beruf ist wichtig für die Menschen in der Gesellschaft	1,84
Praktische Arbeit	1,88
Viele Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	2,07
Eigeninitiativ arbeiten können	2,25
Dankbarkeit anderer Menschen erfahren	2,45
Gebraucht werden wollen	2,49
Interesse an (zahn-)medizinischen Tätigkeiten	2,58
Sicherer Arbeitsplatz	2,59
Interesse an pflegerischen und geburtshilflichen Tätigkeiten	2,66
Zunahme von pflege- und behandlungsbedürftigen Menschen	2,66
<i>Berufswahlmotive mit Median 3,0 („trifft teilweise zu“)</i>	
Förderung der eigenen Persönlichkeitsentwicklung	2,68
Lebenslanges Ausüben des Berufs	2,78
Gute Aufstiegsmöglichkeiten	2,92
Kreativ arbeiten	2,92
Wissen, was für andere Menschen gut ist	3,00
Möglichkeit der Selbstverwirklichung	3,04
Beruf entspricht der geschlechtsspezifischen Wesensbestimmung	3,28
Umgang mit Technik	3,28
Wissenschaftlich fundiertes Arbeiten	3,30
Eigene gute (Vor-)Erfahrungen mit dem Beruf	3,32
Zusammenarbeit mit Ärzten	3,34
Gute Verdienstmöglichkeiten	3,38
Regionale Unabhängigkeit durch den Beruf	3,39
Hohe Anerkennung des Berufs in der Gesellschaft	3,45

Motive	Wertung (arithmetischer Mittelwert)
<i>Berufswahlmotive mit Median 4,0 („trifft eher nicht zu“)</i>	
Vereinbarkeit von Beruf und Familie	3,63
Beruf als Kindheitstraum	3,69
Beruf ist günstig, um den eigentlichen Wunschberuf zu erreichen	3,78
Bewunderung durch andere Menschen	3,78
Freunde üben den Beruf bereits aus	3,85
Alternative zum Wunschberuf	3,96
Günstige Arbeitszeiten	4,01
Tradition: Familienangehörige üben den Beruf bereits aus	4,04
Beruf ermöglicht Freizeitgestaltung	4,12
<i>Berufswahlmotive mit Median 5,0 („trifft gar nicht zu“)</i>	
Geringe Anforderungen im Beruf	4,26
Unklare Alternativen zum Beruf	4,30
Umsetzung religiöser Ideale	4,59
Überbrückung der Wartezeit auf einen Studienplatz	4,61
Lebenspartner durch den Beruf zu finden	4,80

4.3 Perspektive im Ausbildungsberuf

Die Analyse des geplanten Verbleibs im derzeitigen Ausbildungsberuf macht deutlich, dass unter Berücksichtigung aller untersuchten Gesundheitsberufe 83,7 % der Schüler für eine voraussichtlich längere Zeit (52,1 %) oder vielleicht länger (31,6 %) in ihrem jetzigen Beruf arbeiten möchten. 11,4 % der Befragten gehen von einem nur kurzen Verbleib aus, und 4,5 % sehen keine Perspektive im ergriffenen Beruf.

Betrachtet man die Ergebnisse der einzelnen Berufe, so ist Folgendes festzustellen. Die Hebammen gehen zu 99,0 % davon aus, auch nach der Ausbildung länger in ihrem Beruf zu verbleiben. Ebenfalls hohe Prozentwerte für einen längeren Verbleib sind mit 90,0 % in der Altenpflege zu verzeichnen. Die Kategorien „nur kurz“ und „gar nicht“ sind mit 31,0 % in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie mit 23,9 % in der Gesundheits- und Krankenpflege besonders häufig zu finden. Diese hohen Zahlen lassen vermuten, dass die Auszubildenden mit einem Ausstieg aus dem Beruf auch den Aufstieg mittels Weiterbildung oder Studium in Verbindung gebracht haben.

Die Teilnehmer aus den Reihen der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten sprachen sich mit 78,8 % bzw. 87,5 % für einen voraussichtlich oder vielleicht längeren Aufenthalt in ihrem Ausbildungsberuf aus. Insgesamt geben 62,0 % der befragten Auszubildenden an, sich bei einer erneuten Berufs- bzw. Ausbil-

dungswahl noch einmal für den derzeitigen Ausbildungsgang zu entscheiden. 26,1 % sind sich nicht sicher, und 11,9 % würden den Beruf nicht noch einmal wählen.

Im Berufsgruppenvergleich weisen die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit 89,7 % die höchsten prozentualen Werte für eine erneute Wahl des Ausbildungsberufes auf. 85,3 % der Hebammen und 72,7 % bzw. 71,3 % der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegeschüler sprechen sich klar für das erneute Ergreifen der derzeitigen Ausbildung aus. Bei den Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten zeichnet sich ein anderes Bild ab. 50,0 % der Medizinischen Fachangestellten sind sich nicht sicher oder sprechen sich gegen ein erneutes Eintreten in die aktuelle Ausbildung aus, bei den Zahnmedizinischen Fachangestellten sind es sogar 64,7 % der Befragten, die Unsicherheiten aufweisen oder eine nochmalige Ausbildungsaufnahme in ihrem Metier ablehnen.

4.4 Berufliche Weiterentwicklung

4.4.1 Persönliche Bedeutung

Die Auszubildenden sollten zunächst die Wichtigkeit der persönlichen beruflichen Weiterentwicklung einschätzen. 61,4 % der befragten Personen erachteten die persönliche berufliche Weiterentwicklung als „sehr wichtig“ und 31,3 % als „wichtig“. 6,3 % schätzten die Weiterentwicklung als „mittelmäßig wichtig“ ein. Nur ein äußerst geringer Anteil (0,8 %) der Teilnehmer erachtete die persönliche berufliche Weiterentwicklung als „eher unwichtig“. Die Antwortmöglichkeit „sehr unwichtig“ wurde nicht gewählt.

4.4.2 Lebenslanges Lernen als Teil der beruflichen Weiterentwicklung

Im Hinblick auf das lebenslange Lernen wurden den Auszubildenden sieben Items vorgegeben, die sie in der Wichtigkeit bezüglich des lebenslangen Lernens einschätzen sollten. Die Bedingungen sind nach Priorität aufgelistet und werden nachfolgend beschrieben.

Der Austausch mit Kollegen wird im Hinblick auf lebenslanges Lernen von fast der Hälfte der Befragten (47,5 %) als „sehr wichtig“ und von 41,8 % als „wichtig“ eingeordnet. Die Auswertung der Daten zeigt deutlich eine sehr hohe Fort- und Weiterbildungsmotivation. Insgesamt 266 der befragten Personen (44,4 %) stufen das genannte Item als „sehr wichtig“ und weitere 229 Teilnehmer (38,2 %) als „wichtig“ ein.

Insgesamt kann auch der Aspekt „Selbstreflexion der eigenen Arbeit“ bezogen auf das lebenslange Lernen als „wichtig“ eingestuft werden, wobei etwa ein Drittel (32,9 %) die Selbstreflexion der eigenen Arbeit sogar als „sehr wichtig“ einschätzt. Das Lesen von Fachliteratur erachtet der Großteil der befragten Auszubildenden

als „wichtig“ (38,5 %) bis „mittelmäßig wichtig“ (36,0%). Von den ermittelten Angaben können bezüglich der Wichtigkeit des Austausches mit anderen Berufsgruppen 215 Antworten (36,3 %) als „wichtig“ und 192 Antworten (32,4 %) als „mittelmäßig wichtig“ ausgewertet werden.

Die Ergebnisse belegen, dass das Einholen von Informationen über das Internet als bedeutend „weniger wichtig“ eingeschätzt wird. 43,1 % aller Auszubildenden betrachten diese Art der Informationsbeschaffung als „mittelmäßig wichtig“. Rund 8 % stufen die Informationssammlung über das Internet bezüglich des lebenslangen Lernens als „sehr wichtig“ und 31,2 % als „wichtig“ ein. Genau 87 Personen betrachten dieses Item als „eher unwichtig“ und 18 Personen sogar als „sehr unwichtig“. Auch das berufspolitische Engagement in Gewerkschaften und Verbänden betrachten die Auszubildenden im Hinblick auf lebenslanges Lernen nicht als oberste Priorität.

Von den ermittelten Daten können 42,3 % als „mittelmäßig wichtig“ und 28,9 % als „eher unwichtig“ verzeichnet werden. Bezüglich der letztgenannten Antwortmöglichkeit sind hier die Angaben der Gesundheits- und Krankenpfleger mit 34,5 %, der Hebammenschüler mit 38,2 % und der Zahnmedizinischen Fachangestellten mit 39,4 % als überdurchschnittlich hoch zu bewerten. Insgesamt betrachten 10,2 % der Befragten das berufspolitische Engagement im Hinblick auf lebenslanges Lernen als „sehr unwichtig“.

4.4.3 Weiterbildungsthemen und Bedingungen von Bildungsmaßnahmen

Den Auszubildenden wurde ihrem Beruf entsprechend eine Auswahl gängiger beruflicher Weiterentwicklungsmöglichkeiten aufgelistet, die sie anhand einer fünfstufigen Ratingskala von 1 = „sehr interessant“ bis 5 = „gar nicht interessant“ einordnen sollten. Zudem bestand bei unbekanntem Angebot die Möglichkeit 6 = „ist mir nicht bekannt“ anzukreuzen. Nachfolgend werden die Datenauswertungen nach Ausbildungsberuf und Rangfolge dargestellt. Neben dem Median wird hier jeweils ergänzend das arithmetische Mittel in Klammern zur genaueren Differenzierung der Rangfolge angegeben.

Altenpflege

Die Fachweiterbildung zur Pflegefachkraft für Gerontopsychiatrie wird von den Auszubildenden der Altenpflege als „sehr interessant“ (Median: 1,0) gewertet. Als „interessant“ (Median: 2,0) werden folgende Weiterbildungsmaßnahmen betrachtet: Palliativ- und Hospizpflege, Praxisanleitung, Wohnbereichsleitung, klinische Geriatrie, Rehabilitation und Onkologie. Die beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten in den Bereichen Pflegemanagement, Qualitätsmanagement, Heimleitung, Berufspädagogik, Pflegeberatung und Pflegewissenschaft werden als „mittelmäßig interessant“ (Median 3,0) eingeschätzt.

Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Die Auszubildenden betrachten die Weiterbildungen Psychiatrie, Intensivpflege und Anästhesie, Praxisanleitung, Onkologie sowie Neonatologie als „interessant“ (Median: 2,0). Die Gebiete Operationsdienst, Palliativ- und Hospizpflege, Berufspädagogik, Rehabilitation, Nephrologie und Pflegemanagement sehen die Befragten als „mittelmäßig interessant“ (Median: 3,0) an. Als „eher wenig interessant“ (Median: 4,0) zeigen sich die Bereiche Hygiene, Pflegeberatung, Geriatrie, Qualitätsmanagement und Pflegewissenschaft.

Hebammenwesen

Der Favorit im Hinblick auf die berufliche Weiterentwicklung der Hebammenschüler ist die freiberufliche Tätigkeit (Median: 1,0). Mit einem Median von 2,0 stößt die Weiterbildung zur Praxisanleitung ebenfalls auf ein reges Interesse. Die Bereiche Leitungsfunktion, Berufspädagogik, Wissenschaft, Beratung und Qualitätsmanagement schätzen die Auszubildenden als „mittelmäßig interessant“ (Median: 3,0) ein.

Medizinische Fachangestellte

Interessante Weiterentwicklungsmöglichkeiten (Median: 2,0) stellen für die Befragten Labor- und Untersuchungsarbeiten, Hygiene, Ambulantes Operieren, Arzthelferin sowie Beratung/Prävention dar. Als „mittelmäßig interessant“ werden die Rubriken Medizinische Dokumentation/Informatik, Praxismanagement, Medizintechnik/Funktionsdiagnostik, Qualitätsmanagement, Study Nurse und Finanz- und Rechnungswesen erachtet.

Zahnmedizinische Fachangestellte

Das Interesse der Zahnmedizinischen Fachangestellten zeigt sich besonders im Bereich der zahnmedizinischen Prophylaxe sowie der Spezialisierung im chirurgischen Fach. Dentalhygiene, Beratung und Kommunikation, Praxismanagement, Spezialisierungen im Bereich Kieferorthopädie/Orthodontie, Finanz- und Rechnungswesen sowie Medizinische Dokumentation/Informatik werden als „mittelmäßig interessant“ eingestuft. „Eher wenig interessant“ sind Labor- und Röntgenarbeiten sowie die Weiterbildung zur Study Nurse.

Die Auszubildenden sollten ihre Kenntnisse bezüglich Fort-, Weiterbildungs- und Studienmöglichkeiten in ihrem Berufsfeld einschätzen. Es zu erkennen, dass der überwiegende Anteil der Gruppe seine Kenntnisse mit der Antwortmöglichkeit „teils/teils“ einschätzt. 38,6% stufen ihre Kenntnisse als „gut“ und 12,2% als „sehr gut“ ein. 7,3% gingen von „eher schlechten“ Kenntnissen aus.

4.4.4 Bedingungen von Bildungsmaßnahmen

Es wird deutlich, dass die Finanzierbarkeit für etwa 90,0% eine „sehr wichtige“ bzw. „wichtige“ Voraussetzung für die Teilnahme an einer der weiterbildenden Maßnahmen ist. Die gleichzeitige Vereinbarung der Bildungsmaßnahme mit Familie und Beruf sowie nachfolgende Aufstiegschancen und ein höheres Einkommen werden für die Teilnahme an weiterbildenden Maßnahmen von dem überwiegenden Anteil der befragten Auszubildenden als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ erachtet.

Für drei Viertel aller Befragten ist die Anrechnung von während der Ausbildung erworbenen Leistungen und Kompetenzen bedeutsam. Die Anrechnung im Beruf erworbener Kompetenzen auf weiterbildende Angebote sowie die zeitlich begrenzte Dauer der Maßnahme ist für gut zwei Drittel der teilnehmenden Auszubildenden „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“.

Auch die wohnortsnahe Lage der Weiterbildungsstätte ist für 60,0% der Auszubildenden „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“. Anders zeigt sich das Bild bei der Anrechnung außerberuflich erworbener Kompetenzen und Leistungen. Hier betrachtet weniger als die Hälfte der Auszubildenden diesen Aspekt als „wichtig“. Gut ein Drittel schätzt diesen Bereich als „mittelmäßig wichtig“ ein. Am wenigsten entscheidend für die Teilnahme an weiterbildenden Maßnahmen ist den befragten Schülern ein hoher Anteil an Selbstlernphasen. Der überwiegende Anteil stuft diesen Aspekt als „mittelmäßig wichtig“ bis „gar nicht wichtig“ ein. Nur etwa einem Drittel ist diese Bedingung „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“.

5. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

5.1 Auszubildende in Gesundheitsberufen und Einflüsse auf die Berufswahl

Die theoretischen Grundlagen zur Berufswahl verdeutlichen, dass für die Ausbildungs- und Berufswahlreife letztendlich multifaktorielle Einflüsse aus dem Umfeld des Wählenden verantwortlich sind. Die vorliegende Untersuchung mit $n = 599$ Auszubildenden sechs ausgewählter Gesundheitsberufe bestätigt diese Annahme.

Als zentraler Unterstützungsfaktor erweisen sich die eigenen Vorerfahrungen im Berufsfeld, insbesondere durch Praktika. Dieses Ergebnis entspricht den Erkenntnissen von SUDEK u. a. (1988) und PRAGER und WIELAND (2005), die auf die Wichtigkeit des Kontaktes zum Arbeitsfeld in der vorberuflichen Phase hinweisen. Abläufe, Aufgabenprofile, Anforderungen und Belastungen des Berufes können in Augenschein genommen und bewertet werden (AHRENS 2007). Diese Beurteilung des Berufsprofils kann ein wichtiger Gesichtspunkt sein im Hinblick auf das Einfinden in und die Identifikation mit der Berufsrolle schon vor Beginn einer etwaigen Ausbildung. Gelingt die Rollenauseinandersetzung nicht oder nur unzureichend, drohen Frustrationen,

physische und psychische Stresssymptome bis hin zu pathologischen Manifestierungen im Burn-out und ein frühzeitiger Berufsausstieg (SCHMIDBAUER 2002; JOOST 2007). SCHMIDT (2004) geht in diesem Zusammenhang auf die Aspekte Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung ein. Es wird klar, dass neue Herausforderungen, fachliche soziale Beziehungen und die Möglichkeit zur Selbstreflexion, wie sie im Rahmen von beruflichen Vorerfahrungen implizit sind, die Persönlichkeitsentwicklung positiv beeinflussen und damit Phänomenen wie chronischer Überforderung und Praxischock entgegenwirken können.

Es ist also von Bedeutung, dass vorberufliche Erfahrungssituationen, insbesondere in den anspruchsvollen und belastungsreichen pflegerischen und gesundheitsbezogenen Berufen, konstruktiv und gewinnbringend gestaltet werden (BÜSSING, GLASER 2003). Praktika und andere Einblicke in die Berufswelt sollten als erfahrungsorientierte Lernsituationen begriffen und gestaltet werden (GUDJONS 1997). Rein verrichtungsorientierte Praktika sind hier eher fehl am Platz und tragen nicht zu einer tiefer gehenden Beschäftigung mit dem jeweiligen Berufsprofil bei. Führungskräfte und Mitarbeitende in den Gesundheitsberufen stehen in der Verantwortung, vorberufliche Einblicke durch gezielte Praxiseinführung und -anleitung entsprechend zu begleiten und damit zur Berufswahlreife Interessierter beizutragen. Die Erkenntnis der vorliegenden Untersuchung, dass Informationen durch ausbildende Praxiseinrichtungen ebenfalls einen hohen Stellenwert bei der Berufswahlunterstützung haben, unterstreicht diese Forderung. Der Untersuchungsbefund zur Wichtigkeit der Berufsfeldinformationen durch Unternehmen entspricht somit den Ansichten von PRAGER und WIELAND (2005).

Als wesentliche Hilfestellung bei der Berufsauswahl werden in der vorliegenden Studie Gespräche mit Verwandten und Freunden eingestuft. Auch PRAGER und WIELAND (2005) gehen davon aus, dass Eltern auf die Berufsselektion ihrer Kinder einwirken. SCHELLER, SPANGENBERG und WILlich (2007) hingegen stellen fest, dass der Rat von Verwandten und Freunden bezüglich der Berufswahl zwar in den Jahren von 1980 bis 2002 an Bedeutung gewonnen hat, aber immer noch auf niedrigem bis mittlerem Niveau in der Relevanz angesiedelt ist. Dennoch scheint es sinnvoll, gerade bei jungen Berufssuchenden ein besonderes Augenmerk auf diese informellen Berufsberatungen durch Angehörige zu legen. Nach KNAUF und OECHSLE (2007) verfügen die meisten vor der Berufswahl stehenden Jugendlichen noch nicht über eine ausreichende Selbstwahrnehmung, Selbstdefinition und Urteilsfähigkeit, um eine adäquate Entscheidung bzgl. Ausbildung und Beruf zu treffen. Insbesondere in Zeiten sich auflösender standardisierter Lebensläufe und Berufsbiografien wird ein hohes Maß an Selbstmanagement und Entscheidungsfähigkeit bereits von jungen Menschen verlangt.

Die Ergebnisse zeigen, dass es unerlässlich ist, bei jungen Menschen im Berufswahlprozess das Umfeld, d. h. vor allem die Familie, in Beratungssituationen mit

einzu beziehen. Aber auch bei älteren Ausbildungssuchenden, die unter Umständen bereits mehrere Brüche in ihrer Biografie erlebt haben und einen zweiten oder gar dritten Anlauf ins Berufsleben wagen, muss das Umfeld in die Berufsfindung einbezogen werden (BUCK, NASTALY 1996). Gefragt sind hier die Bildungseinrichtungen, wie die Schulen im Gesundheitswesen bzw. die öffentlichen Schulen mit den Schwerpunkten Gesundheit und Soziales, und die Agentur für Arbeit. Beide Institutionsgruppen spielen nach den Untersuchungsergebnissen eine eher untergeordnete Rolle bei der Berufswahlunterstützung. Hierin ist ein Ansatzpunkt für den Ausbau oder eine Verbesserung der Berufswahlunterstützung durch diese Institutionen zu sehen.

Die Agentur für Arbeit, als spezialisierte Einrichtung für Berufs- und Ausbildungsfragen, wird insbesondere bei den Auszubildenden der Schulen im Gesundheitswesen nur geringfügig als hilfreich bei der Wahl des Ausbildungsplatzes empfunden. Immerhin ein Fünftel der befragten Schüler im Bereich der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten nutzen den Beratungsservice der Agentur erfolgreich. Die Ursachen für dieses Phänomen konnten im Rahmen der vorliegenden Befragung nicht geklärt werden. Auch hier bestehen Potenziale der Verbesserung der Berufswahlunterstützung.

5.2 Berufswahlprofile in den ausgewählten Gesundheitsberufen

Die erstellten Profile für die Berufswahlmotive zeigen, dass die vier Dimensionen Anspruchs- und Weiterentwicklungsorientierung, soziale und kommunikative Orientierung, materielle und zukunftsichernde Orientierung und Autonomiestreben in den ausgewählten Gesundheitsberufen von großer Bedeutung sind.

Die Erkenntnisse aus den Berufswahlprofilen aller sechs Gesundheitsberufe sollen hier in fünf Thesen zusammengefasst werden:

- Gesundheitsberufe werden nicht ergriffen, um schwerpunktmäßig mit technischem Gerät und Equipment zu arbeiten, sondern um sich mit Menschen, seien es Klienten oder Kollegen, auseinanderzusetzen und mit ihnen auf vielfältige Weise zu kommunizieren.
- Gesundheitsberufe werden nicht primär ergriffen, um eine geachtete Stellung in der Gesellschaft zu erhalten. Wichtiger ist es, ein unmittelbares Resultat des eigenen Wirkens zu erreichen und wahrzunehmen, z. B. „Dankbarkeit anderer“, „Gebraucht werden“, Genesung, Wohlbefinden und Lebensqualität der Klienten.
- Gesundheitsberufe werden nicht ergriffen, um eigene familiäre und freizeitorientierte Belange umsetzen zu können, sondern eher um mit der Pflege, Betreuung und Behandlung von Kranken und Hilfebedürftigen eine gesellschaftlich wichtige Aufgabe zu übernehmen.

- Gesundheitsberufe werden nicht (nur) aus Berufung und einer karitativen, inneren Haltung heraus ergriffen, sondern um die eigene Persönlichkeit und sich durch beruflichen Aufstieg weiterzuentwickeln.
- Gesundheitsberufe werden zu wesentlichen Teilen nicht ergriffen, um fremdbestimmt und anordnungsorientiert zu arbeiten, sondern um Vorstellungen eigeninitiativ umzusetzen und kreativ zu handeln.

Es ist offensichtlich, dass sowohl Motivgruppen mit eher intrinsischer Ausrichtung als auch Antriebsfaktoren mit extrinsischer Zielsetzung und zum Zwecke der Persönlichkeitsentwicklung in den Gesundheitsberufen vorhanden sind. Diese Erkenntnis stimmt insbesondere mit den Schlüssen von STRACKE-MERTES (1987) und VEIT (1996; 1998) überein. Unterschiede erweisen sich insofern, als dass der Aspekt der Bewunderung durch andere in den Stichproben VEITS ein stärkeres Motiv zu sein scheint als in der hier vorliegenden Untersuchung.

Die Forschungsergebnisse von RECKEN (2000) werden bezogen auf die Gesamtstichprobe ebenfalls bestätigt. Abweichungen tun sich zum Teil bzgl. der von RECKEN analysierten Untergruppen auf. So lässt sich durch die aktuelle empirische Erhebung nicht belegen, dass Auszubildende mit Hauptschulabschluss eher zur selbstbestimmten Arbeit neigen. Auch die besondere Präferenz der Ausbildung aufgrund der Vergütung durch Frauen, Verheiratete und ältere Auszubildende konnte nicht nachgewiesen werden. Die Aussage, dass jüngere Schüler ihren Beruf wegen der Aufstiegsmöglichkeiten ergreifen, kann ebenso wenig bestätigt werden wie die These, dass die gesellschaftliche Anerkennung als Beweggrund bei Frauen und Verheirateten vermehrt vertreten ist. Die von RECKEN benannten ethisch-religiösen Berufswahlmotive bei älteren Stichprobenmitgliedern und Verheirateten können hier ebenfalls nicht untermauert werden.

Mit Blick auf die Erkenntnisse HENNIGS und KALUZAS (1995) lassen sich schon erhebliche Differenzen extrahieren. Die beiden Autoren weisen nämlich darauf hin, dass gesellschaftliches Ansehen und die Verdienstmöglichkeiten große Bedeutung bei den Berufswahlmotiven von Pflegekräften in Krankenhäusern haben. Diese Schlussfolgerungen lassen sich auf die sechs untersuchten Gesundheitsberufe nicht übertragen. Ebenso wie der Aspekt, dass die weibliche Wesensbestimmung ausschlaggebend ist für das Ergreifen einer Tätigkeit im Gesundheitsbereich.

Die Aussagen BECKERS (1998), dass Auszubildende in öffentlichen berufsbildenden Schulen eher zu pragmatischen Motiven bei der Berufswahl neigen als Altenpflegeschüler, die ihrerseits intrinsische Faktoren bevorzugen, kann an dieser Stelle mittels der entwickelten Berufswahlprofile nicht bestätigt werden. Teilnehmer aus den Bereichen Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte weisen ebenso wie die Altenpflegeschüler Zustimmungen für die Motivlagen „Menschen helfen“,

„Kontakt zu Menschen“ und „etwas Sinnvolles tun“ auf. Kreatives Arbeiten und die Persönlichkeitsentwicklung werden allerdings, im Gegensatz zu den Befragten aus der Altenpflege, von den Auszubildenden der beiden Berufe an öffentlichen Schulen nicht herausgehoben.

5.3 Von der intrinsischen Motivation zum Berufsausstieg – eine Diskussionskizze

Irritierend wirkt, dass zahlreiche Auszubildende, insbesondere im dritten Ausbildungsjahr, sich nicht noch einmal für „ihren“ Beruf entscheiden würden oder eine große Unsicherheit bezogen auf diese Frage aufweisen. Insbesondere die im öffentlichen Schulwesen ausgebildeten Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten stehen einer „Wiederwahl“ skeptisch gegenüber. Mögliche Ursachen für dieses Phänomen werden in den Auswirkungen ökonomischer Rahmenvorgaben des Gesundheitswesens und in den Ausbildungsbedingungen, schwerpunktmäßig der noch zu verbessernden Vernetzung von theoretischer und praktischer Ausbildung, vermutet. Zudem muss durch verbesserte Information und Beratung sichergestellt werden, dass die meist adoleszenten Berufswähler auch die Berufswahlreife besitzen.

5.4 Überlegungen zu den Weiterbildungsperspektiven in der beruflichen Bildung

Die Erwerbstätigkeit in den Gesundheitsberufen stellt sich häufig in Form von steigenden physischen und psychischen Arbeitsbelastungen und damit zusammenhängender mangelnder Arbeitszufriedenheit dar. Der Verbleib in den Berufen beläuft sich, mit Ausnahme der Gesundheits- und Krankenpflege, auf wenige Jahre. Durch die im Vorfeld dargestellten Veränderungen stehen die Beschäftigten des Gesundheitssystems aber auch ständig neuen Anforderungen gegenüber. So ergeben sich durch die Vielzahl sich ändernder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen neue Herausforderungen. Aufgabengebiete werden neu akzentuiert oder sogar, wie in der Debatte um die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nicht ärztliches Personal aktuell diskutiert, umverteilt (OFFERMANN 2008). Eigenständige Bereiche kristallisieren sich mehr und mehr heraus, der ausschließlich helfende Charakter dieser Berufe scheint zugunsten von Professionalisierungsbestrebungen zu schwinden.

In diesem Kontext nimmt die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen eine entscheidende Rolle ein. Die Mitarbeiter sind zum Großteil selbst für den Erhalt und die Förderung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit verantwortlich. Die positive Einstellung gegenüber Fort- und Weiterbildung ist dabei von großem Nutzen.

Aktuelle Zahlen belegen, dass nur etwa ein Viertel der Erwerbstätigen in Deutschland im letzten Jahr an einer beruflich weiterbildenden Maßnahme teilge-

nommen hat. Seit 2003 stagniert die Weiterbildungswilligkeit (VON ROSENBLADT, BILGER 2008). Ein ganz anderes Bild und somit einen Grund zur Hoffnung auf einen Anstieg der Weiterbildungsbereitschaft bietet die Auswertung des vorliegenden Datenmaterials.

Laut den Ergebnissen der Auszubildenden bezüglich der persönlichen beruflichen Weiterentwicklung schätzen über 90,0 % der Befragten diese als „sehr wichtig“ und „wichtig“ ein, sodass hier grundsätzlich von einer hohen Fort- und Weiterbildungsmotivation ausgegangen werden kann. Die Auswertung der Daten in Bezug auf eine geplante Höherqualifizierung bestätigen diese Annahme. Hiernach strebt mehr als die Hälfte der befragten Auszubildenden eine Höherqualifizierung nach Abschluss der Ausbildung an, etwa ein Viertel möchte zunächst im erlernten Beruf arbeiten, und 15,0 % haben noch nicht über mögliche Perspektiven nachgedacht, wobei dies besonders auf die Auszubildenden auf den Gebieten der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten zutrifft.

Schon 1999 fand METTIN in einer Untersuchung heraus, dass die Teilnahme der Medizinischen Fachangestellten im Vergleich zu den Zahnmedizinischen Fachangestellten an Fortbildungen eher gering ist. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in diesem Beitrag insofern wider, als dass nur 38,2 % der Medizinischen Fachangestellten eine Höherqualifizierung anstreben. Hier stellt sich die Frage, warum in diesem Berufsfeld die Teilnahme an weiterbildenden Maßnahmen bzw. eine Höherqualifizierung für viele nicht so interessant erscheint. Ein Grund könnte darin bestehen, dass die berufliche Tätigkeit nach wenigen Jahren zugunsten der Familienphase eingetauscht wird und deshalb die Notwendigkeit einer Höherqualifizierung nicht gesehen wird oder die Motivation hier eher gering ausfällt.

Ein weiteres Argument gegen eine berufliche Weiterentwicklung könnte das insgesamt unüberschaubare Angebot sein, welches sich bundesweit derzeit weder inhaltlich noch strukturell einheitlich gestaltet. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die derzeitigen beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten dem aktuellen Bedarf entsprechen. Diesbezüglich scheint eine Abfrage seitens der Berufstätigen sinnvoll, um das bestehende Angebot ggf. zu optimieren. Möglicherweise könnte durch ein an den Bedürfnissen der Beschäftigten ausgerichtetes Angebot der beruflichen Weiterentwicklung einer hohen Fluktuation in allen Bereichen des Gesundheitswesens entgegengewirkt werden.

5.4.1 Überlegungen zum lebenslangen Lernen

Auch in den Gesundheitsberufen wird künftig die Qualifikation des Personals über die Marktfähigkeit des Einzelnen, aber letztendlich auch über die der Einrichtungen entscheiden (KRAUS 2001; KREIMEYER 2004). Im Hinblick auf das lebenslange Lernen ist den Auszubildenden neben der regelmäßigen Teilnahme an Fort- und Weiter-

bildungen insbesondere die kontinuierliche Selbstreflexion und der Austausch mit Kollegen und Kolleginnen wichtig.

5.4.2 Überlegungen zu berufsspezifischen Weiterentwicklungsmöglichkeiten

Im Bereich der Beratung bzw. des Case-Managements ist das Interesse der Auszubildenden im pflegerischen Bereich mit Blick auf die berufliche Weiterentwicklung nicht so hoch und befindet sich auf den berufsspezifischen Ranglisten auf den hinteren Plätzen. Das Ergebnis scheint unter dem Gesichtspunkt, dass der Bereich der Beratung auch in den Pflegeberufen ein elementares Aufgabengebiet und einen hohen Stellenwert einnimmt, zu verwundern. Aber auch mit Blick auf zukünftige Aufgabenbereiche, hier sei beispielsweise die Mitarbeit in Pflegestützpunkten genannt, wird deutlich, dass die Beratung einen großen Schwerpunkt setzt. Hier sollen Pflegende die Begleitung und Unterstützung im Sinne des professionellen Fallmanagements für den pflegebedürftigen Menschen übernehmen (§ 7a Abs. 3; § 92c Abs. 2 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008). Empfehlungen für mögliche Zusatzqualifikationen, wie z. B. eine Weiterbildung im Bereich des Case-Managements, entwickelt derzeit der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Fraglich bleibt, ob und wie detailliert die Auszubildenden aktuelle gesundheitsbezogene Diskussionen und Tendenzen verfolgen und inwieweit diese auch im schulischen Unterricht thematisiert werden sollten.

Obwohl die Bedeutung von Qualität zunehmend thematisiert wird, ist es auch hier überraschend, wie wenig interessant die Weiterbildung im Bereich des Qualitätsmanagements für die Auszubildenden zu sein scheint. Einzige Ausnahme bilden in diesem Fall die Medizinischen Fachangestellten. Hier zeigt zumindest ein Drittel der Befragten Interesse. Auffällig bei der Auswertung der berufsspezifischen Möglichkeiten zur Weiterentwicklung war, dass in nahezu jedem Weiterbildungsbereich von einigen Auszubildenden angegeben wird, das Gebiet nicht zu kennen. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Auszubildenden nicht genügend über die Bandbreite beruflicher Weiterbildungsmöglichkeiten informiert sind oder dass die Transparenz der Vielzahl der unterschiedlichen Bildungsmaßnahmen nicht in ausreichender Form gegeben ist.

Das Wissen um berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten ist jedoch sowohl im Hinblick auf lebenslanges Lernen als auch auf die Verbesserung der persönlichen beruflichen Perspektiven entscheidend. Aus diesem Grund erscheint es unbedingt notwendig, die Auszubildenden schon frühzeitig hierüber zu informieren. Viele geeignete Maßnahmen lassen sich in die jeweiligen Ausbildungen beispielsweise in Form von Projektwochen, Besuch von Messen oder durch das Einladen von Gastdozenten integrieren. Selbstverständlich können sich auch bereits Erwerbstätige in Beratungsstellen informieren.

Auf inhaltlicher Ebene erstaunt das Ergebnis, dass auf die Frage nach interessanten beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowohl das Studium der Pflege-, Medizin- oder Berufspädagogik als auch das Studium der berufsbezogenen Wissenschaft und Forschung von den verschiedenen Berufsgruppen eher mäßiges Interesse erfährt.

Im Hebammenwesen richten sich die Bestrebungen eindeutig auf die Entwicklung einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin und somit auf die Ansiedlung der Ausbildung im tertiären Bildungssystem. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint es bedenklich, dass sich das Interesse der Hebammschüler hinsichtlich der beruflichen Weiterentwicklung im Bereich Wissenschaft und berufsbezogene Forschung und Pädagogik auf den letzten Plätzen der in dieser Untersuchung ermittelten Rangfolge befindet.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich auch in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege. Obwohl die Gebiete der Pflegewissenschaft und der Pflegeforschung wesentliche Bestandteile der jeweiligen Ausbildung sind und einen hohen Stellenwert einnehmen, scheint das Interesse der Auszubildenden, sich hier beruflich weiterzuentwickeln, eher gering. In Anbetracht der Tatsache, dass Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Deutschland noch recht junge Disziplinen sind, besteht hier erheblicher Bedarf an zukünftigen wissenschaftsinteressierten Pflegenden. So erscheint es besonders wichtig, die Auszubildenden für diese Bereiche zu sensibilisieren. Aber auch in Bezug auf die ständig neuen Herausforderungen, die das Ausüben des Berufs mit sich bringen, und die Bestrebungen nach Professionalität und qualitativer Pflege sind Pflegewissenschaft und Pflegeforschung wichtiger denn je. Ebenso erfordert der Anspruch einer qualitativ hochwertigen Ausbildung auch zukünftig das Engagement von Lehrenden mit berufspädagogischem Hochschulabschluss. Aus diesen Gründen ist es ratsam, Strategien und Konzepte zu entwickeln, durch die das Interesse der Auszubildenden nachhaltig geweckt wird.

Bei der Aufforderung, die nach Ausbildungsabschluss geplante Studienrichtung zu nennen, wird der Bereich der Pflege-, Medizin- und Berufspädagogik neben dem des managementbezogenen Studiums am häufigsten genannt. Dieses Ergebnis widerspricht den Angaben, die von den Auszubildenden in Bezug auf interessante berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten gemacht wurden. Ein ähnliches Bild ergibt sich im Hinblick auf wissenschafts- und forschungsbezogene Studiengänge. Auch hier liegt die Bewertung der Auszubildenden in Bezug auf eine interessante berufliche Weiterentwicklung eher auf den hinteren Plätzen. Trotzdem wird dieses Gebiet bei der Frage nach der geplanten Studienrichtung oftmals genannt. Hier könnte der Eindruck entstehen, dass die Art des Studiums nicht immer nach Interessenlage, sondern unter anderen Gesichtspunkten wie beispielsweise eines sicheren Jobs oder

eines hohen Ansehens in der Gesellschaft gewählt wird. Dieser Aspekt bleibt noch zu erforschen.

5.4.3 Überlegungen zu den Teilnahmebedingungen in Bezug auf weiterbildende Maßnahmen

Um die Teilnahme an Bildungsmaßnahmen, die einen Erwerb von Kompetenzen bzw. eine Höherqualifizierung mit sich bringen, langfristig gewährleisten zu können, müssen zunächst die Bedingungen festgestellt werden, die eine Teilnahme fördern oder behindern können. Weiterbildende Maßnahmen sind häufig mit einem enormen Kostenaufwand für die teilnehmenden Personen verbunden und werden aus diesem Grund häufig nicht aufgenommen. Die Auswertung der Datenlage bestätigt dieses Ergebnis. Für 90 % der Befragten ist die Finanzierbarkeit von Bildungsmaßnahmen wichtig. Auch die Vereinbarkeit mit der Familie und einer gleichzeitigen beruflichen Tätigkeit sowie der anschließende berufliche Aufstieg, ein höheres Einkommen und die zeitlich begrenzte Dauer der Bildungsmaßnahme sind für bis zu 85 % der Befragten wichtig.

Die Ergebnisse von MAHLER u. a. (2007) zeigen ebenfalls, dass sowohl ein hoher finanzieller Aufwand als auch die Unvereinbarkeit von Bildungsmaßnahme und Familie für die Teilnahme an weiterbildenden Maßnahmen hinderlich ist. Des Weiteren ist neben einem finanziellen Zugewinn der anschließende berufliche Aufstieg bedeutend. Das Ergebnis passt insofern auch zu den Berufswahlmotiven, als dass auch dort der berufliche Aufstieg teilweise wichtig war.

Als auffälliges Ergebnis zeigt sich das mäßige Interesse an Selbstlernphasen. Ein Grund könnte darin bestehen, dass viele der Auszubildenden es nicht gelernt haben oder nicht daran gewöhnt sind, die Lernzeiten und -ziele selbstständig zu verwalten und einzuteilen sowie inhaltlich zu strukturieren.

Die Ergebnisse der Auszubildendenbefragung bestätigen die Wichtigkeit der Entwicklung von Anrechnungsverfahren beruflicher Kompetenzen auf Studiengänge. Die Anrechnung von während der Ausbildung erbrachten Leistungen ist den meisten Auszubildenden am wichtigsten. Von großer Bedeutung ist für die befragten Schüler auch die Anrechnung von zuvor im Beruf erworbenen Kompetenzen. Ein anderes Bild ergibt sich bei der Auswertung bezüglich der Anrechnung von außerberuflich erbrachten Leistungen und erworbenen Kompetenzen auf weiterbildende Maßnahmen. In diesem Fall ist die Anrechnung für weniger als die Hälfte der Teilnehmer wichtig. Die Vermutung liegt nahe, dass sich die Auszubildenden mit der Anrechnung von Leistungen unter diesem Gesichtspunkt noch nicht auseinandergesetzt haben. Aus diesem Grund müsste zunächst geklärt werden, welche Aspekte zu den außerberuflich erworbenen Kompetenzen gezählt werden können.

6. Schlussfolgerung

Aus der vorliegenden Untersuchung ergeben sich Konsequenzen, die nachfolgend erläutert werden sollen. Zunächst sind die jeweiligen berufsbildenden Fachschulen und die Agentur für Arbeit dazu aufgefordert, ihre Öffentlichkeitsarbeit und die Information über die angebotenen Ausbildungen zu verbessern, um zukünftige Auszubildende verstärkt anzusprechen und sie zu einer realistischen Einschätzung ihres Berufes zu befähigen.

Auf curricularer Ebene müssen Konzepte und Ideen erarbeitet und integriert werden, um einerseits die hohe Motivation der Auszubildenden zu stärken, ökonomische Rahmenbedingungen anzupassen und gezielte und kontinuierliche Praxisbegleitung zu stärken. Andererseits sollten die Schüler für die Wichtigkeit von Wissenschaft und Forschung im Gesundheitswesen sensibilisiert werden. Durch die Auseinandersetzung hiermit soll das kritische Reflektieren der eigenen Berufspraxis gefördert werden. Auf diese Weise wird dazu beigetragen, ausgebildetes Personal aus den Schulen zu entlassen, das fähig und willens ist, das jeweilige Berufsfeld als selbstständige Wissenschaft zu akzeptieren und die eigene Praxis durch kontinuierliche Reflexion und aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu verbessern. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass es unerlässlich ist, den künftigen Auszubildenden bereits in den allgemeinbildenden Schulen eigenverantwortliches und selbstständiges Lernen zu vermitteln.

Ein Untersuchungsbedarf besteht darin, zu eruieren, warum die Auszubildenden besonders im dritten Ausbildungsjahr ein nochmaliges Ergreifen des derzeitigen Berufes ablehnen. Dieses Verhalten zeigt sich insbesondere bei den Befragten aus dem Bereich der Zahnmedizinischen Fachangestellten. Weiterhin stellt sich die Frage, warum die Auszubildenden auf dem Gebiet der Medizinischen Fachangestellten im Gegensatz zu den Teilnehmern anderer Gesundheitsberufe ein deutlich geringeres Interesse an einer beruflichen Höherqualifizierung bekunden. Auch die Teilnahme an weiterbildenden Maßnahmen in Bezug auf das lebenslange Lernen wird hier als nicht so bedeutend eingeschätzt. Mögliche Gründe und Vermutungen hierzu wurden bereits während der Ergebnisdiskussion aufgeführt. Die Gründe gilt es anhand von weiteren Untersuchungen zu bestätigen.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass trotz allgemein hoher Weiterbildungsbereitschaft und der Motivation zur beruflichen Höherqualifizierung die Kenntnisse der Auszubildenden auf diesem Gebiet eher mäßig ausfallen. Hier bedarf es der Entwicklung gemeinsamer Strategien seitens der Anbieter von weiterbildenden Maßnahmen und der berufsbildenden Schulen, damit die Auszubildenden noch vor Eintritt in das Erwerbsleben berufliche Entwicklungsmöglichkeiten kennenlernen und eine bessere Orientierung bei der Vielzahl der unterschiedlichen Bildungs-

angebote gewährleistet ist. Dadurch könnten realistische Erwartungen der Auszubildenden in Bezug auf berufliche Weiterentwicklungschancen erreicht und ein länger andauernder Verbleib im erwählten Beruf angebahnt werden. Zudem kann auch die Entwicklung von bundeseinheitlichen Weiterbildungsmaßnahmen hinsichtlich Titel, Inhalt und Dauer zur Förderung der Überschaubarkeit von Fort- und Weiterbildungen führen.

Mit einer ausführlichen Bedarfsermittlung kann außerdem abgefragt werden, ob die Inhalte der bisherigen weiterbildenden Maßnahmen den beruflichen Anforderungen überhaupt gerecht werden oder ob in dieser Hinsicht weiterer Optimierungsbedarf besteht. Ein weiterer Forschungsbedarf ergibt sich aus der schon in der Ergebnisdiskussion gestellten Frage, ob Fort-, Weiterbildungs- und Studienmöglichkeiten nicht nach Interessenlage, sondern eher aus extrinsischen Gründen wie z. B. einem finanziellen Zugewinn oder der Sicherung des Arbeitsplatzes gewählt werden.

Durch die Erhebung wird eine notwendige Diskussion zu der Fragestellung angestoßen: „Was muss passieren, um hoch motivierte Personen in den Berufen des Gesundheitswesens zu halten, und wie werden die mittlerweile vielfältigen Weiterentwicklungsmöglichkeiten in diesem Bereich angenommen und bewertet?“

Literaturverzeichnis

- AHRENS, Daniela (2007): Anspruch und Wirklichkeit von Betriebspraktika als Instrument schulischer Berufsorientierung. In: KAHLERT, Heike; MANSSEL, Jürgen (Hrsg.): Bildung und Berufsorientierung. Der Einfluss von Schule und informellen Kontexten auf die berufliche Identitätsentwicklung. Weinheim, S. 185–203.
- ARNOLD, Rolf (1994): Berufsbildung. Annäherung an eine Evolutionäre Berufsbildung. Hohengehren.
- ATTESLANDER, Peter (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. 12. Auflage, Berlin.
- BECKER, Wolfgang (1998): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Abschließende Ergebnisse der Verlaufsuntersuchung in der Altenpflege in den alten Bundesländern. In: MEIFORT, Barbara u. a. (Hrsg.): Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Veränderungsdruck und Reformstau – Bestandsaufnahmen und Konzepte für Aus- und Weiterbildung. Berlin, S. 97–108.
- BORTZ, Jürgen; DÖRING, Nicola (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. Auflage, Berlin.
- BUCK, Anke; NASTALY, Reinhard (1996): Berufswahlvorbereitung in der Hauptschule. „Manche Dinge gehen nur gemeinsam“. In: SCHÖBER, Karen; GAWOREK, Maria (Hrsg.): Berufswahl: Sozialisations- und Selektionsprozesse an der ersten Schwelle. Nürnberg, S. 225–234.

- BÜSSING, André; GLASER, Jürgen (2003): Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In: ULLICH, Eberhard (Hrsg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern, S. 111–150.
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2008): Berufenet. Berufsinformationen einfach finden. URL: <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/index.jsp>. Nürnberg (Stand: 20. Mai 2008).
- BUNK, Gerhard P. (1982): Einführung in die Arbeits-, Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Heidelberg.
- BUSSHOF, Ludger (1984): Berufswahl. Theorien und ihre Bedeutung für die Praxis der Berufsberatung. Stuttgart.
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEGERUFTE (2008): Pflegekräfte unverzichtbar für alternde Gesellschaft. URL: <http://www.dbfk.de/news/top/print.php?id=1206011533&archive> (Stand: 18. April 2008).
- DIMBATH, Oliver (2007): Die (Be-)Deutung schulischer Berufsorientierung. Eine Analyse des Einflusses von Lehrerinnen und Lehrern auf die Berufswahl. In: KAHLERT, Heike; MANSEL, Jürgen (Hrsg.): Bildung und Berufsorientierung. Der Einfluss von Schule und informellen Kontexten auf die berufliche Identitätsentwicklung. Weinheim, S. 163–183.
- GEISSLER, Karlheinz A. (1996): Kerschensteiner: Ein Erfolg, der zu denken gibt. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 92 (1996) 1, S. 19–30.
- GUDJONS, Herbert (1997): Handlungsorientiert lehren und lernen. Schüleraktivierung – Selbsttätigkeit – Projektarbeit. 5. Auflage, Bad Heilbrunn.
- HENNIG, Anita; KALUZA, Jens (1995): Krankenschwester Ost. Die Arbeitswelt des Pflegepersonals im Krankenhaus nach der Einheit – eine empirische Untersuchung. Berlin.
- HIRSCHI, Andreas (2006): Berufswahlbereitschaft von Jugendlichen: Inhalte, Auswirkungen und Fördermöglichkeiten. In: Panorama, 6 (ergänzender Text zum Beitrag: Wie wichtig ist eigentlich die Berufswahlbereitschaft?).
- HOLLING, Heinz u. a. (2000): Berufliche Entscheidungsfindung. Bestandsaufnahme, Evaluation und Neuentwicklung computergestützter Verfahren zur Selbsteinschätzung. Nürnberg.
- JOOST, Angela (2007): Berufsverbleib und Fluktuation von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Literatúrauswertung im Rahmen einer Machbarkeitsstudie zum Berufsverbleib von Altenpflegerinnen und Altenpflegern im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- KAISER, Karin (2005): Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege. Eine systematisch-empirische Untersuchung. Frankfurt am Main.
- KNAUF, Helen; OECHSLE, Mechtild (2007): Berufsfindungsprozesse von Abiturientinnen und Abiturienten im Kontext schulischer Angebote zur Berufsorientierung. In: KAHLERT, Heike; MANSEL, Jürgen (Hrsg.): Bildung und Berufsorientierung. Der Einfluss von Schule und informellen Kontexten auf die berufliche Identitätsentwicklung. Weinheim, S. 143–162.

- KONRAD, Klaus (1999): Mündliche und schriftliche Befragung. Landau.
- KRAUS, Katrin (2001): Lebenslanges Lernen – Karriere einer Leitidee. Bielefeld.
- KREIMEYER, Julia (2004): Lebensbegleitendes Lernen – zur „informellen“ Dimension einer erwachsenenpädagogischen Aufgabe. In: BRÖDEL, Rainer; KREIMEYER, Julia (Hrsg.): Lebensbegleitendes Lernen als Kompetenzentwicklung. Analysen – Konzeptionen – Handlungsfelder. Bielefeld, S. 43–62.
- KRÜGER, Helga; RABER-KLEBERG, Ursula; MISCHO-KELLING, Maria (1996): Pflegewissenschaft als universitäre Ausbildung. In: KRÜGER, Helga; PIECHOTTA, Gudrun; REMMERS, Hartmut (Hrsg.): Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen. Reihe: Forum Pflegewissenschaft 1. Bremen.
- LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith (1996): Nichtexperimentelle Forschungsdesigns. In: LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith (Hrsg.): Pflegeforschung: Methoden, kritische Einschätzungen und Anwendung. Berlin, S. 261–284.
- MAHLER, Cornelia u. a. (2007): Fortbildungsmotivationen von Arzthelferinnen – Ergebnisse einer Befragung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 83, S. 191–196.
- MAYER, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien.
- MAYRING, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim.
- METTIN, Gisela (1999): Arbeitsmarkt-Weiterbildung – professionelle Entwicklung: Berufliche Weiterbildung von Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen. In: BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hrsg.): Forschungsergebnisse 1999 des Bundesinstituts für Berufsbildung. Bonn.
- OFFERMANN, Matthias (2008): Neuordnungen von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, hrsg. vom Deutschen Krankenhausinstitut e. V. Düsseldorf. URL: http://dki.comnetinfo.de/PDF/Neuordnung-Aerztlicher-Dienst_Langfassung.pdf. (Stand: 24. April 2008).
- PRAGER, Jens U.; WIELAND, Clemens (2005): Zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Beschäftigungsfähigkeit und berufliche Orientierung Jugendlicher im Spiegel empirischer Untersuchungen. In: PRAGER, Jens U.; WIELAND, Clemens (Hrsg.): Von der Schule in die Arbeitswelt. Bildungspfade im europäischen Vergleich. Gütersloh, S. 15–29.
- PRAXISFIT: Informationen für Angestellte in Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen. URL: <http://www.praxisfit.de/fort-a.php> (Stand 15. Mai 2008).
- QUATEMBER, Andreas (2001): Die Quotenverfahren – Stichprobentheorie und -praxis. Aachen.
- RECKEN, Heinrich A. (2000): Berufswahlmotive von Auszubildenden. Ergebnisse einer Studie bei Auszubildenden in Pflegeberufen. Altenpflege Forum, 24 (2000) 1, S. 1–15.
- REUSCHENBACH, Bernd (2004): Personalgewinnung und Personalauswahl für die Pflege. München.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.) (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart.
- ROGGE, Klaus-Eckart E. (1995): Methodenatlas. Berlin.
- SCHARMANN, Theodor (1977): Wesen, Entstehen und Wandlung der Berufe. In: SEIFERT, Karl Heinz (Hrsg.): Handbuch der Berufspsychologie. Göttingen, S. 31–68.

- SCHELLER, Percy; SPANGENBERG, Heike; WILLICH, Julia (2007): Veränderung von Ausbildungs- und Tätigkeitsmotiven Jugendlicher zwischen 1980 und 2002. In: KAHLERT, Heike; MANSSEL, Jürgen (Hrsg.): *Bildung und Berufsorientierung. Der Einfluss von Schule und informellen Kontexten auf die berufliche Identitätsentwicklung*. Weinheim, S. 119–140.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang (2002): *Helfersyndrom und Burnout-Gefahr*. München.
- SCHMIDT, Brinja (2004): *Burnout in der Pflege. Risikofaktoren – Hintergründe – Selbsteinschätzung*. Stuttgart.
- SEIFERT, Karl Heinz (1977): Einführung in das Aufgabengebiet der Berufspsychologie. In: SEIFERT, Karl Heinz (Hrsg.): *Handbuch der Berufspsychologie*. Göttingen, S. 3–27.
- STRACKE-MERTES, Ansgar (1987): Erstberuf Altenpfleger/in. Zur Motivation von Bewerbern – eine explorative Studie zur Berufswahlentscheidung. In: *Altenpflege*, 12 (1987) 5, S. 334–336.
- SUDEK, Rolf u. a. (1988): *Berufswahlmotive der Jugendlichen und Berufsberatung*. Mainz.
- VEIT, Annegret C. (1996): Motive der Berufswahl und Erwartungen an den Beruf bei Auszubildenden in der Krankenpflege. In: *Pflege – die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 9 (1996) 1, S. 61–71.
- VEIT, Annegret C. (1998): Erwartungen an den Pflegeberuf zu Ausbildungsbeginn und ihre Realisierung am Ende des zweiten Ausbildungsjahres (Längsschnittstudie). In: *Pflege – die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 11 (1998) 2, S. 100–107.
- VON ROSENBLADT, Bernhard; BILGER, Frauke (2008): *Weiterbildungsbeteiligung in Deutschland – Eckdaten zu BSW-AES 2007*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. München.
- WEIDNER, Frank; ROTTLÄNDER, Ruth; SCHWAGER, Sandra (2006): *Pflegeausbildung in Bewegung – Gegenwart und Zukunft*. In: *Die Schwester – Der Pfleger*, 45 (2006) 7, S. 82–86.

Rechtsquellen

- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege vom 25. August 2003. In: BGBl. I S. 1690, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2007. In: BGBl. I S. 3254.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003. In: BGBl. I S. 1442, zuletzt geändert durch Artikel 34 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007. In: BGBl. I S. 2686.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949. In: BGBl. III, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 28. August 2006. In: BGBl. I S. 2034.
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008. In: BGBl. Jg. 2008 Teil I Nr. 20, ausgegeben zu Bonn am 30. Mai 2008.

Katharina Dietze

Schlüsselkompetenzen in der beruflichen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege – Eine empirische Analyse

Das Thema Schlüsselkompetenzen wird viel und auch schon länger diskutiert, aber bisher nur unzureichend empirisch fundiert. Die vorliegende empirische Analyse untersucht, welche Kompetenzen für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege relevant sind, ob diese sich im beruflichen Handlungsfeld umsetzen lassen und mit welchen Unterrichtsmethoden versucht wird, diese Kompetenzen anzubahnen.

Alle in einer Befragung analysierten Schlüsselkompetenzen sind für den Beruf relevant – deren Umsetzung erfolgt im beruflichen Handlungsfeld aber nur teilweise. Auch konnte festgestellt werden, dass der Frontalunterricht die am häufigsten angewandte Sozialform ist und dass eine nur implizite Anbahnung von Schlüsselkompetenzen überwiegt.

1. Einleitung und theoretische Grundlegung

Dass Schlüsselkompetenzen allgemein und auch in den Gesundheitsberufen nicht nur wegen des schnellen industriellen Wandels, sondern v. a. durch das sich wandelnde Gesundheitssystem erforderlich sind, ist unumstritten. Die gegenwärtige Begründung für die Aufnahme des Konzeptes der Schlüsselkompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen wird weniger durch mangelnde Prognostizierbarkeit von Fachwissen als vielmehr durch Veränderungen der Markt-, Rahmen- und Organisationsstrukturen begründet. Letztere haben sich in den vergangenen Jahren im Gesundheitswesen gravierend verändert. Es müssen kostengünstige Leistungen für immer mehr multimorbide Menschen durch weniger Personal bei steigenden Kosten und begrenzten Finanzhaushalten erbracht werden. Volkswirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Überlegungen beeinflussen die pflegerische Arbeit zunehmend.

Die Ausbildung berufsübergreifender Handlungskompetenzen gewinnt durch die Forderung nach komplexer dynamischer Flexibilität und Kreativität in beruflichen, aber auch lebensweltlichen Handlungssituationen zunehmend an Bedeutung (ERPENBECK, VON ROSENSTIEHL 2003, S. XXX). Folglich steht das berufliche Bildungssystem vor der Herausforderung, sich flexibel und innovativ den sich ändernden Anforderungen des Beschäftigungssystems anzupassen. Um diesen gerecht zu werden, muss bereits die Ausbildung dazu beitragen, die notwendigen Kompetenzen auszubilden. Fächerübergreifende und persönlichkeitsorientierte Ziele haben zwar durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes Eingang in neue Ausbildungsverord-

nungen gefunden, jedoch ohne dass die didaktische Umsetzung für die beteiligten Lehrkräfte geklärt wurde.

Im Weiteren soll dargestellt werden, welche Schlüsselkompetenzen als relevant erachtet werden, wie diese bisher im Unterricht angebahnt werden und ob sich die als relevant erachteten Schlüsselkompetenzen denn auch tatsächlich im beruflichen Alltag umsetzen lassen.

2. Empirische Orientierung – eine mehrperspektivische Analyse

Im Rahmen der hier vorzustellenden Untersuchung wurde eine quantitative Datenerhebung durch standardisierte Fragebogen gewählt. Es wurden Lehrkräfte, Pflegepersonal und Auszubildende ($n = 102$) im Gesundheitswesen befragt. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik.

Es sollen folgende fünf Fragen diskutiert werden:

- 1) Welche ausgewählten Schlüsselkompetenzen erhalten von den einzelnen Stichproben die höchste Relevanz und inwiefern lassen sich diese im beruflichen Handlungsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege auch tatsächlich umsetzen?
- 2) Hat der Pflegeberuf wirklich so eine hohe sozial-kommunikative Komponente oder dominieren auch hier noch die Arbeitstugenden?
- 3) Sind die Schüler bei der Förderung der einzelnen Kompetenzgruppen (explizit oder implizit) und deren Häufigkeit in der Methodenanwendung der gleichen Auffassung wie die Lehrkräfte?
- 4) In welcher Häufigkeit werden in den unterrichtlichen Situationen spezielle Methoden und insbesondere auch geeignete Sozialformen angewandt, die als förderlich bezüglich der Kompetenzanbahnung gelten? (Den Unterrichtsmethoden kommt beim Transfer von Schlüsselkompetenzen ein hoher Stellenwert zu [BADURA 1992, S. 123].)
- 5) Halten die befragten Teilnehmer die ausgewählten Kompetenzen für lernbar und die befragten Lehrkräfte diese auch für didaktisch vermittelbar und überprüfbar?

3. Ergebnisse

3.1 Relevanz und Umsetzbarkeit von Schlüsselkompetenzen

Im Folgenden werden drei Kompetenzbereiche in Bezug auf deren Relevanz für den pflegerischen Beruf als auch auf ihre Umsetzbarkeit im beruflichen Handlungsfeld dargestellt. Die Kompetenzbereiche wurden in personale, sozial-kommunikative Kompetenzen und methodisch-generalisierbare Fachkompetenzen unterteilt.

3.1.1 Personale Kompetenzen

Bei den personalen Kompetenzen bewerteten Schüler und Pflegepersonen die Kompetenzen Gedächtnis/systemisches Denken und Flexibilität am höchsten. Diese Kompetenzen lassen sich auf Station auch häufig umsetzen. Offensichtlich wurde, dass die Schüler der Kompetenz Belastbarkeit den höchsten Stellenwert gaben, mehr als 85 % der Befragten hielten diese für „sehr relevant“.

Entsprechend der Annahme, dass die Belastungen durch den soziodemografischen Wandel, die Anzahl von multimorbiden Patienten und Arbeitsverdichtung in den pflegerischen Berufen zunehmen werden, waren die Ergebnisse in Bezug auf die Kompetenz Belastbarkeit auch hinsichtlich der Gesamtstichprobe (n = 102) eindeutig. Die Mehrheit aller Befragten gab an, dass diese Kompetenz für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege „sehr relevant“ sei. Die hohe prozentuale Angabe der Schüler könnte ebenso daher resultieren, dass diese beständiger am Patienten arbeiten und vermehrt Routineaufgaben übernehmen. Sie arbeiten in einem weniger beständigen Dienstplan, wechseln häufiger Stationen und haben auch weniger Partizipationsmöglichkeiten. Dies sind alles Faktoren, die als belastend gelten. Ebenso befinden sie sich noch in einem Lernprozess und wechseln zwischen Theorie und Praxis, was ebenfalls eine Doppelbelastung darstellt (vgl. BERUFGENOSSENSCHAFT FÜR GESUNDHEITSDIENST UND WOHLFAHRTSPFLEGE 2005). Dies könnte auch ein Grund dafür sein, warum gerade die Schüler dieser Kompetenz die höchste Bedeutsamkeit zuordneten.

Eine Umfrage der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege an 1.306 berufstätigen Pflegepersonen ergab, dass Pflegepersonen „noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind“ (BERUFGENOSSENSCHAFT FÜR GESUNDHEITSDIENST UND WOHLFAHRTSPFLEGE 2005, S. 7). Dies bekräftigt das Ergebnis der befragten Teilnehmer, dass Belastbarkeit für den Beruf in der Gesundheits- und Krankenpflege durchaus eine bedeutende Kompetenz ist, um mit den alltäglichen Anforderungen auf Station gesundheitsförderlich umzugehen. Belastbarkeit lässt sich nach den Angaben der Pflegepersonen nur „teils/teils“ umsetzen. Aus diesem Ergebnis könnte man ableiten, dass die Anforderungen der betrieblichen Praxis partiell die Fähigkeit der pflegenden Personen überschreiten. Dies würde sich allerdings nachteilig auf die Gesundheit der Pflegepersonen auswirken.

Letztere Annahme wird durch Ergebnisse in Bezug auf die Kompetenz Gesundheit, die insgesamt einen geringfügigeren Wert erhielt, bestätigt. Diese eben aufgeführten Belastungen sind evtl. ein Argument dafür, dass Gesundheit von der Mehrheit der Lehrkräfte als „sehr relevant“ bewertet wurde. In der Stichprobe der Schüler hielten diese nur die Hälfte der Befragten für „sehr relevant“, bei den Pflegepersonen war es sogar weniger als die Hälfte. Ob dies am Verhalten der befragten

Teilnehmer liegt, durch ein nicht gesundheitsförderliches Setting oder durch die Arbeitsbedingungen bedingt wird, bedarf sicherlich weiterer Klärung. Dennoch wurde offensichtlich, dass der Kompetenz Gesundheit von der Stichprobe, die in der betrieblichen Praxis tätig ist, eine deutlich geringere Bedeutsamkeit zugeordnet wurde.

Nach der Auffassung von BONSE-ROHMANN (2005) stellt jedoch gerade die Gesundheitskompetenz in den Berufen des Gesundheitswesens zukünftig einen bedeutsamen Anteil der beruflichen Kompetenz dar. Gleichwohl sollte diese im beruflichen Alltag auch umsetzbar sein, was wiederum die Annahme intendiert, dass die Gesundheitskompetenz auch ein gesundheitsförderliches Setting verlangt (ebd., S. 56). Ferner wird festgestellt, „dass Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung im schulischen Kontext für die Zielgruppe Auszubildende bislang weitgehend vernachlässigt wurde und auch im betrieblichen Kontext (...) bislang ein eher geringe Rolle spielt“ (ebd., S. 59). Jedoch wird in dem neuen KrPflG die Möglichkeit gesehen, dass sie in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege effektiv umgesetzt werden könnte (ebd., S. 59). Dies ist durchaus denkbar, da, wie eingangs erwähnt, die Lehrkräfte der Kompetenz Gesundheit die höchste Relevanz zuordneten und somit evtl. gegeben ist, dass die in der Ausbildung Tätigen im Unterricht deutlich auf deren Bedeutsamkeit hinweisen und die Schüler früh hierfür sensibilisiert werden. Dennoch wird, orientiert man sich an den Angaben der Pflegepersonen, deutlich, dass die Umsetzbarkeit im Alltag bislang nicht gegeben ist.

Außer Frage steht, dass Gesundheit in der beruflichen Bildung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe vermehrt gefördert werden sollte. Diese Position wird auch durch das KrPflG (2003) und die veränderte Berufsbezeichnung bekräftigt. Im KrPflG (2003) wird ausdrücklich professionelle Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung, Anleiten und Beraten gefordert (ebd., § 3).

In den Settings des Gesundheitswesens steht die Gesundheit der Patienten und deren Angehöriger im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns (BONSE-ROHMANN 2005, S. 59). Dabei sollte die Gesundheit der im Gesundheitswesen tätigen Personen in Zukunft vermehrt Betrachtung finden. Sollte dies nicht geschehen, könnte daraus eine widersprüchliche Situation entstehen, nämlich dass Pflegepersonen, die die Gesundheit ihrer Patienten und deren Angehörigen fördern, selbst jedoch immer häufiger erkranken (ebd., S. 59).

Die Schlüsselkompetenz „Lernen lernen“ wurde von mehr als 50 % der Schüler und Pflegepersonen als „relevant“ angesehen, von den Lehrkräften hielten es allerdings weniger als die Hälfte für „relevant“. Bezüglich der Umsetzbarkeit auf Station gaben die Pflegepersonen an, dies sei nur „teils/teils“ möglich. Die höhere Relevanzangabe durch die Schüler könnte dadurch erklärt werden, dass diese sich noch in einem Lernprozess befinden. RICHTER (1995) sieht diese Kompetenz als Voraussetzung für den Erwerb von Schlüsselkompetenzen an (ebd., S. 30). Bezogen auf

die Kompetenz Gesundheit könnte dieses Ergebnis erfreulich sein, da es darlegt, dass Pflegepersonen durchaus eine Lernbereitschaft aufweisen und gesundheitsförderliches Verhalten durchaus erlernbar ist.

Offensichtlich wurde, dass sich die Mehrzahl der personalen Kompetenzen nur „partiell“ im beruflichen Handlungsfeld umsetzen lässt; vor allem Gesundheit lässt sich nach 42,5 % der befragten Pflegepersonen angesichts der hohen physischen und psychischen Belastung nur „teilweise“ umsetzen. Dieses Ergebnis ist für den Beruf – gerade in Bezug auf die neue Berufsbezeichnung – besorgniserregend.

3.1.2 Sozial-kommunikative Kompetenzen

Deutlich wird, dass die sozial-kommunikativen Kompetenzen bei den Schülern und Lehrkräften eine deutlich höhere Relevanz aufweisen als bei den Pflegepersonen. Dieses Ergebnis könnte dahin gehend interpretiert werden, dass Schüler auf Station mehr Zeit mit dem Patienten verbringen, während die Pflegepersonen evtl. in wachsendem Maße mit Organisations- und Dokumentationsarbeiten beschäftigt sind. Auch könnte die unterschiedliche Bewertung zwischen Lehrkräften und Pflegepersonal als Argument dafür verwendet werden, dass die Lehrkräfte durch ihre Lehrtätigkeit nicht mehr mit den aktuellen Gegebenheiten auf Station konfrontiert sind.

Die höchste Relevanz erhielt in diesem Bereich von allen Stichproben die Kommunikationsfähigkeit. Aber auch die Teamfähigkeit wurde von der Mehrheit aller Befragten mit „sehr relevant“ bewertet. Kommunikations- und Teamfähigkeit werden auch explizit durch § 3 des KrPflG gefordert. Denn sprachlich-kommunikative Kompetenzen sind auch notwendig, um die eigene Arbeit zu beschreiben, zu reflektieren und so transparent zu gestalten (vgl. ABT-ZEGELIN u. a., 2003). Erfreulich ist, dass sich diese Kompetenz laut den Angaben der befragten Pflegepersonen „häufig“ umsetzen lässt.

Ein weiteres Kernelement professioneller Pflege sind die Beratungs- und Betreuungsaufgaben. Mehr als die Hälfte der Schüler und Pflegepersonen bewertet die Kompetenz Beratungsfähigkeit als „relevant“, bei den Lehrkräften hingegen tat dies nur die Hälfte. Weniger als die Hälfte der befragten Pflegepersonen gab an, dass diese Kompetenz sich „häufig“ auf Station umsetzen lässt. Gerade beratende und anleitende Tätigkeiten finden aber im neuen KrPflG vermehrt Berücksichtigung und stellen eine neue Anforderung dar, die Pflegepersonen zukünftig eigenverantwortlich durchführen sollen (vgl. § 3 KrPflG 2003).

Teamfähigkeit, Kommunikation und Verantwortung sind bedeutsame Kompetenzen in Bezug auf pflegerisches Handeln und die Verwirklichung des Berufsbildes (SCHEWIOR-POPP 1998, S. 23). Alle diese Kompetenzen wurden in dieser Untersuchung ebenfalls durch die befragten Teilnehmer als bedeutsam für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege bewertet. Weiterhin sollte vermittelt werden, die eigenen

Kompetenzen grundsätzlich als erweiterungsfähig anzusehen sowie die Kompetenzen anderer angrenzender Berufe nicht als Bedrohung, sondern als hilfreich wahrzunehmen (MEIFORT 1991, S. 119). Ohne Teamfähigkeit ist eine professionell und qualitativ hochwertige Patientenversorgung nicht möglich. Laut SCHEWIOR-POPP (1998) gehört diese Kompetenz zu den wesentlichen im Bereich des Gesundheitswesens (ebd., S. 24). Diese Annahme wird ebenfalls von den Befragten bestätigt. Bezüglich der Teamfähigkeit lag die Zustimmungsrate bei allen Stichproben über 60 %. Diese lässt sich nach den Angaben der befragten Pflegepersonen auch häufig umsetzen.

Die Kompetenz Motivation, welche sich nach Meinung von mehr als 60% der Pflegepersonen nur „teilweise“ auf Station umsetzen lässt, nimmt auch in keiner Stichprobe eine deutliche Mehrheit ein. Weniger als die Hälfte der befragten Teilnehmer bewertete sie als „relevant“. PANKALLA (2006) vertritt hingegen die Auffassung, dass Kompetenzförderung und Motivation interdependent zueinander stehen (ebd., S. 313). Ferner ist die Motivation für das Erreichen des Ausbildungsziels laut § 3 und § 11 des KrPflG (2003) ein bedeutender Aspekt.

Von Schülern und Pflegepersonen wurde der Umgang mit Enttäuschungen ergänzend als relevant erachtet. Auch OELKE (1991) gibt zu bedenken, dass die patienten- und prozessorientierten Ausbildungsvorstellungen sehr häufig in einem „scharfen Kontrast zur pflegerischen Realität und damit zur praktischen Ausbildung“ der Schüler stehen (ebd., S. 41). Diese Problematik kann sich nachteilig auf die Motivation auswirken und evtl. auch ein Grund für deren geringere Relevanz darstellen. Diese Annahme wird auch von den Pflegepersonen bestätigt. Sie gaben an, dass gerade „zu lernen, die eigene Motivation nicht zu verlieren“, eine für sie relevante Schlüsselkompetenz darstellt. Der Umgang mit Diskrepanzerlebnissen, wie OELKE (1991) und die in der Praxis Tätigen sie schildern, sollte zukünftig ein fester Bestandteil der Ausbildung sein.

Die Hypothese, dass den sozial-kommunikativen Kompetenzen eine hohe Bedeutung zugeordnet wird, konnte bestätigt werden. Auch wurde deutlich, dass sich die Mehrzahl der sozial-kommunikativen Kompetenzen in der beruflichen Ausbildung derzeit nur „partiell“ umsetzen lässt.

3.1.3 Methodisch-generalisierbare Fachkompetenzen

Auch die methodisch-generalisierbaren Fachkompetenzen nehmen entgegen der Annahme der Verfasserin einen hohen Stellenwert im Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege ein. Auch hier besteht zwischen den Angaben der Schüler und Pflegepersonen eine starke Übereinstimmung. Die deutliche Mehrheit beider Stichproben hält z. B. die Kompetenzen Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit für den Beruf für „sehr relevant“. Die Stichprobe der Lehrkräfte gewichtete diese nicht so stark.

Ebenso wird ersichtlich, dass die Förderung der Gesundheit und Selbstständigkeit des Patienten im pflegerischen Handeln einen hohen Stellenwert einnimmt. Somit wird diese Bewertung auch dem neuen KrPflG gerecht, welches dieses Handeln fordert (§ 3 KrPflG 2003). Dennoch wird, betrachtet man nochmals das Ergebnis in Bezug auf die Kompetenz Gesundheit, deutlich, dass die Förderung der Gesundheit des Patienten einen höheren Stellenwert einnimmt als die eigene Gesundheitsförderung. Prüft man allerdings die Angaben der Pflegepersonen, so lässt sich die Verrichtungsorientierung entgegen der Symptomorientierung, welche sich „häufig“ umsetzen lässt, nur „partiell“ umsetzen. Aus diesem Ergebnis könnte man schließen, dass physische und psychische Veränderungen des Patienten zwar „sehr häufig“ wahrgenommen werden, Gesundheits- und Ressourcenförderung aber nur „teilweise“ ausgeübt wird. Somit wird es vermutlich im Stationsalltag auch zunehmend schwieriger, neben der Heilung und Linderung von Krankheiten auch die Gesundheit und Selbstständigkeit des Patienten zu fördern. Welche Umstände dafür verantwortlich sind, dass die Symptomorientierung sich im Vergleich zur Verrichtungs- und Ressourcenorientierung „häufiger“ umsetzen lässt, bedarf sicherlich weiterer Klärung.

Organisations- und Planungsfähigkeit wurden von mehr als 60 % der Schüler und Pflegepersonen mit „sehr relevant“ beurteilt. Nur knapp die Hälfte der Lehrkräfte hielt diese Kompetenz für „sehr relevant“. Dieses Ergebnis könnte daher resultieren, dass Lehrkräfte durchaus weniger in den Stationsablauf integriert sind als Schüler und Pflegepersonen. Durch die Zunahme der Aufgabenvielfalt und Dokumentations-tätigkeit auf Station ist dieses Ergebnis durchaus verständlich, da das Beherrschen dieser Kompetenz einen reibungslosen Ablauf auf Station ermöglicht und die Handhabbarkeit unvorhergesehener Störungen, die in diesem Berufsfeld vorherrschen, erleichtert (BERUFGENOSSENSCHAFT FÜR GESUNDHEITSDIENST UND WOHLFAHRTSPFLEGE 2005, S. 40). Auch ist diese Kompetenz von Bedeutung, da Pflegepersonen den Pflegebedarf des Patienten selbstständig und qualitätsorientiert erheben und evaluieren sollen (§ 3 KrPflG 2003; vgl. hierzu auch MAGS 2003, S. 9). Ferner lässt sich diese Kompetenz „häufig“ umsetzen.

Die Erwartung, dass methodische Kompetenzen eine eher nachgeordnete Rolle spielen, bestätigte sich nicht. Es scheint eher das Gegenteil der Fall zu sein, da die in der Praxis Tätigen diesen Kompetenzen durchaus eine hohe Bedeutung zuweisen, was evtl. auch darauf zurückzuführen ist, dass sich diese am häufigsten umsetzen lassen. Offensichtlich wurde auch, dass Arbeitstugenden für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege bedeutsam sind. Auch BRASSARD et al. (1992) machen darauf aufmerksam, dass die Arbeitstugenden den Schlüsselkompetenzen gleichwertig zugeordnet und v. a. in der betrieblichen Praxis von Bedeutung sind (ebd., S. 17).

Zusammenfassend kann aus diesen Ergebnissen geschlossen werden, dass die personalen Kompetenzen eine eher nachgeordnete Rolle in dem Beruf der Ge-

sundheits- und Krankenpflege zu spielen scheinen. Im Beruf spielen auch die hohen sozial-kommunikativen Kompetenzen keine so große Rolle wie eingangs angenommen. Die methodisch-generalisierbaren Fachkompetenzen scheinen dagegen einen hohen Stellenwert in der Tätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflege einzunehmen.

Deutlich wurde z. B. an den Kompetenzen Belastbarkeit, Gesprächsführung, Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit, dass die in der Praxis Tätigen diesen Kompetenzen eine höhere Bedeutung zuordneten als die Lehrkräfte. So könnte man annehmen, dass die Lehrkräfte durch ihre geringere Anwesenheit in der betrieblichen Praxis evtl. nicht mehr erkennen, welche Kompetenzen für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege wirklich „relevant“ sind. Sollte diese Annahme zutreffen, so könnte sich diese Diskrepanz durch die Regelung des neuen KrPflG noch vergrößern. Anleitungen sollen nur noch durch Praxisanleiter erfolgen, und Ausbildungsbetriebe müssen keinem Klinikum mehr direkt vor Ort angegliedert sein. Diese Gegebenheiten führen dazu, dass die Lehrkräfte nur noch selten Einblick in den stationären Ablauf erhalten.

In Bezug auf die Fragestellung der Umsetzbarkeit und Relevanz der aufgeführten Kompetenzen wurde deutlich, dass sich bis auf die Kompetenz Zuverlässigkeit, welche auch eine Arbeitstugend darstellt, keine „sehr häufig“ im Krankenhausalltag umsetzen lässt. Dieses Ergebnis sagt aus, dass sich die aufgeführten sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen sowie die methodisch-generalisierbaren Fachkompetenzen durchaus „häufig“ und „teilweise“ in der betrieblichen Praxis umsetzen lassen. Dennoch wurde offensichtlich, dass sich die Mehrheit der Kompetenzen nur „teils/teils“ umsetzen lässt.

3.2 Förderung von Kompetenzen

Aus der Befragung von Pflegepersonen und Schülern wurde ersichtlich, dass alle Kompetenzbereiche überwiegend implizit angebahnt werden. Die Befragung der Lehrkräfte bestätigt diese Angaben. So gaben hinsichtlich der personalen Kompetenzen 70 %, der sozial-kommunikativen Kompetenzen 60 % und der methodisch-generalisierbaren Kompetenzen 58 % der befragten Lehrkräfte an, diese vorwiegend „implizit“ anzubahnen. Dieses Ergebnis wird auch von einer Studie von RICHTER (1995) bestätigt (ebd., S. 49 ff.). Fraglich hingegen ist, ob eine implizite Förderung Kompetenzen wirklich anbahnt, da Kompetenzvermittlung laut RICHTER (1995) eine explizite Anbahnung und Förderung verlangt (ebd., S. 49 ff.). Diesen Standpunkt vertreten auch diverse andere Autoren (vgl. hierzu BROMMER 1992, S. 129; MEYER 1994, S. 92 ff.; DÖRIG 1999, S. 55).

Somit kann festgehalten werden, dass diese Unterrichtsbedingungen in dem hier untersuchten Ausschnitt der Pflegeausbildung die Förderung von Schlüsselkom-

petenzen nicht unterstützen. Die eingangs formulierte Hypothese der „impliziten Anbahnung von Schlüsselkompetenzen“ wird also bestätigt.

3.2.1 Eignung und Häufigkeit in der Anwendung ausgewählter Unterrichtsmethoden

Die Ergebnisse zeigen, dass im Rahmen des Frontalunterrichts sehr häufig versucht wird, Kompetenzen anzubahnen. Auch SCHEWIOR-POPP (1998) und BRASSARD et al. (1992) sind der Auffassung, dass Frontalunterricht die am häufigsten angewandte Methode der theoretischen Ausbildung darstellt (vgl. hierzu SCHEWIOR-POPP 1998, S. 113; BRASSARD et al. 1992, S. 76). Dabei ist zu bedenken, dass Frontalunterricht ein sprachlich vermittelnder Unterricht ist, meist nur die kognitive Ebene anspricht und Schüler dadurch häufig eine passiv-konsumierende Haltung einnehmen (MEYER 1994, S. 20). Jedoch sollte eine Methode zur Förderung und Anbahnung von Schlüsselkompetenzen stets die kognitive, affektive und psychomotorische Dimension ansprechen (BROMMER 1992, S. 128 ff.; REETZ 1990, S. 28). Auch diese Aussage spiegelt sich in den Ergebnissen aus der Befragung wider. Die befragten Lehrkräfte gaben an, dass Frontalunterricht zur Förderung von personalen Kompetenzen und methodisch-generalisierbaren Fachkompetenzen „weniger geeignet“ sei. Zur Anbahnung sozial-kommunikativer Kompetenzen gaben sie an, sei er „gar nicht geeignet“. Rollenspiel, Gruppenarbeiten und Projekte sind laut den Angaben der Lehrkräfte wesentlich besser zur Kompetenzförderung geeignet.

Betrachtet man das Ergebnis in Bezug auf die Anwendungshäufigkeit des Frontalunterrichts, ist zu berücksichtigen, dass diese Gruppe der Lehrkräfte, deren Durchschnittsalter bei 45 Jahren lag, es in der eigenen Ausbildung vermutlich selbst nicht anders gelernt hat. Diese Annahme und auch die von OELKE (1997) bestätigte Situation, dass Lehrkräfte sehr häufig mit Organisationsarbeiten ausgefüllt sind und daraus ein Zeitmangel für Unterrichtsvorbereitung entsteht, könnten Gründe für die „häufige“ Anwendung von Frontalunterricht darstellen (vgl. ebd.). Somit wird die Hypothese, dass Frontalunterricht – obwohl er als „weniger“ bzw. „gar nicht geeignet“ bewertet wurde – trotzdem noch zur Förderung der Kompetenzen „häufig“ eingesetzt wird, bestätigt.

3.2.2 Restriktionen bei der der Förderung von Kompetenzen

Zur Förderung von Kompetenzen werden ganzheitliche Lehr- und Lernarrangements gefordert. Diesen Forderungen stehen jedoch oft Zeit-, Personalmangel und mangelhafte Rahmenbedingungen entgegen.

Zeit

Die befragten Lehrkräfte gaben an, dass „partiell“ ein Zeitmangel hinsichtlich der Vermittlung von Schlüsselkompetenzen bestehe. Auch benötigen Rollenspiele, Gruppenar-

beiten und Projekte eine zeitintensive Planung. Ganzheitliche Lehr- und Lernarrangements sind nur nutzbringend, wenn sie anschließend auch reflektiert und evaluiert werden, ansonsten würden sie ihren Zweck verfehlen (BROMMER 1992, S. 128). Eine rezeptiv darbietende Sozialform wie der Frontalunterricht ist im Gegensatz zu den oben aufgeführten Unterrichtsmethoden weniger zeitintensiv. Dies könnte, betrachtet man die oft wenig verfügbaren zeitlichen Ressourcen, die laut der Auffassung der Lehrkräfte „partiell“ vorhanden sind, sowie ungeplante Vertretungsstunden, der Grund dafür sein, dass Frontalunterricht noch „häufig“ angewandt wird.

Mangelnde curriculare Vorgaben

Fast die Hälfte der befragten Lehrkräfte gab an, dass die Problematik der mangelnden curricularen Vorgaben im Vordergrund stehe. Zwar wird die Novellierung des neuen KrPflG laut der Pflegeausbildungsstudie begrüßt, jedoch haben viele Schulen eigene und zum Teil unterschiedliche Rahmenlehrpläne, an denen sie sich intern orientieren (DIP 2005). Enttäuschend sind auch die Angaben des Hessischen Rahmenlehrplans, an dem sich die Schulen des Gesundheitswesens in Hessen orientieren sollen. Betrachtet man diesen, kommt man leider zu dem Ergebnis, dass er keine konkreten Angaben macht und somit auch keine Vorschläge bereithält, wie das Konzept der Schlüsselkompetenzen in Schulen und Ausbildungsbetrieben der Gesundheits- und Krankenpflege umzusetzen ist. Dies führt wiederum zu einer Verunsicherung der Lehrkräfte. Das könnte auch der Grund dafür sein, dass die Lehrkräfte sich an den Unterrichtspraktiken orientieren, wie sie sie in ihrer früheren Ausbildung erfuhren. Auch OELKE (1991) ist der Auffassung, dass die curricularen Vorgaben, die sich zwar an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierten, aber auf einer praxisfernen höheren Ebene der Schuladministration entstanden sind, eher zu Enttäuschungen als zu der anfänglich angestrebten Verbesserung führen (vgl. ebd. 1991, S. 9).

Organisations- und Rahmenbedingungen

Ebenso werden die Organisations- und Rahmenbedingungen von der Mehrheit der befragten Lehrkräfte für die fehlende oder mangelnde Vermittlung und Förderung von Kompetenzen verantwortlich gemacht. Dies resultiert z. B. aus der fehlenden Unterrichtsvorbereitung oder einer vermehrten Unterrichtsübernahme von Fremddozenten und aus einer häufig nicht stattfindenden Abstimmung von Unterrichtsinhalten. Lehrkräften müssen ebenso viel Zeit, wie für das Unterrichten benötigt wird, für organisatorische Aufgaben aufbringen, welche eigentlich „lehreruntypisch“ sind (OELKE 1997, S. 4). Dieses Ergebnis wird von der PABiS-Studie bestätigt (ISFORT 2006, S. 465). Ein weiterer Grund könnte evtl. darin bestehen, dass sich viele der in der theoretischen Ausbildung angebahnten Fertigkeiten und Fähigkeiten nicht im beruf-

lichen Handlungsfeld wie gewünscht umsetzen lassen und so auch zu Diskrepanzerlebnissen bei den Lehrkräften führen. Weiterhin werden die Lehrkräfte auch wie unter Abschnitt 3.1.3 erwähnt durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes zunehmend aus der betrieblichen Praxis ausgeschlossen.

Basisqualifikation der Schüler

Lehrkräfte kritisieren „häufig“, dass Schüler zu wenige Basisqualifikationen in die Ausbildung mitbringen und somit viel Zeit benötigt wird, diese Defizite auszugleichen. Selbstgesteuertes Lernen wird in der allgemeinen Schulbildung laut RICHTER (1995) oft verlernt, da diese allzu häufig fremdbestimmt ist und die Schüler selten aktiv fordert (RICHTER 1995, S. 25). Allgemeine Bildungsinhalte sollten die Basis für den Erwerb weiterführender Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kenntnisse darstellen. Sind diese allerdings nur unzureichend vorhanden, ist eine Förderung und Weiterentwicklung von Kompetenzen erschwert (GRAICHEN 2002, S. 15). Diese Annahme wird auch durch eine Umfrage des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK) bekräftigt. Sie ergab, dass 66 % der befragten Unternehmen beklagten, dass die Auszubildenden „sich weder schriftlich noch mündlich ausdrücken können“ (RIEDLER 2006, S. 3). Ebenfalls werden „fehlende soziale und personale Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, Lern- und Leistungsbereitschaft“ beklagt (GEMEINSAME ERKLÄRUNG VON BLBS, KWB UND VLW 2003, S. 109). Zwar wurde das theoretische Stundenkontingent der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege erhöht, jedoch kann es mittel- und langfristige Aufgabe der beruflichen Ausbildung sein, Versäumnisse der allgemeinbildenden Schulen auszugleichen.

Betrachtet man die Angaben der Lehrkräfte, können diese diskutierten Probleme evtl. auch für die geringe explizite Anbahnung von Schlüsselkompetenzen und den häufig frontalen Unterricht verantwortlich sein. BLUM und SCHILZ (2006) hinterfragen ebenfalls kritisch, ob die derzeitige vorherrschenden Ausbildungsstrukturen in den Pflege- und Gesundheitsberufen überhaupt handlungsorientierte Unterrichtssituationen ermöglichen (ebd., S. 562). Auch SOHR (2005) ist der Auffassung, dass die meisten Schlüsselkompetenzen nicht im Frontalunterricht, sondern „in sozial-, erfahrungs- und handlungsorientierter Weise“ vermittelt werden sollten (ebd., S. 45).

3.3 Lernbarkeit und Überprüfbarkeit der Schlüsselkompetenzen

Keiner der befragten Lehrkräfte gab an, Schlüsselkompetenzen für nicht überprüfbar zu halten. 57 % der Lehrkräfte meinten, dass dies durchaus durch veränderte Prüfungsmodalitäten möglich sei. Jedoch muss man bedenken, dass dies mit den herkömmlichen Prüfungsmodalitäten, die hauptsächlich kognitives und Faktenwissen abfragen, nicht möglich ist (NORTH 2003, S. 205). Dass die Überprüfung von

Schlüsselkompetenzen andere als die gebräuchlichen Prüfungsmodalitäten verlangt, wird auch von SOHR (2005) bestätigt (ebd., S. 45). Ebenso hielten 77 % aller Befragten die aufgeführten Kompetenzen für lernbar.

Jedoch sollten diese veränderten Prüfungsmodalitäten auch tatsächlich auf eine veränderte Unterrichtsgestaltung abgestimmt werden. Es wäre paradox, wenn sich die Prüfungsmodalitäten in Richtung einer Performanzprüfung wandeln und der Unterricht weiterhin auf einen kognitiven und passiven Erwerb von Faktenwissen ausgelegt ist. Wissen wird erst dann transferfähig, „wenn der Lernende die Elemente des Wissens durch eigene Aktivität strukturiert“. Das bedeutet, dass ein fertig strukturierter Lerninhalt, den die Lernenden nur noch konsumieren müssen, für einen späteren Transfer, z. B. in einer praktischen Prüfung, von Nachteil ist (PÄTZOLD, WORTMANN 1999, S. 155). Vergleicht man diese Auffassung jedoch mit den Angaben der Befragten, so wird deutlich, dass derzeit noch Frontalunterricht und eine implizite Förderung von Schlüsselkompetenzen überwiegen. Somit bedarf es zunächst einer Änderung der vorherrschenden Unterrichtsprozesse und auch der Rolle des Lehrers, bevor Veränderungen in den Prüfungsmodalitäten implementiert werden sollten (SOHR 2005, S. 39).

4. Zusammenfassung und Ausblick

Abschließend kann festgehalten werden, dass die befragten Lehrkräfte am häufigsten Frontalunterricht zur Anbahnung von Schlüsselkompetenzen anwenden, obwohl sie diesen für weniger geeignet halten. Obwohl Rollenspiele, Projekte und Gruppenarbeiten für die Anbahnung von Schlüsselkompetenzen als wesentlich geeigneter bewertet wurden, werden diese nur partiell angewandt. Auch werden die als relevant erachteten Schlüsselkompetenzen vorwiegend nur implizit angebahnt. Ein wesentliches Problem für die momentan vorherrschende Situation scheint laut den Umfrageergebnissen in den geringen Basisqualifikationen der Schüler und den mangelnden curricularen Vorgaben zu bestehen. Auch werden Schlüsselkompetenzen für lehr- und lernbar gehalten, was allerdings veränderte Prüfungsmodalitäten als auch andere Unterrichtsmethoden verlangen würde.

Fraglich ist jedoch, ob die eben erwähnten Umstände die für den Beruf als „relevant“ erachteten Kompetenzen effektiv anbahnen und die vorherrschenden Rahmenbedingungen und das berufliche Handlungsfeld einen erfolgreichen Transfer von Schlüsselkompetenzen auch tatsächlich zulassen. Sicherlich kann der Erwerb von Schlüsselkompetenzen nicht allein durch die Anwendung einzelner Unterrichtsmethoden sichergestellt werden, da sich deren konkrete Durchführung auch im organisatorischen Rahmen und der betrieblichen Praxis widerspiegeln muss. Der Erwerb von Schlüsselkompetenzen ist ein lebenslanger dynamischer Prozess, den es immer wieder zu reflektieren gilt. Von großer Bedeutung ist auch, dass die Perso-

nen, die versuchen, Schlüsselkompetenzen zu vermitteln, diese ebenso im eigenen Verhalten realisieren. Auch wenn das Konzept der Schlüsselkompetenzen oft kontrovers diskutiert wurde, so hat es dennoch dazu geführt, dass sowohl auf der Ebene der Berufspolitik als auch auf der Ebene des eigentlichen Unterrichtsgeschehens die Verantwortlichen an der Optimierung von Lehr- und Lernprozessen arbeiten.

Die Förderung diverser u. a. auch im § 3 des aktuellen Krankenpflegegesetzes (vom 19. November 2003) geforderter Kompetenzen verlangt eine besondere Lernkultur. Daher scheint es zwingend erforderlich, die verschiedenen Ansätze von Lehren und Lernen auf ihre Angemessenheit bezüglich der Vermittlung diverser Schlüsselkompetenzen einerseits und auf ihre Eignung zur Anbahnung der für die Zukunft als bedeutsam erachteten Kompetenzen andererseits zu beurteilen.

Dennoch wäre es für das weitere empirische Vorgehen interessant, wie die konkrete Umsetzungsmöglichkeit diverser Kompetenzen in der betrieblichen Praxis auf Station erfolgt. Steht das berufliche Handlungsfeld eventuell im Gegensatz zu der auf Persönlichkeitsförderung ausgelegten Ausbildung? Es wäre kontraproduktiv, wenn in der Ausbildung die Kreativität und Flexibilität gefördert wird und auf Station Standardisierung und Normierung vorherrschen.

Die hier diskutierten und aufgeführten Ergebnisse werfen viele Fragen auf, die als Ausgangslage für weitere Forschungen dienen können.

Literaturverzeichnis

- ABT-ZEGELIN, Angelika; GERIG, Waltraud; HUSS, Norma (2003): Pflegeausbildung: Neue Möglichkeiten nutzen! Teil 1. In: Die Schwester/Der Pfleger, 42 (2003) 9, S. 710–714.
- BADURA, Jürgen (1992): Die Diskussion um das Konzept „Schlüsselqualifikationen“ – Anregungen für die Volkshochschularbeit. In: PÄDAGOGISCHE ARBEITSSTELLE DES DEUTSCHEN VOLKSHOCHSCHUL-VERBANDES (Hrsg.): Didaktische Dimensionen der Erwachsenenbildung. Frankfurt am Main, S. 109–129.
- BERUFGENOSSENSCHAFT FÜR GESUNDHEITSDIENST UND WOHLFAHRTSPFLEGE (Hrsg.) (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Hamburg.
- BLUM, Karl; SCHILZ, Patricia (2006): Die neue Pflegeausbildung aus Sicht der Krankenhäuser. In: Die Schwester/Der Pfleger, 45 (2006) 7, S. 560–564.
- BONSE-ROHMANN, Mathias (2005): Gesundheitskompetenz – zentrale Schlüsselkompetenz für Gesundheitsberufe? In: SOHR, Sven; BONSE-ROHMANN, Mathias (Hrsg.): Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gamburg, S. 52–65.
- BRASSARD, Werner u. a. (1992): Wege zur beruflichen Mündigkeit. Weinheim.
- BROMMER, Ulrike (1992): Lehr- und Lernkompetenz erwerben – Ein Weg zur effizienten Persönlichkeitsentwicklung. Wiesbaden.

- DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG E. V. (Hrsg.) (2006): Pflegeausbildungsstudie Deutschland 2005. URL: <http://www.dip-home.de/projekte/pabis.htm> (Stand: 18. August 2006).
- DÖRIG, Roman (1999): Schlüsselqualifikationen aus kognitionspsychologischer Sicht. In: ARNOLD, Rolf; MÜLLER, Hans-Joachim (Hrsg.): Kompetenzentwicklung durch Schlüsselqualifizierung. Baltmannsweiler, S. 53–71.
- ERPENBECK, John; VON ROSENSTIEHL, Lutz (2003): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart.
- GEMEINSAME ERKLÄRUNG VON BLBS, KWB UND VLW (2003): PISA: Konsequenzen für die Berufsbildung. Vorschläge zur Überwindung der Bildungsdefizite. In: Die berufsbildende Schule, 55 (2003) 4, S. 109–111.
- GRAICHEN, Olaf (2002): Schlüsselqualifikationen. Eine kritische Beurteilung eines aktuellen Konzepts aus berufspädagogischer Sicht. Marburg.
- ISFORT, Michael (2006): Im Fokus: Pflegeschulen. In: Die Schwester – Der Pfleger, 45 (2006) 6, S. 464–468.
- MEIFORT, Barbara (1991): Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. In: BIERMANN, Horst u. a. (Hrsg.): Hochschule und Berufliche Bildung. Alsbach, S. 114–124.
- MEYER, Hilbert (1994): Unterrichtsmethoden – 1. Theorieband. Berlin.
- NORTH, Klaus (2003): Das Kompetenzrad. In: ERPENBECK, John; VON ROSENSTIEHL, Lutz (Hrsg.): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart, S. 200–211.
- OELKE, Uta (1991): Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung: Begründungsrahmen und Entwicklung eines offenen, fächerintegrativen Curriculums für die theoretische Ausbildung. Basel.
- OELKE, Uta (1997): Workshop-Reader: Naturwissenschaftliche Grundlagen der Pflege und ihre Didaktik. Bielefeld. URL: <http://fhznet.fh-bielefeld.de/fb8/reader1.pdf> (Stand: 18. August 2006).
- PANKALLA, Antje (2006): Kompetenzförderung durch Anleitung. In: Die Schwester – Der Pfleger, 45 (2006) 4, S. 312–317.
- PÄTZOLD, Günther; WORTMANN, Elmar (1999): Didaktische Handlungsmöglichkeiten zur Ausbildung von Schlüsselqualifikationen. In: ARNOLD, Rolf; MÜLLER, Hans-Joachim (Hrsg.): Kompetenzentwicklung durch Schlüsselqualifizierung. Baltmannsweiler, S. 137–151.
- REETZ, Lothar (1990): Zur Bedeutung der Schlüsselqualifikationen in der Berufsausbildung. In: REETZ, Lothar; REITMANN, Thomas (Hrsg.): Schlüsselqualifikationen: Fachwissen in der Krise? Dokumentation eines Symposiums in Hamburg. Hamburg, S. 16–35.
- RICHTER, Christoph (1995): Schlüsselqualifikationen. Alling.
- RIEDLER, U. (2006): Immer mehr Schulabbrecher. In: Werra-Rundschau vom 5. Juli 2006.
- SCHEWIOR-POPP, Susanne (1998): Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege- und Rehabilitationsberufen. Stuttgart.
- SOHR, Sven (2005): „All you need ...“ – Schlüsselkompetente Persönlichkeiten der Zukunft? 20 theoretische, empirische und konzeptionelle Thesen zum Thema Schlüsselqualifikationen. In: SOHR, Sven; BONSE-ROHMANN, Mathias (Hrsg.): Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gamburg, S. 8–46.

Rechtsquellen

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflA-PrV) vom 19. November 2003. In: BGBl. Teil I Nr. 55.
- Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003, zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Oktober 2004. In: BGBl. Teil I S. 2657.
- MAGS NRW (Hrsg.) (2003): Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Sandra Bröker-Brandt, Stephanie Diendorf

Problemorientiertes Lernen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Dem Beitrag liegt eine Diplomarbeit zugrunde, die das Konzept des problemorientierten Lernens als curriculare Grundlage in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege evaluiert. Sowohl mit qualitativen als auch mit quantitativen Methoden wurden Auszubildende des Bildungsinstituts für Berufe im Gesundheitswesen (BIGEST) der St. Elisabeth-Stiftung in Bochum und Praxisanleiter der angeschlossenen Kliniken zu ihren Erfahrungen mit dem problemorientierten Lernen und dessen Auswirkungen auf die Ausbildung befragt. Der Fokus liegt dabei vor allem auf der Entwicklung von selbstgesteuertem Lernverhalten und der Anbahnung von berufstypischen Kompetenzen.

1. Einleitung

Die Pflegeausbildungen sind im Umbruch – deutliche Zeichen sind das Berufsgesetz, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie die Ausbildungsrichtlinie für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die erst 2004 eingeführt und deren erneute Novellierung in Richtung einer generalisierten Ausbildung der Pflegeberufe bereits diskutiert wird. Dabei sind die Veränderungen vielfältig. Sie betreffen sowohl das Berufsprofil, daraus abzuleitende und darüber hinausgehende inhaltliche Aspekte als auch eine Weiterentwicklung, Ausweitung oder Neuakzentuierung der Handlungs- und Aufgabenfelder. Erhebliche Veränderungen bedingen Modifizierungen in der Ausbildungsorganisation und in der Entwicklung von Lehrplänen (vgl. SCHEWIOR-POPP 2005).

Ausgeprägtes fachliches Wissen und eine hohe zwischenmenschliche Kompetenz werden in den verschiedenen Handlungsfeldern zu gleichermaßen wichtigen Grundvoraussetzungen professioneller Pflege. Der gegenüber den zu pflegenden Menschen und ihren Angehörigen zu leistende Transfer von Wissen und Handlungsfähigkeit erfordert seitens der professionell Pflegenden ein hohes Maß an personaler, fachlicher, sozial-kommunikativer und methodischer Kompetenz (vgl. MÜLLER, KOEPPE 2003, S. 27 f.). Diesen Transfer könnte das Konzept des problemorientierten Lernens leisten, denn Lernen, das auf konkreten Problemen bzw. Berufssituationen statt auf Unterrichtsfächern basiert, führt zu Wissen, das im beruflichen Alltag angewendet werden kann. Wissen, das selbstständig erarbeitet statt von Lehrenden präsentiert wird, bleibt als Erkenntnis gespeichert (vgl. SCHWARZ-GOVAERS 2003, S. 36).

Die Diplomarbeit mit dem Titel „POL – Problemorientiertes Lernen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – eine empirische Analyse zur Kompetenzentwicklung in der Ausbildung“ evaluiert das Konzept des problemorientierten Lernens als curriculare Grundlage in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Allgemeinen und spezifischer im Auftrag des Bildungsinstituts für Berufe im Gesundheitswesen (BIGEST) der St. Elisabeth-Stiftung in Bochum. Nach der Bestimmung des Forschungsziels, einer empirischen Analyse des problemorientierten Lernens zur Kompetenzentwicklung in den Pflegeausbildungen und der sich daraus ergebenden Forschungsfragen erfolgte eine theoretische Auseinandersetzung mit der Thematik. Diese ergab unter anderem, dass berufspädagogische Leitbegriffe wie „Kompetenzentwicklung“, „Problemorientierung“ und „selbstgesteuertes Lernverhalten“ Indikatoren eines beruflichen Selbstverständnisses geworden sind.

Die Komplexität des Forschungsinteresses machte eine Betrachtungsweise auf mehreren Ebenen notwendig. Der Fokus lag dabei vor allem auf der Entwicklung von selbstgesteuertem Lernverhalten und der Anbahnung von berufstypischen Kompetenzen. Mit dem Input-Prozess-Output-Modell wurde die strukturelle Grundlage einer Mehrebenenenerhebung geschaffen. Diese analysierte im „Input“ die Rahmenbedingungen der Schule. Der „Prozess“ wurde quantitativ mittels einer Fragebogenerhebung der Lernenden ermittelt. Der Fokus lag hier einerseits auf einer Lernstrategieerweiterung durch das problemorientierte Lernen, andererseits auf der Entwicklung von Problemlösekompetenzen in der praktischen Tätigkeit. Auf der Ebene „Output“ konnte mit einer Gruppe von Praxisanleitern der ausbildenden Kliniken der St. Elisabeth-Stiftung in Bochum eine Gruppendiskussion geführt werden. Schwerpunkt der Diskussion war das subjektive Erleben der Schüler durch die Praxisanleiter im praktischen Alltag seit curriculärer Einführung des problemorientierten Lernens.

Die gewonnenen Aussagen wurden im Sinne eines „Ergebniscontrollings“ qualitativ analysiert. Abschließend flossen die separat verfolgten Studienanteile in eine gemeinsame Ergebnisdiskussion zur Beantwortung der Forschungsfragen zusammen. Die sich daraus ergebenden Empfehlungen beinhalten Anregungen für die Verwendung der Studienergebnisse und für die Entwicklung von weiteren Forschungsarbeiten.

2. Ausgangslage – Ausbildungssituation in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Deutschland und in NRW

Die vielfältigen Veränderungsprozesse in unserer Gesellschaft, die zum Teil tiefgreifend in Strukturen und Versorgungssysteme des Gesundheitswesens einwirken, zwingen zu Veränderungen im Arbeitsfeld Pflege. Dazu zählen:

- die demografische Entwicklung, die durch eine überproportionale Zunahme des Anteils alter und sehr alter Menschen gekennzeichnet ist,
- eine in rascher Entwicklung begriffene Pflegewissenschaft, Medizintechnologie und naturwissenschaftliche Forschung,
- eine zunehmende Aufspaltung in stationäre und ambulante Versorgung und
- eine Finanzierung, da ökonomische Gesichtspunkte eine immer größere Rolle spielen.

Das Pflegeverständnis und ebenso das berufliche Selbstverständnis der Angehörigen des Pflegeberufes verändern sich. Der Pflegebedarf ist nicht mehr nur vorrangig an ärztlicher Assistenz und Anordnung auszurichten, sondern am aktuellen Pflegebedarf in der komplexen Pflegesituation. In den heutigen Ausbildungskonzeptionen muss der sich seit Längerem vollziehende gesellschaftspolitische Wandel einbezogen werden und berufspädagogisch, didaktisch-methodisch sowie nicht zuletzt schulrechtlich Berücksichtigung finden (vgl. ROBERT BOSCH STIFTUNG 2000, S. 9 ff.).

Zum 1. Januar 2004 trat mit dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) sowie mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) eine neue Konzeption für die Krankenpflege und Kinderkrankenpflegeausbildung in Kraft. Ziele des Gesetzes sind unter anderem die bessere Vernetzung von schulischer und praktischer Ausbildung sowie eine Stärkung der Pflegeberufe. Die Pflege umfasst fortan auch präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen und unterliegt somit einem umfassenden Ansatz. In diesem Zusammenhang lautet die vollständige Berufsbezeichnung nun Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. Von besonderer Bedeutung ist das in § 3 Absatz 1 KrPflG formulierte Ausbildungsziel, welches für beide Ausbildungsgänge gleichermaßen gilt. Danach sollen den künftigen Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern in der Ausbildung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermittelt werden (KrPflG 2003, zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung 2004, BGBl. I S. 2657). Mit der neuen Verordnung werden jetzt die konkreten Anforderungen an die Ausbildung der Krankenpflegekräfte sowie der Kinderkrankenpflegekräfte geregelt, wie zum Beispiel:

- Unterricht und praktische Ausbildung stehen gleichrangig nebeneinander. Die Stundenzahl des Unterrichts wird von 1.600 auf 2.100 erhöht und die praktische Ausbildung von 3.000 auf 2.500 Stunden verringert. Die Ausbildungsdauer wird dadurch nicht verändert und beträgt drei Jahre.

- Die Ausbildung für die Gesundheits- und Kranken- bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege enthält künftig – neben einer Differenzierungsphase – weitgehend gemeinsame Ausbildungsanteile.
- Der Unterricht wird fächerübergreifend gestaltet, indem Themenbereiche (statt des traditionellen Fächerkataloges) vorgegeben werden, die handlungsorientiert ausgerichtet sind.
- Die praktische Ausbildung findet nicht mehr nur im Krankenhaus statt. Ein Teil muss in ambulanten oder stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen absolviert werden.
- Die Schüler werden während der praktischen Ausbildung nun von speziellen Pflegefachkräften betreut, den sogenannten Praxisanleitern. Diese müssen bestimmte Qualifikationsanforderungen erfüllen, d. h. mindestens ein Jahr Berufserfahrung vorweisen und eine Weiterbildung für Praxisanleiter absolviert haben (vgl. www.carelounge.de).

Die Fähigkeit zum selbstgesteuerten Lernen, Handeln und zur Entwicklung von beruflichen Kompetenzen sind vorrangige Ausbildungsziele der Lernenden an Schulen des Gesundheitswesens.

3. Theoretische Orientierung und Begründung

Erste Ideen zu einer empirischen Untersuchung bzw. zu einem berufspädagogischen und kompetenzorientierten erziehungswissenschaftlichen Forschungsvorhaben reiften bei den Verfasserinnen bereits während des Studiums „Berufspädagogik für Gesundheitsberufe“ an der FH Bielefeld. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten sich die Diplomandinnen aus unterschiedlichen lerntheoretischen, psychologischen und pflegedidaktischen Perspektiven der theoretischen Fundierung und Reflexion berufsbezogenen Handelns genähert. Im Rahmen des Praxissemesters am Bildungsinstitut für Berufe im Gesundheitswesen (BIGEST) der St. Elisabeth-Stiftung in Bochum wurden erste praktische Erfahrungen mit dem Konzept des problemorientierten Lernens an einer Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule gesammelt. Diese Schule war Modellschule des Landes NRW zur Erprobung der neuen Ausbildungsrichtlinie. In diesem Zusammenhang stellte sie im Herbst 2004 ihre curriculare Konzeption auf das problemorientierte Lernen um. Damit wurde gleichzeitig der Fokus von der Lehre und damit der konsumierenden Rezeption des Wissens durch Lernende auf eigenverantwortliches, selbstständiges Lernen verlagert.

3.1 Begründung für das problemorientierte Lernen in der Pflegeausbildung

Wesentliche Grundlagen des Curriculums für die Pflegeausbildung sind die Ausbildungsrichtlinie NRW und das Konzept des problemorientierten Lernens (POL). Die Ausbildungsverordnung des Krankenpflegegesetzes und die Ausbildungsrichtlinie NRW eröffneten mit ihrer Neukonzeption die Chance, die Pflegeausbildung im Sinne der Prämissen des problemorientierten Lernens zu gestalten. Die Prämissen des POL sind:

- Lernen ist ein lebenslanger Prozess. Es können nur Grundsätze vermittelt werden, die die Schüler auf den richtigen Weg bringen, sie lehren, wie man lernt und Wesentliches von Unwesentlichem unterscheidet.
- Abstrakt und fachsystematisch vermitteltes Wissen kann zwar im schulanalogen Kontext, in dem es erworben wurde, genutzt werden (etwa bei Prüfungen). In komplexen alltagsnahen Problemsituationen gelingt die Anwendung jedoch nur unvollständig oder überhaupt nicht. Damit kommt es zur Kluft zwischen Wissen und Handeln, Theorie und Praxis.
- Wissen, das Antworten auf Fragen gibt, die keiner gestellt hat, wird schnell wieder vergessen (vgl. SCHULCURRICULUM BIGEST 2005, S. 3).

3.2 Problemorientiertes Lernen als Konzept der integrativen Pflegeausbildung am BIGEST in Bochum

Die Ziele und Herangehensweise des problemorientierten Lernens lassen sich in die Pflegeausbildung, jedoch nicht ohne vorherige Modifikation der curricularen Rahmenbedingungen für die jeweilige Bildungseinrichtung, integrieren. Diese sollen am Beispiel des BIGEST (Bildungsinstitut für Berufe im Gesundheitswesen) in Bochum im nachfolgenden Kapitel erläutert werden. Das BIGEST ist eine zentrale Einrichtung, die Aus-, Fort- und Weiterbildung für das Katholische Klinikum Bochum mit seinen Krankenhäusern St. Josef-Hospital, St. Elisabeth-Hospital und das Klinikum Blankenstein sicherstellt. Es wurde im Jahr 2000 gegründet.

Dem Bildungsinstitut angeschlossen ist die Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule mit 102 Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege und 54 Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Ausbildungsbeginn ist jeweils der 1. April und der 1. Oktober eines jeden Jahres. Die Schule bildet für das St. Josef- und das St. Elisabeth-Hospital gGmbH Kliniken der Ruhr-Universität Bochum aus. Das Team besteht aus sieben hauptamtlichen Lehrkräften, die auch die Organisation und Gestaltung der Ausbildung übernehmen. Jeder Lehrer ist als Kursleiter für einen Kurs zuständig.

Von Sommer 2000 bis Herbst 2003 war die Schule Modellschule des Landes zur Erprobung der Ausbildungsrichtlinie NRW. Sie führt die Ausbildung fächerintegrativ entsprechend den Richtlinien des Gesundheitsministeriums durch. Die Auszubildenden der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule werden in gemeinsamen Kursen bis zum Oberkurs unterrichtet und nachfolgend in die Differenzierungsbereiche Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aufgeteilt. Das Ausbildungskonzept der Schule ist lernfeldorientiert und in diesem Zusammenhang komplett auf das Konzept des problemorientierten Lernens umgestellt.

3.3 Theoretische und praktische Unterrichtsphasen im problemorientierten Curriculum

Im Fall einer problemorientierten Pflegeausbildung werden berufsalltagsbezogene Lernsituationen primär Patientenprobleme („Fälle“) sein, die pflegerische Interventionen mit allen relevanten medizinischen, rechtlichen, ethischen, arbeitsorganisatorischen, planerischen, kommunikativen, technischen usw. Aspekten erfordern. Aber auch patientenunabhängige Fragestellungen des Berufsfeldes sind Lernanlässe. In der theoretischen Ausbildung werden Patientenprobleme vor allem in geschriebener Form präsentiert („Papercases“). Es sind dann idealtypische Konstruktionen mit starkem Realitätsbezug. Aber auch echte Patientenfallgeschichten, echte oder simulierte Patienten können Ausgangspunkt des Lernens in der theoretischen Ausbildung werden. Die Fälle müssen in jedem Fall so ausgewählt oder beschrieben sein, dass sichergestellt ist, dass die jeweils intendierten Lerninhalte auch in Lernaufgaben der Schüler übersetzt werden können.

Beim problemorientierten Lernen findet das Prinzip der Lernspirale Anwendung: Gelernt wird nicht thematisch-sequenziell abschließend, sondern wiederholend und vertiefend. Problemorientiertes Lernen bedeutet nicht nur, dass Grundlagen- und klinisches Wissen im praxisbezogenen Zusammenhang erworben und damit die Kluft zwischen Theorie und Praxis geschlossen wird. Problemorientiertes Lernen bedeutet, dass der Bildungsanspruch, den die Richtlinie NRW für die Pflegeausbildung erhebt, auch eingelöst werden kann.

Problemorientiertes Lernen als angewandter Prozess in den Tutorien bahnt die Entwicklung von Denken in der Methodologie des Pflegeprozesses, aber auch von wissenschaftlichem Denken an. Es entwickelt Problemlösungskompetenz, die Fähigkeit zur kritischen Einschätzung des fachlichen Wissens und zur Erkenntnis der eigenen Wissensgrenzen und legt die Basis für selbstgesteuertes, lebenslanges Lernen. Geübt werden kommunikative Fähigkeiten und professionelle Zusammenarbeit in wechselnden Teams (vgl. SCHULCURRICULUM BIGEST 2005).

3.4 Lernergebniskontrolle

Problemorientiertes Lernen ist Lernen im Anwendungszusammenhang der Patientenfallgeschichten und anderer berufsaltagsbezogener Handlungssituationen und versucht somit die „Theorie-Praxis-Kluft“ zu überwinden. Darüber hinaus sollen die Lernenden zu jeder behandelten Fallgeschichte Aufgaben formulieren, die sie im praktischen Einsatz besonders bearbeiten wollen. Daneben entwickelt die Schule Lernziele für die praktischen Ausbildungseinsätze, die sich an den Lernbereichen und den jeweiligen Fällen orientieren. Diese Lernziele der praktischen Ausbildung und die von den Lernenden individuell gestellten Lernaufgaben werden von Schule, Lernenden und Ausbildungsstationen im Sinne des „Contract Learning“ zu Beginn eines jeden Einsatzes besprochen und in ihrer Umsetzung diskutiert. Das Ergebnis wird in einem Lernvertrag schriftlich festgehalten. In der Mitte und am Ende des Einsatzes sollten gemeinsame Überprüfungen stattfinden, ob die gemeinsam bestimmten Lernziele erreicht wurden. Die praktischen Ausbilder können – nach entsprechender Schulung – zudem Tutoren werden, als Prüfer bei den Dreisprungprüfungen (Triple-Jump) fungieren und Fragen für den MEQ-Test (Modified-Essay-Question-Test = fortlaufende Fallarbeit) mitentwickeln.

Da problemorientiertes Lernen auf Lehre, d. h. durch Lehrkräfte vorbereiteten Wissensinput, verzichtet und damit ein Kontrollverlust dieser über das Wissen der Lernenden einhergeht, müssen die Lernergebnisse des eigenständigen Lernens auf verschiedenen Ebenen evaluiert werden. Neben der Lernbegleitung wird die Evaluation zu einer wichtigen Tätigkeit der Lehrkräfte.

Evaluation der Lernergebnisse heißt:

- Die Lernergebnisse der Lernenden zu jeder Fallgeschichte werden in den Tutorien präsentiert, ausgewertet und durch die Tutoren bewertet.
- Am Ende eines jeden Lernmoduls finden Einzelfeedbackgespräche zwischen Tutor und jedem einzelnen Lernenden statt.
- Am Ende eines jeden Lernmoduls findet eine mündliche Dreisprungprüfung („Triple-Jump-Test“) oder ein schriftlicher Modified-Essay-Question-Test (MEQ) statt.
- Während der Ausbildung sollen gemeinsam mit den praktischen Ausbildern zwei OSCE-Prüfungen (Objektive structured clinical examination) durchgeführt werden, um mittels dieser Stationenprüfungen (ähnlich einem Zirkeltraining) Standortbestimmungen über die Kompetenzen der Lernenden zu erhalten.

3.5 Rolle der Praxisanleiter in der praktischen Ausbildung

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege kann weder allein durch theoretisches Wissen über Pflege erlernt werden noch nur durch

Beobachten und Zuschauen. Es bedarf einer konzeptuellen, gut organisierten, gezielten fachpraktischen Anleitung der Auszubildenden an den einzelnen Praxisorten (vgl. LUMMER 2001, S. 12 ff.).

„Praxisanleitung – beim Lernen begleiten“ so lautet der Titel eines Buches von GNAMM und DENZEL, welches als Handbuch und Leitfaden für (angehende) Praxisanleiter gelten soll (1997, S. V) und eine aktive Beziehung zwischen Praxisanleiter und Auszubildenden, aber auch zwischen Schule und Praxis beschreibt. Die Notwendigkeit der berufspädagogischen Qualifizierung von Pflegefachkräften zu Praxisanleitern ergibt sich aus der gesetzlich geforderten Dualität der Lernorte Theorie und Praxis. Das Erreichen der Ausbildungsziele und damit die Berufsfähigkeit der Schüler kann erst durch das Zusammenspiel der Lernorte erfolgen. Die Praxisanleitung umfasst das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld des praktischen Lehrens und Lernens in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Wer sind nun die Personen, die die Rolle der Praxisanleiter übernehmen und die die Anleitung künftiger Mitarbeiter mitverantworten – über welche Qualifikationen und Voraussetzungen müssen sie verfügen?

Sicherlich ist die fachliche Kompetenz ein entscheidendes Kriterium für die Übernahme der Anleitungsfunktion. Zusätzlich benötigen diese in einem Pflegefachberuf ausgebildeten Personen allerdings auch noch pädagogisches Geschick, Einfühlungsvermögen und ein hohes Maß an Selbstreflexion (vgl. GNAMM, DENZEL 1997, S. V), um den Schülern unterstützend bei deren Wissenstransfer der Theorie in die Praxis zur Seite stehen zu können. Denn Lehrende in der Schule und Praxisanleiter in der Pflegepraxis erfüllen einen gemeinsamen Ausbildungsauftrag (HUNDENBORN, KÜHN 2003, S. 12). Dieser ist in der Ausbildungsrichtlinie folgendermaßen verfasst: „Während die Aufgabe der Schule vorrangig in der Vermittlung von generellem Regelwissen, von Prinzipien, von übergreifenden Konzepten und Modellen liegt und – mit der Übernahme des Schlüsselqualifikationskonzeptes – auf eine Einweisung in einzelne spezifische Pflegepraktiken verzichtet wird, ist die Aufgabe der Praxisanleiter vor allem darin zu sehen, die Schüler zu befähigen, diese vermittelten Regeln, Prinzipien, Konzepte und Modelle in der Pflegepraxis vor dem Hintergrund der Besonderheit einer jeden Situation, im Hinblick auf die Individualität des Menschen mit Pflegebedarf sowie vor dem Hintergrund der spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen angemessen zu nutzen, flexibel zu handhaben und hierbei ebenso eine Einweisung in spezielle Pflegepraktiken vorzunehmen.“ Des Weiteren heißt es dort: „(...) es bedarf einer entsprechenden Ausbildungsplanung sowie der Absprache und Zusammenarbeit mit den Praxisanleitern. In den Lernaufgaben sind die von der Schule geleisteten Voraussetzungen auszuweisen, auf denen die Praxisanleiter, deren Beitrag im Rahmen der Lern-

aufgabe ebenfalls ersichtlich werden muss, in der Anleitungssituation aufbauen können“ (ebd., S. 12).

Der Praxisanleiter ist folglich für das Erleben der Praxis durch eine Form des begleitenden Lernens verantwortlich. Dabei führt der Weg vom Lernen beim Begleiten des Anleiters über das begleitete Lernen durch den Anleiter zu eigenständiger beruflicher Handlungskompetenz des Schülers. Das Bildungsinstitut für Berufe im Gesundheitswesen der St. Elisabeth-Stiftung (BIGEST) führt in seiner Fort- und Weiterbildungseinrichtung die Weiterbildung zum Praxisanleiter durch, die insgesamt 160 Stunden Theorie, 56 Stunden Fachpraxis und 16 Stunden Prüfungen einschließlich der Vorbereitungen umfasst.

Die Weiterbildung basiert auf der Grundlage des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 (BGBl. Teil I, S. 1442) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003 (BGBl. Teil I, S. 2263). Sie beinhalten die Aufgaben der Praxisanleitung und landeseinheitliche Kriterien für eine Praxisanleiter-Weiterbildung sowie zur Anrechnung berufspädagogischer Zusatzqualifikationen (BIGEST-Handout 2006).

In dieser Arbeit wurden neben den Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vor allem auch die Praxisanleiter betrachtet. Hierdurch sollte festgestellt werden, wie der in der Ausbildungsrichtlinie geforderte Theorie-Praxis-Transfer umgesetzt wird und wie die speziell am BIGEST durch POL ausgebildeten Schüler in der Praxis erlebt werden. Hierbei stellen die Praxisanleiter die Gruppe der Experten aus der Praxis dar, die mithilfe einer Gruppendiskussion u. a. zu der Praxissituation, zum Erleben der Auszubildenden in der Praxis und zu ihren Erfahrungen mit POL befragt wurden.

4. Empirische Orientierung

4.1 Fragestellung und Erkenntnisinteresse

Die notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen und die sich daraus ergebende Modifikation der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege dienten als Ausgangspunkt des Forschungsprozesses für die vorliegende Arbeit. Ziel der Forschungsarbeit ist es nachzuweisen, dass Zusammenhänge zwischen selbstgesteuerten Lernprozessen bestehen und dass das Konzept des problemorientierten Lernens die Kompetenzen anbahnt, welche zur Ausübung der Pflegeberufe von Bedeutung sind. Dazu gilt es, die curriculare Konzeption des problemorientierten Lernens am BIGEST zu evaluieren und damit zu überprüfen, ob es den Problemstellungen in der Praxis

angemessen und wirksam ist. Unter Verwendung des Input-Prozess-Output-Evaluationsmodells waren folgende Forschungsfragen bindend für das quantitative Studiendesign:

- Sind Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege generell in der Lage, selbstgesteuerte Lernstrategien anzuwenden, und auf welchem Niveau haben sie zum Zeitpunkt der Untersuchung ihre fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen entwickelt?
- Wie hängen die Sozialisation und das Lernverhalten in der schulischen Ausbildung mit den Lernstrategien in der Berufsausbildung zusammen, und in welchem Maße beeinflusst das POL den Lernprozess?
- Werden durch das POL die Teamfähigkeit, die Fähigkeit zu wissenschaftlich begründetem Arbeitsverhalten und das eigenverantwortliche Arbeiten im praktischen Tätigkeitsumfeld generell positiv beeinflusst?
- Inwieweit sind die Auszubildenden des BIGEST vorbereitet auf die Lösung anstehender Probleme in der Praxis?

Daraus lassen sich folgende Hypothesen für die quantitative Studie ableiten:

- Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem selbstgesteuerten Lernverhalten und der Fähigkeit zu eigenverantwortlichem, problemlösendem sowie prozessgesteuertem Handeln in der Berufspraxis.
- Wenn die Auszubildenden bereits in der Schulausbildung gelernt haben, eigenverantwortlich und gruppendynamisch unterstützt zu lernen, dann werden sie auch im POL ihren Wissenszuwachs konstruktiv erweitern.
- Lernende, welche in problemorientiert gestalteten Lernkontexten ausgebildet werden, verfügen im Vergleich zum Ausbildungsbeginn über einen erweiterten Pool an Lernstrategien (z. B. in der Zeitplanung, Schrittfolgeplanung, Informationsverknüpfung). Sie können diese selbstständig oder in Kooperation mit anderen einsetzen.
- Das Konzept des problemorientierten Lernens am BIGEST bereitet die Lernenden auf konstruktive Lösungen anstehender Probleme in der Praxis vor.

Für den qualitativen Teil der Studie haben sich für die Befragung der Praxisanleiter folgende Leitfragen aus den oben stehenden Forschungsfragen ergeben:

- Wie erleben die Praxisanleiter die Schüler in ihrem praktischen Einsatz?
- Hat sich durch die Umstellung/Einführung auf POL etwas erkennbar geändert?
- Hat sich an der Arbeitsform, -struktur, -weise der Praxisanleiter etwas verändert?
- Sind konkrete Unterschiede zwischen der konventionellen Unterrichtsform und POL im Verhalten der Lernenden erkennbar? Wenn ja, wie wirken sie sich in der Praxis aus?

- Fühlen sich die Praxisanleiter angemessen in die theoretische Ausbildung einbezogen (Skills Lab/Tutorium übernehmen etc.)?
- Wissen die Praxisanleiter, auf welchem theoretischen Stand die Schüler sind, wenn sie in die Praxis kommen?
- Hätten die Praxisanleiter Interesse an einer zusätzlichen Tätigkeit in der Schule (Tutorium ...)?
- Für wie sinnvoll halten die Praxisanleiter die Erstellung und Bearbeitung von Praxisaufträgen und wären sie bereit, Lösungs-/Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten?
- Inwiefern hat POL sich auf die Gestaltung des fachpraktischen Unterrichts ausgewirkt?
- Wären die Praxisanleiter selbst gerne durch POL ausgebildet worden?

4.2 Untersuchungsmethoden

In der hier beschriebenen Studie werden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung verwendet. In diesem Absatz erfolgt aus diesem Grunde eine kurze Darstellung und Begründung der ausgewählten Ansätze.

4.2.1 Quantitativer Ansatz

Quantitative Forschung arbeitet mit möglichst objektiven Messungen und Beobachtungen. Zur Datengewinnung werden standardisierte Verfahren und Instrumente (z. B. Fragebogen etc.) eingesetzt. Die gewonnenen Daten werden mittels standardisierter Methoden (statistischer Tests) ausgewertet. Es wird versucht, mithilfe statistischer Messverfahren signifikante (statistisch bedeutsame) Beziehungen nachzuweisen. Quantitative Forschung überprüft theoretische Annahmen deduktiv. Ihr Ziel ist es, möglichst objektive (von den Forschern unabhängige) numerische Daten (Zahlen) zu produzieren, diese miteinander in Verbindung zu bringen und daraus allgemeingültige Aussagen abzuleiten (vgl. MAYER 2003, S. 64).

4.2.2 Qualitativer Ansatz

Die Bezeichnung qualitative Forschung ist ein Oberbegriff für unterschiedliche Untersuchungsmethoden und ist ein fester Bestandteil der empirischen Arbeitsfelder (vgl. FLICK u. a. 2000, S. 13). Sie hat den Anspruch, Lebenswelten „von innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Sie will zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen, da diese den involvierten Akteuren als Selbstverständlichkeit vorliegen, Außenstehenden aber verschlossen bleiben. Die qualitative Forschung nutzt das Fremde und Unbekannte als

Erkenntnisquelle und Spiegel, das sich als Differenz in der Reflexion der Ergebnisse eröffnet, um erweiterte Möglichkeiten der (Selbst-)Erkenntnis zu schaffen (vgl. ebd., S. 16). Die Aktualität der qualitativen Forschung wird durch ihren häufig offeneren und direkten Zugang zu den zu untersuchenden Phänomenen gewährleistet. In Antworten auf die Fragen in einem Leitfadeninterview, als Beispiel, wird häufig ein wesentlich konkreteres und plastischeres Bild über die Forschungsthematik erzeugt, als dies quantitativ bei standardisierten Befragungen möglich ist (vgl. ebd., S. 17).

4.3 Fragebogenerhebung bei den Auszubildenden

Ein Schwerpunkt der Evaluation ist das Evaluationselement Prozess. Es geht darum, zu erfassen, welche Lernstrategien die Auszubildenden im problemorientierten Curriculum und dem darin integrierten Lernprozess tatsächlich umsetzen. Zusätzlich wird erhoben, wie sie das problemorientierte Curriculum und seine Auswirkungen, im Vergleich zu bisherigen Ausbildungskonzepten (z. B. in der Schulausbildung), wahrnehmen und beurteilen. Innerhalb des Evaluationselements Prozess stehen die Auszubildenden im Mittelpunkt der Auswertung. Ihre Daten werden in einer quantitativen Querschnittstudie mithilfe einer Fragebogenerhebung gewonnen und statistisch ausgewertet. Die Durchführung des Konzeptes POL wird in der schriftlichen Befragung summativ (hypothesenprüfend) und formativ (modifizierend) evaluiert. Zum einen wird geprüft, ob die Maßnahme (das POL-Konzept am BIGEST) wirksam ist bzw. so wirkt, wie es theoretisch erwartet wurde (summativer Anteil). Zum anderen werden für die unteren Ausbildungsjahrgänge (Mittelkurs und Unterkurs) formative Zwischenergebnisse im laufenden Ausbildungsprozess erstellt, die dazu verwendet werden können, die Interventionsmaßnahme noch während ihrer Durchführung zu modifizieren (formativer Anteil).

4.3.1 Gestaltung des Fragebogens

Anhand der bestehenden Forschungsfragen (siehe oben) wurde der Fragebogen konzipiert. Es wurden entsprechende Themenfelder gebildet, welche zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind. Aus den übergeordneten Themenkategorien und Dimensionen wurden konkrete Fragen für den Fragebogen formuliert und operationalisiert:

- Lernstrategien und Lernhandlungen vor der jetzigen Berufsausbildung: Welche Lernstrategien wandten die Lernenden vor ihren Erfahrungen mit dem problemorientierten Lernen an? Wie wurde das Lernen schulisch sozialisiert?
- Anstrengung und Motivation: Wird eine vermehrte Anstrengung in Kauf genommen, um bestimmte Lernziele zu erreichen?

- Kognitive Strukturiertheit, Problemlösestrategien und methodisches Vorgehen: Wie hat sich die Lernstrategie während der jetzigen Ausbildung (im POL) entwickelt?
- Konkrete Strategien und Organisation zur Wissensaneignung: Wird in Kooperation mit Mitschülern, Praxisanleitern oder Tutoren gelernt oder bei Verständnisproblemen auf zusätzliche Literatur zurückgegriffen?
- Anspruchsniveau, Selbstkonzept und soziale Einflüsse: Welchen Anspruch haben die Schüler an sich und an ihre Ausbildung und inwieweit spielen soziale Einflüsse eine Rolle?
- Kompetenzeinschätzung: Gibt es einen Theorie-Praxis-Transfer in Bezug auf die geforderten beruflichen Kompetenzen und wie funktioniert er? Beobachten und erleben die Schüler selbst einen Kompetenzzuwachs?

Der Fragebogen orientiert sich sowohl an veröffentlichten und erprobten Fragebogen zur Lernstrategieerfassung von WILD (2000, in FRACKMANN, TÄRRE 2003, S. 161–170) als auch an einem Fragebogen zur Kompetenzmessung von BERGMANN (in ERPENBECK, VON ROSENSTIEL 2003, S. 255 f.). Es erfolgte eine Überarbeitung und Ergänzung dieser Bogen, um Antworten auf die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit zu erhalten. Zu Beginn des Fragebogens (Fragen 1–5) wurden zunächst Faktfragen und soziodemografische Fragen gestellt, um Auskunft über die Teilnehmer und Informationen über die sozialen Merkmale der Stichprobe zu erhalten. Danach waren, in sechs Themenkategorien geordnet, insgesamt 54 Fragen zu beantworten. Alle Fragen waren nach dem System der Mehrfachvorgaben mit Rangordnung aufgebaut. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, zwischen mehreren Antworten zu wählen. Die angebotenen Antworten unterliegen einer bestimmten logischen Reihenfolge. Es wurden hier vier Rangabstufungen in einer persönlichen Meinung erfasst (vgl. MAYER 2003, S. 91 ff.).

4.3.2 Stichprobe (quantitativ)

Die Stichprobe umfasst alle Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des BIGEST, welche ab Oktober 2004 die Ausbildung begonnen haben. Alle Teilnehmer der Studie wurden seit Beginn ihrer Ausbildung nach dem Konzept des problemorientierten Lernens ausgebildet. Nach BORTZ und DÖRING (2006, S. 128) handelt sich hier um eine Interventionsstichprobe. Sie umfasst per definitionem alle Personen (oder Objekte) der Zielgruppe einer Maßnahme, die an der Maßnahme tatsächlich teilnehmen. Es wurden ein Unterkurs, beide Mittelkurse und beide Oberkurse befragt. Der Unterkurs, welcher im April des Jahres 2007 die Ausbildung begann, wurde nicht mit in die Datenerhebung einbezogen. Er befand sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Einführungsblock

zu Beginn der Ausbildung. Diese Lernenden hatten somit noch keine Erfahrungen mit dem Konzept POL am BIGEST gesammelt.

4.4 Gruppendiskussion mit den Praxisanleitern

Die Gruppendiskussion ist eine „Erhebungsmethode, die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt, wobei die Thematik durch das Interesse des Forschers bestimmt wird“. Einige Intentionen der ermittelnden Gruppendiskussion sind nachstehend aufgeführt.

- Ermittlung der Meinungen/Einstellungen einzelner Teilnehmer der Diskussionsgruppe in der Gruppensituation,
- Erkundung von Meinungen und Einstellungen der ganzen Gruppe,
- Feststellung öffentlicher Meinungen und Einstellungen,
- Erforschung gruppenspezifischer Verhaltensweisen,
- Erkundung der den Meinungen und Einstellungen zugrunde liegenden Bewusstseinsstrukturen der Teilnehmer sowie
- Gruppenprozesse, die zur Bildung einer bestimmten individuellen oder Gruppenmeinung führen (vgl. LAMNEK 2005, S. 32).

Die Gruppendiskussion wird der nicht standardisierten mündlichen Befragung zugeordnet, da hier von kontextuellen, gesellschaftlichen Bedingtheiten von Einzelmeinungen ausgegangen wird. Einzelmeinungen entstehen also im Kontext spezifischer Situationen und sollten daher im kommunikativ-interaktionären Gruppenkontext ermittelt werden. Durch ihren diskursiven Charakter erfolgt ein Austausch von Ansichten und Argumenten, der auch eine Modifikation dieser im Verlauf der Diskussion zur Folge haben kann (vgl. LAMNEK 2005, S. 33, 35).

4.4.1 Durchführung

Zu Beginn der Gruppendiskussion sollten die Teilnehmer einen Kurzfragebogen ausfüllen. Dieses diente zur Beschreibung der Stichprobe und zur Erhebung der soziodemografischen Daten dieser Gruppe. In diesem Kurzfragebogen wurden sowohl das Alter, das Geschlecht, die Ausbildungsrichtung, der Schulabschluss, eine Fortbildung zum POL, die Dauer der Praxisanleitertätigkeit und die Zufriedenheit mit dieser erhoben. Bei der Frage zur Zufriedenheit bestand zusätzlich die Möglichkeit für eine freie Beantwortung bzw. Erläuterung. Das Alter wurde zunächst in Jahren erfragt, anschließend durch die Interviewleiterin für die Auswertung in Gruppen zusammengefasst. Durch die Erhebung der Items „männlich“ bzw. „weiblich“ kann eine Verteilung der Geschlechter in der Teilnehmergruppe dargestellt werden. Bezüglich der eigenen „Ausbildung“ der Praxisanleiter war

es den Autorinnen wichtig, diese zu erfragen, um eine Gewichtung zwischen Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vornehmen zu können.

Durch die Erhebung der einzelnen „Schulabschlüsse“ können möglicherweise Verbindungen zu der Einstellung zum POL gezogen werden. Die „Fortbildung zum POL“ ist für die Interviewerinnen interessant, um die Kenntnisse über das POL-Konzept erfassen zu können. Das Item „Zufriedenheit“ wurde bereits im Kurzfragebogen erhoben, um zu verhindern, dass ein möglicherweise bestehendes Bedürfnis nach Austausch über das persönliche Befinden einzelner Teilnehmer nicht die Zeit des Interviews einnimmt und so die eigentliche Fragestellung in den Hintergrund weichen muss. Die Möglichkeit der offenen Antwort bzw. näheren Erläuterung dieses Items soll für die Auswertung entsprechend genutzt werden, um evtl. einzelne Aspekte, die im Interview erwähnt werden, zu belegen.

4.4.2 Stichprobe (qualitativ)

An der Gruppendiskussion nahmen insgesamt 19 Praxisanleiter im Alter von 25–48 Jahren teil, wobei der größte Anteil der Teilnehmer 37 Jahre und älter war (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: **Alter der Teilnehmer (aus freien Antworten kategorisiert)**

Alterskategorien	Anzahl
25–30 Jahre	3
31–36 Jahre	2
37–42 Jahre	8
43–48 Jahre	6

Die Dauer der Tätigkeiten der Praxisanleiter in der Pflege ergibt sich aus der Tabelle 2.

Tabelle 2: **„Wie lange sind Sie in der Pflege tätig?“**

Jahre	Anzahl
0–5 Jahre	0
6–10 Jahre	3
11–15 Jahre	5
16–21 Jahre	6
22–27 Jahre	4
28–33 Jahre	1

5. Ergebnisdarstellung

Eine Ergebnisdarstellung kann an dieser Stelle sowohl für den quantitativen als auch für den qualitativen Studienanteil nur ausschnittsweise erfolgen.

5.1 Auswertung der Fragebogenerhebung

Insgesamt wurden von 110 ausgeteilten Fragebogen $n = 105$ Fragebogen ausgewertet. Das entspricht einer Rücklaufquote von 95 %.

Im quantitativen Studienanteil war Schwerpunkt der Evaluation das Element „Prozess“. Es ging darum, zu erfassen, welche Lernstrategien die Auszubildenden im problemorientierten Curriculum und dem darin integrierten Lernprozess tatsächlich umsetzen. Zusätzlich wurde erhoben, wie sie das Curriculum und seine Auswirkungen im Vergleich zu bisherigen Ausbildungskonzepten (z. B. in der Schulausbildung) wahrnehmen und beurteilen. Innerhalb des Evaluationselements Prozess standen die Auszubildenden im Mittelpunkt der Auswertung. Ihre Daten wurden in einer quantitativen Querschnittstudie mithilfe einer Fragebogenerhebung gewonnen und statistisch ausgewertet.

5.1.1 Faktorenanalyse

Zu Beginn der Überprüfung wurde zur differenzierteren Analyse der Daten eine Faktorenanalyse durchgeführt. Nach BÜHL und ZÖLFEL (2002, S. 465 ff.) ist dieses Verfahren dann angebracht, wenn eine größere Anzahl von Variablen anhand der gegebenen Fälle auf eine kleinere Anzahl unabhängiger Einflussgrößen, Faktoren genannt, zurückgeführt werden soll. Dabei werden diejenigen Variablen, die untereinander stark korrelieren, zu einem Faktor zusammengefasst. Das Ziel der Faktorenanalyse ist demnach, solche Faktoren zu ermitteln, welche die beobachteten Zusammenhänge zwischen den gegebenen Variablen möglichst vollständig erklären. Nach Erstellen einer rotierten Komponentenmatrix wurden die extrahierten Faktoren gedeutet. Es ergaben sich 5 Faktoren, die statistische Zusammenhänge aufwiesen. Sie wurden mit den nachfolgenden Bezeichnungen belegt:

Faktor 1: Planen und Strukturieren des Lernprozesses

Faktor 2: Flexibilität, Lernmethoden zielorientiert einsetzen

Faktor 3: „Lernen lernen“ und konkrete Lernstrategien einsetzen

Faktor 4: Verhaltensanpassung nach Zielüberprüfungen

Faktor 5: Kommunikative Komponenten des Lernens

5.1.2 Hypothesenüberprüfung

Die statistische Auswertung der vier aufgestellten Forschungshypothesen wird im Folgenden dargestellt. Zudem erfolgt an dieser Stelle eine kategorielle Zuordnung der Antworten aus Frage 7, welche frei und mit eigenen Worten von den Schülern zu beantworten war.

Eine Berechnung erfolgte für Hypothese 1, in welcher nun Zusammenhänge zwischen Faktor 2 (Flexibilität und der zielorientierte Einsatz von Lernmethoden) und 3 Items des Fragenpools 6 (Kompetenzeinschätzung in Bezug auf Problemidentifikation, fachliche Fähigkeiten, Methodik im Umgang mit Problemen) gesucht wurden. In diesem Fall wurden 21 Itemkombinationen mithilfe des Chi-Quadrat-Tests untersucht. Dabei wurden 4 signifikante Ergebnisse identifiziert.

Tabelle 3: **Darstellung des Faktors 2 und der Kompetenzeinschätzung in Bezug auf Problemidentifikation, fachliche Fähigkeiten und Methodik im Umgang mit Problemen**

Variable/Variable	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Erkennen des Wesentlichen einer Sache/ Ich fühle mich besser in der Lage, Problemsituationen zu identifizieren.	p = 0,01
Erkennen des Wesentlichen einer Sache/ Ich fühle mich einer Arbeitsaufgabe fachlich gewachsen.	p = 0,05
Wissen, wie in schwierigen Situationen der Blickwinkel zu ändern ist/ Ich fühle mich sicher in der Methodik bei Problemen.	p = 0,01
Situationen mit neuen Informationen ordnen nach übergeordneten Gesichtspunkten/ Ich fühle mich besser in der Lage, Problemsituationen zu identifizieren.	p = 0,00

Besonders zu erwähnen war der in Bezug auf die Hypothese vermutete Zusammenhang zwischen der Tatsache, wissenschaftlich fundiert unter Zuhilfenahme diverser Literaturquellen zu arbeiten, und einer bestehenden Sicherheit in der Methodik bei der Problemlösung. Dieses nicht signifikante Ergebnis (Chi-Quadrat-Test, p = 0,09) wirft die Frage auf, wen oder was die Lernenden zusätzlich benötigen, um sich sicher in der Methodik der Problemlösung zu fühlen. Ein erwarteter Zusammenhang bestätigte sich an dieser Stelle nicht.

In der Auswertung der Frage 7 ergänzten folgende frei formulierte Zitate der Schüler die Vermutung, dass sich selbstgesteuertes Lernverhalten in der Theorie positiv auf das eigenverantwortliche Arbeiten in der Praxis auswirkt:

„Die Fähigkeit, Probleme zu erkennen und zu analysieren, wird durch POL gefördert. Durch das eigenständige Erarbeiten wird man aufgeschlossener, kritischer und selbstkritisch.“

„Durch POL lernt man schrittweise, mit Situationen umzugehen. Dinge, die einem nicht klar sind, zu hinterfragen und nicht einfach alles hinzunehmen. POL bedeutet für mich Selbstständigkeit und Eigenverantwortung dem eigenen Wissen gegenüber!“

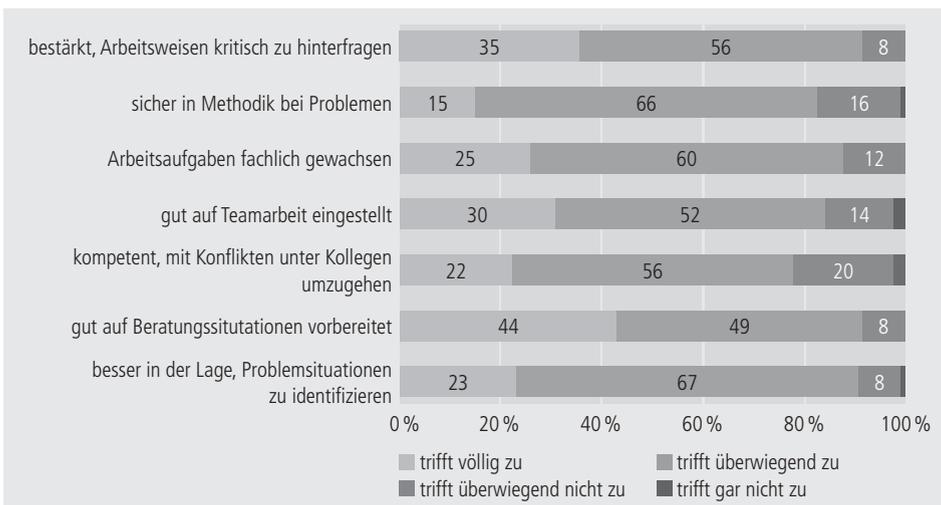
Die Antwort zweier Lernender bestätigte, dass ausschließlich die Nutzung wissenschaftlicher Quellen (Bücher, Fachzeitschriften, Internet) nicht zu größerer Sicherheit in Problemlösungssituationen beiträgt:

„Grundlagen der Psyche der Patienten werden durch Lesen von Büchern etc. (Lernaufgaben) nicht deutlich. Ich denke, dass die Expertenvorträge sehr hilfreich sind, und es könnten noch mehr werden!“

„In einigen Situationen wäre es wünschenswert gewesen, mehr theoretische Inhalte vermittelt zu bekommen, um sie besser in die Praxis umsetzen zu können. Wie macht man es richtig?“

Hypothese 4: „Das Konzept des Problemorientierten Lernens am BIGEST bereitet die Lernenden auf konstruktive Lösungen anstehender Probleme in der Praxis vor.“ Auf der statistischen Überprüfung dieser Hypothese lag ein Schwerpunkt der vorliegenden Studie. Die Befragten sollten ihren Eindruck bzgl. einer sich vollziehenden Kompetenzsteigerung durch die theoretische Ausbildung einschätzen und damit ihren persönlichen Lernerfolg definieren.

Abbildung 1: Durch die theoretische Ausbildung fühle ich mich ...



Zunächst wurden die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe durch Häufigkeitsverteilungen ausgewertet. Nachfolgend wurde eine Unterteilung in Kurse vorgenommen. Ausgewertet wurde dazu zunächst Frage 6 („Durch die theoretische Ausbildung fühle ich mich ...“). Der Anteil der Teilnehmer, welche bei dieser Frage „trifft völlig zu“ oder „trifft überwiegend zu“ ankreuzten, betrug bei 6 Variablen über 80 % und bei einer Variablen 78 %. Zur besseren Übersicht über die Verteilung der Prozentwerte sind die erhobenen Daten in Abbildung 1 grafisch dargestellt, vgl. oben.

Einige Aussagen aus Frage 7 bestätigten die vorliegenden Ergebnisse:

„Meiner Meinung nach kann ich jetzt besser und schneller die Pflegeprobleme/Schwerpunkte erkennen und lösen. Ich habe jetzt auch mehr Argumente, um meine Meinung vertreten zu können.“

Eine Person bemerkte eine

„Verbesserung im Umgang mit Problemlösesituationen, Kommunikationsfähigkeit, Eigenverantwortung“

und äußerte ferner:

„Mir hat POL sehr geholfen, da dadurch viel mehr in meinem Gedächtnis hängen bleibt als in acht Stunden Frontalunterricht.“

5.2 Analyse der Gruppendiskussion

Im qualitativen Studienanteil war Schwerpunkt der Evaluation das Element „Output“. Für die Analyse von Gruppendiskussionen gibt es verschiedene Möglichkeiten. Die Verfasserinnen dieser Studie haben sich für eine deskriptive inhaltsanalytisch-reduktive Analyse entschieden, da das Interesse vornehmlich bei inhaltlich-thematischen Aspekten lag und z. B. gruppenspezifische Faktoren für diese Studie nicht im Fokus standen (vgl. LAMNEK 2005, S. 179 ff.).

Die hier verwendeten Auszüge aus der Gruppendiskussion stellen eine Zusammenfassung der Ergebnisse dar. Die Darstellung erfolgt hier – der besseren Übersicht halber – anhand entwickelter Kategorien. Aus der Bearbeitung der Ergebnisse sind sieben Hauptkategorien zu erkennen, die sich sowohl aus den Items des Diskussionsleitfadens als auch aus neuen, im Gespräch entstandenen Sachverhalten ergeben. Aus den Hauptkategorien sind teilweise Unterkategorien entstanden, die sich aus dem Zusammenfassen einzelner Items und ebenfalls

neuer Aspekte herauskristallisiert haben. Die Zusammenfassung einzelner Items wurde vorgenommen, da Faktoren, die zunächst separat betrachtet und diskutiert werden sollten, im Nachhinein eine sehr große Beziehung darstellten, die eine Modifikation des geplanten Vorgehens notwendig machten. An dieser Stelle können die Kategorien allerdings nur genannt und exemplarisch differenzierter erläutert werden:

- Kategorie 1: Erleben der Schüler in der Praxis durch die Praxisanleiter
- Kategorie 2: Eigenschaften der Schüler
- Kategorie 3: Arbeitsform, -struktur und -weise der Praxisanleiter
- Kategorie 4: Ausbildungsform
- Kategorie 5: Theorie – Praxis
- Kategorie 6: Arbeitsorganisation/Systematik
- Kategorie 7: Einstellung zum POL

Exemplarisch sollen hier die Kategorien 1 bis 4 auszugsweise dargestellt werden.

Kategorie 1: Erleben der Schüler in der Praxis durch Praxisanleiter

Die Schüler wurden im Gesamturteil der Praxisanleiter unterschiedlich betrachtet. Ein Teil der Praxisanleiter empfand die Schüler als reifer, selbstständiger und lobte ein größeres Wissen in der Breite und in der Tiefe. Der andere Teil bemängelte die fehlende Motivation und sah eher Interessenlosigkeit bei den Auszubildenden. Die Begründung dieses Empfindens wurde in der heutigen Arbeitsmarktsituation gesehen.

Kategorie 2: Eigenschaften der Schüler

Bezüglich der Eigenschaften, die die Schüler während ihrer Ausbildung entwickeln, gab es eine Vielzahl von Eindrücken seitens der Praxisanleiter. Hervorgehoben wurden vor allem eine erhöhte Neugier, mehr Offenheit und ein größeres Selbstbewusstsein, was sich in vermehrter Beteiligung („Eigenaktivität“) am Arbeits- und Lernprozess auf der Station zeigte. Kritisch wurden allerdings diejenigen Auszubildenden gesehen, die nicht über die notwendige Selbstdisziplin verfügen, um dem Konzept des POL aus organisatorischer Sicht gewachsen zu sein.

Kategorie 3: Arbeitsform, -struktur und -weise der Praxisanleiter

Während der Diskussion wurde eine veränderte Arbeitsweise der Praxisanleiter mehrmals hervorgehoben. Traditionelle Schemata müssen nun in flexible Arbeitsprozesse umgewandelt werden, um jeden Schüler entsprechend anleiten zu können.

Kategorie 4: Ausbildungsform

Die erfragte Differenz zwischen den konventionell und den durch POL ausgebildeten Schülern wurde von den meisten Teilnehmern der Gruppendiskussion als deutlich herausgestellt. Die in den o. g. Kategorien beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale bestätigten die ausgeprägtere Kompetenzentwicklung bei den durch POL ausgebildeten Personen.

5.3 Zusammenfassung der Gesamtergebnisse in Bezug zu Forschungsfragen und geforderten Kompetenzen

Wie bereits in Abschnitt 3.3 ausgeführt, war es ein Ziel der Evaluationsstudie, existierende Zusammenhänge zwischen selbstgesteuerten Lernprozessen und dem Konzept des problemorientierten Lernens nachzuweisen. Zusätzlich lag die Überprüfung der Kompetenzen im Fokus des Forschungsvorhabens, die zur Ausübung der Pflegeberufe von Bedeutung sind und durch die curriculare Konzeption des BIGEST angebahnt werden sollen. Die in der Ausbildungsrichtlinie geforderten Kompetenzen wurden in den Forschungs- und Leitfragen des quantitativen und qualitativen Anteils der Studie implizit berücksichtigt und dienen in dem nun folgenden Teil als Strukturierungshilfe für gemeinsame Schlussfolgerungen.

Fachliche Kompetenz

Nach vorliegender Datenlage und Aussagen fühlen sich die befragten Schüler des BIGEST durch die Berufsausbildung ihren Arbeitsaufgaben fachlich gewachsen. Die Praxisanleiter bestätigten diese Aussagen parallel und bemerkten ein breiteres sowie tieferes Fachwissen und eine größere Selbstständigkeit in der Bewältigung der Arbeitsaufgaben. Eindeutig war auch die Aussage der Lernenden bzgl. der theoretischen Vorbereitung auf Beratungssituationen mit Patienten und Angehörigen in der praktischen Arbeit. 93 % der Befragten kreuzten in diesem Item („Durch die theoretische Ausbildung fühle ich mich gut auf Beratungssituationen vorbereitet“) „trifft völlig zu“ und „trifft überwiegend zu“ an. Dieser in der Richtlinie geforderte Kompetenzaspekt scheint demnach während der Ausbildung umgesetzt und erworben zu werden. Die Praxisanleiter schreiben den Schülern eine größere Offenheit im Umgang und Zugang mit Patienten und Angehörigen zu.

Sozial-kommunikative Kompetenz

Das zentrale Ziel, welches bzgl. der sozial-kommunikativen Kompetenz von der Ausbildungsrichtlinie formuliert wird, ist, „die Schüler in der Fähigkeit zu stärken, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen, zu halten und zu beenden“. Dies wird in der Ausbildungsrichtlinie als die interaktive Kompetenz bezeichnet. Diese

Kompetenz beinhaltet u. a. den Aspekt der Teamfähigkeit, welcher von den Probanden der Studie in mehreren Aussagen und Ergebnissen als sehr ausgeprägt beschrieben wurde. Dieses wurde vor allem dem problemorientierten Lernen im Vergleich zum konventionellen Unterricht zugewiesen.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Stärkung von Konfliktfähigkeit in Verbindung mit (Selbst-)Kritikfähigkeit und Frustrationstoleranz. Auch diese Merkmale werden von den Studienteilnehmern durch das problemorientierte Lernen als stärker ausgeprägt erlebt. Unter der Perspektive der kommunikativen Kompetenz werden nach Durchsicht und Auswertung der Daten vor allem verstärkte argumentative Fähigkeiten seitens der Schüler deutlich sichtbar.

Methodische Kompetenz

Diese Kompetenz soll in der konzeptionellen Umsetzung des POL vollständig angebahnt werden. Die Lernenden beschreiben durch die Elemente des POL eine erhöhte Problemlösungsfähigkeit und ein gezieltes Lerntraining. Sie wissen, wie sie in schwierigen Situationen ihren Blickwinkel zu ändern haben, und fühlen sich dadurch gut vorbereitet auf die anstehenden Probleme in der Praxis. Die Schüler äußern des Weiteren, einen Pool an Lernstrategien durch POL erworben zu haben, der ihnen mehr Selbstständigkeit und Eigenverantwortung für den beruflichen und privaten Alltag ermöglicht. Die Praxisanleiter bemerkten dazu einschränkend, dass ein gewisses Maß an Selbstdisziplin und Eigenverantwortung gerade für das problemorientierte Lernen notwendig sei, welches sie nicht bei allen Lernenden erkennen können. Ein tendenzielles Vorhandensein im Vergleich zu Auszubildenden konventioneller Unterrichtsformen bleibt dennoch offensichtlich.

Personale Kompetenz

Der Kristallisationspunkt dieser Kompetenz ist die geforderte berufsunabhängige Entwicklung des „Vertrauens in sich selbst“. Die Probanden beider Studienanteile bestätigten unabhängig voneinander erkennbare Fortschritte. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass dieser Aspekt auch auf weniger systematischen Beobachtungen der Forscherinnen und der Befragten beruht und nicht Schwerpunkt dieser Studie war.

6. Konsequenzen und Perspektiven

In den beiden hier sehr komprimiert dargestellten Diplomarbeiten wurden die Zusammenhänge zwischen dem Konzept des problemorientierten Lernens, selbstgesteuertem Lernverhalten und den Kompetenzentwicklungen untersucht, welche für eine Tätigkeit in den Pflegeberufen von Bedeutung sind. Dieses erfolgte im Rahmen einer Evaluationsstudie für das BIGEST in Bochum. Untersucht wurden dabei

alle Gesundheits- und Krankenpflegeschüler sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschüler, die ab Oktober 2004 ihre Ausbildung begonnen haben. Ab diesem Zeitpunkt war das curriculare Konzept der Schule vollständig auf das problemorientierte Lernen umgestellt worden. Als Ergebniscontrolling wurde die Gruppe der Praxisanleiter befragt, welche in einer Gruppendiskussion Eindrücke bzgl. der Kompetenzentwicklung der Auszubildenden schilderten.

Da es Ziel dieser Studie war, zu untersuchen, inwieweit das Konzept des problemorientierten Lernens am BIGEST selbstgesteuertes Lernverhalten fördert und berufstypische Kompetenzen dadurch entwickelt werden, bedurfte es einer theoretischen Annäherung von zwei Seiten. Einerseits fand eine Auseinandersetzung mit lerntheoretischen Aspekten statt, andererseits wurde der Kompetenzbegriff mit seinen Dimensionen analysiert und diskutiert. Unter Verwendung des Input-Prozess-Output-Modells wurden zunächst die Rahmenbedingungen der Schule beleuchtet, bevor innerhalb des Prozesscontrollings die Gruppe der Schüler in einer quantitativen Querschnittsstudie befragt wurde. Um das Ergebnis (Output) in der Praxis abbilden zu können, wurden in einer qualitativen Gruppendiskussion die Praxisanleiter der ausbildenden Kliniken befragt.

Festzuhalten bleibt, dass das problemorientierte Lernen den Pool an persönlichen Lernstrategien erweitert und damit Grundlagen schafft, flexibel anwendbares Wissen situationsgerecht einsetzen zu können. Des Weiteren werden die vom Gesetzgeber in der Ausbildungsrichtlinie geforderten Kompetenzen angebahnt, die sowohl im privaten wie auch im beruflichen Kontext anwendbar sind und damit zu einem Stück „pädagogischer Lebensauffassung“ werden.

Nach Analyse der Ergebnisse lassen sich zusammenfassend folgende erfolgskritische Punkte bei der Umsetzung eines problemorientiert gestalteten Ausbildungsprozesses identifizieren:

- Die Lernenden benötigen in der Erarbeitung der Fälle vermehrt instruktionale Unterstützung, die z. B. durch Experten oder Dozenten angeboten werden müsste. Die Praxisanleiter könnten sich ihrerseits eine verstärkte Mitarbeit in der Schule vorstellen und würden für etwaige Aufgaben zur Verfügung stehen. Diese wären sowohl die Übernahme von Tutorien, Expertenvorträgen und Skills-Labs als auch die schriftliche Überarbeitung des Praxisauftragsbogens. Neben der vermehrten instruktionalen Unterstützung bedarf es bei den Lernenden einer eingehenden Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten, um Literaturrecherche und Reduktion zu erleichtern.
- Der Informationsfluss zwischen beiden Lernorten (Schule und Praxis) könnte durch diverse Veränderungsimpulse optimiert werden. Diese wären zum einen regelmäßige Fortbildungen zum problemorientierten Lernen und seiner Umsetzung am BIGEST. Zum anderen könnte die institutionelle Festlegung eines re-

gelmäßigen Diskussionsforums helfen, Erfahrungen auszutauschen und somit Fehlinformationen zu vermeiden. Hierzu bedarf es einer Modifikation des bestehenden Praxisanleiterforums, da die dortige Austauschmöglichkeit nicht ausreichend erscheint oder nicht entsprechend genutzt wird.

- Für die Praxisanleiter erschloss sich nicht immer eine grundlegende Systematik in der Fallbearbeitung. Durch gegenseitige Hospitationen könnte dahin gehend die Transparenz erhöht werden. Diese Möglichkeit zur Hospitation sollte sowohl von den Praxisanleitern als auch von den Tutoren im Rahmen von kollegialen Beratungen wahrgenommen werden.
- Um konkrete Einschätzungen bzgl. des individuellen Lernverhaltens vor der Berufsausbildung leisten und Vergleiche herstellen zu können, wäre es förderlich, dieses bereits bei der Bewerberauswahl im Einstellungsassessment zu erheben. Denn nur so können mögliche Zusammenhänge zwischen dem praktizierten Konzept POL in der Ausbildung und einer Lernstrategieerweiterung ermittelt werden. Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie könnten für die Bewerberauswahl nutzbar gemacht werden, denn die Analyse der Daten ergab, dass eine schulische Sozialisation mit hohem selbstgesteuerten Lernanteil förderlich für die Anwendung des problemorientierten Lernens ist und so kognitiver Überforderung eher entgegengewirkt werden kann.

Aus der Analyse und Reflexion des Forschungsprozesses geht hervor, dass eine Befragung der Lehrenden unabdingbar bleibt, um die Komplexität der Thematik vollständiger zu erfassen. Diese Erhebung könnte im Rahmen einer sich anschließenden Forschungsarbeit erfolgen und dazu beitragen, eventuelle Erkenntnislücken zu schließen. So bestünde auch die Möglichkeit, im Nachhinein identifizierte Schwachstellen der vorliegenden Studie aufzuarbeiten. An dieser Stelle kann für den quantitativen Teil zum Beispiel die hohe Anzahl der Items im Erhebungsinstrument genannt werden. Im qualitativen Teil könnte eine andere Interviewmethode (z. B. Einzelinterview) unter Umständen spezielle Sachverhalte einzelner Kategorien genauer herauskristallisieren. Auch stehen Vergleiche bzgl. der Lernergebnisse zwischen Schülern, die unter dem POL-Konzept ausgebildet werden, und konventionell ausgebildeten Schülern und Schülerinnen anderer Schulen des Gesundheitswesens im Rahmen des Schulentwicklungsprozesses für das BIGEST in Bochum noch aus.

Die Bedeutung von Evaluationsforschung für eine sich vollziehende Schulentwicklung ist bereits anerkannt. Diese soll das Denken der Pflegenden und das fachliche Niveau des Berufes in einem Ausmaß entwickeln, das es der Pflege und den Pflegeausbildungen erlaubt, nicht nur den rasant steigenden Ansprüchen eines modernen Gesundheitssystems zu entsprechen, sondern darin auch eine tragende Rolle zu übernehmen.

Das am BIGEST durchgeführte Konzept des problemorientierten Lernens für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege lässt Lern- und Problemlöseverhalten erkennen, welches dazu verhelfen könnte, berufstypische Kompetenzen anzubahnen. Dieses Fazit erschließt sich den Diplomandinnen aus der Analyse der Forschungsarbeit und findet Bestätigung in dem Zitat eines Lernenden des Pretests: „POL hat vor allem im Bezug auf fehlendes Wissen einen Vorteil. Ich habe gelernt, etwas, das ich noch nicht weiß, nachlernen zu können. Ich habe gelernt zu lernen!“

Literaturverzeichnis

- Ausbildungsverordnung konkretisiert die Berufe in der Krankenpflege (Onlinetext) (2003). URL: http://www.careloung.de/pflegerberufe/news/news_ansehen.php?meldungID=75 (Stand: 28. Mai 2007).
- BERGMANN, Bärbel (2003): Selbstkonzept beruflicher Kompetenz. In: ERPENBECK, John; VON ROSENSTIEL, Lutz (Hrsg.): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart.
- BEZIRKSREGIERUNG ARNSBERG (2005): Schulcurriculum für das Problemorientierte Lernen in der integrierten Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Bildungsinstitut für Berufe im Gesundheitswesen BIGEST. Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule. Bochum.
- BILDUNGSINSTITUT FÜR BERUFE IM GESUNDHEITSWESEN DER ST. ELISABETH-STIFTUNG (BIGEST) (2006): Konzept für die Weiterbildung zur Praxisanleiterin, zum Praxisanleiter in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. September 2006 bis Januar 2007. Unveröffentlichtes Manuskript. Bochum.
- BORTZ, Jürgen; DÖRING, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation. 4. Auflage, Heidelberg.
- BÜHL, Achim; ZÖLFEL, Peter (2002): SPSS 11 – Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 8. Auflage, München.
- FLICK, Uwe; VON KARDORFF, Ernst; KEUPP, Heiner; VON ROSENSTIEL, Lutz; WOLFF, Stephan (Hrsg.) (2000): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München.
- FRACKMANN, Margit; TÄRRE, Michael (2003): Lernen & Problemlösen. Hamburg.
- GNAMM, Else; DENZEL, Sieglinde (1997): Praxisanleitung – Beim Lernen begleiten. Stuttgart, New York.
- HUNDENBORN, Gertrud; KÜHN, Cornelia (2003): Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.
- LAMNEK, Siegfried (2005): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim und Basel.
- LUMMER, Christian (2001): Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege. Pflegequalität sichern – Berufszufriedenheit verstärken. Hannover.
- MAYER, Hannah (2003): Pflegeforschung. Wien.

- MÜLLER, Klaus; KOEPPE, Armin (2003): Lernen im beruflichen Handeln. Modellversuch zur Entwicklung eines Curriculums für die praktische Ausbildung in den Pflegeberufen. In: PR-Internet 1/03, S. 27–30.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart.
- SCHEWIOR-POPP, Susanne (2005): Lernsituationen planen und gestalten. Stuttgart.
- SCHINER, Helga (o. J.): Praxisanleitung im Fokus. URL: http://www.oegkv.at/uploads/media/Praxisanleitung_im_Fokus.pdf (Stand 25. Juni 2007).
- SCHWARZ-GOVAERS, Renate (2003): Problemorientiertes Lernen – Neuer Wein in alten Schläuchen oder eher alter Wein in neuen Schläuchen? In: PrInterNet, 01/03, S. 36–45.
- WILD, Klaus-Peter (2000): Lernstrategien im Studium. Anhang: Das Inventar zur Erfassung von Lernstrategien im Studium (LIST). Münster.

Kapitel 3

Kompetenzentwicklung und -überprüfung in der beruflichen Ausbildung

Kathrin Sett

Wundbehandlung kompetent vermitteln

Bildungsprozesse innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege sind komplex. Ein Konzept, um einen erfolgreichen Transfer von theoretisch Gelerntem in praktisches Handeln im Berufsalltag zu ermöglichen, stellt das Skillstraining dar. Nach einer kurzen Skizzierung der Probleme und Herausforderungen innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und der daraus resultierenden Erfordernisse an diese Bildungsprozesse wird das Konzept des Skilltrainings mit seinen Erfordernissen, Chancen und Grenzen dargestellt und am Beispiel „Wundassessment“ im Rahmen der Wundbehandlung konkretisiert.

Damit erhalten die Leser beispielhaft eine Möglichkeit zur Umsetzung der kompetenzorientierten und transferfördernden Lernmethode des Skilltrainings in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Zudem wird so den Lehrenden und anderen Beteiligten in Bildungsprozessen innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege eine Orientierungshilfe für die eigene Konzeption und Umsetzung eines Skilltrainings gegeben. Durch die konzeptionellen Anregungen werden sie ermutigt, neue Methoden und Konzepte in der eigenen Bildungseinrichtung auszuprobieren und umzusetzen.

1. Einführung

Aufgrund der sich verändernden Arbeitsbedingungen und zunehmend komplexeren Berufssituationen im Gesundheitswesen werden hohe Anforderungen an die berufliche Handlungskompetenz von Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden gestellt. Folglich sind die Bildungsprozesse innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sehr komplex. Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildende benötigen daher verstärkt Unterstützung in der Kompetenzentwicklung und beim Transfer von Gelerntem in die praktische Arbeit mit Patienten. Diesen pädagogischen Erfordernissen unter den vorhandenen Ausbildungsbedingungen in adäquater Weise zu begegnen, stellt Lehrende in der beruflichen Ausbildung vor große Herausforderungen und erweckt einen großen Bedarf an fundierten pädagogischen Konzepten zur Vermittlung der benötigten beruflichen Handlungskompetenzen.

Das Konzept des Skilltrainings bietet eine schrittweise Strukturierung von Lernprozessen anhand quasi realer Pflegesituationen. Damit stellt Skillstraining eine geeignete Lernmethode dar, um transferförderndes, schüleraktives und kompetenzorientiertes Lernen zu gewährleisten und den Erfordernissen im Rahmen der beruflichen Kompetenzentwicklung innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege-

ausbildung zu entsprechen. Allerdings findet Skillstraining bislang in diesen Bildungsprozessen noch zu wenig Beachtung.

Daher wird das Konzept nach der Skizzierung von aktuellen Defiziten in der Pflegeausbildung im Folgenden mit seinen Merkmalen, Voraussetzungen, Chancen und Grenzen vorgestellt. Eine beispielhafte Konkretisierung eines Skilltrainings erfolgt abschließend anhand der Thematik „Wundassessment“ im Rahmen der Lerneinheit I.13 „Bei der Wundbehandlung assistieren“ der Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW (MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2003). Diese themenbezogenen Materialien sind zur direkten Umsetzung durch Lehrende und Ausbildungsstätten geeignet und sollen zur Erprobung der Lernform „Skillstraining“ ermutigen. Des Weiteren geben sie Impulse für die Konzeption weiterer Skilltrainings zu anderen Themen. Sie bieten eine Entscheidungsgrundlage, ob eine Umsetzung des Konzeptes Skilltrainings in der Bildungseinrichtung realisierbar ist und angestrebt wird.

Das Konzept des Skilltrainings lässt sich dabei nicht nur in der Gesundheits- und Krankpflegeausbildung einsetzen, sondern ist aufgrund seiner Merkmale und Zielsetzungen auch geeignet für die Umsetzung in der Ausbildung von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Pflegeassistenten sowie von Altenpflegern und Altenpflegehelfern. Zudem ist auch ein Einsatz im Bereich der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften zu empfehlen, um so die Vertiefung von pflegerischen Handlungskompetenzen und deren Umsetzung im Arbeitsfeld gezielt zu fördern.

2. Notwendigkeit der verstärkten Kompetenzorientierung in der Ausbildung von Gesundheitsberufen

In den letzten Jahren haben sich die Ausbildungsbedingungen von angehenden Gesundheits- und Krankenpflegern aufgrund vielfältiger Veränderungen bezüglich der Arbeits- und Organisationsstruktur, der gesetzlichen Grundlage und der Finanzierung gewandelt. Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildende verfügen mit der Einführung des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 über reduzierte praktische Ausbildungszeiten und erhalten so weniger Möglichkeiten, ihr theoretisch erworbenes Wissen zu festigen und praktische Handlungskompetenz in realen Pflegesituationen zu erwerben (vgl. KrPflAPrV § 1 Abs. 1). Da eine erfolgreiche Berufsbefähigung vor allem durch eine „Konfrontation mit komplexen Pflegesituationen und durch die Interaktion mit Könnern am Lernort Praxis erworben wird“ (DARMANN 2004, S. 200), ist dieses für die Berufsausbildung als kritisch zu bewerten.

Gesteigerte Anforderungen an das Wissen und die Fähigkeiten von Pflegenden und damit an die Ausbildung beruflicher Handlungskompetenzen von an-

gehenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen resultieren des Weiteren aus einem zunehmenden technologischen Fortschritt in Medizin und Pflege, der demografischen Entwicklung mit einem vermehrten Anteil geriatrischer, multimorbider Patienten sowie aus dem sich wandelnden Krankheitsspektrum hin zu chronischen Krankheiten mit komplexen Pflegeanforderungen (BRUNNER, KÜNZLER 2004, S. 347).

Die hohe Komplexität der in praktischen Ausbildungssituationen zu bewältigenden Handlungsanforderungen im Sinne der Berufsbefähigung liegen zudem in der Einführung der Abrechnung klinisch erbrachter Leistungen mittels Diagnosis related Groups (DRG) sowie einem verstärkten Wettbewerb und einer vermehrten wirtschaftlichen Orientierung der Einrichtungen im Gesundheitswesen. Daraus resultiert unter anderem eine erhöhte Arbeitsbelastung des Pflegepersonals (vgl. ISFORT, WEIDNER 2007, S. 4, 8–10). Die Gesamtheit dieser Veränderungen bedingt unter anderem reduzierte zeitliche Kapazitäten für Lern- und Begleitungsprozesse sowie Beratungen von Auszubildenden, weniger gezielte Anleitungsprozesse und eine vermehrte Einstufung der Auszubildenden als dringend notwendige Arbeitskräfte anstatt als Lernende (vgl. BERGNER 2002, S. 9; BLUM et al. 2006, S. 130–138).

Folglich wird den Auszubildenden durch die wegfallenden Anleitungszeiten in der Praxis und durch Verringerung der gemeinsamen Arbeitsprozesse mit ihren Anleitungspersonen nur bedingt das Beobachtungslernen (vgl. GAGE, BERLINER 1996, S. 261–271; MIETZEL 2001, S. 163–168) von fachlich korrekten und fundierten Pflegetätigkeiten am Modell der examinierten Pflegekraft ermöglicht. Den oft hochkomplexen Pflegesituationen in der beruflichen Praxis können angehende Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildende mit den in der theoretischen Ausbildung erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten oftmals nicht entsprechen, da der zur situationsgerechten Anwendung der theoretischen Lerninhalte notwendige komplexe Transfer aufgrund einer hohen Differenz zwischen Lern- und Anwendungssituationen nicht geleistet werden kann.

Zudem werden gesteigerte Anforderungen an ihre methodischen und personalen Kompetenzen gestellt. Das in der Ausbildung erworbene Fachwissen veraltet aufgrund des raschen technologischen Wandels in unserer Gesellschaft oftmals innerhalb kürzester Zeit, sodass berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten während des Berufslebens regelmäßig erneuert und erweitert werden müssen. Daraus resultiert, dass Lernen nicht auf die Schule beschränkt bleiben kann, sondern als individueller lebenslanger Prozess aufgefasst werden muss. Bildungsprozesse müssen zur Selbstverständlichkeit im Arbeitsleben werden und verlangen damit während der Berufsausbildung auch eine grundlegende Befähigung der Auszubildenden zum „Lernen lernen“ (vgl. BERGNER 2002, S. 8). Die Kompetenz, eigene

Wissens- und Fähigkeitslücken zu erkennen und sich selbstständig Informationen anzueignen, muss während der Ausbildung erworben werden, um den Herausforderungen des zukünftigen Berufslebens begegnen zu können.

Der skizzierte Wandel im Gesundheitswesen und in den Ausbildungsbedingungen bedingt die abgeleiteten Anforderungen an die Lehr- und Lernprozesse in der Ausbildung. Diesen wird allerdings derzeit meist noch nicht entsprochen, sodass vielerorts Kritik an der aktuellen Pflegeausbildung geübt wird. Es wird bemängelt, dass die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger zum derzeitigen Zeitpunkt zu wenig praxisnah ist und die in der theoretischen Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht oder nur mit Schwierigkeiten in der Praxis angewendet werden können (vgl. BERGNER 2002, S. 13.) Daraus resultieren bei den Auszubildenden Defizite bezüglich der anzubahrenden beruflichen Handlungskompetenzen. So erwachsen unterschiedliche Herausforderungen für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung – und damit für die verantwortlichen Lehrenden und Ausbildungsstätten. Vordergründig zu bewältigen sind die mangelnden Möglichkeiten, systematisch pflegerische Fähigkeiten zu erlernen, sowie die sich verstärkende Theorie-Praxis-Diskrepanz. Ausbildungseinrichtungen und deren Mitarbeiter sind gefordert, neue Lernformen zu entwickeln, umzusetzen und an die jeweiligen Gegebenheiten anzupassen. Diese sollten vor allem auf praxisnahen Berufssituationen aufgebaut sein und so den Lerntransfer fördern sowie das systematische Erlernen pflegerischer Fertigkeiten als Teil der beruflichen Handlungskompetenz ermöglichen (vgl. LAUBER 2007, S. 286–287).

Viele Lehrkräfte und Fachvertreter erkennen diese kritischen Ausbildungsaspekte, stellen Forderungen nach kompetenzorientierten und transferfördernden Lehr-/Lernmethoden und einer Haltungsänderung der Lehrenden „weg von der Wissensvermittlung hin zur pädagogischen Begleitung von Lernprozessen“ (vgl. BREUKMANN 2006, S. 34). Damit leiten sie einen Paradigmenwechsel hin zu einem konstruktivistischen Bildungsverständnis ein, bei dem schüleraktive, selbstgesteuerte Lernprozesse im Vordergrund stehen.

Besonders Projekte der Lernwerkstatt und des Skillstrainings, die mit der Einführung eines dritten Lernortes verbunden sind, werden diesbezüglich als pädagogisch und ökonomisch interessante Verfahren zur ganzheitlichen, kompetenzorientierten Ausbildung erkannt (vgl. FRERICKS et al. 2006, S. 17 f.; ROES 2004, S. 267–275; MEYER-HÄNEL, UMBESCHIEDT 2006, S. 276–286). Neben Informationen zum Kompetenzerwerb soll im Weiteren das Konzept des Skillstrainings detaillierter dargestellt und Anregungen zur Umsetzung gegeben werden.

3. Anforderungen an Bildungsprozesse innerhalb der Pflegeausbildung

Kompetenzorientierung findet sich aktuell in allen Zielformulierungen für allgemeine und berufliche Lernprozesse wieder und trägt damit zur Erweiterung oder Ablösung des lange vorherrschenden Qualifikationsbegriffes bei (vgl. KAUFHOLD 2006, S. 50–54). Die Entwicklung und Förderung beruflicher Handlungskompetenzen wird als Hauptziel der Berufsbildung und beruflichen Weiterbildung angesehen (vgl. MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2003, S. 3). Kompetenzorientierung ist nicht nur im Krankenpflegegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege festgelegt, sondern auch der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen fordert die Ausrichtung an Kompetenzen und beruflichen Handlungsfähigkeiten (vgl. HANF, REIN 2006; § 15 Abs. 1 KrPflAPrV, § 3 Abs. 1 KrPflG). Daher ist es sinnvoll, den Kompetenzbegriff, der bislang von den unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen ganz verschieden definiert und verstanden wird, kurz zu betrachten (vgl. ERPENBECK, VON ROSENSTIEL 2007, S. XVII; KAUFFELD 2006, S. 15; KAUFHOLD 2006, S. 21, 47, 95, 106).

Trotz des stark individuellen, jeweils nach den eigenen Interessen verwendeten und theorie relativen Kompetenzbegriffes haben sich in der wissenschaftlichen Diskussion folgende vier grundlegende Merkmale von Kompetenz durchgesetzt (KAUFHOLD 2006, S. 21–25):

- Kompetenz wird als Handlungsvoraussetzung bzw. als Disposition zum selbstorganisierten Handeln in offenen, unsicheren und komplexen Situationen verstanden und äußert sich demnach in der Bewältigung von Handlungssituationen (vgl. ERPENBECK, VON ROSENSTIEL 2007, S. XII, XIX; KAUFFELD 2006, S. 22). Eine direkte Beobachtung, Erfassung und Bewertung von Kompetenzen ist nicht möglich, sie sind stets im Zusammenhang mit dem jeweiligen Handlungskontext zu betrachten (vgl. KAUFHOLD 2006, S. 22, 48).
- Kompetenz hat einen Situations- und Kontextbezug und erfordert folglich, dass zur Kompetenzentwicklung die zu erwerbenden Kompetenzen auch tatsächlich in den Handlungssituationen abgefragt werden.
- Kompetenz ist an das Subjekt gebunden und kann damit nur indirekt über das Handeln oder über die Selbstoffenbarung der Person erschlossen werden (vgl. KAUFHOLD 2006, S. 24).
- Kompetenz ist veränderbar.

Kompetenz wird zudem als eine durch motivationale Aspekte beeinflusste Größe angesehen und stets als ein Konglomerat aus den Elementen Wissen, Fähigkeiten/Fer-

tigkeiten, Motive und emotionale Disposition verstanden. Häufig erfolgt zudem eine Konkretisierung des Kompetenzbegriffes, indem er in Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Personal-/Selbstkompetenz und Sozialkompetenz unterteilt wird (vgl. KAUFHOLD 2006, S. 23–27).

Auch das didaktische Konzept der Handlungsorientierung verfolgt die Zielsetzung, berufliche Handlungskompetenz zu vermitteln, indem bei handlungsorientierten Bildungsprozessen eine Ausrichtung an realen Berufsanforderungen und den damit verbundenen subjektiven Interessen der Auszubildenden erfolgt. Zudem werden die Verknüpfung von kognitiven, psychischen, emotionalen und motorischen Elementen und eine hohe Aktivität der Lernenden gewährleistet (vgl. MEYER 1996, S. 4). Durch diese Charakteristika wird nicht nur „die Verantwortlichkeit (...) [von Auszubildenden] für ihre eigenen Lernprozesse [ge]steigert, sondern [es werden] auch berufliche Verantwortlichkeit und schulisches Lernen kongruent“ (RÜLLER 1996, S. 2). Skillstraining ist aufgrund der Arbeit mit quasi realen Pflegesituationen und der Beteiligung der Lernenden an der Planung, Durchführung und Auswertung des Lernprozesses als ein handlungsorientiertes Unterrichtskonzept einzustufen.

Skillstraining berücksichtigt zudem die Erfordernisse motorischer und koordinativer Lernprozesse sowie die Taxonomie psychomotorischer Lernziele, indem eine schrittweise Anbahnung von Kompetenzen und die Beachtung von aus den theoretischen Modellen ableitbaren Hinweisen für die Gestaltung handlungsorientierter und psychomotorischer Lernprozesse erfolgt (vgl. MEYER 1996, S. 9–10; SCHEWIOR-POPP 1998, S. 13; BRUNS, HERMSDORF 2006, S. 37–38; HEUER 1998, S. 5–6; HORST 2001, S. 412–413; ZIMMERMANN 1996, S. 303–304 (vgl. hierzu Abbildung 1).

Im Rahmen von Lernprozessen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung müssen die Lernenden den Transfer von theoretisch erworbenem Wissen und Fertigkeiten in die Praxis leisten. In Berufssituationen müssen sie das theoretische Wissen durch komplexe Transformation in die erforderliche Handlungsentscheidung einfließen lassen und mit anderen Wissensbeständen vernetzen. Vielfach wird allerdings beklagt, dass „die Pflegeauszubildenden das, was sie in der Schule lernen, in der Praxis nicht anwenden“ (DARMANN 2004, S. 197).

Da eine Lernübertragung nicht automatisch vorausgesetzt werden kann, ist es bei der Konzeption von Lernkonzepten notwendig, Grundlagen der Transfertheorie zu kennen und den Theorie-Praxis-Transfer bewusst zu fördern (vgl. MIETZEL 2007, S. 332–342). Daher sollten in der Pflegeausbildung und bei der Entwicklung eines Skillstrainings ebenfalls daraus ableitbare Hinweise bei der Gestaltung transferfördernder Lernprozesse Beachtung finden (siehe Abbildung 2).

Abbildung 1: Hinweise für die Gestaltung handlungsorientierter und psychomotorischer Lernprozesse

Hinweise für die Gestaltung handlungsorientierter Lernprozesse

- Verbindung von personellen, inhaltlichen und methodischen Aspekten zu einem ganzheitlichen Lernangebot.
- Gewährleistung eines hohen Grades an Schüleraktivität im Sinne einer Dialektik von Führung und Selbstständigkeit („Selbsttätigkeit soll Selbstständigkeit ermöglichen!“).
- Subjektive Interessen der Lernenden sollten im Vordergrund stehen und für den Kompetenzerwerb richtungsweisend sein („Der Lernende bestimmt seine Lernerfordernisse!“).
- Beteiligung der Schüler an der Planung, Durchführung und Auswertung des Lernprozesses.
- Öffnung der Schule nach innen (z. B. durch Vernetzung verschiedener Lerneinheiten) und nach außen (z. B. durch Kooperation mit Praxisanleitern, Einbindung von realen Betroffenen oder Simulationspatienten, Arbeit in „klinischen Settings“).

Hinweise für die Gestaltung psychomotorischer Lernprozesse

- Zu erlernende Handlungen sollten von einer Fachperson für die Lernenden demonstriert werden. Dabei sollte die motorische Demonstration durch vorangestellte oder nachfolgende verbale und/oder schriftliche Erläuterungen begleitet werden.
- Lernprozesse – und damit auch Demonstrationen – sollten hinsichtlich ihrer Komplexität vor allem zu Beginn reduziert und/oder zergliedert werden.
- Lernende sollten ausreichend Gelegenheit zum Üben der jeweils zu erlernenden Fähigkeit geboten bekommen. Übungsmöglichkeiten sollten in ihrem Umfang und ihrer Gestaltung an die individuellen Bedürfnisse der Lernenden angepasst werden.
- Den Lernenden sollten individuelle Möglichkeiten der Schwerpunktsetzung entsprechend den eigenen Voraussetzungen ermöglicht werden.
- Besonders in den ersten Lernschritten sollten Korrektur- und Rückmeldeprozesse regelmäßig eingeplant werden. Sie können im weiteren Lernprozess zunehmend reduziert und durch eine Selbstevaluation des Lernenden ersetzt werden.
- Die Lernenden sollten Gelegenheit haben, eigene Fähigkeiten selbst einzuschätzen, und versuchen, daraus Rückschlüsse für ihren Lernfortschritt zu ziehen. Ergänzend sollten ebenfalls Rückmeldeprozesse durch die Lehrperson eingeplant werden.
- Erst bei einer Beherrschung der Handlung in einer einfachen Situation sollten Veränderungen in den situativen oder personenbezogenen Gegebenheiten vorgenommen werden.
- Fertigkeiten sollten im weiteren Lernprozess gezielt mit kognitiven und affektiven Lernbereichen bzw. Lernzielen verknüpft werden, um ganzheitlich berufliche Handlungskompetenz anzubahnen.
- Mit dem Erreichen einer höheren Fertigungsstufe sollte die Komplexität der Lernsituation gesteigert werden. Der Lernende sollte im Weiteren gefordert sein, auch weitere Fertigkeiten in die Handlung einmünden zu lassen (z. B. Kommunikations-, Beobachtungs- oder Beratungselemente).
- Die jeweils vom Lernenden erreichte psychomotorische Fähigkeitsstufe sollte regelmäßig erhoben werden, um die für den nächsten Lernschritt erforderlichen Anleitungsprozesse zu initiieren.
- Auch nach Erreichen des anvisierten Niveaus der jeweils zu erlernenden Fertigkeit sollte nach entsprechendem Zeitabstand eine wiederholende Übung zur Aktualisierung stattfinden.

Abbildung 2: Hinweise für die Gestaltung transferorientierter Lernprozesse

Hinweise für die Gestaltung transferfördernder Lernprozesse

- Grundfertigkeiten sollten intensiv geübt werden, da ein erneutes Lernen den erfolgreichen Transfer fördert.
- Lernprozesse sollten nicht eine Vielzahl von Themen bzw. Handlungen umfassen, sondern auf eine vertiefte Bearbeitung bedeutsamer Lerninhalte reduziert werden.
- Wissen und Fertigkeiten sollten für die Lernenden entkontextualisiert werden, indem sie ihnen in verschiedenen Kontexten dargeboten werden, sodass das zugrunde liegende allgemeine Prinzip stärker hervortritt.
- Den Lernenden sollte Gelegenheit zur Anwendung von verschiedenen Handlungsstrategien in ähnlichen Situationen geboten werden, um automatisierte, nicht situationsangemessene Reaktionen zu vermeiden.
- Lernende sollten Aufgabensituationen in mehreren Kontexten erfahren, um eine Verknüpfung von den zu erwerbenden Lern- bzw. Handlungszielen mit irrelevanten Bedingungen der Lernsituation zu verhindern.
- Der Lernende muss konditionales Wissen erwerben, indem er lernt, wann und wo sein Wissen angewandt werden kann.
- Lernprozesse sollten problemorientiert und anwendungsbezogen gestaltet werden. Dazu bietet sich eine problemorientierte Darstellung an, der eine Anwendungsphase folgt, in der der Lernende die Möglichkeit hat, erworbene Kompetenzen bei der Lösung authentischer Probleme einzusetzen.
- Lernende sollten im Rahmen von Fallbesprechungen oder Simulationen aktiv Erfahrungen mit der Umsetzung erworbener Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sammeln und eine Rückmeldung zur erbrachten Leistung erhalten.

Auch bei Berücksichtigung aller Hinweise zur Gestaltung möglichst optimaler handlungsorientierter, psychomotorischer und transferfördernder Ausbildungssituationen zum Erwerb beruflicher Handlungskompetenzen können Auszubildende die gesamte Komplexität pflegerischer Handlungen nur in der Pflegepraxis erfahren. Da sich Situationen dort aber so umfassend präsentieren und eine schrittweise Aneignung von Situationen und Fähigkeiten nicht erfolgen kann, stellen die Lernmöglichkeiten in der Praxis für Lernende aufgrund des zu leistenden komplexen Transfers oft eine Überforderung dar (vgl. DARMANN 2004, S. 202). Eine Lösung der Problematik bietet die Einführung der Lernmethode Skillstraining in die Pflegeausbildung und die abschließende Festigung der erworbenen Kompetenzen im Arbeitsalltag.

4. Kompetenzerwerb mittels Skillstraining

4.1 Grundlagen des Skilltrainings

„Skillstraining“ bezeichnet ein Fertigkeitentraining nach dem Skillslab-Modell, mit dem wesentliche Impulse für den Erwerb pflegerischer Handlungskompetenz während der Pflegeausbildung gegeben werden können (vgl. LAUBER 2007, S. 283). Der Begriff „Skills“ ist definiert als Fähigkeiten und Fertigkeiten (vgl. SCHEWIOR-POPP 1998, S. 19). Eine Handlung wird allerdings erst dann zur Fähigkeit, wenn sie zielgerichtet

ist, mehrere Bestandteile aufweist, eine zuvor festgelegte Planung erfordert, ihre Elemente zusammen ein Ganzes ergeben und ihr Erwerb einen Lernprozess bedingt. Zum Erwerb der einzelnen Fähigkeiten ist ein wiederholtes Training notwendig, um sie auch in wechselnden Situationen sorgfältig, schnell und flexibel durchführen zu können (vgl. BERGNER 2002, S. 13; LAUBER 2007, S. 283; RIEDO 2006, S. 41).

„Fähigkeiten“ basieren typischerweise auf einem Zusammenwirken verschiedener Kompetenzen, sodass diese unterschiedlichen Gruppen von Skills, kognitive, psychomotorische (Geschicklichkeit), selbstregulierende (haltungsbezogene, affektiv-psychologische) und interaktive (kommunikative, soziologische), auch im Skills-training vermittelt werden.

Die Lernform Skillstraining bietet Auszubildenden die Möglichkeit, in einer der Berufsrealität nachempfundenen Lernsituation berufsrelevante Fertigkeiten praxisnah und in strukturierter Form zu trainieren und einzuüben. Es findet in einem eigens für die Lernsituationen hergerichteten Raum statt, der hinsichtlich der Möblierung und Ausstattung einem typischen Patientenzimmer gleicht. Das Einüben der pflegerischen Fertigkeiten erfolgt dabei im Ausbildungsverlauf stufenweise und unter wechselnden Bedingungen mit dem Ziel, zunehmend komplexere Fähigkeiten aufzubauen, und berücksichtigt so die Erkenntnis BENNERS zur Pflegekompetenz, dass pflegerisches Wissen und Fertigkeiten in Stufen mit steigenden Anforderungen erworben werden (vgl. BENNER 1994, S. 35, 41–53). Durch das wiederholte Training werden Voraussetzungen geschaffen, die erworbenen Fähigkeiten auch in wechselnden Situationen sorgfältig, schnell und flexibel durchführen zu können (vgl. BERGNER 2002, S. 13; BRUNNER KÜNZLER 2004, S. 347; LAUBER 2002, S. 283; RIEDO 2006, S. 41).

Zudem können sowohl während des begleiteten als auch während des unbegleiteten Ablaufs verschiedene Lehr- und Lernmaterialien, wie Videos, Demonstrationsfilme, Modelle o. Ä., zur Unterstützung genutzt werden. Diese strukturellen und Umgebungsbedingungen ermöglichen einen Transfer von theoretischem und praktischem Wissen und Fähigkeiten. Neben „Präzision wird zugleich Flexibilität in typischen pflegerischen und therapeutischen Handlungen eingeübt“ (SCHEWIOR-POPP 1998, S. 19) und ein Beitrag zu dem vom Begründer des Skillstrainings, H. S. BARROW, geäußerten Bildungsziel geleistet, dem „Erwerb eines tief verstandenen, integrierten Wissens, welches einfach abgerufen und auf andere Problemsituationen angewendet werden kann“ (BARROW, 1980 zitiert nach RIEDO 2006, S. 38).

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Reflexion, die zu verschiedenen Zeitpunkten des Lernprozesses im Skillstraining eingeplant ist. Gerade die bewussten Reflexionsprozesse leisten einen großen Beitrag zur Entwicklung pflegerischer Kompetenz und ermöglichen zudem den „Transfer von implizitem zu explizitem Wissen“ (vgl. URFER-SCHUMACHER 2007; OLBRICH 1999, S. 139–145).

Skillstraining als Form des selbstgesteuerten Lernens basiert auf einer humanistischen, pädagogischen Grundhaltung, die Lernenden eine eigenständige und eigenverantwortliche Gestaltung des eigenen Lernprozesses zutraut. Das Skillstraining ist zudem geprägt durch ein gemäßigt konstruktivistisches Lernverständnis, welches auf der Grundannahme beruht, dass Lernende in ihrem Handeln und Verhalten von ihrem subjektiven Alltagswissen, d. h. von ihren Wahrnehmungen, Deutungen und Kognitionen, geleitet werden. Daraus ergibt sich, dass Lernen verstanden wird „als ein konstruktiver, aktiver, selbstgesteuerter, problembasierter und sozialer Prozess“ (RIEDO 2006, S. 38), bei dem Vorwissen aktiviert und eigene Wissensstrukturen in Interaktion mit anderen Lernenden aufgebaut werden können. Zudem zeichnet es sich durch eine hohe Eigenverantwortlichkeit der Lernenden aus. Dieses aktiv aufgebaute Wissen ist gekennzeichnet durch ein tief greifendes Verständnis und eine hohe Nachhaltigkeit.

Folglich verändern sich die Rollen der einzelnen Beteiligten im Lernprozess: Die Lernenden sind gefordert, aktiv und eigenständig den eigenen Lernprozess zu organisieren und für diesen auch die Verantwortung zu übernehmen. Die Aufgaben der Lehrenden als Wissensvermittler treten in den Hintergrund, stattdessen sind sie neben der Übernahme einzelner Dozententätigkeiten zur Wissensvermittlung vor allem Gestalter der Lernumgebung und Expertenvorbild. Sie fungieren für die Lernenden als Lernbegleiter und Lernberater hinsichtlich individuell anzuvisierender Lernprozesse (vgl. URFER-SCHUMACHER 2007). Dieses Verständnis stützt neuere Lerntheorien, die davon ausgehen, „dass der Lernprozess keine passive Wissensaufnahme darstellt, sondern ein Prozess ist, bei dem vor allem der Lernende selbst aktiv ist“ (PAUL HARTMANN AG 2008, S. 16).

4.2 Aufbau des Skilltrainings

Der Ablauf des Skilltrainings folgt einem systematischen Aufbau, der sich in verschiedene Stufen und Schritte untergliedert. Beim Skillstraining handelt es sich um ein dreiphasiges Modell, welches insgesamt in sechs Einzellerschritte untergliedert ist. Dabei geht jeder Lernschritt aufgrund seiner Zielsetzungen auch mit sich verändernden, spezifischen Aufgaben der Lehrperson einher. Zur Gewährleistung eines systematischen, umfassenden Kompetenzerwerbes ist es notwendig, dass die einzelnen Lernschritte in chronologischer Abfolge angesiedelt sind. Die Lernschritte im Skillstraining, deren Zielsetzung und damit einhergehende Funktionen der Lehrenden sind zum genaueren Verständnis in der Abbildung 3 zusammenfassend entsprechend ihrem zeitlichen Ablauf dargestellt.¹

1 Siehe Anhang, Abbildung 3 „Rolle der Lehrkraft im Skillslab während der einzelnen Skillslab-Schritte“.

Zudem können folgende ergänzende Informationen zu einzelnen Lernschritten den Lesern eine vertiefte Vorstellung des Skilltrainings-Konzeptes ermöglichen: Der erste Lernschritt „Demonstration“ entspricht durch die Integration aller kognitiven, psychomotorischen, affektiven und kommunikativen Handlungselemente während der Demonstration und das Aufstellen eines detaillierten Handlungsplanes der Erkenntnis BENNERS, dass mit der Situation unerfahrene Pflegenden „auf Regeln angewiesen sind, an denen sie ihr Verhalten ausrichten können“ (BENNER 1994, S. 41).

Neben der phasenhaften Struktur bildet der Lernschritt „Simulation“ das pädagogische Hauptelement des Skilltrainings. Indem die zu erlernende Pflegehandlung an Simulationspatienten durchgeführt wird, wird gezielt ein praxisnahes Üben und Festigen der Skills ermöglicht. Dabei findet zur Gewährleistung einer gleichmäßig hohen Konzentration der Beteiligten eine zeitliche Begrenzung auf maximal 15–20 Minuten statt. Während dieser Zeit spielt der Simulationspatient seine Rolle und reagiert auf die vom Lernenden entsprechend dem simulierten Pflegephänomen gezeigten Handlungen.² Während der Simulation hat der Lernende auch die Möglichkeit, die Pflegeintervention zu unterbrechen oder neu zu beginnen und kann so Handlungsvarianten erproben und fehlerhaftes Verhalten korrigieren.

Da die Lernenden die Skills in einer sicheren Lernumgebung ohne Gefährdung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes erproben und verbessern können und der phasenhafte Aufbau eine Reduktion der Komplexität der Lernaufgabe gewährleistet, werden optimale Transfermöglichkeiten geschaffen und den Lernenden Sicherheit vermittelt. Zudem werden Fähigkeiten zur Bewältigung unbekannter Situationen ausgebaut, wie kritisches Denkvermögen und Selbstwahrnehmung, Fähigkeit zur sensiblen Entwicklung von situationsorientierten Lösungsstrategien und zur Evaluation unterschiedlicher Interventionsmöglichkeiten. Während in den vorausgehenden Lernschritten zur Reduktion der Komplexität eine Zergliederung der Handlung stattfinden konnte, werden in der quasi realen Situation die Skills umfassend mit allen kognitiven, psychomotorischen, interaktiven und selbstregulierenden Teilelementen der Handlung eingeübt und anschließend reflektiert. Die Simulation wird zudem durch einen Auszubildenden beobachtet, der während der gesamten Handlung mithilfe einer strukturierenden Handlungsbewertungsliste mit vorgegeben Beobachungskriterien Notizen zu den getätigten Beobachtungen anfertigt. Ergänzend erfolgt eine Videoaufzeichnung der gesamten Handlung. Die Filmaufnahme erleichtert die spätere Nachbesprechung des Simulationstrainings, da erneute Betrachtungen und zeitliche Entzerrungen der Handlung möglich sind.

Im Anschluss an die simulierte Situation haben Auszubildender und Simulationspatient kurz Gelegenheit, aus ihren Rollen herauszufinden, ehe eine gemeinsa-

2 Hinweise zur Arbeit mit Simulationspatienten siehe Abschnitt 4.3 Arbeit mit Simulationspatienten.

me Reflexion der Pflegehandlung erfolgt. Ziel der Reflexion ist, dass der Auszubildende eine Rückmeldung über die Empfindungen des Simulationspatienten während der Übung bekommt und Gelegenheit hat, Rückfragen zu stellen. Nach der Reflexion löst sich der Kontakt zwischen dem Simulationspatienten und dem Lernenden auf, und eine Reflexion mit dem beobachtenden Auszubildenden, basierend auf seinen parallel zur Handlung angefertigten Notizen, schließt sich an.

Die Rückmeldung enthält Elemente der kollegialen Beratung und der Lernberatung. Sie erfolgt mit dem Ziel der Erarbeitung „fehlenden Wissens und Könnens (...) [sowie Überlegungen], wie eventuelle noch ungenügende Skills aufgearbeitet und erneut trainiert werden können“ (SCHROEDER 2008, S. 34). Eine Reflexion des Simulationstrainings mit der Lehrperson erfolgt meist erst zu einem späteren Zeitpunkt anhand der Videoaufnahme der einzuübenden Fertigkeit am Simulationspatienten. Häufig findet in dem Rückmeldeverfahren eine Einbindung der gesamten Lerngruppe statt. Auf diese Weise werden der Gruppe weitere Möglichkeiten der Selbst- und Fremdevaluation und damit der Entwicklung von Beratungskompetenzen sowie zur Etablierung einer positiven Fehlerkultur geboten. Die im Skillstraining enthaltenen unterschiedlichen reflektierten Lernprozesse sind sehr zentral, da durch sie Urteilsfähigkeit im Sinne von reflexivem Handeln als ein Element von Pflegekompetenz ausgebildet wird. Gerade die Artikulation der eigenen situationsbezogenen Überlegungen in der Gruppe leistet einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von reflexivem Handeln und entspricht so dem hohen Reflexionsbedarf in der Pflege (vgl. OLBRICH 1999, S. 139, 144–145).

Der Fertigkeitstest im anschließenden Lernschritt umfasst die Beurteilung der erworbenen Skills anhand einer Handlungsbewertungsliste, die alle in der Fertigkeit notwendigen kognitiven, psychomotorischen, affektiv-psychologischen und interaktiven Handlungselemente umfasst. Mit dem erfolgreichen Absolvieren des Fertigkeitstests werden dem Lernenden die zur Bewältigung der Handlung notwendigen Kompetenzen von der organisierenden Lehrkraft bestätigt.

Das Bewertungsverfahren anhand der Handlungsbewertungsliste gewährleistet eine genaue Identifikation von nicht ausreichend beherrschten Handlungselementen anhand von transparenten und objektiven Kriterien. So wird eine differenzierte Fremdbewertung und ein gezieltes Aufzeigen von noch weiter einzuübenden Handlungselementen ermöglicht. Für Lernende bieten die Handlungsbewertungslisten während des Lernprozesses zudem eine Möglichkeit der Selbstevaluation und damit der Förderung der eigenen Reflexionsfähigkeit. Die formale Beurteilung der beobachteten Fertigkeit des Lernenden sollte ergänzt werden durch ein Feedback sowie die Erörterung von potenziellen Ursachen für defizitäre Handlungsschritte. Die Lernenden können so Ansätze für weitere Übungsschritte identifizieren und erhalten eine kontinuierliche Lernberatung (vgl. LAUBER 2007, S. 286; MULSERS 1997, S. 29–31).

Der Abschluss des Skillstrainings erfolgt mit der Phase III, der „Beherrschung“, die den Lernschritt „Erproben und Weiterentwickeln in der Praxis“ umfasst. Durch die Berücksichtigung von Rhythmus, Geschwindigkeit und Koordination der Durchführung der Skills unter den in der Praxis vorkommenden Stresssituationen erlangen die Auszubildenden den Status des Könners bezüglich der erlernten Fähigkeit.

Der phasenhafte Verlauf und die Charakteristika der einzelnen Skillslab-Lernschritte machen besonders deutlich, dass sich im Lernverlauf die Rollen der Beteiligten verändern und jeweils spezifische Faktoren in der Gestaltung berücksichtigt werden sollten. Zudem ist es erforderlich, dass die einzelnen Lernschritte in chronologischer Abfolge angesiedelt sind, da nur so ein systematischer, umfassender Kompetenzerwerb ermöglicht wird.

4.3 Arbeit mit Simulationspatienten

Der Einsatz von Simulationspatienten im Skillstraining leistet einen wichtigen Beitrag zum transferorientierten Lernen, in dem Pflegehandlungen ohne physische und psychische Gefährdung von Patienten eingeübt werden können. Simulationspatienten sind speziell geschulte Personen unterschiedlicher Altersgruppen, die einen Patienten in einer bestimmten Lebenslage und mit spezifischen Krankheitssymptomen anhand einer vorgegebenen Rollenbeschreibung verkörpern. Bei den Simulationspatienten handelt es sich häufig um Schauspieler, Fachpersonal oder reale, meist chronisch kranke Patienten, die ihr Einverständnis zur Mitarbeit im Skillstraining gegeben haben. Sie weisen das zur Simulationssituation passende Geschlecht, Alter und die passende körperliche Konstitution auf und bereiten sich auf die Übernahme ihrer situationsbezogenen Rolle anhand einer Rollenbeschreibung und durch eine spezielle Schulung vor.

Die Rollenbeschreibung wird zur Gewährleistung der Authentizität auf der Grundlage einer realen, aber anonymisierten Fallgeschichte entwickelt. Dabei erfolgt eine Anpassung an den Ausbildungsstand der Lernenden und die Ziele des Skillstrainings. Die Rollenbeschreibung umfasst neben erkrankungsspezifischen Symptomen wichtige Persönlichkeitsmerkmale sowie situationspezifische Merkmale und ermöglicht dem Simulationspatienten eine verbale und nonverbale Reaktion, die komplementär zu der natürlichen Reaktionsweise von Patienten ist (vgl. HANDGRAAF, KLEMME, NAUERER 2004, S. 17).

Lediglich hinsichtlich der gezeigten Reaktionen auf die Interventionen der Lernenden existiert für den Simulationspatienten ein gewisser Reaktionsspielraum. Parallel existiert eine weitere Fallbeschreibung für den Lernenden, welche hinsichtlich vieler Inhalte, wie Ort der Handlung, Vorstellen der Patienten und Situation sowie der Aufgabenstellung, identisch ist. Der Simulationspatient erhält darüber hinaus

Informationen über das anvisierte Lernziel für die Lernenden, die aktuelle Situation und Symptome sowie über sein zu zeigendes Verhalten während der Begegnung. Zudem wird teilweise ein mögliches Vorgehen der Lernenden in der Simulation beschrieben.

Die ergänzende Schulung des Simulationspatienten beinhaltet die genaue Instruktion bezüglich der Rolle und des damit einhergehenden Verhaltens sowie ein Training im Erteilen von Feedback. So werden Simulationspatienten befähigt, den Lernenden eine Rückmeldung zu ihrem interpersonalen Verhalten, zur Art des Beziehungsaufbaus und der Interaktion als auch zum professionellen Handeln in der Simulationssituation zu geben. Durch die Ausführung der Pflegehandlung an Simulationspatienten entstehen im Skillstraining fast reale Pflegesituationen, die den Lernenden ermöglichen, theoretisches und praktisches Wissen miteinander zu verknüpfen und zwischenmenschliche Bedürfnisse zu berücksichtigen. Dabei erfolgt eine Interaktion zwischen den Beteiligten: Der Simulationspatient reagiert auf die Interventionen des Lernenden, und dieser profitiert von der unmittelbaren Reaktion des Simulationspatienten auf sein Verhalten.

4.4 Bewertung der Lernmethode „Skillstraining“

Neben den bereits in der Beschreibung des Skillstrainings skizzierten Chancen sollte aber auch kritisch erwähnt werden, dass im Skillstraining aufgrund der quasi realen Situationen nicht die volle Komplexität professioneller Praxissituationen abgebildet wird. Daher ist auch nach einem erfolgreich absolvierten Skillstraining ein weiterer Lernschritt im Praxiseinsatz erforderlich. Dieser sollte möglichst ebenfalls eine Begleitung und Rückmeldung an den Lernenden durch pädagogisches Personal erfahren (vgl. DARMANN 2004, S. 202).

Zudem ist der hohe erforderliche Aufwand zur Planung und Umsetzung eines Skillstrainings sowie in der Gewinnung, Schulung und Arbeit mit Simulationspatienten zu konstatieren. Diese organisatorischen und konzeptionellen Erfordernisse rechtfertigen sich allerdings durch die vielfältigen positiven Auswirkungen von Simulationskontakten auf die Kompetenzen der Lernenden. Durch Simulationssituationen ist bei den Lernenden eine erhöhte Sensibilität für die Entwicklung von Arbeitsstrategien, eine verbesserte Wahrnehmung für eigenes Verhalten und Empathie, eine Steigerung der kritischen Denkfähigkeit, eine gesteigerte Ernsthaftigkeit im Üben sowie eine höhere Einstufung der Relevanz des Feedbacks von Simulationspatienten zu verzeichnen (vgl. MEYER-HÄNEL, UMBESCHIEDT 2006, S. 279). Die Einführung und Umsetzung von Skillstrainings in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ermöglicht durch die schrittweise Strukturierung von Lernprozessen zum Erwerb von definierten Handlungsfertigkeiten den erleichterten

Transfer, und die Reflexionsprozesse ermöglichen eine gezielte Anbahnung von notwendigen pflegerischen Handlungskompetenzen und verstärken so den praktisch-klinischen Unterricht.

Aufgrund der Charakteristika eignet sich der Einsatz der Lernmethode „Skills-training“ auch zum Erwerb der für ein professionelles pflegerisches Wundassessments notwendigen beruflichen Kompetenzen. Die Darstellung des diesbezüglichen Skillstrainings aus der Skillstrainings-Einheit „Bei der Wundbehandlung assistieren“ im Weiteren soll den Lesern zur beispielhaften Verdeutlichung der Lernschritte im Skillstraining dienen.

5. Skillstraining in der Pflegeausbildung am Beispiel des Wundassessments

5.1 Bedeutung und Anforderungen an ein fachgerechtes Wundassessment

Eine chronische Wunde ist meist ein Symptom einer komplexen gesundheitlichen Störung, die es zur Entwicklung und Umsetzung einer erfolgreichen Wundbehandlung in all ihren Facetten und beeinflussenden Faktoren zu identifizieren gilt. Zielsetzung des Wundassessments mit den Teilelementen Wundanamnese, -beobachtung und -beurteilung ist es, die gesamte Versorgungssituation des Betroffenen zu analysieren, um sie mithilfe einer phasengerechten Wundversorgung in der weiteren Wundbehandlung zu optimieren (vgl. HAMPEL-KALTHOFF 2005, S. 504). Da eine fachkompetente Wundbehandlung mit einem positiven Behandlungserfolg in Relation steht, bildet die Wundanamnese die Grundlage eines effektiven Wundmanagements. Zudem gewährleistet das Wundassessment eine Beurteilung des Heilungsverlaufes und der Wirksamkeit der bisherigen Wundbehandlung.

Um eine gezielte Wundanamnese durchführen zu können, genügt nicht ein vorhandenes Wissen bezüglich der Mechanismen der Wundentstehung, beeinflussender Faktoren und Begleitzustände. Pflegekräfte müssen diese Kenntnisse auch in verständliche, gezielte Fragen zur Erhebung möglicher ursächlicher Faktoren sowie von Begleitsymptomen, Auswirkungen in der Alltagsgestaltung und Folgen auf die Bedürfnisbefriedigung der Betroffenen einfließen lassen. Daher sollten Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildende befähigt werden, gezielte Fragen zu stellen und die eingeholten Informationen fachgerecht zusammenzufügen und zu interpretieren. Neben der gezielten Anwendung von Kommunikationstechniken sind im Wundassessment auch der Aufbau einer vertrauensvollen, professionellen Beziehung zum Betroffenen sowie die Identifikation des Bedarfs an Patientenedukation entscheidend (vgl. PERINI et al. 2006, S. 345, 347, 352; PANFIL 2006, S. 68). Daher sollten Pflegeauszubildende in Lernsituationen gezielt die Kontaktaufnahme sowie den Beziehungs-

und Vertrauensaufbau zum Betroffenen trainieren sowie Fertigkeiten in der Planung und Umsetzung von Informations-, Beratungs- und Schulungskonzepten erwerben können. Die Notwendigkeit der beschriebenen Kompetenzen bestätigt der Expertenstandard mit seiner Empfehlung bezüglich der strukturellen Voraussetzung: „Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und kommunikative Kompetenz, Menschen mit einer chronischen Wunde zu identifizieren und deren Einschränkungen und Selbstmanagementfähigkeiten sensibel zu erkunden“ (DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE 2008, S. 9).

5.2 Konzeption eines Skilltrainings am Beispiel „Wundassessment“

Vor der Umsetzung einer Skilltrainings-Einheit sollte eine Festlegung der Lernziele in Form von beruflichen Handlungskompetenzen erfolgen, zu deren Erreichung mit dem Skilltraining ein Beitrag geleistet wird.³ Die explizite Ausweisung der Lernziele dient den Lehrenden als Orientierung für die Gestaltung ihrer Lernprozesse und bietet ihnen aufgrund der transparenten Darstellung der zu erwerbenden Kompetenzen Orientierung. Die formulierten Kompetenzen können zudem von den Auszubildenden während des Skilltrainings im Sinne eines Soll-Ist-Vergleiches ihrer Kompetenzen genutzt werden. Damit leisten sie einen Beitrag zur Förderung der Reflexivität des eigenen Lernprozesses. Der Schwerpunkt der mit dem Skilltraining „Wundassessment“ anvisierten Lernziele liegt auf der umfassenden Erfassung der Gesamtsituation eines Betroffenen mit einer chronischen Wunde und der fachgerechten Kategorisierung der Wunde sowie deren kausalen und beeinflussenden Faktoren.

Des Weiteren ist es bedeutend, dass vorauszusetzende Kenntnisse, Fertigkeiten und (Teil-)Kompetenzen definiert sind. Für ein erfolgreiches und kompetentes Ausführen von Handlungen in der Skilltrainings-Einheit „Wundassessment“ sollten die Auszubildenden vor Beginn grundlegende Kenntnisse und Handlungsabläufe definierter Lerneinheiten der „Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW“ beherrschen. Diese sollten möglichst ebenfalls mittels kompetenzorientierter Lernmethoden, wie beispielsweise dem problemorientierten Lernen nach der Siebensprungmethode oder der Teilnahme an einem Skilltraining zu den jeweiligen Lerneinheiten, erworben worden sein. Die theoretischen Lernvoraussetzungen und notwendigen allgemeinen Fertigkeiten für die Lernenden sind in den Skilltrainings-Materialien aufgelistet. Ergänzend

3 Alle in der weiteren Vorstellung des beispielhaften Konstruktionsprozesses eines Skilltrainings „Wundassessment“ erwähnten Materialien, wie allgemeine Lernvoraussetzungen, kognitive Lernvoraussetzungen der Lerneinheit I.13, theoretischer Arbeitsauftrag, Praxisauftrag, Rollenweisungen der Simulationssituation, Materiallisten und Handlungsbewertungsliste, können bei der Autorin nachgefragt werden.

ist es erforderlich, dass die Lernenden bereits kognitive Lernvoraussetzungen der Lerneinheit I.13 „Bei der Wundbehandlung assistieren“ mitbringen, um den Handlungsanforderungen entsprechen und die theoretischen Kenntnisse in praktisches Handeln transferieren zu können. Diese gilt es ebenfalls zu bestimmen und in einem Dokument für die Lernenden und Lehrenden zu fixieren.

Eine Orientierung über notwendige kognitive Voraussetzungen wird den Lernenden in der Orientierungsphase mit dem Lernschritt 1 „Individuelle Vorbereitung“ gegeben. Hier erhalten sie einen Arbeitsauftrag zur Aktivierung und Überprüfung ihres themenbezogenen Vorwissens. Für die Skillstrainings-Einheit „Wundassessment“ werden so vom Lernenden Grundlagen zur Bestimmung der Wundäthiologie und der individuellen Situation des Betroffenen sowie zur Wundkategorisierung aktualisiert. Mit dem Arbeitsauftrag erhalten sie die Möglichkeit, eigene Defizite bezüglich der Voraussetzungen zu identifizieren und diese unter Rückgriff auf die Literaturhinweise bis zum Beginn der Skillstrainings-Einheit aufzuarbeiten. Die Vorbereitung kann ergänzend durch einen orientierenden Praxisauftrag unterstützt werden, den die Auszubildenden in dem dem Skillstraining vorausgehenden Praxiseinsatz bearbeiten. Der Praxisauftrag ermöglicht ihnen durch Beobachtungen und Befragungen von Betroffenen und fachkompetenten Pflegenden in der Praxis eine Annäherung an das Thema und verschafft einen Überblick über die zu erlernende Handlung.

Dann folgt die Übungsphase mit der Demonstration und ausführlichen Erläuterung der zu erwerbenden Fähigkeit durch den Lehrenden. Zu thematisierende Schwerpunkte dieses Lernschrittes 2 im Skillstraining „Wundassessment“ wären die Komplexität der zu erhebenden wund- und situationsbezogenen Informationen, Faktoren für einen gelingenden Beziehungsaufbau und Arten einer kooperativen Gesprächsführung. In der Demonstration sollten von einem Lehrenden mit entsprechenden fachlichen, methodischen, sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen im Bereich des Wundassessments besonders potenzielle Schwierigkeiten und erforderliche Verhaltensweisen während eines Assessmentgespräches mit einem Betroffenen verdeutlicht werden. Die in das Gespräch zu integrierenden Tätigkeiten, wie Bestimmung der Wundgröße, der Wundtiefe und des Wundvolumens sowie die Fotodokumentation, können im Anschluss an die demonstrierte Gesprächssituation von dem Wundexperten oder der Lehrkraft an einem Wundmodell aus Gips o. Ä. und in beispielhaften Wunddokumentationsbogen sowie Patientenunterlagen oder unter Nutzung von Lehrmedien demonstriert werden. Im anschließenden Lernschritt „Selbstständiges Üben“ können die Auszubildenden die Handlungen gemeinsam mit ihren Mitschülern einüben, indem sie Gesprächssituationen zum Wundassessment simulieren und sich anschließend ein Feedback zu ihren Verhaltensweisen während der Handlungen geben.

Wenn die Auszubildenden durch das gegenseitige Üben Sicherheit im Handeln gewonnen haben, werden die für ein fachgerechtes „Wundassessment“ erforderlichen Fertigkeiten am Simulationspatienten in quasi realen Pflegesituationen vertieft und in ein ganzheitliches, situationsbezogenes Handeln integriert. Als Simulationssituation für das Wundassessment wurde in der beispielhaften Konstruktion eine für die zu erwerbende Handlungsfertigkeit typische Situation ausgewählt: Ein Wundassessment soll bei einer dekubituserkrankten Frau mit multiplen Risikofaktoren vorgenommen werden. Bei der Konstruktion wurde die Rollenanweisung für den Lernenden nur mit wenigen Informationen versehen und auf eine Integration weiterer beteiligter Personen, wie z. B. Angehörige, verzichtet. So wird eine Offenheit im Gespräch ermöglicht und eine Überforderung der Lernenden durch eine zu hohe Komplexität der Situation vermieden. Die Simulationspatientin hingegen erhält eine umfassende Rollenanweisung, um sicherzustellen, dass diese in wiederholenden Simulationssituationen und bei Unterbrechungen weitestgehend standardisiert reagieren kann. Eine standardisierte Ausstattung des Simulationsraumes und Sicherheit für die Lehrenden in der Vorbereitung der Simulationssituation werden zusätzlich durch die entwickelte Materialliste ermöglicht.

Der Lernschritt der Simulation findet seinen Abschluss in den drei Reflexionsanteilen: eine Rückmeldung vor allem zu den interpersonalen Fertigkeiten durch die Simulationspatientin, eine Reflexion mit dem beobachtenden Mitschüler sowie die zu einem späteren Zeitpunkt mit der betreuenden Lehrkraft und ggf. der gesamten Lerngruppe. Die Reflexionsprozesse des Auszubildenden und der Lehrkraft basieren vorrangig auf einer eigens für die Skilltrainings-Einheit „Wundassessment“ erstellten Handlungsbewertungsliste. Die Handlungsbewertungsliste ist zur besseren Handhabbarkeit für die Beobachter nach übergeordneten Gliederungspunkten strukturiert, wie beispielsweise Information, Organisation oder hygienisches Handeln, und erhält zu jedem Gliederungspunkt ein Feld für freie Eintragungen und eigene Ergänzungen. Dieses ermöglicht eine vollständige Identifikation von Stärken und Schwächen des Lernenden sowie eine schnelle Ableitung des individuellen Förderbedarfs des Auszubildenden.

Ein Abschluss des durch die Lehrkraft begleiteten Skilltrainings erfolgt, wenn der Auszubildende selbst ein sichereres Gefühl bei der Bewältigung der Handlungsanforderungen in der Simulationssituation angibt und ihm von allen drei Reflexionspartnern die vorhandenen Kompetenzen zur Übernahme der Handlung bescheinigt werden. Daran schließt sich dann der Fertigkeitstest sowie das Erproben und Weiterentwickeln in der Praxis unter Begleitung durch einen Wundexperten oder eine Pflegekraft mit entsprechenden Kompetenzen im Wundmanagement an. Erst wenn diese dem Auszubildenden die fachgerechte Durchführung des Wundassessments unter verschiedenen realen Situationsbedingungen bescheinigen, kann

von einer Beherrschung der Fertigkeit und entsprechend vorliegenden Kompetenz ausgegangen und ein erfolgreicher Abschluss der Skillstraining-Einheit bescheinigt werden.

5.3 Einbettung des Skilltrainings „Wundassessment“ in die Ausbildungsstruktur

Sinnvoll im weiteren Ausbildungsverlauf der Lernenden ist eine Erweiterung der pflegerischen Kompetenzen zur Übernahme eines Wundmanagements einer chronischen Wunde durch den Anschluss aufbauender Skilltrainings-Einheiten zur Lerneinheit I.13 „Bei der Wundbehandlung assistieren“, wie „Auswahl einer geeigneten Wundtherapie“, „Kooperative Entwicklung eines Behandlungsplans (mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen)“, „Verbandswechsel bei aseptischen und septischen Wunden“ und „Information und Beratung des Betroffenen und seiner Angehörigen“.

Zudem sind im Sinne einer Lernspirale eine Vertiefung und ein Ausbau dieser Kompetenzen zu einem späteren Ausbildungszeitpunkt im Rahmen der folgenden Lerneinheiten empfehlenswert: In der Lerneinheit IV.03 „Pflegerische Versorgung von PatientInnen mit Störungen und Erkrankungen des Kreislaufes“ bei den Themen „Periphere arterielle Verschlusskrankheit“ oder „Chronisch venöse Insuffizienz mit Ausbildung eines Ulcus cruris“ sowie im Rahmen der Lerneinheit IV. „Pflegerische Versorgung von PatientInnen mit Erkrankungen des Stoffwechsels“ bei dem Thema „Diabetes mellitus mit der Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms“.

Fazit zum konzipierten Skillstraining „Wundassessment“: Auch wenn mit dem vorgestellten Skillstraining nicht die erforderliche Pflegepraxis mit umfangreichem Erfahrungswissen in der Beurteilung von Wunden vermittelt werden kann, bietet es dennoch eine von Auszubildenden positiv bewertete Möglichkeit, grundlegende pflegerische Kompetenzen für ein professionelles Wundassessment zu erwerben. Zugleich vermittelt es einen beispielhaften Eindruck, wie die Konzeption und Umsetzung eines Skilltrainings im Rahmen von pflegerischen Ausbildungsprozessen erfolgen kann.

6. Fazit

Das Konzept Skillstraining erscheint sehr gut geeignet, um verschiedene Probleme der derzeitigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zu minimieren. Aufgrund der Charakteristika eignet sich die Lernform aber nicht nur für Bildungsprozesse innerhalb der Ausbildung, sondern bietet sich auch zur Vertiefung von Kompetenzen innerhalb von Fortbildungsprozessen an. Trotz der überzeugenden Chancen sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Umsetzung unter den aktuellen Ausbildungsbedingungen viele Ressourcen und damit ein hohes Engagement der

Lehrenden erfordert. Dennoch sollen hier Lehrkräfte ermutigt werden, trotz differenter Gegebenheiten und struktureller Schwierigkeiten eine Umsetzung von Skillstrainings in der eigenen Bildungseinrichtung – gegebenenfalls nur in Ansätzen oder einzelnen Lernbereichen bzw. Lerneinheiten – zu erproben.

Eine Anpassung des Konzeptes an die spezifischen Bedingungen der eigenen Einrichtung und die Einbindung des Teams bzw. möglichst vieler Kollegen stellen für eine erfolgreiche Umsetzung des Skillstrainings wichtige Voraussetzungen dar und sichern eine gegenseitige Motivation bei anfänglich auftretenden Schwierigkeiten. Auf diese Weise wird eine wichtige Grundlage für erfolgreiche kompetenzorientierte und transferfördernde Lernprozesse von Gesundheits- und Krankenpflegern geschaffen. Die Resultate der Lernmethode und das positive Feedback der Lernenden leisten ergänzend einen guten Beitrag zur Berufsmotivation und erhöhten Berufszufriedenheit für die umsetzenden Lehrenden.

Literaturverzeichnis

- BENNER, Patricia (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert*. Bern.
- BERGNER, Erika (2002): *Die Arbeitswelt als Lernumwelt*. In: *Krankenpflege – Soins Infirmiers*, Heft 3, S. 8–13.
- BLUM, Karl; ISFORT, Michael; SCHILZ, Patricia; WEIDNER, Frank (2006): *Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland PABiS*. Düsseldorf.
- BREUKMANN, Michael (2006): *Entwicklung braucht Zeit – Lernortkooperation und Organisationsentwicklung*. In: *PADUA*, 1 (2006), S. 33 f.
- BRUNNER KÜNZLER, Claudia (2004). *Die Lehrperson in der Lernform Skillstraining*. In: *PrInterNet*, Ausgabe 6, S. 347–350.
- BRUNS, Astrid; HERMSDORF, Mandy (2006): *Das Lehren manueller Fertigkeiten in der Physiotherapie. Leitideen für die Gestaltung von Unterrichtsprozessen*. Diplomarbeit, Bielefeld.
- DARMANN, Ingrid (2004): *Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung*. In: *PrInterNet*, Ausgabe 4, S. 197–203.
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (Hrsg.) (2008): *Auszug aus dem Sonderdruck zum Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 47 (2008) 4, S. 328–329.
- ERPENBECK, John; VON ROSENSTIEL, Lutz (Hrsg.) (2007): *Handbuch Kompetenzmessung*. 2. Auflage, Stuttgart.
- FREERICKS, Benedita; HARSCH, Friedhelm; SCHÄFFLER, Helene (2006): *Drei Schritte zur Handlungskompetenz. Fächerintegrativer Unterricht – Lernwerkstatt – Praxis*. In: *PADUA*, 1 (2006), S. 17 f.
- GAGE, Nathaniel L.; BERLINER, David C. (1996): *Pädagogische Psychologie*. 5. Auflage, Weinheim.

- HAMPEL-KALTHOFF, Carsten (2005): Wir brauchen eine Richtlinie für Weiterbildungen zum Wundexperten. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 44 (2005) 7, S. 504–505.
- HANDGRAAF, Marietta; KLEMMER, Beate; NAUERTH, Annette (2004): Berichte aus Forschung und Lehre Nr. 14. Entwicklung eines Prüfinstrumentes zum „Clinical Reasoning“ in der Physiotherapie. Bielefeld.
- HANF, Georg; REIN, Volker (2008): Auf dem Weg zu einem nationalen Qualifikationsrahmen. Überlegungen aus der Perspektive der Berufsbildung. URL: <http://www.bibb.de/de/25722.htm> (Stand: 2. Juni 2008).
- HEUER, Herbert (1998): Psychomotorisches Lernen in Pflegeausbildungen. In: *FACHHOCHSCHULE BIELEFELD FACHBEREICH PFLEGE UND GESUNDHEIT* (Hrsg.): *Workshop-Reader Nr. 2. Strukturen pflegerischen Wissens – Überlegungen zu einer möglichen Fachdidaktik Pflege*. 2. Auflage, Bielefeld, S. 5–14. URL: <http://www.fh-bielefeld.de/article/fh/1575/1/360?NavCatID=416> (Stand: 12. Juli 2008).
- HORST, Renata (2001): Zentrales Nervensystem. Kapitel 5. In: BERG, Frans van den (Hrsg.): *Angewandte Physiologie*. Band 3. Therapie, Training, Tests. Stuttgart, S. 405–427.
- ISFORT, Michael; WEIDNER, Frank (2007): *Pflege-Thermometer 2007*. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln.
- KAUFFELD, Simone (2006): *Kompetenzen messen, bewerten, entwickeln*. Stuttgart.
- KAUFHOLD, Marisa (2006): *Kompetenz und Kompetenzerfassung, Analyse und Beurteilung von Verfahren der Kompetenzerfassung*. Wiesbaden.
- LAUBER, Annette (2007): Fertigkeiten-Training – Aufgabe der schulischen Pflegeausbildung? In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 46 (2007) 4, S. 282–287.
- MEYER, Hilbert (1996): Handlungsorientierter Unterricht. In: *Unterricht Pflege*, 1 (1996) 1, S. 4–12.
- MEYER-HÄNEL, Philipp; UMBESCHIEDT, Rocco (2006): *Der Lernbereich Training und Transfer*. In: *PrInterNet*, Ausgabe 5, S. 276–286.
- MIETZEL, Gerd (2007): *Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens*. 8. Auflage, Hogrefe.
- MIETZEL, Gerd (2001): *Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens*. 6. Auflage, Hogrefe.
- MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (2003): *Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW*. Düsseldorf.
- MULSERS, Patrick (1997): *Fertigkeitenunterricht für Pflege- und Gesundheitsberufe. Das „Skillslab-Modell“*. Berlin und Wiesbaden.
- OLBRICH, Christa (1999): *Pflegekompetenz*. Bern.
- PANFIL, Eva-Maria (2006): Mehr Verantwortung und höhere Qualifizierung für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. In: *Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 19 (2006), S. 67–69.
- PAUL HARTMANN AG (2008): *Mit System geht vieles besser: Lernen lernen*. In: *PflegeDienst*, 2, S. 16.

- PERINI, Corina; STAUFFER, Yvonne; GRUNDER, Margrit; GANDON, Marianne; DÄTWYLER, Barbara; HANTIKAINEN, Virpi (2006): Die Bedeutung von Caring aus Sicht von Patienten mit chronischen Wunden bei Peripheren Arteriellen Verschlusskrankheiten. In: *Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 19 (2006) 3, S. 345–355.
- RIEDO, Pia (2006): Aufwärts in der Schweiz. Problembasiertes Lernen. In: *PADUA*, 1 (2006) 1, S. 38–45.
- ROES, Martina (2004): Lernortkooperation in der pflegepraktischen Ausbildung – Ergebnisse aus einem Modellprojekt. In: *PrInterNet*, 5, S. 267–275.
- RÜLLER, Horst (1996): Warum handlungsorientierter Unterricht in der Pflegeausbildung? In: *Unterricht Pflege*, 1 (1996) 1, S. 2–3.
- SCHEWIOR-POPP, Susanne (1998): Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege und Rehabilitationsberufen. Stuttgart.
- SCHROEDER, Gabriele (2008): Fast wie echt, Skillstraining mit Simulationspatienten. In: *PADUA*, 3 (2008) 2, S. 31–34.
- URFER-SCHUMACHER, Monika (2007): Problembasiertes Lernen in der beruflichen Praxis. Zürich: Fachstelle Careum. URL: http://www.stiftung-careum.ch/files/media/files/14e837328c1fe921c6d57e7bdd9b3e77/Fachartikel_Schnitt_2-07.pdf (Stand: 23. Mai 2008).
- ZIMMERMANN, Klaus (1996): Trainingslehre. In: HÜTER-BECKER, Antje; SCHEWE, Heidrun; HEIPERTZ, Wolfgang (Hrsg.): *Physiotherapie – Band 2. Physiologie, Trainingslehre*. Stuttgart.

Rechtsquellenverzeichnis

- AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR DIE BERUFE IN DER KRANKENPFLEGE (KrPflAPrV) vom 10. November 2003. In: *Bundesgesetzblatt Teil I* 2003 S. 2263.
- GESETZ ÜBER DIE BERUFE IN DER KRANKENPFLEGE (KrPflG) vom 16. Juli 2003. In: *Bundesgesetzblatt Teil I* S. 1442.

Anhang

Abbildung 3: Rolle der Lehrkraft im Skillslab während der einzelnen Skillslab-Schritte

Phase/Schritt	Abläufe/Aufgaben im jeweiligen Schritt des Skilltrainings	Rolle der Lehrkraft
Phase I – Orientierungsphase		
Schritt 1: Individuelle Vorbereitung	Individuelle Vorbereitung des Lernenden, Aktivierung und Überprüfung des Vorwissens, Erkennen der wichtigsten Anteile und Aspekte der betreffenden Skills, Entwickeln einer Vorstellung über die Skills und Formulierung von offenen Fragen und Unklarheiten	Keine Funktion/Rolle Aktivierung von Vorwissen durch entsprechende Aufgaben-/Fragestellung und vorbereitenden Unterricht, der mit dem Skillstraining abgestimmt ist
Phase II – Übungsphase		
Schritt 2: Trainingstreffen mit allen Lernenden, Demonstration durch Experten, Erproben unter Anleitung	Trainingstreffen mit allen Beteiligten, Demonstration der Skills durch die Lehrperson oder einen Fachexperten, evtl. zusätzlich Unterstützung der Demonstration durch verschiedenste Medien (Film, Videos, Bücher über die zu erlernenden Skills), evtl. Aufstellen eines Handlungsplans mit den Auszubildenden	Zentrale Rolle → Klärung von Fragen und Unklarheiten aus der Orientierungsphase, Demonstration der Skills, Verdeutlichung von Schlüsselstellen und kritischen Momenten, Beraten bezüglich der Durchführung der Skills, Gewährleistung des Transfers von Fähigkeiten durch Fragen und Aufforderung zum Verbalisieren der Skills
Schritt 3: Selbstständiges Üben	Individuelles, weitestgehend selbstständiges Üben der Skills an Mitschülern und/oder Simulationsmodellen durch die Auszubildenden, Reduktion und Zergliederung der Handlung ist möglich, Klärung von Fragen, um Erlernen eines fehlerfreien Handlungsablaufes zu gewährleisten, Training der Skills in unterschiedlichen Situationen zur Festigung und zur Förderung des Transfers der Skills	Begleitung des Lernprozesses und punktuelle Beratung auf Nachfrage durch die Lernenden, ggf. Klärung von gezielten Fragen und erneute Demonstration einzelner Handlungsschritte/-anteile
Schritt 4: Simulation	Praxisnahes Üben der Skills in quasi realen Situationen an Simulationspatienten, Integration von kognitiven, psychomotorischen, interaktiven und selbstregulierenden Fähigkeiten in die Handlung, Anfertigung einer Videoaufnahme während der Handlung, abschließende Reflexion mit dem Simulationspatienten und zu einem späteren Zeitpunkt mit beratenden Mitschülern und der Lehrperson	Keine Funktion während der Simulation, während der Nachbesprechung und Reflexion wichtige beratende und reflektierende Feedbackfunktion, Beantwortung von Fragen und Unklarheiten zur Durchführung, Unterstützung der Auszubildenden bei der weiteren Planung zum Üben der Skills unter Berücksichtigung der individuellen Lernform des Studierenden (Lernberatung)
Schritt 5: Fähigkeitstest	Beurteilen der erworbenen Skills anhand von Beobachtungen und Kriterien anhand von Handlungsbewertungslisten	Keine Funktion/Rolle
Phase III – Beherrschungsphase		
Schritt 6: Erproben und Weiterentwickeln in der Praxis	Erproben und Weiterentwickeln der Skills bis zur Beherrschung in der Praxis, Berücksichtigung von Rhythmus, Geschwindigkeit und Koordination der Durchführung der Skills unter realen Stresssituationen, ggf. Unterstützung durch Praxisanleiter der jeweiligen Praxisstation	Keine Funktion/Rolle

Tobias Michael Bach

Fallorientierte Lernerfolgsüberprüfungen in der Pflege

Ziel dieses Beitrages ist die grundlegende Auseinandersetzung mit den Begriffen „Lernerfolgsüberprüfung“ und „Fall“. Weiterhin wird der Vorgang des Messens von Prüfungsleistungen auch unter dem spezifischen Fokus der Kompetenzmessung als aktuelle Herausforderung in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege betrachtet. Nach Erörterung des Vorgangs der Fallgewinnung und -konstruktion und der Voraussetzungen zur Konzeption fallorientierter Prüfungen wird ein Kriterienraster zur Analyse fallorientierter Lernerfolgsüberprüfungen entwickelt. Hier zeigt die Entwicklung des Kriterienrasters, dass die Konzeption einer fallorientierten Prüfung insbesondere dann eine komplexe Aufgabe darstellt, wenn berufliche Kompetenzen nachgewiesen werden sollen.

1. Einleitung

„Learn more in less time!“ (MAUFETTE-LEENDERS, ERSKINE, LEENDERS 2001, S. 138). Mit dieser plakativen Aussage bewerben MAUFETTE-LEENDERS, ERSKINE und LEENDERS (2001) ihre Publikation zum Thema „case method“ aus dem kanadischen Raum. Diese Aussage trifft wiederum im übertragenen Sinne auf eine wissenschaftliche Diskussion über den Einsatz von Fällen in den Ausbildungen und Prüfungen der Pflegeberufe. Das neue Krankenpflegegesetz (2007) sowie die zugeordneten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen haben die Anforderungen an die Ausbildungen der Pflegeberufe verändert. Wie ein Leitartikel der Zeitschrift für Pflegepädagogik PADUA offenbart, stellt die Anforderung einer auf berufliche Handlungskompetenz ausgerichteten Ausbildungs- und Prüfungsgestaltung eine aktuelle Herausforderung der wissenschaftlichen Betrachtung dar (vgl. HUNDENBORN 2007, S. 6 ff.). Folgende Aspekte bilden Schwerpunkte dieses Beitrages:

1. Wie werden Lernerfolgsüberprüfungen gemessen und beurteilt?
2. Welche Aspekte sind in diesem Zusammenhang beim Messen von Kompetenzen zu beachten?
3. Welche Faktoren sind bei der Konstruktion eines Falles zu beachten?
4. Welche Anforderungen sind zu beachten, wenn Fälle in Prüfungen genutzt werden?
5. Nach welchen Leitfragen kann man fallorientierte Prüfungen analysieren?

Die Auseinandersetzung mit den genannten Fragen erfordert zunächst eine terminologische Betrachtung der Begriffe „Lernerfolgsüberprüfung“ und „Fall“.

2. Terminologische Klärung

2.1 Lernerfolgsüberprüfung

Der Begriff der Prüfungen wird im Bereich der Berufspädagogik heterogen definiert. Terminologien wie „Lernerfolgsüberprüfung“, „Lernerfolgskontrolle“ und „Prüfung“ werden teilweise synonym, teilweise jedoch sehr unterschiedlich verwendet und abgegrenzt. Lernerfolgsüberprüfungen dienen nach RICHTER (2002) der Überprüfung handlungsorientierten Unterrichtes, um die Effektivität schulischen Lehrens und Lernens seitens der Schüler und Lehrenden zu überprüfen. Handlungsorientierten Unterricht definiert RICHTER (2002) als alle Prozesse schulischen Lehrens und Lernens, die auf einen Zuwachs beruflicher Handlungskompetenz zielen. Zielsetzung von Lernerfolgsüberprüfungen im handlungsorientierten Unterricht bildet der Nachweis, zielorientierten, eigenständigen Arbeitens sowie „das Herstellen sozialer Bezüge, die Selbstregulation, die Diagnose des Lernfortschrittes“ (RICHTER 2002, S. 20), somit der Nachweis im Unterricht angebahnter beruflicher Handlungskompetenz. In einer Lernerfolgsüberprüfung ist die Selbstreflexion des Lernenden als wesentliches Element zu betrachten. Zudem sind Lernerfolgsüberprüfungen als wesentliche Orientierung am Ergebnis (Output) des Lernens, im Sinne des Nachweises angebahnter beruflicher Handlungskompetenz, zu verstehen. Dieser Nachweis gelingt nach RICHTER (2002) mit lernzielorientierten Kontrollen nicht (vgl. ebd., S. 18 ff.).

FRIEDE (2006) weist auf den unscharfen Gebrauch des Terminus „Lernerfolgskontrolle“ im Alltagsgebrauch und in der Fachliteratur hin und verdeutlicht, dass „Lernerfolg“ als abstrakter Begriff verschiedene Ebenen der Betrachtung vereint. Als Objekt von Lernerfolg sind alle Resultate und Prozesse zu verstehen, die einen Rückschluss auf eine vorhandene Konstitution zulassen, die je nach konzeptioneller (z. B. Motivation, Qualifikation oder Kompetenz) und chronologischer Ebene (langfristiger vs. kurzfristiger Lernerfolg) unterschieden werden können. Diese Lernerfolge können sich auf eine berufliche Domäne beziehen oder auch zu berufsübergreifendem Transfer befähigen. Um Lernerfolg nachzuweisen, wird dieser auf eine Ebene der Sprache, eines Gegenstandes, des Handelns oder der Kunst konkretisiert und durch Instrumente (Aufgabenstellungen, Beobachtungen) überprüft. Durch den Einsatz dieser Instrumente sieht FRIEDE (2006) eine Nähe zum Begriff „Leistungsbeurteilung“ bzw. „Prüfung“. Neben dem Einsatz von Lernerfolgskontrollen auf systemisch institutioneller Ebene, zum Beispiel bei Schulvergleichsuntersuchungen und zentralen Abschlussprüfungen, können diese auf individueller Ebene den Prozess des selbstgesteuerten Lernens und der Lernmotivation entscheidend beeinflussen. Zudem ermöglichen sie nach FRIEDE (2006) auf didaktischer Ebene eine gezielte methodische Ausrichtung des Unterrichtes. Aufgrund der differenzierten Betrachtung des Begrif-

fes „Lernerfolgskontrolle“ wird deutlich, dass dieser nicht nur die Ebene von schulischen Leistungsnachweisen oder -kontrollen umfasst, sondern breiter gestreut, fast im Sinne einer unter Umständen diagnostischen Funktion zu sehen ist (vgl. FRIEDE 2006, S. 347 ff.).

Nach REISSE (2006) werden Prüfungen „bei Abschlüssen und Übergängen innerhalb der allgemeinen Bildung, innerhalb der beruflichen Bildung, zwischen beiden Bildungsbereichen und zwischen Bildungs- und Beschäftigtensystem“ (REISSE 2006, S. 415) durchgeführt. Als ein weiterer wesentlicher Aspekt ist anzusehen, dass Prüfungen immer im Kontext von inhaltlichen und didaktischen Entscheidungen in unterrichtlichen Prozessen des Lehrens und Lernens zu betrachten sind. Folglich erfordert die methodische Entwicklung von Lernarrangements im Sinne der Verknüpfung mehrerer Unterrichtssequenzen gleichzeitig eine zu der Methode stimmige Form der Überprüfung (vgl. SCHEWIOR-POPP 2005, S. 176).

Zusammenfassend wird der Begriff „Lernerfolgsüberprüfung“ in der folgenden Betrachtung verwendet, da diese Terminologie deutlicher hervorhebt, dass hier der Nachweis und die gezielte Förderung von Kompetenz im Gegensatz zur Kontrollfunktion im Vordergrund stehen. Der beratenden und fördernden Rolle des Lehrenden im handlungsorientierten Unterricht wird, wie RICHTER (2002a) betont, mit dem Begriff „Lernerfolgsüberprüfung“ entsprochen, während der Begriff „Lernerfolgskontrolle“ eher eine klassisch hierarchisch anmutende Kontrolle von Schülerleistungen durch Lehrkräfte akzentuiert (vgl. RICHTER 2002a, S. 10 f.).

2.2 Fall

STEINER (2004) definiert den Terminus „Fall“ wie folgt: „Ein Fall ist eine Abfolge konkreter Begebenheiten (Ereignisse, Vorkommnisse, Geschehnisse) von und mit handelnden Individuen (Menschen oder Figuren) in einem spezifischen situativgeschichtlichen Kontext. Wesentlich für einen Fall ist seine prozesshafte, zeitliche Dimension: Der Fall besteht aus einer Sequenz von Ereignissen, mentalen Zuständen und Geschehnissen mit Individuen als Akteuren. Die Sachverhalte des Falles können einen realen Bezug zur Wirklichkeit haben oder imaginär sein. Zum Fall wird aber eine derart formal gekennzeichnete Handlungssequenz immer erst dann, wenn mindestens ein erkennendes Subjekt darüber nachdenkt, spricht, schreibt und sich ihrer bewusst wird. Die Handlungssequenz steht damit unter einem bestimmten Gesichtspunkt für etwas und erzeugt im Bewusstsein dieses erkennenden Subjekts eine bedeutungstragende Wirkung“ (STEINER 2004, S. 14).

Anhand dieser Definition wird deutlich, dass ein Fall ein zeitlich fortschreitendes Geschehen thematisiert, das von Menschen als handelnden Subjekten gezielt und mit Interesse betrachtet und analysiert wird. Ein Fall wird nach KAISER (2006)

aus der Lebensumwelt/Praxis von Lernenden, z. B. aus der beruflichen Pflegepraxis, übernommen und entsprechend einer vorgegebenen Verlaufsstruktur diskutiert. Wissenschaftliche Erkenntnisse sollen im Unterricht der Erklärung und Lösung des komplexen Falles dienen, wobei der Fall in seiner Gesamtheit nicht vollständig die Realität abbilden kann. Somit entsteht eine Verknüpfung des theoretischen Wissens der Lernenden mit einem konkreten Fall. Folglich stellt die Fallstudie eine Unterrichtsmethode dar, die der Analyse komplexer Lebenssituationen dient (vgl. KAISER 2006, S. 193 ff.). Nach KADE (1990) folgt die Arbeit mit Fällen nicht einer festen Systematik von Inhalten, sondern bleibt auf die „Reichweite sozialer Situationen beschränkt“ (KADE 1990, S. 123). Ziel der Fallarbeit stellt nach KADE (1990) das differenzierte Betrachten von beruflichen Handlungssituationen und Urteilsvermögen in diesen Situationen dar. Somit wird die Entscheidungskompetenz angebahnt, in konkreten Situationen angemessen zu handeln (vgl. ebd., S. 122 f.). Aus diesem Grund stellt STAEHLE (1974) die Forderung, dass Fälle alle „dazugehörigen Fakten, Meinungen und Erwartungen, die die Entscheidungssituation determinieren“ (STAEHLE 1974, S. 116), enthalten.

In diesem Zusammenhang ist nach KAISER (1985) die Arbeit mit Fällen als Teil „handlungs- und entscheidungsorientierten Unterrichts“ (KAISER 1985, S. 440) anzusehen. Nach SCHNEIDER (2006) können Fälle grundsätzlich fiktiv entwickelt oder aus der Realität entnommen werden (vgl. SCHNEIDER 2006, S. 2). Ursprünglich geht die Fallstudie nach KAISER (1983) mit der Kasuistik, Betriebswirtschaftslehre, Entscheidungstheorie, Reformpädagogik, dem situationstheoretischen Ansatz der Didaktik und der Emanzipatorischen Pädagogik auf verschiedene Quellen zurück (vgl. KAISER 1983, S. 11 ff.).

Wie STEINER (2004) in seiner Dissertation mit dem Thema „Erkenntnisentwicklung durch Arbeiten am Fall“ erörtert, wird der Fallbegriff je nach Verwendung in spezifischen wissenschaftlichen Fachdisziplinen unterschiedlich didaktisch/methodisch eingesetzt. Hier differenziert STEINER (2004) mit „Störfall“, „Exemplum“, „unbestimmter Situation“, „Paradigma“ und „narrativer Fallbegriff“ fünf Formen, wie ein Fall im didaktischen Kontext eingesetzt werden kann (vgl. STEINER 2004, S. 22 ff.). Diese domänenspezifische Verwendung eines Falles als Möglichkeit der methodischen Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen zeigt die Vielfalt unterschiedlichen Fallverständnisses auf. HUNDENBORN (2007a) empfiehlt aus diesem Grund eine berufsspezifische Definition des Begriffes „Fall“, da die berufsgruppenspezifischen Anforderungen in Fällen differieren. Nach HUNDENBORN (2007a) stellt der Gegenstand von Fällen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Pflegeberufe stets pflegeberufliche Ereignisse respektive den Beziehungsprozess zwischen Pflegefachkraft und Mensch mit Pflegebedarf dar (vgl. HUNDENBORN 2007a, S. 36 ff.).

STEINER (2004) differenziert vier verschiedene Typen von Fällen, während KAISER (1983) vier Fallvarianten unterscheidet (vgl. STEINER 2004, S. 173 ff.; KAISER 1983,

S. 21 ff.). Je nach didaktischer Zielsetzung des Unterrichtes ermöglichen diese Falltypen beziehungsweise -varianten eine unterschiedliche methodische Auseinandersetzung mit einem Fall. HUNDENBORN (2007a) stellt diese unterschiedlichen Falltypen und -varianten in ihrer Publikation zur fallorientierten Didaktik vertiefend dar (vgl. HUNDENBORN 2007a, S. 68 ff.). Die gezielte Auswahl spezifischer Falltypen und -varianten in Lernerfolgsüberprüfungen ermöglicht nach HUNDENBORN (2007a) einen Einsatz von Fällen in Abschlussprüfungen der Pflegeberufe konform zu den Forderungen des Krankenpflegegesetzes bzw. Altenpflegegesetzes mit den zugeordneten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (vgl. HUNDENBORN 2007a, S. 155 ff.).

3. Lernerfolgsüberprüfungen

3.1 Messen und Beurteilen von Prüfungsleistungen

MIETZEL (2007) bezeichnet die Beurteilung von Lernfortschritten am Ende einer Unterrichtseinheit als Teil pädagogischer Diagnostik. Diese Begrifflichkeit beinhaltet neben dem Evaluationsaspekt auch die Analyse der Lernvoraussetzungen der Schüler, die kontinuierliche kritische Betrachtung des Erfolges des Lernprozesses und der Angemessenheit von Lernzielen sowie die Reflexion des Unterrichtes. Grundsätzlich besteht die pädagogische Diagnostik aus den Elementen des Messens und Bewertens. Zielobjekt der Messung sind Merkmale eines Menschen (im engen Sinne hier des Lernenden) hier in Bezug gesetzt auf den Grad der vorhandenen Ausprägung (vgl. MIETZEL 2007, S. 417 ff.). Nach WILD und KRAPP (2006) kann die pädagogisch-psychologische Diagnostik im Hinblick auf die Konzeption und Beurteilung von Messinstrumenten auf messtheoretische Grundlagen der allgemeinen Psychologie zurückgreifen. Nach der klassischen Testtheorie können mittels verschiedener Erhebungsmethoden zeitlich stabile Persönlichkeitsmerkmale erfasst werden. Die Erhebungsinstrumente werden stets unter Berücksichtigung der drei Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität konstruiert und bewertet (vgl. WILD, KRAPP 2006, S. 534 ff.). Wesentliches Ziel stellt nach LIENERT und RAATZ (1998) die fehlerfreie Messung einer Persönlichkeitseigenschaft und genaue Angabe des Fehleranteils der gemessenen Werte dar (vgl. LIENERT, RAATZ 1998, S. 175). In diesem Sinne erhalten die klassischen drei Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) der klassischen Testtheorie eine entscheidende Relevanz zur Beurteilung von Messinstrumenten im Rahmen der pädagogisch-psychologischen Diagnostik. Diese sind jedoch, bezogen auf die Eigenschaft, intrapersonale Veränderungen innerhalb eines Zeitraumes zu messen, nicht ausreichend. Latent-Trait-Modelle bieten hier den Vorteil, solche Messungen von Veränderungen zu

ermöglichen. Diese Modelle geben im Gegensatz zur klassischen Testtheorie vor, latente Variablen zu messen, also nicht direkt zu beobachtende Merkmale, die einen Rückschluss auf das Vorhandensein manifester Variablen erlauben (vgl. WILD, KRAPP 2006, S. 534 ff.).

Der Prozess der Bewertung erfordert die Existenz eines Bewertungsmaßstabes (Gütemaßstabes), der absolut, sozial- oder individualbezogen sein kann. Während der absolute Maßstab Messergebnisse nicht mit anderen Ergebnissen in Beziehung setzt, wird bei einem sozialbezogenen Gütemaßstab das Messergebnis zu Resultaten anderer Lernender vergleichend in Beziehung gesetzt. Der individualbezogene Bewertungsmaßstab vergleicht Ergebnisse eines Lernenden mit früheren Resultaten und erlaubt somit eine Bewertung des Lernprozesses und -fortschrittes (vgl. MIETZEL 2007, S. 417 ff.). Nach FRIEDE (2006) besteht der Prozess des Bewertens aus sechs Schritten:

- „1. Festlegen von Leistungsindikatoren,
2. Identifizieren des Leistungsindikators aus dem Verhaltensstrom des Beurteilten,
3. Zuordnen zu einer Leistungsdimension,
4. Bestimmung des Ausprägungsgrades dieser Dimension,
5. Registrieren und Speichern sowie
6. Beurteilen der Dimension hinsichtlich einer Norm“ (FRIEDE 2006, S. 335).

Grundsätzlich wird an diesem Prozess deutlich, dass im Bewertungsvorgang neben der Entscheidung für eine spezifische Bezugsnorm auch ein entsprechendes Anforderungsniveau anhand eines Einschätzungsinstrumentes formuliert wird. BECKER (2007) unterscheidet in Anlehnung an BLOOM (1972) in aufsteigendem Schwierigkeitsgrad Aufgabenstellungen, welche Kenntnis, Verständnis, Anwendung, Analyse, Synthese, Bewertung oder Problemlösen bezüglich eines Sachverhaltes thematisieren (vgl. BECKER 2007, S. 35 f.). Auch wenn an dieser Stelle das Thema Taxonomien zur Konzeption von Prüfungsaufgaben nicht vertiefend dargestellt wird, so soll festgehalten werden, dass mithilfe der hier exemplarisch genannten Taxonomien eine Einschätzung der Komplexität von Prüfungsfragen geleistet werden kann. Zur weiteren thematischen Vertiefung sei auf die Primärquellen nach BECKER (2007) und BLOOM (1972) verwiesen.

Wichtig ist nach SACHER (2001) in diesem Zusammenhang die genaue Konzeption von Punkt- und Zahlenwerten, die eine angemessene Einschätzung der Qualität einer Leistung erlauben. Hier kritisiert er die teilweise unzulässige Addition von Einzelleistungen, die aufgrund von Unterschieden in der Qualität der Leistung nicht zu addieren sind (vgl. SACHER 2001, S. 159). Jedoch betont FRIEDE (2006), dass mit der Anzahl diagnostischer Gütekriterien proportional der Korrektur- und Bewertungsaufwand der Lehrenden steigt (vgl. FRIEDE 2006, S. 335).

Infolge dieser Betrachtung müssen Lernerfolgsüberprüfungen im schulischen Kontext als statistische Messverfahren verstanden werden, die in Form von Hypothesen Persönlichkeitsmerkmale, Leistungsdispositionen oder vorhandene Kompetenzen von Schülern erfassen sollen. Nach diesem Verständnis muss sowohl der Prozess des Messens als auch des Bewertens unter Berücksichtigung statistischer Regeln und gezielter Kriterien erfolgen. Des Weiteren sind bei der Wahl der geeigneten Bezugsnorm bzw. Kombination verschiedener Bezugsnormen stets die spezifische Fragestellung und das Erkenntnisinteresse einer Prüfung zu beachten.

3.2 Kompetenzmessung als aktuelle Aufgabe von Lernerfolgsüberprüfungen in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege

Entsprechend § 3 des KRANKENPFLEGESES (2007) sollen mittels der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege alle für berufliche Aufgaben erforderlichen Fach-, Sozial-, Personal- wie Methodenkompetenzen vermittelt werden. Implizit wird in der AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG DER KRANKENPFLEGE (2007) die Überprüfung von beruflicher Handlungskompetenz als Aufgabe von den Abschlussprüfungen gefordert. Im mündlichen Teil der Abschlussprüfung haben die Lernenden gemäß § 17 anwendungsbereite berufliche Kompetenzen nachzuweisen. Kurz zusammengefasst sind bei der Messung von Kompetenz folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Kompetenz bezeichnet nach CHOMSKY (1970) eine tiefere Fähigkeit des Menschen, die erst in einer konkreten Handlung (hier Performanz genannt) wie beispielsweise dem Gebrauch von Sprache manifest und beobachtbar wird (vgl. CHOMSKY 1970, S. 3 ff.).
- Kompetenz bezeichnet die Summe der Fähigkeiten eines Menschen, die ein situativ angemessenes Handeln begründen und ermöglichen (vgl. REETZ 2006, S. 305).
- Diese Handlungsfähigkeit kann individuell wie sozial sein und bezieht sich auf berufliche, gesellschaftliche und private Situationen (vgl. KMK 2007, S. 10).
- Kompetenzen sind „Dispositionen selbstorganisierten Handelns“ (ERPENBECK, VON ROSENSTIEL 2007, S. XIX), die zu einem kreativen Umgang mit sich stetig verändernden beruflichen Situationen befähigen (vgl. ebd.).
- Kompetenzen weisen einen Subjektbezug auf, da sie auf das handelnde Subjekt ausgerichtet sind (vgl. ebd., S. XIX).
- Der Kompetenzbegriff ist als theorie relativ anzusehen, da er nur im Rahmen eines zugeordneten theoretischen Konstruktes Bedeutung besitzt (vgl. ebd., S. XVII ff.).
- Kompetenz wird als abstrakter Begriff in Teilkompetenzen oder Klassen zum Beispiel nach PÄTZOLD (2006), KMK (2007) oder ERPENBECK und VON ROSENSTIEL (2007) differenziert, die sich jedoch interdependent bedingen (vgl. PÄTZOLD 2006, S. 74).

- In der pflegewissenschaftlichen Literatur propagiert BENNER (1995) in Anlehnung an DREYFUS und BENNER (1986), dass sich pflegerische Kompetenz in Stufen entwickelt. Hier identifiziert BENNER (1995) auf der Basis eines qualitativen Forschungsdesigns pflegerische Kompetenzen (vgl. BENNER 1995, S. 34 ff.).
- RAVEN (2006) betrachtet pflegerische Handlungskompetenz als Ergebnis der interdependenten Symbiose von Theorieverstehen im Sinne wissenschaftlicher Kompetenz und Fallverstehen im Sinne hermeneutisch-lebenspraktischer Kompetenz (vgl. RAVEN 2006, S. 22 f.).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das komplexe Konstrukt Kompetenz nicht direkt beobachtbar, sondern nur berufliche Performanz Rückschlüsse auf das Vorhandensein von Kompetenz zulässt, folglich die Messung von Kompetenz einen Rekonstruktionsprozess darstellt (vgl. ebd., S. 24). Somit werden in Lernerfolgsüberprüfungen Indikatoren beruflicher Handlungskompetenz gemessen. Der angesprochene Rekonstruktionsprozess bedingt, dass die Anbahnung von Kompetenz eine Orientierung der Lernprozesse am Ergebnis des Lernprozesses (Outcome) erfordert (vgl. GNAHS 2007, S. 17). ERPENBECK und VON ROSENSTIEL (2007) weisen darauf hin, dass für das Messen beruflicher Handlungskompetenz aus diesem Grund unterschiedliche Testarten und Forschungsdesigns Anwendung finden. Dieses Faktum begründen sie mit der Problematik der Einschätzung des menschlichen Subjektes „als vermittelndes Glied zwischen wissensbasierter Kompetenz und praxisgestützter Performanz“ (ERPENBECK, VON ROSENSTIEL 2007, S. XVIII) und fordern den Einsatz sowohl quantitativer wie qualitativer Verfahren zur Messung von Kompetenz. Hier betonen sie die Methode der Beobachtung von Kompetenz, die sowohl als objektives Messinstrument als auch als subjektives Assessmentinstrument nutzbar ist. Grundsätzlich sehen sie jedes Instrument der Erfassung von Kompetenz als kontextuell abhängig von einem spezifischen Verständnis von Kompetenz und vom zugeordneten Kompetenztyp. Diese Perspektive beeinflusst wesentlich den Fokus auf spezifische Klassen der Kompetenz und die Auswahl entsprechender Messinstrumente. KAUFHOLD (2007) betont, dass auch die jeweilige berufstypische Situation bedingt, welche Kompetenzen für die erfolgreiche Problemlösung erforderlich sind. Somit sind in berufstypischen Situationen lediglich Indikatoren spezifischer Kompetenzen nachweisbar. Da sich berufliche Handlungskompetenz zudem über einen längeren Zeitraum entwickelt, erfolgt die Erfassung zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Situationen. An sich dient die Erfassung von Kompetenz sowohl funktional der Lernerfolgsüberprüfung curricularer Inhalte als auch als Reflexionsinstrument und somit als Mittel einer Rückmeldung aktueller Kompetenz (vgl. KAUFHOLD 2007, S. 15). Aufgrund des Anspruches jeglicher Messinstrumente zur Messung beruflicher Handlungskompetenz, Kompetenzdimensionen messbar

und somit beurteilbar zu machen, müssen Indikatoren der Kompetenz und der entsprechenden Kompetenzdimensionen operationalisiert werden.

Hier greifen die Regeln der empirischen Sozialforschung, die mittels statistischer Berechnungen Zusammenhänge verschiedener Zahlenwerte und Ausprägungen operationalisierter Indikatoren sichtbar machen kann. Somit sind in diesem Zusammenhang auch die Gütekriterien der Objektivität, der Reliabilität und Validität von entscheidender Relevanz (vgl. GNAHS 2007, S. 53 ff.). RICHTER (2002) leitet in seiner Entwicklung von Gütekriterien einer Lernhandlung, ausgehend von den beschreibenden Adjektiven der einzelnen Teilkompetenzen nach KMK (2000), Indikatoren für das Vorhandensein entsprechender Teilkompetenzen ab, die er empirisch überprüft. Als Indikatoren identifiziert er Zielgerichtetheit, Selbstbezug, Gegenstandsbezug, Selbstständigkeit und soziale Eingebundenheit. Das Vorliegen dieser Indikatoren in einer konkreten beruflichen Handlung lässt einen Rückschluss auf vorhandene berufliche Handlungskompetenz zu (vgl. RICHTER 2002, S. 88 ff.). Aufgrund des aktuellen Mangels spezifischer Indikatoren für pflegerische Handlungskompetenz nutzen BONSE-ROHMANN et al. (2008) bei der Entwicklung kompetenzorientierter Prüfungsinstrumente die genannten Indikatoren einer Lernhandlung nach RICHTER (2002). Hier schränken die Autoren jedoch ein, dass diese Entscheidung aus pragmatischen Gründen und mit teilweiser Modifikation der Indikatoren nach RICHTER (2002) erfolgte (vgl. BONSE-ROHMANN et al. 2008, S. 16 f.).

4. Fall

4.1 Fallgewinnung und Fallkonstruktion

Fälle können sowohl aus der Realität übernommen und gegebenenfalls, je nach Falltypus beispielweise, nach didaktischen Zielsetzungen überarbeitet werden wie auch fiktiv konstruiert werden. Nach PANTUCEK (2004) sind konstruierte Fälle als statisch anzusehen, da sie in der Regel die didaktischen Zielsetzungen der Lehrkraft spiegeln und nicht die Mehrdeutigkeit eines realen Falles erreichen. Hier wird die kritische Analyse des realen Quellenmaterials verhindert. Somit stellen Fälle „so etwas wie umgepolte Fallbeispiele“ (PANTUCEK 2004, S. 4) dar, die Wissensinhalte verdeutlichen sollen (vgl. ebd., S. 4 ff.). KAISER (1983) formuliert zusammenfassend: „Wie erfolgreich sich die Arbeit mit Fallstudien gestaltet, ist daher wesentlich davon abhängig, wie gut die Fallschilderung geschrieben ist“ (ebd., S. 22).

Nach REETZ (1988) sind folgende Kriterien bei der Konstruktion eines Falles zu beachten:

1. situative Repräsentation – entspricht Forderung der Wirklichkeitsnähe nach KAISER (1983),

2. wissenschaftliche Repräsentation – Exemplarik eines Falles für einen wissenschaftlichen Zusammenhang oder eine wissenschaftliche Systematik,
3. subjektive Bedeutsamkeit – der Lernende kann sich mit der dargestellten Alltags- oder Berufssituation identifizieren,
4. Fasslichkeit – der Fall ist für die Lernenden in der Schwierigkeit überschaubar (vgl. REETZ 1988, S. 149 ff.).

Nach HUNDENBORN (2007a) soll ein Fall in Anlehnung an KELLER und NOVAK (2000) sowohl Aussagen beinhalten, die auf alle gleichartigen Situationen transferierbar und somit regelhaft sind (nomothetische Aussagen), als auch Aussagen enthalten, die auf die individuelle Biografie und persönlichen Einstellungen der Fallbeteiligten verweisen (idiografische Aussagen). Die Berücksichtigung dieser Aussagentypen erleichtert die Erkenntnis und Entwicklung individueller Lösungsansätze durch die Lernenden und verhindert die Bildung von stereotypen Lösungsmustern und Situationsdeutungen durch die Lernenden (vgl. HUNDENBORN 2007a, S. 58). Das Problem des angemessenen Schwierigkeitsgrades spielt in Bezug auf Lernerfolgsüberprüfungen eine besondere Rolle, speziell wenn berufliche Handlungskompetenz operationalisiert und überprüft werden soll. MAUFETTE-LEENDERS, ERSKINE und LEENDERS (2001) bestimmen die Schwierigkeit eines Falles anhand von drei Dimensionen. Die analytische Dimension dient der Bestimmung, wie viele Schritte eines Prozesses der Problemlösung und Entscheidung durch die Lernenden zu leisten sind. Müssen die Schüler beispielsweise nur zu Lösungsprozessen und Entscheidungen Stellung nehmen, ist der Schwierigkeitsgrad der Aufgabenstellung als verhältnismäßig einfach anzusehen. Somit korreliert die Komplexität der Aufgabe mit der Anzahl an Bearbeitungsschritten. Die theoretisch-konzeptionelle Dimension dient der Einschätzung, wie viele theoretische Wissensinhalte erforderlich sind und angewendet werden müssen, um den Fall zu lösen. Somit korreliert die Komplexität der Aufgabe mit der Anzahl der hinzuzuziehenden theoretischen Wissensinhalte. Die darstellende Dimension beurteilt, inwiefern die Lernenden aufgrund der sprachlichen Gestaltung des Falles relevante und irrelevante Informationen im Sinne einer Informationsselektion identifizieren müssen. Somit steigt die Schwierigkeit einer Aufgabenstellung mit der Anzahl irrelevanter Informationen. Alle drei Dimensionen werden mit Punktwerten à drei Punkten beurteilt, wobei ein Punkt niedrige Komplexität und drei Punkte entsprechend hohe Komplexität bedeutet. Die genannten Autoren visualisieren diese drei Dimensionen dreidimensional im „Case Difficulty Cube“ (vgl. MAUFETTE-LEENDERS, ERSKINE, LEENDERS 2001, S. 16 ff.).

Nach BELZ (2001) besteht der eigentliche Prozess der Konstruktion einer Fallstudie aus sechs Phasen:

Abbildung 1: **Konstruktionsprozess einer Fallstudie (vgl. BELZ 2001, S. 8)**



Die Betrachtung dieses Prozesses erfordert einige Voraussetzungen. Zum einen können durch frontalen Unterricht vermittelte Lerninhalte (beispielsweise in Form einer Vorlesung) als Voraussetzung von Fallstudien gelten, die im nächsten Schritt der Anwendung der vermittelten Inhalte dienen. Folglich werden die Fallstudien konform zu den vermittelten Inhalten eingesetzt. Zum anderen dienen Fälle am Anfang eines Unterrichtsprozesses als Möglichkeit, dass Lernende selbstständig berufstypische Situationen erarbeiten und erschließen, die der folgende Unterricht vertieft (vgl. BELZ 2001, S. 8 ff.). HUNDENBORN (2007a) sieht hier die methodische Erschließung von Unterrichtsinhalten mittels Deduktion bzw. Induktion konzeptionell umgesetzt (vgl. HUNDENBORN 2007a, S. 196). Fälle werden in diesem Prozess direkt aus der beruflichen Realität und somit in direkter Kommunikation mit Beteiligten von konkreten Fällen gewonnen. Somit kontaktiert der Lehrende Unternehmen, z. B. Pflegestationen, Krankenhäuser oder ambulante Pflegedienste, die berufstypische Fälle aufweisen, um diese zu dokumentieren. Nach qualitativen Methoden der Interviewführung und -auswertung zeichnet er Gespräche mit Betroffenen eines Falles bereits in der zweiten Phase auf. Da Fälle durch kontinuierliche Prozesshaftigkeit charakterisiert sind, legt der Entwickler der Fallstudie den Beginn der Fallstudie und somit eine methodische Entscheidung für eine Fallvariante fest, bevor das zur Verfügung stehende Interviewmaterial im nächsten Schritt durch vertiefende Recherchen mit Zusatzinformationen angereichert wird. Im Anschluss an die Entscheidung für eine Fallvariante ist in Anlehnung an MAUFETTE-LEENDERS, ERSKINE und LEENDERS (2001) ein vorläufiger Fallstudienplan zu erstellen, der eine kurze zusammenfassende Einleitung der Fallstudie, Lernziele des Falles sowie eine Fallstudienstruktur in Form von Kapiteln oder Überschriften beinhaltet. Weiterhin sind erforderliche Daten für die Fallbearbeitung festzulegen und ein Zeitplan für die Konstruktion des Falles zu erstellen. Der eigentliche schriftliche Fall sollte nach BELZ (2001) auf eine komplette

Darstellung der Entscheidungssituation, auf innere Geschlossenheit und logischen Aufbau, auf Klarheit, auf kurze und prägnante Darstellung sowie formales Einhalten von zeitlichen Formen und Rechtschreibung überprüft werden. Der Prozess endet nach BELZ (2001) mit dem Veröffentlichen des Falles (vgl. BELZ 2001, S. 7 ff.). Grundsätzlich bietet der vorgestellte Prozess nach BELZ (2001) eine konstruktive Möglichkeit der gezielten Anleitung zur Konstruktion von Fällen, wobei die zuvor genannten Aspekte der Fallgewinnung und -konstruktion nach den genannten Primärquellen zu berücksichtigen sind.

4.2 Fallorientierte Lernerfolgsüberprüfungen

Wie bereits deutlich wurde, stehen Lernerfolgsüberprüfungen in interdependenter Beziehung zum vorangegangenen Lernprozess. Da mehrere Fachdidaktiken der Pflege (vgl. HUNDENBORN, KNIGGE-DEMAL 1999; WITTNEBEN 1994 und 2003; SCHWARZ-GOVAERS 2003) die Bedeutung von Pflegesituationen sowohl als wesentliches Element der Unterrichtskonzeption und -planung (vgl. HUNDENBORN, KNIGGE-DEMAL 1999) als auch als Gegenstand von Lehr- und Lernprozessen (vgl. WITTNEBEN 1994 und 2003; SCHWARZ-GOVAERS 2003) verstehen, bietet die Verwendung von fallorientierten Unterrichtsmethoden eine angemessene Möglichkeit, diesen fachdidaktischen Fokus in den Unterricht und dessen Überprüfung des Lernerfolges zu übertragen. Die Verwendung von Fällen in Lernerfolgsüberprüfungen in der Pflege erfordert die Entwicklung eines Rasters, um den Lernerfolg der Lernenden und somit angebaute Kompetenzen im Sinne der Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zu messen. Hier empfiehlt HUNDENBORN (2007a) eine Indikatorenentwicklung für den Nachweis von Kompetenzen, die – wie Kapitel 3.2 verdeutlicht – nur indirekt über Handlungen der Lernenden nachweisbar sind, die sich an dem Operationalisierungsprozess nach RICHTER (2002a) orientieren (vgl. HUNDENBORN 2007a, S. 148 f.). Mithilfe dieses Prozesses in sieben Schritten werden ausgehend von der Definition der Handlungskompetenz und deren Teilkompetenzen nach KMK (2007) aus beschreibenden Adjektiven und Schlüsselbegriffen der Teilkompetenzen jeweils Gütekriterien einer Lernhandlung definiert, die diese beschreibenden Elemente zusammenfassend beinhalten. Im nächsten Schritt werden aus den Gütekriterien zu beobachtende Verhaltensindikatoren sowie positive und negative Ausprägungen definiert. Am Ende entsteht eine „verhaltensverankerte Einstufungsskala“ (RICHTER 2002a, S. 15), die in Form einer Ordinalskala entwickelte Verhaltensindikatoren in Abstufungen beurteilbar macht (vgl. ebd., S. 12 ff.).

Hier betont HUNDENBORN (2007a), dass in schriftlichen Fallbearbeitungen formal die Überprüfung von Fachkompetenz nach KMK (2007) und ERPENBECK und VON ROSENSTIEL (2007) am ehesten gelingt, während sprachliche/semantische Ausprägungen

gen des schriftlichen Ausdrucks eines Lernenden Rückschluss auf sozial-kommunikative Kompetenzen nach ERPENBECK und VON ROSENSTIEL (2007) erlauben können. Die methodische Kompetenz sieht HUNDENBORN (2007a) konform zur KMK (2007) und ERPENBECK und VON ROSENSTIEL (2007) als Voraussetzung aller Kompetenzdimensionen bzw. Teil der Fachkompetenz (vgl. HUNDENBORN 2007a, S. 159 f.).

Ein weiteres Problem hinsichtlich schriftlicher Lernerfolgsüberprüfungen mithilfe unterschiedlicher Falltypen oder -varianten stellen nach HUNDENBORN (2007a) angemessene Aufgabenstellungen dar. Aufgabenstellungen in schriftlichen Lernerfolgsüberprüfungen, wenn sie sich an Fällen orientieren, beziehen sich auf den konkret dargestellten Fall und entsprechen den allgemeinen Anforderungen an die gewählte Fallvariante. Eine geeignete Aufgabenstellung wäre beispielsweise, die Lernenden Probleme des Falles benennen, analysieren, in Problembereichen kategorisieren und darstellen zu lassen (vgl. HUNDENBORN 2007a, S. 159). Folglich müssen die Aufgabenstellungen Performanz, hier in verschriftlichter Form, im Sinne einer kompetenzorientierten Prüfungsleistung zulassen, um einen Rückschluss auf vorhandene Kompetenz ermöglichen zu können. Der gleiche Anspruch gilt für die Beurteilung der Kompetenz der Lernenden im Sinne aussagekräftiger Indikatoren, Bewertungskategorien und Kriterien (vgl. KERNGRUPPE CURRICULUM 2006, S. 133). Nach HUNDENBORN (2007a) können auch Fälle im Sinne der Fallarbeit, also Fälle, die aus der direkten beruflichen Erfahrung der Lernenden resultieren, Gegenstand von Prüfungen bilden. Hier resultieren nach KAISER und KÜNZEL (1996) und STEINER (1998) die Beurteilungsschritte aus den einzelnen Schritten der Fallanalyse, des Nutzens von Bezügen theoretischen Wissens und des Transfers des Wissens auf die erlebte Situation sowie der Entwicklung und Darstellung von Interpretationsvarianten des Falles. Als vertiefende Literatur sei an dieser Stelle auf HUNDENBORN (2007a, S. 184 ff.) verwiesen.

5. Kriterienraster zur Analyse fallorientierter Lernerfolgsüberprüfungen

Auf der Basis einer eingängigen Betrachtung von Fällen und fallorientierten Lernerfolgsüberprüfungen entwickelt HUNDENBORN (2007a) einen Leitfragenkatalog, der die Konzeption fallorientierter Prüfungen nach folgenden sechs Bereichen, die nochmals in Unterfragen aufgegliedert werden, analysiert und beurteilt:

1. Fall (z. B.: Klare Erzählstruktur? Aufforderungscharakter gewährleistet?)
2. Aufgabenstellung an den Fall (z. B.: Aufgabenstellung vorhanden? Erwartungen an den Prüfling eindeutig formuliert?)
3. Zusammenhang zwischen Fall und Aufgabenstellung (z. B.: Sinnvoller Bezug der Aufgabenstellung zum Fall gegeben? Aufgabenstellung konform zur Fallvariante?)

4. Zusammenhang zwischen Aufgabenstellung und Erwartungshorizont (z. B.: Erwartungshorizont vorhanden? Erwartungshorizont konform zur Aufgabenstellung?)
5. Zusammenhang zwischen Prüfungsaufgabe und curricularen Vorgaben (z. B.: Aufgabe übereinstimmend mit curricularen Vorgaben? Werden ausgewiesene Kompetenzen gemessen?)
6. Beurteilung der Prüfungsaufgaben (z. B.: Kriterien oder Indikatoren zur Beurteilung von Kompetenz vorhanden und ausreichend operationalisiert?) (vgl. ebd., S. 181 f.).

Diese verkürzte Darstellung des Leitfragenkatalogs verdeutlicht bereits, dass dieser Katalog eine konstruktive Grundlage der Analyse von fallorientierten Prüfungsinstrumenten bilden kann. Für die eingehende Analyse von Prüfungsinstrumenten bildet der Leitfragenkatalog nach HUNDENBORN (2007a) eine Grundlage, jedoch soll das Analyseraster auf der Basis der Betrachtungen in Kapitel 2 und 3 um drei wesentliche Fragestellungen erweitert werden.

1. Fragen zum Begriff „Kompetenz“
 - a) Wie wird Kompetenz in dem betreffenden schriftlichen Prüfungsinstrument definiert?
 - b) Welche Teilkompetenzen/Kompetenzklassen oder -dimensionen werden unterschieden?
2. Fragen zur Operationalisierung von Kompetenz
 - a) Werden Indikatoren, die Rückschluss auf vorhandene Kompetenz erlauben, ausgewiesen?
 - b) Welche Form der Operationalisierung von Kompetenzklassen wurde gewählt?
 - c) Ergeben sich Einschränkungen auf die Messung einzelner Kompetenzdimensionen durch die singuläre schriftliche Überprüfung?
3. Fragen zum Zusammenhang des Prüfungsinstrumentes und der Unterrichtsmethodik
 - a) Welche Unterrichtsmethoden oder Lehr- und Lernarrangements werden im Vorfeld der Prüfung angewendet?
 - b) Welche Vorbereitung zur Prüfung wird empfohlen und ausgewiesen?

6. Diskussion

Wie die eingehende Betrachtung fallorientierter Lernerfolgsüberprüfungen aufzeigt, stellen die Konzeption von Lernerfolgsüberprüfungen und der Nachweis von Indikatoren beruflicher Handlungskompetenz ein komplexes Aufgabengebiet für Lehrkräfte in beruflichen Schulen der Pflegeberufe und der beruflichen Bildung im All-

gemeinen dar. Vergleichbar komplex gestaltet sich der Einsatz von fallorientierten Lehr- und Lernarrangements in schriftlichen Prüfungen.

Die klassische Prüfungssituation, in der Unterrichtsinhalte in unterschiedlichen methodischen Varianten überprüft werden, ändert sich durch die Orientierung am Konstrukt der beruflichen Handlungskompetenz deutlich und gewinnt an Komplexität. Gegenstand der Prüfung sind statt direkt fassbarer Inhalte nicht direkt wahrnehmbare konstitutive Persönlichkeitsmerkmale einer Person.

Wie die Betrachtung von Kompetenzmessung als aktuelle Aufgabe von Lernerfolgsüberprüfungen in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege verdeutlicht hat, stellt die Diagnostik und das Messen von Kompetenz eine herausfordernde Aufgabe dar, die im Sinne von Lehrprozessen wie den Lehr- und Lernarrangements der Fallorientierung hohe Anforderungen an die Lernenden stellt. Bei Weitem wird der Anspruch des Abfragens oder im besseren Fall Anwendens von Wissen von klassischen Prüfungen übertroffen. Gleichsam erfordern die regelgeleitete und genaue Operationalisierung von beruflicher Handlungskompetenz sowie der Transfer dieser Indikatoren auf ein fallorientiertes Prüfungsinstrument, das wiederum eigene Regeln der Konstruktion beinhaltet, von den betroffenen Lehrkräften ein hohes Maß an Grundwissen über diese Prüfungsformen und auch Kreativität. Kreativität insofern, als dass sich Lehrende im Rahmen der Abschlussprüfungen der Pflegeberufe in einem stetigen Prozess der Abstimmung – speziell im Fall der Abschlussprüfungen – befinden und hier mittels eines Konsenses im Unterricht erreichte Outcomes im Sinne von Teilkompetenzen in einem einzigen Fall thematisiert werden. Diese hohen Anforderungen an Lehrkräfte sind als Grenze des hochkomplexen Arrangements der Fallorientierung wie Kompetenzmessung im schulischen Alltag zu betrachten, wenn keine wissenschaftliche Begleitung in Form von Workshops oder Fortbildungen erfolgt. Eine weitere Einschränkung stellt der Abstimmungsprozess der Lehrkräfte an sich dar. Da dieser Abstimmungsprozess über ein einheitliches Kompetenzverständnis sowie ein Fallverständnis entweder auf einzelne Schulen und deren Lehrerkollegium oder im Falle von normierenden Richtlinien auf Schulen eines Bundeslandes fakultativ begrenzt bleibt, ist die Vergleichbarkeit der Prüfungen als eingeschränkt zu betrachten, da mit einem unterschiedlichen Kompetenz- wie Fallverständnis unterschiedliche Faktoren in Prüfungen thematisiert und geprüft werden. Hier wäre ein Konsens zumindest im Bereich der Kompetenz, wie er aktuell auf europäischer Ebene durch die Europäische Kommission Bildung und Kultur formuliert wird (vgl. EUROPÄISCHE KOMMISSION BILDUNG UND KULTUR 2008, S. 11), auf breiter wissenschaftlicher Ebene wünschenswert.

Geht man davon aus, dass die Arbeit mit Fällen nur eine von mehreren Grundorientierungen der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege darstellt, ist infrage zu stellen, ob eine vollständige fallorientierte Ausrichtung von Prüfungsin-

strumenten zum Nachweis von Indikatoren beruflicher Handlungskompetenz sinnvoll ist. Konform zu RAVEN (2006) wäre dies jedoch zumindest in einem größeren Umfang zu fordern, wenn davon ausgegangen wird, dass Fallverständnis ein wesentliches Element pflegerischer Handlungskompetenz darstellt, die Gegenstand der Messung ist. Ein entsprechendes Fallverständnis wäre durch den Einsatz fallorientierter Prüfungsinstrumente gewährleistet. Der Vorteil dieser Prüfungsform ist in der Multiperspektivität von Fällen zu sehen, die mittels der Betrachtung mehrerer konstitutiver Merkmale einer Pflegesituation mehrere thematische Einheiten und deren Outcomes in einer Prüfung thematisieren. Insofern ist die plakative Aussage nach MAUFETTE-LEENDERS, ERSKINE und LEENDERS (2001) nachvollziehbar, die dem Leser ihres Buches suggerieren: „The goal of this book is to help you maximize your learning with cases within a reasonable amount of time.“ (MAUFETTE-LEENDERS, ERSKINE, LEENDERS 2001, S. 138). Diese unterstreicht den Vorteil der Fallorientierung, der in besonderem Maße in den schriftlichen Abschlussprüfungen der Pflegeberufe aufgrund der engen zeitlichen wie thematischen Normierung gemäß KrPflAPrV (2003) zum Tragen kommt. Ein Problem der freien Fallbearbeitung stellt jedoch auch die denkbare Situation dar, dass Lernende in dem Prüfungsfall fachlich richtige Aspekte herausarbeiten, die nicht im Lösungsschema berücksichtigt wurden. Hier sind entsprechend offene Erwartungshorizonte erforderlich, um eine solche Situation zu berücksichtigen. Eine weitere Möglichkeit stellt die Formulierung von fallbezogenen Fragen dar, die ohne Kenntnis des Falles nicht zu beantworten sind und stets eine Transferleistung verlangen.

Andere Prüfungsinstrumente zeigen jedoch, wie beispielsweise die Fülle an Prüfungsinstrumenten und -formen im Projekt Lern- und Leistungskontrollen nach BONSE-ROHMANN et al. (2008), dass zur Überprüfung beruflicher Handlungskompetenz mehrere Prüfungsinstrumente, unabhängig von einer strikten Fallorientierung im Ausbildungsprozess sowie modifiziert fakultativ, in der Abschlussprüfung der Gesundheits- und Krankenpflege möglich sind.

7. Ausblick

Fallorientierte Prüfungen sowie die Messung beruflicher Handlungskompetenz stellen eine komplexe Herausforderung sowohl in der wissenschaftlichen Betrachtung als auch in der Planung und Durchführung in der Unterrichtspraxis der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege dar. Die Planung wie auch die Evaluation fallorientierter Prüfungsinstrumente, die den Nachweis von Indikatoren beruflicher Handlungskompetenz erreichen sollen, erfordern differenzierte Planungs- wie Analyseinstrumente. Das in dieser Arbeit entwickelte Analyseraster wurde im Rahmen der Diplomarbeit des Autors (vgl. BACH 2008) zur exemplarischen Analyse von vier Prüfungsinstrumenten genutzt. Grundsätzlich sollte die Zielsetzung jedoch darin

bestehen, gängige fallorientierte Prüfungsinstrumente in der Unterrichtspraxis an Schulen der Pflegeberufe zu erheben und mithilfe des hier vorgestellten Rasters zu analysieren.

Literaturverzeichnis

- AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR DIE BERUFE IN DER KRANKENPFLEGE (KrPflAPrV) vom 10. November 2003. In: BGBl. Teil I 2003 S. 2263, zuletzt geändert durch Art. 35 vom 2. Dezember 2007. In: BGBl. Teil I 2007 S. 2263.
- BACH, Tobias (2008): Lernerfolgsüberprüfungen in der Pflege. Ein Beitrag zur Erfassung beruflicher Handlungskompetenz. Diplomarbeit, Fachhochschule Bielefeld. Bielefeld.
- BECKER, Georg E. (2007): Unterricht auswerten und beurteilen. Handlungsorientierte Didaktik. Teil III. Weinheim und Basel.
- BELZ, Frank-Martin (2001): Entwicklung von Fallstudien für die Lehre. In: EULER, Dieter; METZGER, Christoph (Hrsg.): Hochschuldidaktische Schriften. Band 2. St. Gallen.
- BENNER, Patricia (1995): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern u. a.
- BLOOM, Benjamin Samuel u. a. (1972): Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. Weinheim.
- BONSE-ROHMANN, Mathias; HÜNTELMANN, Ines; NAUERETH, Annette (2008): Kompetenzorientiert prüfen. Lern- und Leistungsüberprüfungen in der Pflegeausbildung. München und Jena.
- CHOMSKY, Noam (1970): Aspects of the Theory of Syntax. Massachusetts.
- DREYFUS, Hubert L.; DREYFUS, Stuart E. (1986): Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer. Oxford.
- ERPENBECK, John; VON ROSENSTIEL, Lutz (2007): Einführung. 1. Kompetenzbegriff und Kompetenzverständnis. In: ERPENBECK, John; VON ROSENSTIEL, Lutz (Hrsg.): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart, S. XVII-XLVI.
- EUROPÄISCHE KOMMISSION BILDUNG UND KULTUR (2008): Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Luxemburg. URL: http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/eqf08_de.pdf (Stand: 15. Mai 2008).
- FRIEDE, Christian (2006): Lernerfolgskontrolle. In: KAISER, Franz-Josef; PÄTZOLD, Günther (Hrsg.): Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn, S. 347–350.
- GESETZ ÜBER DIE BERUFE IN DER KRANKENPFLEGE (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. September 2003. In: BGBl. Teil I 2003 S. 1442, zuletzt geändert durch Art. 34 vom 2. Dezember 2007. In: BGBl. Teil I 2007 S. 1442.
- GNAHS, Dieter (2007): Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente. In: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung: Studientexte für Erwachsenenbildung. Bielefeld.
- HUNDENBORN, Gertrud (2007): Kompetenzorientierte Prüfungen in den Pflegeausbildungen. In: PADUA – Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 2 (2007) 5, S. 6–11.
- HUNDENBORN, Gertrud (2007a): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München und Jena.

- HUNDENBORN, Gertrud; KNIGGE-DEMAL, Barbara (1999): Teil 5 des Zwischenberichtes. In: MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.): Dokumentation von Arbeitsauftrag und Zwischenbericht der Landeskommission zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Düsseldorf.
- KADE, Sylvia (1990): Handlungshermeneutik. Bad Heilbrunn.
- KAISER, Franz-Josef (1983): Grundlagen der Fallstudiendidaktik – Historische Entwicklung – Theoretische Grundlagen – Unterrichtliche Praxis. In: KAISER, Franz-Josef (Hrsg.): Die Fallstudie. Forschen und Lernen. Bad Heilbrunn, S. 9–34.
- KAISER, Franz-Josef (1985): Fallstudie. In: OTTO, Gunter; SCHULZ, Wolfgang (Hrsg.): Methoden und Medien der Erziehung und des Unterrichts. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft. Band 4. Stuttgart, S. 440–444.
- KAISER, Franz-Josef (2006): Fallstudie. In: KAISER, Franz-Josef; PÄTZOLD, Günther (Hrsg.): Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn, S. 247–249.
- KAISER, Hansruedi; KÜNZEL, Manfred (1996): Fallstudie als Instrument zur Weiterentwicklung von Theorie und Praxis. In: Abteilung Berufsbildung SRK Wabern: Hefte Bereich Berufsbildung. Heft 6, Wabern.
- KAUFHOLD, Marisa (2007): Kompetenzerfassung in der Berufsbildung. Ein Analyseraster. In: Berufsbildung: Zeitschrift für Praxis und Theorie in Betrieb und Schule, 61 (2007), Heft 103/104, S. 14–17.
- KELLER, Josef A.; NOVAK, Felix (2000): Kleines Pädagogisches Wörterbuch. Freiburg.
- KERNGRUPPE CURRICULUM (2006): Integrative Pflegeausbildung. Das Stuttgarter Modell. Pflegeberuflicher und pädagogischer Begründungsrahmen. Braunschweig.
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (2000): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit den Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Bonn. URL: <http://www.gso-koeln.de/infos/kalender/handreich.pdf> (Stand: 19. Mai 2008).
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (2007): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit den Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Bonn. URL: <http://www.kmk.org/doc/publ/handreich.pdf> (Stand: 7. Mai 2008).
- LIENERT, Gustav A.; RAATZ, Ulrich (1998): Testaufbau und Testanalyse. Weinheim.
- MAUFETTE-LEENDERS, Louise A.; ERSKINE, James A.; LEENDERS, Michel R. (2001): Learning with cases. London und Ontario.
- MIETZEL, Gerd (2007): Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens. Göttingen u. a.
- PÄTZOLD, Günther (2006): Berufliche Handlungskompetenz. In: KAISER, Franz-Josef; PÄTZOLD, Günther (Hrsg.): Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn, S. 72–74.
- PANTUCEK, Peter (2004): Was ist der Fall? URL: http://www.telesozial.net/cms/uploads/media/Was_ist_der_Fall.pdf (Stand: 7. Juli 2008).

- RAVEN, Uwe (2006): Pflegerische Handlungskompetenz – Konsequenzen einer Begriffsklärung. In: *PrINTERNet*, Ausgabe 1, S. 22–27.
- REETZ, Lothar (1988): Fälle und Fallstudien im Wirtschaftslehre-Unterricht. In: *Wirtschaft und Erziehung*, 40 (1988) 10, S. 148–156.
- REETZ, Lothar (2006): Kompetenz. In: KAISER, Franz-Josef; PÄTZOLD, Günther (Hrsg.): *Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik*. Bad Heilbrunn, S. 305–307.
- REISSE, Wilfried (2006): Prüfungs- und Berechtigungswesen. In: KAISER, Franz-Josef; PÄTZOLD, Günther (Hrsg.): *Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik*. Bad Heilbrunn, S. 415–418.
- RICHTER, Helmut (2002): *Lernerfolgsüberprüfungen im handlungsorientierten Unterricht in der Berufsschule*. Norderstedt.
- RICHTER, Helmut (2002a): *Lernerfolgsüberprüfung im Lernfeldkonzept*. SELUBA. Steigerung der Effizienz neuer Lernkonzepte und Unterrichtsmethoden. In: Landesinstitut für Schule: *Werkstattbericht*. Heft 3, Soest.
- SACHER, Werner (2001): *Leistungen entwickeln, überprüfen und beurteilen*. Bad Heilbrunn.
- SCHIEWIOR-POPP, Susanne (2005): *Lernsituationen planen und gestalten*. Stuttgart und New York.
- SCHNEIDER, Kordula (2006): Von der Falldefinition zur Fallbearbeitung. In: *Unterricht Pflege*, 11 (2006) 5, S. 2–11.
- SCHWARZ-GOVAERS, R. (2003): *Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell*. Bern.
- STAEHLE, Wolfgang H. (1974): Zur Anwendung der Fallmethode in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. In: PILZ, Roland (Hrsg.): *Entscheidungsorientierte Unterrichtsgestaltung in der Wirtschaftslehre*. Paderborn, S. 116–120.
- STEINER, Edmund (1998): Fallstudien zu real erlebten und vorkonstruierten Situationen. Begriffsklärungen und Vorschläge zur Umsetzung am Beispiel der Walliser Schule für Gesundheits- und Krankenpflege. In: Abteilung Berufsbildung SRK Wabern (Hrsg.): *Script Nr. 17*, Wabern.
- STEINER, Edmund (2004): *Erkenntnisentwicklung durch Arbeiten am Fall. Ein Beitrag zur Theorie Fallbezogenen Lehrens und Lernens in Professionsausbildungen mit besonderer Berücksichtigung des Semiotischen Pragmatismus von Charles Sanders Peirce*. Erschmatt. URL: <http://www.dissertationen.unizh.ch/2005/steiner/diss.pdf> (Stand 26. Juni 2008).
- WILD, Klaus-Peter; KRAPP, Andreas (2006): Pädagogisch-psychologische Diagnostik. In: KRAPP, Andreas; WEIDEMANN, Bernd (Hrsg.): *Pädagogische Psychologie*. Weinheim und Basel, S. 525–574.
- WITTEBEN, Karin (1994): *Pflegedidaktik als Integrationswissenschaft*. In: SCHWARZ-GOVAERS, Renate (Hrsg.): *Standortbestimmung Pflegedidaktik. Referate zum 1. Internationalen Kongress zur Didaktik in der Pflege*. Aarau, S. 23–35.
- WITTEBEN, Karin (2003): *Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfelddidaktik*. Frankfurt am Main.

Kapitel 4

Konzepte zur beruflichen Fortbildung

Jörg Nahrwold

Der Beitrag beruflicher Fortbildung zur Entwicklung einer innerbetrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Die Beschäftigten aller Berufsgruppen in deutschen Krankenhäusern erleben erhebliche physische und psychische Belastungen durch Zeitdruck, eine Verkürzung der Verweildauer der Patienten, die Budgetierung des Gesundheitswesens und daraus resultierende Arbeitsprozesse und Arbeitsplatzorganisationen, die z. T. gesundheitsabträgliche Auswirkungen haben. Dadurch ergeben sich als Folge eine Stressproblematik und überproportional ansteigende Arbeitsunfähigkeitszeiten. Der folgende Beitrag stellt die betriebliche Gesundheitsförderung als Managementaufgabe dar. Es gilt, den Beschäftigten Copingstrategien im Sinne von Handlungsstrategien zu vermitteln und damit gleichzeitig eine Persönlichkeitsentwicklung zu fördern. In einem ersten Schritt stellt der Beitrag Grundlagen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Voraussetzungen für dessen Implementierung im Krankenhaus vor und beschreibt anschließend, welchen Beitrag eine innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt „Stress und Stressmanagement“ leisten kann und ob sich für den Betrieb eine positive Kosten-Nutzen-Rechnung ergibt.

1. Einleitung und Ausgangslage

Krankenhäuser spielen eine bedeutende Rolle bei der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Personal und Gerätschaften müssen in Krankenhäusern 24 Stunden am Tag verfügbar sein. Das unterscheidet betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern von industriellen Projekten, sodass die jeweiligen Besonderheiten nicht unverändert übertragen werden können. Hier ist besonders die Interdependenz zwischen den verschiedenen Arbeitszeitregelungen und dem Arbeitszeitgesetz (ArbZG) anzuführen. Darüber hinaus wirken politische, ökonomische und demografische Bedingungen auf das Krankenhaus ein (vgl. BÜSSING 2000; HASSELBORN 2005). Die Budgetierung der Krankenhäuser durch den Gesetzgeber und die immer kürzeren Verweildauer der Patienten seit Einführung der Finanzierung durch die Diagnosis Related Groups (DRGs) im Jahr 2005 belasten die Einrichtungen des Gesundheitswesens immer mehr und führen nach den Ergebnissen des Fehlzeitenreports von 2004 zu einer „inneren Kündigung“, zu einer kurzen Verweildauer im Beruf bei Pflegekräften und zu zunehmendem Stress (EUROPÄISCHE UNION 2002). Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen verzeichneten im Jahr 2003 überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte

Fehlzeiten. Dies ergab eine bundesweite Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Dargestellt sind diese Zahlen im Fehlzeiten-Report 2004 (vgl. BADURA, SCHELLSCHMIDT, VETTER 2005). Gesundheitsförderung hat daher für ein Dienstleistungsunternehmen, wie etwa ein Krankenhaus, dessen wichtigste Ressource das Personal ist, eine hohe Bedeutung. Von der Beratungs- und Anleitungskompetenz in Fragen der Gesundheitsprävention, die nach dem Krankenpflegegesetz (vgl. BUNDESTAG 2003a; 2003b) von 2003 den Pflegenden in der Ausbildung zu vermitteln ist, könnten nicht nur die Patienten und deren Angehörige, sondern auch die Pflegenden selbst und andere Berufsgruppen im Krankenhaus profitieren.

Seit dem Ende der 1980er-Jahren ist die innerbetriebliche Gesundheitsförderung (im Weiteren „betriebliche Gesundheitsförderung“ genannt) durch von den Krankenkassen getragene Prävention zu einem wichtigen Thema geworden. Im Bereich von Dienstleistungsbetrieben existieren diese Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung jedoch kaum (vgl. DEMMER 1995). In diesem Artikel soll nun die „betriebliche Gesundheitsförderung“ als eine Möglichkeit zur Kostensenkung beschrieben werden. Dabei wird angenommen, dass durch eine effektive betriebliche Gesundheitsförderung Fehlzeiten reduziert und zugleich die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten erhöht werden kann. Die Kernfrage lautet daher: Welchen Beitrag kann die berufliche Fortbildung zur Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung leisten?

Die Arbeitsbedingungen und die daraus resultierenden Belastungen des Krankenhauspersonals stellen wichtige Ansatzpunkte dar, um Konzeptideen für bestimmte Themenbereiche im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln. Dazu soll am Beispiel von Stress, der das Resultat von psychischen Belastungen durch immer größer werdende Arbeitsverdichtung darstellt und in den letzten Jahren überproportional angewachsen ist, die Vorstellung eines Entwurfes für ein Fortbildungsseminar zum Erlernen und Erleben von theoretischen Grundlagen, Methoden der Stressanalyse und geeigneten Bewältigungsstrategien erfolgen. Als Vermittler entsprechender Kompetenzen im personalen, fachlichen, methodischen und sozial-kommunikativen Bereich des beruflichen Umfeldes wird die innerbetriebliche Fort- und Weiterbildungsabteilung in diesem Abschnitt in den Mittelpunkt gerückt.

2. Innerbetriebliche Fortbildung als Instrument der Gesundheitsförderung

Für Arbeitgeber und Führungskräfte haben Gesundheit und Gesundheitsförderung vordergründig oft keine große Priorität. Bei intensiverer Betrachtung lassen sich die betriebswirtschaftlichen Unternehmensziele jedoch in vielfältiger Hinsicht mit den Zielen der Gesundheitsförderung verbinden. So empfiehlt sich für den Betrieb ein Interesse an ungestörter Arbeitszeit, einem möglichst niedrigen Krankenstand, an

hoher Produktivität und Qualität, an kontinuierlicher Beschäftigung qualifizierter Mitarbeiter und einem positiven Image auf Personalbeschaffungsmärkten und bei den Kunden – hier den Patienten –, letztlich also auch ein Interesse an gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung im Betrieb (vgl. DEMMER 1995, S. 12 ff.).

Eine unternehmerische Kernfrage ist auch bei dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung die nach der Kosten-Nutzen-Rechnung. Im Jahre 1999 entstanden in deutschen Betrieben Kosten in Höhe von 44 Milliarden Euro durch krankheitsbedingte Fehlzeiten (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2006). Im Gegensatz zum messbaren Verlust durch Krankheit wird der Gewinn durch Gesundheit in der Regel aber nur über die hypothetisch gesparten Kosten transparent werden. Laut Untersuchungen von DUPONT refinanziert sich jeder in die Gesundheitsförderung investierte Dollar mit einem Gewinn von 1,42 Dollar durch die Reduzierung des Krankenstandes. Der immaterielle Gewinn, der sich durch eine höhere Identifikation mit dem Betrieb und einer höheren Arbeitsmotivation auszeichnet, findet betriebswirtschaftlich allerdings keinen unmittelbar messbaren Niederschlag. Gerade in Zeiten einer hohen finanziellen Belastung für die Unternehmen, der hohen Arbeitslosigkeit und damit verhältnismäßig leichter Rekrutierbarkeit – d. h. auch Austauschbarkeit – von Mitarbeitern droht das Ziel eines gesunden Unternehmens häufig aufgegeben zu werden (vgl. BAMBERG, DUCKI, METZ 1998, S. 25 ff.). Durch entsprechende Inhalte und Methoden, die während der Fortbildungsmaßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden, können soziale, methodische, fachliche und personale Kompetenzen entwickelt und gefördert werden. Für den Teilaspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutet dies, die Mitarbeiter durch systematische Angebote der innerbetrieblichen Fortbildungsabteilung und/oder externe Dozenten in die Lage zu versetzen, einen möglichst hohen Grad von Selbstverantwortung und Kompetenz zu erlangen, um entsprechende Verhaltensweisen bzw. auch Copingstrategien in ihrer Freizeit und im Betrieb umzusetzen (vgl. PICADO, UNKELBACH 2001, S. 15 ff.).

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage gingen in den letzten Jahren in Deutschland mit 26,3% auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurück. Seit 1996 ist der Anteil der psychischen Erkrankungen von 7,5 bis 2009 auf 10,2% überproportional angestiegen. Sie verursachen inzwischen nach den Muskel- und Skeletterkrankungen und den Atemwegserkrankungen die meisten Fehltage (vgl. BADURA, SCHELLSCHMIDT, VETTER 2004). Die psychische Beanspruchung bei Berufen im Krankenhauswesen kann nach einer Studie der Technischen Universität München in drei Defizitzustände, die Ermüdung, die Monotonie und die Sättigung, unterschieden werden. Ermüdung kann man als eine reversible Leistungsminderung auffassen, die zu Beginn durch eine kompensatorische Anspannungssteigerung, dann durch das Erleben von Anstrengung, Mühen sowie Konzentrationsverlust gekennzeichnet ist. Monotonie ist dagegen schon ein Zustand mit herabgesetzter Aktivität, einhergehend mit Interesselosigkeit, Lange-

weile, Müdigkeit und Leistungsminderung. Sättigung stellt schließlich einen Zustand gesteigerter Gereiztheit, unlustbetonter Spannung und Widerwillen gegenüber der Fortführung der Arbeit dar. Die Sättigung entsteht durch die fehlende Sinnhaftigkeit der Arbeitsaufgabe. Sie kann in den täglichen Arbeitspausen nicht mehr abgebaut werden. Psychische Ressourcen, die eine Voraussetzung zur Bewältigung von Beanspruchungen bilden (wie Konzentration, Aufmerksamkeit und Ausgeglichenheit), werden nicht mehr regeneriert (vgl. BÜSSING 2000, S. 81 f.). Auf der Grundlage der zuvor beschriebenen Indikatoren (erhöhte emotionale Erschöpfung und erhöhte Depersonalisation) hat BÜSSING in einer Studie über die Burn-out-Symptomatik bei Pflegenden bereits festgestellt, dass 24,2 % der Befragten in einem beginnenden oder fortgeschrittenen Stadium von Burn-out waren (vgl. BÜSSING 1999, S. 57 ff.).

2.1 Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung

Ziel der Gesundheitsförderung ist die Bewahrung von Gesundheit und die Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotenzialen. In diesem Sinne reicht Gesundheitsförderung über den Begriff der Prävention hinaus. Dies gilt auch insofern, als Gesundheitsförderung den Kompetenzbegriff und die Veränderung der Lebensbedingungen mit einschließt, also möglichst weitgehende Selbstbestimmung in einem günstigen sozialen Umfeld (vgl. HURRELMANN, LAASER 2003, S. 395).

Unter einem gesundheitsfördernden Krankenhaus versteht man ein vielschichtiges Konzept, mit dem die Gesundheit der Patienten und der Mitarbeiter gefördert werden soll. Versteht man das Krankenhaus als Gesundheitszentrum, dann soll hier unter Berücksichtigung des salutogenetischen Ansatzes nach ANTONOWSKY die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden (vgl. BAUGUT 1999, S. 92 ff.). Neben dem o. g. Hauptziel werden aber auch eine Kostensenkung, eine Erhöhung der Mitarbeitermotivation und eine Erhöhung der Flexibilität und Kreativität der Mitarbeiter erwartet (vgl. BADURA 1999, S. 34). Darüber hinaus ist zudem noch der integrative Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung als Bestandteil modernen Managements zu betrachten. Alles, was nach innen oder außen über eine Organisation berichtet wird, hat positiven oder negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Beschäftigten. Der Umgang der Führungskräfte mit den Mitarbeitern, also u. a. die Art der Kommunikation, formt die Unternehmenskultur. Hier können sich Werte und Traditionen entwickeln. Erfolge und Misserfolge beeinflussen das Denken, Handeln und Fühlen des Personals sowie das Image des Betriebes. Im Gegensatz zu den bisher häufig angewendeten Prinzipien der hierarchischen Teilung von Arbeitsabläufen und Organisationsgestaltung entstand und entsteht oft eine Kultur des Misstrauens. Verstärkt durch mangelhafte Mitwirkungsmöglichkeiten der Beschäftigten entsteht ein innovationsfeindliches und gesundheitsschädigendes Klima. Daher sollte es Auf-

gabe des Managements zukünftig sein, aus den Unternehmen ein sich selbst steuerndes System zu schaffen, das auf die aktive Beteiligung seiner Mitarbeiter setzt und deren Expertenwissen nutzt (vgl. BADURA 1999, S. 21 ff.).

Betriebliche Gesundheitsförderung ist, wie sie zuvor dargestellt wurde, eine besondere Form der Organisationsentwicklung. Versteht man darunter, wie eben beschrieben, eine Managementaufgabe, so bedeutet dies, dass nicht ausschließlich eine Abteilung bzw. ein zentraler Verantwortungsbereich dafür verantwortlich sein kann (vgl. MEIFERT, KESTING 2004, S. 27 ff.; KUHN, SOMMER 2004, S. 3 ff.).

2.2 Installierung und Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung

In größeren Betrieben ist es sinnvoll, eine Projektgruppe mit der konkreten Ablaufplanung zu betrauen, die dann einer Lenkungsgruppe, der neben Vertretern der Projektgruppe auch Führungspersonal angehört, berichtet und sich auf diese Weise eine direkte Rückversicherung über ihre Arbeit bei Vertretern der Unternehmensführung einholen kann (vgl. MOTIO 2006; BAMBERG 1998, S. 129 ff.).

Um die Gesundheitslage im Unternehmen festzustellen, bedarf es der Instrumente der „betrieblichen Gesundheitserstattung“. Kleinere Betriebe werden diese Erhebungen eher branchenbezogen gemeinsam durchführen lassen. In großen Einrichtungen und speziell in Krankenhäusern sind aber Möglichkeiten gegeben, durch bestimmte Abteilungen betriebspezifische Daten zu erheben. Gerade Mitarbeiterbefragungen sind ein wichtiges Instrument der Ist-Analyse. Die Unternehmensführung erhält die Informationen über die allgemeine Zufriedenheit der Mitarbeiter, über Stärken und Schwächen einzelner Abteilungen sowie über die Bekanntheit, Akzeptanz und Umsetzung von Unternehmens- und Führungsgrundsätzen. Mitarbeiterbefragungen ermöglichen also, sowohl dem Bedürfnis nach Partizipation entgegenzukommen als auch ungenutzte Kooperations- und Leistungspotenziale zu aktivieren. Sie sind ein wichtiger Baustein einer modernen Unternehmensführung (vgl. BKK BUNDESVERBAND 2006).

Gesundheitsförderung muss wie alle betrieblichen Aktivitäten dokumentiert und bewertet werden. Dies geschieht, um Fragen nach dem Aufwand und Ertrag, nach Wirksamkeit und Nutzen im Hinblick auf die gesundheitlichen und betrieblichen Ziele zu stellen. Denn aus ökonomischer Sicht geht es um beides: um den gesundheitlichen Nutzen und den damit verbundenen betriebswirtschaftlichen Vorteil. Deswegen ist es bereits in der Planungsphase wichtig, Indikatoren auszuwählen, anhand derer man im Verlauf das Maß von erwünschten und unerwünschten Ergebnissen beobachten kann (vgl. BADURA 1999, S. 15 ff.; DEMMER 1995, S. 19 ff.).

Diese Faktoren lassen sich anhand von Routineerhebungen und Untersuchungen (hauptsächlich objektive Parameter) sowie wiederholter Befragungen (hauptsächlich subjektive Parameter) erheben und bilden bei der Ist-Analyse die Grundlage für ggf.

auch signifikante Veränderungen. Die Bilanzierung von Aufwand und Ertrag erbringt dann den Nettoeffekt, der sich monetär, teilweise rein qualitativ als unternehmerischer und/oder gesundheitlicher Nutzen (oder Verlust) ausdrücken lässt (vgl. MEIFERT, KESTING 2004, S. 27 ff.; BAMBERG, 1998, S. 119 ff.).

2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung als Aufgabe der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung – und der Beschäftigten

Organisationsdiagnose, Leitbilder und Zirkelarbeit tragen dazu bei, dass der Bedarf an Fort- und Weiterbildung bei den Beschäftigten erkannt wird. Dabei ist es Aufgabe der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung, bei den Beschäftigten die Entwicklung einer beruflichen Handlungskompetenz zu fördern. Über die allgemeine Frage hinaus, wie sich ein Mensch entwickelt, muss bei der Personalentwicklung gefragt werden, wer dies mit welchen Mitteln tut.

Die Personalentwicklung muss den jeweiligen individuellen Entwicklungsstand berücksichtigen, an dem die Vorgesetzten und Beschäftigten „abgeholt“ werden müssen. Insgesamt können vier große Bereiche der Personalentwicklung differenziert werden: die generelle, die kulturbildende, die situative Personalentwicklung und der individuelle Potenzialaufbau (vgl. MENTZEL 2008). Die im Folgenden fokussierte Thematik „Stress und Stressmanagement“ ist in der situativen Personalentwicklung einzuordnen. In diesem Bereich wird fast ausschließlich nachfrageorientiert gearbeitet. Das Ziel ist die Verbesserung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit im Team und Steigerung der Arbeitszufriedenheit. Die Personalentwicklung steht hier in engem Zusammenhang mit der Organisationsentwicklung, da das Ergebnis eine Re- oder gar Neuorganisation von Arbeitsabläufen mit sich bringen kann (vgl. PICADO, UNKELBACH 2001, S. 197 ff.). Welchen Beitrag die Fort- und Weiterbildung konkret zur Arbeitszufriedenheit durch die Vermittlung von Stressmanagementmethoden leisten kann, soll konkret im folgenden Kapitel dargestellt werden.

3. Konzeptentwicklung eines Seminars im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zum Thema „Stress und Stressbewältigung“

In diesem Kapitel soll die Konzeptentwicklung einer gesundheitsfördernden Weiterbildungsmaßnahme beispielhaft bei psychischen Störungen zum Thema Stress vorgestellt werden. Dazu wird zunächst ein Grundwissen über Stress allgemein, die Bedeutung von Stress im Beruf, Stressanalyse und Bewältigungsstrategien beschrieben.

3.1 Wie lässt sich Stress definieren?

Unter Stress wird laut COFER und APPELY (1964) der Zustand eines Organismus verstanden, der dann eintritt, wenn das Individuum erkannt hat, dass sein Wohlbefinden oder seine Integrität in Gefahr ist und dass es alle verfügbare Energie zu seinem Selbstschutz und seiner Selbstverteidigung aufwenden muss (vgl. DEUTSCHES MEDIZIN-NETZ 1998–2004). Bereits in den 1960er-Jahren wurde von LAZARUS ein kognitives Stressmodell entwickelt, das Stress aus einer anderen Perspektive beschreibt. Stress wird nicht als bloße Reaktion auf situative Einflüsse gesehen. Vielmehr versteht LAZARUS unter Stress einen transaktionalen Prozess, der einsetzt, wenn externe oder interne Anforderungen bzw. beide zusammen von einer Person die Bewältigung einer bestimmten Situation verlangen (vgl. LAZARUS in HILL-RICE 2005). Der Prozess ist durch Wechselwirkungen zwischen den gestellten Anforderungen und dem Verhalten der Person gekennzeichnet. Das heißt, dass die Person in der Lage ist, durch ihr Verhalten die Anforderungen aktiv zu beeinflussen (vgl. HARTIG 2004). Stress wird dann erlebt, wenn die Anforderungen einer Situation die Ressourcen des Betroffenen belasten oder übersteigen und damit eine Art von Schädigung oder Verlust verbunden wird. LAZARUS differenzierte in diesem Kontext auch die Begriffe Eustress (positiver Stress) und Distress (negativer Stress). Eustress ist eine Herausforderung, deren Bewältigung der Betroffene als relativ sicher voraussetzt. Eustress geht meist mit dem Gefühl einer angenehmen Aufregung und positiver Erwartung einher. Distress geht dagegen meist mit einem konkreten Misserfolgs-erlebnis einher. Daraus ergibt sich für die Zukunft in gleichen Situationen wieder ein Distress. Kommt es häufig zu solchen Bewertungen im Arbeitsalltag, lebt man unter Dauerstress (vgl. SCHMIDT 2004). Ob Stress ausgelöst wird und ob es einer Bewältigung (Coping) bedarf, ist das Ergebnis von Bewertungsprozessen (vgl. MEIFERT, KESTING 2004).

3.2 Stress – Bedeutung für Gesundheit, Verhalten und Persönlichkeit

Neben körperlichen können sich auch verhaltensbezogene Stressreaktionen entwickeln. Meist werden diese Veränderungen durch Außenstehende eher bemerkt als durch die Betroffenen selber. Oft werden Tätigkeiten wie Essen und Pausen nur unter hohem Zeitdruck verrichtet. Andere Personen betäuben sich regelrecht durch Alkohol, Rauchen, Schmerz- und Aufputzmittel bzw. spielen unverhältnismäßig lange am Computer (vgl. SCHMIDT 2004). Die Frage, ob es eine Disposition dafür gibt, leichter als andere Menschen unter Stress zu leiden, lässt sich zumindest tendenziell beantworten: Aufgrund des Erlebens, nicht um seiner selbst willen, sondern wegen seiner Leistungen geliebt zu werden, entwickelt sich ein überhöhtes Ichideal. Ein

hierdurch gesteigerter Ehrgeiz mit einer Ausprägung zum Perfektionismus kann zu überhöhten Einsätzen führen, die letztlich in Selbstschädigung enden. Meist handelt es sich um Personen, die eher defensiv mit Stress umgehen. Auch überhöhte Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit wie auch die mangelnde Fähigkeit, sich abgrenzen zu können, stellen eine ständige Überforderung dar. Dies gilt besonders für Angehörige aus Helferberufen. Das Erlernen von Bewältigungsstrategien kann die Betroffenen vor Stress und Burn-out schützen (vgl. SCHMIDT 2004). In dem Bestreben, nur noch die Gefühle des Patienten zu erspüren, gibt es gerade für Angehörige der Helferberufe scheinbar keine eigenen Bedürfnisse mehr. Eine besonders hohe Einfühlungsfähigkeit birgt die Gefahr, sich in anderen zu verlieren. Diese ständige Überforderungssituation kann letztendlich zu einem psychischen Zusammenbruch führen. So ist denn neben theoretischen, praktischen Kenntnissen und der Empathiefähigkeit auch eine realistische Selbsteinschätzung als Grundvoraussetzung für alle sozialen und dienstleistenden Berufe anzusehen (vgl. KLITZING 1995; SCHMIDT-BAUER 2005).

Nach dem transaktionalen Stresskonzept von LAZARUS hängt die Bewertung, ob ein Merkmal der Arbeitstätigkeit als positiv oder negativ belastend einzustufen ist, von der individuellen Bewertung der Arbeitenden ab. Hierauf bezogen wird die quantitative Arbeitsmenge im Sinne des Demand-Control-Support-Modells (DCS-Modells) eher als Anforderung gesehen (vgl. HASSELBORN 2005). Es handelt sich hierbei um ein Modell aus der Arbeitsstressforschung. Nach dem DCS-Modell entstehen berufliche Belastungen laut der NEXT-Studie als Ergebnis eines Zusammenspiels dreier Dimensionen in der Arbeitswelt: der psychischen Belastung (Quantität), der Entscheidungsautorität (Rollenkonflikte) und der unterstützenden Interaktion bei der Arbeit durch Kollegen und Vorgesetzte. Nach dem DCS-Modell entsteht die höchste Belastung bei Beschäftigten, deren Arbeitsumfeld hohe Belastungen, einen geringen Entscheidungsspielraum und eine niedrige soziale Unterstützung aufweist. Dieser Zustand wird als „job strain“ bezeichnet. Verschiedene Studien von LANDSBERGIS (1988) und DE JONGE et al. (1996) haben unter Anwendung des DCS-Modells bei der Pflegearbeit ergeben, dass „job strain“ bei Pflegenden und Ärzten zu Depressionen, geringer Arbeitszufriedenheit und einigen Aspekten des Burn-out führt.

BADURA beschreibt, dass nach OESTERREICH, LEITNER und RESCH psychische Anforderungen solche Merkmale der Tätigkeit sind, die sich auf einem relativ hohen Niveau abspielen, wie z. B. Lernprozesse und/oder Persönlichkeitsentwicklung. Psychische Belastungen dagegen sind Faktoren der Arbeitswelt, die eine Erreichung von Arbeitszielen erschweren oder die psychische Regulation der Arbeitenden überfordern. Gerade in der Pflegearbeit, der ärztlichen Tätigkeit und bei den anderen medizinischen Assistenzberufen sind vernetztes Denken, Verantwortung und Qualifikationserfordernisse relativ hoch ausgeprägt, hingegen fällt die Anforderung, eige-

ne Entscheidungs- oder Problemlösungsprozesse zu initiieren, eher gering aus (vgl. BADURA, SCHELLSCHMIDT, VETTER 2005).

Persönlichkeitsentwicklung ist daher nicht mit der Pubertät abgeschlossen, sondern schreitet auch im Erwachsenenalter ständig weiter voran. Gerade aus diesem Grund ist die Unterstützung von Beschäftigten durch die Kollegen und Vorgesetzten wichtig, damit sie eine Persönlichkeit entwickeln, die zu einer effektiven Stressbewältigung in der Lage ist, und umso länger in den medizinischen und sozialen Berufen arbeiten können (vgl. SCHMIDT 2004).

Auf die Beschäftigten wirken im Sinne von entwicklungspsychologischen Faktoren Einflussgrößen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene ein. Diese Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Ebenen sind in der ökologischen Entwicklungstheorie von BRONFENBRENNER als verschachtelte Systeme genauer dargestellt. Die Entwicklungskontexte zwischen den einzelnen Systemen verdeutlichen die aktive Beteiligung des Individuums (Mikroebene) und zwischenmenschliche Beziehungen u. a. in der Arbeitswelt (Mesoebene) bis hin zum gesamten kulturellen Rahmen (Makroebene), welche wiederum das Individuum beeinflussen. Nach BRONFENBRENNER verläuft aufgrund der o. g. reziproken Wirkung zwischen den Systemen entlang eines Chronosystems (Zeitachse) die persönliche Entwicklung einer Person ab (vgl. FLAMMER 1996). Im Einklang dazu werden laut der sozial-kognitiven Lerntheorie von BANDURA Menschen jedoch nicht einfach von inneren Kräften getrieben und sind auch nicht hilflos den Umwelteinflüssen ausgeliefert.

Im Sinne der Stresstheorie von LAZARUS hebt auch die Theorie BADURAS (1986; 1999) die kognitiven Prozesse hervor, die an dem Erwerb und der Aufrechterhaltung von Verhaltensmustern – und somit auch an der Persönlichkeit – beteiligt sind. Kernpunkt ist der reziproke Determinismus. Es handelt sich dabei um die Vorstellung, dass eine komplexe Interaktion zwischen den individuellen Faktoren, Verhaltensweisen und Umweltreizen stattfindet. Jeder dieser Parameter kann die anderen beeinflussen oder verändern. Ein zentrales Element stellt nach BADURAS Theorie die Selbstwirksamkeit (neben der Selbsteinschätzung) dar. Mit Selbstwirksamkeit wird die Überzeugung bezeichnet, in bestimmten Situationen angemessene Verhaltensresultate erzielen zu können. Die Selbstwirksamkeit beeinflusst die Wahrnehmung, die Motivation und die eigene Leistung. Darunter ist zu verstehen, dass man versucht, Situationen zu vermeiden, die man nicht bewältigen kann.

Mit „sozialer Unterstützung“ bezeichnen BECKER und HURRELMANN (1990) einen Prozess, in dessen Verlauf ein Hilfsbedürftiger Unterstützung erhält, um seinen Zustand zu verändern oder zu erleichtern. Als soziales Wesen schöpft der Mensch einen großen Anteil seines Wohlbefindens aus der Eingebundenheit in eine Gemeinschaft mit anderen Menschen. Hier erlebt er Aufmerksamkeit, Anerkennung und ein Gefühl der Zugehörigkeit. Liegt diese soziale Integration nicht vor, geht dem Indivi-

duum laut einer Studie von RESCHKE und SCHRÖDER (2000) ein bedeutender Stresspuffer verloren (vgl. BRIESKORN-ZINKE 2004).

3.3 Stressbewältigung (Coping) und Stressmanagementprogramme

Der transaktionale Ansatz von LAZARUS beschreibt die kognitive Komponente des Stressprozesses; also als ein Verhaltensmuster, das wir seit unserer Kindheit mehr oder weniger vollständig erlernt haben – denn Stress ist nicht angeboren (vgl. LAZARUS in HILL RICE 2005). Als Gegenpol von Stress kann die Freude fungieren. Freude kann die Lebensqualität und damit unsere Gesundheit fördern. Daher ist es wichtig, sich Formen der Stressbewältigung anzueignen, um seine Lebensenergie wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Stress zu erleben, ist häufig bedingt durch zwei Hauptursachen. Die Person hat sich zu viel vorgenommen, und die angestrebten Ziele sind unrealistisch. Hier gilt es, u. U. mit externer Unterstützung, mit der Stressbewältigung zu beginnen (vgl. FEDIRGOTTI 2005). Verfahren, bei denen der Betroffene nicht selber aktiv an der Stressbewältigung beteiligt ist, sind in der Regel ungeeignet, da sich die Verantwortlichkeit nach außen verlagert.

Unter Stressbewältigung sind alle Versuche zu verstehen, einen Stressor zu mildern oder zu tolerieren bzw. mit ihm so umzugehen, dass die von ihm ausgehende Belastung von dem Betroffenen beherrschbar wird. Stressbewältigung läuft zumeist automatisch als unbewusster Prozess auf zwei Ebenen ab, zum einen gefühlsmäßig (emotional) und zum anderen kopfgesteuert (kognitiv). Bewältigungsformen sind Veränderungen, von denen man sich eine Verbesserung der Stress auslösenden Situation verspricht. Möglichkeiten wären demnach, die Situation aktiv zu verändern oder seine eigene Aktion darauf einzustellen oder aber zu versuchen, die eigene Wahrnehmung bzw. Haltung so zu ändern, dass die Situation anders eingeschätzt und bewertet wird (vgl. SCHMIDTBAUER 2005).

Die erste Phase der Stressbewältigung beginnt mit einer Informationssuche, um die Aspekte herauszufiltern, die der Betroffene benötigt, um eine bestimmte Bewältigungsstrategie auszuwählen. Die Belastung wird bewusst wahrgenommen, der Stressor identifiziert und eine entsprechende Bewältigungsform ausgesucht. Manchmal kann es sich dabei um direkte Aktionen wie eine konkrete Handlung oder um eine emotionale Ausdrucksform handeln. Zuweilen kommt es zu einer Aktionshemmung. Diese äußert sich in der Unterlassung einer Handlung. Ist der Grund dafür, nachfolgenden Ärger zu vermeiden, kann sich daraus ein Dauerstress entwickeln. Gelingt es andererseits, Wut und Ärger zugunsten eines klärenden Gesprächs zu kanalisieren, kommt es zu einer positiven Bewältigung. Zur Selbstreflexion können hier entsprechende Fragebogen eingesetzt werden, in denen die Betroffenen ihre spezifischen Stressbelastungen ermitteln können, ebenso wie die darauf einsetzen-

den Reaktionen und die Ressourcen, die ihnen zur Bewältigung (als Kohärenzsinn) zur Verfügung stehen (vgl. SCHMIDT 2004). Sind die Betroffenen in der Lage, auf diese Art und Weise ihre Ressourcen aktiv auszuschöpfen, können so Stressreaktionen reduziert oder bestenfalls sogar vermieden werden. Ziel der Stressbewältigung ist es letztendlich, Stressquellen durch Selbstreflexion zu erkennen und Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit anzuwenden (vgl. KRISTEL 1998). Aus diesen Überlegungen resultiert u. a. die Entwicklung von Stressmanagementprogrammen von MEICHENBAUM und CAMERON (1983) auf verhaltenstherapeutischer Grundlage. Nach BÜSSING (1990) haben diese Kurse besonders viel Erfolg bei Gruppen, die über eine hohe Selbstbestimmung bzgl. ihres Arbeitsablaufes und über die Fähigkeit der Selbstreflexion verfügen. Bei Teilnehmern, die ihren Tätigkeitsspielraum, d. h. die Strukturen und Prozesse ihrer Arbeit, kaum beeinflussen können, sind diese Selbstmanagementprogramme oft nicht sehr effektiv (vgl. KRISTEL 1998). Dadurch wird erkennbar, dass die Ergebnisse des Copings auf der Verhaltensebene sichtbar werden. Das Coping trägt schließlich dazu bei, entweder die Seite der Probleme und Risiken stärker zu gewichten oder die persönlichen und sozialen Ressourcen zu verstärken (vgl. BRIESKORN-ZINKE 2004).

3.4 Didaktische Überlegungen

Hierzu folgen einige didaktische Überlegungen zum bildungstheoretischen Ansatz für die Planung eines Moduls zum Thema „Stressbewältigung“. In einem möglichst ganzheitlichen Sinn sollte die Fortbildung als Ziel die Anbahnung von gesundheitsfördernden Kompetenzen bei den Mitarbeitern haben, um diese in die Lage zu versetzen, eine soziale Selbstverantwortung zu entwickeln, die es ihnen ermöglicht, eine reflektierte Selbstpflege im Umgang mit den eigenen beruflichen Anforderungen und Belastungen zu betreiben (vgl. HÖRAUF 2005). Bildungstheoretisch ist im Sinne von KLAFKI (als generelle Zielsetzung der allgemeinen Bildung) die Entwicklung der Seminarteilnehmer zu ihrer Selbstbestimmungs-, Solidaritäts- und Mitbestimmungsfähigkeit zu sehen. Diese Zielsetzung soll dem Lernenden helfen, Fähigkeiten zur Reflexion und Begründung sowie Emotionalität und Handlungsfähigkeit zu entwickeln, um dann verantwortlich an gesellschaftlichen und betrieblichen Entscheidungen teilhaben zu können (vgl. GUDJONS 1980).

Mithilfe geeigneter Unterrichtsmethoden bzw. Sozialformen sollen die Inhalte der Fortbildungen für die Teilnehmer entsprechend anschaulich und fassbar vermittelt werden, damit sie einen Zugang (Zugänglichkeit) zum Thema erhalten. Dazu gehört ferner die Gliederung des Seminars in Phasen und die Auswahl der Lehr- und Arbeitsmittel. Die Teilnehmer sollen vor einem wissenschaftlich begründeten Hintergrund in die Lage versetzt werden, einen Bezug zum Thema, hier „Stress-

bewältigung“, herzustellen und sich mit didaktischer Unterstützung selbst eigene „zukunfts feste“ Kompetenzen im Umgang zu erarbeiten und neue Perspektiven zu erschließen, um sie auf die Bewältigung der Arbeitswelt besser vorzubereiten. Laut KLAFFKI ist Bildung also grundsätzlich auch der Persönlichkeitsbildung verpflichtet. Die Anbahnung von Selbst-, Mitbestimmung und Solidarität soll demnach Kompetenzen der sozialen Selbststeuerung anbahnen und die Teilnehmer befähigen, Selbstlernprozesse zu initiieren (vgl. JANK, MEYER 2005). Neben diesen grundsätzlichen didaktischen Überlegungen ist für den Bereich der Fort- und Weiterbildung zu bedenken, dass die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer in der Regel ältere Mitarbeiter und keine Auszubildenden mehr sind. Sie haben im Laufe ihres (Berufs-) Lebens schon eine Anzahl von Erkenntnissen gewonnen, auf deren Basis sie auch zu eigenen bzw. subjektiv bedeutsamen Erkenntnissen gelangt sind. Im Sinne des Konstruktivismus bestätigt dies die Subjektorientierung in der Erwachsenenbildung. Erwachsene lassen sich nicht belehren. Aber Lernen ist hingegen ein Prozess, welcher die Gelegenheit zur Selbstreflexion bietet und auf dem Vorwissen aufbaut. Lernen ist daher bei Erwachsenen auch immer Anschlusslernen. So müssen die Dozenten die erwachsenen Lernenden dort „abholen“, wo diese aufgrund ihrer Voreinstellungen stehen, und mit diesem Wissen und Verhalten in den Fortbildungen weiterarbeiten (vgl. SIEBERT 2003, S. 15 ff.).

3.5 Seminarplanung zum Thema „Stress und Stressbewältigung“

Aus der Präventionsforschung ist bekannt, dass sich eine Verhaltensänderung durch Informationen alleine nicht erreichen lässt. Deswegen ist es notwendig, ausreichende Phasen der Reflexion, Diskussion und abschließender Deutung in den Seminarverlauf einzuplanen, damit die Teilnehmer ihre Stresserfahrungen aus privaten und beruflichen Situationen in ihr individuelles Gedankenkonstrukt einordnen können (vgl. KRISTEL 1998). Um diese Aspekte im Seminar umzusetzen, fließen die Lernschritte der Transfertheorie von MESSNER in die Modulplanung ein, welche die Schritte „Motivation herstellen und Einstellungen anbahnen“, „kognitives Wissen erlangen“, „kognitive, affektive und psychomotorische Fähigkeiten anbahnen und anschließend vertiefen“, „Übungen in der Praxis zur Festigung mit anschließender Reflexion“ beinhalten (vgl. KNIGGE-DEMAL 2001).

In dem Modul wird versucht, den Teilnehmern Orientierungen im Sinne von sozialem Lernen, erfahrungsorientiertem Lernen und handlungsorientiertem Lernen anzubieten. Erst eine auf wissenschaftlicher Basis durchgeführte Evaluation der eingeführten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse unterscheidet, ob es sich um einen bloßen Aktionismus gehandelt hat oder um ein professionell durchdachtes betriebliches Gesundheitsprogramm, das wirkungsvoll über einen langen Zeitraum

gelebt werden soll. Somit können zwei für das Unternehmen wichtige Ergebnisse erstellt und ausgewertet werden: die der Mitarbeiter- und die der Patientenzufriedenheit. Für die betriebliche Fort- und Weiterbildung ist vor allen die Rückmeldung des Lernerfolges an Lehrende und Seminarteilnehmer wichtig, um eventuelle Veränderungen an den Inhalten und Methoden vorzunehmen, damit die Ziele der Fortbildungsmaßnahmen erreicht werden.

3.6 Modulübersicht

Die Modulplanung ist auf insgesamt acht Veranstaltungsstunden à 45 Minuten ausgelegt.

Zeiträumen	Inhalte	Methoden	Ziele
1. Stunde	<ul style="list-style-type: none"> Begrüßung und Einleitung Vorstellung und Abgleichen der Modulinhalte Fallbeispiel lesen „Stress im Beruf“ Arbeitsauftrag: „... zu Verständnis und vorhandenen Bewältigungskompetenzen ...“ 	<ul style="list-style-type: none"> Lehrevortrag Lehrer-Teilnehmer-Interaktion Einzelarbeit Partnerinterview 	<ul style="list-style-type: none"> Hinführung zum Thema Anbahnung von Selbst- und Mitbestimmung sowie Solidarität Abgleich von Normen und Erfahrungen Dritter und eigener Person Erkenntnis über ein eigenes Stressverständnis und evtl. Copingstrategien
2. Stunde	<ul style="list-style-type: none"> Wissen über Stress, Stress-theorien und -reaktionen erlangen 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexion (Vortrag unterbrechen, um Teilnehmern Gelegenheit zu geben, das Gelernte zu verarbeiten) 	<ul style="list-style-type: none"> Theorie-Praxis-Transfer
3. Stunde	<ul style="list-style-type: none"> Assessmentmodelle zur Stressanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> Lehrevortrag Einzelarbeit Diskussionsrunde/Sitzkreis 	<ul style="list-style-type: none"> Anbahnung von kognitiven und affektiven Fähigkeiten Ermitteln des eigenen Stresserlebens als Ausgangslage für Handlungsmuster Erfahrungsaustausch, Reflexion, Analyse
4. Stunde	<ul style="list-style-type: none"> Exemplarische Darstellung einiger Konzepte zur Stressbewältigung 	<ul style="list-style-type: none"> Lehrevortrag Skripte über die Beschreibung von Bewältigungskonzepten 	<ul style="list-style-type: none"> Wissenserweiterung inner- und außerhalb der Seminarzeit
5. und 6. Stunde	<ul style="list-style-type: none"> Vorstellung von Bewältigungsstrategien zur kurz- und längerfristigen Stressbewältigung (theoretisch und praktisch) 	<ul style="list-style-type: none"> Stationslauf Blitzlicht 	<ul style="list-style-type: none"> Vertiefung der kognitiven, affektiven und psychomotorischen Fähigkeiten Kurze Darstellung des eigenen Empfindens

Fortsetzung Tabelle

Zeitraumen	Inhalte	Methoden	Ziele
7. und 8. Stunde	<ul style="list-style-type: none"> Nachempfinden realer Situationen und Probleme aus dem Berufsalltag (2. Darstellung nach Diskussion und Korrekturvorschlägen) 	<ul style="list-style-type: none"> Rollenspiel Diskussion/Sitzkreis mit eingehender Fragestellung 	<ul style="list-style-type: none"> Beobachtung des Rollenspiels mit Analyse- und Korrekturmöglichkeit im Rahmen von Stressbewältigung Herstellung eines Theorie-Praxis-Bezugs Anbahnung selbstgesteuerter Lernprozesse Förderung der Kritikfähigkeit
Abschließend	<ul style="list-style-type: none"> Weiterführende Hinweise zum Thema 	<ul style="list-style-type: none"> Hinweise auf Flyer und Fortbildungsprogramme 	<ul style="list-style-type: none"> Weiterführende Vertiefung der erworbenen Ressourcen

4. Zusammenfassung und Ausblick

Betriebliche Gesundheitsförderung sollte alle Bestandteile und Ebenen einer Organisation einbeziehen, denn alle Anteile nehmen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten. Inzwischen ist laut KREIS und BÖDEKER (2003) unbestritten, dass sich durch betriebliche Gesundheitsförderung die Kosten im deutschen Gesundheitssystem erheblich senken lassen. Bedingt durch die gesetzlichen Rahmenstrukturen resultierte eine finanzielle Schlechterstellung mit nachfolgend massivem Personalabbau in fast allen Berufsgruppen der Akutkrankenhäuser. Besonders zwei Erkrankungen erlebten eine überproportionale Entwicklung, nämlich die Muskel-Skelett-Erkrankungen und die psychischen Erkrankungen.

Aufgrund der hohen Fehlzeiten haben sowohl die Krankenkassen als Leistungsträger als auch die Krankenhäuser als Arbeitgeber ein immer stärker werdendes Interesse, die Arbeitsfähigkeit so lange als möglich zu erhalten, die krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten zu senken und die Arbeitsorganisation in einem gesundheitsfördernden Sinn zu verändern. Entschließt sich allerdings ein Unternehmen, die betriebliche Gesundheitsförderung in seine Organisationsentwicklung einzubeziehen, bedeutet dies, dass alle Mitarbeiter und die Führungskräfte ein entsprechendes Grundverständnis bzgl. der Organisationskultur entwickeln sollen. Hieraus folgt, dass die Notwendigkeit einer partizipativen, teamorientierten Arbeitsweise von allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen anerkannt werden muss, damit die strukturellen Veränderungen, welche aus der Zirkelarbeit resultieren, die Chance auf eine effektive und effiziente Umsetzung erlangen.

Gesetzliche Vorgaben und Verordnungen verpflichten Krankenhäuser in Deutschland, ein Qualitätsmanagement einzuführen, und unterstützen somit die Bedeutung und Notwendigkeit kontinuierlicher beruflicher Fort- und Weiterbildung. Die

Finanzierungsmöglichkeiten von Fort- und Weiterbildungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind seit Einführung der DRGs in deren Entgeltsatz enthalten.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist also aus mehreren Gründen wichtig. Sie führt erstens zu Kosteneinsparungen, die sich über verringerte Fehlzeiten ergeben, und zweitens zu einer höheren Patientenzufriedenheit, die eine positive Darstellung des Krankenhauses in der Öffentlichkeit nach sich zieht. Betriebliche Gesundheitsförderung muss wie alle Unternehmensziele so operationalisiert werden, dass jedem Beschäftigten die Sinnhaftigkeit und das Verständnis dafür, was sich hinter diesen Zielen verbirgt, zugänglich sind. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Ziele als Vorgehensweise einer Führungsgruppe angesehen werden, die alles und jedes im Unternehmen vorzuschreiben versucht. Dies führt letztlich zur Demotivation der Beschäftigten und damit zur Ablehnung von gesundheitsförderlichen Konzepten. Deshalb ist es von Bedeutung, dass die Führungskräfte in der Lage sind, die übergeordneten Ziele so auf die Ebene der Aktivitäten und Funktionen aller Mitarbeiter zu transformieren, dass Zielgrößen und Leistungsparameter für jeden im Unternehmen nachvollziehbar sind.

Als Antwort auf die in der Einleitung formulierte Frage: „Welchen Beitrag kann die berufliche Fortbildung zur Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung leisten?“ und die vorausgegangenen Sachdarstellungen ergibt sich folgerichtig, dass eine innerbetriebliche Fortbildungsabteilung in Abstimmung mit dem Auftraggeber (z. B. Gesundheitszirkel, Unternehmensführung) zu einem oder mehreren ausgewählten Themen Fortbildungsmaßnahmen bzw. Seminare organisiert oder auch selber durchführt, um die Mitarbeiter und damit das Unternehmen bei der Bewältigung bestimmter Problemfelder zu unterstützen. So verschmelzen im Idealfall betriebliche Fortbildung und betriebliche Gesundheitsförderung mit der Personal-, Organisationsentwicklung und der Unternehmenspolitik zu bedeutenden strategischen Instrumenten der Unternehmensführung. Es erscheint daher sinnvoll, die betriebliche Fortbildung von Beginn an in den Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung zu integrieren, damit die Arbeitskreise bzw. Gesundheitszirkel sofort auf die spezifischen Kenntnisse der Abteilung zurückgreifen können. Das hier exemplarisch vorgestellte Thema „Stress(bewältigung)“ erfordert die personale Entwicklung von Mitarbeitern eines Unternehmens neben dem Erwerb von fachlichen, methodischen und sozial-kommunikativen Kompetenzen und damit die Weiterentwicklung der Persönlichkeit, um den sich ständig verändernden Anforderungen der Arbeitswelt gerecht zu werden. In Absprache mit der Unternehmensführung und dem Gesundheitszirkel muss ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Zielerreichung und Kosten im Sinne einer Kosten-Nutzen-Rechnung angestrebt werden. Eine formative und summative Evaluation im Sinne einer Effektivitäts- und Effizienzüberprüfung ist deswegen immer durchzuführen. Diese Tätigkeitsfelder unterstreichen insgesamt die Bedeutung einer betrieblichen Fort- und Weiterbildungsabteilung. So

wird aus dem anfänglichen Anbieter von Seminaren und Kursen ein wesentlicher Faktor der Personalentwicklung, der dem Unternehmen Krankenhaus vielleicht erfolgreich hilft, gesünder zu werden.

Literaturverzeichnis

- BADURA, Bernhard (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin.
- BADURA, Bernhard; SCHELLSCHMIDT, Henner; VETTER, Christian (Hrsg.) (2005): Fehlzeiten-Report 2004. Berlin, Heidelberg, New York.
- BAMBERG, Eva; DUCKI, Antje; METZ, Anne-Marie (1998): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- BAUGUT, Gunar (1999): Krankenhauslandschaft im Wandel Deutschland. In: PELIKAN, J.; WOLFF, S. (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim und München.
- BKK (BETRIEBSKRANKENKASSEN) BUNDESVERBAND (2006). URL: https://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/7/BKK_Fakten43f3239b14981.pdf, Auszug vom 21. November 2006, letzte Änderung unbekannt.
- BRIESKORN-ZINKE, Marianne (2004): Gesundheitsförderung in der Pflege. 2. Auflage, Stuttgart.
- BÜSSING, André (1999): Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich – Entwicklung eines Screeningverfahrens für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Krankenhaus. Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Bericht Nr. 49.
- BÜSSING, André (2000): Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege – Ergebnisse der Abschlussuntersuchung im Längsschnitt. Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Bericht Nr. 47.
- BUNDESTAG (2003a): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 15. August 2003. BGBl. 2003 Teil I Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 25. August 2003.
- BUNDESTAG (2003b): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege – vom 10. November 2003. BGBl. 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003.
- DEMMER, Hildegard (1995): Betriebliche Gesundheitsförderung – Von der Idee zur Tat. Europäische Serie zur Gesundheitsförderung, Nr. 4, WHO-Europa, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) (Hrsg.). Kopenhagen, Essen, Wuppertal.
- EUROPÄISCHE UNION (2002). URL: <http://osha.eu.int>, Auszug vom 3. März 2006, letzte Änderung unbekannt.
- FLAMMER, August (1996): Entwicklungstheorie. 2. Auflage, Bern.
- GUDJONS, Herbert; TESKE, Rita; WINKEL, Rainer (Hrsg.) (1980): Didaktische Theorien. 7. Auflage, Hamburg.
- HARTIG, Jörg (2004): Internetgestützte Online-Diagnostik stressinduzierender Belastungsfaktoren. URL: <http://www.diplom24.de>, Auszug vom 19. März 2006, letzte Änderung unbekannt.

- HASSELBORN, Hans-Martin (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Dortmund, Berlin, Dresden.
- HASSELBORN, Hans-Martin et al. (2003a): Next-Studie: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Bremerhaven.
- HILL RICE, Virginia (Hrsg.) (2005): Stress und Coping. Bern.
- HÖRAUF, Heidi (2005): Gesundheitskompetenz Stressmanagement – Ein konzeptioneller Beitrag für die berufliche Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. In: SOHR, Sven; BONSE-ROHMANN, Mathias (Hrsg.): Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gamburg, S. 66–74.
- HURRELMANN, Klaus; LAASER, Ulrich (Hrsg.) (2003): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage, Weinheim und München.
- JANK, Werner; MEYER, Hilbert (2005): Didaktische Modelle. 5. Auflage, Berlin.
- KLITZING-NAUJOKS, Waltraut von (1995): Psychische Belastungen in der Krankenpflege. Göttingen, Zürich.
- KNIGGE-DEMAL, Barbara (2001): Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In: SIEGER, M. (Hrsg.): Pflegepädagogik. Bern, S. 39–54.
- KRISTEL, Karl Heinz (1998): Gesund pflegen – Stressbewältigung und Selbstpflege. München.
- KUHN, Detlef; SOMMER, Dieter (Hrsg.) (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung. Wiesbaden.
- LAZARUS, Richard S. (2005): Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: HILL RICE, Virginia (Hrsg.): Stress und Coping. Bern.
- medizin.de – magazin. URL: <http://www.medicin.de/gesundheit/deutsch/1138.htm>, Auszug vom November 2004, letzte Änderung unbekannt.
- MEDIZINAUSKUNFT (2004). URL: <http://www.medizinauskunft.de>, Auszug vom 19. April 2006, letzte Änderung am 5. Oktober 2004.
- MEIFERT, Matthias T.; KESTING, Mathias (Hrsg.) (2004): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Berlin, Heidelberg, New York.
- MENTZEL, Wolfgang (2008): Personalentwicklung. 3. Auflage, Nördlingen.
- MOTIO Verbundgesellschaft Karlsruhe GmbH (2006). URL: <http://www.motio.de/Start/>, Auszug vom 10. Dezember 2006, letzte Änderung unbekannt.
- PICADO, Milo; UNKELBACH, Oliver (2001): Innerbetriebliche Fortbildung in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- SCHMIDT, Brinja (2004): Burnout in der Pflege. Stuttgart.
- SCHMIDTBAUER, Wolfgang (2005): Hilflöse Helfer – Über die seelische Problematik der helfenden Berufe (vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage). Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- SIEBERT, Horst (2003): Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. 4. Auflage, München.
- SOHR, Sven; BONSE-ROHMANN, Mathias (Hrsg.): Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gamburg.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2006): Mikrozensus. URL: http://www.destatis.de/themen/d/thm_mikrozen.php, Auszug vom 19. März 2006, aktualisiert am 16. Dezember 2005.

Stephanie Diendorf

Betreuung und Begleitung demenzerkrankter Menschen im Krankenhaus

Mit einer ansteigenden Lebenserwartung und einem entsprechenden Anteil Hochaltriger in unserer Gesellschaft wird auch der Anteil demenzerkrankter Menschen zunehmen. Dies stellt speziell Krankenhäuser vor große Aufgaben und Probleme. In dem hier vorliegenden Auszug einer Masterarbeit wird das Modell einer Demenzpflegestation an einem geriatrischen Zentrum für Akutbehandlung und Rehabilitation konstruiert, welche im März 2009 eröffnet wurde. Vier Modellbausteine stellen die Rahmenkonzeption dar und beinhalten konkrete Handlungsempfehlungen. Der Fokus richtet sich dabei auf die Betreuung und Begleitung demenzerkrankter Menschen im Krankenhaus.

1. Einleitung

Krankheiten verlaufen im höheren Lebensalter grundsätzlich anders als bei jungen Menschen und erfordern eine speziell ausgerichtete Behandlung und oftmals eine parallel einsetzende Rehabilitation. Wenn demenzkranke Menschen in eine Klinik eingeliefert werden, liegt in der Regel eine primäre somatische Erkrankung vor. Die Demenz als zweite Erkrankung, sofern sie überhaupt schon diagnostiziert wurde, tritt dabei häufig in den Hintergrund. Sie geht als Nebendiagnose unter, weil sich die Krankenhausbehandlungen auf die Hauptdiagnosen konzentrieren. Das hat für die Betroffenen nicht selten fatale Folgen, denn ihre Betreuung und Begleitung erfordert eine hohe Pflege- und Behandlungsexpertise (vgl. GROSSJOHANN 2007).

Aus diesem Grund sollte im Marienhospital Wattenscheid, Zentrum für geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation, eine segregative Demenzpflegestation initiiert werden, die den speziellen Bedürfnissen dieser vulnerablen Gruppe entspricht. Die Klinikleitung gab Anfang des Jahres 2008 die Konzeption der Demenzpflegestation in Auftrag. Die Modellkonzeption zur Planung, Einführung und Umsetzung des Modells erfolgte im Rahmen einer Masterarbeit, deren wissenschaftliche Begleitung durch die Fachhochschule Bielefeld gewährleistet wurde. Beim vorliegenden Auszug handelt es sich vorwiegend um die anwendungsbezogenen und konzeptionellen Inhalte der Arbeit.

2. Ausgangslage und Zielsetzung

Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft leben derzeit in Deutschland etwa eine Million demenziell erkrankter Menschen (vgl. WEYERER 2005 in www.dzger.de).

deutsche-alzheimer-gesellschaft.de). Geht man davon aus, dass sich die Prävalenz nicht deutlich verändern wird, muss mit einem jährlichen Zuwachs von mehr als 20.000 Erkrankungsfällen gerechnet werden (vgl. BICKEL 2001). Aktuelle Studien, die gezielt und ausschließlich das Vorkommen demenzieller Erkrankungen bei Patienten in Krankenhäusern untersuchen, liegen bisher – auch in der internationalen Literatur – nicht vor (KLEINA, WINGENFELD 2007, S. 4). In der überwiegenden Zahl der Fälle ist nicht die Demenz, sondern eine andere Erkrankung bzw. gesundheitliche Störung Anlass für die stationäre Behandlung. Dementsprechend richtet sich das Interesse der Krankenhausmitarbeiter ebenso wie die diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen vorrangig auf das akute Gesundheitsproblem, nicht jedoch auf die Demenz.

2.1 Ausgangslage

In den vergangenen Jahren haben Demenzerkrankungen und ihre Folgen zunehmend die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit gefunden. Berichte in den Medien greifen das Thema immer wieder auf und weisen auf vorhandene Herausforderungen für die aktuelle und zukünftige pflegerische Versorgung hin. Inzwischen gibt es durchaus zahlreiche Initiativen zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation demenzkranker Menschen. Zugleich fällt jedoch auf, dass die Krankenhausversorgung in der Diskussion um Demenz und die damit verbundenen gesellschaftlichen Herausforderungen bislang wenig thematisiert wurde. Dabei sind die spezifischen Herausforderungen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, keineswegs weniger dringlich oder von geringerer Bedeutung als in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung (WINGENFELD 2005 in KLEINA, WINGENFELD 2007, S. 1).

Im Marienhospital Wattenscheid, Zentrum für geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation, werden pro Jahr ca. 2.300 geriatrische Patienten behandelt. Davon sind ca. 14 % demenziell erkrankt und zeigen Verhaltensauffälligkeiten wie starke Unruhe, Aggression, schwere Verwirrtheit oder Weglauftendenzen. Die Betroffenen werden wegen akuter somatischer Probleme oder Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung eingewiesen. In Anbetracht der reduzierten funktionellen Reserven und kognitiven Adaptationsfähigkeit vieler geriatrischer Patienten verwundert es jedoch nicht, dass ein stationärer Aufenthalt nicht selten zur Verschlechterung der kognitiven Leistung führt, sei es durch die Grunderkrankung an sich oder im Rahmen einer bisher verborgenen, nun akut auftretenden Demenz. Ein weiteres Problem stellt die integrative Versorgung von rein somatisch erkrankten und demenziell erkrankten, verhaltensauffälligen Patienten dar, denn bei einer gemeinsamen Unterbringung mit unruhigen und verwirrten Menschen in einem

Zimmer ist für die rein somatisch Erkrankten der Genesungsprozess erschwert. Dies bedeutet für alle beteiligten Personen und das Krankenhauspersonal einen unbefriedigenden und belastenden Zustand (vgl. OSTER u. a. 2006, S. 4).

2.2 Zielsetzung

Das vorrangige Ziel für die Entwicklung einer Demenzpflegestation am Marienhospital Wattenscheid ist die qualitative Verbesserung der Versorgungsleistung auf mehreren Ebenen. Zu nennen ist die strukturelle Ebene mit angepassten Rahmenbedingungen, die Ebene der Patienten, die Ebene der Angehörigen sowie nicht zuletzt das therapeutische Team mit der angepassten personellen Ebene. Durch die konzeptionelle Planung und Steuerung auf all diesen Ebenen soll ein innovatives Versorgungsmodell entstehen, welches in der Region eine feste Therapie- und Betreuungsgröße darstellt. Die konkreten Zielsetzungen auf diesen Ebenen lauten:

- a) Für die Ebene der Rahmenbedingungen
 - Die segregative Versorgung der Menschen mit einer Demenzerkrankung schließt eine Versorgungslücke, da eine bedürfnisorientierte Betreuung mit angepasster räumlicher Struktur und abgestimmtem Tagesablauf möglich wird.
 - Durch die Versorgung der Betroffenen in einem angepassten und geschützten Bereich entsteht eine Stressreduktion bei allen beteiligten Personen.
- b) Für die Ebene der Patienten
 - Der Aufenthalt in einem geschützten Umfeld schafft Sicherheit und Geborgenheit. Die zu Betreuenden sollen sich wohlfühlen.
 - Ausgewählte und individuell abgestimmte Therapie- und Behandlungskonzepte (die neben den physiologischen Bedürfnissen auch die psychosozialen Bedürfnisse jedes Einzelnen berücksichtigen) schaffen strukturierte Tagesabläufe.
- c) Für die Ebene der Angehörigen
 - Die Angehörigen werden je nach ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen in die Betreuung und Versorgung integriert.
 - Es erfolgt Beratung zu Fragen der ambulanten Hilfe und Hilfsmittelversorgung sowie zu Angeboten der stationären Weiterbetreuung durch die Pflegekräfte und durch Mitarbeiterinnen der sogenannten „Überleitungspflege.“
 - Regelmäßige konzeptionell gesteuerte Angehörigenschulungen durch ein bereits eingeführtes Schulungskonzept der Universität Bielefeld (vgl. GRÖNING u. a. 2005) werden angeboten.

d) Für die personelle Ebene

- Wöchentliche interdisziplinäre Fallbesprechungen des pflegerischen und therapeutischen Fachpersonals dienen dem Austausch über individuelle Behandlungsziele, Probleme und sich daraus ergebende Strategien zum Umgang mit den Betroffenen.
- Alle Mitarbeiter von der Haustechnik über die Raumpflege bis zur Verwaltung, eben nicht nur der Bereich der Pflege oder Therapie, sollen konzeptionell einbezogen werden. Dies ist nötig, weil nur alle Bereiche gemeinsam ein gutes Ergebnis erzielen können.
- Systematische Schulungen, Fort- und Weiterbildungen erweitern Wissen und Handlungskompetenz und dienen der persönlichen Weiterentwicklung.

Der Fokus liegt auf der professionellen Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz. Ziel der Modellkonzeption ist es, Betreuung und Begleitung zu verbessern, ohne die Kreativität und Individualität der beteiligten Personen zu beschränken. Das heißt, dass spezielle Interventionen der individuellen Situation angepasst werden müssen. Auch dafür soll der konzeptionelle Freiraum geschaffen werden.

3. Definitionen und Paradigmen

3.1 Demenzbegriff

Demenz kommt aus dem lateinischen „Mens“, Verstand, und „de“, abnehmend. Demenz bedeutet also so viel wie „abnehmender Verstand“ oder „chronisch fortschreitender Hirnabbau mit Verlust früherer Denkfähigkeiten“ (GROND 2003, S. 13). Entsprechend der Definition nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (vgl. DILLING u. a. 1993) ist Demenz ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Diese kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Betrachtet man die gängige Fachliteratur zum Thema Demenz, wird eine völlige Dominanz einer traditionell naturwissenschaftlichen Sichtweise deutlich. Dieses „medizinische Modell“ hat als „Standardparadigma“ der Demenz erhebliche Konsequenzen (KITWOOD 1997 in STRÄSSLER, COFONE 2000, S. 10). Die Kapitel über Ursachen, Diagnostik und Krankheitsbild sind um ein Vielfaches länger und gehaltvoller als die Abschnitte über die konkrete Praxis im Umgang mit den demenziell erkrankten Menschen im Alltag. Die Krankheit, genauer gesagt der Hirnstoffwechsel, scheint im Vordergrund zu stehen. Das in den Köpfen und in der Praxis vorherrschende biomedizinische

Modell wird allerdings selten auf den eigenen Ursprung und seine Logik hinterfragt. Dies ist jedoch notwendig, da es von bestimmten gesetzten Vorannahmen ausgeht und die empirische Fundierung durchaus noch Fragen offenlässt. Es scheint, wie im weiteren Verlauf noch deutlich wird, wenig geeignet, um damit allein demenziell erkrankte Menschen umfassend zu verstehen und ihren Bedürfnissen professionell und innovativ zu begegnen. Als Kontrast steht demgegenüber das „psychosoziale Modell der Demenz“. Es soll das medizinische Modell nicht verdrängen, sondern notwendig erweitern und sinnvoll ergänzen. Es sei noch vorausgeschickt, dass Modelle nur zum besseren Verständnis in dieser konzentrierten Form formuliert werden, Modelle aber natürlich nie die gesamte Wirklichkeit abbilden (vgl. KITWOOD 1997 in STRÄSSLER, COFONE 2000, S. 10).

3.2 Patientenperspektive

Zu Beginn einer Demenz nehmen vordergründig die kognitiven Fähigkeiten ab. Die betroffene Person nimmt diese Defizite im Anfangsstadium der Krankheit wahr. Sie merkt, dass sie neue Informationen schnell vergisst, dass sie oft Gegenstände verlegt und nicht mehr finden kann, dass ihr Namen von Bekannten nicht einfallen und sie Verabredungen mit ihnen vergisst. All dies löst Gefühle der Angst aus. Angst davor, die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren, aber auch davor, dass andere die Leistungseinbußen bemerken (vgl. WOJNAR 2001, S. 39).

Nach KITWOOD können Menschen mit Demenz einzelne Erlebensbereiche mehrfach durchlaufen, denn eine Demenzerkrankung ist nicht zwangsweise eine Folge steter Verschlechterung. Er unterscheidet drei Hauptkategorien des negativen Erlebens: Den ersten Erlebensbereich bilden „Gefühle, die mit einer spezifischen Bedeutung assoziiert werden“ (z. B. Angst vor dem Verlassensein, Gefühl der Nutzlosigkeit, Wut über die Demenz). Den zweiten Bereich bilden „allgemeine Zustände“, zu denen er die Emotionen „Schrecken“, „Elend und Leid“ und „Wut“ und den Zustand der allgemeinen Verwirrtheit („Chaos“) zählt. Lediglich der dritte Erlebensbereich, den KITWOOD als „Stadien des Ausgebranntseins“ bezeichnet, ist in der Regel nicht reversibel. Diese Stadien umfassen den Zustand der Verzweiflung, der Depression, des Vegetierens, der Erschöpfung und der Apathie (vgl. KITWOOD 2000, S. 118 ff.; WÄCHTERSCHÄUSER 2002).

3.3 Angehörigenperspektive

Familienangehörige sind die wichtigsten Bezugspersonen Demenzkranker (vor allem Frauen: Töchter oder [Ehe-]Partnerinnen). Die Versorgung eines Demenzkranken kann pflegende Angehörige sehr stark belasten. In Studien zur häuslichen Pflege wurde eine wesentlich höhere Belastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken

ken festgestellt im Vergleich zu Pflegenden von Nichtdemenzkranken, wobei zwischenmenschliche Konflikte eine zentrale Rolle spielten (vgl. KRUSE 1994). Inwieweit die demenzielle Erkrankung auf den betreuenden Angehörigen belastend wirkt, ist von Fall zu Fall verschieden. Ausschlaggebend dafür ist die individuelle Belastungsverarbeitung, die im Wesentlichen von der Qualität der emotionalen Beziehung zwischen dem demenziell erkrankten Menschen und dem betreuenden Familienmitglied abhängt (vgl. BREIDERT 2000, S. 39).

3.4 Perspektive des therapeutischen Teams

Die Sorge um das Wohlergehen und Erleben der betroffenen Personen erfordert vom gesamten Team, funktionale Anliegen in eine professionelle Beziehung einzubetten. Kontakt muss vor jeder Funktion stehen. Wesentliche Eckpunkte professioneller Beziehungsgestaltung sind: Kennenlernen des Patienten durch die Bezugspflegerpersonen; Tagesgestaltung gemäß lebensgeschichtlich verankerten Abläufen durch das gesamte Team; Nutzen selbstwertwichtiger Identitätsanteile im alltäglichen pflegerisch-therapeutischen Handeln; verlässliche Präsenz; deutliche Verlangsamung im Kontakt; Parallelität und Wechselseitigkeit auf körpersprachlicher Ebene (Körperpositionen, Atmung, Tonus, Takt/Rhythmus) und Gleichzeitigkeit der Signalebenen; Ruhe und Gelassenheit im Kontakt; Freundlichkeit, Lächeln und Humor, ohne falsche Nähe zu suggerieren; einfache sprachliche Struktur; bewusster Umgang mit selbst erfahrenen Kränkungen sowie Vermeidung der Zuschreibung von Absichten. Ziel ist es, einen erfolgreichen Kontakt aufzubauen mit gemeinsamem Richtungssinn sowie wechselseitigem Aufbau gemeinsamer Aktionen (vgl. BARTHOLOMEYCZIK u. a. 2006, S. 34 f.). Verstehen steht vor jedem Machen. Verhaltensweisen, die herausfordern, haben auch Kommunikationscharakter. Es gilt für alle beteiligten Personen, eine Kultur der professionellen emotionalen Nähe herzustellen, die an der emotionalen Verbundenheit als wesentlichem Bestandteil professioneller Beziehung festhält (vgl. ebd.).

3.5 Rahmenbedingungen und Umgebungsgestaltung

Das räumlich-architektonische Milieu, die physisch-räumliche Umwelt, kann ein weiterer Faktor sein, der Auswirkungen auf das Sozialverhalten und auch auf die Aggressionen der Betroffenen ausübt. Räumlichkeiten können Demenzkranke überfordern (sich ständig verlaufen), zu Konflikten führen (Territorialkonflikte in Mehrpersonenzimmern bzw. im halböffentlichen Bereich) oder auch Angst erzeugen (z. B. Dunkelheit, Schatten). Über die Auswirkungen dieser Milieufaktoren liegen eine Reihe von Erfahrungen und Erkenntnissen vor, die in der Modellplanung Berück-

sichtigung finden sollen, denn das Milieu besitzt in seiner Vielschichtigkeit und seiner Bedeutung unmittelbar nach den pflegerischen Interaktionen einen dominanten Stellenwert bezüglich des Auftretens tätlicher Aggressionen bzw. deren Vermeidung (vgl. LIND 2003).

4. Modellentwicklung, -implementation und -evaluation

In diesem Kapitel soll das Modell der Demenzpflegestation für das Marienhospital in Wattenscheid hinsichtlich ihrer Konstruktion vorgestellt werden. Dabei wird die Zielsetzung aus Kapitel 2.2 aufgegriffen. Nachfolgend werden die konkreten Strukturen, Prozesse sowie die planerischen Konsequenzen dargestellt, die zur Erreichung der Richtungspunkte auf den einzelnen Ebenen erforderlich sind.

4.1 Modellentwicklung

Die fachwissenschaftlichen Recherchen zu den interdisziplinären Anforderungen und Rahmenbedingungen ergaben, dass die Komplexität des Projektes eine Modellkonstruktion auf mehreren Ebenen notwendig macht. Die Modellentwicklung erfolgte in Form von Bausteinen. Jeder Baustein unterliegt für sich der konzeptionellen Steuerung (siehe Abschnitt 4.2). Die konsequente Ausgestaltung der vier Bausteine soll Synergieeffekte schaffen, Richtschnur sowie vor allem ein konkretes Hilfsmittel zur Betreuung und Begleitung der demenzerkrankten Menschen für alle Mitarbeiter der Institution sein.

4.2 Modellimplementation

Jeder Baustein wird von einer Steuerungsgruppe und der wissenschaftlichen Projektleiterin strategisch gestaltet. In dieser Steuerungsgruppe sind die Experten und Verantwortlichen der Berufsgruppen zugegen, welche mit ihrer fachlichen Expertise, oder/und institutionellen Verantwortlichkeit die notwendigen Interventionsschritte in die Modellkonzeption einbringen und verstetigen. Die wissenschaftliche Projektleiterin (und zugleich Autorin des vorliegenden Textes) begleitet diese Prozesse und regelt die Zusammenführung der vier Modellbausteine.

4.2.1 Baustein A: Organisatorische Rahmenbedingungen und Umgebungsgestaltung

Wenn ein Mensch ganzheitlich wahrgenommen werden soll, kommt man nicht umhin, auch seine Umgebung ganz wahrzunehmen, sein Milieu. Dazu gehört das „zwischenmenschliche Milieu“, das von der Grundhaltung der Beteiligten und deren Kommunikation geprägt wird. Darüber hinaus ist der Bereich der Organisation entscheidend. Wie ein Tag strukturiert wird und mit welchen Schwerpunkten gearbeitet

wird, hat erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden. Ebenso gibt die Architektur (das räumliche Milieu) entscheidende Spielräume vor, in denen die therapeutisch-pflegerische Arbeit für die Betroffenen umgesetzt werden kann (vgl. STRÄSSLER, COFFONE 2000, S. 30). Die Hauptzielgruppe zur Aufnahme auf die Demenzpflegestation sind Patienten, die zusätzlich zu einer geriatrisch-stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder geriatrischer Rehabilitation nach § 40 SGB V demenzbedingte Verhaltensauffälligkeiten zeigen.

Für die Organisation eines angemessenen Milieus lassen sich folgende Aspekte kennzeichnen:

- *Assessmentverfahren*

Ein geriatrisches Assessment ist ein multidimensionaler Prozess mit dem Ziel, die funktionellen Fähigkeiten, körperlichen und kognitiven Ressourcen sowie die sozioökonomische Situation der Patienten zu beurteilen. Dabei geht es darum, neben vorhandenen Fähigkeiten Gefährdungen, Potenziale und Ressourcen des Betroffenen aufzuzeigen. Standardisierte Assessmentinstrumente sollen vor Aufnahme auf die Demenzpflegestation am Marienhospital eingesetzt werden:

- Medizinisches Assessment
- Gerontopsychiatrisches Assessment
- Aktivitäten des täglichen Lebens nach Barthel (ADL)
- Erfassungsbogen zur Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten (EVA – wird für die Demenzpflegestation entwickelt, siehe Abschnitt 4.2.4)

- *Betriebsablauf*

Begibt man sich in ein Krankenhaus, ist man organisatorischen Regeln unterworfen und in gewisser Weise von seiner sonstigen Lebenswelt getrennt. Die Ressourcen im Krankenhaus sind begrenzt und in erster Linie auf die Versorgung und Beobachtung der Erkrankten ausgerichtet, wobei vorausgesetzt wird, dass diese Verständnis für die jeweilige Situation und die organisatorischen Abläufe haben. Ein solches Verständnis kann von demenziell erkrankten Menschen nicht erwartet werden. Die in der Einrichtung geltenden Strukturen, der Qualitätsbegriff, klassische professionelle Maßstäbe sowie Hygieneanforderungen und standardisierte Abläufe entsprechen nicht den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz (GRÖNING 2003, S. 87). Daraus ist zu folgern, dass nicht die Betroffenen sich auf die Betriebsabläufe einstellen müssen, sondern dies umgekehrt geschehen muss. Strukturelle Vorgaben (wie z. B. die Essenszeiten und Mahlzeitenbetreuung) sollen einer entsprechenden Anpassung unterzogen werden.

Der Tagesablauf nähert sich möglichst eng an die Tagesstruktur des Menschen mit Demenz an. Diese (Alltags-)Struktur ist beim Aufnahmeassessment in Erfahrung

zu bringen, und Abläufe des Krankenhausalltages sind entsprechend nah bedürfnis- sowie zweckorientiert anzupassen. Dabei werden, entsprechend der Zielsetzung aus Abschnitt 2.2, ausgewählte und individuell abgestimmte Therapie- und Behandlungskonzepte (die neben den physiologischen Bedürfnissen auch die psychosozialen Bedürfnisse jedes Einzelnen berücksichtigen) genutzt, um strukturierte und angepasste Tagesabläufe zu schaffen.

- *Sicherheitskonzept*

Die Betroffenen werden auf einer Station mit insgesamt 17 Betten segregativ und autonom betreut. Dies soll ein auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der demenzerkrankten Menschen eigens ausgerichtetes Milieu schaffen. Ein spezielles Augenmerk wird auf die Gestaltung der räumlichen Umgebung gerichtet. Dazu wurde eine bereits bestehende, leer stehende Stationseinheit zur Demenzpflegestation umgebaut. Betroffene, die nach Aufnahmebefund oder Zwischenassessment eine „Weglauf- oder Wanderungstendenz“ haben, sollen in Absprachen mit den Angehörigen und dem gesamten Team mit einem Transponder¹ (RFID) ausgestattet werden. Ziel ist, ein System zu finden, das die Privatsphäre der Betroffenen respektiert, andererseits aber deren schnelle Auffindung im Notfall sicherstellt (vgl. www.derstandard.at 2008). Die Demenzpflegestation ist nach § 1906 Abs. 4 BGB formal nicht als geschlossene Station zu betrachten. Ein Aufenthalt der Patienten bedarf keiner richterlichen Genehmigung.

- *Raumkonzept*

Zur räumlichen Struktur gehören drei Einzelzimmer und sieben Doppelzimmer (Gemeinschaft auch und gerade nachts ist für einige demenzerkrankte Menschen günstig), die von einem Flur mit zwei Nischen abgehen. Die Nischen werden mit gemütlichem Sitzmobiliar ausgestattet und laden damit zum Ausruhen nach einem Spaziergang, aber auch zur Begegnung und Kommunikation ein. Zur Station gehört ein großer Aufenthaltsraum (ca. 59 m²), der als Wintergarten mit einer großzügigen Fensterfront gestaltet wird. In ihm bietet sich viel Raum zur gemeinsamen Einnahme der Mahlzeiten, für Gruppen- und Einzeltherapien sowie Beschäftigungsmöglichkeiten. Ein angrenzender Balkon bietet ausreichend Platz für einen Kräutergarten und Gruppenaktivitäten im Freien. Eine auch von den Patienten nutzbare Küche hat einen offenen Durchgang zum Aufenthaltsraum, sodass Sichtkontakt be-

1 RFID ist ein Verfahren zur berührungslosen Identifizierung und Lokalisierung von Gegenständen und Personen. Ein RFID-System besteht aus einem sogenannten Transponder, der sich an oder im gekennzeichneten Objekt befindet, und einem Lesegerät. Das Lesegerät erzeugt ein elektromagnetisches Hochfrequenzfeld geringer Reichweite. Gelangt ein Transponder in dieses Feld, so findet eine Datenübertragung statt: Der Transponder sendet Informationen zum Lesegerät (vgl. www.geriatrie-online.at, 2008).

steht. Zusätzlich bildet ein Verbindungsraum zwischen Flur und Aufenthaltsraum einen Durchgang mit dem angrenzenden Balkon. Daraus entsteht ein Rundlauf zwischen Flur, Küche, Aufenthaltsraum, Balkon und Flur.

- *Farbkonzept*

Auf dem Flur sind Fotos angebracht, die Motive aus der Region und vom Stadtteil Wattenscheid zeigen (z. B. eine Zeche, Industriedenkmäler, Stadtteilansichten). Die Bilder dürften für die Patienten (die sich größtenteils aus der Region rekrutieren) einen hohen Wiedererkennungswert aufweisen. Die Zimmer werden mit Blumen- und Tierfotografien gestaltet. Jedes Zimmer erhält ein eigenes Thema, sodass die „Namensgebung“ für das jeweilige Zimmer dem dargestellten Motiv folgt. Es soll ein „Tulpenzimmer“, „Rosenzimmer“ oder „Schwanenzimmer“ etc. entstehen. Als Orientierungshilfe und zum „Wiederfinden“ des „eigenen“ Zimmers werden kleine Bilder (Postkartengröße) des Zimmermotivs unter den Zimmernummern aufgehängt.² Der Fußboden ist durchgehend in PVC, schwellenlos in dunklem Braun und Blau gehalten, ohne farbliche Abgrenzungen, Muster oder Spiegelreflexionen.

4.2.2 Baustein B: Betreuung und therapeutische Konzeptionen

Entsprechend der Philosophie und dem Verständnis von Demenz am Marienhospital Wattenscheid soll die Pflege, Betreuung und Alltagsgestaltung die Lebensqualität der Betroffenen spürbar verbessern (vgl. HOFFMANN 2001). Demnach muss die Betreuungskonzeption dahin gehend gerichtet sein, den (Krankenhaus-)Alltag mit demenziell erkrankten Menschen „gelingender“ zu gestalten und das Wohlbefinden zu fördern. Die Störungen des Identitätsgefühls der demenzerkrankten Menschen sind nicht nur auf die Erkrankung zurückzuführen, sondern auch im Alltag, durch Umgang und Kommunikation, durch Vernachlässigung oder Vereinsamung entstanden. Dies kann nur in einem personenzentrierten Pflegealltag verändert werden, in dem es gelingt, Sicherheit und Vertrauen zurückzugeben. In der Praxis wird dies neben dem personenzentrierten Ansatz als theoretische Ausrichtung sowohl durch einen gerontorehabilitativ gesteuerten Pflegeprozess als auch durch die biografisch gestützten tagesstrukturierenden Maßnahmen angestrebt. Insbesondere die geplante validierende Kommunikationsform, die Präsenz der Pflegekräfte, biografische Ansätze und die Anwendung von Wohlbefinden erzeugenden Maßnahmen sollen den Betroffenen die psychische Aufmerksamkeit und Einfühlung schenken, welche sich günstig auf die demenziellen Symptome auswirkt (vgl. GRÖNING, LIENKER 2006).

2 Dieser Vorschlag stammt aus einem Qualitätszirkel und basiert auf den Erfahrungen aus der Praxis, wonach die betroffenen Menschen in Symbolen oder Bildern einen höheren Wiedererkennungswert sehen als in Zimmernummern. Die in einer Zukunftswerkstatt entwickelten Vorschläge und Ideen konnten an dieser Stelle zeitnah konzeptionell eingebaut werden.

- *Pflegesystem*

Das Ziel der Implementierung des Bezugspflegesystems in der stationären Pflege besteht darin, mit dem demenziell erkrankten Menschen (und Angehörigen) eine tragfähige und verbindliche Beziehung zu gestalten. Die Bezugspflegekraft ist für die betroffenen Menschen ein verlässlicher Ansprechpartner und sichert eine individuelle Pflege und Betreuung. Die Umsetzung erfolgt in einer Gruppenbildung, indem mehreren Patienten eine oder mehrere Bezugspersonen (mind. eine Pflegefachkraft) zugewiesen werden. Die Bezugspflege sichert, dass die Pflegefachkraft die Verantwortung für die Patientengruppe übernimmt. Sie sammelt Informationen (Biografiearbeit) und orientiert sich an spezifischen Ressourcen und Problemen. Darüber hinaus erhöht sich mit diesem System die Wahrscheinlichkeit, demenzspezifische Verhaltensauffälligkeiten bei zu Betreuenden frühzeitig erkennen und einschätzen zu können. Im Schnittstellenbereich mit anderen therapeutischen Berufsgruppen werden tagesstrukturierende Maßnahmen (z. B. die Mahlzeitenbetreuung) aufgeteilt, wobei die Steuerung von den Pflegenden auszugehen hat, da sie durch ihre Kontinuität und ihren Überblick am ehesten situative Erfordernisse einschätzen können.

4.2.3 Baustein C: Begleitung und multiprofessionelle Zusammenarbeit

Um während des Krankenhausaufenthaltes ein Vorgehen zu organisieren, das der komplexen Versorgungsproblematik demenzkranker Menschen Rechnung trägt, gilt es, einen möglichst umfassenden Blick auf die Gesamtheit der bestehenden Bedarfslagen und Probleme zu gewinnen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten (KLEINA, WINGENFELD 2007, S. 79). Die konzeptionelle Steuerung des Bausteins C besteht darin, die Schnittstellen zwischen den Berufsgruppen (Pflegende, Ärzte, Ergo- und Physiotherapeuten, Überleitungspflege) zu identifizieren und zu regeln. Konzeptionell betrifft das für den Baustein C lediglich die Bündelung und Steuerung der fachlichen Expertisen, nicht aber den konkreten Einsatz jeweiliger therapeutischer Interventionen mit dem Schwerpunkt „Begleitung demenzkranker Menschen im Krankenhaus“. Dies soll unter der allgemeinen Zielsetzung „Erhalt und Förderung der Alltagskompetenz“ den Experten der Berufsgruppen überlassen sein. Weiterhin sollen in Baustein C die Aspekte der Angehörigenberatung und -schulung sowie die interdisziplinären Fallbesprechungen und der Einsatz von Präsenzkraften Beachtung finden.

- *Multiprofessionelles Team*

Der Neuaufbau einer Stationseinheit macht die Veränderung gewohnter Kooperationsmuster notwendig, welche in der täglichen Zusammenarbeit nicht einfach zu realisieren sind. In anderen Projektzusammenhängen (vgl. KLEINA, WINGENFELD 2007) zeigte sich, dass solche Herausforderungen zunächst besser in einem eigens dafür

geschaffenen Rahmen bewältigt werden können, der eine gleichberechtigte Kommunikation zwischen den Akteuren fördert und ermöglicht. Die einzelnen Teams werden in organisierten Veranstaltungen (siehe Baustein D) informiert. Mit den Leitungen der Ergo- und Physiotherapieabteilungen fanden vonseiten der wissenschaftlichen Projektleitung formelle Gespräche statt, in welchen sie über die konzeptionelle Planung informiert wurden. Mit dieser Maßnahme wurden die Abteilungsleitungen frühzeitig in die Planung mit einbezogen.

- *Interdisziplinäre Fallbesprechungen*

Die interdisziplinäre Fallbesprechung ist eine Methode zur Bearbeitung konkreter und evtl. problematischer Praxisfälle im Stationsalltag. Sie soll in der Regel einmal pro Woche auf der Station stattfinden. Alle Mitarbeiter, die für die Behandlung der betroffenen Patienten verantwortlich sind, betrachten dabei den konkreten Einzelfall aus verschiedenen Blickwinkeln unter der Leitung einer neutralen Moderation. Für eine verantwortbare Behandlung und Versorgung der Betroffenen versucht dieses multidisziplinäre Team eine Entscheidung zu finden. Das Ergebnis ist eine Empfehlung für die letztverantwortlichen Entscheider in Medizin, Pflege und Therapie. Nicht zuletzt dient die interdisziplinäre Fallbesprechung der Verbesserung des interdisziplinären Dialogs und kann kathartische Effekte haben.

- *Begleitungsangebote*

Als begleitende Angebote werden in der Gestaltung des Modells die Aspekte der Pflegeüberleitung, der Angehörigenschulung und der Einbindung von Präsenzkraften planerisch berücksichtigt. Dabei handelt es sich um bereits bestehende hausinterne Angebote, welche für die Demenzpflegestation eine Erweiterung erfahren (Überleitungspflege, Angehörigenschulungsprogramm), sowie um neu initiierte Angebote (die Einbindung von Präsenzkraften).

- *Zusammenarbeit mit Präsenzkraften*

Wünschenswert wäre, dass die Präsenzkraften ein Bindeglied zwischen der „Außenwelt“ und dem Krankenhausalltag der Betroffenen darstellen. Durch ihre Arbeit können sie bereichern und für Abwechslung im Krankenhausalltag sorgen. Präsenzkraften sollen das Pflege- und Betreuungsteam bei seinen Aufgaben unterstützen und Begleitungsangebote wie Gesellschaftsspiele, hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder auch Spaziergänge anbieten. Sie bekommen ein Schulungsangebot durch das Marienhospital Wattenscheid und werden vom Team der Demenzpflegestation durch einen Einarbeitungskatalog auf ihre Tätigkeiten vorbereitet (siehe Baustein D). Die Präsenzkraften werden deshalb vom Marienhospital gezielt geworben (etwa durch Annoncen in der örtlichen Tagespresse und Fachzeitschriften) und für die Mitarbeit

im Haus interessiert. In dieser Hinsicht verfügt die Klinik etwa über positive Erfahrungen mit einem Hundebesuchsdienst und plant, diese für die Demenzpflegestation zu nutzen.

4.2.4 Baustein D: Qualifizierung und Personalentwicklung

Im Sinne eines umfassenden betrieblichen Personalentwicklungsprozesses sollen Mitarbeiter systematisch informiert, motiviert und für die betrieblichen Entwicklungen interessiert werden. Sie sollen ihre Kreativität und ihr Innovationspotenzial als Ressource betrieblicher Entwicklungen einbringen, sich wertgeschätzt fühlen, auf ihren Betrieb und seine Produkte stolz sein und sich mit ihrem Arbeitgeber identifizieren (GÖPFERT-DIVIVIER, AHR 2003, S. 8). Dazu ist es u. a. nötig, dass die Mitarbeiter des Marienhospitals Wattenscheid für die sich schnell ändernden Praxisanforderungen qualifiziert werden. Es geht folglich in diesem Baustein um eine systematische innerbetriebliche Fortbildungsplanung zur Sicherung des individuellen Qualifikationsprofils und im Hinblick auf die einzelnen Mitarbeiter langfristig um Karriereplanung.

- *Mitarbeiterinformation*

Das Kapitel Mitarbeiterinformation im Rahmen des Bausteins D bezieht sich auf die Mitarbeiter der nicht therapeutischen Berufsgruppen. Die Planung von Informationsveranstaltungen für diese Gruppe folgt der Zielsetzung aus Abschnitt 2.2 dieser Arbeit, nach der alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von der Haustechnik über die Raumpflege bis zur Verwaltung – und nicht nur der Bereich der Pflege oder Therapie – konzeptionell einbezogen werden sollen. Konkret wurden sie im Vorfeld des Projektes über grundsätzliche Leitvorstellungen, Zielsetzungen und organisatorische Abläufe des Modells informiert.

- *Qualifizierungserfordernisse*

Die Betreuung und Begleitung der demenzerkrankten Menschen erfordert vom Team der Demenzpflegestation eine große Bandbreite an Kompetenzen, die sie in den unterschiedlichen Berufsausbildungen (Pflegefachkräfte, Ergo- und Physiotherapie) nicht unbedingt erwerben können. Auch die Präsenzkkräfte benötigen Wissen und Kompetenzen, um die Fachkräfte bei der Gestaltung einer professionellen Betreuung unterstützen zu können. Demnach liegt ein umfassender Qualifizierungsbedarf vor. Um eine realistische Planung zu ermöglichen, wird im nächsten Abschnitt ein Ausschnitt des differenzierten Fortbildungskonzeptes beschrieben, bei dem möglichst vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Erwerb der jeweils erforderlichen Kompetenzen ermöglicht werden soll (vgl. FENCHEL 2008, S. 129).

- *Bildungsbedarfsanalyse*

Die Erhebung des Bildungsbedarfs erfolgte im Rahmen von Qualitätszirkeln, weil das therapeutische Team aktiv an der Bildungsbedarfsdiagnose partizipieren sollte. In der Auseinandersetzung mit der Thematik sollten jene Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen diagnostiziert werden, welche einen Kompetenzzuwachs in der Betreuung demenzerkrankter Menschen liefern, Pflegeprozesse steuern helfen oder die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team gestalten können. Mithilfe einer Zukunftswerkstatt wurde folgender Bildungsbedarf konkret diagnostiziert und insgesamt drei Modulen zugeordnet:

Modul a) (Pflegerische) Betreuungskonzeption

- Biomedizinische Grundlagen der Demenz
- Personenzentrierter Ansatz nach Kitwood
- Umgang mit herausforderndem Verhalten (Validation und IVA, Basale Stimulation in der Pflege, Biografiearbeit im Krankenhaus)
- Orientierungshilfen und Milieugestaltung

Modul b) Pflegeprozessessteuerung

- Assessmentinstrument zur Diagnose und Einstufung herausfordernder Verhaltensweisen (EVA)
- Möglichkeiten der Pflegevisite
- Pflege planen
- Kommunikationsstruktur im pflegerischen Team

Modul c) Multiprofessionelle Teamarbeit

- Moderationstechniken
- Moderation von Teamgesprächen
- Tagesstrukturierung: Zuständigkeiten und Konsequenzen

- *Planung von Fortbildungsmaßnahmen*

Grundsätzlich sollen die Qualifizierungen zu den Modellbausteinen überwiegend in Form von Inhouse-Schulungen stattfinden. Für viele Themenbereiche gibt es in der Einrichtung Fachkräfte, die als Multiplikatoren und Referenten geeignet sind. Zudem bietet sich in einer Inhouse-Schulung eher die Möglichkeit, dass für einen großen Teil des Stationsteams eine Teilnahme organisatorisch möglich wird. Der Transfer neu erworbener Kenntnisse in die Praxis wird erheblich leichter, wenn er nicht von einzelnen fortgebildeten Kolleginnen oder Kollegen geleistet werden muss, sondern wenn das Stationsteam gruppenweise neue Erkenntnisse in die Praxis transferieren kann.

4.3 Modellevaluation

Hier geht es konkret um die Bewertung der Wirksamkeit des vorliegenden Konzepts: Wird durch die Realisierung des Modells der Demenzpflegestation das Ziel erreicht, die demenziell erkrankten Patienten so zu betreuen und zu begleiten, dass diese in ihrer Alltagskompetenz gestärkt werden (vgl. BÄR 2008, S. 121)? Die Qualitätssicherung der pflegerischen Betreuung erfolgt sowohl reflexiv als auch über das bestehende systematische Qualitätsmanagement. Belastende Symptome werden in den gerontopsychiatrischen Fallbesprechungen, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen, im Team erörtert. Dabei wird es essenziell sein, eine lösungsorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen anzustreben (vgl. GRÖNING, LIENKER 2006).

5. Schlussbetrachtung und Ausblick

Es gibt bislang in der Fachöffentlichkeit keinen Konsens über sogenannte „Mindestanforderungen“ an ein Konzept zur Pflege und Betreuung demenzerkrankter Menschen im Krankenhaus. Die Festlegung solcher Mindestanforderungen ist ein sehr schwieriges und auch heikles Problem, denn damit verbinden sich nicht nur fachliche, sondern auch ethische Fragen (vgl. BÄR 2008, S. 37). Bei der Entwicklung eines solchen Vorhabens stellt sich demnach die Frage, welchen Kriterien oder Anforderungen es genügen muss. Ganzheitliche Konzepte für die Begleitung demenzerkrankter Menschen müssen auf mehreren Ebenen einer Institution ansetzen, um Synergieeffekte zu schaffen.

Das vorliegende Modell zur Konstruktion einer Demenzpflegestation am Marienhospital Wattenscheid bezieht sich grundlegend auf die Ebenen der Rahmenbedingungen, der Betroffenen, der Angehörigen und auf die personelle Ebene. Es entstand eine Neuentwicklung im Gesundheitswesen, welche dazu beitragen soll, sowohl die Situation der Betroffenen und deren Angehörigen zu verbessern als auch den Blick der Fachöffentlichkeit auf die Fortschritte in der Betreuung demenzerkrankter Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu lenken. Die konstruktive Umsetzung der Leitideen wird in vier Modellbausteinen gewährleistet, aus deren Zusammenwirken die Demenzpflegestation als Schnittmenge hervorgeht. Für die erfolgreiche langfristige Implementierung der Station muss bei allen betreuenden Personen ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass über die erstellte Rahmenkonzeption hinaus die Individualität der Betroffenen in den vorhandenen Handlungsspielräumen Berücksichtigung zu finden hat.

Laut dem „Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2002 sollte

die Möglichkeit bestehen, dass demenziell erkrankte Menschen während eines Krankenhausaufenthaltes von einer Bezugsperson aus dem privaten Umfeld begleitet werden (2002, S. 147). Dies entspreche einem „Rooming-in“, dessen Finanzierung am Marienhospital Wattenscheid zwar noch ungeklärt ist, das aber dennoch in der Fortführung des Modells als fester Bestandteil eingerichtet werden könnte (vgl. NEUMANN u. a. 1994). Des Weiteren bedarf es einer Vergrößerung des Kooperationsradius mit externen Personen aus der beruflichen Pflege, Medizin, Sozialarbeit, Angehörigen und anderen Institutionen (z. B. stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern). Dies erscheint auch in dem vorliegenden Modell als ausbaufähig. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass dieses Modell als ein erster Schritt angesehen werden kann, die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus durch eine konsequente konzeptionelle Steuerung auf den genannten Ebenen zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- BÄR, Marion (2008): Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Hannover.
- BARTHOLOMEYCZYK, Sabine u. a. (2006): Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. BMG (Hrsg.), Berlin. URL: http://www.bmg.bund.de/nn_603380/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf (Stand: 31. März 2008).
- BICKEL, Horst (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, S. 108–115.
- BREIDERT, Ute (2000): Demenz – Pflege – Familie. Hilfen zur Bewältigung emotionaler Belastungen in der ambulanten Pflege. Stuttgart.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- CLINICUM. RADIO FREQUENCY IDENTIFICATION (2008): Mit Transpondern in die Zukunft. URL: <http://www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=89231&dspa id=678475> (Stand: 16. Juni 2008).
- DER STANDARD (2008): Funkende Patienten. Ein Sender soll dementen Personen im Alltag helfen. URL: http://derstandard.at/upload/images/20080305/serie_forschungspezial_nr_0917ec.pdf (Stand: 16. Juni 2008).
- DIENDORF, Stephanie (2008): Betreuung und Begleitung demenzerkrankter Menschen im Krankenhaus – Modell einer Demenzpflegestation am Marienhospital Wattenscheid, Zentrum für geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation. Unveröffentlichte Masterarbeit. Bielefeld.

- DILLING, Horst u. a. (Hrsg.) (1993): ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- FENCHEL, Volker (2008): Die Qualifizierung von Mitarbeitern im Hinblick auf die Betreuung demenziell erkrankter Heimbewohner. In: BÄR, Marion (Hrsg.): Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Hannover, S. 129.
- GÖPFERT-DIVIVIER, Werner; AHR, Christine (2003): Personalentwicklung und Qualifizierung. Eine Studie. Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung GmbH (ISPO), Saarbrücken und gefördert durch die Gemeinnützige Landesstiftung Baden-Württemberg. URL: http://www.equal-altenhilfe.de/files/Grundlagen/G_03/G_03.pdf (Stand: 17. Juli 2008).
- GRÖNING, Katharina (2003): Institutionelle Mindestanforderungen bei Pflege von Demennten. In: TACKENBERG, Peter; ABT-ZEGELIN, Angelika (Hrsg.): Demenz und Pflege – eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main, S. 87.
- GRÖNING, Katharina u. a. (2005): Projekt: Familiäre Pflege unter den Bedingungen der GDRGs. Initialkurs für pflegende Angehörige. Bielefeld.
- GRÖNING, Katharina; LIENKER, Heinrich (2006): Konzept für schwer und schwerst demenziell erkrankte und gerontopsychiatrisch veränderte Bewohner. Unveröffentlichtes Manuskript für das Marienhospital Wattenscheid gGmbH. Bielefeld.
- GROND, Erich (2003): Pflege Demenzkranker. Hannover.
- GROSSJOHANN, Klaus (2007): Immer mehr Menschen mit Demenz im Krankenhaus: KDA fordert bessere Einstellung auf Patienten mit Demenz. Referat Öffentlichkeitsarbeit. Kuratorium Deutsche Altershilfe – Wilhelmine Lübke Stiftung e. V. URL: <http://idw-online.de/pages/de/news201329> (Stand: 28. Juli 2008).
- HOFFMANN, Alfred T. (2001): Konzeptionelle Chancen erkennen. In: DÜRRMANN, Peter (Hrsg.): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hannover.
- KITWOOD, Tom (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- KLEINA, Thomas; WINGENFELD, Klaus (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. P07-135. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- KRUSE, Andreas (1994): Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen. Beiträge aus empirischen Untersuchungen. In: Zeitschrift für Gerontologie, 27, S. 42–51.
- LIND, Sven (2003): Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien, Konzepte. Bern.
- NEUMANN, Eva-Maria; SOLLER, G. (1994): „Rooming-in“ für pflegende Angehörige – eine Möglichkeit zur angemesseneren Betreuung Demenzkranker im Akutkrankenhaus. In: Pflege aktuell, 6, S. 374–376.
- OSTER, Peter u. a. (2006): Konzept für die Geriatriisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Heidelberg.
- SOZIALGESETZBUCH FÜNFTES BUCH. GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG. In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791).

- STRÄSSLER, Hans; COFONE, Marcello (2000): Innovativer Umgang mit Dementen. Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa. Saarlouis.
- WÄCHTERHÄUSER, Anne (2002): Konzepte für die Betreuung dementer Menschen. Theoretische Modelle und ihre Umsetzung in der Praxis am Beispiel von Altenheimen in Marburg. Marburg. URL: <http://www.we-serve-you.de/anne/index.htm> (Stand: 13. April 2008).
- WEYERER, Siegfried (2005): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heftnummer 28.
- WOJNAR, Jan (2001): Demenzkranke verstehen. In: DÜRRMANN, Peter (Hrsg.): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hannover, S. 39.

Kapitel 5

Konzepte zur Familien- und Elternbildung

Heike Hoffmann, Andrea Schwab

Begleitung von Familien mit onkologisch erkrankten Kindern

Onkologisch erkrankte Kinder, aber auch deren Eltern und Geschwister sind durch die Erkrankung vielfältigen Anforderungen ausgesetzt. Nur mit einem adäquaten Bewältigungsverhalten können sie ihre Belastungen und Ängste reduzieren sowie mehr Lebensqualität erfahren. Damit die Familie den Weg ins alltägliche Leben findet, muss das gesamte Familiensystem unterstützt werden. Dazu sollen möglichst alle Familienmitglieder in diesem Prozess individuelle Berücksichtigung finden. Das vorliegende Konzept greift die geschilderten Probleme auf und versucht diese konstruktiv und systematisch anzugehen. Im Mittelpunkt steht eine Triade, die sich aus Familie, Gesundheits- und Kinderkrankenschwester sowie einem Case Manager zusammensetzt.

1. Einleitung

Der Fortschritt in der Medizin führte in den letzten Jahren zu einer Veränderung des Krankheitsverlaufs von Krebserkrankungen im Kindesalter. Durch bessere Heilungschancen ist die Lebenserwartung der krebserkrankten Kinder deutlich gestiegen (MARTINSON 1997; LANGER et al. 2002). Im Gegensatz zu früheren palliativen Therapien haben gegenwärtig die Behandlungen in der Kinderonkologie eine zunehmend kurative Ausrichtung. Die verbesserten Möglichkeiten sind jedoch gleichzeitig mit erheblicher Therapieintensivierung und -verlängerung verbunden (GOLDBECK 1998). Neben der immer größer werdenden Zahl an Überlebenden führen auch die Langzeitfolgen der Krebserkrankungen im Kindesalter dazu, dass die Zeit nach der Therapie an größerer Bedeutung gewinnt (CALAMINUS 2006).

Die veränderte Situation von Familien mit einem krebserkrankten Kind sowie die zunehmende Verschiebung der Perspektive von der stationären Versorgung in den häuslichen Bereich der Betroffenen erfordert eine Neuausrichtung im Versorgungsprozess, wodurch veränderte Anforderungen an alle in die Betreuung involvierten Professionen gestellt werden. Das deutsche Gesundheitssystem ist von Diskontinuität und Desintegration im Versorgungsprozess und fehlender Abstimmung zwischen den verschiedenen Gesundheitsprofessionen gekennzeichnet. Die ohnehin aufgrund der Krebserkrankung des Kindes belastende Situation wird den Familien zusätzlich durch die gegenseitige Abgrenzung von stationärem und ambulante Versorgungssektor erschwert. Das Fehlen eines funktionierenden Bindeglieds zwischen der stationären Rehabilitation und der nachstationären Versorgung stellt sich auch

in der Pädiatrie als defizitärer Bereich dar. Die betroffenen Familien sind häufig nach der Betreuung im stationären Bereich mit ihren vielschichtigen Problemen auf sich allein gestellt (PORZ, ERHARDT 2003). Die Entlassung bedeutet für eine Familie die Rückkehr in den „normalen“ Alltag. Dies wird auf der einen Seite von der Familie herbeigesehnt, ist aber dennoch mit vielen Ängsten und Unsicherheiten verbunden. Viele Eltern wünschen sich daher eine gut abgestimmte Entlassung (BACHMANN 2001). Hieraus ergibt sich die Forderung nach professioneller Begleitung nach Abschluss der Krebstherapie.

Diese geschilderte Situation gab den Anstoß, um ein Konzept zu entwickeln, das Familien mit onkologisch erkrankten Kindern die Rückkehr in den Alltag erleichtern soll. Im Konzept wird der Übergang zwischen stationärer Rehabilitation und Rückkehr in das normale Leben fokussiert, da sich diese Phase als besonders krisenhaft für die Familie darstellt. Der Abschluss der stationären Therapiemaßnahmen wird von den Familien dahin gehend gedeutet, dass weniger gegen die Erkrankung getan wird. Damit verliert die Familie einen Teil ihrer Sicherheit und wird häufig von Rezidivängsten begleitet (SCHREIBER-GOLLWITZER, SCHRÖDER, NIETHAMMER 2002). Aus der Bewältigung dieser fast unüberwindbaren Krankheit ergibt sich aber dennoch die Chance, dass die Familie eine neue Lebensperspektive sowie an familiärer Stärke dazugewinnt.

Case Management und ambulante Gesundheits- und Kinderkrankenpflege können in interprofessioneller Zusammenarbeit die Aufgabe, den betroffenen Familien während und nach abgeschlossener Therapie zu einem optimalen Umgang mit der Erkrankung zu verhelfen, als eine große Herausforderung verstehen. Nach ihrem Berufsverständnis sind Pflege und professionelle Interventionen an den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Familienmitglieder auszurichten. Oberste Priorität hat die Wahrung von Autonomie und Selbstbestimmung der Familie. Nur wenn sie selbst aktiv wird, kann sie ihre Zufriedenheit und ihr Wohlbefinden verbessern. Deshalb kann die betroffene Familie, langfristig gesehen, vor allem durch Unterstützungsmaßnahmen, die auf ihr Empowerment ausgerichtet sind, den vielfältigen Belastungen durch die Erkrankung begegnen. Die ambulante Gesundheits- und Kinderkrankenpflege besitzt zwar umfangreiche Kompetenzen, sich dieser Herausforderung zu stellen, jedoch kann nur ein abgestimmtes interprofessionelles Vorgehen den heterogenen Bedürfnissen der Familie gerecht werden.

Hierin ist der große Anspruch zu sehen, der an die Beteiligten gestellt wird. Professionelle Berufsgruppen sollten Elternselbsthilfegruppen und ehrenamtlich Tätige in ihre Arbeit mit der Familie einbeziehen, um Synergieeffekte gezielt zur eigenen und zur familiären Entlastung zu nutzen.

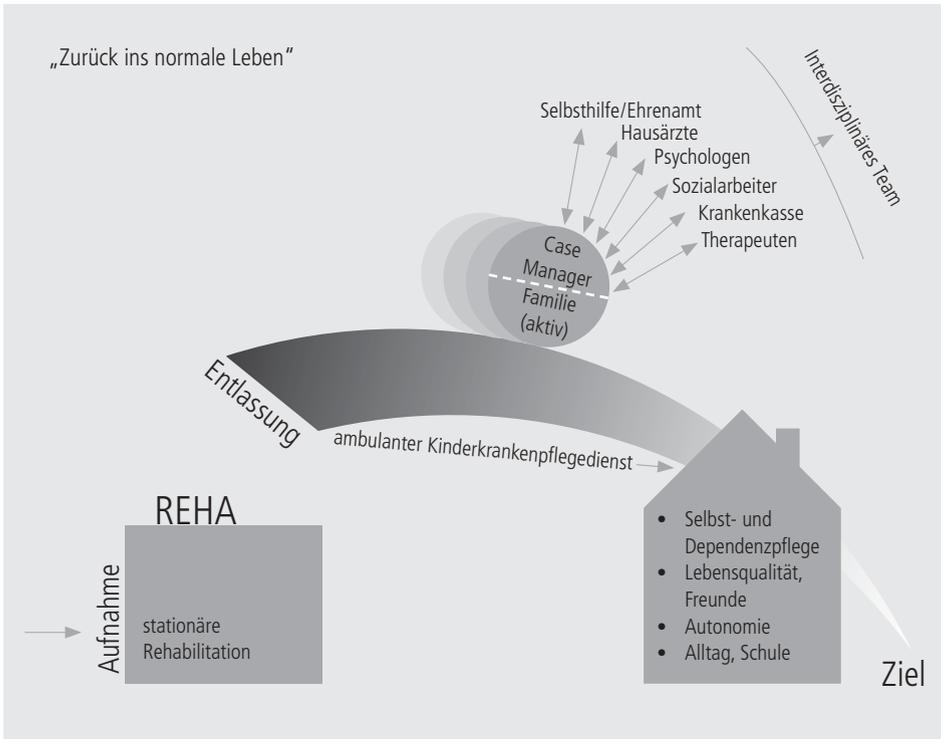
2. Konzept

2.1 Beschreibung des Konzeptes

Anliegen des Konzeptes, das unter dem Arbeitstitel „Zurück ins normale Leben“ entwickelt wurde, ist es, Familien mit einem onkologisch erkrankten Kind nach Abschluss aller stationären Therapiemaßnahmen weiterhin eine möglichst erfolgreiche Begleitung zu gewährleisten. Die Familien sollen vor allem beim Übergang an der Schnittstelle vom stationären zum ambulanten Versorgungssektor Unterstützung erfahren. Ziel ist es, Probleme, die mit dieser Schnittstelle verbunden sind, weitestgehend zu reduzieren. Dazu ist die Aufrechterhaltung eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses von grundlegender Bedeutung. Das Ziel von Kontinuität ist jedoch nur erreichbar durch die Annäherung aller am Versorgungsprozess des Kindes und seiner Familie Beteiligten. Bestehende System- und Professionsgrenzen sind daher zu überwinden. Basierend auf dem Case Management soll dieses Konzept gute Lösungsmöglichkeiten bieten, um betroffenen Familien den Weg aus der stationären familienorientierten Rehabilitation in die häusliche Umgebung zu erleichtern. Als Unterstützungsmanagement dient es zur Stärkung des Familiensystems, indem es Versorgungskontinuität und -qualität sichert. Der Case Manager soll eine langfristige Begleitung der betroffenen Familie über den Krankheits- und Betreuungsverlauf hinaus und vor allem über Sektorengrenzen hinweg leisten. Dazu muss er die besonderen Bedürfnisse und spezifischen Belastungen der Betroffenen aufgreifen und in seiner Arbeit berücksichtigen (BÜCKER 2008). Den Bedürfnissen der Familie entsprechend übernimmt der Case Manager kooperierende und vernetzende Aufgaben, um notwendige pflegerische, therapeutische und ärztliche Hilfen sowie Ressourcen zu koordinieren.

Neben dieser Schlüsselposition des Case Managers nimmt in diesem Konzept die ambulante Kinderkrankenpflege eine bedeutende Stellung ein. Nach dem stationären Aufenthalt soll sie die pflegerische Versorgung der gesamten Familie sicherstellen. Nur mit einer gelungenen Kommunikation und Kooperation in der Triade Familie, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Case Manager kann dem Anliegen dieses Konzeptes entsprochen werden.

Abbildung 1: Konzept zur Begleitung von Familien mit onkologisch erkrankten Kindern



2.2 Ziele des Konzeptes

Dieses Konzept strebt langfristig die Wiedereingliederung des kranken Kindes und dessen Familie in das familiäre und soziale Umfeld an. Dieses langfristige Ziel kann nur durch das Zusammenspiel verschiedener Einzelziele erreicht werden. Aus der Schnittstellenproblematik im deutschen Gesundheitssystem begründet sich vor allem die Forderung nach einer Entlassung, die sich an den Vorgaben des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege orientiert. Mithilfe einer geplanten und lückenlosen Überleitung werden nicht nur Zeit und Geld eingespart. Für die Familie ist es wichtig, dass hiermit die Dauer des stationären Aufenthaltes ihres Kindes verkürzt und die Gefahr einer Wiederaufnahme (Drehtüreffekt) reduziert wird. Somit können Belastungen bereits im Vorfeld vermieden werden, was sich positiv auf die Lebensqualität aller Familienmitglieder auswirkt.

Die vielfältigen Belastungen des erkrankten Kindes und der Familie, die aus einer Krebserkrankung resultieren, erfordern den Einbezug verschiedener Gesund-

heitsprofessionen sowie ehrenamtlicher Helfer bzw. Selbsthilfegruppen. Die Unterstützungsmaßnahmen der unterschiedlichen Professionen müssen unter gemeinsamer Zielsetzung und Abstimmung zum Tragen kommen. Mittels Case Management soll die notwendige Versorgungsintegration und -kontinuität sowie Abstimmung zwischen den verschiedenen Disziplinen sichergestellt werden. Mit einer bedarfsgerechten Versorgung der Familie kann einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung positiv entgegengewirkt werden (SCHAEFFER 2000).

Neben dem Case Management wird in der ambulanten Kinderkrankenpflege eine zweite wichtige Säule für die Umsetzung der Konzeptziele gesehen. Ihr Pflegeverständnis, das nach den Theorien von OREM und FRIEDEMANN die individuellen Bedürfnisse der Familie berücksichtigt und das gesamte Familiensystem in den Blick nimmt, leistet einen entscheidenden Beitrag, die Ressourcen betroffener Familien zu stärken und ihnen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Unterstützung und Begleitung, die auf ihr Empowerment ausgerichtet sind, wirken sich günstig auf die Selbstständigkeit und Autonomie der Familie aus, was wiederum mit Förderung ihrer Lebensqualität einhergeht. Im Folgenden sind die konkreten Ziele des Konzeptes aufgeführt:

Das Konzept zielt auf ...

1. ... einen lückenlosen bzw. problemlosen Übergang von der stationären Rehabilitation in den häuslichen Bereich ab, um den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen prospektiv zu sichern.
2. ... die Erkennung und Reduzierung der hohen und vielfältigen Belastungspotenziale, die aus einer Krebserkrankung des Kindes resultieren.
3. ... die Stärkung der Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenzen der Familie, um langfristig ohne professionelle Unterstützung den Alltag bewältigen zu können.
4. ... die Unterstützung der Familie in ihrem Krankheitsverarbeitungsprozess.
5. ... eine Stärkung des Familiensystems bei der Wiederaufnahme des alltäglichen Lebens nach Therapieabschluss unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder.
6. ... eine Verbesserung und Förderung der Lebensqualität der gesamten Familie ab.

Kontinuierliche und effektive Pflegesysteme, die über die Entlassung hinausgehen, können die Krankheits- und Lebensbewältigung für das krebskranke Kind und seine Familie erleichtern (STREYL 2000). Dazu muss die Perspektive auf das gesamte Familiensystem, einschließlich seiner Umweltsysteme, gerichtet werden. Unterstützungsmaßnahmen sollen unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Familienmitglieder erfolgen und auf die Stärkung des Familiensystems ausgerichtet werden.

3. Theoretischer Hintergrund des Konzeptes

In den nachfolgenden Ausführungen soll aufgezeigt werden, auf Basis welcher Pflegetheorien und bereits bestehender Konzepte die Einzelziele und somit das Gesamtziel erreicht werden sollen. Im Vordergrund stehen Pflegetheorien nach OREM und FRIEDEMANN. Ein weiterer Schwerpunkt wird auf das Entlassungsmanagement gelegt. Außerdem werden das Case Management, die ambulante Kinderkrankenpflege sowie das Family Health Nursing erläutert, wobei ein Schwerpunkt auf die notwendigen Kompetenzanforderungen in den jeweiligen Bereichen gelegt wurde. Abschließend wird auf ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfegruppen verwiesen.

3.1 Selbstpflegedefizit – Theorie nach OREM

Die derzeitigen Anforderungen an die Kinderkrankenpflege erfordern eine Erweiterung ihres Aufgabengebietes (DI PIAZZA 2001). Die Selbstpflegedefizit-Theorie von OREM zeigt auf, dass die Berücksichtigung der Eltern im pflegerischen Prozess des kranken Kindes unabdingbar ist, damit die Selbstpflegetherfordernisse eines krebskranken Kindes erfüllt werden können (OREM 1997). Die Krebserkrankung des Kindes geht oft mit lebenslänglichen Auswirkungen von Krankheit und medizinischen Maßnahmen einher. Diese Auswirkungen müssen aufgegriffen und an das normale Leben angepasst werden. Dazu ist eine persönliche Weiterentwicklung notwendig (BEKEL 1999; CAVANAGH 1995). Besonders zur Bewältigung von schwierigen und belastenden Situationen brauchen Kinder die fördernde Unterstützung ihrer Eltern. Die Krebserkrankung im Kindesalter bedingt eine schwierige Lebenssituation, in der die eigenen Bewältigungsstrategien des Kindes noch nicht ausreichen (KNIGGE-DEMAL 1998). Zur Veranschaulichung werden in der folgenden Darstellung auch Auszüge aus der eigenen empirischen Untersuchung, d. h. Auszüge aus Interviews, berücksichtigt.

Ein krebskrankes Kind sagt während eines Interviews Folgendes hierzu aus:

„Da ging ganz viel was in mir vor, was ich so noch nie erlebt hatte“ (Interview 4, Z. 50).

Aufgrund der Krankheit des Kindes sowie der aufwendigen Therapie und der heute teilweise immer noch bestehenden Schnittstellenproblematik entstehen vielfältige hohe Belastungen, die unmittelbar in einer Überforderung der Eltern und des Kindes münden können (DENNIS 2001; CAVANAGH 1995).

Eine interviewte Mutter eines krebskranken Kindes erzählt hierzu:

„Ich habe gedacht, man macht da so 'ne Tür zu, (...) und irgendwann ist das zu Ende ... und gut. Aber das ist nicht so. Ich fühle mich da doch noch oft daran erinnert“ (Interview 9, Z. 67–69).

Die veränderte Situation sowie die erhöhten Anforderungen durch die Krebserkrankung des Kindes können dazu führen, dass die Fähigkeit des kranken Kindes und dessen Familie nicht mehr ausreichen, seinen Selbstpflegetherfordernissen genügen zu können (OREM 1996). Dementsprechend entsteht ein Dependenzpflegetherdefizit der Eltern, nämlich sobald der entsprechende situative Selbstpflegetherbedarf des krebskranken Kindes ihre Fähigkeiten übersteigt (CAVANAGH 1995; DENNIS 2001).

Eine interviewte Mutter hierzu:

„(...) und irgendwie hat man das alles geschafft, (...) wo man irgendwie vorm Berg stand und gedacht hat, das schafft man niemals. Und dann ist das alles rum, und dann geht das aber trotzdem halt nicht gleich grade weiter“ (Interview 3, Z. 302–305).

Dependenzpflegetherdefizite sollen durch die Unterstützung von Pflegefachkräften wieder aufgehoben werden. Die Pflegefachkraft kann dies erreichen, indem sie nicht nur die Selbstpflegetherfordernisse des Kindes ermittelt, sondern auch die Dependenzpflegetherkompetenz und Ressourcen der Eltern stärkt. Sie muss den Fragen nachgehen, wo das Kind und die Eltern Unterstützung tatsächlich brauchen und in welchen Bereichen die Eltern die Pflege ihres Kindes übernehmen können. Hat die Pflegefachkraft den Pflegebedarf des Kindes und der Eltern ermittelt, kann sie die helfenden Methoden anwenden. Die Theorie von OREM verfolgt das Ziel der weitestgehenden Wiederherstellung der Selbstpflege bzw. der Dependenzpflege, um die größtmögliche Unabhängigkeit der Familie wieder zu erreichen (OREM 1997). Der aktive Blickwinkel bedingt, dass die Pflegefachkraft sich im Pflegeprozess zurücknimmt und das Kind mit seinen Eltern aktiv werden lässt. Zum einen muss das kranke Kind zur Selbstpflege angeleitet werden, indem es altersentsprechend am Prozess integriert wird. Zum anderen müssen die Eltern in ihrer Dependenzpflegetherkompetenz befähigt und gestärkt werden, um die Versorgung und Förderung ihres Kindes zu bewältigen (CAVANAGH 1995).

3.2 Familien- und umweltbezogene Pflege nach FRIEDEMANN

Die familien- und umweltbezogene Pflege von FRIEDEMANN basiert auf der Theorie des systemischen Gleichgewichts. Diese besagt, dass sich ein System aus mehre-

ren Subsystemen zusammensetzt. Die Interaktionen der Subsysteme bestimmen die Eigenschaften des Gesamtsystems. Allerdings ist zu betonen, dass das Gesamtsystem mehr ist als die Summe seiner Subsysteme. Alle Systeme sind gegenüber ihrer Umwelt offen. Alles, was im System erzeugt wird, wird an die Umwelt übertragen, in anderen Systemen transformiert und gelangt über Rückkoppelungsprozesse an das Ausgangssystem zurück und löst eine Reaktion aus. Die von FRIEDEMANN entwickelte Theorie beinhaltet wie alle Pflgetheorien die Konzepte Umwelt, Mensch, Gesundheit und Pflege, wurde aber um das Konzept Familie erweitert. Da sich laut FRIEDEMANN die Konzepte Pflege und Gesundheit nicht ausschließlich auf das Individuum beziehen, nahm sie zudem das Konzept der Familiengesundheit in ihre Theorie mit auf (FRIEDEMANN 1996).

Nach FRIEDEMANN steht die Familie in der Verantwortung, ihr System zu organisieren, zu erhalten und auf Veränderungen zu reagieren. Das ist nur möglich, wenn das Familiensystem versucht, eine Kongruenz zu seiner Umwelt sowie Kongruenz seiner Subsysteme zueinander herzustellen. Das Streben nach Kongruenz ist somit das grundlegende Ziel einer Familie. Es wird davon ausgegangen, dass mit zunehmender Kongruenz der Familie die Gesundheit der einzelnen Mitglieder gestärkt wird. Aus diesem Grund richtet sich die systemische Pflege auf die Unterstützung gesunder Familienprozesse zur Verbesserung der Familienkongruenz. Darüber hinaus zielt die familien- und umweltbezogene Pflege auf die Unterstützung der Kongruenz der Familie zu ihrer Umwelt ab. Somit müssen zum einen höhere Ebenen in die Pflege einbezogen werden, zum anderen müssen Ressourcen der Umweltsysteme genutzt werden, um das System der Familie zu erhalten. Pflege ist so auszurichten, dass die Familie an ihrem Gesundheitsprozess aktiv und richtungsweisend beteiligt ist (ebd.).

Jedoch können nicht alle familiären Probleme ausschließlich durch die Pflegeprofession beseitigt werden, denn die Krebserkrankung im Kindesalter erfordert den Einbezug verschiedener Systeme unterschiedlicher Systemebenen. Pflegende müssen somit die Grenzen der eigenen Profession erkennen und interdisziplinäre Unterstützung initiieren können. Für die Auswahl der Professionen muss die systemische Pflege die Bereiche identifizieren, die am stärksten von einer Inkongruenz betroffen sind (ebd.).

Erkrankt ein Kind an Krebs, wirkt sich die Erkrankung auf die gesamte Familie aus, wodurch systemische Pflege erforderlich wird. Die Ungewissheit über den Krankheitsverlauf und die damit verbundene Angst stört das Gleichgewicht der Familie. Bisherige und gewohnte Anpassungshandlungen reichen nun nicht mehr aus, um das System zu erhalten. Die einzelnen Familienmitglieder können weder die Familie unterstützen noch ihren eigenen Bedürfnissen gerecht werden. Folge sind innerfamiliäre Konflikte.

Die familien- und umweltbezogene Pflege, basierend auf der Theorie des systemischen Gleichgewichts, ist eines der ersten Modelle, das der familienorientierten Pflege einen konzeptionellen Rahmen verleiht und wertvolle Empfehlungen für Pflegehandlungen liefert (KÖHLEN 2003). FRIEDEMANN gibt zu bedenken, dass die Pflege nach dieser Theorie bestimmte Kompetenzen voraussetzt und daher nicht von allen Pflegenden umgesetzt werden kann. Die Wechselbeziehungen zwischen den Systemen und die zunehmende Komplexität auf den höheren Systemebenen stellen hohe pflegerische Ansprüche (FRIEDEMANN 1989). Voraussetzung, um Pflege auf der Ebene des Familiensystems durchführen zu können, ist die methodische Einschätzung der Familie bzgl. ihrer Familienstrukturen und -entwicklungen sowie ihrer Kommunikationsprozesse. Diese Kompetenzen befähigen Pflegenden, dysfunktionale Familien identifizieren und adäquate Umweltressourcen aktivieren zu können (KÖHLEN 2003).

3.3 Family Health Nursing

Family Health Nursing ist ein Pflegekonzept, das auf den Vorstellungen der familien- und umweltbezogenen Pflege nach FRIEDEMANN basiert. Es soll Familien in Krisen- und Stresssituationen angemessene Unterstützung und Begleitung bieten. Der Rückkehr einer Familie mit onkologisch erkranktem Kind von der Rehabilitation in die alltägliche häusliche Umgebung stellt eine solche Krisensituation dar, die alle Familienmitglieder betrifft und die Familiengesundheit beeinflusst. Die Familiengesundheitspflege ist auf die gesamte Lebensspanne der Mitglieder einer Familie gerichtet und bietet Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention und auch Leistungen bzgl. Rehabilitation und pflegerischer Versorgung. Pflegefachkräfte des Family Health Nursing benötigen Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, familiäre Risikofaktoren zu identifizieren. Des Weiteren werden ihnen Kompetenzen abverlangt, mit denen sie die Familiengesundheit stärken können. Wissen über innerfamiliäre Ressourcen sowie familiäre Problemlösungs-, Bewältigungs- und Kommunikationsmuster sind grundlegende Voraussetzungen für die Arbeit der Familiengesundheitspflege (MISCHKE et al. 2007).

Ein gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Ausbildungshintergrund ermöglicht den Pflegefachkräften, die Auswirkungen sozioökonomischer Bedingungen auf die Gesundheit einer Familie zu erkennen und entsprechend zuständige Institutionen mit einzubeziehen (WHO REGIONALBÜRO FÜR EUROPA 2000 zitiert nach KÖHLEN 2003). Im Rahmen dieser Vorstellungen werden der Pflegefachkraft klare Rollen zugeschrieben: Sie ist Fürsprecherin von Gesundheit, sie unterstützt Entscheidungsprozesse, sie ist Kommunikatorin, Meinungsbildnerin und Anbieterin von Pflege- und Versorgungsleistungen (WHO 1999 zitiert nach MISCHKE et al. 2007). Hinzu kommt die Aufgabe einer Managerin im Sinne von Case Management. Damit

übernimmt sie die für die Kontinuität und Integration der Versorgung wichtige Verbindungs- und Lotsenfunktion für alle die Familiengesundheit beeinflussenden Bereiche. Versorgungslücken oder -brüche werden somit geschlossen, und gleichzeitig erhalten Familien Orientierung im Versorgungsgeschehen. Voraussetzung zur Wahrnehmung dieser Funktion ist die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit (MISCHKE et al. 2007).

Mit der Fokussierung der Pflege auf gesundheitsfördernde, gesundheitsbildende und präventive Maßnahmen sind entsprechende Kompetenzen zur Aufklärung, Anleitung und Beratung notwendig. Da sich diese Aufgaben auf die gesamte Familie einschließlich ihres Umfeldes beziehen, wird nochmals deutlich, dass die Tätigkeiten des Family Health Nursing weit über die der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hinausgehen (WHO 2000 zitiert nach KÖHLEN 2003).

3.4 Entlassungsmanagement

Das Entlassungsmanagement wird als eine zielgerichtete und systematische Überleitung aus dem Krankenhaus in einen ambulanten oder anderen stationären Sektor verstanden. Innerhalb dieser Definition bedeutet Entlassung somit nicht das Ende der Verantwortlichkeit der entsprechenden Institution für den jeweiligen Patienten (SCHÖNLAU et al. 2005). Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelte den Nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004). Der Expertenstandard versteht eine pflegerische Entlassung als einen Prozess, welcher systematisch, fachlich begründet und frühzeitig den Versorgungsbedarf eines Patienten nach der Entlassung erhebt, plant, entsprechende Maßnahmen initiiert und evaluiert (DANGEL 2004).

Einen hohen Bedarf an einer koordinierten Entlassung haben unter anderem auch chronisch kranke Kinder und deren Eltern. Sie benötigen häufig psychosoziale Unterstützung zur Bewältigung und Informationen hinsichtlich des Krankheitsverlaufs (DANGEL, WINGENFELD 2004). Bei mangelhafter Entlassungsvorbereitung entwickeln die Kinder mit ihren Eltern oft einen zu frühen professionellen Pflege- und Hilfebedarf. Versorgungslücken führen mitunter zu unnötigen Belastungen der Betroffenen sowie zu unnötigen Folgekosten (HENKE 2007; HÖHMANN 2004).

Innerhalb des Entlassungsmanagements übernimmt die Pflegefachkraft eine bedeutende Koordinationsfunktion und erhält bei der Entlassungsplanung eine Schlüsselposition (DANGEL 2004). Dieses Vorgehen begründet sich daraus, dass die Pflegefachkraft eine enge Nähe und häufiger Kontakt zum Kind und dessen Eltern hat. Ihre pflegerische Expertise ermöglicht, eine bedarfsgerechte pflegerische Unterstützung zu gewährleisten sowie den Unterstützungsbedarf der Familie zuverlässiger einzuschätzen als andere Berufsgruppen (BÄHR-HEINTZE 2004; WINGENFELD

2002). Der Expertenstandard lässt die Wahlmöglichkeit offen, ob ein indirektes oder ein direktes Entlassungsmanagement erfolgen soll. Bei dem indirekten Entlassungsmanagement plant eine zentral angesiedelte Pflegefachkraft die Entlassung (JOOSTEN 1997). Beim direkten Entlassungsmanagement wird die Entlassung durch eine Pflegefachkraft, die auf der Station tätig ist, koordiniert. Auch Mischformen sind möglich (BÄHR-HEINTZE 2004; DANGEL 2004; SCHÖNLAU et al. 2005).

Ein gelungenes Entlassungsmanagement kann aber nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden, in der auch die anderen Berufsgruppen, wie Case Manager, Mediziner, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen, ihre spezifischen Aufgaben wahrnehmen (HÖHMANN 2004). Die Entlassungsplanung beginnt bereits kurz nach der Aufnahme des Kindes auf der Station. Mithilfe eines Assessmentinstruments wird innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine Pflegeanamnese mit dem Kind und seinen Eltern durchgeführt (FRANÇOIS-KETTNER et al. 2004; SCHULZ-GÖDKER, LANGE 2002). Die Pflegefachkraft kann einen poststationären Unterstützungsbedarf identifizieren und diesen einschätzen. Anschließend plant sie eine individuelle Steuerung der Entlassung, in die das Kind, die Eltern und die beteiligten Berufsgruppen integriert werden (KNECHT 2004).

Eine gezielte Beratung, ressourcenorientierte Information und Begleitung des Kindes und der Eltern müssen bereits während des Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik beginnen (HÖHMANN 2004), um diese frühzeitig zur höchstmöglichen Selbstständigkeit zu befähigen. Bei der Informationsgabe und Anleitung des Kindes muss dessen Denkentwicklung besonders berücksichtigt werden. Die zuständige Pflegefachkraft und der Case Manager müssen sich mit den Vorstellungen des Kindes, die es über Gesundheit und Krankheit besitzt, auseinandersetzen, um es adäquat in seinem Krankheitsverarbeitungsprozess unterstützen und fördern zu können (BUGGLE 2001).

Im Entlassungsstandard sind auch Handlungserfordernisse zur Gewährleistung der Pflege nach der stationären Versorgung enthalten. Eine wichtige Maßnahme ist die Kontaktaufnahme mit dem Case Manager und zu den nachsorgenden Einrichtungen (Primary Nurse). Hierbei soll die Pflegefachkraft dem Case Manager und den nachsorgenden Einrichtungen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Kindes und der Eltern anbieten. Es folgt eine schriftliche Fixierung der Entlassungsziele, aus denen sich die notwendigen Maßnahmen der beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen ergeben (FRANÇOIS-KETTNER et al. 2004).

Zudem sieht der Entlassungsstandard vor, dass die Pflegefachkraft in Kooperation mit dem Kind und seinen Eltern und allen anderen beteiligten Berufsgruppen den Entlassungstermin festlegt (HÖHMANN 2004). Eine erste Evaluation der Maßnahmen wird danach gemeinsam mit der Pflegefachkraft und dem Kind bzw. den Eltern durchgeführt. Diese muss mindestens 24 Stunden vor der Entlassung ausgeführt werden, um bei Bedarf weitere notwendige Veränderungen einleiten zu können. Im

letzten Schritt der Handlungsabfolge besteht die Verpflichtung zur abschließenden Evaluation (FRANÇOIS-KETTNER et al. 2004; OLSCHESKI, FÜNFSTÜCK, GOETZE 2004).

Bei der Einführung des Entlassungsstandards können unter Umständen Schwierigkeiten auftreten. Der Expertenstandard sieht vor, dass die Entlassung vom Pflegefachpersonal koordiniert wird. Dies bedingt eine Erhöhung des pflegerischen Verantwortungsbereichs. Eine erfolgreiche Einführung der Entlassungsplanung ist nur mithilfe von Fortbildungen und begleitenden Schulungen zu realisieren (DANGEL, KORPORAL 2004). Außerdem ist häufig zu beobachten, dass im Rahmen der Entlassungsplanung die Pflege wenig aktiv und verantwortungsbereit auftritt. Dadurch wird die Chance zur Eigenständigkeit und der Ausbau von Kompetenzen in der Pflege erschwert (DANGEL 2004; DÖRPINGHAUS et al. 2004).

3.5 Case Management

3.5.1 Begriff und Verständnis

Das Case Management stellt eine wichtige Strategie zur Verbesserung von Koordination und Versorgung von Patienten dar und soll die finanzielle Situation des Gesundheitswesens entschärfen. Als positive Effekte werden eine erhöhte Versorgungsqualität, ein verbesserter Zugang zu Versorgungsangeboten und reduzierte Ausgaben erachtet (COHEN 1991 zitiert nach DÖRPINGHAUS et al. 2004).

Der Einbezug der gesamten Lebenswelt einer Person ist für das Case Management von grundlegender Bedeutung. Das Ziel des Case Managements liegt darin, die problematische Situation, die durch diesen Abgleich in all ihren Dimensionen zum Vorschein kommt, mittels ziel- und lösungsorientierter professioneller Unterstützung zu bewältigen. Neben professioneller Unterstützung sieht das Case Management den Einbezug von Angehörigen und anderen Helfern vor und ist zudem auf die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen der betroffenen Person ausgerichtet (WENDT 2002).

In der Literatur finden sich zahlreiche, teilweise unterschiedliche Definitionen des „Case Managements“. Eine einheitliche Begriffsbestimmung hat sich bisher nicht etabliert. Dennoch lassen sich übereinstimmende Elemente identifizieren (DÖRPINGHAUS et al. 2004). Hauptmerkmal ist die ganzheitliche Sichtweise auf den Patienten/Klienten. Der Case Manager agiert innerhalb eines auf Kooperation ausgerichteten und professionsübergreifenden Versorgungsprozesses und hat die Aufgaben unter einer spezifischen Zielsetzung zu identifizieren, zu klären und entsprechende Probleme zu lösen (QUINN 1993 zitiert nach ebd.). Dabei steht die individuelle, d. h. fallorientierte Überwindung von Organisations- und Professionsgrenzen auf direkter Ebene des Versorgungsgeschehens durch Verantwortungsübernahme für den Versorgungsverlauf eines Einzelnen oder einer Gruppe von Menschen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne im Vordergrund (BOWER 1995 zitiert nach EWERS, SCHAEFFER

2000). Die dafür notwendige integrierte und kontinuierliche Versorgung bedarf der Planung, Implementierung, Koordinierung, Überwachung und Evaluierung von Versorgungsangeboten und Dienstleistungen durch den Case Manager (WENDT 1997).

Das Konzept des Case Managements sieht die Stärkung von Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten des Individuums zur Lösung seiner Problemlage vor. Des Weiteren unterstützt der Case Manager Personen bei der Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen unter Beachtung effektiver und effizienter Gesichtspunkte. Insgesamt übernimmt er mit seiner Tätigkeit eine anwaltschaftliche Funktion (advocacy). Er wird zum Fürsprecher des Hilfesuchenden (WRIGHT 2000). Er ist angehalten, aus der Perspektive des Patienten/Klienten die Situation wahrzunehmen und Probleme zu eruieren. Seine Aufgabe besteht in einer für den Hilfesuchenden befriedigenden Problemlösung. Hervorzuheben ist, dass sich diese anwaltschaftliche Funktion nicht nur auf das individuelle Verhalten, sondern auch auf die Verhältnisse der Person bezieht. Strukturen und Umweltbedingungen, die negativ auf die Situation des Individuums wirken, müssen so verändert werden, dass eine befriedigende Situation erzielt werden kann (MOXLEY 1997 zitiert nach ebd.). Die Ausübung der Tätigkeit des Case Managers erfolgt, wie bereits erwähnt, immer unter dem Aspekt der Selbsthilfe (WRIGHT 2000).

3.5.2 Personelle Rahmenbedingungen für das Case Management

An die Funktion und die Person des Case Managers werden hohe Erwartungen geknüpft. Im Mittelpunkt seiner Tätigkeit stehen Kooperations- und Koordinationsfunktionen. Nicht weniger wichtig sind seine Vermittlungs- und Unterstützungsfunktionen bei der Entlassung und der Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität sowie seine Funktion als Anwalt der Familie. Innerhalb eines interdisziplinären Teams übernimmt er die Funktion eines fallführenden Organisationsleiters. Diese verschiedenen Funktionen machen deutlich, dass ein fachlich versierter Case Manager über ein hohes Kompetenzprofil verfügen sollte (LÖCHERBACH 2002).

Die derzeitige Situation kann jedoch diesem Anspruch nicht gerecht werden. Bisher existiert kein normiertes Curriculum, das zur Legitimierung eines allgemein anerkannten und gültigen Kompetenzprofils zu erachten wäre (WISSERT 2002). Die Möglichkeiten, sich zum Case Manager zu qualifizieren, sind sehr unterschiedlich und weit gefächert. Das Angebot reicht von Weiterbildungen bis hin zu Masterstudiengängen (LÖCHERBACH 2002). Von LÖCHERBACH wurde ein Kompetenzprofil des Case Managers entwickelt, das besonders das berufliche Selbstverständnis herausstellt. Demnach muss der Case Manager eine positive Grundeinstellung gegenüber der Familie erlangen. Nur so kann er sich auf sie einlassen und ihre Perspektive einnehmen, um seiner anwaltschaftlichen Funktion umfassend gerecht zu werden. Er muss ein Verständnis über seine Funktionen und seine Rolle im Versorgungsprozess

der Familie entwickeln. Sein Aufgabengebiet muss eindeutig von dem aller anderen beteiligten Professionen abgegrenzt sein. Eine weitere Anforderung ist in seiner Sach- und Systemkompetenz zu sehen (ebd.). „Case Manager arbeiten in und mit sozialen Netzwerken, sind in diese eingebunden und nutzen sie. Daher benötigen sie vertiefte Kenntnisse über die Entstehung und Veränderung von sozialen Netzwerken und Theorien zur sozialen Unterstützung“ (ebd., S. 205).

Die Kompetenzen schließen demzufolge die Theorien von Dorothea OREM und Marie-Luise FRIEDEMANN ein. Der Case Manager sollte daher über ein grundlegendes Verständnis dieser Theorien verfügen. Des Weiteren sollte er Erfahrungen in der familienorientierten Pflege besitzen. Als günstige Voraussetzung sind Erfahrungen im Umgang und in der Unterstützung von Familien mit chronisch kranken Kindern zu erachten. Das erleichtert ihm das Erkennen von Belastungen, aber auch von Ressourcen, um der Familie ein auf ihre Situation abgestimmtes Unterstützungsangebot zukommen zu lassen.

„Neben Rechts- und Verwaltungskennntnissen (...) sind insbesondere vertiefte Kenntnisse über den Aufbau, die Organisation und die Leistungsangebote von Institutionen erforderlich“ (ebd., S. 205). Hierdurch wird es dem Case Manager möglich, entsprechend den Bedürfnissen der Familie Kooperationen mit verschiedenen Professionen zu schließen und sie innerhalb eines interdisziplinären Teams zu integrieren (ebd.).

Eine weitere Anforderung stellt die Methodenkompetenz dar. Diese ist notwendig, um bei der Umsetzung des fachlichen Wissens ziel- und ergebnisorientiert handeln zu können. Dazu bedarf es Problemlösefähigkeit, Kreativität und Lernfähigkeit. Für die soziale Netzwerkarbeit benötigt der Case Manager interaktive und kommunikative Fähigkeiten (ebd.). „Techniken der Gesprächsführung, der Verhandlungsführung und Konflikt-handhabung, Präsentations- und Moderationstechniken sind hier ebenso notwendig wie die organisatorische Fähigkeit, das Fallmanagement zu strukturieren“ (ebd., S. 208). Die Methodenkompetenz des Case Managers umfasst auch die Unterstützungstechnik. Diese sieht den Case Manager als Coach sozialer Lernprozesse. Dazu muss er analysieren können, welche Ressourcen das soziale Netzwerk der Familie bietet. Aufgrund dieser Analyse können Unterstützungsleistungen optimal an der spezifischen Problemsituation der Familie ausgerichtet werden (ebd.).

Zur Überprüfung und Sicherstellung der Qualität der Versorgung der Familie sowie zum Vermeiden von Über- oder Unterversorgung werden vom Case Manager Kenntnisse der Dokumentation und Evaluationstechnik erwartet. Mit einer reflexiven Überwachung von geleisteten Maßnahmen der kooperierenden Professionen lässt sich feststellen, ob dem Bedarf der Familie entsprochen wurde oder eine Änderung der Maßnahmen notwendig wird (ebd.). Auch eine ausdrückliche Sozialkom-

petenz ist unabdingbar. Hierunter sind alle Kompetenzen zu verstehen, die für den Umgang mit anderen Personen benötigt werden. Sozialkompetenzen ermöglichen die Abstimmung zwischen eigenen und fremden Wünschen, Bedürfnissen und Interessen (ebd.).

„So werden Kommunikations-, Kooperations-, Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit sowie Toleranz, Empathie, Sensibilität und Frustrationstoleranz als Bestandteile von Sozialkompetenz genannt“ (ebd., S. 209). Das umfangreiche Netz von Kooperationen verlangt vom Case Manager die Fähigkeit, dass er mit sehr unterschiedlichen Kommunikationspartnern in Kontakt treten kann. Er muss unterschiedliche Sprachcodes, Deutungen und Implikationen verstehen und diese wiederum allen Beteiligten verständlich machen können. Das Wissen um die Entwicklungsstufen des Kindes sowie über kindliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit ist Voraussetzung für eine Kommunikation, die dem Alter und dem Verständnis des Kindes entspricht. Insgesamt stellen kommunikative Kompetenzen die Grundlage für die Zusammenarbeit mit der Familie und den Kooperationspartnern dar (ebd.).

Die Fähigkeit zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit sowie Fähigkeiten zur Selbstreflexion, zur Urteilsbildung und zur Selbstorganisation bilden die Selbstkompetenz. Die Tätigkeit als Case Manager verlangt ein initiatives, offenes und authentisches Agieren zwischen allen Beteiligten. Hierfür sind Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein notwendig. Die Persönlichkeit des Case Managers wird geprägt durch seine (Berufs-)Biografie und wirkt sich auf die Interaktion mit anderen Personen aus. Dies erfordert nach LÖCHERBACH (2002) die Fähigkeit, die eigenen Gefühle, das eigene Denken und Verhalten im beruflichen Kontext reflektieren zu können (ebd.).

3.6 Ambulante Kinderkrankenpflege

Die Veränderung des Krankheitsbildes von chronischen Erkrankungen sowie die Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie über die negativen Auswirkungen langer Krankenhausaufenthalte und einer Eltern-Kind-Trennung auf die kindliche Entwicklung (LEHNERT et al. 1999; THYEN 2003) haben in Deutschland in den letzten Jahren dazu geführt, dass die Bedeutung der ambulanten Kinderkrankenpflege zugenommen hat. Das wachsende Selbstbewusstsein und der Informationsbedarf der Patienten und der Familien sowie die Lobbyarbeit von Selbsthilfeinitiativen sowie die gesetzliche Forderung „ambulant vor stationär“ (SGB XI § 3) haben diesen Trend verstärkt (ebd.; HENKE 2007; OLBRICH 1996).

Professionelle Unterstützung und Begleitung im ambulanten Sektor wird erforderlich, sobald die Eltern die Pflege und Versorgung ihres Kindes nicht mehr durchführen können oder mit dieser überfordert sind. Dann werden Fachkräfte der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der persönlichen Atmosphäre des Haus-

halts des zu betreuenden Kindes tätig (LEHNERT et al. 1999; OLBRICH 1996). Sie haben einen engen und regelmäßigen Kontakt mit der jeweils betroffenen Familie, wodurch sie intime Einblicke in die Bedürfnisse und das Befinden, aber auch hinsichtlich von Belastungen sowie Ängsten der gesamten Familie erhalten. In der ambulanten Kinderkrankenpflege wird der Anspruch erhoben, an den Bedürfnissen des Kindes orientiert und unter der Berücksichtigung seiner vorhandenen Ressourcen (Familie) zu arbeiten. Besonders bei chronisch kranken Kindern muss die Pflegefachkraft die gesamte Familie im Blick haben, um eine weitestgehende Normalisierung des Familienalltags zu erzielen. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der gesamten Familie stellt die Basis für eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung dar und ist für die Zurückgewinnung ihrer größtmöglichen Lebensqualität unentbehrlich (LEHNERT et al. 1999; DOBKE, KÖHLEN, BEIER 2001; KÖHLEN 2003). Auch ist es wichtig, innerhalb der Familie eine offene und ehrliche Kommunikation zu fördern und unter Umständen heiklen oder kritischen Fragen und Antworten ausreichend Raum und einen angemessenen Rahmen zu geben. Die Eltern müssen ermutigt werden, offen und ehrlich mit dem betroffenen Kind und den Geschwistern über die Situation und den weiteren Lebensweg zu sprechen. Die Ausrichtung des Krankheitsverarbeitungsprozesses auf die Perspektive des kranken Kindes ist von großer Bedeutung. Seine Bedürfnisse müssen besondere Berücksichtigung finden, da es zusätzlich zu seiner lebensbedrohlichen Erkrankung bestimmte Entwicklungsaufgaben entsprechend seinem Alter zu bewältigen hat.

Ein weiteres Ziel der ambulanten Kinderkrankenpflege ist die Förderung der Dependenzpflegekompetenz der Eltern. Es wird die Verselbstständigung der Eltern in der Versorgung ihres Kindes auf Dauer und ohne fremde Hilfe im heimischen Umfeld angestrebt (ebd.), was auch als Rückzugspflege bezeichnet wird (OLBRICH 1998; OLBRICH 1999). Während des Pflegeprozesses werden die Eltern kontinuierlich integriert, da sie diejenigen sind, die ihr Kind am besten kennen. Zudem erhöhen die Eltern ihre Sicherheit und Kompetenzen im Umgang und in der pflegerischen Versorgung des kranken Kindes, wodurch sie selbstbewusster werden und eine größere Autonomie erlangen (BACHMANN 2001). Ist die betroffene Familie in ihren Kompetenzen so weit gestärkt, dass sie ihren Alltag problemlos bewältigen kann, bahnt die ambulante Kinderkrankenpflege die Ablösung aus der Betreuung und Unterstützung der Familie an.

Die beruflichen Kompetenzen einer ambulanten Gesundheits- und Kinderkrankenenschwester orientieren sich am Kompetenzprofil der Primary Nurse. Sie ist Verantwortungsträgerin und muss in ihrer Ausübung über hohe Kompetenzen verfügen. Des Weiteren bereitet das Pflegesystem Primary Nursing die notwendige Basis vor, um eine familienorientierte Pflege in der ambulanten Versorgung von Familien mit krebskranken Kindern durchzuführen (ERSSER 2000; MANTHEY 2005).

Das vorliegende Konzept postuliert eine enge Verzahnung zwischen Case Manager und ambulantem Kinderkrankenpflegedienst (siehe Abb. 1). Dies erfordert wiederum eine personen- bzw. fallbezogene Organisation der Pflege in Form des Pflegesystems Primary Nursing (MANTHEY 2005). Dieses Pflegesystem bietet einen festen Ansprechpartner (Primary Nurse) zum einen für die Familie und zum anderen für den Case Manager. Innerhalb dieser Pflegeorganisation ist eine im Vorfeld festgelegte Pflegefachkraft (Primary Nurse) für Pflegeentscheidungen und Pflegeergebnis der betroffenen Familien kontinuierlich verantwortlich. Während ihrer Abwesenheit führt eine sogenannte Associate Nurse (zugeordnete oder assoziierte Pflegefachkraft) die Pflege entsprechend der Planung der Primary Nurse durch (ERSSER 2000).

Die Pflege wird von der Primary Nurse proaktiv geplant, damit eine andauernde pflegerische Versorgung sichergestellt ist. Die Kontinuität der pflegerischen Versorgung hat einen bedeutenden Einfluss auf die Pflegefachkraft-Familien-Beziehung (MANTHEY 2005). In diesem pflegerischen Prozess lässt Primary Nursing eine Mitbestimmung und eine aktive Mitwirkung des kranken Kindes und der Eltern am Pflegeprozess des Kindes zu. Dies fördert und stärkt wiederum die Eltern und das kranke Kind in ihren Kompetenzen und ihrer Selbstbestimmung. Hierbei wird der Primary Nurse eine professionelle Kommunikationsfähigkeit abverlangt, damit diese eine effektive Anleitung und Beratung der Eltern zur Erlangung von Dependenzpflegekompetenzen durchführen kann. Eine gelungene Kommunikation fördert darüber hinaus den Aufbau von Vertrauen mit dem kranken Kind und der Familie. Die Primary Nurse muss ihre Kommunikation an den jeweiligen Bedürfnissen aller Familienmitglieder und den Entwicklungsständen der Kinder ausrichten können (LOHAUS 1996).

Da die Primary Nurse auch Verantwortung für die direkte Kommunikation mit anderen Mitgliedern des Gesundheitsteams trägt, muss sie Informationen an alle am Versorgungsprozess Beteiligten (z. B. Case Manager, Hausarzt, Sozialpädagogen) weitergeben. Informationen, die sie nicht hat, muss sie sich von ihnen selbstständig besorgen. Dies dient einem unkomplizierten Informationsfluss und der Vermeidung von gefilterten Informationen (MANTHEY 2005). Die enge Kooperation zwischen dem Case Manager und der Primary Nurse (siehe Abb. 1) ist notwendig, um eine kontinuierliche Versorgung der Familie zu gewährleisten und schließlich unnötige Versorgungsbrüche bzw. Unsicherheiten zu vermeiden. Gemeinsame Absprachen hinsichtlich ihrer Zielsetzung müssen kontinuierlich getroffen werden, wobei sie sich nicht als Konkurrenten verstehen dürfen, sondern als Partner, die die Familie gemeinsam zum Ziel begleiten.

3.7 Ehrenamt und Selbsthilfegruppen

Die hohen Belastungen der gesamten Familie erfordern spezielle Betreuungsangebote für kranke Kinder und deren Geschwister, wie z. B. familienunterstützende Dienste durch ehrenamtliche Helfer (THIMM et al. 1997 zitiert nach BÜKER 2008). Diese unterstützenden Dienste sind wichtige Ressourcen für die Familie, um die Krankheit mit all ihren Auswirkungen besser bewältigen zu können. Darüber hinaus versuchen diese die betroffene Familie nicht nur zeitlich, sondern auch finanziell zu entlasten, z. B. in Form der Betreuung der Geschwister während eines Nachsorgetermins des kranken Kindes in der Kinderklinik. Aber auch eine Hausaufgabenbetreuung oder Nachhilfeunterricht durch ehrenamtliche Helfer kann eine große Erleichterung für die Familie darstellen (MARTINSON 1997). Die Idee von Elternselbsthilfegruppen für Familien mit krebskranken Kindern bildete sich in Deutschland erst in den 1980er-Jahren. Die Elternselbsthilfegruppen verfolgen u. a. Ziele, wie die Heilungschancen der betroffenen Kinder mithilfe einer Intensivierung der Forschung zu verbessern, die Lebensqualität der Familie zu steigern und damit auch die Zukunftschancen der betroffenen Kinder zu verbessern (BACHMANN 2001; BODE 1995; DEUTSCHE LEUKÄMIE FORSCHUNGSHILFE 2008). Die beiden letzten Punkte finden innerhalb der Elternselbsthilfegruppe in Form von Hilfe zur Selbsthilfe, Überwindung von Isolation und Förderung der Kreativität statt (MATZAT 2006). Des Weiteren zielen Elternselbsthilfegruppen darauf ab, Probleme im Kommunikationsbereich auszugleichen, und ermöglichen Selbsthilfeaktionen wie z. B. eine kommunikative Bewältigung des Krankheitsgeschehens und kommunikative Hilfen. Diese Aktivitäten sind individualisiert und bieten die Grundlage für eine soziale und psychische Bewältigung von Problemsituationen. Somit kompensieren Elternselbsthilfegruppen die Mängel der sozialen Netzwerke und der professionellen Hilfesysteme (SCHAEFFER, GARMS-HOMOLOVÁ 1986).

Nicht nur die betroffene Familie erfährt hierdurch Unterstützung, sondern auch die am Prozess beteiligten Berufsgruppen. Die Elternselbsthilfegruppen und die ehrenamtlichen Helfer müssen jedoch mit den beteiligten Professionen gut zusammenarbeiten, nur dann können entlastende Synergieeffekte genutzt werden. Die Selbsthilfegruppen können die professionellen Ressourcen nicht ersetzen, jedoch können sie durch ihre Arbeit beide Parteien wesentlich unterstützen. Daher dürfen professionelle Berufsgruppen die Arbeit der Selbsthilfegruppen nicht als Konkurrenz wahrnehmen, sondern müssen die Bereitschaft aufbringen, die Erfahrungen und Informationen über das persönliche Erleben, die therapeutische Erfahrung und das berufliche Wissen untereinander auszutauschen. Die Bereitschaft, von- und miteinander zu lernen, sich gegenseitig zu zuhören, miteinander zu kommunizieren und gegenseitig Verantwortung zu übernehmen, muss auf bei-

den Seiten bestehen, um eine konstruktive Lernkultur des Voneinanderlernens und -profitierens zum Wohle aller Beteiligten zu schaffen (BRUSIS 1993).

4. Resümee

Das Konzept „Zurück ins normale Leben“ bezieht sich lediglich auf einen bestimmten Ausschnitt im komplexen Versorgungsprozess eines onkologisch erkrankten Kindes und dessen Familie. Je früher der erste Kontakt zur Familie hergestellt werden kann, desto einfacher können der Case Manager und die Gesundheits- und Kinderkrankenschwester eine tragfähige Beziehung zur Familie aufbauen und diese im Verlauf der Therapie festigen (THORENZ, KANTH, ERHARDT 2002). Mit der Forderung, dass betroffene Familien bereits zu Beginn der Therapiemaßnahmen professionelle Unterstützung erhalten sollten, müssten weitere Konzepte entwickelt werden, die sich auf die übrigen Schnittstellen der gesamten Versorgung des Kindes und seiner Familie beziehen. Diese einzelnen, aufeinander abgestimmten Konzepte könnten schließlich zu einem Gesamtkonzept zusammengefasst werden.

Auch eine Übertragung des Konzeptes auf andere Adressatengruppen, die einen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf beim Übergang von einer stationären in eine ambulante Einrichtung oder in die häusliche Umgebung benötigen, ist denkbar. Weitere Adressaten könnten z. B. chronisch kranke Kinder allgemein, behinderte Kinder, aber auch ältere Menschen mit multimorbiden Erkrankungsbildern sein. Die Ausweitung der Adressatengruppe würde somit auch eine Übertragung des Konzeptes auf ambulante Pflegedienste im Bereich der Erwachsenenpflege ermöglichen. Allerdings könnte das Konzept nicht „eins zu eins“ übertragen werden, sondern es müsste für jeden Bereich an die entsprechenden Bedürfnisse und Belastungen sowie krankheitsbedingten Probleme der Adressaten angepasst werden. Hierzu sind zusätzliche Kompetenzen der Pflegefachkräfte notwendig, die durch ein entsprechend abgestimmtes Schulungskonzept zu vermitteln bzw. zu erweitern sind.

Des Weiteren bedarf die Familie im Wiedereingliederungsprozess gezielter Unterstützung und Begleitung im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“. Größtmögliche Selbstständigkeit der Familie im alltäglichen Leben ist das Ziel.

Mit dem entwickelten Konzept kann die belastende Situation von Familien mit onkologisch erkrankten Kindern auch nach abgeschlossener Therapie nicht lediglich beobachtet, sondern auch tatsächlich verbessert werden. Dies ist zugleich als Chance zu verstehen, die Familienarbeit als ein wichtiges Aufgabenfeld der Kinderkrankenpflege wahrzunehmen, bei der die gesamte Familie als System betrachtet wird und sich an allen Mitgliedern orientiert (FRIEDEMANN 1996).

Literaturverzeichnis

- BACHMANN, Sandra (2001): Beratung von Eltern chronisch kranker Kinder. In: KOCH-STRAUBE, Ursula (Hrsg.): Beratung in der Pflege. Bern, S. 136–144.
- BÄHR-HEINTZE, Karin (2004): Prozesse patientenorientiert gestalten: Wer nur an die Kosten denkt, denkt zu kurz. In: Pflegezeitschrift, 57 (2004) 10, S. 698–701.
- BEKEL, Gerd (1999): Die Selbstpflegedefizit-Theorie von Dorothea E. Orem. In: HOLOCH, Elisabeth u. a. (Hrsg.): Lehrbuch Kinderkrankenpflege. Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogener Handelns im Kindes- und Jugendalter. Bern, S. 61–80.
- BODE, Gerlind (1995): Eltern-Selbsthilfegruppen. In: HÄBERLE, Heide; NIETHAMMER, Dietrich (Hrsg.): Leben will ich jeden Tag. Leben mit krebskranken Kindern und Jugendlichen – Erfahrungen und Hilfen. Freiburg, S. 217–221.
- BRUSIS, Jutta (1993): Was können professionelle und nichtprofessionelle Helfer voneinander lernen? In: SCHWARZ, Reinhold; ZETTL, Stefan (Hrsg.): Praxis der Psychosozialen Onkologie. Versorgungsangebote für Klinik, Praxis und häusliche Pflege, Band 2 Psychosoziale Onkologie. Heidelberg, S. 136–141.
- BÜKER, Christa (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. In: Pflege & Gesellschaft, 13 (2008) Heft 1, S. 77–88.
- BUGGLE, Franz (2001): Die Entwicklungspsychologie Jean Piagets, Band 368. 4. Auflage, Stuttgart.
- CALAMINUS, Gabriele (2006): Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 54 (2006) 7, S. 644–649.
- CAVANAGH, Stephen (1995): Pflege nach Orem, Band 1. Freiburg.
- DANGEL, Bärbel (2004): Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard. München.
- DANGEL, Bärbel; KORPORAL, Johannes (2004): Pflegerische Überleitung: Der Expertenstandard steckt den Rahmen ab. In: Pflegezeitschrift, 57 (2004) 10, S. 707–710.
- DANGEL, Bärbel; WINGENFELD, Klaus (2004): Literaturstudie. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, S. 60–105.
- DENNIS, Connie M. (2001): Dorothea Orem. Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie. Bern (Original erschienen 1997: Self-Care Deficit Theory of Nursing).
- DEUTSCHE LEUKÄMIE FORSCHUNGSHILFE – DLFH (2008): Deutsche Krebsstiftung 2008 (Online-text). URL: www.kinderkrebsstiftung.de (Abruf: 24. Juli 2008).
- DI PIAZZA, Simone (2001): Beratung in der Kinderkrankenpflege. In: Pflege, 4 (2001) 1, S. 5–11.
- DÖRPINGHAUS, Sabine u. a. (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. Hannover.
- DOPKE, Julia; KÖHLEN, Christina; BEIER, Jutta (2001): Die häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland – Eine qualitative Erhebung zur Situation von Anbietern häuslicher Kinderkrankenpflege. In: Pflege, 4 (2001) 3, S. 183–190.

- ERSSER, Steffen (2000): Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern (Original erschienen 1991: Primary Nursing).
- EWERS, Michael; SCHAEFFER, Doris (2000): Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: EWERS, Michael; SCHAEFFER, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, S. 7–27.
- FRANCOIS-KETTNER, Hedwig u. a. (2004): Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, S. 44–59.
- FRIEDEMANN, Marie-Luise (1989): The Concept of Family Nursing. In: Journal of Advanced Nursing, 14 (1989) 3, S. 211–216.
- FRIEDEMANN, Marie-Luise (1996): Familien- und umweltbezogene Pflege: die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Bern.
- GOLDBECK, Lutz: (1998) Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47, S. 552–573.
- HENKE, Friedhelm (2007): Versorgungsbrüche vermeiden – Pflegeüberleitung optimieren. In: Pflegen Ambulant, 18 (2007) 6, S. 7–10.
- HÖHMANN, Ulrike (2004): Entwicklung des Expertenstandards Entlassungsmanagement: Gegenstand und Vorgehen. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, S. 27–37.
- JOOSTEN, Marly (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. „Von der Lücke zur Brücke“. Qualitätsmanagement in der Pflege. Bremen.
- KNECHT, Christiane (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege: Über die Krankenhaustür hinausdenken. Pflegemanagement. In: Pflegezeitschrift, 57 (2004) 10, S. 694–697.
- KNIGGE-DEMAL, Barbara (1998): Schmerzerleben und Schmerzbewältigung des Kindes. In: Pflege, 11 (1998) 6, S. 324–329.
- KÖHLEN, Christina (2003): Häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland. Theorie und Praxis der Familienorientierten Pflege. Göttingen.
- LANGER, Thorsten u. a. (2002): Die Überlebenden einer Krebserkrankung im Kindesalter. Nachsorge und Spätfolgen nach erfolgreicher Therapie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 50 (2002) 8, S. 942–953.
- LEHNERT, Sandra u. a. (1999): Handlungsfelder der Kinderkrankenpflege. In: HOLOCH, Elisabeth u. a. (Hrsg.): Lehrbuch Kinderkrankenpflege. Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter. Bern, S. 19–34.
- LÖCHERBACH, Peter (2002): Qualifizierung im Case Management – Bedarf und Angebote. In: LÖCHERBACH, Peter u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied, S. 201–226.

- LOHAUS, Arnold (1996): Krankheitskonzepte von Kindern aus entwicklungspsychologischer Sicht. In: SCHMITT, Gustel Matthias; KAMMERER, Emil; HARMS, Erik (Hrsg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung. Verstehen und Bewältigen von Belastung und Bedrohung. Bern, S. 3–14.
- MANTHEY, Marie (2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern.
- MARTINSON, Ida M. (1997): Die Auswirkung von Krebserkrankung im Kindesalter auf die Familie. In: FUNK, Sandra G. u. a. (Hrsg.): Die Pflege chronisch Kranker. Bern (Original erschienen 1993: Key Aspects of Caring for the Chronically Ill).
- MATZAT, Jürgen (2006): Selbsthilfe in der Onkologie. Ein Beitrag der Patienten zu Rehabilitation und Nachsorge. In: Der Onkologe, 12 (2006) Heft 5, S. 412–420.
- MISCHKE, Claudia u. a. (2007): Familiengesundheit. Ein neues Handlungsfeld für Pflegendе und Hebammen. Argumente und Strategien. Modellprojekt des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e. V. (DBfK) zur Untersuchung der Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Berlin.
- OLBRICH, Mechthild (1998): Vorstellung der Fachweiterbildung „Ambulante Kinderkrankenpflege“. In: Kinderkrankenschwester, 17 (1998) Heft 6, S. 251–256.
- OLBRICH, Mechthild (1999): 20 Jahre Ambulante Kinderkrankenpflege in Deutschland – Entwicklung und Ist-Situation. In: Kinderkrankenschwester, 18 (1999) Heft 11, S. 462–466.
- OLSCHEWSKI, Ulrike; FÜNFSTÜCK, Mathias; GOETZE, Hans-Joachim (2004): Entlassungsmanagement als „neue“ Aufgabe der Pflege. Pflege- und Entlassungsprozess. Herausforderung oder Desaster? In: Die Schwester/Der Pfleger, 43 (2004) 10, S. 730–734.
- OREM, Dorothea E. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin (Original erschienen 1995: Nursing, concept of practice).
- PORZ, Friedrich; ERHARDT, Horst (2003): Struktur und Arbeitsbereiche des Augsburger Modells zur Familiennachsorge „Bunter Kreis“. In: PORZ, Friedrich; ERHARDT, Horst (Hrsg.): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge. Stuttgart, S. 15–25.
- SCHAEFFER, Doris (2001): Care Management. In: Pflege, 13 (2001) Heft 1, S. 17–26.
- SCHAEFFER, Doris; GARMS-HOMOLOVÁ, Vjenka (1986): Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen für die psychosoziale Rehabilitation bei Krebs. In: Rehabilitation, 25 (1986) Heft 3, S. 128–133.
- SCHÖNLAU, Kerstin u. a. (2005): Versorgungskontinuität – Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. In: Pflege, 18 (2005) Heft 2, S. 95–104.
- SCHREIBER-GOLLWITZER, Beate M.; SCHRÖDER, Hildegard M.; NIETHAMMER, Dietrich (2002): Psychosoziale Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit malignen Erkrankungen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 50 (2002) 8, S. 954–965.
- SCHULZ-GÖDKER, Andreas; LANGE, Saskia (2002): Assessmentverfahren in der Pflege. Beratung, Begutachtung, Kooperation. Studienbrief 2-063-0318. 2. Auflage, Berlin.
- STREYL, Hildegard (2002): Pflēgetheoretisch gestützte Intervention in Familien mit einem chronisch kranken Kind. Mit dem Ziel der Lebensbewältigung (Teil 1). In: Kinderkrankenschwester, 19 (2002) 2, S. 507–509

- THORENZ, Andrea; KANTH, Eva; ERHARDT, Horst (2002): Case Management in der psychoonkologischen Nachsorge – Das Augsburger Modell. Prävention und Rehabilitation, 14 (2002), S. 120–128.
- THYEN, Ute (2003): Chronisch kranke Kinder: Betreuungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich. In: PORZ, Friedrich; ERHARDT, Horst; BETA INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZINISCHE FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG gGMBH (Hrsg.): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge. Stuttgart, S. 11–13.
- WENDT, Wolf-Rainer (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg/Breisgau.
- WENDT, Wolf-Rainer (2002): Case Management – Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: LÖCHERBACH, Peter u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied, S. 13–35.
- WINGENFELD, Klaus (2002): Der Übergang des Krankenhauspatienten in die ambulante Pflege. In: SCHAEFFER, Doris; EWERS, Michael (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern, S. 336–364.
- WISSERT, Michael (2002): Case Management mit alten pflegebedürftigen Menschen. Lehren aus einem Modellversuch. In: LÖCHERBACH, Peter u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied, S. 185–200.
- WRIGHT, Michael T. (2000): Case Management und „Advocacy“: Erfahrungen aus der US-amerikanischen Sozialarbeit für Menschen mit HIV und Aids. In: EWERS, Michael; SCHAEFFER, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, S. 145–159.

Laura Ahrens

Fremde Welten verstehen – Elterninformationen zur Prävention von Onlinesucht verursacht durch MMORPGs

Der technische Fortschritt hat nicht nur positive Folgen. Viele Jugendliche nutzen virtuelle Welten zur Kommunikation oder zum Spielen. Doch für einige werden diese Welten wichtiger als das reale Leben, und eine Rückkehr ist dann alleine kaum mehr möglich. Zum heutigen Zeitpunkt ist die Onlinesucht als eigenständiges Krankheitsbild noch nicht anerkannt, doch zeigt sich durch das große Medieninteresse und die laufende Diskussion verschiedener Wissenschaftler die Notwendigkeit der Forschung und der Entwicklung präventiver Maßnahmen. Das Ziel sollte dabei nicht sein, die Medien, das Internet und den Computer zu verbieten, sondern einen kreativen und kontrollierten Umgang zu fördern. Dieser Artikel stellt die Thematik in Kürze und anwendungsorientiert dar.

1. Einleitung

Durch die immer schneller voranschreitende technische Entwicklung verändert sich das Medienverhalten von Jugendlichen. Auch der Alltag Erwachsener passt sich immer mehr den technischen Möglichkeiten an. Die Nutzung von Computern und Internet sind aus dem täglichen Leben nicht mehr wegzudenken. Ob Schule, Arbeitsplatz oder Freizeitgestaltung – in nahezu jedem Lebensbereich werden die Neuen Medien genutzt. Diese Entwicklung hat zahlreiche positive Folgen. So können mithilfe moderner Technik Menschen auf der ganzen Welt kommunizieren, sich informieren oder einen Teil ihrer Freizeit durch Computerspiele gestalten. Die exzessive Nutzung der Neuen Medien beschwört allerdings auch neuartige Gefahren herauf, die mit Begriffen wie „Onlinesucht“, „Internetsucht“, „Online-sexsucht“, „Computerspielsucht“ oder „Onlinechatsucht“ beschrieben werden. Diese Süchte werden von Wissenschaftlern und der breiten Öffentlichkeit stark diskutiert. Doch was unter diesen Begriffen zu verstehen ist, wird in der Literatur weder einheitlich definiert, noch sind die Auswirkungen von exzessiver Computer- oder Internetnutzung ausreichend untersucht. Die Notwendigkeit der Vorbeugung und Behandlung des exzessiven Computerspielens ist allerdings unumstritten (vgl. HAHN, JERUSALEM 2001).

Die Auseinandersetzung und Weiterbildung zu dieser Thematik ist für die Berufsgruppen der Sozialpädagogen und der Sozialarbeiter von besonderer Relevanz, denn wollen Mitarbeiter im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit auch zukünftig bei neuartigen Problemen handlungsfähig bleiben, ist eine Aktualisierung

benötigter Kompetenzen unabdingbar. Diese Berufsgruppen haben einen direkten Zugang zu den Lebenswelten von Jugendlichen, unter anderem durch ihre Arbeit im Setting Schule und in Beratungsstellen zur Thematik Sucht für Eltern und Jugendliche. Durch die Nutzung dieses Zugangs können präventive Maßnahmen direkt umgesetzt und die Lebenswelt Jugendlicher gezielt verändert werden, um so die Gefahr einer Suchtentstehung zu minimieren.

In der diesem Bericht zugrunde liegenden Bachelorarbeit „Fremde Welten sehen, verstehen, ändern. Eine Elternbroschüre zur Prävention von Online-Spielsucht“ (2008) wurde Onlinesucht, die durch MMORPGs (Massively Multiplayer Online Role Playing Games) verursacht werden kann, untersucht. Bei MMORPGs handelt es sich um Computerspiele, welche nur in Verbindung mit dem Internet gespielt werden können. Diese Spiele zeichnen sich unter anderem durch die Notwendigkeit des gemeinsamen Spielens, eine vielfältige und große Spielwelt und prinzipielle Endlosigkeit aus. Sie sind der Start in eine neue Epoche der virtuellen Welten und können schon heute als ein Massenphänomen bezeichnet werden (vgl. LOBER 2007, S. 1). MMORPGs faszinieren eine große Gruppe von Menschen.

Im bekanntesten MMORPG „World of Warcraft“ sind zum heutigen Zeitpunkt 9 Millionen Menschen aktiv im Spiel eingebunden (vgl. <http://eu.blizzard.com/de/in-blizz/profile.html>). Die Spielergemeinschaft zeichnet sich durch ihre Vielfältigkeit aus. Das Alter der Spieler reicht von 12–80 Jahren und wird von Frauen wie Männern zur Freizeitgestaltung genutzt. Die größte Gruppe der Spieler ist die der männlichen Schüler (vgl. CYPRA 2005, S. 65–66). Aus diesem Grund und weil im Jugendalter Präventionsmaßnahmen die größten Wirkungen erzielen, da gesundheitsbezogene Verhaltensweisen sich in diesem Alter verfestigen, wurde in der zugrunde liegenden Arbeit eine Präventionsmaßnahme für die sekundäre Zielgruppe der jugendlichen Spieler entwickelt (vgl. PINQUART, SILBEREISEN 2007, S. 61; RÖHRLE, SOMMER 1999, S. 162).

Durch die hauptsächlich negative Berichterstattung über diese Computerspiele, für die die Artikelüberschrift „Ork statt Haschisch“ beispielhaft steht (vgl. DEGGERICH, REPKE 2007), und durch die unterschiedlichen Botschaften verschiedener Wissenschaftler und Medienexperten steigt die allgemeine Unsicherheit und werden Ängste im Zusammenhang mit der Onlinesucht bzw. den MMORPGs in der Öffentlichkeit geschürt. Dies darf nicht Ziel einer gesundheitlichen Aufklärung sein. Stattdessen muss ein angemessener Umgang und Kontrolle dieses Mediums erreicht werden (vgl. BERGMANN 2000, S. 11–12; GRÜSSER, THALEMANN 2006, S. 12).

Das Ziel der Bachelorarbeit war die Erstellung einer Informationsbroschüre zu der Thematik Onlinesucht, verursacht durch MMORPGs. Bei der primären Zielgruppe handelt es sich um die Eltern möglicher Betroffener. Die Broschüre beinhaltet vier Themenbereiche. Einen allgemeinen Informationsteil, eine Beschreibung des ausgewählten MMORPGs „World of Warcraft“ und der davon ausgehenden Faszini-

nationskraft, Warnsignale einer nicht mehr normalen Nutzung und Vorschläge zum positiven Umgang mit derartigen Spielen. Außerdem werden Vorschläge zur Veränderung der Lebensbedingungen zur Suchtvorbeugung gegeben. Dabei ist die Broschüre als Unterstützung anderer präventiver Maßnahmen gedacht. Sie soll zum einen das Problembewusstsein in der Öffentlichkeit fördern und Unsicherheiten und Ängste, die mit dieser Thematik zusammenhängen, mindern. Zum anderen soll das Computerspielverhalten der Jugendlichen durch die Veränderung des Verhaltens der Eltern und des sozialen Umfelds positiv beeinflusst werden.

2. Virtuelle Welten der Mehrspieler-Onlinerollenspiele und ihre Faszinationskraft

2.1 Mehrspieler-Onlinerollenspiele

Bei Onlinerollenspielen wie „World of Warcraft“ handelt es sich um hochkomplexe virtuelle Welten (vgl. FRITZ 1985, S. 77). In diesen virtuellen Welten kann der Spieler agieren, mit Menschen weltweit in Kontakt treten und sie zur Kommunikation untereinander nutzen. Jede Tätigkeit wird in Echtzeit übertragen, denn diese Spiele können ausschließlich online gespielt werden (vgl. POITZMANN 2007, S. 47). Bekannte Welten, wie die mediale Welt des Fernsehschwerers, unterscheiden sich von virtuellen Welten, weil man in letzteren aktiv am Geschehen teilnimmt. Außerdem erweckt erst die Präsenz des Computerspielers diese Welten zum Leben (vgl. FRITZ 2003, S. 18). Grenzen lösen sich in der virtuellen Welt auf. Durch die Nutzung einer Spielfigur und die zeitweise Identifikation mit dieser können beispielsweise das reale Geschlecht und die Nationalität in den Hintergrund rücken (vgl. WILD 2007, S. 68). In diesen Welten ist fast alles möglich. Man kann seinen Charakter dem eigenen angleichen, aber sich auch in andere Rollen und Identitäten hineinversetzen. FRITZ (2003) nennt diese virtuellen Welten „Wunschwelten“. Man kann sie zu jeder Zeit betreten, seine Bedürfnisse in ihnen befriedigen und sie wieder verlassen (ebd., S. 18). Diese Welten werden durch die Entwickler ständig erweitert. Es werden neue Aufgaben, Figuren und Spielumgebungen hinzugefügt, um die Spielmotivation über den längstmöglichen Zeitraum aufrechtzuerhalten. Daraus folgt, dass Spieler, die die aktuellsten Spielabenteuer erleben wollen, sehr viel Zeit investieren und regelmäßig am Spielgeschehen teilnehmen müssen.

Im Gegensatz zu Offlinespielen ist zum Lösen der anspruchsvollen Aufgaben eine Spielergruppe notwendig. Auf dem Markt existiert eine Vielzahl unterschiedlicher MMORPGs, welche sich in gewissen Spielmechanismen unterscheiden, doch ist der Aufbau vergleichbar. „World of Warcraft“ ist in dieser Reihe das am häufigsten gespielte Rollenspiel. Erstmals wurde „World of Warcraft“ 2004 in Nordamerika, Aus-

tralien und Neuseeland veröffentlicht. Darauf folgten 2005 Europa, Korea, das chinesische Festland, Hongkong, Macau, Singapur, Malaysia und Thailand. Es ist derzeit in sieben Sprachen spielbar (vgl. <http://eu.blizzard.com/de/inblizz/profile.html>).

2.2 Faszinationskraft der Spiele

Onlinerollenspiele, aber auch Computerspiele im Allgemeinen faszinieren Millionen von Jugendlichen. Es gibt verschiedene Gründe, welche Jugendliche dazu veranlassen, einen Großteil ihrer Freizeit mit dem Spielen am Computer zu verbringen:

- *Abbau negativer Gefühle*

Primäre Motivationsquellen sind zum Beispiel der Abbau negativer Emotionen und Langeweile. Eine Befragung von FRITZ (2003a) hat gezeigt, dass Langeweile einen maßgeblichen Grund darstellt, dass Jugendliche Computer spielen. Der Computer wird zum Füllmedium (vgl. ebd., S. 3). Diese Art der Beschäftigung benötigt kaum Zeit zur Vorbereitung – Computer an, einloggen, fertig.

Ein weiterer Spielanlass ist die Erzeugung eines Zustandes der Entspannung und der Abbau negativer Gefühle wie Wut, Ärger, Stress, Frust, Enttäuschung usw. (vgl. GRÜSSER, THALEMANN 2006, S. 26; FRITZ 2003a, S. 4). Durch die verstärkte Konzentration auf das Spielgeschehen können belastende Ereignisse und Gefühle für einen gewissen Zeitraum verdrängt werden. In der Befragung von FRITZ (2003a) sagte eine Schülerin sehr treffend: „Bei Stress spiele ich. Weil das, wie gesagt, das lenkt ja ab. Wie Fernsehen. Wenn man da hinguckt, lenkt einen das völlig ab. Also, wenn ich zum Beispiel Streit zu Hause hab', setze ich mich immer davor. Das lenkt total ab (Schülerin, 16 Jahre)“ (FRITZ 2003a, S. 4).

- *Erfolge und Anerkennung*

Der bestehende Leistungsdruck in der heutigen Gesellschaft kann zu einem verstärkten Interesse an Computerspielen führen, da anfänglich Leistungen gerade in Onlinespielen schnell und einfach zu erreichen sind. Leistungserbringung und die Spielkontrolle sind nach FRITZ (2003b) Kernmotivationen für den Computerspieler. Wenn ein Spiel beherrschbar ist und Leistungen erkennbar sind, steigt die Motivation (ebd., S. 4). Das kann so weit gehen, dass die Spielfigur zu einem Teil des Spielers wird und er vollkommen in dieser Tätigkeit aufgeht (vgl. FRITZ 2003a, S. 6).

- *Flow-Theorie*

Als Erklärungsmodell für das vollständige Abtauchen in diese Spiele wird von FRITZ (2003a) und POITZMANN (2007) die Flow-Theorie des amerikanischen Psychologen

Mihhaly CSIKSZENTMIHALY (1965) herangezogen. Dabei kommt es beim Spielen weder zu einer Über- noch zu einer Unterforderung – die Tätigkeit wird als „fließend“ erlebt (vgl. POITZMANN 2007, S. 64). Die Aktivität ist dann aus sich selbst heraus motivierend (vgl. SPADA 2006, S. 535). FRITZ (2003a) entwickelte zusätzlich das Lust-Frust-Modell. Dieses Modell ergänzt das Gefühl des Flows durch die Frustrationsspirale, welche von einer negativ emotionalen Motivationssteigerung ausgeht. Der Spieler steigert die Konzentration und erhöht die Spielzeit, um die zu diesem Zeitpunkt nicht vollendeten Spielziele zu erreichen (vgl. FRITZ 2003a, S. 12–13).

- *Identität neu gestalten*

Wie schon beschrieben, bieten virtuelle Welten die Möglichkeit, sich selbst neu zu erfinden. Die Faszination besteht dann darin, diese Rollen auszuleben, die in der realen Welt nicht lebbar sind – ein Held zu sein, stark und mutig. Diese neue Identität ist frei von Alltagsproblemen und kann vom Spieler nach eigenen Wünschen individuell gestaltet werden, das heißt ob dick oder dünn, böse oder gut – fast alles ist möglich. Die Befragung, die POITZMANN (2007) durchgeführt hat, zeigte genau das: Spieler wollen Facetten ausleben, die sie im realen Leben nicht befriedigen können. Grenzen des realen Lebens werden überwunden. Es ist möglich, ein anderes Geschlecht anzunehmen oder mit Spielern aus der ganzen Welt in Konkurrenz zu treten (ebd., S. 31).

- *Spielen in Gruppen*

Erwähnt wurde bereits die Endlosigkeit als Besonderheit von MMORPGs. Die regelmäßige Weiterentwicklung der Spielwelten und das Spielen in Gruppen führen unter anderem dazu, dass Spielgemeinschaften entstehen, welche über Jahre aufrechterhalten werden. Beim Lösen von Aufgaben ist häufig eine Vielzahl von Spielern, welche aufeinander abgestimmt sind, nötig. Diese müssen zu einer verabredeten Zeit online sein. Wenn ein Spieler häufiger fehlt, geht er das Risiko ein, aus der Gruppe entfernt zu werden. Dies zeigt, dass die Spielmechanik zum gemeinsamen Spielen zwingt (vgl. LOBER 2007, S. 10). Die geforderte schriftliche und sprachliche Kommunikation vertieft oberflächliche Spielerbekanntschaften und kann zu virtuellen Freundschaften führen. In diesem Fall werden auch andere Themen neben dem Spielinhalt besprochen. Häufig geht es so weit, dass Treffen im realen Leben vereinbart werden. Durch die sozialen Netzwerke werden im Spiel erbrachte Leistungen anerkannt und bewundert.

- *Bezug zur realen Welt*

Einzelne Bezugspunkte zur realen Welt wie diese sozialen Netzwerke (die Spielergemeinschaft) und erhaltene Belohnungen wie Gold oder Gegenstände ermöglichen

es dem Spieler, real empfundene Leistungen zu erbringen, obwohl es sich um virtuelle Erfolge handelt und diese nicht direkt in die reale Welt übertragbar sind (vgl. POITZMANN 2007, S. 63). Die Faszinationskraft der Onlinewelten kann oft weit über das eigentliche Spiel hinausreichen. In Foren (ein virtueller Platz zum Austausch von Gedanken, Meinungen und Erfahrungen) werden unter anderem Spieltaktiken und der Wert von virtuellen Gegenständen diskutiert (vgl. <http://www.wow-forum.com/de>). Es werden selbst geschriebene Musik und Filme geschaffen und im Internet der Öffentlichkeit präsentiert. Ein Beispiel hierfür sind die Filme und Hörspiele Allimania, welche von einer Gruppe von Spielern gestaltet und im Internet veröffentlicht werden (vgl. http://www.wowszene.de/e107_plugins/content/content.php?content.32).

Die Faszinationskraft der MMORPGs ergibt sich aus der Gesamtheit dieser Aspekte, aus der jeder Spieler seine individuelle Motivation zieht.

2.3 Spielerbeschreibung

Was ist ein typischer Computerfreak, und wer genau spielt Onlinerollenspiele? Sicher ist, dass die verbreitete Vorstellung eines Computerfreaks als ein männlicher junger Erwachsener, welcher entweder stark über- oder untergewichtig ist, eine Brille trägt und unsaubere Haut hat, nicht mehr zutrifft. Die Studie zum Thema „Warum spielen Menschen in virtuellen Welten“, welche von CYPRA (2005) durchgeführt wurde, zeigte, dass das Durchschnittsalter von Onlinerollenspielern ca. 22,5 Jahre ist. Der Anteil an weiblichen Spielern beträgt 7,1 %, wobei der Altersdurchschnitt bei weiblichen Spielern signifikant höher ist (S. 62). Die am stärksten vertretene Spielergruppe ist mit 34,5 % die der Schüler. Darauf folgen mit jeweils 17 % Angestellte und Studenten. Der Bildungsgrad ist im Durchschnitt eher hoch. 59,3 % der Schüler besuchen das Gymnasium, und die Hälfte der Nichtschülergruppe hat die Schule mit dem Abitur oder einem höherwertigen Abschluss beendet. Nach eigenen Aussagen sehen sich alle befragten Rollenspieler in der „oberen Mittelschicht“ (S. 65–66). Diese Daten werden nur zum Teil durch die Ergebnisse von REICHELT (2007) bestätigt. Besonders die Zahl der Schüler ist in dieser Studie mit 44,5 % signifikant höher (S. 58). Das zeigt sich auch in der Altersstruktur. Das meistgenannte Alter liegt hier bei 18 Jahren, die Gruppe der unter 20-Jährigen betrug 55,1 % (S. 57). Der Anteil an weiblichen Spielern ist mit 7,6 % höher als bei CYPRA (2005, S. 58). Der Trend, dass das Durchschnittsalter in den letzten Jahren sinkt, zeigt sich auch in der von WIMMER (2007) durchgeführten Befragung mit dem Thema „Onlinespieler in Deutschland 2007 – Befunde einer repräsentativen Befragungsstudie“. WIMMER (2007) hat ebenfalls festgestellt, dass die größte Spielergruppe aus jungen männlichen Personen besteht. Im Gegensatz zu REICHELT (2007) und CYPRA (2005) ist der Anteil an weiblichen

Spielern bei ihm allerdings sehr viel höher. WIMMER (2007) stellt ferner fest, dass gerade „World of Warcraft“ vielen Menschen Onlinespiele nähergebracht hat und dass dieses Spiel gerade bei Frauen sehr beliebt sei (vgl. WIMMER 2007). Insgesamt ist festzuhalten, dass es einen typischen Onlinerollenspieler nicht gibt. Die Gruppe der Schüler und jungen Spieler wird immer größer, und die Zahl wird durch Mund-zu-Mund-Propaganda, technischen Fortschritt sowie neue Marketingstrategien der Herstellerfirmen noch steigen. Dies macht die Aufklärung über mögliche Gefahren, aber auch über Nutzungsmöglichkeiten unabdingbar.

3. Auswertung der Mehrspieler-Onlinespiele

3.1 Suchtpotenzial der Onlinerollenspiele

FRITZ (1985) erkannte die von vernetzten virtuellen Welten ausgehende Gefahr einer Suchtentstehung sehr früh. Er äußerte die Befürchtung, dass durch die immer bessere Vernetzung virtuelle Welten erschaffen werden, in denen Spieler sich verlieren können und sich eine neue Identität und Lebenswelten schaffen (S. 63). Heute wird den MMORPGs die größte Suchtgefahr zugeschrieben. Die Studie von CYPRA ergab, dass 5 % der Befragten eine Suchtproblematik aufwiesen. Weitere 21 % wurden als gefährdet angesehen (S. 78). Die wissenschaftliche Forschung zu dieser Thematik steht noch am Anfang. Es ist nicht klar, wie viele aktive Spieler eine Suchtproblematik entwickelt haben oder entwickeln werden und welche Folgeschäden ein solches Verhalten nach sich zieht. Sicher kann nur festgestellt werden, dass bestimmte technische Voraussetzungen bestehen, die die Entstehung einer Suchtproblematik wahrscheinlich werden lassen: Headset, Kamera, Spielplattformen usw. (vgl. GRÜSSER, THALEMANN 2006, S. 33–35).

Wenn das Suchtpotenzial einzelner Computerspiele betrachtet wird, muss dieses aus verschiedenen Perspektiven geschehen. Neben dem Spiel sind auch die Nutzungsmotive des Spielers ein wesentlicher, wenn nicht der wichtigste Faktor, welcher zu einer Suchtentwicklung führen kann. Dies zeigen auch BERGMANN'S Ausführungen. Er geht davon aus, dass nicht das Spiel die Onlinesucht auslöst, sondern dieses als Ersatzbefriedigung für nicht erfüllte Bedürfnisse in der realen Welt genutzt wird. Somit werden Jugendliche abhängig, weil ihnen in realen Welten klare Strukturen, Abenteuer, Ziele, Vorbilder und Leistungen oder Erfolgserlebnisse fehlen (vgl. BERGMANN 2000, S. 126–129).

Zu welchem Zeitpunkt wird aber normaler zu exzessivem Spielkonsum? Um sich der Problematik zu nähern, muss beschrieben werden, was als „normaler Konsum“ verstanden werden kann. Einige Jugendliche nutzen den Computer mehrere Stun-

den am Tag, sind aber nicht süchtig. Das heißt, dass dieser exzessive Konsum weder dazu führt, dass reale Verpflichtungen vernachlässigt werden, noch dass eine Verringerung des Spielkonsums zu psychischen oder physischen Entzugserscheinungen führt. Außerdem besteht häufig das Problem, dass die Faszination und Zeitintensität dieser Freizeitbeschäftigung nicht nachvollziehbar ist. Dies ist auch dadurch bedingt, dass zum Beispiel Eltern mit anderen Medien aufgewachsen sind. Daraus folgt, dass hauptsächlich ein erhöhter Konsum verunsichert und schnell der Eindruck entsteht, dass Kinder unter einer Onlinesucht leiden, ohne dass sich mit dieser Problematik auseinandergesetzt wurde. Die Frage ist, ab welchem Zeitpunkt man von einer beginnenden Suchtproblematik sprechen kann (vgl. AUFENHANGER 2004, S. 13). Schaut man sich die oben beschriebene Faszinationskraft und die Spielmechanik an, zeigt sich, dass die Zeit nur selten auf eine Suchtproblematik oder Gefahr hinweist.

Ausschlaggebend ist eher die Funktion, für die das Spiel genutzt wird (vgl. GRÜSSER, THALEMANN 2006, S. 34). Problematisch ist es, wenn diese Spiele ausschließlich zur Entspannung, Stressbewältigung und Problemverdrängung benutzt werden. Ein weiterer Übergang zur Sucht besteht, wenn der Spieler das Gefühl bekommt, den realen Anforderungen nicht mehr zu genügen. Die Folge ist, dass das „Alter Ego“ (die Spielfigur) realer wird als die Person selbst (vgl. BERGMANN 2000, S. 63). Wie schon aufgezeigt, können Bedürfnisse im Spiel befriedigt werden. Zu einer Sucht wird diese Bedürfnisbefriedigung ab dem Zeitpunkt, wenn außer den Grundbedürfnissen wie Essen und Trinken alle weiteren Lebensbedürfnisse in der virtuellen Welt befriedigt werden.

3.2 Onlinesucht

Das erste Mal wurde die Internetsucht/Onlinesucht Mitte der Neunzigerjahre als „Internet Addiction Disorder“ begrifflich gefasst, und es wurden erste Theorien veröffentlicht. Hans ZIMMERMANN führte 1998 die erste Studie zur Internetsucht in Deutschland durch. Es folgten weitere Studien und Fachdiskussionen, doch sind sich die Wissenschaftler bis heute nicht einig, ob eine spezifische Onlinesucht existiert (vgl. SCHMIDT, ZIMMERMANN 2000, S. 3–5). Daraus folgt, dass die Onlinesucht kein anerkanntes Krankheitsbild ist und aus diesem Grund noch keine allgemeingültigen Merkmale und Kriterien entwickelt und veröffentlicht wurden. Stattdessen fällt auf, dass zum jetzigen Zeitpunkt eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen und Merkmalsbeschreibungen entwickelt wurden (vgl. HAHN, JERUSALEM 2001, S. 2–4).

Wird von Onlinesucht als einem neuartigen Phänomen ausgegangen, kann von dieser allgemein gesprochen werden, wenn das Medium Internet exzessiv genutzt wird und das reale sich dem virtuellen Leben unterordnet (vgl. <http://www.onlinesucht.de>). Versucht man die Onlinesucht genauer zu definieren, fällt auf, dass verschiedene Ausprägungen beschrieben werden können. Dies sind unter

anderem Onlinesexsucht, Onlinekaufsucht, Onlinecomputerspielsucht, Sucht nach Onlinebekanntschaften/-beziehungen (vgl. http://www.netaddiction.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=85, HILPERT, S. 8). Die Gemeinsamkeit liegt in der Notwendigkeit der Nutzung des Internets für die Ausführung der verschiedenen Tätigkeiten.

Der Übergang von exzessiver Internetnutzung zu einem Suchtverhalten kann als fließend beschrieben werden und ist aufgrund fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht allgemeingültig definiert. Beispiele für Folgen einer Onlinesucht, verursacht durch MMORPGs, sind die nachfolgenden sieben Kriterien, die von GRÜSSER und THALEMANN (2006) entwickelt wurden und sich an den Merkmalen der substanzabhängigen Suchtproblematik orientieren.

1. Einengung der Verhaltensmuster: Das Computerspiel entwickelt sich zur wichtigsten Aktivität für den Betroffenen. Die Gedanken werden vom Spielen dominiert (die Gedanken kreisen nur um diese Thematik, verzerrte Gedanken in Bezug auf das Spiel entstehen). Es entsteht ein unstillbares und unwiderstehliches Verlangen zu spielen, und es kommt zu einer Vernachlässigung sozial erwünschter Verhaltensweisen.
2. Regulation von negativen Gefühlszuständen (Affekten): Durch die vom Computerspielen erzeugten positiven Gefühle werden negative Gefühle aus dem Bewusstsein verdrängt.
3. Toleranzentwicklung: Nur durch regelmäßige Verlängerung der Nutzungsfrequenz des Computerspielens kann die gewünschte Wirkung konstant erreicht werden.
4. Entzugserscheinungen: Zittern, Unruhe, Schwitzen und Nervosität treten auf, wenn der Computer nicht genutzt werden kann oder die Spielzeit zu kurz war.
5. Kontrollverlust: Dem Spieler ist es nicht mehr möglich, den Computerkonsum zeitlich zu kontrollieren.
6. Rückfall: Es kommt zu einer Wiederaufnahme des Suchtverhaltens nach einer Zeit der Abstinenz oder nach zeitlich kontrolliertem Computerspielen.
7. Schädliche Konsequenzen: Durch den Spielkonsum kommt es zu negativen zwischenmenschlichen Konfrontationen und beim Spiel selbst zu innerpsychischen Problemen (vgl. GRÜSSER, THALEMANN 2006, S. 32).

3.3 Lernmöglichkeiten

Computerspiele werden, obwohl Jugendliche mit dem richtigen Umgang einen Gewinn aus ihnen ziehen können, hauptsächlich unter dem negativen Aspekt der schädlichen Konsequenzen beleuchtet (vgl. GRÜSSER, THALEMANN 2006, S. 16). Diese Welten bergen auch Lernpotenzial. Der Spieler kann sich in Grenzen weiterentwi-

ckeln und Kompetenzen aneignen, die theoretisch in das reale Leben übertragbar sind (vgl. BERGMANN 2000, S. 41). Aus diesen Gründen sollen auch an dieser Stelle positive Effekte beispielhaft aufgezeigt werden, wobei diese empirisch noch nicht nachgewiesen sind (vgl. FRITZ 1995, S. 13).

Computerspiele können zur Förderung von Problemlösefähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und zur Ausbildung von Konfliktlösungsstrategien beitragen (vgl. FRITZ 1995, S. 13). Die Risikobereitschaft könnte steigen, da die Spieler im Spiel die alleinige Verantwortung für ihr Agieren tragen und wie auch im realen Leben das Ergebnis nicht vorhersehbar ist. Im Spiel handelt die Person ohne direkte Kontrollinstanz. Sie muss die volle Verantwortung für das individuelle Handeln tragen. Diese Tatsache zwingt dazu, die notwendige Disziplin zum Erreichen von Spielzielen aufzubringen (vgl. BERGMANN 2000, S. 132). In schwierigen Spielsituationen kann die Person lernen, mit Stresssituationen umzugehen. Diese Stressbewältigungsstrategien können dann in das reale Leben übertragen werden. Obwohl die Gefahr besteht, dass Computerspielen zu einer Isolation führt, spielen häufig Menschen miteinander, welche sich aus dem realen Leben kennen. Zeitweise treffen sich ganze Familien zur Freizeitgestaltung im Netz (vgl. FRITZ 1995, S. 13–14).

4. Ziel der Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen

Internet und Computerspiele sind aus dem alltäglichen Leben nicht mehr wegzudenken. Sie sind ein Teil der heutigen Gesellschaft. Aufgrund dessen sollte das Ziel von Präventionsmaßnahmen nicht das Verbot solcher Spiele, sondern ihre kontrollierte und kreative Nutzung sein. Das heißt, die Gefahren müssen bekannt sein und die Medienkompetenz gefördert werden. Die Gesundheitsaufklärung ist eine Methode zur Prävention von Onlinesucht und nutzt die Informationsvermittlung. Es soll Wissen vermittelt werden, das Personen dazu befähigt, ihr Gesundheitsverhalten selbstständig positiv zu verändern. Das heißt, dass mit entsprechenden Informationen der Wille und die Motivation entstehen, ein Verhalten zu ändern (vgl. VÖGELE 2007, S. 293).

4.1 Gesundheitsaufklärung

Der erste Schritt ist die umfassende Information zu diesem Thema. Dabei ist zu beachten, welche Botschaft vermittelt werden soll, denn auf die Onlinesucht bezogen kann eine einseitige Berichterstattung über mögliche Gefahren und Folgeschäden zu einer Verstärkung der Angst im Umgang mit den Neuen Medien führen (vgl. BERGMANN 2000, S. 11–12). Stattdessen sollte ein ganzheitliches Bild zur kreativen und sicheren Nutzung von Computer und Internet geschaffen werden. Dazu gehören allgemeine Informationen zum Internet wie zum Beispiel Funktionen sowie

Sicherheits- und Kontrollprogramme und zu den einzelnen Computerspielen beispielsweise Altersbeschränkungen, Spielmechanik und pädagogische Einschätzung der Inhalte. Diese Informationen können helfen, den Spielkonsum zu kontrollieren, und führen gleichzeitig auch zu einem besseren Verständnis für diese Art der Freizeitgestaltung, wodurch der Austausch und die Absprache mit Jugendlichen über ihre Nutzungsgewohnheiten verbessert werden. Die Suchtgefahr muss verdeutlicht werden durch die genaue Benennung der Kriterien und der möglichen physischen und psychischen Folgeerkrankungen, damit gewährleistet ist, dass diese erkannt und damit behandelt werden können. Um frühzeitig in die Entwicklung einer Sucht eingreifen zu können, sollten Warnsignale beschrieben werden, welche den Übergang von einem normalen zu einem exzessiven Konsum kennzeichnen. Dies hat eine besondere Bedeutung, da häufig die Gefahr alleinig an dem aufgewendeten Zeitaufwand beim Spielen gemessen wird.

Wie schon unter dem Abschnitt 3.3 aufgezeigt, bieten Spiele auch Möglichkeiten der Weiter- und Kompetenzentwicklung. Darum kann eine Einführung in die Spielmechanik und in den Aufbau von virtuellen Welten Eltern und Berufsgruppen, welche mit Jugendlichen arbeiten, helfen, neben den Gefahren die möglichen positiven Potenziale zu erkennen und diese gegebenenfalls zu nutzen. Vorschläge und Hinweise zur Gestaltung und Kontrolle des Nutzungskonsums können zu einer Minimierung einer möglichen Suchtentstehung führen und direkt in den Alltag umgesetzt werden. Ein Beispiel für eine Informationsbroschüre ist die hier zugrunde gelegte Arbeit.

4.2 Einbettung der Gesundheitsaufklärung in praktische Maßnahmen

Zu einer ganzheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung sollte diese Informationsweitergabe mit anderen Maßnahmen verbunden werden. Beispiele dafür sind Elternabende, bei denen Spiele auch ausprobiert werden können und aktive Spieler mögliche Fragen beantworten. Außerdem sollten aufgrund der Annahmen, dass der Computer als Füllmedium oder als Belohnungssystem genutzt wird, Möglichkeiten für Jugendliche geschaffen werden, welche ihnen helfen, ihre Freizeit im realen Leben abwechslungsreicher zu gestalten. Real erbrachte Leistungen sollten immer anerkannt und gewürdigt werden. Letztendlich ist das Ziel, die reale Welt lebenswert zu gestalten und auf diese Weise den Reiz, in virtuelle Welten auf Dauer einzutauchen, zu verringern.

5. Fazit

Obwohl die Problematik der möglichen Entstehung einer Onlinesucht, unter anderem ausgelöst durch MMORPGs, zurzeit in den Medien und unter Experten diskutiert wird, sind bislang nur wenig Informationsmaterialien entwickelt worden. Außerdem

werden die vermittelten Informationen meist sehr einseitig dargestellt. Anstatt auf die frühzeitige Prävention, auf die positiven Merkmale und das Nutzungspotenzial dieser Spiele bzw. der Computerspiele im Allgemeinen einzugehen, werden hauptsächlich die möglichen Folgeschäden, die durch das exzessive Computerspielen entstehen können, und das hohe Suchtpotenzial beschrieben. Damit der Computer und entsprechende Spiele als eine reguläre Beschäftigung anerkannt, die Suchtgefahr minimiert und deren Potenziale genutzt werden können, ist anzustreben, die positiven wie die negativen Seiten zu beschreiben.

Die Zahl der Onlinespieler in Deutschland wächst stetig. Man kann davon ausgehen, dass schon an die hunderttausend Menschen ein süchtiges Verhalten zeigen (vgl. BERGMANN, HÜTHER 2006, S. 44). Gleichwohl ist Onlinesucht zu diesem Zeitpunkt weder bestätigt noch einheitlich beschrieben. Aus diesem Mangel heraus wurde in einem Antrag zum Thema „Medienabhängigkeit bekämpfen – Medienkompetenz stärken“ vom 23. Januar 2008 von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und verschiedenen Abgeordneten unter anderem gefordert, dass

- 1) die Problematik der Onlinesucht stärker in den Fokus der wissenschaftlichen Forschung gerückt wird,
- 2) es zu einer Anerkennung der Onlinesucht als nicht stoffgebundener Sucht kommen muss und
- 3) diese in Aus- und Weiterbildung von Beratungs- und Therapieberufen als Krankheitsbild integriert wird.

Der Bundestag hat diesen Antrag abgelehnt. Somit werden bis heute weder die Forschung noch die Maßnahmenentwicklung gefördert. Doch zeigt sich in den Stellungnahmen der einzelnen Fraktionen und Ausschüsse, dass die Notwendigkeit erkannt wird, eine Anerkennung anzustreben und Maßnahmen folgen zu lassen (vgl. Deutscher Bundestag 2008).

Literaturverzeichnis

- AUFENANGER, Stefan (2004): Der Familien-PC, Spaß beim Lernen mit dem Computer für 5- bis 10-Jährige. Berlin.
- BERGMANN, Wolfgang (2000): Computer machen Kinder schlau. Was Kinder beim Computerspielen sehen und fühlen, denken und lernen. München.
- BERGMANN, Wolfgang; HÜTHER, Gerald (2006): Computersüchtig. Kinder im Sog der modernen Medien. Düsseldorf.
- CYPRA, O. (2005): Warum spielen Menschen in virtuellen Welten? Eine empirische Untersuchung zu Online-Rollenspielen und ihren Nutzern. Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Diplom-Soziologen. Mainz. URL: <http://www.staff.uni-mainz.de/cyprao/arbeit.html> (Stand: 2. Mai 2009).

- DEGGERICH, Markus; REPKE, Irena (2008): Ork statt Haschisch. In: Der Spiegel: Nr. 1. URL: http://www.zimannheim.de/fileadmin/user_upload/pdfdateien/presse08/spielsucht_spiegel_2008-1.pdf (Stand: 17. Juni 2008).
- DEUTSCHER BUNDESTAG (2008): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Kultur und Medien (22. Ausschuss) zu dem Antrag der Abgeordneten Grietje Bettin, Dr. Harald Terpe, Ekin Deligöz und weiterer Abgeordneter der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Medienabhängigkeit bekämpfen – Medienkompetenz stärken. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/113/1611371.pdf> (Stand: 11. Oktober 2009).
- FRITZ, Jürgen (1985): Im Sog der Videospiele. Was Eltern wissen sollen. München.
- FRITZ, Jürgen (1995): Empirische Annäherung und Wirkung von Bildschirmmedien. Weinheim und München.
- FRITZ, Jürgen (2003): Über die Wahrnehmung und kognitive Verarbeitung realer und medialer Ereignisse. In: FRITZ, Jürgen; FEHR, Wolfgang (Hrsg.): Computerspiele. Virtuelle Spiel- und Lernwelten. Bonn.
- FRITZ, Jürgen (2003a): Zwischen Frust und Flow. Vielfältige Emotionen begleiten das Spielen am Computer. In: FRITZ, Jürgen; FEHR, Wolfgang (Hrsg.): Computerspiele. Virtuelle Spiel- und Lernwelten. Bonn.
- FRITZ, Jürgen (2003b): Warum eigentlich spielt einer Computerspiele. In: FRITZ, Jürgen; FEHR, Wolfgang (Hrsg.): Computerspiele. Virtuelle Spiel- und Lernwelten. Bonn.
- GRÜSSER, Sabine M.; THALEMANN, Ralf (2006): Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe. Bern.
- HAHN, André; JERUSALEM, Matthias (2001): Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. URL: http://psilab.educat.hu-berlin.de/ssi/publikationen/internetsucht_2001a.pdf (Stand: 2. Mai 2009).
- HILPERT, Wolfram: Reiz und Risiko von Computerspielen. URL: <http://www.bundespruefstelle.de/bmfsfj/generator/bpjm/redaktion/PDF-Anlagen/reiz-und-risiken-von-computerspielen,property=pdf,bereich=bpjm,sprache=de,rwb=true.pdf> (Stand: 2. Mai 2009).
- LOBER, Andreas (2007): Virtuelle Welten werden real. Second Life, World of Warcraft & Co. Faszination, Gefahren, Business. Hannover.
- PINQUART, Martin; SILBEREISEN, Rainer K. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: HURRELMANN, Klaus; KLOTZ, Theodor; HAISCH, Jochen (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 61–69.
- POITZMANN, Nicola (2007): Sucht nach virtuellen Welten? Aufbau und Wirkung des Online-Rollenspiels EverQuest. Marburg.
- REICHELT, Benjamin (2007): Faszination World of Warcraft. Unveröff. Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- RÖHRLE, Bernd; SOMMER, Gert (1999): Prävention und Gesundheitsförderung. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung (Band 4). Tübingen.
- SCHMIDT, Harry; ZIMMERMANN, Thomas (2000): Macht Internet süchtig? Internetsucht und Online-Beratung. URL: <http://visor.unibe.ch/WS00/Internet/protokolle/internetsucht.pdf> (Stand: 2. Mai 2009).

SPADA, Hans (2006): Lehrbuch: Allgemeine Psychologie. Bern.

VÖGELE, Claus (2007): Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: KERR, Jacqueline; WEITKUNAT, Rolf; MORETTI, Manuel (Hrsg.): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. München und Jena, S. 293–312.

WIMMER, Jeffrey (2007): Studie über Online-Rollenspieler. Der Gamer – kein unbekanntes Wesen. In: *stern.de* vom 15. Oktober 2007. URL: [http://www.stern.de/computer-technik/computer/:Studie- %FCber-Online-Spieler-Der-Gamer-Wesen/599997.html](http://www.stern.de/computer-technik/computer/:Studie-%FCber-Online-Spieler-Der-Gamer-Wesen/599997.html) (Stand: 2. Mai 2009).

Internetquellen

Die Internetquellen sind in der Reihenfolge des Auftretens in der Arbeit geordnet.

<http://eu.blizzard.com/de/inblizz/profile.html> (Stand: 2. Mai 2009)

<http://www.wow-forum.com/de/> (Stand: 2. Mai 2009)

http://www.wowszene.de/e107_plugins/content/content.php?content.32 (Stand: 2. Mai 2009)

<http://www.onlinesucht.de/> (Stand: 10. Oktober 2009)

http://www.netaddiction.com/index.phpoption=com_content&view=article&id=62&Itemid=85 (Stand: 10. Oktober 2009)

Autorenverzeichnis

- Ahrens, Laura: Bachelor of Science der Fachhochschule Bielefeld in Pflege und Gesundheit mit Vertiefung in Beratung, Studentin im Masterstudiengang „Berufspädagogik für Gesundheitsberufe“, geb. 1980.
- Anton, Walter: Master of Arts (M. A.), Dipl.-Berufspädagoge (FH), Gesundheits- und Krankenpfleger, geb. 1975. Lehrtätigkeit am Ökumenischen Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH (Offenburg). Arbeits- und Tätigkeitsfelder: Lehre in der Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Altenpflegehilfe, Integrierte Ausbildung (GUK-AP), Fort- und Weiterbildung, Curriculumentwicklung für die Integrierte HEPAP-Ausbildung, Kursleitung der Integrierten HEPAP-Ausbildung. Publikationen zu den Schwerpunkten: Gesundheitsförderung und Curriculumentwicklung.
- Bach, Tobias Michael: Dipl.-Berufspädagoge (FH), Krankenpfleger, geb. 1978, aktuell tätig in der Lehre der Gesundheits- und Krankenpflege an den Schulen für Pflegeberufe Herford/Lippe GmbH.
- Bonse-Rohmann, Mathias: Prof. Dr. rer. medic, Dipl.-Ghl., geb. 1960, Professur für das Fachgebiet: Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Berufspädagogik/Didaktik der beruflichen Bildung unter pflegepädagogischer und pflegewissenschaftlicher Perspektive; Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen. Arbeits- und Forschungsgebiete: Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung, Anrechnung beruflicher Kompetenzen, kompetenzorientierte Prüfungsdesigns in der pflegeberuflichen Bildung. <http://www.hs-esslingen.de/mitarbeiter/Mathias.Bonse-Rohmann>.
- Bröker-Brandt, Sandra: Master of Public Health (M. Sc.), Dipl.-Berufspädagogin (FH), Heilerziehungspflegerin, Dozentin im Gesundheitswesen, geb. 1978, Pädagogische Leitung eines Bildungsträgers in Minden mit den Schwerpunkten: Organisation, Personalmanagement, Fort- und Weiterbildung, Begleitung von Ganztagschulen in Minden und Bad Oeynhausen.
- Burchert, Heiko: Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Ing.-Ökonom, geb. 1964, Professur für das Fachgebiet: Betriebswirtschaftliche und rechtliche Grundlagen des Gesundheitswesens, Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, Fachhochschule Bielefeld. Arbeits- und Forschungsgebiete: Betriebswirtschaftliche und rechtliche Grundlagen des Gesundheitswesens (insbesondere Telemedizin, Rehabilitation und Pflege), Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Betriebliche Finanzwirtschaft. <http://www.fh-bielefeld.de/article/view/3763/1/1357?NavItemID=0&NavCatID=837>.
- Diendorf, Stephanie: Master of Arts (M. A.), Dipl.-Berufspädagogin (FH), geb. 1968, Krankenschwester, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Lehrerin an einer Schule des Gesundheitswesens, Projektleiterin des Projektes „Betreuung und Begleitung demenzerkrankter Menschen im Krankenhaus“ am Marien-Hospital in Bochum-Wattenscheid.

- Dietze, Katharina: Dipl.-Berufspädagogin (FH) für Pflege und Gesundheit, geb. 1978, lehrt am Institut für Gesundheitsberufe des Klinikums Bad Hersfeld neben pflegerischen und naturwissenschaftlich relevanten Themen, insb. psychologische und sozialwissenschaftliche Anteile in der Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung.
- Evers, Thomas: M. A., Dipl.-Berufspädagoge (FH), geb. 1975, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachhochschule Bielefeld. Arbeits- und Forschungsgebiete: Kompetenzverständnisse in der beruflichen Bildung, Konstruktion beruflicher Curricula, (Fach-) Weiterbildungen im Bereich der nicht ärztlichen Heilberufe, Anrechnungsmöglichkeiten beruflich erworbener Kompetenzen. Promovend der Universität Bremen im Arbeitsbereich „Curriculum- und Qualifikationsforschung“, Thema des laufenden Promotionsvorhabens: „Analyse beruflicher Kompetenzen zur Konstruktion von Curricula“.
- Hoffmann, Heike: geb. 1976, Krankenschwester, Dipl.-Berufspädagogin (FH) am Franziskus Hospital Bielefeld.
- Lau, Dirk: M. A., Dipl.-Berufspädagoge (FH) für Pflege und Gesundheit, Krankenpfleger, geb. 1971, Bereichsleitung Fort- und Weiterbildung am Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe am St. Johannisstift Paderborn.
- Nahrwold, Jörg: Dipl.-Berufspädagoge (FH), Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie, geb. 1959, Leiter der staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte und der Innerbetrieblichen Fortbildung am Johannes Wesling Klinikum Minden (Westfalen).
- Schache, Stefanie: Berufspädagogin für Pflege und Gesundheit, M. A., Krankenschwester, geb. 1978, seit 2006 beschäftigt am Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe St. Johannisstift Paderborn im Bereich der Aus- und Weiterbildung.
- Schön, Jasmin: Master of Arts (M. A.), Dipl.-Berufspädagogin (FH), Krankenschwester, geb. 1978, wissenschaftliche Lehrkraft der Berufsfachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe an der Bertha-von-Suttner-Schule in Ettlingen, freie Redakteurin sowie Dozentin von diversen Fortbildungen.
- Schwab, Andrea: Kinderkrankenschwester, Dipl.-Berufspädagogin für Gesundheitsberufe (FH), geb. 1977, derzeit Lehrtätigkeit am Bildungszentrum Franziskus Hospital Bielefeld.
- Sett, Kathrin: M. A., Dipl.-Berufspädagogin (FH), ICW-Wundexpertin, Krankenschwester, geb. 1977, Beschäftigung an einer Pflegeschule im Bereich der Ausbildung, vereinzelte Tätigkeit als Dozentin in der Weiterbildung, Kursleitung von ICW-Basisseminaren, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Bielefeld.

Stichwortverzeichnis

- Abschlussarbeit 296
 Abschlussprüfung 87
 Abschlussprüfungen 202, 204, 215
 Akademisierung 10, 21, 29, 38 f., 43, 106
 Grundständige 20
 -sbetreiber 37
 Akkreditierung 17
 Re- 24
 Altenpflege 79, 92, 101, 106,
 Ambulante Kinderkrankenpflege 275
 Anbahnung
 von Kompetenzen 68, 134, 140, 144,
 150, 233
 Anerkennung des Masterabschlusses 21
 Anerkennung von Studienleistungen 14
 Angehörigenperspektive 245
 Anrechnung 74, 83, 117, 125
 Arbeitsmotivation 224
 Arbeitsumfeld 230
 Arbeitszufriedenheit 102, 121, 224, 228
 Assessmentinstrument 208, 248
 Assessmentverfahren 247
 Aus-, Fort- und Weiterbildung 20, 121, 204
 Ausbildung 32
 Ausbildungs-
 inhalte 14, 72, 94
 qualität 20
 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung 80,
 149, 204
 Ausbildungsabschluss 124
 Ausbildungsberufe 105, 113
 Ausbildungsfonds 93

 Baden-Badener Modell 90
 Baden-Württemberg 79
 Basisqualifikation 89, 142
 Begründungsrahmen 63, 66 ff.
Beherrschungsphase 199
 Berufliche Fortbildung 223
 Berufliche Perspektiven 101
 Berufliche Weiterentwicklung 114
 Berufliche Fachrichtungen Gesundheit und
 Pflege 9
 Berufs- und Wirtschaftspädagogik 51
 Berufsabschluss 86, 89
 Berufsausbildung 20, 24
 Berufsbild 65, 137
 Berufsbildung 53, 64,
 Hochschulische 83
 Berufsbildung der Gesundheitsberufe 11
 Berufsbildungsgesetz 11, 105
 Berufsbildungssystem 88, 105
 Berufsfachschule 87
 Berufsfeld 55, 118
 Berufsgesetze 29, 149
 Berufspädagogik für Gesundheitsberufe 152
 Berufsprofil 118
 Berufsqualifikation 64, 87, 91
 Berufsqualifizierende berufspädagogische
 Bachelorstudiengänge 19
 Berufsqualifizierender Abschluss 86
 Berufswahl 101 f., 110
 Berufswahlmotive 101, 112
 Berufswahlverfahren 102
 Berufszulassung 39
 Berufszulassungsgesetze 11, 16
 Beschluss der Dekanekonferenz 19
 Beschluss der Kultusministerkonferenz 21
 Betreuung und Begleitung 244
 Betriebliche Gesundheitsförderung 20, 223
 Betriebsablauf 248
 Bildungs-
 anspruch 52, 58 f., 154
 arbeit 53
 inhalte 50, 54, 64, 143
 verständnis 54, 56
 Bildungsabschluss 85
 Bildungsbedarfsanalyse 253
 Bildungsgänge 49, 53, 55
 Bildungsinstitut für Berufe im Gesundheits-
 wesen 153
 Bildungspraxis 50
 Bildungsstreik 18, 24
 Bologna-Erklärung 83
 Bologna-Prozess 9
 Bologna-Reform 12, 14
 Bundesrepublik Deutschland 10, 31, 38, 101

- Case Management 262, 271
Case Manager 263
Copingstrategien 225
Curricula 49, 57, 72
 Konstruktion von 49
Curriculare Vorgaben 142
Curriculum 50
 -arbeit 63
 -entwicklung 52, 55, 79, 94
 -entwicklungsprozess 73
 -evaluation 72, 74
 -forschung 49, 54
 -implementierung 72
 -konstruktion 63
 -konstruktionsprozess 71
 Problemorientiertes 154
 -revision 51
- Datenauswertung 108
Demand-Control-Support-Modell 230
Demenz 244
Demenzerkrankungen 242
Demenzpflegestation 242
Demografische Entwicklung 65, 84, 150
Deutsche Demokratische Republik 10, 38
Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 83
Didaktik 68, 204
Didaktik der modernen Berufsbildung 67
Didaktische Überlegungen 233
Didaktische Zielsetzungen 205
Differenzierung 39, 65, 85, 112, 151
Differenzierungsphase 89
Dispositionen selbstorganisierten
 Handelns 207
Durchlässigkeit 83
Durchlässigkeit der Systeme 64
- Ehrenamt 277
Elternselbsthilfegruppen 262
Empathie 190, 229, 274
Empfehlende Ausbildungsrichtlinie 40
Empirische Fundierung von Curricula 54
Empirische Untersuchung 106, 133, 157
Empowerment 262
Entlassungsmanagement 269
- Ergotherapeuten 29, 39, 251
Ergotherapie 39, 45, 253
Europäische Öffnung 64
Europäischer Bildungsraum 49
Existenzangst 37
Expertenstandard 191, 264
- Fachhochschule 13, 17
Fachseminare für Altenpflege 35
Fall 203
Fallgewinnung 170, 209
Fallkonstruktion 209
Fallstudie 210
Familien- und umweltbezogene Pflege 267
Family Health Nursing 268
Farbkonzept 249
Finanzierbarkeit 117, 125
Finanzierung 93
Finanzierungsmöglichkeiten 236
Flexibilität 134, 145, 164
Flow-Theorie 288
Fortbildung
 Innerbetriebliche 224
Frontalunterricht 140 f., 167
Frustrationstoleranz 169
- Generalisierung 64
Gestaltungsprinzipien 53
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 74,
 85, 109, 124, 149, 262
Gesundheits- und Krankenpflege 79, 101,
 107, 133, 149
Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung
 143
Gesundheitsaufklärung 294
Gesundheitsberufe 31, 33, 49, 84, 101, 104
Gesundheitsfachhochschulerrichtungsgesetz
 29
Gesundheitsförderung 294
Gesundheitskompetenz 135
Gesundheitsprofessionen 264
Gesundheitswesen 29
 Schulen im 30 f., 37

- Handlungskompetenzen 83, 133, 201, 227
Pflegerische 83, 133, 177, 201, 227
- Handlungsoptionen 39
- Handlungsorientierung 181
- Handlungssituation 204
- Hauptschulabschluss 38, 109, 120
- Hauptschule 33, 87, 109
- Hebammen 29, 39, 101, 107
 -schule 30
- Hebammenwesen 110, 116, 124
- Heilerziehungspflege 63
- Heimleitung 116
- Helferberufe 229
- Hessen 142
- Hochschulabschluss 124
- Hochschule 9, 41
- Hochschulzugangsberechtigung 41
- Höherqualifizierung 125
- Integrierte Altenpflege- und Heilerziehungs-
 pflegeausbildung 63
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen 251
- Jugendliche 285
- Kinderonkologie 261
- Kompetenz
 -anforderungen 265
 Anleitungs- 223
 -bereich 22
 -entwicklung 25, 149, 168, 295
 -erwerb 125, 184
 -messung 207
 -niveau 66
-orientierung 181
 -profil 273
 -steigerung 166
-verankerung 70 f.
- Kompetenzen 23, 41, 69, 73, 104 f., 117,
 139, 149, 157, 207, 253, 268, 285
- Berufliche 207
- Edukative 44
- Fachliche 169, 225
- Förderung von 140 f., 203
- Methodische 170, 225, 274
- Personale 134, 170, 225
- Soziale 225, 274
- Sozial-kommunikative 137, 169
- Kompetenzorientierte Prüfungsinstrumente
 207
- Konstruktion 57
- Konstruktionsprozess 50, 52, 58
 Idealtypischer 59
- Konstruktionsschritte 55
- Konzept 262
- Konzeptbedarf 45
- Konzeptentwicklung 228
- Kooperation 10, 21, 40, 43, 90
- Kooperationsvorhaben 42
- Kosten 93
- Krankenhaus 85, 93, 120, 152, 223, 241
- Krankheits- und Lebensbewältigung 265
- Krebserkrankung 261
- Kriterien
 zur Konstruktion von Curricula 57
- Landeslehrplanrichtlinien 72
- Lebenslanges Lernen 114 f., 123, 153
- Lehr- und Lernarrangement 141, 214
- Lehr- und Lernprozesse 144, 204, 212
- Lehrerbildende Studiengänge 12
- Lehrerbildung 9, 10, 17, 22, 25
 Standards der 10
- Lehrkräfte 35, 101, 142
Hauptamtliche 35
Nebenberufliche 35
- Lehr-Lern-Situationen 51
- Lehrplan 50, 80, 149
 Rahmen- 142
- Lehrplaninhalte 50
- Leistungsbeurteilung 202
- Leistungsindikatoren 206
- Lernbarkeit 143
- Lernerfolg 202
- Lernerfolgskontrolle 73, 154, 201
- Lernerfolgsüberprüfungen 201
 Fallorientierte 211
- Lernergebnisse 56
- Lernfelder 57, 60, 68, 80, 105
- Lernfortschritt 206
- Lernmethode 189
- Lernmöglichkeiten 293
- Lernort Praxis 41

- Lernprozess 103, 164, 205
 Handlungsorientierter 182 f.
 Psychomotorischer 182 f.
 Transferorientierter 183
 Lernschritt 186, 234
 Lernumgebung 186
 Lernvoraussetzungen 205
 Logopäden 29, 39

 Mehrspieler-Onlinerollenspiele 287
 Methodisch-generalisierbare Fachkompe-
 tenzen 138
 Mitarbeiterbefragung 227
 Mobilität 15
 Modell 246
 -entwicklung 247
 -evaluation 254
 -implementation 247
 Modellklausel 39
 Modellprojekt 63, 88, 105
 Modellschule 153
 Modellversuch 79, 88
 Modernisierung der Berufsbildung 64
 Modularisierung 18
 Modulübersicht 234
 Motivation 121, 127, 138, 202

 Niedersachsen 108
 Nordrhein-Westfalen 29, 31, 108, 150

 Onlinesucht 292
Orientierungsphase 199
 Ostwestfalen-Lippe 42
 Outcome 208, 215

 PaBis-Studie 37,142
 Pädagogisch-psychologische Diagnostik 205
 Patientenperspektive 245
 Performanz 208
 Performanzprüfung 143
 Personalentwicklung 227
 Persönlichkeitsentwicklung 120
 Persönlichkeitsmerkmale 205
 Persönlichkeitsprinzip 53
 Perspektive des therapeutischen
 Teams 245

 Pflegeausbildung 63, 79, 152
 Generalistische 85
 Integrative 89, 153
 Integrierte 85, 105
 Kooperative 79, 86, 91
 Pflegeberatung 116
 Pflegeberufe 39, 63, 79
 Pflegemanagement 20, 38, 116
 Pflegepädagogik 20, 38
 Pflegeschulen 35
 Pflegestudiengänge 43
 Physiotherapeuten 29, 39, 251
 Physiotherapie 35, 251, 253
 Präventionsmaßnahmen 286, 294
 Praxis 42, 139, 192, 203, 244
 Praxisanforderungen 253
 Praxisanleiter 152, 155, 163, 168
 Praxisanleitung 19, 116, 156
 Praxisbegleitung 126
 Praxisfeld Pflege 83
 Praxisnetzwerk 41
 Praxisorte 30
 Praxisphasen 30
 Praxischock 118
 Praxissemester 152
 Praxissituation 189
 Prinzip der Lernspirale 154
 Problemorientiertes Lernen 149, 152
 Professionalisierung 66, 101, 122, 149
 Professionelle Unterstützung und Begleitung
 275
 Promotion 25
 Prüfungsbelastungen 16
 Prüfungsformen 82
 Prüfungsleistung
 Kompetenzorientierte 213
 Prüfungsleistungen 205
 Prüfungsmodalitäten 82, 143

 Qualifikationen 105, 202
 Qualifikationsbedarf 64
Qualifikationsbegriff 181
 Qualifikationsrahmen 74
 Qualifizierungserfordernisse 253
 Qualitätsmanagement 116, 236, 254
 Quedlinburger Beschluss zur
 Lehrerbildung 21

- Rahmenlehrpläne 142
Raumkonzept 249
Realschulabschluss 109
Realschule 87
Reduzierung des Krankenstandes 224
- Salutogenetischer Ansatz 226
Schlüsselkompetenzen 133, 140, 143
Schlüsselqualifikationen 156
Schnellschuss 45
Schnittstellenproblematik 264
Schülerzahlen 32 f.
Schulabschluss 87, 107, 162
Schultyp 32, 34
Selbstdisziplin 170
Selbstgesteuertes Lernverhalten 165
Selbsthilfegruppen 277
Selbstpflegedefizit 265
Selbstreflexion 202, 232
Sicherheitskonzept 248
Simulation 186
Simulationspatient 188
Situationsprinzip 53
Skillslab 199
Skillstrainings 184
 Aufbau des 186
Spezialisierung 67, 90, 101, 116
Spielen in Gruppen 289
Stress 228 f.
Stressbewältigung 231
Stressmanagement 228
Stresssituationen 294
Stresstheorie 231
Strukturvorgaben 16
Studienabschluss 11, 29
Studiengang
 Dualer Bachelor- 42
Studiengänge 10
 Bachelor- 13, 20, 29
 Diplom- 15
 Diplom-Medizinpädagogik 10
 Diplom-Pflegepädagogik 10, 91
 Grundständige 29
 Lehramts- 13
 Magister- 15
 Master- 13, 91
 Medizinpädagogik 124
 Pflegepädagogik 124
Suchtpotenzial 291
- Taxonomien 206
Theorie und Praxis 73, 86, 153
Theorie-Praxis-Diskrepanz 180
Theorie-Praxis-Kluft 154
Toleranz 169, 274
- Übergangsquote 18
Überprüfbarkeit 143
Überprüfung 192, 274
Übungsphase 199
Universität 15
Unternehmenskultur 226
Unterricht 11, 50, 90, 123, 133, 151, 201
Unterrichtsentwicklung 68
Unterrichtsform 158
Unterrichtsformen 170
Unterrichtsinhalte 51, 214
Unterrichtsmethoden 73, 140, 212, 214
Unterrichtspraktiken 142
Unterrichtsvorbereitung 141
Untersuchungsstichprobe 108, 161
- Vertikale Durchlässigkeit 67
- Weiterbildung 115
Weiterbildungsbereitschaft 122
Wissenschaftsprinzip 53
World of Warcraft 286
Wundassessment 190
Wundbehandlung 177
- Zielkompetenzen 69

Verzeichnis der Publikationen des BIBB zur Bildung der Gesundheitsberufe

Titel in der Schriftenreihe: „Berichte zur beruflichen Bildung“

- BECKER, Wolfgang (Hrsg.) (2006): Ausbildung in den Pflegeberufen – Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 1: Empirische Begründung, theoretische Fundierung und praktische Umsetzung der „dualisierten“ Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege, Bielefeld.
- BECKER, Wolfgang (Hrsg.) (2008): Ausbildung in den Pflegeberufen – Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 2, Bielefeld.
- BECKER, Wolfgang (Hrsg.) (2004): Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Lernzielorientiertes Curriculum für praktische und schulische Ausbildung auf der Grundlage des Berufsgesetzes für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG), Bielefeld.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2003): Berufsausbildung in der Altenpflege. Leitfaden für die praktische Ausbildung, Bielefeld.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2002): Berufsausbildung in der Altenpflege. Lernzielorientiertes Curriculum für praktische und schulische Ausbildung auf der Grundlage des Berufsgesetzes für die Altenpflege (AltPflG), Bielefeld.
- MEIFORT, Barbara (2004): Die pragmatische Utopie. Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungsberufen, Bielefeld.
- MÜNK, Dieter; SCHELTEN, Andreas (Hrsg.) (2010): Kompetenzermittlung für die Berufsbildung. Verfahren, Probleme und Perspektiven im nationalen, europäischen und internationalen Raum, Bielefeld.
- SCHARPFEL-KAISER, Franz (2008): Beruf und Zeit – Pilotstudie zum Zeiterleben in erwerbsberufen am Beispiel von Hebammen, Straßenbahnfahrern, leitenden Angestellten und Künstlern, Bielefeld.

Titel in der Schriftenreihe: „Ausbildung gestalten“

- Kaufmann im Gesundheitswesen/Kauffrau im Gesundheitswesen, Bielefeld 2002.
- Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte. Erläuterungen und Praxis-hilfen zur Ausbildungsordnung, 2. Auflage, Bielefeld 2009.
- Zahnmedizinischer Fachangestellter/Zahnmedizinische Fachangestellte, 2. Auflage, Bielefeld 2009.

Titel in der Schriftenreihe: „Wissenschaftliche Diskussionspapiere“

- MEIFORT, Barbara; BECKER, Wolfgang; CSONGÄR, Gabriele; KRAMER, Horst; METTIN, Gisela; PODESZFA, Helena (1999): Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor Heft 43, Bonn.

- MEIFORT, Barbara; BECKER, Wolfgang; CSONGÁR, Gabriele; KRAMER, Horst; METTIN, Gisela; PODESZFA, Helena (1998): Professionalisierung durch Weiterbildung. Weiterbildungsbedarf und Weiterbildungsberufe für den personenbezogenen Dienstleistungsbereich. Struktureller Wandel im Gesundheits- und Sozialwesen – Herausforderungen an die Weiterbildungsforschung, Heft 32, Bonn
- METTIN, Gisela; BOROWIEC, Thomas (2009): Geprüfter Fachwirt/Geprüfte Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen: Vorstudie zur Entwicklung einer Fortbildungsordnung, Heft 111, Bielefeld.
- TIEMANN, Michael; SCHADE, Hans-Joachim; HELMRICH, Robert; HALL, Anja; BRAUN, Uta; BOTT, Peter (2008): Berufsfeld-Definitionen des BIBB – Auf Basis der Klassifikation der Berufe 1992, Zweite Fassung, Stand: 29. Mai 2008, Heft 105, Bonn.

Beiträge in der Zeitschrift „Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis“

- BECKER, Wolfgang (2000): Taugt Weiterbildung zur beruflichen Entwicklungsplanung? Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales, Heft 5/2000, S. 10–14.
- BONSE-ROHMANN, Mathias; BURCHERT, Heiko; EVERS, Thomas; HÜNTELMANN, Ines (2007): Kooperation von beruflicher und hochschulischer Bildung. Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit, Heft 5/2007, S. 50–54.
- BRÖTZ, Rainer; SCHAFFEL-KAISER, Franz (2010): Gemeinsamkeiten in kaufmännischen Ausbildungsberufen ermitteln, Heft 4/2010, S. 26–30.
- FELLER, Gisela (2004): Ausbildungen an Berufsfachschulen – Entwicklungen, Defizite und Chancen, Heft 4/2004, S. 48–52.
- FELLER, Gisela (2000): Berufsfachschulen – Joker auf dem Weg zum Beruf? Heft 2/2000, S. 17–23.
- GRUNOW, Simone; JOCHEM, Jürgen; SCHÖFER, Ingrid (2000): OTA – Ein neues Berufsbild etabliert sich im Gesundheitswesen, Heft 5/2000, S. 23–24.
- HALL, Anja (2007): Beruflichkeit: Fundament oder Hindernis für Flexibilität? Berufswechsel von dual ausgebildeten Fachkräften, Heft 4/2007, S. 10–14.
- HENSGE, Kathrin; LORIG, Barbara; SCHREIBER, Daniel (2009): Kompetenzorientierung in der Berufsausbildung – Wege zur Gestaltung kompetenzbasierter Ausbildungsordnungen, Heft 3/2009, S. 18–22.
- JANSSEN, Bettina (2003): Altenpflegeausbildung – So schulisch wie nötig, so dual wie möglich! Heft 5/2003, S. 30–32.
- KRAMER, Horst (2000): Aus- und Weiterbildung im OP-Bereich, Heft 5/2000, S. 21–22.
- MAIER, Tobias; DORAU, Ralf (2010): Chancen auf vollwertige Beschäftigung nach Abschluss einer dualen Ausbildung, Heft 2/2010, S. 4–5.
- MATZICK, Sigrid (2003): Evaluation einer berufsbegleitenden Weiterbildung. Qualitätssicherung am Beispiel des Fernstudiums Angewandte Gesundheitswissenschaften, Heft 6/2003, S. 18–21.

- MEIFORT, Barbara (2002): Personenbezogene Dienstleistungen im Wandel: Neue Unternehmens- und Wirtschaftsformen – neue berufliche Anforderungen – neue Berufe, Heft 1/2002, S. 34–35.
- METTIN, Gisela (2005): Betriebswirt/-in für Management im Gesundheitswesen. Karriere-chance für Arzt-, Tierärzthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte, Heft 4/2005, S. 35–39.
- METTIN, Gisela (2002): Weiterbildung zur Praxismanagerin – Berufliche Aufstiegs- und Karrierechance für Arzthelferinnen, Heft 3/2002, S. 35–36.
- PAULINI-SCHLOTTAU, Hannelore (2000): Neue Ausbildungsberufe im Dienstleistungssektor, Heft 5/2000, S. 25–26.
- PUHLMANN, Angelika (2001): Zukunftsfaktor Chancengleichheit – Überlegungen zur Verbesserung der Berufsausbildung junger Frauen, Heft 6/2001, S. 18–21.
- SIMON, Silvia (2005): Modellprojekt „Genderkompetenz für Ausbilderinnen und Ausbilder“ – Ein Schritt zur gleichberechtigten Teilhabe von Frauen und Männern im Berufsleben, Heft 6/2005, S. 44–47.
- UHLY, Alexandra; GRANATO, Mona (2006): Werden ausländische Jugendliche aus dem dualen System der Berufsausbildung verdrängt? Heft 3/2006, S. 51–55.
- WITTWER, Wolfgang; STAACK, Yvonne (2007): Entwicklung von Veränderungskompetenz in der Ausbildung fördern – Geschlechtsspezifische Strategien, Heft 6/2007, S. 38–42.

**Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung
in den Gesundheitsberufen siehe auch:**

- Datenreport des Bundesinstituts für Berufsbildung zum Berufsbildungsbericht 2009,
Bonn.
- Datenreport des Bundesinstituts für Berufsbildung zum Berufsbildungsbericht 2010,
Bonn.

This anthology documents dynamic developments in German vocational training for health care occupations, which is increasingly based in the higher education sector. The editors describe the new structures of teacher training in this still rather fledgling area. They proceed to analyse the consequences of making academic training the primary pathway into health care occupations and health sector vocational teaching, just a few years since academic qualifications were first required for the latter.

Contributions consistently address the development of competencies and concepts by graduates of various Diplom, Bachelor's and Master's degree programmes who have gained the "Vocational pedagogy for health occupations" qualification. Following the development of curricula for health occupations, empirical findings on initial vocational education and training are also included. Further, consideration is given to family and parent education.

Given the broad spectrum of issues in health sector vocational education, the volume in no way claims to have covered all the significant occupations. The intention is rather to put forward concepts for the development of competencies, not only in initial and advanced vocational training but also in the new academic qualifications for health occupations, and to critically question these where it seems necessary.