



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Pflegeausbildung in Bewegung

Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe
Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung



EUROPÄISCHE UNION



Pflegeausbildung in Bewegung

Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung

vorgelegt von:

**Wissenschaftliches Institut der Ärzte
Deutschlands (WIAD) gem. e. V.**

**Dr. Lothar Klaes (Projektleiter)
Dr. Gerhard Schüler
Dr. Ralf Reiche
Dr. Uwe Raven**

**Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e. V. (dip)**

**Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner (Projektleiter)
Ruth Rottländer, Diplom-Berufspädagogin
Sandra Schwager, Diplom-Berufspädagogin
Dr. Michael Isfort, Diplom-Pflegewissenschaftler**

Redaktion: Dr. Gerhard Schüler



Inhalt

Vorbemerkung	5
I. Zusammenfassende Darstellung des Modellvorhabens und seiner Ergebnisse	7
1.1 Ziele und Struktur des Modellvorhabens	7
1.2 Durchführung der Modellprojekte und Ergebnisse des Modellvorhabens	10
1.3 Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung	16
II. Ziele und Struktur des Modellvorhabens	17
2.1 Ausgangssituation und Problemstellung – Initiierung des Modellvorhabens	17
2.2 Aufgaben, Ziele und Lösungsansätze der Modellprojekte	21
2.3 Ein zweifacher Paradigmenwechsel als zentrale Herausforderung an die Modellprojekte	24
2.4 Organisation der Modellprojekte und deren Rahmenbedingungen im Überblick	25
2.5 Zielsetzungen und Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung	29
2.6 Öffentlichkeitsarbeit	41
2.7 Beirat	42
2.8 Struktur und zeitlicher Ablauf des Modellvorhabens	43
III. Die Konzepte der Modellprojekte	47
3.1 Modellprojekt Baden-Württemberg	47
3.2 Modellprojekt Bayern	53
3.3 Modellprojekt Berlin	58
3.4 Modellprojekt Hessen	64
3.5 Modellprojekt Niedersachsen	68
3.6 Modellprojekt Nordrhein-Westfalen	72
3.7 Modellprojekt Rheinland-Pfalz	77
3.8 Modellprojekt Sachsen-Anhalt	83
IV. Durchführung der Modellprojekte und Ergebnisse des Modellvorhabens	89
4.1 Die Curricula und ihre Entwicklung	90
4.1.1 Anforderungen an handlungsorientierte Curricula	90
4.1.2 Der zweifache Paradigmenwechsel inklusive des umfassenden Pflegebegriffs in den konstruierten Curricula	92
4.1.3 Unterstützende Maßnahmen zur Implementation der Curricula	97
4.1.4 Die curriculare Arbeit – Probleme und Wege zur Problemlösung	99
4.1.5 Curriculumbewertung durch die Schülerinnen und Schüler sowie die Lehrenden	101
4.2 Lernorte und Lernortkooperationen	106
4.2.1 Lernort Schule	106
4.2.2 Lernort Praxis	114
4.2.3 Lernortkooperationen	126
4.2.4 Theorie-Praxis-Verhältnis	129

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

4.2.5 Gesamtbewertung der Ausbildung durch Schülerinnen und Schüler sowie die Lehrenden.....	132
4.3 Integration der Ausbildung und Qualifizierungsrahmen zur Pflege älterer Menschen.....	135
4.3.1 Qualifizierungsrahmen zur Pflege älterer Menschen	135
4.3.2 Der umfassende Pflegebegriff	137
4.3.3 Integration der Pflegeausbildungen	139
4.4 Prüfungen.....	154
4.5 Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler.....	163
4.6 Genderaspekt.....	184
4.7 Bewerberauswahlverfahren.....	187
 V. Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen der wissenschaftlichen Begleitung	192
5.1 Integration der Pflegeausbildungen	192
5.2 Ausbildungsstrukturen	195
5.3 Curriculumkonzeption und -entwicklung	196
5.4 Schulkooperation.....	199
5.5 Theorie-Praxis-Verzahnung	201
5.6 Neue Lernorte und der umfassende Pflegebegriff	202
5.7 Prüfungen.....	203
5.8 Zusammenfassende Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung für eine zukünftige Pflegeausbildung.....	204
 VI. Empfehlungen des Beirats	207
 Literatur.....	212

Der Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ präsentiert die Ergebnisse des Modellvorhabens, in dem die Zusammenführung der Ausbildungen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in acht umfassend evaluierten Modellprojekten erprobt wurde. Kapitel I bietet eine knappe Darstellung des Modellvorhabens und eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse sowie der Kernpunkte der hieraus abgeleiteten Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung.

In Kapitel II werden die Ausgangsbedingungen, der strukturelle Rahmen und die vom Auftraggeber vorgegebenen Zielsetzungen vor dem Hintergrund der neuen, durch den gesellschaftlichen Wandel bedingten Anforderungen an die Pflege erörtert. Ausführlich werden Ziele, Fragestellungen und Konzeption der Evaluation dargestellt, einschließlich der eingesetzten Verfahren, Instrumente und der Datenlage. Ein Abschnitt widmet sich der für das Modellvorhaben wichtigen Öffentlichkeitsarbeit durch eine entsprechende Agentur. Der Beirat wird bezüglich seiner Zusammensetzung und Aufgabenstellung bei der Begleitung des Modellvorhabens vorgestellt. Das Kapitel schließt mit Überblicksdarstellungen zur Evaluation und zur Struktur sowie zum zeitlichen Ablauf des Modellvorhabens.

Kapitel III stellt nach einem einheitlichen Schema die acht Modellprojekte vor. Zunächst werden Träger und Kooperationspartner benannt, und es wird eine Übersicht über die wichtigsten Daten der Ausbildungsorganisation gegeben. Es folgt eine Charakterisierung des jeweiligen Curriculums und eine zusammenfassende Darstellung des Entstehungsprozesses. Sodann werden die Projekt- und Ausbildungsziele der Modellprojekte wiedergegeben, damit die Gesamtheit der jeweiligen Intentionen erkennbar und die Vielfalt der Bestrebungen im Modellvorhaben sichtbar werden. Ein exemplarisches curriculares Element vermittelt einen Eindruck von den Strukturprinzipien des Curriculums und soll das Interesse der Leserin und des Lesers wecken, sich mit dem gesamten Curriculum auseinanderzusetzen. Die Einzeldarstellungen der Modelle schließen jeweils mit dem „Projekt im Projekt“.

Kapitel IV stellt das Modellvorhaben und seine Ergebnisse in allen relevanten Facetten vor, macht die Methodik der Evaluation deutlich, die Argumentation transparent und legt die Erkenntnisse dar. Es beginnt mit der Analyse des Kerns des Modellvorhabens, der Curricula und ihrer Entwicklung, und zeigt auf, wie diese an den Lernorten umgesetzt wurden und mit welchen Strategien die dabei auftauchenden Probleme gelöst wurden. Unterkapitel 4.3 thematisiert die zentrale Fragestellung des Modellvorhabens, die Integration der Ausbildungen unter besonderer Berücksichtigung der Pflege älterer Menschen. Im Folgenden wird der für eine integrierte und kompetenzorientierte Ausbildung wichtige Aspekt der Prüfungen behandelt, die in einer kompetenzorientierten Ausbildung auf neue Weise zu konzipieren sind. In Unterkapitel 4.5 wird dargestellt, wie sich die Kompetenz im Spiegel der mit unterschiedlichen Methoden gewonnenen Ergebnisse darstellt. In Unterkapitel 4.6 wird die Beachtung des Gender-Mainstreamings im Modellvorhaben thematisiert, und Evaluationsergebnisse zum Genderaspekt werden dargestellt. Das letzte Unterkapitel befasst sich mit dem Bewerberauswahlverfahren, insbesondere mit Assessment-Centern, die in zwei Modellen durchgeführt wurden.

Kapitel V bietet die Bewertung der Ergebnisse und die Schlussfolgerungen der wissenschaftlichen Begleitung. Die Empfehlungen des Beirats, die sich auf die Ergebnisse des Modellvorhabens beziehen, enthält Kapitel VI.

Im Text wird an verschiedenen Stellen auf die CD-ROM zum Modellvorhaben hingewiesen. Auf dieser CD, die ab März 2009 vorliegen wird, befinden sich sämtliche Inhalte der projekteigenen Homepage und die Abschlussdokumente des Modellvorhabens, darunter auch dieser Bericht, sowie eine Reihe von Unterlagen, die den hiermit vorgelegten Text ergänzen und erläutern.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

I.

Zusammenfassende Darstellung des Modellvorhabens und seiner Ergebnisse

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Der demografische Wandel und sozialstrukturelle Verschiebungen haben tiefgreifende Wirkungen auch auf die Pflege. Dies wirft die Frage auf, ob die herkömmlichen Pflegeausbildungen den sich verändernden Anforderungen an die Pflege noch entsprechen. Mit dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG), das am 1. August 2003 in Kraft getreten ist, und der Novellierung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) zum 1. Januar 2004 hat der Gesetzgeber auf die neuen Entwicklungen reagiert. Diese Gesetze haben eine Erprobungsklausel eingeführt, die vielfältige neue Konzeptionen von Pflegeausbildung im Rahmen von Modellvorhaben erlauben.

Mit dem umfassend evaluierten Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Experimentierfeld eröffnet, in dem kreative Lösungen für eine Neukonzeption der Pflegeausbildungen erprobt und dokumentiert werden konnten.

Die Ziele und die Struktur des Modellvorhabens, die in Kapitel 2 ausführlich dargelegt sind, werden in diesem Kapitel zusammenfassend dargestellt. Es folgt ein Resümee von Kapitel 4, das die Durchführung der Modellprojekte analysiert und die Ergebnisse des Modellvorhabens bilanziert. Schließlich werden die Kernempfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung, die differenziert in Kapitel 5 dargelegt sind, in stark verdichteter Form vorgetragen.

1.1 Ziele und Struktur des Modellvorhabens

Kurz nach Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes wurde mit der Konzeption des Modellvorhabens begonnen, die sich einschließlich der Bewerberauswahl bis ins dritte Quartal 2004 erstreckte. Es wurden acht Modellprojekte in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt ausgewählt. Mit dem Beginn der Ausbildungen Ende 2004 setzte auch die wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens ein, die jährlich Bericht erstattete und zur Mitte des Modellvorhabens eine Tagung durchführte. Ihre Arbeit endet mit der Vorlage dieses Abschlussberichts sowie der Durchführung der Abschlusstagung am 4. und 5. Dezember 2008 und deren Dokumentation. Eine nachbeobachtende wissenschaftliche Begleitung zur Wirkung des Modellvorhabens setzte im 2. Quartal 2008 ein und wird 2010 mit einem Ergebnisbericht enden. In der Durchführung der Modelle wie auch in der Evaluation lag der Fokus immer darauf, dass eine neue Ausbildung insbesondere auch den Anforderungen der Pflege älterer Menschen gerecht wird.

Die komplexe Aufgabenstellung und insbesondere die Dimension von acht unterschiedlichen, in das Vorhaben einbezogenen Projekten sowie eine umfassende wissenschaftliche Begleitung inklusive einer Folgestudie in zwei Wellen und eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit über die gesamte Projektlaufzeit hinweg verleihen dem Modellvorhaben einen besonderen Status gegenüber den zahlreichen anderen Modellerprobungen der letzten Jahre im Bereich der Pflegeausbildung.

Die Modellprojekte

Die Konzeptionen aller acht am Modellvorhaben beteiligten Modellprojekte wurden mit der Fragestellung entwickelt, ob die herkömmliche Trennung der Pflegeausbildungen in Altenpflege einerseits, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege andererseits den gewandelten Anforderungen der Pflege noch umfänglich gerecht wird. Hierzu entwickelten die Modellprojekte unterschiedliche Ansätze zur Zusammenführung der Pflegeausbildungen.

Die Ausbildungskonzeptionen der Modelle entsprachen der in den Berufsgesetzen geforderten Kompetenzorientierung, die das Fächerprinzip abgelöst hat. Auf der Basis von Modellklauseln bzw. Schulversuchen gingen die Projekte ihren je eigenen Weg zur Integration der Ausbildungen, wobei fünf von ihnen Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege und drei Modelle zusätzlich die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammenführten. Drei Modelle boten ihren Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit, mittels eines sechsmonatigen Aufbaumoduls einen zweiten Abschluss zu erwerben. Der Ausbildungsbeginn der meisten Modellprojekte fiel in das letzte Quartal 2004, eine Modellausbildung begann am 1. Januar 2005. Somit waren Ende 2007 alle Ausbildungen abgeschlossen, wobei Ende Februar bzw. Ende März 2008 auch in den drei Modellen, die das Zusatzmodul angeboten hatten, von den teilnehmenden Schülerinnen und Schülern der Zweitabschluss erreicht wurde.

Die Modellprojekte wiesen ein breites Trägerspektrum auf, sodass die Vielfalt der für Altenpflegesschulen und Gesundheits- und Krankenpflegesschulen charakteristischen Trägerstrukturen im Modellvorhaben abgebildet wurde. Insgesamt waren 15 Schulen beteiligt, an denen 308 Schülerinnen und Schüler ausgebildet wurden, von denen 241 die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben.

Die Zahl der Einrichtungen, an denen die praktische Ausbildung absolviert wurde, variierte beträchtlich zwischen den Modellprojekten. Die durchschnittliche Zahl der kooperierenden Krankenhäuser lag etwas über zwei, abgesehen von einem Modell, das mit 16 Einrichtungen zusammenarbeitete. Die Anzahl der einbezogenen Alten- und Pflegeheime reichte von einer, allerdings sehr großen Einrichtung bis 18 Einrichtungen. Im Durchschnitt waren etwa sechs ambulante Dienste beteiligt, ein Modellprojekt ausgenommen, das mit 14 Diensten kooperierte.

Zielsetzungen und Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung hatte den Auftrag, die einzelnen Modellprojekte zu evaluieren und in diesem Kontext auch zu beraten, insbesondere bei der Curriculumkonstruktion und modellinternen Evaluation. Daneben hatte sie übergreifend das gesamte Modellvorhaben zu evaluieren. Darüber hinaus führt sie in zwei Wellen (2008 und 2010) Nacherhebungen zu den Erfahrungen der in den Modellprojekten Ausgebildeten bei ihrer Arbeitsplatzsuche und in ihrem Arbeitsleben durch. Kernfrage für die Begleitforschung war, wie bzw. wie weit im Modellvorhaben Konzeptionen für eine Pflegeausbildung entwickelt und umgesetzt wurden, die den künftigen Anforderungen an die Pflege gerecht werden.

Die Evaluation eines auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene hochkomplexen Gegenstandes kann nur angemessen sein bei durchgehender Beachtung des Prinzips der Multiperspektivität. Das heißt, dass die Perspektiven aller an den Prozessen Beteiligten in der Evaluation zum Tragen kommen müssen. Dies waren die Schülerinnen und Schüler, die Lehrenden, die Praxisanleitenden, das Projektmanagement und das Pflegemanagement der einbezogenen Einrichtungen.

Das Prinzip galt ebenso für die Evaluatoren. Ihm wurde im Modellvorhaben dadurch entsprochen, dass zwei unterschiedliche Institute, das sozial- und gesundheitswissenschaftlich ausgerichtete WIAD und das pflegewissenschaftlich orientierte dip, die wissenschaftliche Begleitung gemeinsam durchführten. Dabei wurde je nach vorliegender Thematik eine Arbeitsteilung vorgenommen. Die kontinuierlich bzw. in mehreren Wellen erhobenen Ergebnisse wurden periodisch während der gesamten Projektdauer zusammengeführt. Bei der Evaluation kamen vielfältige Methoden bzw. Erhebungsstrategien zum Einsatz:

- Dokumentenanalyse inkl. Beratungsdokumentation,
- schriftliche und telefonische Befragungen, größtenteils bei Beginn, in der Mitte und vor Beendigung der Ausbildung,
- Experteninterviews,
- Kompetenzmessungen in der Mitte und vor Ausbildungsende,
- periodisches Monitoring und Auswertungen modellinterner Evaluationen,
- mehrmals jährlich stattfindende Gruppendiskussionen der Projektverantwortlichen, der Lehrenden und der wissenschaftlichen Begleitung in Workshops und bei Arbeitsgruppentreffen.

Bedingt durch den innovativen Charakter des Modellvorhabens konnte nicht für alle Evaluationsschritte auf vorhandene Instrumente zurückgegriffen werden. So wurden für die vergleichende Curriculumevaluation bestehende Instrumente modifiziert und zu einem Konzept vereinigt. Für eine zwei Mal durchgeführte Messung der Kompetenz der Modell-schülerinnen und -schüler wurde ein Messverfahren, das bislang für betriebliche Arbeitsgruppen Verwendung fand, für die Pflegeausbildung adaptiert.

Öffentlichkeitsarbeit

Die von einer Agentur durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit des Modellvorhabens setzte Ende 2004 zeitgleich mit der wissenschaftlichen Begleitung ein. Ihre Schwerpunkte waren eine Website, die auch als Diskussionsforum für die an den Modellen Beteiligten zu nutzen

war, und ein regelmäßig erscheinender Newsletter, u. a. mit Reportagen aus den Modellen und mit Berichten von mehrmals im Jahr stattfindenden Arbeitstreffen der Modellprojekte mit der wissenschaftlichen Begleitung.

Beirat

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Das Modellvorhaben wurde von einem Beirat aus Vertreterinnen und Vertretern oberster Landesbehörden, des Bundesministeriums für Gesundheit sowie verschiedener Verbände, der Wissenschaft, der Robert Bosch Stiftung, der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen begleitet. Der Beirat tagte fünf Mal im Laufe des Modellvorhabens, wobei die jeweils vorliegenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung diskutiert wurden. Seine Arbeit endete mit der Verabschiedung von Empfehlungen, die als Kapitel 6 in diesem Bericht enthalten sind.

1.2 Durchführung der Modellprojekte und Ergebnisse des Modellvorhabens

Die Curricula und ihre Entwicklung

Kernaufgabe der Modellprojekte war die Entwicklung und Implementation eines kompetenzorientierten und integrierten Curriculums, das sich auch auf die Praxis erstreckte. Sieben Modellprojekte entwickelten ihr Curriculum selbst. Dabei gingen einige Modelle von bestehenden Curricula aus und modifizierten diese. Ein Modellprojekt ließ das Curriculum extern erstellen.

Überwiegend wählten die Modelle ein Kompetenzkonzept, das mit unterschiedlicher Färbung und bei kleinen Unterschieden in der Terminologie auf den vier Kompetenzdimensionen Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz beruht. Für das erwähnte extern erstellte Curriculum ist das heterogene Konzept der konkreten Kompetenzen zur Anwendung gekommen.

Dem umfassenden Pflegebegriff, der sich nicht nur auf kurative und sozialpflegerische Aspekte beschränkt, sondern auch gesundheitsfördernde, präventive, rehabilitative und palliative Aspekte der Pflege in hohem Maße berücksichtigt, wurde in den Curricula hinreichend Rechnung getragen.

Die Modellprojekte waren mit unterschiedlichen Planungen angetreten, was das Verhältnis von integrierten und differenzierten Anteilen der theoretischen Ausbildung betrifft. Zwei Modelle planten und realisierten eine so weitgehende Integration, dass von einer generalistischen Ausrichtung gesprochen werden kann. Die übrigen Modelle hatten überwiegend ein Verhältnis von zwei Dritteln integrierten und einem Drittel differenzierten Unterrichts vorgesehen. Im Verlauf des Modellvorhabens stellte sich für all diese Modelle heraus, dass ein sehr hoher Anteil der Ausbildung integriert gestaltet werden konnte. Entsprechend erhöhten diese Modelle den Integrationsgrad von geplanten 66% auf 80% bis 93%, abgesehen von einem Projekt, in dem aus organisatorischen Gründen an der ursprünglichen Planung von einem Drittel differenzierten Unterrichts festgehalten wurde.

Für den Differenzierungsanteil der integrierten Ausbildung wurden in sehr wenigen Fällen neue Themen auf der Ebene von Lernfeldern oder Lernsituationen erarbeitet. Zumeist wurden bestimmte Themen aus der integrierten Phase vertieft, entweder durch die Bearbeitung spezifischer, für den jeweiligen Kernberuf relevanter Inhalte oder durch die Bearbeitung aus der Perspektive des jeweiligen Kernberufs bzw. aus der Perspektive der Institutionen Altenheim, ambulanter Dienst und Krankenhaus.

Die Bedeutung der Pflege älterer Menschen wurde von allen Modellprojekten in den Zielformulierungen und im Begründungsrahmen der Curricula betont. Um dieser Bedeutung im Rahmen der Ausbildung gerecht zu werden, wurden Lernsituationen bzw. Lerneinheiten konzipiert, die sich auf das gesamte Spektrum der Pflege und Betreuung älterer Menschen beziehen.

Die in den Berufsgesetzen begründete Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflege auf gesundheitsfördernde, präventive, beratende und palliative Dimensionen ist gerade für die Pflege älterer Menschen von besonderer Bedeutung. Die angemessene Beachtung dieses umfassenden Pflegebegriffs erwies sich – bezogen auf die curriculare Ebene – für die theoretische Ausbildung als unproblematisch, nicht zuletzt, weil sich viele seiner Dimensionen im herkömmlichen pflegerischen Handeln identifizieren ließen.

Aus den Ergebnissen der Befragungen von Lehrenden und Schülerinnen und Schülern, wie gut die Belange der verschiedenen Pflegeberufe Berücksichtigung fanden, ist zu schließen, dass die Konzipierung der Pflege älterer Menschen in den einzelnen Curricula unterschiedlich gelungen ist. Demnach bedarf es bei der Integration der Pflegeausbildungen besonderer Anstrengungen, damit in den curricularen Konzeptionen die Pflege älterer Menschen in unterschiedlichen Pflegekontexten ausreichend berücksichtigt wird.

Die Konstruktion der Curricula erwies sich als eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, die beträchtliche Ressourcen an Arbeitszeit erforderte. Außerdem wurde deutlich, dass diese Aufgabe eine hohe pflegepädagogische Kompetenz der Konstrukteure voraussetzt. Die im Modellvorhaben vorgehaltene Beratungsleistung wurde vor diesem Hintergrund in großem Umfang in Anspruch genommen. Außerdem zogen einige Modellprojekte externe Beratung hinzu.

Kooperationen

Es hat sich gezeigt, dass bei einem Integrationsprojekt, in dem oft Partner mit unterschiedlichen Voraussetzungen kooperierten, für die Curriculumkonstruktion klare Gremienstrukturen mit definierten Zuständigkeiten bzw. Aufgabenverteilungen von großer Bedeutung waren. Die in den Modellprojekten für die Konstruktion aufgebauten Strukturen dienten auch dem internen Curriculumprozess, d. h. der Transformation und Anpassung eines Curriculums an die schulinternen Gegebenheiten und der Implementation der Curricula. Wurden diese Strukturen nicht geschaffen, beispielsweise weil ein extern erstelltes Curriculum übernommen wurde, ergaben sich Probleme bei der Implementation des Curriculums. Als ein wesentlicher Erfolgsfaktor für Konstruktion, Implementation und Revision der Curricula erwies sich die Einbindung aller Akteure, der Lehrenden, der Schülerinnen und Schüler und der Praxisanleitenden. Für die Umsetzung des Curriculums am Lernort Schule war die Transparenz des

Curriculums nicht nur für die hauptamtlich Lehrenden, sondern auch für die nebenberuflichen Dozentinnen und Dozenten und ebenso für die Schülerinnen und Schüler von großer Bedeutung.

Im Prozess der Integration vollzog sich ein Einstellungswandel, der von den besonders motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die das jeweilige Projekt vorantrieben, gezielt gefördert wurde. Schülerinnen und Schüler und die Lehrenden sollten die Leitvorstellung eines die Lebensaltersgruppen bzw. die Pflegeinstitutionen übergreifenden Berufsbildes entwickeln. Dabei mussten sie ein tradiertes Prestigedenken zwischen den Berufsgruppen hinter sich lassen und zu einer Kooperation auf der Basis von Gleichberechtigung gelangen.

Insgesamt wurden die im Modellvorhaben entwickelten Curricula von den befragten Lehrenden und den Schülerinnen und Schülern positiv beurteilt, wobei es erwartungsgemäß von Modell zu Modell zum Teil auch zu deutlichen Unterschieden in der Bewertung kam. Aus Sicht der Projektleitungen war die Curriculumentwicklung eine Aufgabe, die besonderer Anstrengungen bedurfte, und sie wurde von den meisten als das innovativste Element ihres Modellprojekts eingeschätzt.

Insgesamt ergibt sich aus den Modellprojekten, dass die Integration der Pflegeausbildungen gelungen ist, sowohl auf der curricularen Ebene als auch in der Einschätzung aller Akteure. Schülerinnen und Schüler sowie Lehrende attestierten der integrierten Ausbildung überwiegend, dass sie zu einer hohen beruflichen Qualifikation führt und sich sehr günstig auf die Arbeitsmarktchancen auswirkt. Für die positive Bewertung der integrierten Ausbildung spielt nicht zuletzt eine Rolle, dass sie der von den Befragten konstatierten Angleichung der Qualifikationsanforderungen in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in besonderem Maße gerecht wird. Dies hat besondere Bedeutung für die Pflege älterer Menschen und für die beruflichen Anforderungen in neuen Arbeitsfeldern wie Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung, Rehabilitation oder Palliation.

Lernort Schule

Die Umstellung vom Fächer- auf das Kompetenzprinzip bedeutete für die Schülerinnen und Schüler, die Lehrenden und die Praxisanleitenden eine große Herausforderung. Da aufgrund ihrer Erfahrungen in allgemeinbildenden Schulen die Lernbiographien der Schülerinnen und Schüler im Modellprojekt überwiegend durch pädagogische Frontalmethoden von Fachunterricht geprägt waren, mussten sie gezielt an das selbstorganisierte Lernen herangeführt werden. Die Umstellung auf eine kompetenzorientierte Pädagogik gelang den Schülerinnen und Schülern ihrer Selbsteinschätzung nach insgesamt gut. Auch die hauptamtlich Lehrenden und die Praxisanleitenden konnten sich ganz überwiegend und in relativ kurzer Zeit auf das für viele von ihnen neue Prinzip umstellen. Die nebenberuflichen Dozentinnen und Dozenten zeigten sich allerdings zum Teil als zu wenig aufgeschlossen für die neue pädagogische Ausrichtung, was ihre Einbindung in den Unterricht erschwerte. Im Übrigen wurde das Kompetenzprinzip von allen an der Ausbildung beteiligten Gruppen ganz überwiegend positiv in Bezug auf die Berufsvorbereitung gesehen.

Bei der Zusammenführung der Pflegeausbildungen bewährte sich das Unterrichten in gemischten Kursen, die aus Schülerinnen und Schülern der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammengesetzt waren. Ebenso bewährten sich kooperative Unterrichtsformen wie beispielsweise das Team-teaching, bei dem je eine Lehrende bzw. ein Lehrender aus der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemeinsam unterrichten.

Lernort Praxis

Für die Umsetzung des Curriculums am Lernort Praxis erwiesen sich Werkzeuge als erforderlich, welche die Ausbildung für alle Beteiligten transparent machten und insbesondere den Schülerinnen und Schülern die Reflexion ihrer Praxiserfahrungen ermöglichten. Ebenso erwies es sich als notwendig, Lernsituationen in der Praxis etwa in Form von Praxisaufgaben zu schaffen und Instrumente zu konzipieren, mit denen Lernstandsrückmeldungen strukturiert werden konnten. In den Modellprojekten wurden vielfältige Instrumente und Strategien für die Theorie-Praxis-Verzahnung entwickelt. Gleichwohl wurde deutlich, dass sich hier ein Feld für die Konzeption weiterer kreativer Lernformen für die Praxis eröffnet.

Damit Praxiskonzepte wirksam werden konnten, waren bestehende Barrieren auf der mentalen Ebene zu überwinden, wobei es vor allem zu einer Gleichrangigkeit von Schule und Praxis kommen musste, die auf dem Bewusstsein von einer gleichermaßen großen Verantwortung für die Ausbildung gegründet war. Sodann erwies es sich als notwendig, die Rahmenbedingungen für die Praxisanleitung zu verbessern, um die Qualifikation der Praxisanleitenden sicherzustellen.

Die integrierte Ausbildung erfordert ausreichend viele und intensive Praxiseinsätze in den verschiedenen Pflegebereichen. Intensität bzw. Dauer der Praxiseinsätze einerseits und deren Vielfalt andererseits stehen in einem Zielkonflikt, wenn der Zeitrahmen für die Ausbildung begrenzt ist. Bei Berücksichtigung aller relevanten Faktoren kristallisierte sich folgende Lösung als gute Balance zwischen den widerstreitenden Anforderungen heraus: Die Schülerinnen und Schüler absolvieren fünf etwa dreimonatige Pflicht-Praxisphasen in vier allgemeinen Arbeitsbereichen der Pflege, wobei der letzte Einsatz als Vertiefungsphase im dritten Ausbildungsjahr zu wählen ist. Daneben sind vier zwei- bis dreiwöchige Wahlpflicht-Praktika in sieben speziellen Arbeitsbereichen der Pflege zu wählen und zu absolvieren.

Lernorte in der Praxis, an denen die aus dem umfassenden Pflegebegriff resultierenden Aufgaben im Mittelpunkt stehen, in ausreichender Zahl zu akquirieren, erwies sich als recht schwierig. Aus pädagogischer Sicht problematisch war auch die Erfahrung, die Schülerinnen und Schüler nicht selten an den Praxisorten machten, dass der umfassende Pflegebegriff im beruflichen Alltag weitgehend ausgeblendet ist. Damit besteht die Gefahr, dass die Schülerinnen und Schüler unter dem Einfluss der Praxis die gesetzlich verankerte, hohe Bedeutung des umfassenden Pflegebegriffs für sich relativieren. Um dies zu verhindern, müsste ein diesbezüglicher Bewusstseinswandel in der Praxis angestoßen werden. Als eine Ausbildungsstrategie, diese derzeitige Problemlage zu kompensieren, sollten der umfassende Pflegebegriff und seine Implikationen schon zu einem frühen Zeitpunkt im theoretischen Unterricht aufgegriffen und über die gesamte Ausbildung hinweg thematisiert werden.

Die mit der Integration gegebene Frage, welche Teile bzw. Elemente der Abschlussprüfungen integriert und welche differenziert zu gestalten sind, stellte sich so lediglich für die drei Modellprojekte Nordrhein-Westfalen, Bayern und Rheinland-Pfalz, weil die übrigen durch Vorgaben ihrer Bundesländer an Regelprüfungen gebunden waren. Die drei Modellprojekte, die Spielraum für eigene Konzeptionen hatten, ließen die Schülerinnen und Schüler ihre praktische Prüfung in dem Berufsfeld ablegen, für das sie den Abschluss anstrebten. Die theoretische Prüfung wurde in Nordrhein-Westfalen integriert durchgeführt. In Bayern wurden die schriftliche und mündliche Prüfung teilweise bezogen auf berufsspezifische Lernfelder durchgeführt. In Rheinland-Pfalz wurde ein umfassendes Thema lebensalter-bezogen geprüft, in der mündlichen Prüfung wurde ein Thema aus dem jeweiligen Arbeitsschwerpunkt der Schülerinnen und Schüler gewählt. Um dem Kompetenzaspekt gerecht zu werden, führten alle Modellprojekte fallorientierte schriftliche Prüfungen durch. Auch die mündlichen Prüfungen wurden überwiegend fallbezogen abgelegt. Die praktische Prüfung wurde in allen Modellprojekten wie in den Regelprüfungen vorgeschrieben gestaltet, wobei neue strukturierte Bewertungsverfahren entwickelt wurden.

Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler

Die Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler im Modellvorhaben wurde über die gesamte Projektlaufzeit erfasst, zum einen mittels einer Kompetenzmessung zur Mitte und zum Ende des Modellvorhabens. Hierbei kam das Kasseler-Kompetenz-Raster, das im Rahmen des Modellvorhabens für die Pflege als „KKR plus Pflege“ adaptiert wurde, zum Einsatz. Zum ändern wurden in den periodischen Befragungen quantitative Selbsteinschätzungen der Schülerinnen und Schüler und quantitative Einschätzungen der Schülerkompetenz durch die Lehrenden erhoben sowie qualitative Aussagen zur Schülerkompetenz von beiden Gruppen und von den Praxisanleitenden erfasst. Alle quantitativen Verfahren erbrachten erwartungsgemäß das Resultat eines hohen Kompetenzzuwachses.

Auf der Basis der „KKR plus Pflege“-Messergebnisse lässt sich das Ergebnis dahingehend differenzieren, dass die Schülerinnen und Schüler im Laufe der Ausbildung Probleme und identifizierte Lösungen zunehmend vernetzten, organisationale Bedingungen häufiger auf den Fall bezogen und die Anwendung wissenschaftlichen Regelwissens verbesserten. Im Verlauf der Ausbildung fokussierten die Schülerinnen und Schüler nach den „KKR plus Pflege“-Ergebnissen weniger die Selbstbestimmung der Pflegeempfängerinnen und empfänger. Demgegenüber ist die als Einstellung in Befragungen erhobene Patienten- bzw. Bewohnerorientierung konstant sehr hoch, wie auch die als ebenso wichtig für den Pflegeberuf eingeschätzte Fachlichkeit.

Ein weiteres „KKR plus Pflege“-Ergebnis belegt den Zusammenhang von Alter und Kompetenz. Den Schülerinnen und Schülern im Alter ab 40 Jahren fiel die Identifizierung von Regel- und Erfahrungswissen sowie das differenzierte Betrachten von Problemen und Lösungen und die Anpassung an den organisationalen Kontext leichter als den Schülerinnen und Schülern im Alter bis zu 20 Jahren.

Den „KKR plus Pflege“-Ergebnissen zufolge hat das Bildungsniveau – Abitur versus Real-
schulabschluss – keinen Einfluss auf die Kompetenz. Demgegenüber schlägt sich das Bil-
dungsniveau in der in Abschlussnoten gemessenen Qualifikation eindeutig nieder, insofern
Abiturientinnen und Abiturienten durchschnittlich um knapp einen halben Notenwert
besser abschnitten als Absolventinnen und Absolventen mit niedrigerem Bildungsab-
schluss.

Aus der Sicht der Praxisanleitenden, die Einschätzungen zur Kompetenz der Schülerinnen und
Schüler auch im Vergleich zu Regelschülerinnen und -schülern geben sollten, waren die inte-
griert ausgebildeten Schülerinnen und Schüler in Bezug auf organisationsbezogene Kennt-
nisse und Fachlichkeit den Regelschülerinnen und Regelschülern eher unterlegen. Diese
übertrafen sie aber klar bei Sozialkompetenz bzw. Empathie, bei Personalkompetenz und
intellektueller Wachheit sowie bei der Motivation. Ähnlich urteilten die Projektverantwort-
lichen. Somit ist das in Zusammenhang mit der Integration schon mehr oder weniger vorweg-
genommene Fazit zu ziehen, dass die integrierte Ausbildung zu einem komplexen Kompe-
tenzprofil führt, das den gewachsenen Ansprüchen an die Pflegefachkraft gerecht wird.

Genderaspekt

Das Gender-Mainstreaming-Prinzip durchzog das gesamte Modellvorhaben. So wurde ein
Arbeitsgruppentreffen der wissenschaftlichen Begleitung und der Modellprojekte eigens als
Gender-Workshop gestaltet, wobei konkrete Themen wie etwa die Pflege von Menschen mit
Tumorerkrankungen an den Geschlechtsorganen geschlechtersensibel betrachtet wurden.
Vergleichbare Thematisierungen in den Ausbildungen erfolgten in den einzelnen Modellpro-
jekten in unterschiedlicher Intensität. Die Befragungen der Begleitforschung schlossen zahl-
reiche Items zu Gender-Fragen ein. Im Ergebnis konnten so gut wie keine geschlechterspezi-
fischen Faktoren identifiziert werden, die für die Ausbildung relevant wären.

Bewerberauswahlverfahren

Um möglichst geeignete Bewerberinnen und Bewerber für ihre Ausbildungsgänge zu
rekrutieren, wurde im Modellvorhaben vorwiegend der übliche Weg über Sichtung der
Bewerbungsunterlagen und Einstellungsgespräche gegangen. Zwei Modelle, in Bayern und
Baden-Württemberg, führten Assessment-Center durch. Nach den dort gesammelten Erfah-
rungen dürfte eine mögliche Überlegenheit des Assessment-Centers gegenüber anderen
Methoden der Bewerberauswahl vor allem dann zum Tragen kommen, wenn eine Schule
bzw. eine Schulkoooperation einem sehr spezifischen Leitbild verpflichtet ist und dieses
Leitbild von den Schulteams geteilt wird. Die Konzipierung und Durchführung eines Assess-
ment-Centers verspricht in diesem Fall nicht nur eine dem Leitbild entsprechende Bewerbe-
rauswahl, sondern sie erweist sich auch als ein probates Mittel zur Teamentwicklung.

1.3 Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung

Bei der Zusammenführung der Pflegeausbildungen im Modellvorhaben hat sich gezeigt, dass gegenüber den ursprünglichen Planungen der Modellprojekte tendenziell ein höherer Integrationsgrad erreicht werden konnte. Hieraus und aus der Analyse der Realisierungsbedingungen leitet die wissenschaftliche Begleitung die Empfehlung ab, die zukünftige Pflegeausbildung als eine vollständig „integrierte Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung“ aus den bisherigen drei Berufen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu regeln. Dies sollte in einem bundeseinheitlichen Pflegeausbildungsgesetz geregelt werden, das eine dreijährige Ausbildung mit einem einzigen Berufsabschluss festlegt. In der praktischen Ausbildung sollte eine Vertiefung in einem Arbeitsfeld erfolgen, das sich die Schülerin bzw. der Schüler als Spezialgebiet gewählt hat. In diesem Bereich sollte auch die praktische Prüfung abgelegt werden. Die gesetzliche Neuregelung der Ausbildung muss flankiert werden von einer Reform der Finanzierungsstrukturen, da diese in ihrer jetzigen Form einer Integration der Pflegeausbildungen entgegenstehen.

II.

Ziele und Struktur des
Modellvorhabens

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

2.1 Ausgangssituation und Problemstellung –
Initiierung des Modellvorhabens

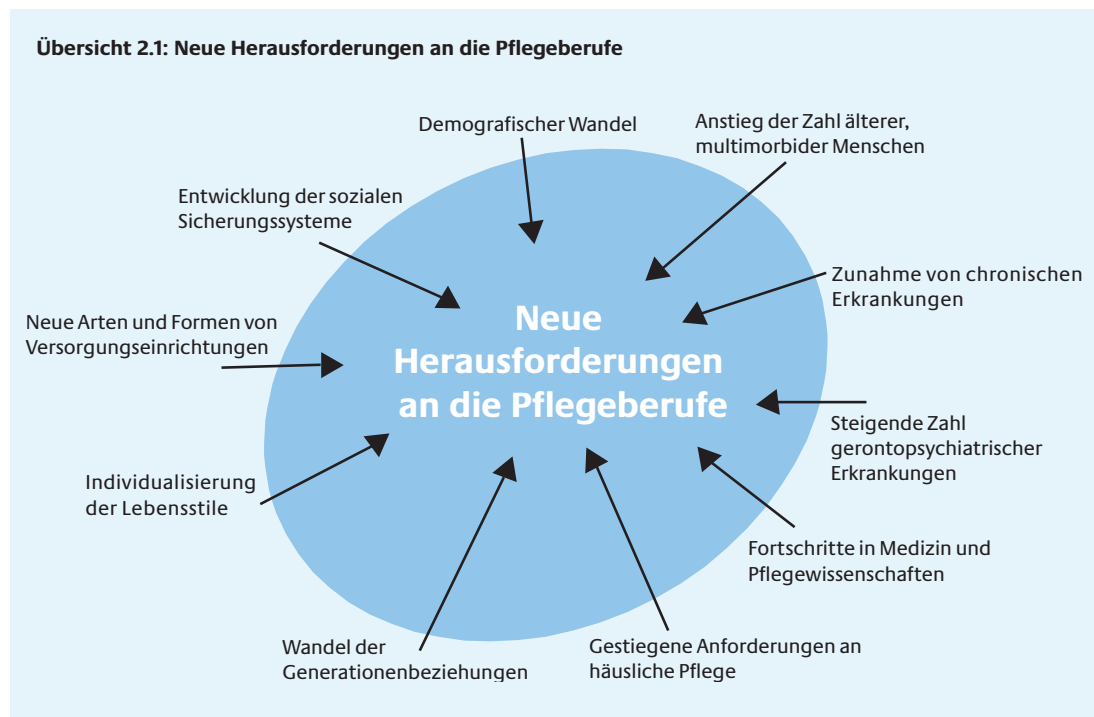
Die Pflege in Deutschland steht vor neuen Herausforderungen. Mit dem sich vollziehenden demografischen Wandel geht eine höhere Lebenserwartung des Einzelnen einher, und in der Folge steigt der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung. Dies bedingt eine Zunahme von chronischen Erkrankungen, einen Anstieg der Zahl multimorbider und eine wachsende Anzahl gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen. Damit verschränkt sind Prozesse des sozialstrukturellen Wandels, die verbunden sind mit einer Individualisierung der Lebensstile und einem Wandel der Generationenbeziehungen, mit zunehmenden ökonomischen Zwängen im Gesundheitssystem und mit Veränderungen der sozialen Sicherungssysteme. In der Folge verändern sich sowohl die informellen als auch die formellen Pflegearrangements. Fortschritte in der Medizin bzw. der Medizintechnik und die Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft¹ ermöglichen eine Steigerung der Pflegequalität, mit der eine höhere Erwartungs- und Anspruchshaltung der Bevölkerung gegenüber Versorgungs- und Pflegeleistungen korrespondiert.

Aus dieser Situation ergeben sich neue Anforderungen an die Pflegeberufe. Insbesondere die Versorgung älterer Menschen in Einrichtungen der stationären Altenpflege bedarf in vielfacher Hinsicht der Verbesserung und Weiterentwicklung durch innovative Konzepte der Betreuung vor allem demenzerkrankter alter Menschen. Dabei ist einerseits sicherzustellen, dass diese Versorgungskonzepte die Autonomie der Pflegeempfängerinnen und -empfänger achten und fördern. Andererseits gilt es, die pflegenden Angehörigen als aktive Partner in die Betreuung einzubinden. Auch die bislang nur unzureichend berücksichtigten Aspekte der pflegerischen Gesundheitsförderung und Prävention und der geriatrischen Rehabilitation bezeichnen zentrale künftige Aufgaben der Pflege (Übersicht 2.1).

Daneben werden die Versorgung in der häuslichen Umgebung und – als deren Stütze und Sicherung – die ambulante Pflege eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Entsprechende Versorgungsangebote werden immer stärker dadurch bestimmt sein, dass die Institutionsgrenzen zwischen Krankenhaus, Altenheim, ambulanter Versorgung etc. überschritten werden. Darüber hinaus ist nicht zuletzt durch einen höheren Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung zu erwarten, dass sich der Pflege neue Tätigkeitsfelder auch in der interdisziplinären Kooperation mit anderen Berufsgruppen erschließen. Damit werden pflegerische Versorgungsformen in stärkerem Maße übergreifende gesundheitsstrate-

1 Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 2000

gische Konzepte verfolgen, die gesundheitsfördernden, präventiven, rehabilitativen, kurativen, kompensatorischen, begleitenden und beratenden Charakter haben.



Der skizzierte Wandel des „Pflegepanoramas“ erfordert eine Neuausrichtung der Pflegeausbildungen auf ausbildungsorganisatorischer, curricularer und pädagogisch-didaktischer Ebene, damit sie den veränderten inhaltlichen und strukturellen Anforderungen gerecht werden können. Daneben üben die „Europäisierung der Gesundheits- und Pflegeausbildung“² und die Notwendigkeit, die Attraktivität der Pflegeberufe durch eine besser geregelte, horizontale und vertikale Durchlässigkeit im Bildungswesen zu steigern, Druck auf eine Umstrukturierung der Ausbildungen aus. Hinzu kommen veränderte Finanzierungsmodalitäten bei der Ausbildung zur Altenpflege einerseits, zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege andererseits sowie veränderte Richtlinien der Ausbildungsförderung, die auch die Pflegeausbildungen betreffen.

Die Fragen, ob es weiterhin mehrerer Pflegeberufe bedarf, die sich in erster Linie entlang der Lebensphasen Kindheit, Erwachsenenalter und Alter orientieren (Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege), ob neue Schnittmengen zwischen ihnen gefunden werden können oder ob die Aufgaben der Zukunft mit generalistisch ausgebildeten, also für alle Altersgruppen gleichermaßen zuständigen Pflegefachkräften besser erfüllt werden, sind in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung.

Der Gesetzgeber hat mit der Neuordnung der beiden maßgeblichen Ausbildungsgesetze der Pflegeberufe, dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG), das am 1.8.2003 in Kraft getreten ist, und der Novellierung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG), das am 1.1.2004 in Kraft getre-

ten ist, auf die sich abzeichnenden Veränderungen reagiert und damit zukunftsweisende Wege eröffnet.

Mit dem Altenpflegegesetz wurde die Altenpflegeausbildung erstmals bundesweit einheitlich geregelt. Damit wurde dem Professionalisierungsgedanken durch einheitliche Qualifizierung auch in der Altenpflegeausbildung Rechnung getragen. Eine Annäherung an die Krankenpflegeausbildung hat auch in struktureller Hinsicht stattgefunden.

Die mit dem Krankenpflegegesetz geänderten Berufsbezeichnungen (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) sowie die Nennung besonderer Ausbildungsbereiche, insbesondere unter stärkerer Einbeziehung der ambulanten Pflege, charakterisieren das erweiterte Aufgabenfeld der Pflege. Unter anderem werden bei der Neuausrichtung der Ausbildung die Bereiche Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation – den gesellschaftlichen Veränderungen entsprechend – stärker berücksichtigt.

Beide Gesetze enthalten eine Erprobungsklausel, die es ermöglicht, Modelle zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung zu erproben. Die Erprobungsklausel in den beiden Gesetzen sieht keinen einheitlichen Berufsabschluss für alle Pflegebereiche vor. Somit hatten auch alle Schülerinnen und Schüler im Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ einen Abschluss in einem der drei Pflegeberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu machen.

Neben den generellen, durch die beiden Berufsgesetze geregelten gesetzlichen Bedingungen hatten die acht Modellprojekte auch spezifische Vorgaben der jeweiligen Bundesländer, welche die Bundesgesetze in eigener Verantwortung umsetzen, zu beachten. So werden insbesondere die Strukturen und die Finanzierung der schulischen Ausbildung von den Bundesländern geregelt. In einigen Ländern liegt die Zuständigkeit für die Altenpflegeschoolen bei den Kultusministerien, in anderen bei den Sozialministerien.

Durch die länderspezifischen Vorgaben unterlagen die Modellprojekte zum Teil unterschiedlichen Bedingungen. Diese Spezifika können in diesem Bericht nicht detailliert dargestellt werden; hierzu wird auf die Abschlussberichte der acht Modellprojekte verwiesen (s. die CD-ROM zum Modellvorhaben). Im Übrigen waren Länderspezifika für die Modellprojekte vor allem bei der Prüfungsgestaltung relevant. Diese speziellen Rahmenbedingungen werden in Kapitel 4.4 dargestellt.

Mit dem Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit Unterstützung des EU-Sozialfonds und der beteiligten Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt) einen Erprobungsraum geschaffen, in dem innovative Konzepte mit dem Ziel entwickelt wurden, die bisher bereichsspezifisch verschieden gestalteten Ausbildungsgänge zusammenzuführen.

Das generelle Erkenntnisziel des Modellvorhabens ist es, die Frage zu beantworten: Wie kann die Pflegeausbildung so konzipiert werden, dass die Pflegekräfte den neuen Anforder-

rungen, insbesondere denen der Pflege älterer Menschen, gerecht werden können? Dieses generelle Erkenntnisziel ist in verschiedene Dimensionen zu operationalisieren. Im Zentrum stehen dabei

- der Grad und die Modalitäten einer Integration der Ausbildungen,
- die Entwicklung und Implementation der Curricula,
- die didaktischen Konzepte, verbunden mit einem gewandelten Rollenverständnis der Lernenden und der Lehrenden sowie der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter,
- die schulischen Rahmenbedingungen, insbesondere die Verknüpfung von Lernen in der Theorie und Lernen in der Praxis sowie
- die rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen für die Ausbildung.

Das Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ steht in einer Reihe anderer Modellprojekte. Neue Ansätze zur Pflegeausbildung werden in Deutschland schon seit etlichen Jahren erprobt. So gab es bereits 1996 den Modellversuch „Gemeinsame (Grund-)Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege“ in Essen, in dem Ansätze der hier skizzierten Entwicklung insbesondere in Richtung integrierter Pflegeausbildung Berücksichtigung fanden. Ein weiteres Beispiel ist das Modellprojekt „Generalistische Ausbildung mit Schwerpunkten“ in Hamburg. Derzeit existiert eine Anzahl weiterer Modellprojekte im Bereich der Pflegeausbildungen, von denen sich die Mehrzahl im „Transfernetzwerk innovative Pflegeausbildung“ (TiP) zusammengeschlossen hat.³

Einige Modellprojekte des Modellvorhabens „Pflegeausbildung in Bewegung“ haben Erfahrungen aus Vorläufermodellen für ihre eigene Konzeption genutzt. Auch die wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens hat von Beginn an vorhandene Erkenntnisse aus anderen Modellprojekten bei der Entwicklung des eigenen Evaluationskonzepts berücksichtigt. Zwischenergebnisse und offene Fragen aus dem Modellvorhaben wurden mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Modellprojekte regelmäßig diskutiert. So hat es mehrere Begegnungen und einen regelmäßigen Austausch mit Projektverantwortlichen aus dem TiP-Netzwerk gegeben, zuletzt im Juni 2008.

„Pflegeausbildung in Bewegung“ unterscheidet sich von den anderen Projekten jedoch in zentralen Aspekten. Mit insgesamt acht Modellprojekten in acht Bundesländern und ca. 300 Schülerinnen und Schülern ist es ein sehr komplexes Vorhaben. Auch die systematische wissenschaftliche Begleitung durch zwei Forschungsinstitute stellt eine neue Dimension dar. Eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit wurde ebenso installiert wie ein kontinuierlicher Austausch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den zuständigen Ministerien des Bundes und der beteiligten Bundesländer sowie mit Fachvertreterinnen und Fachvertretern aus Verbänden, Stiftungen, Hochschulen und von Einrichtungsträgern, die im Beirat des Modellvorhabens zusammenwirkten. Damit wird deutlich, dass im Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ eine enge Verzahnung zwischen den fachlichen, wissenschaftlichen, öffentlichen und den politischen Ebenen stattgefunden hat. Mit der Auftragsvergabe durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist insbesondere auch die Intention verbunden, Erkenntnisse für zukünftige Gesetzgebungsverfahren zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung zu gewinnen.

³ Siehe unter www.tip-netzwerk.de

Am Modellvorhaben waren folgende Modellprojekte beteiligt:

„ia-Pflege“ in Baden-Württemberg,
 „Integrative Ausbildung in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege“ in Bayern,
 „Modellprojekt Charité Berlin“,
 „Pflege in der Lebensspanne“ in Hessen,
 „IKA (Modellprojekt zur integrierten Gesundheits-/Kranken- und Altenpflegeausbildung)“ in Niedersachsen,
 „Erprobung einer Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit generalistischem Ansatz“ in Nordrhein-Westfalen,
 „Weiterentwicklung der Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege“ in Rheinland-Pfalz,
 „Modellprojekt Sachsen-Anhalt“.⁴

Die acht Modellprojekte aus acht Bundesländern sind mit ihren Logos in Übersicht 2.2 abgebildet.

Übersicht 2.2: Die acht Modellprojekte

- | | |
|-----------------------|------|
| 1 Baden-Württemberg | (BW) |
| 2 Bayern | (BY) |
| 3 Berlin | (BE) |
| 4 Hessen | (HE) |
| 5 Niedersachsen | (NI) |
| 6 Nordrhein-Westfalen | (NW) |
| 7 Rheinland-Pfalz | (RP) |
| 8 Sachsen-Anhalt | (ST) |



2.2 Aufgaben, Ziele und Lösungsansätze der Modellprojekte

Allen Projekten im Modellvorhaben war das Ziel gemeinsam, die bisher verschieden gestalteten Ausbildungsgänge in der Altenpflege einerseits und der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege andererseits zusammenzuführen. Fünf Modellprojekte, die in Baden-Württemberg, in Bayern, in Hessen, in Niedersachsen und in Sachsen-Anhalt, hatten sich die Aufgabe gestellt, eine gemeinsame Ausbildung für Alten-

⁴ Zur besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die Modellprojekte knapp als Modell des jeweiligen Bundeslandes bezeichnet.

pflege und Gesundheits- und Krankenpflege zu entwickeln. Drei Modelle, die in Berlin, in Nordrhein-Westfalen und in Rheinland-Pfalz, integrierten zusätzlich die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Mit der Zusammenführung sollte ein wesentlicher Beitrag geleistet werden, das von den Verantwortlichen aller Projekte gesehene Defizit zu beheben, dass die herkömmlichen getrennten Pflegeausbildungen den sich verändernden beruflichen Anforderungen an die Pflegefachkräfte und den sich zunehmend überschneidenden Aufgabenbereichen in der Pflege nicht mehr gerecht werden. Mit dieser zentralen Zielsetzung war eine Reihe weiterer Ziele, die von den Modellprojekten in ihrer Bedeutung unterschiedlich nuanciert wurden, verbunden:

- dazu beizutragen, den Arbeitsmarkt für Pflegekräfte stärker zu flexibilisieren und den zunehmenden Fachkräftebedarf mit Blick auf die demografische Entwicklung zu sichern,
- die Berufsentwicklung im Pflegebereich an die der anderen europäischen Staaten anzugleichen,
- pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Ausbildungskonzeption einzubeziehen,
- besondere berufsfeldspezifische Anforderungen der Altenpflege zu beachten.

Bei der Entwicklung der Ausbildung sollten Erkenntnisse bisheriger Modellprojekte für die eigenen Konzeptionen fruchtbar gemacht werden.

Alle Modelle waren so konzipiert, dass nach einer Ausbildungsdauer von drei Jahren ein Berufsabschluss in einem der drei Pflegeberufe erreicht wurde. Eine vollständig zusammengeführte Pflegeausbildung mit einem allgemeinen Abschluss „Pflege“ ließen die Modellklauseln der beiden Berufsgesetze wie oben erläutert nicht zu.

Im Modellvorhaben wurden verschiedene Lösungsansätze für die Integration verfolgt:

- die klare Ausrichtung auf einen der drei Pflegeberufe – allerdings mit einer breiten gemeinsamen Basis – durch eine integrierte Ausbildung mit differenziertem Anteil (Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt),
- eine integrierte Ausbildung mit einem differenzierten Anteil und einem sechsmonatigen Aufbaumodul, sodass die vollwertige berufliche Qualifikation mit den entsprechenden Abschlüssen in zwei Pflegeberufen erreicht wurde (Bayern und Hessen),
- eine weitgehend generalistische Ausrichtung mit einem Abschluss in einem der drei Pflegeberufe (Nordrhein-Westfalen),
- eine weitgehend generalistische Ausrichtung mit zwei Abschlüssen durch ein Aufbaumodul (Rheinland-Pfalz).

Bezüglich des Integrationsgrades sind im Laufe des Modellvorhabens teilweise deutliche Änderungen der Konzeption zu verzeichnen. Eine Reihe von Projekten hat ihren Integrationsanteil (zum Teil deutlich) erhöht, aber kein Modell hat ihn reduziert. Insofern kann von einer generellen Tendenz zur Integration im Modellvorhaben gesprochen werden. Die Modellprojekte Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz waren schon zu Beginn generalistisch ausgerichtet. Das Modellprojekt Bayern hatte von Anfang an einen Anteil von 90% integrierten Unterrichts geplant. Die Modellprojekte Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt starteten mit der Planung eines Integrationsgrades von

66%. Im fortschreitenden curricularen Prozess ergab sich in diesen Modellprojekten, dass mehr Inhalte der theoretischen Ausbildung gemeinsam unterrichtet werden konnten als anfänglich vermutet. Daraufhin erhöhten die Modellprojekte Berlin, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt ihren Integrationsanteil; Niedersachsen erreichte sogar das Niveau einer generalistischen Ausrichtung. Das Modellprojekt Baden-Württemberg verzichtete nur aus organisatorischen Gründen auf eine Erhöhung des Integrationsanteils.

Bei einer Größenordnung von mehr als 90% integriert durchgeführtem Unterricht kann von einer Integration mit generalistischer Ausrichtung gesprochen werden. Entsprechend werden in diesem Bericht die Projekte mit einem gemeinsamen theoretischen Anteil von über 90% als Modellprojekte mit generalistischer Ausrichtung bezeichnet. Die Modelle, die zwischen 66% und 90% gemeinsame theoretische Ausbildung anbieten, gelten als integrierte Ausbildungsgänge. Übersicht 2.3 stellt den geplanten Integrationsanteilen die in der Modellerprobung tatsächlich realisierten gegenüber. Der diesem Resultat zugrunde liegende Prozess wird in Kapitel 4.3.3 eingehend behandelt.

Übersicht 2.3: Integrationsanteile der integrierten und generalistisch ausgerichteten Modellprojekte

Integrierte Ausbildung (66–90% Integrationsanteil in der theoretischen Ausbildung)		Ausbildung mit generalistischer Ausrichtung (Integrationsanteil in der theoretischen Ausbildung über 90%)	
	geplant (tatsächlich erreicht)		geplant (tatsächlich erreicht)
Baden-Württemberg	66% (66%)	Niedersachsen	66% (93%)
Bayern	90% (90%)	Nordrhein-Westfalen	93% (93%)
Berlin	66% (80%)	Rheinland-Pfalz	93% (93%)
Hessen	66% (90%)		
Sachsen-Anhalt	66% (80%)		

Die Entwicklung von Curricula stellte für die sieben Modellprojekte, die ihr Curriculum selbst konzipierten – das Modellprojekt Nordrhein-Westfalen hatte sein Curriculum extern entwickeln lassen –, eine große Herausforderung dar. Über den Zeitraum eines Ausbildungsjahrgangs wurden auf der Basis der Kompetenzorientierung inhaltlich und strukturell neue Ausbildungskonzepte entwickelt und erprobt, die sich sowohl auf die schulische als auch auf die praktische Ausbildung erstreckten.

Neben den kurativ-pflegerischen bzw. sozialpflegerischen Aufgaben und der Berücksichtigung der verschiedenen Lebens- und Pflegesituationen sowie der unterschiedlichen Lebens- und Versorgungsbereiche waren beratende, präventive, palliative und weitere Aspekte, die sich aus dem erweiterten Pflegebegriff ergeben, zu berücksichtigen. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf dem Qualifikationsbereich „Pflege älterer Menschen“. Des Weiteren waren im Sinne der Umsetzung der Gleichstellung von Frauen und Männern die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Interessenlagen von Männern und Frauen in den Pflegeausbildungen zu berücksichtigen (Prinzip des Gender Mainstreamings).

Die in Kapitel III weitestgehend ungekürzten Zielformulierungen der Modellprojekte lassen erkennbar werden, wie im Rahmen dieser übergreifenden Zielsetzung Schwerpunkte gesetzt und Erweiterungen vorgenommen wurden. Die Formulierungen der Ausbildungsziele machen den hohen pädagogischen Anspruch deutlich, insbesondere im Hinblick auf

die Professionalität des Handelns wie auch auf die Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses und auf interprofessionelle Kooperation. Hierzu gehören auch die Förderung von Kreativität, die Befähigung zum selbstständigen Lernen und die Motivierung zum lebenslangen Lernen.

2.3 Ein zweifacher Paradigmenwechsel als zentrale Herausforderung an die Modellprojekte

Neben den vielen facettenreichen Konzepten, die in den Modellprojekten entwickelt und eingeführt worden sind, gab es zwei fundamentale Herausforderungen an alle Beteiligten. Hierbei handelt es sich um grundlegende und durchgreifende Änderungen in der Ausbildung, welche die wissenschaftliche Begleitung als einen zweifachen Paradigmenwechsel charakterisiert. Zum einen ging es darum, nach dem Inkrafttreten der Ausbildungsgesetze 2003 bzw. 2004 von der bis dahin gültigen Fächerorientierung zu einer Lernfeld- bzw. Kompetenzorientierung zu gelangen. Dieser Paradigmenwechsel wird als berufspädagogischer Paradigmenwechsel verstanden. Zum anderen ging es darum, bislang nebeneinander und unabhängig voneinander existierende Pflegeausbildungen möglichst weitgehend zu integrieren und dabei auch ein neues Grundverständnis des Pflegebegriffs zu berücksichtigen. Dieser Paradigmenwechsel wird im Weiteren als berufsfachlicher Paradigmenwechsel bezeichnet.

Paradigmenwechsel in der Berufspädagogik

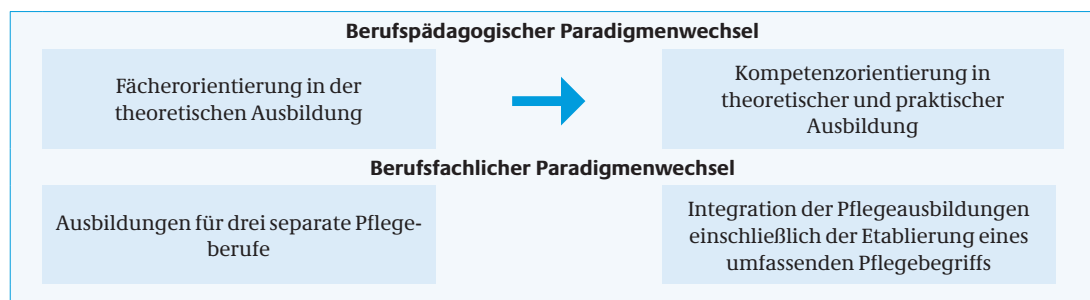
Die früheren Ausbildungsgesetze der Pflegeberufe mit ihren Ausführungsbestimmungen legten fest, welche Fächer unterrichtet werden mussten. Die neuen Berufsgesetze und Bestimmungen fordern dagegen, dass fächerintegrativ nach Themen beziehungsweise in der Altenpflege nach Lernfeldern unterrichtet wird. Beide Konzepte entsprechen der in der fachlichen Debatte geforderten Kompetenzorientierung. Der dahinterstehende Anspruch richtet sich an den Forderungen der Berufspädagogik aus; hierbei soll sich die Ausbildung stärker an den Anforderungen der Praxis und an zukünftigen Handlungsfeldern orientieren, in denen sich die Absolventinnen und Absolventen bewegen müssen. Schülerinnen und Schüler müssen im Laufe des Ausbildungsprozesses befähigt werden, in immer wieder neuen, konkreten beruflichen Situationen angemessen handeln zu können. Hierbei sollen sie möglichst selbstorganisiert ihr Handeln bzw. ihre eigenen Handlungsvoraussetzungen mit den an sie gestellten Herausforderungen und den vorgefundenen Handlungsmöglichkeiten in Einklang bringen. Für die Modellprojekte entsteht dementsprechend die Verpflichtung, ihre Konzeptionen am Modell der vollständigen Handlung auszurichten und eine entsprechende Situationsorientierung in den Unterrichten umzusetzen.

Paradigmenwechsel auf berufsfachlicher Ebene

Mit dem berufsfachlichen Paradigmenwechsel wird die bisherige Trennung der Pflegeberufe nach den Altersphasen infrage gestellt. Statt der getrennten Ausbildungen für die Altenpflege einerseits und die Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpflege andererseits soll nun in großen Teilen integriert, d. h.

gemeinsam ausgebildet werden. Der in den Berufsgesetzen verankerte umfassende Pflegebegriff, der sich nicht nur auf kurative und sozialpflegerische Aspekte beschränkt, sondern auch gesundheitsfördernde, präventive, rehabilitative und palliative Anteile berücksichtigt, war in die zu erprobenden Ausbildungen einzubeziehen. Die berufsfachliche Neuausrichtung einer integrierten Pflegeausbildung mit einem umfassenden Pflegebegriff in diesem beschriebenen Sinne ermöglicht es, den veränderten gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden und eine Angleichung an europaweite pflegerische Qualifikationen zu erreichen. Dieser zweifache Paradigmenwechsel bildet den Hintergrund des Modellvorhabens und muss dementsprechend in der gesamten Evaluation mit betrachtet werden (Übersicht 2.4).

Übersicht 2.4: Der zweifache Paradigmenwechsel



2.4 Organisation der Modellprojekte und deren Rahmenbedingungen im Überblick

Trägerstrukturen und Schulkooperationen

Die acht Modellprojekte wiesen ein breites Trägerspektrum auf. Hierdurch wurde gewährleistet, dass die Vielfalt der Trägerstrukturen für Alten- und Krankenpflegeschulen hinsichtlich privater, öffentlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft im Modellvorhaben abgebildet wird. In sechs Modellprojekten kooperierte jeweils unter einem ausgewiesenen Träger eine Krankenpflegeschule mit einer Altenpflegeschule. Ausnahmen bildeten lediglich ein Modellprojekt, in dem die Altenpflegeschule nur beratend hinzugezogen wurde, und ein Modellprojekt, in dem ein privater Bildungsträger die Ausbildung anbot. An drei Modellstandorten war auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschule einbezogen, wobei in einem Fall die Kinderkrankenpflegeschule nicht am Standort der Krankenpflegeschule angesiedelt war.

Unter den Trägern der acht Modellprojekte fanden sich mit sechs Standorten am häufigsten frei-gemeinnützige Träger. Von diesen waren vier den beiden großen christlichen Konfessionen (drei der evangelischen, einer der katholischen) zuzuordnen. Ein weiterer frei-gemeinnütziger Träger war das Deutsche Rote Kreuz. In einem Projekt kooperierte ein öffentlicher Träger mit einem Partner unter frei-gemeinnütziger kirchlicher (evangelischer) Trägerschaft. Zwei Modellprojekte hatten in Form einer gemeinnützigen Stiftung bzw. einer Bildungseinrichtung ausschließlich private Träger (Übersicht 2.5).

Die Zahl der Einrichtungen, an denen die praktische Ausbildung absolviert wurde, variierte beträchtlich zwischen den Modellprojekten. In sieben Modellen reichte die Zahl der kooperierenden Krankenhäuser von eins bis fünf, während ein Modell Praxislernorte in 15 Einrichtungen hatte. Die durchschnittliche Anzahl der einbezogenen Alten- und Pflegeheime war deutlich höher als die der Krankenpflegereinrichtungen. Nur drei Modelle kooperierten mit weniger als sieben Einrichtungen, die Höchstzahl war 18. Die Zahl der ambulanten Dienste bzw. Sozialstationen, in denen die Schülerinnen und Schüler praktische Einsätze hatten, reichte von zwei bis sieben, abgesehen von zwei Modellprojekten, die mit zehn bzw. 14 Diensten zusammenarbeiteten.

Übersicht 2.5: Trägerstrukturen und Schulkooperationen in den Modellprojekten

Modellprojekt KP/KI/ St*	Träger/ Antragsteller	Kooperierende Schulen			Weitere Partner
		Altenpflege	Krankenpflege	Kinderkrankenpflege	
BW 2/2/2	SRH Hochschulen, Heidelberg	Fachschule für Altenpflege im Berufsbildungswerk des DGB (bfw)	Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Klinikum Karlsbad-Langensteinbach	-	SRH Hochschulen, Heidelberg (Projektkoordination)
BY 2/2/2	Diakoniewerk Martha-Maria, Nürnberg	Berufsfachschule für Altenpflege an der Evangelischen Pflegeakademie der Inneren Mission München	Berufsfachschule für Krankenpflege Nürnberg der Diakoniewerk Martha-Maria Krankenhaus gGmbH	-	-
BE 3/1/2	Charité	Lazarus-Berufsfachschule für Altenpflege	Krankenpflegeschule der Gesundheitsakademie der Charité	Kinderkrankenpflegeschule der Gesundheitsakademie der Charité	ev. Geriatriezentrum
HE 2/2/2	DRK Landesverband Hessen	Lehranstalt für Altenpflege des DRK, Kronberg	Krankenpflegeschule an den Hochtahnus-Kliniken, Bad Homburg	-	-
NI 2/1/1	Diakonische Dienste Hannover	Berufsfachschule Altenpflege der Diakonischen Dienste Hannover	Krankenpflegeschule des Diakoniekrankenhauses Henrietenstiftung	-	-
NW 3/1/1	Caritasverband für das Erzbistum Paderborn	Fachseminar für Altenpflege, Geseke	Krankenpflegeschule am Brüderkrankenhaus St. Josef, Paderborn	Kinderkrankenpflegeschule am St. Vincenz-Krankenhaus, Paderborn	-
RP 2/2/1	Evangelische Diakonissenanstalt, Speyer	Altenpflegeschule der Evangelischen Diakonissenanstalt (nur in beratender Funktion)	Krankenpflegeschule am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer	Kinderkrankenpflegeschule am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer	-
ST 1/1/1	FIT-Ausbildungs-Akademie, Magdeburg	FIT-Ausbildungs-Akademie, Magdeburg	FIT-Ausbildungs-Akademie, Magdeburg	-	-

*KP: Kooperationspartner/KI: Klassen/St: Standorte

Schüler und Schülerinnen, Lehrende, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter und Gremien

Die insgesamt 308 im Modellvorhaben ausgebildeten Schülerinnen und Schüler, von denen 241 die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, wurden an vier Modellstandorten in jeweils einer Klasse und an vier Standorten in jeweils zwei Klassen unterrichtet. In den sieben Projekten, in denen die Schülerinnen und Schüler zu Beginn ihrer Ausbildung einen Berufsabschluss gewählt haben, waren die Gesundheits- und Krankenpflege mit 51%, die Altenpflege mit 43% und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit 6% vertreten. 241 Schülerinnen und Schüler beendeten nach drei Jahren die Ausbildung, was einem relativ hohen Anteil von 78% entspricht. Von diesen haben 53% den Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege erworben, 40% in der Altenpflege und 7% in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, welche die Ausbildung abbrachen oder die Prüfungen nicht bestanden hatten, lag insgesamt bei 22%. In der Altenpflege lag der entsprechende Anteil bei 21%, in der Gesundheits- und Krankenpflege bei 25% und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bei lediglich 11%. Die genauen Schülerzahlen finden sich in Übersicht 2.6.

Übersicht 2.6: Schülerinnen und Schüler nach gewähltem Berufsabschluss und Klassen mit Modellschülerinnen und Modellschülern

Modellprojekt		Altenpflege	Krankenpflege	Kinderkrankenpflege	Gesamt	Klassen
BW	Beginn	22	22	-	44	2
	Ende	17	18	-	35	
BY	Beginn	27	26	-	53	2
	Ende	19	22	-	41	
	Aufbaumodul***	15	18	-	33	
BE	Beginn	10	9	6	25	1
	Ende	8	6	5	19	
HE	Beginn	25	25	-	50	2
	Ende	22	19	-	41	
	Aufbaumodul***	12	4	-	16	
NI	Beginn	14	14	-	28	1
	Ende	11	11	-	22	
NW*	Beginn	-	-	-	24	1
	Ende	0	18	2	20	
RP	Beginn	9	37	12	58	2
	Ende	5	25	11	41	
	Aufbaumodul***	3**	10**	6**	19	
ST	Beginn	14	12	-	26	1
	Ende	14	8	-	22	
Gesamt	Beginn	121****	145****	18****	308	
	Ende	96	127	18	241	
	Aufbaumodul***	30	32	6	68	

* In NW mussten sich die Schülerinnen und Schüler erst nach zwei Jahren auf einen Abschluss festlegen.

** In RP wurden lediglich die Aufbaumodule für Gesundheits- und Krankenpflege sowie für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, nicht aber das Aufbaumodul für Altenpflege wahrgenommen.

*** Die Zahlenangaben zum Aufbaumodul beziehen sich auf die Schülerinnen und Schüler mit Erstabschluss im entsprechenden Pflegeberuf in dieser Spalte, die einen zweiten Berufsabschluss im jeweils anderen Pflegeberuf erwarben.

**** ohne NW

Die Schülerinnen und Schüler konnten an drei von acht Standorten nach Erwerb eines ersten qualifizierenden Berufsabschlusses durch zusätzliche Absolvierung eines sechsmonatigen Aufbaumoduls einen entsprechenden zweiten Abschluss erwerben. Während darüber an zwei Standorten zum Zeitpunkt des Abschlusses der ersten Berufsausbildung entschieden werden konnte, verpflichteten sich die Schülerinnen und Schüler am dritten Standort bereits bei Ausbildungsbeginn zur Absolvierung einer Doppelqualifikation. Dies hatte zur Folge, dass die Inanspruchnahme der Aufbaumodule durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Modellkurse sehr unterschiedlich war. Bei später Festlegung lag die Quote bei etwa 40%, bei frühzeitiger Festlegung bei etwa 80%. Da generell Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger leichter in der Altenpflege tätig werden können als umgekehrt, war der Anteil derjenigen, die nach Erstabschluss in der Altenpflege das Aufbaumodul wählten, mit etwa 56% (an den beiden Standorten mit Entscheidung zum Ausbildungsende) weitaus höher als bei denjenigen mit einem Erstabschluss in der Krankenpflege, wo dieser Anteil lediglich bei 9% lag. Da jedoch an den Standorten unterschiedliche Bedingungen herrschten, sind diese Daten nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.

An allen acht Standorten waren sowohl hauptamtliche Dozentinnen und Dozenten als auch Fremddozentinnen und -dozenten an der Ausbildung der Modellschülerinnen und -schüler beteiligt. Die Anzahl der Hauptamtlichen in den Modellen reichte von zehn bis 26, die der Fremddozentinnen und -dozenten von acht bis 40. Bei diesen Zahlen ist jedoch zu beachten, dass sie einerseits nicht den Stellenumfang der betreffenden Personen, andererseits nicht die Anzahl der zu unterrichtenden Schülerinnen und Schüler in parallelen Regelkursen bzw. die Größe der Schulen berücksichtigen. So wies auch das Verhältnis von Fremddozentinnen und -dozenten zu allen Dozentinnen und Dozenten eine große Spannweite von 28 bis zu 75% auf. Im Verlauf des Modellvorhabens reduzierte sich in den meisten Modellprojekten der Anteil der Fremddozentinnen und -dozenten am Lehrkörper.

Für die Umsetzung der Lehrinhalte der Modellprojekte im praktischen Teil der Ausbildung in den Einrichtungen der stationären und ambulanten Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege waren zum einen die Lehrenden der Schulen als Praxisbegleiterinnen und Praxisbegleiter, in weit größerem Maße aber die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter involviert, wobei dieser Personenkreis in den Einrichtungen angestellt ist und in der Regel einschlägige Qualifikationen erworben hat. Drei Fünftel der mit der Betreuung während der praktischen Ausbildung befassten Pflegekräfte waren Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger und etwa jede bzw. jeder Vierte Altenpflegerin bzw. Altenpfleger. Aus der Kinderkrankenpflege stammte nur jede bzw. jeder Zehnte, andere Grundqualifikationen oder Doppelausbildungen wiesen nur sehr wenige Personen auf.

In den acht Modellprojekten wurde je Standort eine wechselnde Zahl von Gremien mit unterschiedlichen Aufgaben und Beteiligten eingerichtet. Neben einer Lenkungs- oder Projektsteuerungsgruppe mit übergreifenden Aufgaben fanden sich am häufigsten Gremien mit den Themenschwerpunkten Curriculumentwicklung, praktische Ausbildung bzw. Kooperation mit Praxiseinsatzorten sowie Beratung und Evaluation. Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zumeist die Projektleitungen sowie die Schulleitungen und leitenden Lehrenden bzw. die Kursleiterinnen und Kursleiter der kooperierenden Pflegeschulen. Anzahl, Arbeitsinhalte und Beteiligte der in den Modellprojekten tätigen Gremien blieben während der Laufzeit der Projekte weitgehend konstant.

2.5 Zielsetzungen und Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung

Ziele und Fragestellungen

Die wissenschaftliche Begleitung setzte Ende 2004 etwa zeitgleich mit dem Ausbildungsbeginn in den Modellprojekten ein. Sie hatte den Auftrag, die Modelle bei der Curriculumanalyse und -umsetzung umfassend zu beraten und die einzelnen Modelle sowie das gesamte Modellvorhaben zu evaluieren.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Flankiert wurde die wissenschaftliche Begleitung von Beginn an durch eine das Modellvorhaben begleitende Öffentlichkeitsarbeit (Kapitel 2.6), die mit der wissenschaftlichen Begleitung eng koordiniert war. Dies diente in erster Linie der kontinuierlichen Information und Einbindung der Fachöffentlichkeit, aber auch einer breiteren Öffentlichkeit mittels projekteigener Homepage.

Um dem komplexen Beratungs- und Evaluationsauftrag gerecht zu werden, war die Evaluation des Modellvorhabens gleichermaßen formativ wie summativ konzipiert. Dank der formativen Ausrichtung konnten Erkenntnisfortschritte aus der Sicht der wissenschaftlichen Begleitung den einzelnen Modellprojekten sehr weitgehend und schnell zur Verfügung gestellt werden. Dadurch wurde gewährleistet, dass umsetzungsbegleitende Schwierigkeiten durch die Begleitforschung frühzeitig aufgedeckt und durch Beratung und fachliche Unterstützung überwunden wurden. Schwerpunkte der Beratungsleistungen lagen einerseits auf der Curriculumkonstruktion und der pädagogisch-didaktischen Konzeption, andererseits auf der modellinternen Evaluation.

Der summative Anteil der Evaluation identifiziert – vorwiegend auf der Basis interner Evaluationskriterien – Wirkungen, Nutzen und Grenzen einzelner Modellkonzepte und überführt diese Erkenntnisse, unter Inanspruchnahme externer Kriterien, in eine Gesamtbilanz des Modellvorhabens. Basis für die vergleichende Beurteilung der acht in ihren Voraussetzungen heterogenen und in ihren Konzeptionen weit gefächerten Modellprojekte ist deren auf die Modellspezifik gegründete Einzelevaluation durch die wissenschaftliche Begleitung.

Generelles Ziel der Begleitforschung war es zu prüfen, inwieweit es den Modellen gelang, den durch den Wandel des Pflegepanoramas bedingten Herausforderungen – insbesondere für die Altenpflege – durch die Integration der Pflegeausbildungen gerecht zu werden. Gegenstände der Evaluation waren somit die strukturellen Rahmenbedingungen für Konzeptionierung und Durchführung der Ausbildungen, die dabei entstehenden vielfältigen Prozesse und der daraus resultierende Output bzw. Outcome:

- Die strukturbezogenen Evaluationsdimensionen bilden hierbei die materialen und personellen Voraussetzungen der modellspezifischen Bildungssettings und deren prozessbedingte Modifikationen ab. Die entsprechenden Fragestellungen thematisieren z. B. die Bedeutung von Trägerstruktur, Schulorganisation und Schulkooperationen, von methodisch-didaktischen Merkmalen der Curricula, des Verhältnisses von theoretischen und praktischen Ausbildungsanteilen oder die Anforderungen an die Qualifikationsprofile der Akteure für Prozessverlauf und -ergebnis.

- | Die prozessbezogenen Evaluationsdimensionen sind darauf ausgerichtet, u. a. curriculare Prozesse der Konstruktion und Implementation der Curricula, Aufbau und Modifikation von Theorie-Praxis-Verknüpfungen, die eigentlichen interaktiven Lehr- und Lernprozesse sowie Kompetenzentwicklung, Einstellungswandel und Veränderungen des Berufsbildes der Schülerinnen und Schüler zu rekonstruieren. Dies schließt die Identifizierung von Beratungsbedarfen bei der Konstruktion und der Umsetzung der Curricula ein.
- | Ergebnisorientierte Evaluationsdimensionen erfassen beispielsweise die Güte der in den Modellen entwickelten Curricula, die Effektivität und Effizienz von Bewerberauswahlverfahren oder von Formen der Theorie-Praxis-Verknüpfung ebenso wie die zielführenden Eigenschaften und die generelle Eignung neuer methodisch-didaktischer Ansätze. Sie bilden die Erreichungsgrade und den Outcome von strukturellen Lehr- und Lernbedingungen bzw. -prozessen ab. Diesbezügliche Fragestellungen thematisieren z. B. die Erreichungsgrade curriculärer Lernziele und Bildungsgehalte ebenso wie Kompetenz- und Wissensprofile und deren Veränderungen oder den Implementationserfolg und die Transfereignung. Sie erstrecken sich auch auf die Bewertung der Arbeitsmarktrelevanz integrierter Ausbildungen.
- | Eine Nacherhebung in zwei Wellen (2008 und 2010) wird Erfahrungen der in den Modellprojekten Ausgebildeten am Arbeitsplatz bzw. auf dem Arbeitsmarkt erfassen.

Im Hinblick auf die zu erstellenden Empfehlungen liegt der Fokus der Evaluation einerseits darauf, welche Elemente der Modellausbildungen in die Regelausbildung übertragbar sind, andererseits darauf, welche grundlegenden Reformen als Alternativen zur derzeitigen Ausbildungssituation denkbar sind und empfohlen werden können.

Konzept und Methodik

Wenn die Evaluation eines derart vielschichtigen und komplexen Gegenstandes alle wesentlichen Aspekte berücksichtigen soll, erfordert sie die durchgehende Beachtung des Prinzips der Multiperspektivität. Dies bezieht sich sowohl auf die Akteure als auch auf die Evaluatorinnen und Evaluatoren. Multiperspektivität bezüglich der Akteure wird dadurch gewährleistet, dass die Perspektiven sowohl der Schülerinnen und Schüler als auch der Lehrenden, der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter wie auch des Pflegemanagements und der Projektverantwortlichen gleichermaßen Beachtung finden.

Für das Team der Begleitforschung war dem Prinzip multiperspektivischer Herangehensweise durch die einleitend dargestellte Kompetenz-Komplementarität der Forschungsinstitute Rechnung getragen. Die Zusammenführung der Perspektiven erfolgte für die meisten Evaluationsgegenstände in unterschiedlichen Intervallen, vornehmlich gebunden an die halbjährlichen Bestandsaufnahmen im Kontext der Besuchsrunden; zu anderen Punkten wurden die unterschiedlichen Sichtweisen in größeren Abständen bzw. erst am Ende zusammengeführt.

So wurden bei der Erfassung der Kompetenzentwicklung bewusst getrennte Wege gegangen, indem das WIAD periodisch Erhebungen der Selbst- und Fremdeinschätzungen durchführte, während das dip in zwei Wellen Kompetenzmessungen mittels des Kasseler-Kompetenz-Rasters durchführte. Dieses Messverfahren wurde als „KKR plus Pflege“ vom dip für die

Pflegeausbildung adaptiert. Es gründet auf einem berufspädagogisch ausgerichteten Kompetenzkonstrukt. Ein vergleichbares Vorgehen erfolgte bei der curricularen Evaluation. Das WIAD befragte periodisch die Einschätzungen der beteiligten Personen, während das dip mittels eines neu konzipierten Verfahrens die Curricula evaluierte.

In der Schlussphase der Evaluation wurden dann die – in einigen Fällen auch disparaten – Ergebnisse in einem gemeinsamen Diskussionsprozess bewertet. Bei der Bewertung von im Modellvorhaben durchgeführten Assessment-Centern für die Bewerber-Auswahl wurde aus pragmatischen Gründen arbeitsteilig verfahren, indem das WIAD diese Aufgabe allein übernahm.

Das Prinzip der Multiperspektivität wurde für das Team der Begleitforschung auch insofern umgesetzt, als die für die Modelle jeweils zuständigen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sogenannte Tandems bildeten, die aus zwei Personen mit unterschiedlichen professionellen Qualifikationen (jeweils einer Pflegepädagogin aus dem dip und einem Sozialwissenschaftler bzw. Arzt aus dem WIAD), Arbeitsschwerpunkten und Berufserfahrungen zusammengesetzt waren. Dies gewährleistete eine möglichst breit angelegte Resonanzbasis, die nicht zuletzt auch der prozessoptimierenden Funktion der Begleitforschung zugutekam.

Schließlich wurden in zahlreichen Workshops und Arbeitsgruppentreffen aller acht Modellprojekte und der wissenschaftlichen Begleitung, die von einer zunehmend sich entwickelnden Kultur des gemeinsamen Austauschs und Lernens aller Beteiligten geprägt waren, unterschiedliche Sichtweisen, Problemlagen und Lösungsansätze bzw. -strategien kommuniziert.

Der vom Auftraggeber definierte Umfang der Evaluation ließ kein Kontrollgruppendesign im Sinne eines Vergleichs der in das Vorhaben einbezogenen Modellprojekte mit externen Projekten zu. Allerdings wäre ein solcher Vergleich auch inhaltlich-methodisch nur schwer vorstellbar, weil die Eruiierung der Chancen und Probleme einer integrierten Ausbildung mit dem Fokus auf der Altenpflege das Spezifikum dieses Modellvorhabens ist und damit ein Kontrollgruppen-Vergleich nur bezogen auf im Rahmen des Auftrags „sekundäre“ Fragestellungen, etwa den berufspädagogischen Paradigmenwechsel, sinnvoll bzw. möglich gewesen wäre.

Auch vergleichende Untersuchungen zwischen den acht Modellprojekten im Sinne eines kontrollierten Designs würden schnell an Grenzen stoßen, weil sich die Einzelprojekte nicht nur in den Graden der Vorarbeiten, sondern auch in relevanten regional bedingten Aspekten und in der Art ihrer Konstruktion deutlich voneinander unterschieden. Somit muss in der Evaluation in erster Linie Berücksichtigung finden, inwieweit vorab definierte Ziele der Modellprojekte mit den tatsächlich erreichten übereinstimmen. Die internen Evaluationskriterien ergeben sich demnach überwiegend aus den Zielsetzungen der einzelnen Modellprojekte. Der Grad der Erreichung selbstgesteckter Ziele kann dabei Indikator für den jeweiligen Erfolg sein.

Gleichwohl kann bei einer vergleichenden Betrachtung herausgefunden werden, ob die jeweiligen Struktur- und Prozessmerkmale nachweisbaren Einfluss auf die zu untersuchenden Ergebnisdimensionen haben und ob sich ‚überlegene‘ Merkmale bzw. Merkmalskombinationen erkennen lassen. In einem nächsten Schritt ist dann danach zu fragen, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang eine Übernahme entsprechender Merkmale anzustreben bzw. zu empfehlen ist und wie ein solcher Transfer gegebenenfalls vonstattengehen kann. Und schließlich können trotz der Heterogenität der Modellansätze eine Reihe von Dimensionen identifiziert und herangezogen werden, die eine vergleichende Betrachtung von Entwicklungsprozessen und Outcome-Ergebnissen für je unterschiedliche Modellgruppierungen und ausgewählte Fragestellungen möglich machen.

Mit der Multiperspektivität der Evaluationsausrichtung korrespondiert die Vielfalt der eingesetzten Methoden bzw. Erhebungsstrategien:

- Dokumentenanalyse inkl. Beratungsdokumentation,
- schriftliche und telefonische Befragungen,
- Experteninterviews,
- Kompetenzmessungen,
- periodisches Monitoring und Auswertungen modellinterner Evaluationen,
- Gruppendiskussionen der Projektverantwortlichen, der Lehrenden und der wissenschaftlichen Begleitung in Workshops und bei Arbeitsgruppentreffen.

Datenquellen waren neben den Curricula bzw. Modellkonzepten und deren Weiterentwicklungen die Auszubildenden selbst, die Lehrenden, die Projektverantwortlichen und die für den Praxiseinsatz der Auszubildenden verantwortlichen Personen der Pflegeeinrichtungen sowie Vertreterinnen und Vertreter des Pflegemanagements.

Die Vielschichtigkeit des Gegenstandes und die Vielfalt der Erhebungsinstrumente führten im Ergebnis zu einer sehr umfangreichen und – wie zu erwarten – auch in Teilen disparaten Datenmenge. Damit war ein einfaches Hypothesenprüfungsdesign in Analogie zum Quasi-Experiment schon im Ansatz ausgeschlossen. Vielmehr galt es, die für die jeweilige Fragestellung relevanten diversen Datenbestände je für sich kritisch zu bewerten, sie gegeneinander abzuwägen und die abgeleiteten Teilergebnisse letztlich in eine Gesamtschau einfließen zu lassen. Dabei ließ es sich nicht vermeiden, dass bei dem einen oder anderen Punkt keine Eindeutigkeit zu erzielen war. In solchen Fällen muss die Unentscheidbarkeit zwischen unterschiedlichen Optionen hingenommen werden bzw. können aus der Evaluation abgeleitete Empfehlungen sich nur auf Bedingungen erstrecken, die für eine angemessene Zielerreichung erforderlich sind.

Instrumente

Aufgrund des innovativen Charakters des Modellvorhabens und seiner Evaluation konnte nur in geringem Umfang auf im Bereich der Pflegebildungsforschung schon bestehende Instrumente zurückgegriffen werden. Somit mussten die für die evaluativen Arbeiten benötigten Instrumente weitgehend neu entwickelt bzw. an den Gegenstand angepasst und getestet werden. Bei der Entwicklung der Evaluationsinstrumente bzw. -verfahren war auf hinreichende Kompatibilität bezüglich der Akteursgruppen zu achten, damit vergleichbare

Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten erfasst werden konnten. In den zugehörigen Dokumenten auf der CD-ROM zum Modellvorhaben sind die im Folgenden beschriebenen Instrumente in ausführlicher Form enthalten.

Die Instrumente zur curricularen Evaluation

◀ Inhalt

◀ zurück

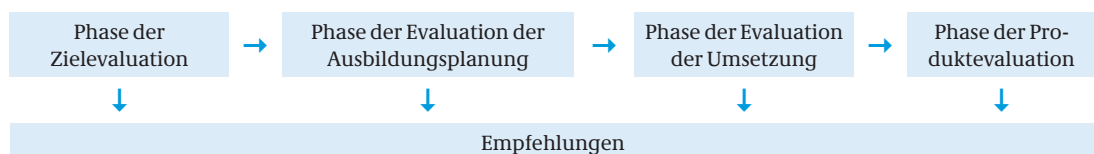
weiter ▶

Die vergleichende Evaluation von acht Curricula stellt ein Novum für die Pflegebildungsforschung dar. Aus diesem Grunde mussten auch hierfür von der Begleitforschung eigene Instrumente entwickelt beziehungsweise bestehende Instrumente modifiziert und in einem Konzept zusammengeführt werden. Das Konzept ist sowohl auf die formative als auch auf die summative Evaluation ausgerichtet. Im Zuge der formativen Evaluation wurden Ergebnisse der Begleitforschung in Form einer Beratung an die Modellprojekte zurückgekoppelt. Im Rahmen der summativen Evaluation wurden die Ergebnisse dieser Prozesse erfasst und vergleichend bewertet.

Für die Curriculumevaluation wurde das Modell von Stufflebeam in seinen Grundzügen zugrunde gelegt.⁵ Das Konzept zeichnet sich durch eine Trennung der Projektabläufe in verschiedene Phasen aus. Parallel verlaufende Entwicklungen wurden erfassbar, da die Entwicklungen in den verschiedenen Phasen nicht unkontrolliert miteinander vermischt wurden.

Dementsprechend wurden zunächst die jeweils festgelegten Ziele betrachtet und anschließend alle curricularen Planungsschritte erfasst und untersucht. Diese Phase wurde von der Evaluation der Umsetzungsprozesse getrennt, um Konzeptionsfehler von Implementationsfehlern unterscheiden zu können.⁶ In der letzten Phase nach Stufflebeam, der Produktevaluation, wurden die Curricula anhand übergeordneter Fragestellungen und der Betrachtung der vorangegangenen Phasen beurteilt. Die hierbei gewonnenen Ergebnisse flossen mit in die Empfehlungen aus der Gesamt-Evaluation ein. Übersicht 2.7 stellt den Weg der curricularen Evaluation dar.

Übersicht 2.7: Evaluationsschema Stufflebeam modifiziert nach Hoge



Um der vielfältigen curricularen Datenlage in einem so komplexen Modellvorhaben gerecht zu werden, wurden die angestrebten Ziele und sämtliche eingereichten Curriculumdokumente analysiert. Darauf aufbauend, wurden die Erfahrungen der Beteiligten zu den Prozessen während der Curriculumimplementation mittels Experteninterviews erfasst. Beratungsinterventionen wurden begleitend dokumentiert und entsprechend ausgewertet. Die abschließende Evaluation der Curricula erfolgte bezogen auf den zweifachen Paradigmenwechsel. Die konkrete Vorgehensweise zur Instrumentenkonzeption wird ausführlich in den zugehörigen Dokumenten auf der CD-ROM zum Modellvorhaben dargestellt.

⁵ Stufflebeam 2001

⁶ Christiansen 2003

Entstanden ist ein innovatives Verfahren, mit dem nicht nur das vorliegende Curriculum-dokument im engeren Sinne analysiert werden kann, sondern mit dem nach Reise auch Nebendokumente, die den curricularen Prozess beeinflussen, mit in die Evaluation einbezogen werden.⁷ In diesem Sinne und unter Beachtung der oben dargestellten Phasen wurde das Konzept „Evaluation für handlungsorientierte Curricula“ (EVAproCURRA) entwickelt. Die ausführliche Instrumentendarstellung von EVAproCURRA findet sich ebenfalls auf der CD-ROM zum Modellvorhaben.

Das Instrument zur Kompetenzmessung

Ziel der Messung von Kompetenzen im Modellvorhaben war es, die Kompetenzprofile der einbezogenen Schülerinnen und Schüler und deren Veränderungen abzubilden. Außerdem sollten die Faktoren identifiziert werden, welche die Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler beeinflussen.

Für die Begleitforschung galt es, ein übergreifendes Verfahren anzuwenden, das in der Synthese die umfassende Handlungskompetenz erfassen kann. Für den Bereich der Pflegeausbildungen stand ein solches Verfahren bisher nicht zur Verfügung. Die Begleitforschung entschied sich nach gründlicher Recherche vorhandener Verfahren und Instrumente in anderen Bildungs- und Arbeitsfeldern für das Kasseler Kompetenz-Raster (KKR). Es handelt sich um ein berufsgruppenübergreifendes Kompetenzmessverfahren, das von Kauffeld⁸ am Institut für Arbeitswissenschaft der Universität Kassel entwickelt wurde. Für den Einsatz im Modellvorhaben wurde das Instrument zusammen mit der Entwicklerin an die Anforderungen in der Pflegeausbildung angepasst und zum „KKR plus Pflege“ weiterentwickelt.

Im Folgenden wird zunächst das originäre Instrument aus Kassel kurz vorgestellt. Anschließend werden die Modifikationen erläutert, die notwendig waren, um das KKR an Pflege und an Ausbildung zu adaptieren. Ausführlichere Beschreibungen der Kriterien und der Modifikationen des Instruments hin zum „KKR plus Pflege“ sind in den zugehörigen Dokumenten auf der CD-ROM zum Modellvorhaben nachzulesen.

Übersicht 2.8: Kompetenzfacetten im KKR

Fachkompetenz	Methodenkompetenz
Organisations-, prozess-, aufgaben- und arbeitsplatz-spezifische Fertigkeiten und Kenntnisse sowie die Fähigkeit, organisationales Wissen sinnorientiert einzuordnen und zu bewerten, Probleme zu identifizieren und Lösungen zu generieren	Situationsübergreifender und flexibler Einsatz kognitiver Fähigkeiten, zum Beispiel zur Problemstrukturierung oder Entscheidungsfindung
Sozialkompetenz	Selbstkompetenz
Kommunikatives und kooperativ selbstorganisiertes Handeln	Konstruktives Mitgestalten und dispositives Organisieren der Arbeitsumgebung sowie die Übernahme von Verantwortung

Das KKR definiert die Kompetenzfacetten wie in Übersicht 2.8 beschrieben. Die vier Kompetenzfacetten setzen sich wiederum aus zwölf Kompetenzaspekten zusammen, die in Kommunikationssituationen sowohl in positiven als auch in negativen Ausprägungen vorliegen.

⁷ Reise 1978

⁸ Kauffeld 2006.

Diese untergliedern sich wiederum in insgesamt 45 Kriterien, die für die Auswertung und Kodierung von Kommunikationssituationen heranzuziehen sind. Um eine Vorstellung von den Kriterien zu vermitteln, werden Beispiele für die jeweiligen Kompetenzfacetten dargestellt und erläutert:

Fachkompetenz: Zur Fachkompetenz werden beispielsweise Äußerungen erfasst, in denen Probleme und Lösungen differenziert benannt werden. Unter der Differenzierung wird in dem Zusammenhang verstanden, dass sowohl eine Benennung als auch eine Erläuterung der Probleme von Personen vorgenommen werden sollten. Auch wird die Vernetzung von Problemen mit passenden Lösungen bewertet.

Methodenkompetenz: Zur Methodenkompetenz werden Äußerungen positiv oder negativ bewertet. Positiv wird beispielsweise bewertet, ob die Gruppe zielorientiert vorgeht, Prioritäten setzt und ein Zeitmanagement aufweist. Negativ bewertet wird, wenn zwischen Themen gesprungen oder eine Teilnehmerin bzw. ein Teilnehmer sich in Details und Beispielen verliert.

Sozialkompetenz: Zur Sozialkompetenz wird ebenfalls positives und negatives Verhalten gezählt. Eine ermunternde Ansprache, aktives Zuhören oder das sachliche Widersprechen gelten als Kriterien sozialer Kompetenz. Negativ wird erfasst, wenn abwertende Äußerungen getätigt oder Seitengespräche geführt werden.

Selbstkompetenz: Zur Selbstkompetenz werden Äußerungen ebenfalls positiv oder negativ bewertet. Das Signalisieren von Interesse an Veränderung, die Übernahme von Verantwortung und das Vereinbaren und Übernehmen von Aufgaben zur Umsetzung werden als positiv erfasst. Das Leugnen von Optimierungsmöglichkeiten, Jammern, das Personalisieren von Problemen in Form der Schuldigensuche oder das vorzeitige Beenden der Diskussion werden als negativ erfasst.

Das KKR ist ursprünglich für den Einsatz in Arbeitswelten und bei sogenannten natürlichen Arbeitsgruppen, also bestehenden Teams, vorgesehen. Die Teams werden aufgefordert, typische arbeitsweltbezogene Problemstellungen zu diskutieren und Lösungswege zu suchen. Dabei wird eine Videoaufzeichnung hergestellt, die anschließend anhand der vorhandenen Kriterien von geschulten Raterinnen und Ratern ausgewertet wird. Das KKR nutzt Gruppendiskussionen als Settings, in denen sich die Kompetenz der Gruppe, aber auch die der einzelnen Akteure darstellt.

Eine berufsspezifische Betrachtung für therapeutische, helfende Berufe ist im Modellvorhaben aufgrund der homogenen Gruppe (Auszubildende für Pflegeberufe im gleichen Ausbildungsjahr) möglich und notwendig. Um diese berufsspezifische Kompetenz mit dem KKR zu erfassen, war eine erste Modifikation erforderlich. Einige Kriterien professionellen Handelns nach Oevermann, die von Weidner als handlungsorientierter Ansatz der Professionstheorie für die Pflege beschrieben wurden⁹, nutzte die Begleitforschung zur Ergänzung der KKR-Kriterien. Im Kern geht es bei der professionellen Pflege um die spezifische Verbindung aus Wissensgrundlagen und Fallverstehen. Mit Letzterem ist sicherzustellen, dass der zu Pflegenden mit seinen Vorerfahrungen, seinem Wissen, seinen Sorgen etc. angemessen einbe-

9 Weidner 1994

zogen wird und in seiner Selbstbestimmung und Selbstständigkeit Beachtung findet (Autonomie der Lebenspraxis der Pflegeempfängerin/des Pflegeempfängers). Schwerpunkte der Modifikation des KKR waren damit die genutzten Wissensgrundlagen sowie das Fallverstehen mit dem Schwerpunkt der Respektierung der Autonomie der Lebenspraxis der zu Pflegenden.

Das KKR ist konzipiert für die Untersuchung real existierender Arbeits-Teams. Für die Messung der Kompetenz von Schülerinnen und Schülern musste es an die Ausbildungssituation angepasst werden. Da die Begleitforschung die Absprache im (therapeutischen) Team als wesentlichen Bestandteil zur Sicherung pflegerischer Arbeit wahrnimmt, fiel die Entscheidung für eine Erhebung von Gruppendiskussionen in Form simulierter Teamsitzungen. In einem weiteren Schritt mussten die Aufgabenstellungen für die Gruppendiskussion an den Ausbildungskontext angepasst werden. Originär werden im KKR sogenannte Optimierungsaufgaben genutzt. Diese Aufgaben sind deutlicher an den organisatorischen Kontext gebunden, als es sich für die Modell- und Ausbildungssituation anbot. Im Modellvorhaben entschied sich die Begleitforschung daher für die Diskussion anhand einer pflegerischen Fallbeschreibung mit einem Hauptproblem und mehreren Nebenproblemen. Die Probleme sollten von der Gruppe identifiziert und anschließend sollten Lösungswege zur Bewältigung der Probleme besprochen werden. In den zugehörigen Dokumenten auf der CD-ROM zum Modellvorhaben kann die konkrete Vorgehensweise nachgelesen werden.

Zum Einsatz des entwickelten „KKR plus Pflege“ mussten die Erhebungszeitpunkte an die besondere Situation der Ausbildung angepasst werden. Da auch der Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler nachgegangen werden sollte, wurde zur Mitte der Ausbildung und zum Ende eine Betrachtung aller Kompetenzfacetten durchgeführt. In einem Ausbildungskontext kann die erste Erhebung nicht zum Ausbildungsbeginn durchgeführt werden, da die Schülerinnen und Schüler zu diesem Zeitpunkt noch nicht über pflegfachliche Kenntnisse verfügen. Im ursprünglichen KKR ist das Thema des Erhebungszeitpunktes weniger relevant, da alle Personen ausgebildet und zumeist berufserfahren sind.

Die erste Messung mit dem „KKR plus Pflege“ erfolgte zwischen Oktober und Dezember 2006, die zweite Messung von Juni bis November 2007. Dazu wurden in jedem Kurs drei Gruppen gebildet, indem Personen aus dem jeweiligen Kurs per Losverfahren diesen Gruppen zugeordnet wurden. Die Auswertungen erfolgten mit Unterstützung der Entwicklerin Kauffeld und ihrem Team.

Die Befragungsinstrumente

Die Lehrenden sowie die Schülerinnen und Schüler wurden je drei Mal unter Anwendung eines ausgedruckten Fragebogens mit einem Umfang von fünf bis acht DIN-A4-Seiten befragt. Das Instrument für die Erstbefragung der Lehrenden enthielt überwiegend offene Fragen, die übrigen Fragebögen enthielten, ebenso wie das acht DIN-A4-Seiten umfassende Befragungsinstrument für die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, überwiegend geschlossene Fragen, die größtenteils durch offene Fragen zur Erläuterung ergänzt wurden (Übersichten 2.9–2.11).

Übersicht 2.9: Inhalte der Fragebögen für die Lehrenden

Mit dem ersten, explorativ ausgerichteten Fragebogen für die Lehrenden wurden im Wesentlichen Informationen und Meinungen erhoben zu

- | Erwartungen an und Erfahrungen mit Schülerinnen und Schülern,
- | dem Verhältnis zwischen Lehrenden und Schülerinnen bzw. Schülern und dem Verhältnis der Lehrenden untereinander,
- | fördernden und hemmenden Bedingungen für die Umsetzbarkeit sowie zur Erwartung von Problemen bei nebenamtlichen Kolleginnen und Kollegen,
- | der erwarteten Arbeitsbelastung,
- | den erwarteten Chancen der Schülerinnen und Schüler auf dem Arbeitsmarkt.

Der zweite Fragebogen für die Lehrerinnen und Lehrer enthielt u. a. Items zur/zum

- | Integration der Pflegeausbildungen,
- | Kompetenzorientierung und deren Umsetzung im Modellprojekt,
- | Vertrautheit mit neuen Lehr-/Lernmethoden,
- | pflegerischen Handlungskompetenz der Schülerinnen und Schüler sowie zu deren Eigeninitiative,
- | Lehrer-Schüler-Verhältnis und zum Verhältnis der Lehrenden untereinander,
- | Kooperation zwischen Schule und Praxislernorten,
- | Arbeitsbelastung und zum Modellverlauf,
- | Medienausstattung und zu den räumlichen Bedingungen.

Der dritte Lehrerfragebogen enthielt neben den schon im ersten Instrument enthaltenen Fragen zur Integration der Pflegeausbildungen und zur pflegerischen Handlungskompetenz der Schülerinnen und Schüler zusätzlich Fragen zur Gesamtausbildung, zur abschließenden Bewertung des Curriculums und differenzierte Fragen zu den Desideraten in Curriculum und Gesamtausbildung.

Übersicht 2.10: Inhalte der Fragebögen für die Schülerinnen und Schüler

Alle drei Schülerfragebögen enthielten gleich bzw. analog formulierte Fragen zu

- | ihrem Bild vom Pflegeberuf,
- | ihrem Erleben der Modellsituation,
- | ihrem Lernverhalten/Lernen früher – jetzt,
- | der qualitativen Bewertung der Ausbildung.

Mit dem ersten Erhebungsinstrument wurden zusätzlich neben den demografischen Daten und der pflegerischen Vorerfahrung u. a. Informationen erfasst zu Motiven für die Berufswahl sowie zu Herausforderungen und Befürchtungen in der Ausbildung.

Der zweite und dritte Fragebogen enthielt Items zum/zur/zu

- | Integration der Pflegeausbildungen,
- | Lernfeldorientierung (bzgl. Lernen und Berufsanforderungen),
- | Transfer theoretischen Wissens in die Praxis,
- | modernen Unterrichtsmethoden,
- | Erfahrungen in der Praxis,
- | der selbst eingeschätzten pflegerischen Handlungskompetenz.

Das dritte Befragungsinstrument wurde ergänzt durch Fragen zur bilanzierenden Einschätzung der Gesamtausbildung, des Verhältnisses von integrierten und differenzierten Ausbildungsanteilen etc.

Übersicht 2.11: Inhalte des Fragebogens für die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter

Das Befragungsinstrument für die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter erfasste in sieben Themenblöcken Einstellungen und Aspekte zur praktischen Ausbildungssituation. So wurden die Befragten insbesondere nach ihren persönlichen Einstellungen und Erfahrungen befragt hinsichtlich

- des zweifachen Paradigmenwechsels,
- der Kompetenz der Schülerinnen und Schüler,
- der Theorie-Praxis-Verknüpfung,
- der kontextualen Bedingungen, unter denen sich die praktische Ausbildung am Praxislernort vollzieht,
- der Arbeitsbedingungen der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter sowie der Mitgestaltungsmöglichkeiten innerhalb der Modellprojekte.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Im Rahmen des periodisch durchgeführten Monitorings wurde drei Mal ein elektronischer Fragebogen an die Projektleitungen versandt, mit dem diverse Aspekte der strukturellen Gegebenheiten in den Modellprojekten, Umsetzungsprobleme, Umfang und Zielrichtung der internen Evaluation, Instrumente der Theorie-Praxis-Verknüpfung und Einschätzungen des Innovationspotenzials erhoben wurden. Das Abschlussmonitoring enthielt darüber hinaus bilanzierende Fragen zur Kompetenzentwicklung der Akteure.

Nach Abschluss der Modellausbildungen wurde eine telefonische Befragung von Personen aus dem Pflegemanagement durchgeführt. Bei der Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner wurde sichergestellt, dass die Perspektiven aller drei Pflegeberufe bzw. die der Pflegebereiche stationäre Altenpflege, stationäre Krankenpflege, stationäre Kinderkrankenpflege und ambulante Pflege/Sozialstation einbezogen waren. Erfragt wurden neben der Vertrautheit mit dem Modellvorhaben und den Vorerfahrungen mit Modellschülerinnen und Modellschülern die Bereitschaft, Absolventinnen und Absolventen aus den Modellprojekten einzustellen, deren pflegerische Qualifikation und außerdem eine Beurteilung von Sinn und Relevanz der Zusammenführung der Pflegeausbildungen.

Die Datenerhebungen im Überblick

Übersicht 2.12 gibt einen Überblick über die gesamten Erhebungen im Lauf der Evaluation, aufgeschlüsselt nach Evaluationsgegenstand bzw. Datenquelle und Erhebungszeitpunkt. Lehrende, Schülerinnen und Schüler sowie die Projektverantwortlichen wurden je drei Mal, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter sowie Angehörige des Pflegemanagements je ein Mal befragt. Die Datenauswertung und die Diskussion der Befunde und Zwischenergebnisse innerhalb der wissenschaftlichen Begleitung und mit den Modellprojekten erfolgten kontinuierlich über die gesamte Laufzeit des Modellvorhabens hinweg. In der Übersicht dargestellt sind auch die Auswertungs- und Berichtsphasen, die in Zwischenberichte bzw. den hiermit vorliegenden Schlussbericht mündeten.

Übersicht 2.12: Zeitliche Anordnung der Datenerhebungen und -auswertungen

	2004	2005				2006				2007				2008		
	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III
Befragung Schüler/-innen																
Befragung Lehrende																
Befragung Praxisanleitung																
Monitoring																
Befragung Management																
KKR plus Pflege																
EVAproCURRA Dokumentenanalyse																
EVAproCURRA Experteninterviews																
Auswertung/ Berichterstattung																

Datenlage

Die erste Lehrkräftebefragung [04/05] war explorativ ausgerichtet. Adressaten, die durch die Projektleitungen benannt wurden, waren die Lehrenden, die für das jeweilige Modellprojekt eine tragende Funktion hatten. Bei den Folgebefragungen der Lehrenden bestand die Zielgruppe aus allen fest angestellten Lehrenden, die in den Modellprojekten unterrichteten, ohne Fremddozentinnen und -dozenten, abgesehen von Sachsen-Anhalt, wo – bedingt durch die Struktur eines privatwirtschaftlichen Bildungsinstituts, das typischerweise Honorarverträge mit den Lehrenden hat – alle für die Unterrichtsdurchführung besonders wichtigen Lehrenden, ohne Rücksicht auf den Status der Anstellung, in die Befragung einbezogen wurden.

Da die erste Lehrkräftebefragung überwiegend auf offenen Fragen basierte und die Zielgruppe von der der beiden anderen Befragungen verschieden war, lässt sie sich nicht als t_0 -Befragung in eine vergleichende Auswertung einbeziehen. Gleichwohl wird, um die zeitliche Parallelität mit den Schülerbefragungen zu verdeutlichen, die zweite Befragung der Lehrenden als t_1 -Befragung [03/06], die dritte als t_2 -Befragung [07/07] bezeichnet. Die Anzahl der Befragten zum Zeitpunkt t_1 betrug $n = 116$, was einer Responserate von 62% entspricht. Da es in den Modellen einige Personalwechsel gab, die nicht in allen Fällen erfasst werden konnten, sind die Zahl von $n = 118$ zu befragenden Lehrenden zum Zeitpunkt t_2 und die daraus zu errechnende Responserate mit einem kleinen Fehler behaftet. Allerdings liegt der Rücklauf mit Sicherheit bei über 50%. Knapp zur Hälfte waren die Antwortenden in beiden Erhebungen identisch, einige wenige Personen hatten den erfragten Identifizierungscode nicht angegeben, sodass 34 Datensätze aufeinander bezogen werden können.

Die Schülerbefragungen waren Vollerhebungen, d. h., alle zum jeweiligen Zeitpunkt in die Modellprojekte integrierten Schülerinnen und Schüler (t_0 [04/05]: $n = 276$; t_1 [04/06]: $n = 265$; t_2 [07/07]: $n = 243$) erhielten einen Fragebogen. Die Responserate betrug 91% (t_0 ; t_1) bzw. 87% (t_2). Um bei Wahrung der Anonymität die Fragebögen der einzelnen Wellen einander zuordnen zu können, wurde ein Identifizierungscode erfragt. Da nicht alle Schüler diesen angaben, können lediglich $n = 180$ Datensätze aus allen drei Erhebungen einander zugeordnet werden.

In die Evaluation wurden alle Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter einbezogen, die Modellschülerinnen und -schüler betreuten. Deren Zahl wurde von den einzelnen Projektleitungen geschätzt, und es ergab sich eine Gesamtsumme von $n = 320$. 163 Fragebögen kamen zurück, was einer Responserate von 51% entspricht, wobei dieser Wert insoweit mit einem Fehler behaftet ist, wie die Schätzungen der Projektleitungen unsicher sind.

Im Rahmen des periodisch durchgeführten Monitorings wurden die Modellverantwortlichen drei Mal befragt [11/04; 01/06; 09/07], wobei keine Teilnahmeausfälle zu verzeichnen sind.

Von den Projektleitungen wurden Personen aus dem Pflegemanagement der mit den Modellen kooperierenden Einrichtungen benannt, die mutmaßlich Einschätzungen zur Qualifikation der Schülerinnen und Schüler geben konnten. Die Befragung erfolgte nach Abschluss der Modellprojekte. Insgesamt wurden 16 Telefoninterviews geführt (AP: $n = 5$; GKP: $n = 5$; GK KP: $n = 2$; ambulante Dienste: $n = 4$). Die gesamte Datenlage ist in Übersicht 2.13 dargestellt.

Übersicht 2.13: Datenbasis der Befragungen

	Gesamt	Respons	
Schüler/-innen nach Anfangsphase	309		
Schüler/-innen t_0 04/05	276	251	91%
Schüler/-innen t_1 04/06	265	242	91%
Schüler/-innen t_2 07/07	243	211	87%
Schüler/-innen t_0 & t_1 & t_2 (zuzuordnen)	180		
Lehrende: Auswahl für erste explorative Befragung 04/05		64	
Lehrende im Modellprojekt t_1 03/06	116	72	62%
Lehrende im Modellprojekt t_2 07/07	(118)**	68	(58%)
Lehrende im Modellprojekt (t_1 und t_2 identisch)	34		
Praxisanleiter/-innen 11/06	(320)***	163	(51%)
Projektverantwortliche (Monitoring)			
Basiserhebung 11/04	8	8	100%
Monitoring II 01/06	8	8	100%
Monitoring III 09/07	8	8	100%
Pflegemanagement (z. B.: PDL) 05/08		16	
AP ($n = 5$) und GKP (5) amb. D.(4), GK KP (2)			
Expertinnen und Experten für die Interviews nach Einschlusskriterien			
Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren		10	
Lehrende		26	
Praxisanleitende		23	

* Lehrende, die im Modellprojekt unterrichten, ohne Fremddozentinnen und -dozenten

** einige zwischenzeitliche Wechsel nicht erfasst

*** Schätzungen der Modellprojektleitungen

2.6 Öffentlichkeitsarbeit

Durch die von einer Agentur wahrgenommene kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit wurde das Modellvorhaben mit seinen Zielen, seinen besonderen Anforderungen und Bedingungen einer breiteren Fach- und Allgemeinöffentlichkeit vermittelt. Die Aktivitäten der Agentur Thomas Presse & PR (TPPR) erfolgten über die gesamte Projektlaufzeit stets in enger Abstimmung mit der wissenschaftlichen Begleitung.

Die Öffentlichkeitsarbeit für das Modellvorhaben konzentrierte sich nach einer kurzen Vorbereitungsphase, in der unter anderem ein projektübergreifender Informations-Flyer produziert wurde (s. Bild), vor allem auf die Entwicklung eines Grundrasters (inhaltliche Struktur, Layout und Programmierung) für den Webauftritt und die sich daran anschließende Pflege der Website, die Konzeption und Produktion der zweimal jährlich erschienenen Newsletter und auf Vor-Ort-Besuche der Modellprojekte zu deren Beratung sowie zur journalistischen Aufbereitung der Modellspezifika.



Die Website

Die Website **www.pflegeausbildung.de** war auch für die Nutzung als Diskussionsforum der an den Modellprojekten Beteiligten konzipiert und berücksichtigte sowohl die Interessen der Auszubildenden als auch die der Lehrenden und Institutionen. Auf der Website wurde regelmäßig über neue Entwicklungen berichtet und Inhalte wurden kontinuierlich eingepflegt, wodurch sie sich als Chronik des Modellvorhabens bewährt hat. Im Laufe des Modellvorhabens entstand eine Reihe von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Literaturlisten und Empfehlungen zu verschiedenen Themengebieten, die bei den regelmäßigen Workshops und Arbeitsgruppentreffen von Begleitforschung und Projektleitungen der Modellprojekte diskutiert und weiterentwickelt wurden. Diese Materialien wurden regelmäßig in die Website eingestellt. Sie informierte außerdem über wichtige Veranstaltungen, wie z. B. über die Zwischentagung im Dezember 2006 und die Abschlussveranstaltung im Dezember 2008, über Vorhaben der einzelnen Projekte sowie über Ergebnisse und Materialien aus der wissenschaftlichen Begleitung. Weiterhin sammelte sie Pressestimmen, informierte über Termine und ermöglichte einen kontinuierlichen Überblick über das Modellvorhaben und die acht Modellprojekte.



Ab Frühjahr 2009 liegen die Inhalte der Website, ergänzt um die Abschlusspublikationen zum Modellvorhaben, auf einer CD-ROM zusammengefasst vor, die über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bezogen werden kann.

Die Newsletter

Die regelmäßig erschienenen elektronischen Newsletter (im PDF-Format) informierten in insgesamt acht Ausgaben in Wort und Bild einen breiten Kreis von Interessierten über die Erfahrungen der Projekte, den Alltag an Pflegeausbildungsstätten (Reportagen), laufende

und bevorstehende Veranstaltungen, Seminare, Tagungen und Workshops, das Presseecho zu den Modellvorhaben, die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung, Entwicklungen auf anderen Gebieten des Pflegebereichs, die für das Modellvorhaben interessant waren, Infomaterialien aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Neuerscheinungen und vieles mehr.



Im siebten und achten Newsletter mit Erscheinungsdaten Ende 2008 und Anfang 2009 werden erstmals nicht einzelne Projekte in den Mittelpunkt gestellt. Inhalte sind in erster Linie eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Modellvorhabens, wie sie der breiten Fachöffentlichkeit auf der Abschlusstagung am 4. und 5. Dezember 2008 in Berlin vorgestellt wurden. In allen Newslettern finden sich über die erwähnten Beiträge hinaus jeweils Informationen über aktuelle Termine und Hinweise auf relevante Publikationen.

Beratung der Modellprojekte

Bei den Besuchen durch die Agentur an den einzelnen Standorten der Modellprojekte wurden die Konzepte und Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit der Modelle selbst analysiert und entsprechend kommentiert.

Übergreifend wurde das Thema „Öffentlichkeitsarbeit der Modellprojekte“ auf einem Workshop im Oktober 2007 behandelt. Dort präsentierte die Agentur passende allgemeine Vorschläge zur Konzeption und Durchführung der Öffentlichkeitsarbeit von Projekten, und die einzelnen Modellprojekte berichteten anschließend über ihren aktuellen Ergebnisstand. Dabei standen solche Fragen, wie unterschiedliche Medien für das Anliegen der Projekte interessiert werden können, ebenso auf der Tagesordnung wie die richtige Ausgestaltung eines Presseberichts, einer Pressekonferenz oder einer Veranstaltung für die Öffentlichkeit. Auf dieser Grundlage wurden gemeinsam Vorschläge zur Präsentation der Projektergebnisse in der (Fach-)Öffentlichkeit erarbeitet.

2.7 Beirat

Von Beginn an wurde das Modellvorhaben von einem Beirat begleitet, dem Vertreterinnen und Vertreter aus den relevanten fachlichen und institutionellen Bezügen angehörten. Die acht beteiligten Bundesländer waren vertreten durch die zuständigen Fachressorts. Einbezogen war ebenfalls das Bundesministerium für Gesundheit. Zwei Beirätinnen sind in Forschung und Lehre im Bereich der Pflegewissenschaften bzw. der Pflegeausbildung tätig, eine weitere Beirätin ist bei der Robert Bosch Stiftung für den Bereich Gesundheit verantwortlich. Durch die Mitwirkung je eines Vertreters der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen war auch die Einbeziehung des Sachverständigen und der Perspektiven der Pflege- und der Krankenversicherung gewährleistet. Die Positionen von unterschiedlichen Trägern der Einrichtungen der praktischen Ausbildung sowie der Pflegeschulen wurden von jeweils einer leitenden Persönlichkeit des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland, des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste, der Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft in Köln sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft vertreten. Die Belange älterer Menschen

wurden u. a. durch die Einbeziehung einer Beirätin vom Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Belange der professionellen Pflege durch einen Beirat vom Deutschen Pflegerat berücksichtigt.

Auf insgesamt fünf Sitzungen hat die wissenschaftliche Begleitung dem Beirat Bericht erstattet. Im Zentrum der Diskussion der jeweils vorliegenden Ergebnisse standen stets Fragen, wie die Fachkräfteausbildungen in der Pflege, um den Anforderungen des Arbeitsmarktes und der Pflegepraxis gerecht zu werden, künftig geregelt sein müssen und wie eine Zusammenführung der Ausbildungen konkret ausgestaltet werden kann. Dabei lag ein Fokus immer auf der Altenpflege, damit deren Anliegen bei einer Neustrukturierung der Pflegeausbildung in angemessener Weise berücksichtigt werden.

Die fachliche und kritische Begleitung durch den Beirat hat das Modellvorhaben wesentlich befruchtet. Die hohe Kompetenz und institutionelle Verankerung der Beirätinnen und Beiräte waren hierfür beste Voraussetzungen. Tragfähige Elemente der Modellerprobungen wurden auf diese Weise bereits während der Modelllaufzeit in die Fach- und Verbandsöffentlichkeit hineingetragen.

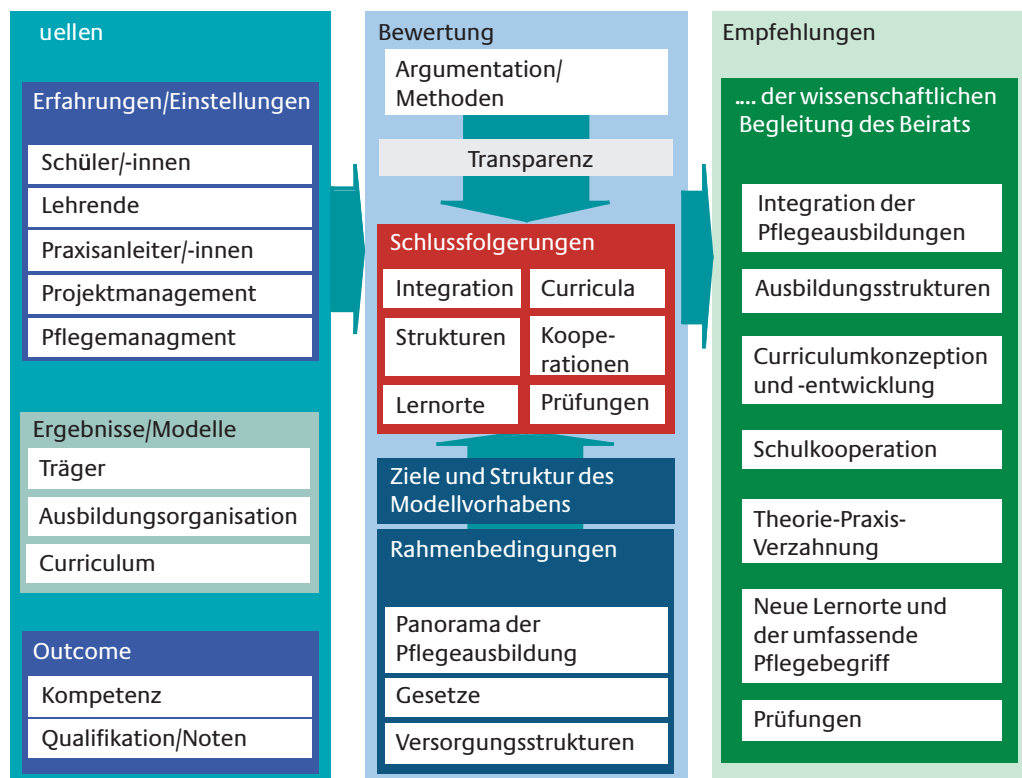
Dieser Prozess wird von den Mitgliedern des Beirats auch nach Abschluss des Modellvorhabens weiter vorangetrieben. Grundlage hierfür bilden u. a. Empfehlungen des Beirats zu den zentralen Herausforderungen und Aufgabenstellungen für eine Weiterentwicklung der Pflegeausbildung. Diese Empfehlungen sind in Kapitel 6 dieses Berichts abgedruckt. Dort findet sich auch eine namentliche Auflistung aller Mitglieder des Beirats.

2.8 Struktur und zeitlicher Ablauf des Modellvorhabens

Der sehr komplexe und aufwendige Evaluationsprozess, der in diesem Kapitel dargestellt wurde, soll durch die Übersicht 2.14 in seinen Grundzügen zusammengefasst werden. Sie zeigt die Wege der Gewinnung von Ergebnissen und deren Bewertung sowie von daraus abgeleiteten Empfehlungen. Auf dieser Grundlage beruhen die in den folgenden Kapiteln zur Diskussion gestellten Ergebnisse und Empfehlungen.

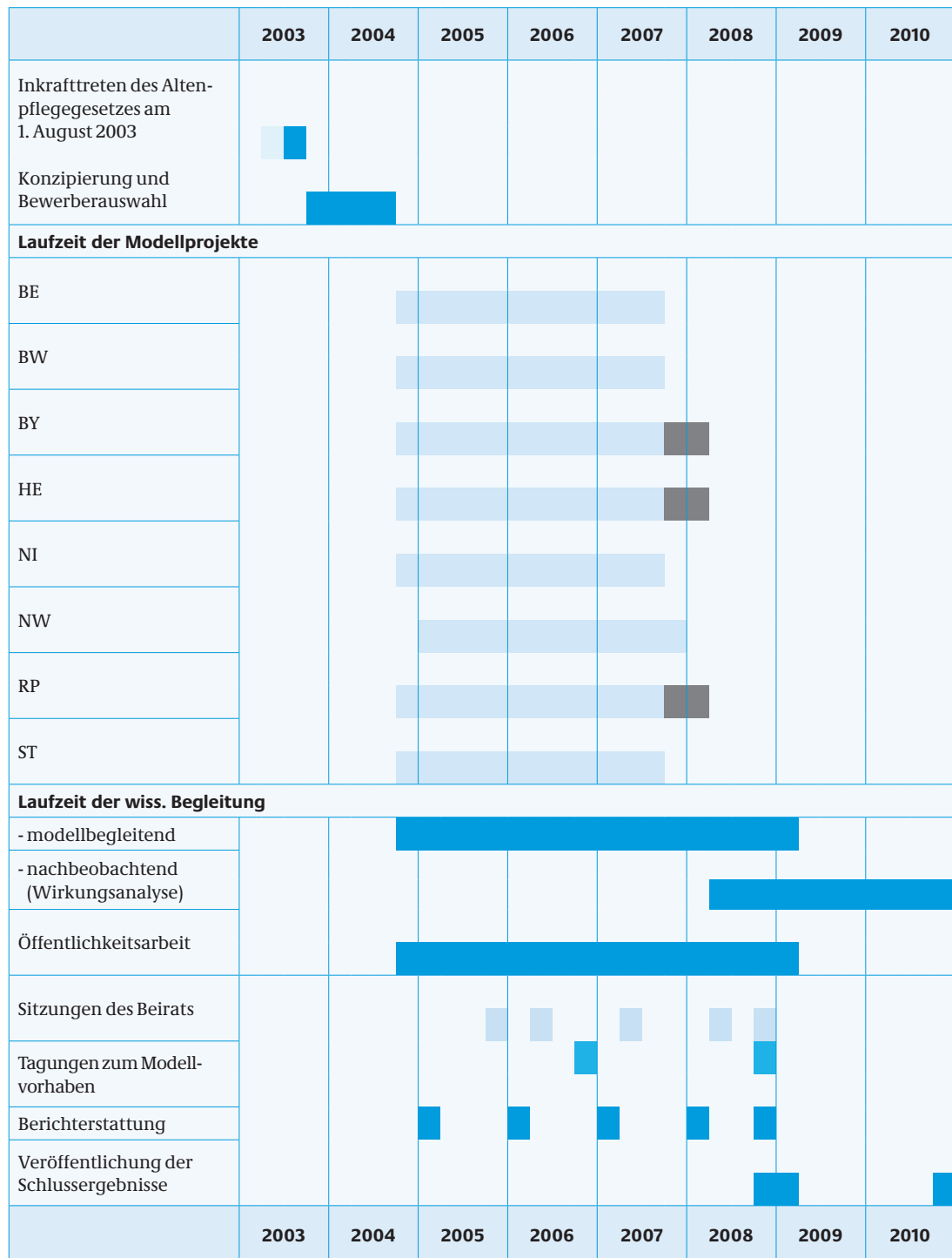
Die Quellen, auf die sich die Erkenntnisse und Bewertungen stützen, sind die erhobenen Einstellungen und Erfahrungen der Akteure, die erfassten Outcomes und die Ergebnisse der Begleitforschung, die aus der Evaluation der einzelnen Modelle resultieren. Die Schlussfolgerungen werden unter Transparenz sichernder Offenlegung der Argumentationen und Methoden gezogen und rekurren auf die globalen Rahmenbedingungen und Zielsetzungen des Modellvorhabens und der Modellprojekte. Darauf fußen die Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung, die ihre Fragestellungen gleichwohl im Dialog mit dem Beirat entwickelt hat. Dieser stützt seine Empfehlungen zwar auf die Ergebnisse der Evaluation, kann aber unter Bezug auf die Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung Konsequenzen thematisieren, die über die stärker an die Evaluationsergebnisse gebundenen Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung hinausgehen.

Übersicht 2.14: Vorgehensweise zur Ausarbeitung der Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung



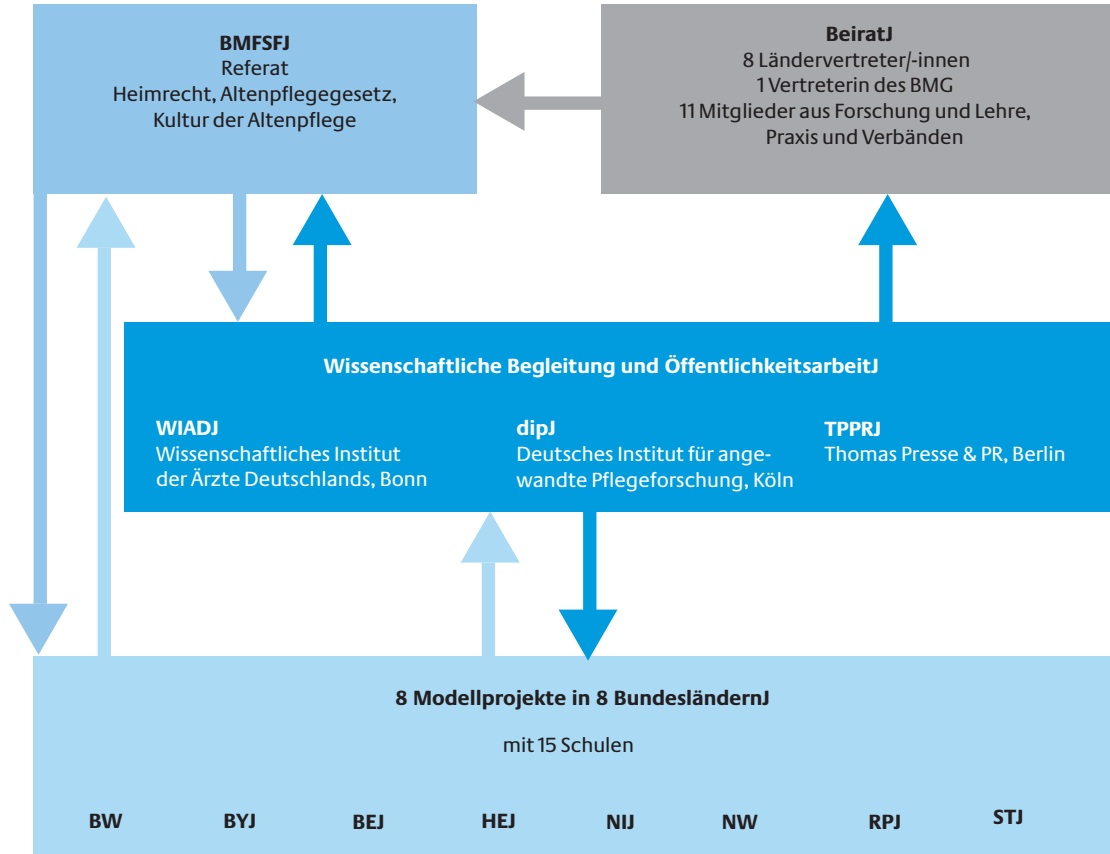
Übersicht 2.15 repräsentiert die Elemente des Modellvorhabens im zeitlichen Ablauf. Am 1. August 2003 trat das Altenpflegegesetz in Kraft; unmittelbar darauf begann die Konzipierung des Modellvorhabens, die sich einschließlich der Bewerberauswahl bis zum 3. Quartal 2004 erstreckte. Ende 2004 bis Anfang 2005 begannen die dreijährigen Ausbildungen, die in drei Modellprojekten um ein halbes Jahr verlängert waren zum Erwerb eines zweiten Berufsabschlusses in Altenpflege respektive Gesundheits- und Krankenpflege. Zeitgleich mit dem Beginn der Ausbildungen nahmen die wissenschaftliche Begleitung und die Öffentlichkeitsarbeit des Modellvorhabens ihre Arbeit auf. Anfang jeden Jahres erstatteten sie Bericht, und mit dem Abschlussbericht und der Durchführung der Abschlusstagung am 4. und 5. Dezember 2008 und deren Dokumentation beendeten sie ihre Arbeit. Die nachbeobachtende wissenschaftliche Begleitung setzte im 2. Quartal 2008 ein und endet 2010 mit einem Bericht zur Wirkung des Modellvorhabens aus Sicht der Absolventinnen und Absolventen und der Einrichtungen, in denen jene ihren Arbeitsplatz gefunden haben. Schließlich sind in der Übersicht die fünf Beiratssitzungen ausgewiesen, ebenso die Tagung zur Mitte des Modellvorhabens und die genannte Abschlusstagung sowie die periodische Berichterstattung über die gesamte Laufzeit hinweg.

Übersicht 2.15: Zeitlicher Ablauf des Modellvorhabens


 Aufbaumodul zur Erlangung eines zweiten Berufsabschlusses (AP oder GKP)

Übersicht 2.16 fasst abschließend zu diesem Kapitel alle am Modellvorhaben beteiligten Einrichtungen in einem Bild zusammen.

Übersicht 2.16: Organisationsstruktur des Modellvorhabens



III.

Die Konzepte der Modellprojekte

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Im folgenden Kapitel werden die Strukturen, Träger und Kooperationspartner, Organisationsformen sowie die Curricula und deren Konstruktionsprozesse für jedes der acht Modellprojekte näher vorgestellt. Um einen vertiefenden Einblick in die einzelnen Modellprojekte zu erhalten, werden zudem die Ausbildungs- und Projektziele, welche die Projekte sich selbst gesetzt haben – in weiten Teilen wörtlich aus den Abschlussberichten der Modellprojekte entnommen – wiedergegeben. Weiterhin werden die Beschreibungen um exemplarische curriculare Elemente für jedes der acht entwickelten Curricula ergänzt. Den Abschluss der acht Modellbeschreibungen bilden jeweils Projekte, welche die Schülerinnen und Schüler eigenständig während der Ausbildung als „Projekt im Projekt“ durchführten.

Die jeweils einleitenden Schaubilder „Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse“ stellen die ursprüngliche Planung der Modellprojekte dar. Der letztlich realisierte, gegenüber der Planung in aller Regel höhere Integrationsgrad des theoretischen Unterrichts wird im Begleittext in Prozentwerten wiedergegeben. Anhand der Unterschiede zur Ausgangssituation lässt sich über alle acht Modellprojekte hinweg die generelle Tendenz zu einem höheren Integrationsanteil erkennen.

3.1 Modellprojekt Baden-Württemberg

Träger und Kooperationspartner

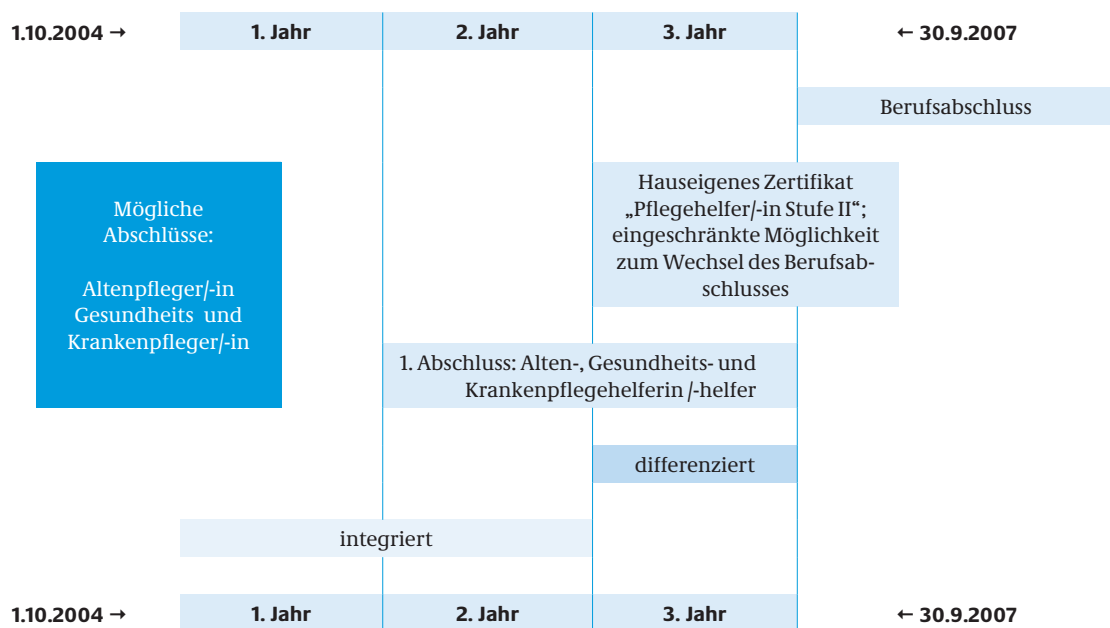


Die Stiftung Rehabilitation Heidelberg (SRH) Hochschulen war Träger des Modellprojekts „ia-Pflege“ aus Baden-Württemberg. In Kooperation mit der staatlich anerkannten Fachschule für Altenpflege im Berufsfortbildungswerk des DGB (bfw) in Karlsruhe sowie der Krankenpflegeschule am Klinikum Karlsbad-Langensteinbach übernahm die SRH im Vergleich zu anderen Standorten als Besonderheit auch die Aufgaben der Projektleitung sowie der internen Projektevaluation. Die Ausbildung wurde an den beiden Schulstandorten in Karlsruhe und Karlsbad-Langensteinbach umgesetzt, an denen je ein Kurs durchgeführt wurde. Für die Durchführung der praktischen Ausbildung wurde mit fünf Krankenhäusern, 16 Alten- und Pflegeheimen und 14 ambulanten Diensten kooperiert.

Organisation der Ausbildung, Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse sowie Schülerinnen und Schüler

Wie in Übersicht 3.1 dargestellt, war zu Ausbildungsbeginn geplant, an den beiden Standorten die ersten zwei Jahre integriert und das dritte Jahr differenziert zu unterrichten. Zu Ausbildungsende lag der erreichte Integrationsgrad der theoretischen Ausbildung bei 66% und entsprach somit dem geplanten Wert. Als Besonderheit des Modellprojekts in Baden-Württemberg ist die integrierte Alten-, Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen- bzw. Alten-, Gesundheits- und Krankenpflegehelferausbildung zu erwähnen.

Übersicht 3.1: Schulische Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse



Die Modellausbildung startete mit jeweils 22 Schülerinnen und Schülern, die in zwei Klassen ausgebildet wurden; in der Altenpflege betrug der Frauenanteil 68%, in der Gesundheits- und Krankenpflege 82%. Die Ausbildung beendeten 35 Schülerinnen und Schüler (80%), fünf Schülerinnen und ein Schüler der Altenpflege und vier Schülerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege hatten die Ausbildung abgebrochen.

Übersicht 3.2: Schülerinnen und Schüler

		AP	GKP	GKKP	Gesamt	Klassen
Ausbildungsbeginn	Frauen	15	18	-	33	
	Männer	7	4	-	11	
	Gesamt	22	22	-	44	2
Ausbildungsende	Frauen	11	14	-	25	
	Männer	6	4	-	10	
	Gesamt	17	18	-	35	2

Curriculumentwicklung und -implementation in der theoretischen und praktischen Ausbildung

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Das Curriculum im Modellprojekt Baden-Württemberg wurde aufbauend auf den Erfahrungen von Lehrenden im Austausch mit Praxisanleitenden entwickelt. Begleitet wurde dieser Prozess durch eine externe Projektkoordinatorin, die auch den Prozess der Revision steuerte.

Über eine pragmatische Berufsfeldanalyse fand eine Weiterentwicklung des Oelke-Menke-Curriculums¹⁰ statt, wobei auch Anteile des Curriculums von Becker¹¹ einfließen. Die Berufsfeldanalyse erfolgte anhand eines Expertenkonsenses zwischen den Lehrenden, einer Literaturrecherche sowie einer synoptischen Zusammenführung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Das Curriculum ist am Lernfeldkonzept orientiert und auf berufliche Handlungskompetenz sowie Wissenschaftsorientierung ausgerichtet. Dem Curriculum liegt ein Kompetenzmodell zugrunde, das auf den Kompetenzdimensionen Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz entsprechend dem Krankenpflegegesetz beruht und sich dabei an der Konzeption der Kultusministerkonferenz¹² orientiert. Mit dem Curriculum wird das übergreifende Ziel einer integrierten Pflegeausbildung unter Beachtung der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege verfolgt.

Das Theorie-Curriculum ist nach Lernbereichen, Lernfeldern und Unterrichtseinheiten gegliedert. Die Unterrichtseinheiten wurden von „Lehrenden-Tandems“ entwickelt. Hierbei konzipierten je eine Lehrerin oder ein Lehrer aus der Altenpflege mit je einer Lehrerin oder einem Lehrer aus der Gesundheits- und Krankenpflege die Unterrichtseinheiten gemeinsam. Das Curriculum ist spiralförmig angelegt. Methodenvielfalt soll den Unterricht prägen, insbesondere aber wird die stufenweise Einführung und Umsetzung der Fallmethode nahegelegt. Als eine gelungene Innovation erwies sich das TheoPrax®-Projekt, welches praxisrelevante Projekte curricular einband. Mit der Lehr- und Lernmethode TheoPrax® soll durch Projektarbeit insbesondere die Ausbildung besser mit der Wirtschaft verzahnt werden. Die Schülerinnen und Schüler wurden zwar teilweise in Lehrveranstaltungen zusammen unterrichtet, es gab aber keine gemischten Klassenverbände von Schülerinnen und Schülern aus der Altenpflege mit denen der Gesundheits- und Krankenpflege.

Das Modellprojekt erstellte für die Lernentwicklung der Schülerinnen und Schüler ein Praxiskonzept. Dieses Konzept wurde für allen Beteiligten in Form eines Ausbildungsordners transparent gemacht. Zunächst enthalten die Ausbildungsordner den aktuellen Ausbildungsstand der einzelnen Schülerin oder des einzelnen Schülers sowie die jeweils zu erreichenden Lernziele. Über sich aus den jeweiligen Unterrichtseinheiten und Lernfeldern ergebende Praxisaufgaben (an allen Orten der Praxis einsetzbar) und -aufträge (nur in speziellen Einsatzgebieten umsetzbar) sind die theoretische und praktische Ausbildung curricular miteinander verbunden. Weiterhin enthalten die Ausbildungsordner Gesprächs- und Anleitungsprotokolle, Beurteilungsbögen sowie Lernkontrollbögen für die praktische Ausbildung. Die Einsatzorte der praktischen Ausbildung entsprachen im Modellprojekt weitgehend den gesetzlichen Vorgaben. In einem geringen Umfang konnten für die Schüle-

¹⁰ Oelke, Menke 2002

¹¹ Becker 2006

¹² Kultusministerkonferenz 2000

rinnen und Schüler Einsätze im jeweils anderen Pflegeberuf ermöglicht werden. Hierbei erwies sich ein neuer Ansatz als besonders erfolgreich, bei dem die Schülerinnen und Schüler von einer Modellschülerin oder einem Modellschüler aus dem anderen Pflegeberuf eingearbeitet wurden.

Die Begleitung der Praxisanleiterinnen und -anleiter durch die Lehrenden fand im Rahmen von Praxisanleitertreffen, die dem Informations- und Erfahrungsaustausch dienten, durch bilaterale Kontakte statt. Gemeinsames Arbeiten an ausbildungsbezogenen Strukturen gehörte ebenfalls zu diesem Austausch.

Projekt- und Ausbildungsziele des Modellprojekts Baden-Württemberg

Projektziele

- | Grundlegendes Ziel des Projekts ist es, eine Ausbildung zu konzipieren, die allen Arbeitsbereichen der Pflege entspricht und die den Aufgaben und Herausforderungen, die sich durch den Strukturwandel im Gesundheitswesen ergeben, gerecht wird.
- | Folgende Aspekte müssen einbezogen und für die Gestaltung der Ausbildung reflektiert werden:
 - | verkürzte Verweildauer im stationären Sektor
 - | wachsende Bedeutung der ambulanten Pflege
 - | Pflege alter und altersverwirrter Menschen
 - | verändertes Krankheitsspektrum, v. a. wachsende Bedeutung chronischer Erkrankungen
 - | wachsende Bedeutung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation
 - | Unterstützung, Beratung und Anleitung von Bezugspersonen
 - | neuer Stellenwert der palliativen Pflege
- | Eine lernfeldorientierte Gestaltung der Ausbildung sichert die Zusammenführung und Integration der unterschiedlichen Ausbildungsstrukturen, -kulturen und -inhalte. Diese Neugestaltung erfolgt unter Einbezug der unterschiedlichen praktischen Pflegebereiche bzw. der Pflegeberufe sowie der unterschiedlichen Settings pflegerischer Tätigkeit und damit auch der unterschiedlichen beteiligten Einrichtungen.
- | Durch eine breite Qualifizierung der Schülerinnen und Schüler und gestufte Berufsabschlüsse wird eine gute vertikale Durchlässigkeit erreicht.
- | Anpassung der Ausbildungskonzepte der beiden beteiligten Schulen an die neuen gesetzlichen Grundlagen unter Abstimmung mit den vorliegenden Landesvorgaben. Das gesamte Ausbildungskonzept ist darauf ausgerichtet, auf andere Einrichtungen übertragbar zu sein.
- | Ausarbeitung eines Curriculums für den theoretischen und praktischen Anteil der gemeinsamen Ausbildung in der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege. Dessen Entwicklung erfolgt unter besonderer Beachtung einer verbesserten Theorie-Praxis-Verknüpfung und wird zu Projektende im Anschluss an die Durchführung bereits eine erste Überarbeitung erfahren haben.
- | Aufbau einer dauerhaften Kooperation zwischen den beteiligten Schulen und deren Lehrenden, deren Strukturen auch über den Projektzeitraum hinaus Bestand haben sollen.
- | Annäherung der Schülergruppen aus den beiden Pflegeberufen sowie ein kontinuierlicher Austausch zwischen diesen in Form gemeinsamer Lehrveranstaltungen und Projekte sowie durch das „Projekt im Projekt“.

Ausbildungsziele

Die zukünftigen Pflegekräfte

- werden im Laufe der Ausbildung in ihrem eigenverantwortlichen und sozialen Handeln gefördert,
- wissen um die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Pflegeberufe und gestalten eine professionelle Zusammenarbeit zum Wohle des zu pflegenden Menschen,
- gestalten die Weiterentwicklung des Berufes mit,
- nehmen die gesellschaftlichen Aufgaben wahr und gestalten gesellschaftliche Veränderungen mit,
- setzen sich kritisch mit wissenschaftlichen Erkenntnissen auseinander und beziehen sie entsprechend in ihr Handeln ein,
- begegnen Menschen, die auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind, offen und unter Wahrung der Menschenwürde – in den unterschiedlichsten Bereichen und Situationen,
- sehen ihre berufliche Aufgabe in der Gesundheitsförderung und Prävention, in der Vermeidung und Überwindung von Pflegebedürftigkeit sowie der Unterstützung, Förderung und Begleitung von pflegebedürftigen Menschen unter Beachtung von deren Selbstständigkeit,
- setzen sich anwaltschaftlich für den zu pflegenden Menschen ein und vertreten ihn in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen,
- erfassen ökologische und ökonomische Rahmenbedingungen und nutzen vorhandenen Handlungsspielraum kritisch und kreativ.

(Quelle: Abschlussbericht des Modellprojekts)

Exemplarisches curriculares Element

Das Curriculum des Modellprojekts Baden-Württemberg weist als kleinste curriculare Bausteine **Unterrichtseinheiten** auf. An dieser Stelle wird exemplarisch die Unterrichtseinheit „Die Gesundheitsförderung von Pflegekräften gestalten“ vorgestellt. Diese Unterrichtseinheit wurde bereits im ersten Ausbildungsjahr unterrichtet und gehört dem Lernfeld „Gesund bleiben – die Gesundheit von Individuen und Gruppen erhalten und fördern“ an.

Die Unterrichtseinheiten sind nach dem folgenden Schema aufgebaut:

- Festlegung des Titels der Unterrichtseinheit und Zuordnung zu Lernfeld und Lernbereich,
- Benennung der Unterrichtsstunden und Zuordnung zum Ausbildungsjahr sowie einem Verweis auf die gesetzlichen Grundlagen,
- Bestimmung der Ziele der Unterrichtseinheit mit Zuordnung zu Kompetenzdimensionen,
- Festlegung der Inhalte der Unterrichtseinheit,
- Ausarbeitung von Lernerfolgskontrollen zur Unterrichtseinheit,
- Vorschlag von Methoden und Praxisaufgaben zur Unterrichtseinheit.

Zu der Unterrichtseinheit „Die Gesundheitsförderung von Pflegekräften gestalten“ wurden die folgenden Ziele zur Fach- und Personalkompetenz, eine Auflistung der wesentlichen Inhalte sowie die Thematik einer Praxisaufgabe ausformuliert:

Ziele	Inhalte	Praxisaufgabe
Fachkompetenz Die Schülerinnen und Schüler kennen relevante Bestimmungen des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) sowie betriebliche Strukturen der Gesundheitsförderung. Sie wissen um und erkennen die Gesundheit gefährdenden Bedingungen am Arbeitsplatz.	Gesundheitliche Lage von Pflegekräften Gesundheitliche Risiken im Beruf (inkl. Nachtdienst) Gesunde Arbeitsbedingungen ArbSchG Betriebliche Gesundheitsförderung Gesundheitsförderung im Krankenhaus Gesundheitsförderung in der Altenpflege (unterschiedliche Schwerpunktsetzungen möglich)	Erstellen eines Konzeptes zur Gesundheitsförderung, das auf den Einsatzort und die dort vorherrschenden Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte ausgerichtet ist.
Personalkompetenz Die Schülerinnen und Schüler sind in der Lage, ihre Gesundheit (im Arbeitsumfeld) zu schützen und zu erhalten. Sie kennen Ansätze für Entlastung und Eigenschutz und wenden diese an bzw. nehmen sie in Anspruch.	Supervision Burn-Out, Helfen, hilflos sein Arbeit und Freizeit	

Projekt im Projekt

Das Themengebiet des Projekts für die Schülerinnen und Schüler behandelte die Beratung und Anleitung von Bezugspersonen durch das Pflegepersonal (Arbeit mit Angehörigen) und wurde unter Mithilfe des TheoPrax®-Zentrums am Fraunhofer Institut für Chemische Technologie in Pfinztal gestaltet. Die Verbindung von Theorie und Praxis wurde gefördert, indem die Schülerinnen und Schüler von Firmen und Krankenkassen konkrete Fragestellungen aus der Praxis des Gesundheitswesens/der Klientenversorgung erhielten, die innerhalb eines Jahres in einem Angebots-Auftrags-Verhältnis mit Herstellerfirmen aus dem Medizin- und Pflegebereich bearbeitet werden mussten.

Die Fragestellungen der Auftraggeber waren so weit gefasst, dass die Schülerinnen und Schüler auch ihre Kreativität einsetzen konnten und sollten, um die Projekte konkret auszugestalten. Im Verlauf der Projektdurchführung hatte das Team von TheoPrax® die Schülerinnen und Schüler in verschiedenen Sequenzen mit der Thematik der eigenen Projektarbeit, den Grundlagen des Projektmanagements, der Auftragserledigung und weiteren Themen im Sinne der TheoPrax®-Methode vertraut gemacht. Die Schülerinnen und Schüler wurden bei der Projektdurchführung nicht nur durch Lehrende der Schulen, sondern auch kontinuierlich durch die Leiterin des TheoPrax®-Zentrums in allen Projektphasen begleitet und unterstützt. Das Zentrum hatte hierfür auch die Lehrenden der Pflegeschulen in einer Fortbildung entsprechend vorbereitet.

In Form von Projektarbeiten wurden in Gruppen unterschiedliche Aspekte der Patienten- und Angehörigenarbeit bearbeitet. Die folgenden fünf Aufträge umfassten zu unterschiedlichen pflegerischen Versorgungssituationen jeweils die Erstellung von Informationsmaterial, die Durchführung von Befragungen und die Erarbeitung von Vorschlägen für eine verbesserte Patienten- und Angehörigenbetreuung.

Das Projekt eröffnete den Schülerinnen und Schülern durch seine Theorie-Praxis-Begegnung die Chance für weitreichende Einblicke in die vielfältigen Tätigkeitsgebiete der Pflege. Im Rahmen des Projekts wurden zudem Kompetenzen und Fähigkeiten gefördert, die für das Berufsleben, für das Arbeiten im Team, für die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung und mit Auftraggebern etc. wichtig sind.

Neben diesen fünf Projekten, die ein ganzes Jahr andauerten, wurden im Rahmen des theoretischen Unterrichts sowie der praktischen Ausbildung eine Reihe von kleinen Projekten und eine Zukunftswerkstatt durchgeführt. Hierbei gab es sowohl „kursinterne“ Projekte als auch Projekte, die von beiden Schülergruppen in gemischten Kleingruppen gemeinsam bearbeitet wurden:

Ein neuer Trinkbecher – eine Erleichterung für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige? (Auftraggeber: medishop.de – Med. Handel)

Für Bettlägerige wurde ein neuer Trinkbecher entwickelt. Dabei wurden die Fragestellungen geklärt, inwieweit dieser für die Angehörigen der zu pflegenden Person und für die Pflegebedürftigen selbst eine Erleichterung darstellt, welche weiteren Klientengruppen davon profitieren und welcher generelle Bedarf für ein derartiges Produkt besteht.

Ein neuer Duschkopf mit Sterilwasserfilter – eine Erleichterung für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige? (Auftraggeber: medishop.de – Med. Handel, zusammen mit der Herstellerfirma Pall)

Für einen neu entwickelten Duschkopf, der steriles Wasser liefert, wurden die Fragen bearbeitet, inwieweit dieser für die Angehörigen der zu pflegenden Person und für Pflegebedürftige selbst eine Erleichterung (z. B. bei der Wundversorgung) bedeutet, welche weiteren Klientengruppen davon profitieren könnten und welcher generelle Bedarf bestehen könnte.

Voraussetzung für eine optimale ambulante Pflege bei Bettlägerigkeit? (Auftraggeber: DAK, Karlsruhe)

Für pflegende Angehörige wurde in Form eines mehrseitigen Faltblatts eine Informationsbroschüre mit dem inhaltlichen Schwerpunkt Wohnumfeldbedingungen konzipiert und hergestellt.

Voraussetzung für eine optimale ambulante Pflege bei Rollstuhlfahrern? (Auftraggeber: DAK, Karlsruhe)

Für pflegende Angehörige von Rollstuhlfahrern wurde in Form eines mehrseitigen Faltblatts eine Informationsbroschüre mit dem inhaltlichen Schwerpunkt Wohnumfeldbedingungen konzipiert und hergestellt.

Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige? (Auftraggeber: Postbeamtenkrankenkasse, Karlsruhe)

Es wurde ein Leitfaden zur Gesunderhaltung pflegender Angehöriger konzipiert und hergestellt. Inhaltliche Schwerpunkte waren dabei u. a. Antworten auf die Fragen, was pflegende Angehörige tun können, um physische und psychische Probleme zu vermeiden und welche Maßnahmen ggf. von den Krankenkassen übernommen werden.

3.2 Modellprojekt Bayern

Träger und Kooperationspartner

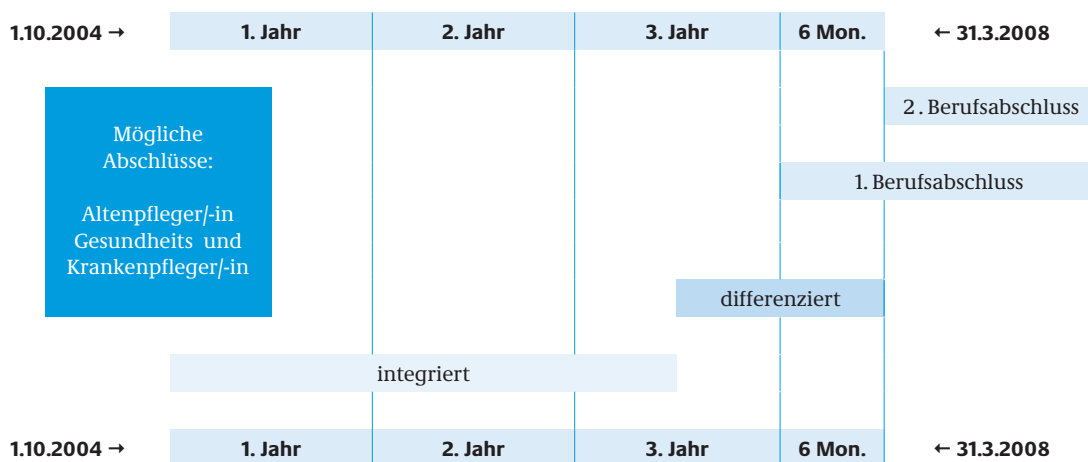
Das Modellprojekt „Integrative Pflegeausbildung“ wurde von der Berufsfachschule für Krankenpflege Nürnberg des Diakoniewerks Martha-Maria in Kooperation mit der Evangelischen Pflegeakademie (Berufsfachschule für Altenpflege; Träger: Hilfe im Alter der Inneren Mission München) durchgeführt. An den beiden etwa 170 km voneinander entfernten Standorten wurde jeweils ein Kurs ausgebildet. Die praktische Ausbildung erfolgte in insgesamt drei Krankenhäusern, zehn Alten- und Pflegeheimen und zwei ambulanten Diensten.



Organisation der Ausbildung, Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse sowie Schülerinnen und Schüler

An den beiden Standorten war zu Ausbildungsbeginn geplant, die ersten zweieinhalb Jahre integriert und das letzte Halbjahr differenziert zu unterrichten (Übersicht 3.3). Zu Ausbildungsende lag der erreichte Integrationsgrad der theoretischen Ausbildung bei 90%. Als Besonderheit des Modellprojekts in Bayern ist der bereits bei Ausbildungsbeginn vereinbarte Erwerb des zweiten Berufsabschlusses zu nennen, der durch ein weiteres (siebtes) Halbjahr differenzierten Unterrichts im Rahmen eines Aufbaumoduls möglich wurde.

Übersicht 3.3: Schulische Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse



Bei Ausbildungsbeginn waren insgesamt 53 Schülerinnen und Schüler in zwei Klassen. In der Altenpflege betrug der Frauenanteil 66%, in der Gesundheits- und Krankenpflege 70%. Die Ausbildung beendeten 41 Schülerinnen und Schüler (77%), fünf Schülerinnen und drei Schüler der Altenpflege und zwei Schülerinnen und zwei Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege hatten die Ausbildung abgebrochen. Nach Absolvierung des Aufbaumoduls erreichten 33 Schülerinnen und Schüler (80%) einen zweiten Berufsabschluss.

Übersicht 3.4: Schülerinnen und Schüler

		AP	GKP	GKKP	Gesamt	Klassen
Ausbildungsbeginn	Frauen	18	19	-	37	
	Männer	9	7	-	16	
	Gesamt	27	26	-	53	2
Ausbildungsende	Frauen	13	17	-	30	
	Männer	6	5	-	11	
	Gesamt	19	22	-	41	2
Aufbaumodul*	Frauen	10	13	-	23	
	Männer	5	5	-	10	
	Gesamt	15	18	-	33	2

* Die Zahlenangaben zum Aufbaumodul beziehen sich auf die Schülerinnen und Schüler mit Erstabschluss im entsprechenden Pflegeberuf in dieser Spalte, die einen zweiten Berufsabschluss im jeweils anderen Pflegeberuf erwarben.

Curriculumentwicklung und -implementation in der theoretischen und praktischen Ausbildung

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Die Curriculumkonzeption im Modellprojekt Bayern basierte auf den Erfahrungen der Projektkoordinatorinnen und der Lehrenden. Das Curriculum wurde noch während der Projektlaufzeit revidiert. Begleitet wurde der Curriculumkonstruktionsprozess durch eine externe pädagogische Beratung. Eine Rückkopplung an die Praxisanleitenden sowie eine Befragung der Schülerinnen und Schüler vervollständigten den Prozess.

Auf der Grundlage einer pragmatischen Berufsfeldanalyse, die mittels eines Expertenkonsenses der verantwortlichen Personen im Modellprojekt, einer Literaturrecherche sowie einer synoptischen Zusammenführung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen durchgeführt wurde, erfolgte die Konzeption des Curriculums. Weiterhin wurden die bayrischen Lehrplanrichtlinien und die Stundentafeln beachtet. Einfluss hatten auch die Curricula aus den Modellversuchen in Stuttgart und Essen.¹³ Das neu entwickelte Curriculum ist ein Lernfeld-Curriculum, welches das Situationsprinzip, das Wissenschaftsprinzip und das Persönlichkeitsprinzip beachtet. Die Ausrichtung an den Bedingungskomponenten und Schlüsselproblemen im Sinne Klafkis¹⁴ sowie am Konzept des Empowerments¹⁵ beeinflussten den Konzeptionsprozess. Zugrunde liegt dem Curriculum ein Kompetenzmodell, das sich zur didaktischen Umsetzung an Kordula Schneider¹⁶ ausrichtet. Die Struktur beinhaltet die Kompetenzdimensionen Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz. Das Curriculum verfolgt das Ziel einer integrierten Pflegeausbildung unter Beachtung der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege mit der Möglichkeit der Doppelqualifikation.

Das Curriculum ist spiralförmig aufgebaut und für die theoretische Ausbildung in Lernbereiche, Lernfelder und Lernsituationen aufgeteilt. Die curriculare Entwicklung wurde von den Lehrenden und Projektkoordinatorinnen der beiden weit auseinanderliegenden Schulen gemeinsam, gleichberechtigt und erfolgreich durchgeführt. Methoden des eigenverantwortlichen, des situierten und des handlungs- und problemorientierten Lernens finden im Curriculum Beachtung. Die Schülerinnen und Schüler beider Pflegeberufe wurden innerhalb der integrierten Phase der Ausbildung gemeinsam unterrichtet.

Beim Aufbau der Verbindung von Theorie und Praxis wurde sowohl die Perspektive der Theorie-Praxis- als auch die der Praxis-Theorie-Vernetzung berücksichtigt. Ein innovatives Praxis-Konzept zielte auf handlungsorientiertes Lernen. Neuentwicklungen innerhalb des Modellvorhabens, die das Erreichen dieses Zieles unterstützten, sind die 3-Schritt-Methode, die Methode des Expertentums von Schülerinnen und Schülern sowie das Praxisbegleitheft. Die 3-Schritt-Methode („In drei Schritten zur Handlungskompetenz“) wurde vom Modellprojekt Bayern selbst entwickelt. Diese Konzeption sieht im ersten Schritt vor, handlungsorientierte Pflegethemen im Unterricht zu vermitteln, im zweiten Schritt werden in einer Lernwerkstatt (Übungs- und Vorbereitungsraum) die gelernten Themeninhalte wiederholt. Im dritten und letzten Schritt wird das Gelernte in der Praxis umgesetzt.

¹³ Stuttgarter Modell 2004; vgl. Oelke, Menke 2002

¹⁴ Klafki 1996

¹⁵ Maier-Walz, Rieger-Santa 2000

¹⁶ Schneider, Brinker-Meyendriesch, Schneider 2003

Praxisanleitungen und -begleitungen, Praxisberichte sowie Reflexionsmöglichkeiten und Feedback-Gespräche ergänzten das Praxis-Konzept. Während der Ausbildung sammelten die Schülerinnen und Schüler Erfahrungen in beiden Berufsfeldern. Im Rahmen des bereits zu Ausbildungsbeginn vereinbarten Aufbaumoduls zum Erwerb eines zweiten Berufsabschlusses erhielten die Schülerinnen und Schüler Gelegenheit, ihre praktische Prüfung realitätsnah auf einer Lernstation abzulegen.

Die Begleitung der Praxisanleiterinnen und -anleiter durch die Lehrenden fand im Rahmen von Praxisanleitertreffen, die dem Informations- und Erfahrungsaustausch dienten, durch bilaterale Kontakte statt. Gemeinsames Arbeiten an ausbildungsbezogenen Strukturen ergänzte diesen Austausch. Ebenso wurde ein enger Austausch mit den Kooperationspartnern der praktischen Einrichtungen gepflegt.

Projekt- und Ausbildungsziele des Modellprojekts Bayern

Projektziele

- Die Pflege wird zukunftsweisend weiterentwickelt, damit sie ihrem gesellschaftlichen Auftrag gerade unter den sich wandelnden Anforderungen der modernen Gesellschaft gerecht wird. Diese Innovation wird als Beitrag zur Reform der Pflegeausbildung angesehen und orientiert sich möglichst weit an den Richtlinien der EU und der WHO.
- Das Verbindende zwischen der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege wird herausgearbeitet und für alle Beteiligten erfahrbar gemacht, wobei die Fixierung auf die bestehenden Berufsbilder überwunden und ein übergreifendes Pflegeverständnis entwickelt wird.
- Das Spezifische der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege wird bestimmt und führt auf der Basis eines übergreifenden Berufsverständnisses zu zwei eigenständigen Pflegeberufen (berufsfachlicher Paradigmenwechsel).
- Die Schülerinnen und Schüler sollen innerhalb von dreieinhalb Jahren Handlungskompetenz in beiden Berufsfeldern erreichen. Zugunsten eines fundierten Zweitauschlusses innerhalb eines zusätzlichen siebten Halbjahres stehen die inhaltlichen Anforderungen insbesondere an die praktische Ausbildung in beiden Berufsfeldern in einem angemessenen Verhältnis.
- Durch den berufspädagogischen Paradigmenwechsel erfolgt eine Neuorientierung in der Lehrerrolle, eine durchgehende Ausrichtung an Kompetenzen sowie die Umsetzung alternativer Unterrichtsformen und innovativer Methoden zur engen Theorie-Praxis-Verzahnung.

Ausbildungsziele

- Die Schülerinnen und Schüler handeln in unterschiedlichsten beruflichen Anforderungen flexibel und angemessen und können diese kontinuierlich reflektieren.
- Die Schülerinnen und Schüler entwickeln eine hohe fachliche, persönliche, soziale und kommunikative Kompetenz. Selbstständiges und eigenverantwortliches Lernen und Handeln sind dabei von besonderer Bedeutung.
- Die Schülerinnen und Schüler werden zu eigenen Gestaltungsmöglichkeiten und Strategien im Lern- und Pflegeprozess befähigt, um in einem sich rasch wandelnden Berufsfeld auch in der Zukunft motiviert bestehen zu können.
- Die Schülerinnen und Schüler entwickeln ein neues Bewusstsein für einen eigenverantwortlichen Umgang mit der sozialen und individuellen Gesundheit.
- Die Schülerinnen und Schüler entwickeln Sensibilität für die Veränderungen im Gesundheitssystem und die damit verbundenen neuen Aufgabenbereiche der Pflege.
- Die Schülerinnen und Schüler tragen auf der Basis eines übergeordneten Pflegeverständnisses dazu bei, ein gemeinsames Berufsbild zu generieren.

(Quelle: Abschlussbericht des Modellprojekts)

Das Curriculum des Modellprojekts Bayern weist als kleinste curriculare Bausteine **Lern-situationen** auf. An dieser Stelle wird exemplarisch die Lernsituation „Eigenverantwortliches Handeln im beruflichen Alltag“ vorgestellt. Diese Lernsituation wurde bereits im ersten Ausbildungsjahr unterrichtet und ist dem Lernfeld „Lernen lernen“ zugeordnet.

Die Lernsituationen sind nach folgendem Schema aufgebaut:

- Bezugnahme zum Lernfeld,
- Zuordnung von Inhalten zu Kompetenzfacetten,
- Angaben von Methoden und zuständigen Dozenten,
- Zuordnung zur bayerischen Stundentafel und Angabe von zu unterrichtenden Stunden.

Zu der Lernsituation „Eigenverantwortliches Handeln im beruflichen Alltag“ wurden die betroffenen Kompetenzbereiche, eine Auflistung der wesentlichen Inhalte sowie die hierbei einzusetzenden Methoden ausformuliert:

Kompetenzen	Inhalte	Methoden
Personalkompetenz Die Schülerin/der Schüler ■ entwickelt Kompetenzen, Prozesse zu reflektieren und selbst zu gestalten; ■ handelt bei unterschiedlichen Anforderungen flexibel und situationsgerecht; ■ ist sensibilisiert, teamorientiert zu arbeiten und konstruktiv mit Kritik umzugehen; ■ erkennt seine eigenen Fähigkeiten und artikuliert Defizite und seinen Lernbedarf situationsgemäß; ■ achtet auf seine Psychohygiene und entwickelt Methoden, positiv mit Stress umzugehen.	Gruppenprozess soziales Lernen Themenzentrierte Interaktion (TZI-Regeln), Umgang mit Kritik Entwicklung des Reflexionsbogens für Unterricht und Gruppenprozess Selbsterarbeitung eines benoteten Praktikumsauftrags anhand zielorientierter Arbeitsschritte Lernen lernen: Schülerinnen und Schüler setzen sich gemeinsam mit den Lehrenden über handlungsorientierten Unterricht auseinander. Entwicklung von Zielen für künftiges Gestalten des Unterrichts	Übung „Turmbau“ Gruppenarbeit Arbeitsauftrag Schneeballmethode Präsentation Diskussion Arbeitsauftrag Präsentation nach selbst entwickeltem Reflexionsbogen
Methodenkompetenz Die Schülerin/der Schüler ■ passt Pflegemethoden den unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Stationen, den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten/Bewohner usw. an	Teamentwicklung Psychohygiene Verantwortung tragen Umgang mit Ängsten Werte/Urteile/Vorurteile Methodentraining Präsentationstechniken Reflexion des praktischen Einsatzes Rollenerwartungen Rollenkonflikte	Arbeitsauftrag Gruppenpuzzle Präsentation Präsentation nach selbst entwickeltem Reflexionsbogen Metaplan Rollenspiel Themenzentrierte Diskussion

Projekt im Projekt

Der Themenkomplex Prävention bildete einen besonderen inhaltlichen Schwerpunkt des „Projekts im Projekt“, was auch durch dessen Titel „Salutogenese – gesundheitsförderndes Verhalten entwickeln und fördern“ unterstrichen wurde. Die Gruppenarbeiten erfolgten anhand eines stufenweisen Vorgehens, nach dem zunächst eine Ist-Analyse des aktuellen Forschungsstandes erfolgte, aufgrund derer die Erarbeitung der Datengrundlage möglich wurde. Anschließend wurden unter Fokussierung auf die Salutogenese Thesen formuliert.

Nach einer Vorstellung aktueller Konzepte wurden eine Bewertung sowie ein empirischer Vergleich durchgeführt und zusammenfassend wurden abschließend praktische Umsetzungsmöglichkeiten abgeleitet. Die Erfahrungen und Ergebnisse der Gruppenarbeiten der Modellklassen beider Standorte wurden während eines Seminars ausgetauscht.

Der **Standort Nürnberg** entschied sich unter der Überschrift „**Fit durch die Pflege**“ für fünf Themengebiete, die jeweils von einer Gruppe bearbeitet wurden:

- | **Immunsystem**
- | **Übergewichtsprophylaxe**
- | **Suchtberatung**
- | **Gesundheitsförderung beim alten Menschen**
- | **Leben mit Demenz**

Der **Standort München** entschied sich unter der Überschrift „**Fit durch die Pflege**“ für ein übergreifendes Thema mit Fokussierung auf die Pflegekräfte selbst. Unter dem Titel „Nachhaltige Instrumente der Gesundheitsförderung im Einsatz für Pflegekräfte im salutogenetischen Diskurs“ wurde das Projekt in fünf Untergruppen bzw. Aspekten bearbeitet:

- | **Gesundheitszirkel als betriebliche Arbeitsgruppen**
- | **Bewegung**
- | **Gesunde Ernährung**
- | **Architektur und Gesundheit**
- | **Psychische Stabilität (Energie sammeln und bewahren statt „Burn-Out“)**

3.3 Modellprojekt Berlin

Träger und Kooperationspartner

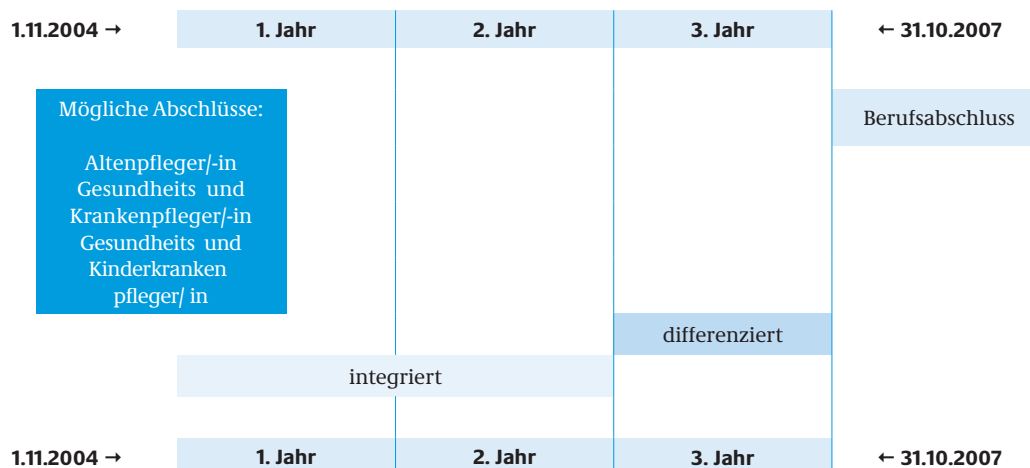


Die Charité als Träger des Modellprojekts Berlin zählt zu den größten Universitätskliniken Europas. Neben der in fast allen Modellprojekten üblichen Zusammenarbeit zweier Pflegeschulen, der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule der Gesundheitsakademie der Charité mit der Lazarus-Berufsfachschule für Altenpflege, war als weiterer Kooperationspartner explizit auch das Evangelische Geriatriezentrum Berlin einbezogen. In die Ausbildung waren auch weitere Fachschulen des Schulzentrums der Charité involviert, wie z. B. die Schule für Diätassistenten und die der Physiotherapie. Die praktische Ausbildung wurde überwiegend in den Einrichtungen der genannten Kooperationspartner umgesetzt. Weitere Einrichtungen wie beispielsweise ein Ärztehaus waren als Praxisorte einbezogen.

Organisation der Ausbildung, Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse sowie Schülerinnen und Schüler

Am Standort Berlin war zu Ausbildungsbeginn geplant, die Modellklasse in den ersten beiden Jahren integriert und im dritten Ausbildungsjahr differenziert nach den drei Kernpflegeberufen zu unterrichten (Übersicht 3.5). Zu Ausbildungsende lag der erreichte Integrationsgrad der theoretischen Ausbildung bei 80% und somit über dem geplanten Wert. Als Besonderheit des Modellprojekts in Berlin ist die Einbeziehung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu nennen.

Übersicht 3.5: Schulische Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse



Die Ausbildung begann mit insgesamt 25 Schülerinnen und Schülern in einer Klasse. In der Altenpflege betrug der Frauenanteil 80%, in der Gesundheits- und Krankenpflege 44% und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 100%. Die Ausbildung beendeten 19 Schülerinnen und Schüler (76%).

Übersicht 3.6: Schülerinnen und Schüler

		AP	GKP	GKKP	Gesamt	Klassen
Ausbildungsbeginn	Frauen	8	4	6	18	1
	Männer	2	5	0	7	
	Gesamt	10	9	6	25	
Ausbildungsende	Frauen	-	-	5	-	1
	Männer	-	-	0	-	
	Gesamt	8	6	5	19	

Curriculumentwicklung und -implementation in der theoretischen und praktischen Ausbildung

Das Curriculum wurde von den Lehrenden entwickelt. Gesteuert wurde der Prozess durch die Schulleitung und den Projektkoordinator. Hierbei orientierte man sich am Curriculum für die theoretische und praktische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege von Oelke und Menke.¹⁷ Auf dieser Grundlage wurde eine erweiterte und modifizierte Form entwickelt. Eine pragmatische Berufsfeldanalyse wurde über die synoptische Zusammenführung der Lernfelder des Altenpflegegesetzes und der Themenfelder des Krankenpflegegesetzes, über eine umfassende Literaturrecherche und im Austausch mit den Lehrenden durchgeführt. Das Curriculum für die Integrationsphase orientiert sich deutlich an Oelke/Menke, während das Curriculum für die Differenzierungsphase anstatt der Themenfelder Lerneinheiten und Lerninseln beinhaltet.

¹⁷ Oelke, Menke 2002

Als didaktische Grundorientierung des Curriculums dienen die Handlungs-, Erfahrungs- und Problemorientierung. Das Kompetenzkonzept bezieht sich zur Formulierung von Lernzielen auf das Krankenpflegegesetz und wird dementsprechend in die Kompetenz-facetten Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz aufgeteilt. Das Modellprojekt bezieht sich auf die Strukturierung von Nöthen und Thelen, Muster-Wäbs sowie Obrist und Städeli.¹⁸ Es handelt sich um ein fächerintegriertes Curriculum, welches zusätzlich die Wissenschaftsorientierung in den Mittelpunkt stellt.

Der theoretische Teil der Ausbildung wurde für die integrierte Phase in gemischten Kursen unterrichtet. Dabei ist die theoretische Ausbildung nach Lernbereichen und Lerneinheiten strukturiert. Im dritten Jahr sollten zusätzlich Lerninseln umgesetzt werden, die teilweise integrierte Inhalte, aber auch den Differenzierungsanteil beinhalteten. Das Fach Pflege strukturierte die Insellösung formal und inhaltlich vor. Dabei werden nach dem Konzept der Exemplarität zentrale, komplexe Schwerpunkte im Kontext pflegerischen Handelns identifiziert und als Insellösung aufbereitet. Im Mittelpunkt steht dabei eine sach- und situations-gerechte Pflege. Die inhaltliche Gestaltung der Differenzierungsphase fand über Vertiefungen bei Methodenvielfalt statt. Zum Einsatz kamen beispielsweise die Projektmethode, das szenische Spiel und das Problemorientierte Lernen (POL). Ein innovativer Anteil in der Theorie war die Umsetzung des Projekts „Gender – die Geschlechterperspektive in Alltag und Pflege“.

Die Instrumente des Konzepts zur Theorie-Praxis-Vernetzung waren Praxis-Lernaufträge, Leistungsscheine und Gespräche zur Reflexion und Lernstandsrückmeldung. Die Ausbildung erfolgte auf ausgewählten Stationen, auf denen die Umsetzung der theoretischen Inhalte entsprechend dem Ausbildungsstand gewährleistet war. Instrumente zur Unterstützung und Beratung der Praxisanleiterinnen und -anleiter waren regelmäßige Besuche vor Ort sowie die regelmäßigen Treffen der Praxis-AG. Als innovativer Anteil zur Sicherung des Theorie-Praxis-Transfers ist die Schulstation zu benennen. Ziel der Schulstation war die Vertiefung und Erweiterung der beruflichen Kompetenzen durch Übernahme von Eigenverantwortung und damit eine bessere Vorbereitung auf den Berufsalltag. Die Durchführung der Schulstation wurde auf zwei Wochen angesetzt, wobei die Schülerinnen und Schüler realitätsnah in allen drei Schichten eingesetzt wurden.

Projekt- und Ausbildungsziele des Modellprojekts Berlin

Projektziele

- Fächerintegrativer Aufbau der Ausbildung
- Engere Vernetzung der verschiedenen Ausbildungen der Gesundheitsberufe durch Lernmodule (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Hebammenwesen, Physiotherapie, Operationstechnische Assistenz, Diätassistent, Logopädie)
- Vermittlung berufsbezogener und berufsübergreifender Qualifikationen
- Enge Verknüpfung und Abstimmung der Theorie und Praxis (Theorie-Praxis-Transfer)
- Engere Verzahnung der praktischen Ausbildung des stationären, teilstationären und ambulanten Sektors sowie der Ausbildung in niedrigschwelligen Angeboten und in verschiedenen weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Enge Einbeziehung von Angehörigen, Selbsthilfegruppen und ehrenamtlichen Helfern
- Breit gefächerte Berufskompetenz
- Gezielte Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen
- Steigerung der Pflegequalität und der allgemeinen Qualitätssicherung
- Sicherung einer hohen Qualität durch Integration vieler Berufsgruppen
- Entwicklung von neuem Pflegewissen durch Pflegeforschung
- Arbeit in therapeutischen Teams
- Nutzung der Infrastruktur und der Erfahrungen des Reformstudiengangs Medizin an der Charité

Ausbildungsziele

Die Ausbildung soll

- eine direkte Anpassung an die veränderten Anforderungen der Pflegeberufe und die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben und in Anlehnung an den europäischen Standard erreichen,
- die Fähigkeit zum gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen und rehabilitativen Handeln über die Profession hinaus entwickeln,
- eine individuelle Pflege unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Merkmale und der Herkunft der zu Pflegenden sichern,
- eine geschlechtergerechte Ausbildung und Betreuung sowie die Sensibilisierung der Beschäftigten für geschlechtsspezifische Ungleichheiten erreichen,
- die Förderung der interdisziplinären Kommunikation und des gedanklichen und praktischen Austausches forcieren,
- die Attraktivität der Ausbildung in den Pflegeberufen und damit der Pflege selbst erhöhen,
- große Flexibilität und Mobilität schaffen,
- eine besondere Ausprägung der Interdisziplinarität erreichen,
- bessere Berufschancen innerhalb Europas erreichen.

(Quelle: Abschlussbericht des Modellprojekts)

Exemplarisches curriculares Element

Das Curriculum des Modellprojekts Berlin weist zwei unterschiedliche Arten von kleinsten curricularen Bausteinen auf. Zum einen arbeitete das Modellprojekt mit **Unterrichtseinheiten**, die an das Oelke-Curriculum angelehnt sind. Zum anderen wurden **Lerninseln** konzipiert, die in Projektform bearbeitet wurden. Als Beispiel wird im Folgenden die Lerninsel „Mangelernährung – Bewältigung im therapeutischen Team“ vorgestellt. Das Besondere an dieser Einheit war, dass eine interdisziplinäre Unterrichtsgruppe aus Schülerinnen und Schülern der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Diätassistent zusammen unterrichtet wurde.

Für die Konzeption der Lerninsel waren folgende Voraussetzungen bzw. Kenntnisse erforderlich:

- Grundkenntnisse zur Bedeutung und Zufuhr der Nährstoffe,
- Anatomie und Physiologie der Verdauung,
- Nahrungsaufnahme und Pflege,
- Ernährungsbedingungen unterschiedlicher Altersstufen,
- Kenntnisse über Erkrankungen, die mit Mangelernährung einhergehen,
- Pflegeplanung und -dokumentation.

Zur Lerninsel „Mangelernährung – Bewältigung im therapeutischen Team“ wurden die zu bearbeitenden Inhalte sowie die hierbei einzusetzenden Aktionsformen und Medien ausformuliert:

Inhalte	Aktionsform/Medien
Bedeutung der Ernährungsintervention während des Klinikaufenthaltes und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	Zusammentragen im Gespräch
Das Ernährungsteam	Mindmap oder Moderationskarten Folien für Overhead-Projektion
Folgen, die sich aus einem schlechten Ernährungszustand ergeben	Vorträge, gestaltet durch Schülerinnen und Schüler der Schule für Diätassistenten
Definition, Kennzeichen, Risikopotenzial und Dokumentation der Mangelernährung	„Markt der Möglichkeiten“
Aufzeigen von Möglichkeiten zur Ernährungsoptimierung, wie z. B. Energieanreicherung, Supplemente, enterale Ernährung, ergänzende Maßnahmen einschließlich mobilisierender Pflege	Erarbeitung und Demonstration durch Schülerinnen und Schüler der Schule für Diätassistenten, Lehrende unterstützen
Pflegeplanung und Dokumentation – was ist beim Thema Mangelernährung zu beachten?	Ausarbeitung, an der Schülerinnen und Schüler der Diätassistenten teilnehmen und von der alle Teilnehmer profitieren
Bearbeitung von Fallbeispielen: In Kleingruppen werden Beispielpatientinnen und -patienten aufgesucht und bzgl. ihres Ernährungsrisikos eingeschätzt. In den Gruppen werden Möglichkeiten zur Optimierung der Pflegemaßnahmen und Ernährungsstrategie diskutiert und für eine Präsentation aufbereitet.	Gemeinsame Gruppenarbeit von Pflegeschülerinnen und -schülern mit Schülerinnen und Schülern der Diätassistenten, die evtl. von Pflegeschülerinnen und -schülern höherer Jahrgänge unterstützt werden.
Präsentation der Gruppenarbeitsergebnisse	Vortrag und Diskussion
Abschluss	

Projekt im Projekt

In zehn unterschiedlichen Bereichen befassten sich die Schülerinnen und Schüler mit vielfältigen Aspekten der Pflegeberufe:

1. Szenisches Spiel zum Thema Demenz

Über die Methode des Szenischen Spiels wurden die Schülerinnen und Schüler aller drei Berufsrichtungen für das Krankheitsbild der Demenz und die besonderen Belastungen im Umgang mit Erkrankten und Angehörigen im familiären und pflegerischen Kontext sensibilisiert.

2. Kinästhetik-Seminar

Das Kinästhetik-Seminar fand als berufsgruppenübergreifendes Projekt (Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege) in der Differenzierungsphase der Ausbildung statt und wurde durch eine Kinästhetik-Traineein gestaltet.

3. Bobath-Seminar

Das Bobath-Seminar fand als berufsgruppenübergreifendes Projekt (Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege) in der Differenzierungsphase der Ausbildung statt und wurde durch eine Physiotherapeutin gestaltet.

4. Projekt Berufsperspektiven

Das Projekt „Berufsperspektiven“ wurde als berufsgruppenübergreifendes Projekt aller drei Berufsrichtungen gestaltet. Den Schülerinnen und Schülern wurden zum einen Tipps, Tricks und Fallen der Gestaltung einer Bewerbung sowie eines Bewerbungsgesprächs vermittelt, zum anderen wurden Berufsperspektiven des aktuellen nationalen und internationalen Arbeitsmarktes sowie Aspekte der Fort- und Weiterbildung verschiedener Bereiche der Pflege vorgestellt und diskutiert.

5. Gender – die Geschlechterperspektive in Alltag und Pflege

Das Projekt fand berufsgruppenübergreifend an drei Tagen statt und befasste sich mit den Themen „Gender im Alltag“, „Gender im Gesundheitswesen“ sowie „Gender als Dimension des Pflegehandelns“. Die Lernenden wurden vorwiegend auf der affektiven Ebene angesprochen, wozu die Inhalte auch eng an deren individuellen Erlebnissen und Erfahrungen im privaten und beruflichen Alltag anknüpften. Im Einzelnen wurden an drei Tagen die sechs Themenfelder „Genderaspekte in der Medizin“, der „Einfluss des Geschlechts im eigenen Leben“, das „Geschlecht im Alltag“, „Pflege – ein Beruf für Männer und Frauen“, „Gender-Mainstreaming im Gesundheitswesen“ sowie „Gender care – gendergerecht pflegen“ behandelt.

6. Ethische Grundfragen

Im Modul „Ethische Grundfragen“ wurden in vier Doppelstunden anhand von Fallanalysen und Diskussionen Fragestellungen zu ethischen Fragen am Anfang des Lebens (Bezug zum ethischen Prinzip der Würde) sowie zum Umgang mit Fehlern (Bezug zum ethischen Prinzip der Verantwortung) bearbeitet.

7. Mangelernährung im therapeutischen Team bewältigen

Die Besonderheit dieses Projekts bestand in der Zusammenarbeit mit der Schule für Diätassistenten. Durch die Vernetzung von Klinikbetrieb und theoretischer und praktischer Ausbildung in der Diätassistenten- und Krankenpflege ergab sich eine günstige Situation, um aufzuzeigen, wie die Arbeit eines Ernährungsteams abläuft und wie diese Strukturen der Diätassistentenausbildung in die Ausbildung im Modellprojekt eingebracht werden können. Damit sollte auf durch Mangelernährung gefährdete Patientinnen und Patienten aufmerksam gemacht, die Schülerinnen und Schüler für diese Problematik sensibilisiert und die Vorteile einer engen Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen verdeutlicht werden.

8. Tod und Sterben

Das Projekt zum Thema „Tod und Sterben“ fand als einwöchiges berufsgruppenübergreifendes Seminar in der integrierten Phase der Ausbildung statt. Mithilfe der Methode des Mind Mapping wurden Erfahrungen und Vorstellungen der Schülerinnen und Schüler zu diesem Thema einbezogen. Bei der weiteren Bearbeitung wurde ein besonderer Fokus auf die Belastungen des Pflegepersonals im Umgang mit Sterbenden gelegt, wofür eine Expertenrunde mit Pflegekräften aus verschiedenen Bereichen zur Verfügung stand. Neben der Auseinandersetzung mit aktiver und passiver Sterbehilfe war auch ein Hospizbesuch integriert.

9. Be- und Entlastungen im Pflegeberuf

Das zweitägige Projekt „Be- und Entlastungen im Pflegeberuf“ wurde unter der Zielsetzung der Gesundheitspflege mit dem Aspekt „Die eigene Gesundheit fördern und erhalten“ konzipiert. Neben der Ausarbeitung der berufstypischen Belastungssituationen wurden insbesondere die Auswirkungen dieser Belastungen auf die eigene Person und auf die Arbeit im Team diskutiert. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf dem Kennenlernen von verschiedenen Entlastungsmöglichkeiten.

10. Pflegeforschung

In der Differenzierungsphase in der Ausbildung konnten die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an einer Dekubitus-Prävalenzstudie in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin teilnehmen.

3.4 Modellprojekt Hessen



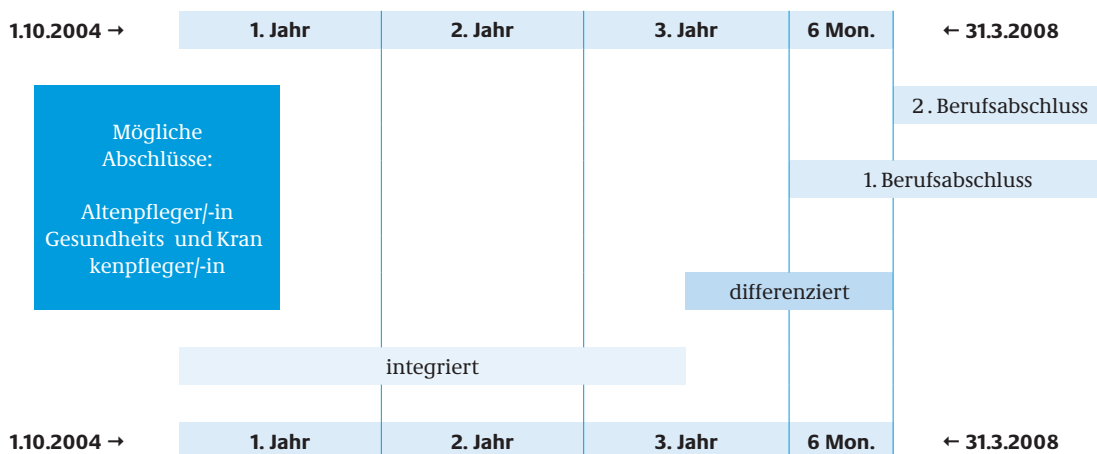
Träger und Kooperationspartner

Das Modellprojekt „Pflege in der Lebensspanne“ in Hessen wurde unter Trägerschaft des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), Landesverband Hessen, mit der Lehranstalt für Altenpflege des DRK in Kronberg/Taunus mit der Krankenpflegeschule an den Hochtaunus-Kliniken in Bad Homburg durchgeführt. Die Ausbildung fand an den zwei räumlich nicht weit voneinander entfernten Schulstandorten in Kronberg und in Bad Homburg in je einem gemischten Kurs statt. Die Kurse wechselten zwischenzeitlich den Schulstandort, wobei insgesamt ein identischer Unterricht in den Mischklassen gewährleistet war. Partner für die praktische Ausbildung waren drei Krankenhäuser, 18 Alten- und Pflegeheime und fünf ambulante Dienste.

Organisation der Ausbildung, Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse sowie Schülerinnen und Schüler

Zu Ausbildungsbeginn war geplant, an den beiden Standorten die ersten zweieinhalb Jahre integriert und lediglich das letzte Halbjahr differenziert zu unterrichten (Übersicht 3.7). Zu Ausbildungsende lag der erreichte Integrationsgrad der theoretischen Ausbildung bei 90% und somit über dem geplanten Wert. Als Besonderheit des Modellprojekts in Hessen ist der freiwillige zweite Berufsabschluss zu nennen, der durch ein weiteres (siebtes) Halbjahr differenzierten Unterrichts im Rahmen eines Aufbaumoduls möglich wurde.

Übersicht 3.7: Schulische Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse



Die Ausbildung startete mit jeweils 25 Schülerinnen und Schülern in zwei Klassen. In der Altenpflege betrug der Frauenanteil 76%, in der Gesundheits- und Krankenpflege lag er bei 80%. Die Ausbildung beendeten 41 Schülerinnen und Schüler (82%), zwei Schülerinnen und ein Schüler der Altenpflege sowie fünf Schülerinnen und ein Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege hatten die Ausbildung abgebrochen. Nach Absolvierung des Aufbaumoduls erreichten 16 Schülerinnen und Schüler (39%) einen zweiten Berufsabschluss.

Übersicht 3.8: Schülerinnen und Schüler

		AP	GKP	GKKP	Gesamt	Klassen
Ausbildungsbeginn	Frauen	19	20	-	39	
	Männer	6	5	-	11	
	Gesamt	25	25	-	50	2
Ausbildungsende	Frauen	17	15	-	32	
	Männer	5	4	-	9	
	Gesamt	22	19	-	41	2
Aufbaumodul*	Frauen	11	4	-	15	
	Männer	1	0	-	1	
	Gesamt	12	4	-	16	2

*Die Zahlenangaben zum Aufbaumodul beziehen sich auf die Schülerinnen und Schüler mit Erstabschluss im entsprechenden Pflegeberuf in dieser Spalte, die einen zweiten Berufsabschluss im jeweils anderen Pflegeberuf erworben.

Curriculumentwicklung und -implementation in der theoretischen und praktischen Ausbildung

Die Projektverantwortlichen und Lehrenden entwickelten das Curriculum unter Einbezug der Erfahrungen von Praxisanleitenden; die Revision erfolgte am Ende eines jeden Ausbildungsjahres. Das Curriculum stellt, aufbauend auf einer pragmatischen Berufsfeldanalyse, eine Neuentwicklung dar. Die Entwicklung basierte auf einem Expertenkonsens der Lehrenden, einer Literaturrecherche sowie einer synoptischen Zusammenführung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und der hessischen Rahmenlehrpläne. Das neu entwickelte Curriculum greift im Sinne Klafkis¹⁹ Schlüsselprobleme auf. Handlungsorientierter Unterricht wird in der Verbindung von sachbezogenem und sozialem Lernen sowie dem Prinzip des exemplarischen Lernens beachtet. In der Konzeption des Curriculums ist die Entwicklung vom Neuling zum Experten angedacht. Zugrunde liegt dem Curriculum ein Kompetenzmodell, das sich im Verständnis an der Kultusministerkonferenz ausrichtet und dessen Struktur auf Kompetenzdimensionen Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz aufbaut. Das Curriculum konzipiert eine integrierte Pflegeausbildung mit der Möglichkeit der Doppelqualifikation. Ein besonderer Fokus wird auf die Pflege von demenzerkrankten Menschen und die Befähigung zum Case- und Care-Management gelegt.

Die Struktur des Curriculums resultierte aus Themenbausteinen, die fächerintegrativen Unterricht ermöglichen. Ergänzend zur grundlegenden Struktur waren in Form von Lerninseln Meilenstein-Lernsituationen integriert. Diese Lernsituationen fokussierten berufstypische pflegerische Handlungssituationen. Zudem erhielten sie über innovative produktorientierte Aufgaben einen besonderen Stellenwert. Hierzu wurden, passend zu den Meilenstein-Lernsituationen, von den Schülerinnen und Schülern beispielsweise eine Beratungs-CD für Angehörige von demenzerkrankten Menschen, allgemeine Informationsbroschüren für pflegende Angehörige oder Lehrfilme produziert. Die Unterrichte wurden von Lehrenden-Tandems mit je einer Lehrerin aus der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege gemeinsam konzi-

¹⁹ Klafki 1996

piert. Zudem wurden sogenannte Table-Talks eingerichtet, in denen die Lehrenden einer Unterrichtseinheit gemeinsam die Unterrichte vorbereiteten. Die Schülerinnen und Schüler beider Pflegeberufe wurden während der integrierten Phase gemeinsam unterrichtet.

Mittels eines Praxiskonzepts wurden der inhaltliche Zusammenhang zwischen den Themenbausteinen und den praktischen Einsätzen gesichert und zum anderen die theoretische und die praktische Ausbildung über Praxisaufgaben miteinander verbunden. Erfahrungen im jeweils neuen Pflegebereich konnten die Schülerinnen und Schüler, unter direkter Betreuung der für diesen Bereich verantwortlichen Lehrenden, im Rahmen von Jobsharings sammeln. Ein Lernzielkatalog, Feedback-Gespräche, Reflexionstage, praktische und klinische Unterrichte sowie Praxisanleitungen und -begleitungen ergänzten das Praxis-Konzept.

Der notwendige Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Praxisanleitenden und Lehrenden wurde über Praxisanleitertreffen sowie über direkten Kontakt organisiert. Gemeinsames Arbeiten an ausbildungsbezogenen Strukturen komplettierte den Austausch.

Im Verlauf des Projekts wurden die Schülerinnen und Schüler in der Längsschnittuntersuchung „PLEX“ (Pflege in der Lebensspanne – Exploration) regelmäßig befragt. Um eine Kooperation zwischen den Berufsgruppen der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege zu fördern, wurden explorativ die jeweiligen Berufsspezifika hinterfragt.

Projekt- und Ausbildungsziele des Modellprojekts Hessen

Projektziele

- Ausarbeitung berufstypischer Spezifika der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege
- Erreichen einer erweiterten Pflegefachkompetenz durch berufliche Doppelqualifikation
- Erschließung neuer Berufsfelder
- In Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern Förderung der Imageentwicklung durch Öffentlichkeitsarbeit im Modellprojekt
- Erreichung einer höheren Berufszufriedenheit durch das Erlangen beider Qualifikationen
- Erstellung zweier parallel verlaufender, miteinander verzahnter Ausbildungspläne
- Erprobung eines gemeinsamen Curriculums, in dem gemeinsame Ausbildungsabschnitte beider Pflegeberufe in Mischklassen und unterschiedliche Ausbildungsinhalte von Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege in der Differenzierungsphase enthalten sind
- Entwicklung eines Ausbildungskonzepts, das über ein Aufbaumodul zur beruflichen Doppelqualifikation führt
- Erreichung der Mitwirkung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen am Projekt als Träger der praktischen Ausbildung
- Förderung der Integration der mehrfach qualifizierten Pflegekräfte in den Arbeitsmarkt

Ausbildungsziele

Die Schülerinnen und Schüler

- identifizieren sich mit einem Menschenbild, das sich auf Menschlichkeit gründet, und setzen sich für die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf ein,
- erkennen und handeln verantwortlich gemäß ihres Berufsverständnisses,
- fördern und erhalten die Selbstpflegekompetenz der Menschen mit Pflegebedarf unter Berücksichtigung der individuell verfügbaren Ressourcen,
- setzen sich für die größtmögliche Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen in deren spezieller Lebenssituation ein,
- setzen sich auf der Basis der salutogenetischen Forschung mit den Ursachen der Gesundheit bzw. den Möglichkeiten ihrer Erhaltung auseinander,
- beraten zur Gesundheitsförderung,
- entwickeln die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Reflexion ihres beruflichen Handelns,
- wirken an der Weiterentwicklung des Pflegeberufes mit.

(Quelle: Abschlussbericht des Modellprojekts)

Exemplarisches curriculares Element

Das Curriculum des Modellprojekts Hessen weist **Themenbausteine** als kleinste curriculare Elemente auf. Exemplarisch wird nachfolgend der Themenbaustein „Pflege und Betreuung in der individuellen Lebenswelt aller Altersgruppen“ vorgestellt.

Die Themenbausteine sind nach folgendem Schema aufgebaut:

- Einordnung in die gesetzlichen Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen,
- Benennung der Kompetenzbereiche, die schwerpunktmäßig gefördert werden sollen (im vorgestellten Themenbaustein sind die Fach- und Sozialkompetenz hervorgehoben),
- Stundenangaben.

Zum Themenbaustein „Pflege und Betreuung in der individuellen Lebenswelt aller Altersgruppen“ wurden die folgenden Ziele und zu behandelnden Inhalte ausformuliert:

Ziele	Inhalte
Die Schülerinnen und Schüler ■ nehmen das Verhalten und die individuellen Bedürfnisse der Pflegeempfängerinnen und -empfänger in verschiedenen Situationen wahr, ■ entscheiden situationsangemessen über ihr weiteres Vorgehen und berücksichtigen hierbei fachtheoretische Kenntnisse, ■ gestalten die Interaktion mit den Pflegeempfängerinnen und -empfängern unter Beachtung der Menschenwürde.	Kulturen und Religionen sozial Benachteiligte Umwelteinflüsse Berufswelt Lebensformen und -phasen Menschen mit Behinderungen chronisch Kranke – Suchtkranke Biografiearbeit Pflege in den verschiedenen Versorgungsbereichen Milieugestaltung

Projekt im Projekt

Die Überleitungspflege, speziell der Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Pflege, wurde als Thema für das „Projekt im Projekt“ ausgewählt. Hierzu relevante Aspekte des Case-Managements wurden im Rahmen einer Exkursion in die hessische Partnerregion Emilia Romagna beim Besuch von Pflegeeinrichtungen vertieft. Ein Schwerpunkt war die Entwicklung von Betreuungskonzepten für demenziell Erkrankte.

Überleitungspflege

Das Projekt eröffnete die Chance, das Thema der Überleitungspflege aus mehreren Perspektiven zu betrachten, zu bewerten und weiterzuentwickeln. Die Schülerinnen und Schüler wurden mit den vielfältigen Arbeitsschritten der Überleitungspflege konfrontiert und reflektierten gemeinsam mit ihrem Lehrpersonal im Rahmen der Qualitätssicherung Verbesserungsmöglichkeiten für die Betroffenen.

Um Case-Management im sozialen Netzwerk kennenzulernen, konnten innerhalb des Projekts exemplarische Überleitungsfälle bearbeitet werden. Dabei sollten regionale, gesetzlich geregelte interdisziplinäre Case-Management-Strukturen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit im Rahmen der Krankenhausüberleitung zur Vermeidung von Heimpflege erkundet und auch geriatrische sowie gerontopsychiatrische Einrichtungen besucht werden.

3.5 Modellprojekt Niedersachsen**Träger und Kooperationspartner****Henriettenstiftung****Diakonische
Dienste Hannover**

Diakonische Dienste Hannover gGmbH

Zu Beginn des Modellprojekts MIKA (Modellprojekt zur integrierten Gesundheits- und Kranken- und Altenpflegeausbildung) in Niedersachsen lag die Trägerschaft bei der Henriettenstiftung, Hannover. Diese war gleichzeitig Träger der Berufsfachschule für Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflegeschule, die im Modellprojekt kooperierten. Im August 2006 gründeten Henriettenstiftung, Annastift und Friederikenstift die Holding „Diakonische Dienste Hannover gGmbH“, die das Modellprojekt in ihre Trägerschaft übernahm. Die praktische Ausbildung wurde in den beiden trügereigenen Kliniken und den beiden Altenhilfe-Einrichtungen sowie in zwei weiteren Alten- und Pflegeheimen und fünf ambulanten Diensten durchgeführt.

Organisation der Ausbildung, Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse sowie Schülerinnen und Schüler

Wie in Übersicht 3.9 dargestellt, war zu Ausbildungsbeginn geplant, in der theoretischen Ausbildung die ersten beiden Jahre integriert und das dritte Jahr differenziert zu unterrichten. Zu Ausbildungsende lag der erreichte Integrationsgrad der theoretischen Ausbildung bei 93% und somit deutlich über dem geplanten Wert.

Übersicht 3.9: Schulische Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse

1.10.2004 →	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	← 30.9.2007
Mögliche Abschlüsse: Altenpfleger/-in Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	integriert			Berufsabschluss
			differenziert	
1.10.2004 →	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	← 30.9.2007

Die Ausbildung begann mit 28 Schülerinnen und Schülern in einer Klasse. In der Altenpflege betrug der Frauenanteil 71%, in der Gesundheits- und Krankenpflege 64%. Die Ausbildung beendeten 22 Schülerinnen und Schüler (88%), zwei Schülerinnen und ein Schüler der Altenpflege sowie drei Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege hatten die Ausbildung abgebrochen.

Übersicht 3.10: Schülerinnen und Schüler

		AP	GKP	GKKP	Gesamt	Klassen
Ausbildungs- beginn	Frauen	10	9	-	19	
	Männer	4	5	-	9	
	Gesamt	14	14	-	28	1
Ausbildungs- ende	Frauen	8	9	-	17	
	Männer	3	2	-	5	
	Gesamt	11	11	-	22	1

Curriculumentwicklung und -implementation in der theoretischen und praktischen Ausbildung

Das Curriculum wurde von den Lehrenden im Modellvorhaben neu entwickelt. Die inhaltliche Steuerung und Unterstützung wurden von der Projektleitung und der Projektkoordinatorin gesichert. Da als Grundlage auf kein lernfeldorientiertes Curriculum für eine integrierte Ausbildung zurückgegriffen werden konnte, konstruierten die Projektteilnehmenden in sechs Schritten ein eigenes lernfeldorientiertes Curriculum. Hierzu wurden zunächst der Arbeitsmarkt, die Rahmenbedingungen und die Handlungsfelder analysiert. Anschließend wurden Lernfelder und Lernsituationen entwickelt und diese so konstruierten Lernsituationen im sechsten Schritt zu Unterricht aufbereitet. Der Curriculumkonstruktion dienten eine Literatur- und Dokumentenanalyse, eine Expertenbefragung (Expertinnen und Experten aus Theorie und Praxis) und diskursive Verfahren sowie Brainstorming mit Lehrenden. Das Modellprojekt lehnte sich den Handreichungen der Kultusministerkonferenz zur Kompetenzdefinition an und operierte in Annäherung an das Krankenpflegegesetz mit Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz. Dabei war die Lernkompetenz ein Teil der Methodenkompetenz. Damit die Inhalte der Pflegeausbildung didaktisch auf das Wesentliche reduziert werden können, ist das Prinzip der Exemplarik genutzt worden, um den Lernenden verallgemeinerbare Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen zu vermitteln.

Das Modellprojekt war auf einen einmaligen Durchgang ausgelegt, weswegen keine umfassende Revision durchgeführt werden konnte. Bereits vor Modellende wurden jedoch Lernsituationen und Lerneinheiten in die Regelausbildung der Altenpflegeausbildung bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in den Schulen des Henriettenstifts übernommen. Jede Schule revidierte für sich die Einheiten und passte diese an die jeweilige Ausbildung an.

Der theoretische Teil der Ausbildung sollte in gemischten Klassen unterrichtet werden. Er war anhand von Lernfeldern und Lernsituationen strukturiert und folgte dem Grundgedanken, dass sich Pflege in vielen unterschiedlichen Kontinua bewegt. Darunter wurde verstan-

den, dass die zu Pflegenden beispielsweise eher gesund oder krank, abhängig oder selbstständig sind und Pflege stationär oder im häuslichen Umfeld gestaltet werden muss. Die Differenzierung erfolgte über Vertiefung der gemeinsamen Lernsituationen. Grundsätzlich betonten die Projektteilnehmenden die Methodenvielfalt in der theoretischen Ausbildung. Häufig wurde die Methode Fallarbeit eingesetzt, auch „Lernendes Lesen“ und Literaturrecherchen wurden sequenziell zur Förderung der Lernkompetenz genutzt.

Für die Planung, Umsetzung und Evaluation des Unterrichts wurden regelmäßig Lehrenden-Tandems eingesetzt, wobei dieser Einsatz in unterschiedlichen Varianten erprobt wurde. Durch Formen des Teamteachings konnte nicht nur das Unterrichten in kleineren Gruppen ermöglicht werden, sondern es wurde den Schülerinnen und Schülern auch Teamarbeit vorgelebt.

Die Instrumente für die Theorie-Praxis-Vernetzung waren Lernaufgaben, Praxisanleitungen und Praxisbesuche in Verbindung mit Reflexions- und Beurteilungsgesprächen. In den ersten beiden Jahren der integrierten Phase fanden Austauscheinsätze zwischen den Schülerinnen und Schülern der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege statt, um den Charakter einer gemeinsamen Ausbildung auch in der Praxis umzusetzen.

Projekt- und Ausbildungsziele des Modellprojekts Niedersachsen

Projektziele
- Entwicklung eines lernfeldorientierten Curriculums - Umsetzung eines integrierten Ausbildungskonzepts für die Altenpflege und die Gesundheits- und Krankenpflege - Erkenntnisgewinn über die schulorganisatorischen, institutionellen und berufspolitischen Auswirkungen einer engen Kooperation von Altenpflege- und Krankenpflegeschulen - Annäherung der Berufsfelder Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege
Ausbildungsziele
Die Pflegekräfte - verfügen über ein modernes Pflegeverständnis, das die eigenständige Wahrnehmung pflegerischer Aufgaben in einem vernetzten Gesundheitssystem ermöglicht und die zunehmende Zahl älterer Menschen in der Gesellschaft in das pflegerische Handeln einbezieht, - verstehen Pflege als gemeinsames Handeln mit anderen Berufsgruppen und den Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen, - leisten ihren Beitrag zur Qualitätssicherung und können wissenschaftliche Erkenntnisse in ihr aktuelles Handeln integrieren, - beteiligen sich an der Entscheidungsfindung in ethischen und politischen Fragestellungen und berücksichtigen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, - aktualisieren ihr Wissen durch Weiterbildung im Sinne lebenslangen Lernens.

(Quelle: Abschlussbericht des Modellprojekts)

Exemplarisches curriculares Element

Das Curriculum des Modellprojekts Niedersachsen weist **Lernsituationen** als kleinste curriculare Bausteine auf. Exemplarisch wird nachfolgend die im ersten Ausbildungsjahr unterrichtete Lernsituation „Altern als Entwicklungsaufgabe“ vorgestellt.

Alle Lernsituationen wurden nach folgendem Schema aufgebaut:

- Angabe des Ausbildungsjahres sowie eines Zeitrichtwerts,
- Beschreibung von Zielen, Lernvoraussetzungen, Kompetenzangeboten sowie Methodenempfehlungen.

Zur Lernsituation „Altern als Entwicklungsaufgabe“ sind folgende Zielsetzungen, Kompetenzbereiche und zugehörige Inhalte sowie dabei insgesamt zum Einsatz kommende Methoden ausformuliert worden:

Ziele	Kompetenzbereiche	Inhalte	Methoden
Die Schülerinnen und Schüler nähern sich über Wahrnehmungs- und Beobachtungsaufträge einem Verständnis für das Zusammenleben von Jung und Alt.	Fachkompetenz	Kennen der Wahrnehmungs- und Beobachtungsprozesse sowie der grundlegenden Theorien zu Altersbildern, -theorien und -modellen Dokumentieren und Bewerten des Beobachtungsauftrags und der Umfrageergebnisse Definieren des kalendrischen, biologischen, psychologischen und soziologischen Alters Nennen der physischen und psychischen Veränderungen im Alter	Lehrkraftvortrag Kritische Eigenreflexion Lesetechniken/Textbearbeitung Gelenkte Gruppendiskussion Eigene Beobachtungsaufgabe: Wie treten Menschen unterschiedlicher Altersstufen in der Öffentlichkeit in Erscheinung? Eigener Fragebogen zu Einstellungen von Jugendlichen gegenüber Älteren und umgekehrt Film „Shalom General“, eventuell „Portrait einer 100-Jährigen“ Textarbeit
Die Schülerinnen und Schüler werden sensibilisiert, ihre Kompetenz zur Selbst- und Fremdbeobachtung im Hinblick auf die Bedeutung des Alters zu erhöhen.	Sozialkompetenz	Beobachtungsarten (subjektive Beobachtung, objektive Beobachtung, Selbst- und Fremdbeobachtung) Entwickeln eines Fragebogens (gemeinsam mit Lehrkraft) und selbstständige Durchführung einer Befragung	
	Methodenkompetenz	Phasentheorien nach Moers und Bühler zum Alter Gegenseitige Einübung von Kooperationsformen	
Die Fähigkeit zur Trennung von Wahrnehmung/Beobachtung und Bewertung wird trainiert, um später empathische Beziehungen aufbauen zu können.	Personalkompetenz	Dimensionen der Wahrnehmung (gegenständliche Wahrnehmung, soziale Wahrnehmung, Selbstwahrnehmung) Anerkennen des Alterns als lebenslanger Prozess von Veränderungen Tolerieren unterschiedlicher Standpunkte innerhalb des Klassenverbandes zum Thema „Altern“ Hinterfragen des eigenen Altersbildes	

Projekt im Projekt

Ein thematischer Schwerpunkt des „Projekts im Projekt“ war die Einführung in die Methode des Projektmanagements sowie in damit verbundene Rollen(-konflikte). Nach einem langen Auswahlprozess wurde als Projektinhalt die Produktion eines Videos „Zwischen Jung und Alt“ ausgewählt. Unter Einbeziehung der Aspekte „Wohnen in Armut bzw. in Reichtum“ beschäftigten sich nach vorheriger gruppeninterner Arbeitsteilung drei Gruppen mit „reichen Menschen“, mit „dem gesicherten Mittelstand“ sowie mit „armen Menschen“.

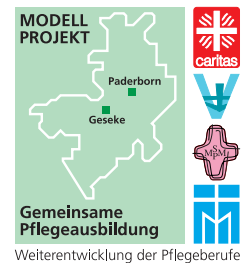
Filmprojekt

Der von den Schülerinnen und Schülern produzierte Film (9 Minuten) mit dem Titel **„Wohnsituationen in Deutschland“** zeigt Interviews mit Menschen in unterschiedlichen Wohnräumen sowie zum Thema passende Rollenspiele von Schülerinnen und Schülern und Bilder von Wohnungen und Häusern.

3.6 Modellprojekt Nordrhein-Westfalen

Träger und Kooperationspartner

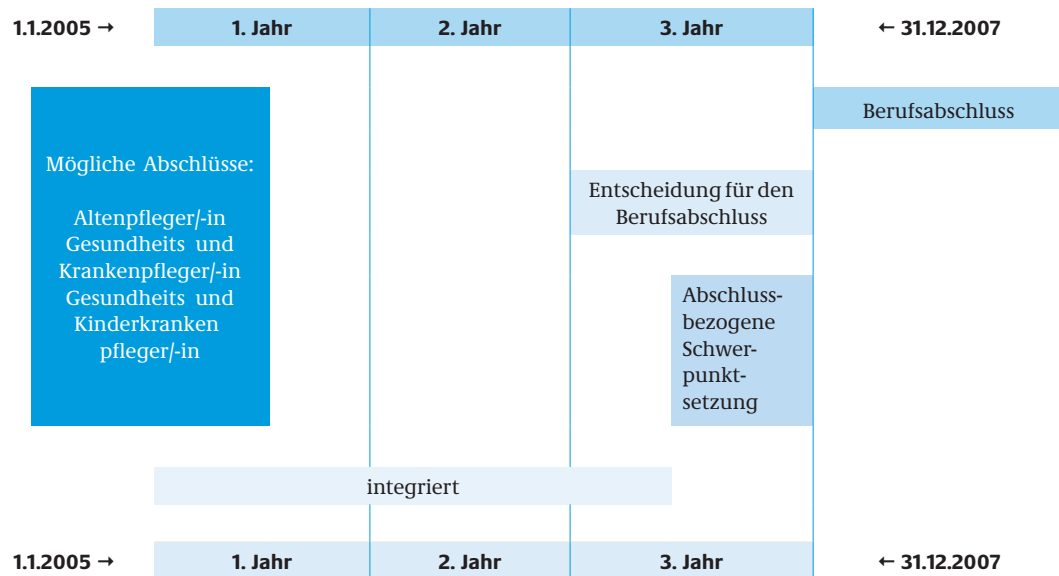
Der Caritasverband für das Erzbistum Paderborn, der Träger des Modellprojekts Nordrhein-Westfalen, vereinigt eine große Zahl karitativer Einrichtungen und Dienste. Im Modellprojekt kooperierten die Schwestern der Heiligen Maria Magdalena Postel (SMMP), die Seniorenhilfe SMMP mit dem Fachseminar für Altenpflege in Geseke und die Barmherzigen Brüder Trier mit der Krankenpflegeschule am Brüderkrankenhaus St. Josef in Paderborn und mit der Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vincenz von Paul in Paderborn mit deren Kinderkrankenpflegeschule am St. Vincenz-Krankenhaus in Paderborn. Die praktische Ausbildung wurde in zwei Akutkrankenhäusern, drei psychiatrischen Kliniken, sieben stationären Altenhilfeeinrichtungen, drei ambulanten Diensten, einer Tagespflegereinrichtung und zahlreichen Hospitationseinrichtungen umgesetzt.



Organisation der Ausbildung, Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse sowie Schülerinnen und Schüler

An den beiden Standorten wurde die gesamte Ausbildung generalistisch ausgerichtet unterrichtet, wobei allerdings im letzten Halbjahr eine abschlussbezogene Schwerpunktsetzung erfolgte (Übersicht 3.11). Zu Ausbildungsende lag der erreichte Integrationsgrad der theoretischen Ausbildung bei 93%. Als Besonderheit des Modellprojekts in NRW ist neben der Einbeziehung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu erwähnen, dass die Schülerinnen und Schüler sich nicht schon bei Ausbildungsbeginn auf einen Berufsabschluss in einem der Kernpflegeberufe festlegen mussten bzw. sollten.

Übersicht 3.11: Schulische Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse



Zu Ausbildungsbeginn wurden in einer Klasse 24 Schülerinnen und Schüler ausgebildet, wobei der Frauenanteil 88% betrug. Berufsabschlüsse in Gesundheits- und Krankenpflege und in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erreichten 20 Schülerinnen und Schüler (83%), vier Schülerinnen und ein Schüler hatten die Ausbildung abgebrochen.

Übersicht 3.12: Schülerinnen und Schüler

		AP	GKP	GKKP	Gesamt	Klassen
Ausbildungs- beginn	Frauen	- *	-	-	21	
	Männer	-	-	-	3	
	Gesamt	-	-	-	24	1
Ausbildungs- ende	Frauen	0	16	2	18	
	Männer	0	2	0	2	
	Gesamt	0	18	2	20	1

* Im Modellprojekt Nordrhein-Westfalen erfolgte zu Ausbildungsbeginn noch keine Festlegung auf einen bestimmten Berufsabschluss.

Curriculumentwicklung und -implementation in der theoretischen und praktischen Ausbildung

Das Curriculum war von Gertrud Hundenborn (Katholische Hochschule NRW) und Roland Brüche (dip) bereits im Vorfeld entwickelt worden und wurde mit den kooperierenden Bildungseinrichtungen der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an die Schulgegebenheiten adaptiert. Es ist konsequent generalistisch ausgerichtet und hat, zur Sicherung des Berufsabschlusses, eine geringe Zahl an differenzierten Stunden, welche die gleichen Kompetenzen vermitteln, diese aber jeweils aus der Perspektive eines Kernpflegeberufes besonders reflektieren. Eine Berufsfeldanalyse

wurde über die Synopse der Berufsgesetze, eine Expertenbefragung und eine Literaturrecherche umfassend und systematisch durchgeführt.

Das Kompetenzverständnis beruht auf dem Ansatz von Hansruedi Kaiser.²⁰ Dabei werden Kompetenzen nicht als abstrakte, generelle Befähigungen verstanden, die situationsunabhängig erworben und genutzt werden können. Sie werden vielmehr als konkrete Kompetenzen verstanden, die der Pflegefachkraft als „Ausstattung“ für die Bewältigung einer bestimmten Situationsklasse oder eines bestimmten Situationstypus zur Verfügung stehen. Bei der Revision von Anteilen des Curriculums wurden die Lehrenden einbezogen. Die Beratung und Unterstützung zur Implementation des Curriculums in den Schulalltag und die Praxis wurden über die Konstrukteure des Curriculums gesichert.

Die theoretische Ausbildung ist nach drei Lernbereichen strukturiert, die wiederum in Teilbereiche aufgeteilt sind. Die darunterstehenden Lerneinheiten sind situationsorientiert aufgebaut und beschreiben jeweils eine kompetente Handlung einer Pflegekraft. Im Anschluss werden die Merkmale des sogenannten Situationskreises erläutert und notwendige Ressourcen benannt, um die beschriebene Situation kompetent zu bewältigen. Die Ressourcen sind in Wissen, Können und Einstellung unterteilt. Der Unterricht soll der Konzeption zufolge in gemischten Kursen durchgeführt werden.

Die Praxiseinsätze sollten gleich aufgeteilt in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege stattfinden. Die Schülerinnen und Schüler mussten sich erst im letzten Halbjahr für einen der drei Berufsabschlüsse entscheiden. In dem entsprechenden Arbeitsfeld fand der letzte Praxiseinsatz statt, und hier wurde auch die Abschlussprüfung abgelegt.

Als Instrumente für die Theorie-Praxis-Vernetzung wurden Praxisaufgaben und Gespräche zur Reflexion und Lernstandsrückmeldung genutzt. Da sich das Curriculum gleichermaßen auf Theorie und Praxis erstreckt, fanden Schulungen zur Umsetzung des Curriculums auch für Praxisanleitende statt. Außerdem wurde ein Leitfaden für die Umsetzung in der Praxis formuliert.

Die besonderen Innovationen dieses Modellprojekts liegen in der konsequenten generalistischen Ausrichtung und darin, dass ein in Deutschland bisher noch nicht genutzter Kompetenzbegriff eingeführt und umgesetzt wurde. Es wurde zudem ein gemeinsames Curriculum für Theorie und Praxis entwickelt, das im Unterschied zu denen der übrigen Modellprojekte von Beginn an auch als solches geplant war. Hinzu kamen weiterführende Instrumente der Theorie und Praxis, die auf dem speziellen Kompetenzbegriff aufbauen und eine große Unterstützung für die Praxisanleitenden und Lehrenden waren. Hierbei können eine heuristische Matrix zur Unterrichtsplanung und das modifizierte Kompetenzrad von North hervorgehoben werden. Die heuristische Matrix wurde eigens entwickelt, um insbesondere die Beachtung der Exemplarik zu sichern. Das Kompetenzrad nach North²¹, ein Instrument zur Selbst- und Fremdeinschätzung der Schülerinnen und Schüler, wurde an die konkreten Kompetenzen des Curriculums angepasst.

²⁰ Kaiser, Hundenborn, Brüche 2005

²¹ North: Das Kompetenzrad. In: Erpenbeck, von Rosenstiel (Hrsg.) 2007

Projekt- und Ausbildungsziele des Modellprojekts Nordrhein-Westfalen

Projektziele

- Curriculumkonstruktion, -erprobung und -evaluation für die theoretische und praktische Ausbildung mit generalistischem Ansatz
- Zusammenführung der Kernpflegeberufe
- Gewinnung von Erkenntnissen, die einen Transfer für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Bezug auf Schulorganisation, Struktur der Ausbildung und Inhalte der Ausbildung ermöglichen

Ausbildungsziele

- Professionelle Pflege ist ein unverzichtbarer Dienst am Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen. Sie leistet Hilfen zur Erhaltung und/oder Wiederherstellung der Gesundheit und schließt in diese Bemühungen den psychischen, sozialen, kulturellen und weltanschaulich-religiösen Kontext ein.
- Die Pflegenden unterstützen und begleiten Menschen in der Gestaltung ihrer Lebensphasen im Umgang mit Gesundheit, Behinderung, alters- und krisenbedingtem Hilfebedarf, Krankheit und Tod. Anthropologische Grundlage ist das christliche Menschenbild, das die Akzeptanz anderer Lebenswelten, Kulturen und Religionen einschließt.
- Der Pflegeberuf wird als eigenständiger Beruf mit spezifischer Aufgabenstellung verstanden, der eine eigene Kompetenz und Expertise in die Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen einbringt.
- In der Prävention haben Pflegenden die Aufgabe, gesundheitsförderndes Handeln zu unterstützen sowie die Auswirkungen gesundheitsschädigender Situationen aufzuzeigen und bewusst zu machen. Im Bemühen um die Wiederherstellung von Gesundheit unterstützen und begleiten Pflegenden den Hilfebedürftigen/ Pflegebedürftigen bei den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens. Darüber hinaus sehen Pflegenden ihr Handlungsfeld in der Betreuung und Begleitung von Menschen, bei denen Heilung in medizinisch-kurativem Sinn nicht mehr möglich ist. Im Bereich der Rehabilitation unterstützen Pflegenden die zu Pflegenden darin, das Leben mit möglichen Einschränkungen sinnvoll zu gestalten und Lebensqualität zu erhalten oder wiederzuerlangen.
- Pflegenden begründen ihr Handeln durch sorgfältige und mittels Assessmentverfahren gestützte Ermittlung des Pflegebedarfs. Im Dialog mit den zu Pflegenden und deren Bezugspersonen und in Abstimmung mit den ausgewiesenen und ausgehandelten Zielen eines multiprofessionellen Teams entwickeln sie ein pflegerisches Angebot, das sowohl pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen als auch den Bedürfnissen der zu Pflegenden entspricht. Die Pflegehandlungen werden unter Einbezug der Ressourcen der zu Pflegenden und deren Bezugspersonen ausgeführt und gemeinsam mit den Betroffenen evaluiert. Die Wirksamkeit von Pflege wird anhand ausgewiesener und – soweit dies nach dem jeweiligen Erkenntnisstand möglich ist – wissenschaftlich begründeter Bewertungskriterien kritisch reflektiert.
- Professionelle Pflege stellt hohe fachliche und menschliche Ansprüche an die Pflegenden. Einer qualifizierten Ausbildung sowie Weiterentwicklung der Kompetenzen über Fort- und Weiterbildung kommt daher ein hoher Stellenwert zu. Sie tragen zur Qualitätssicherung pflegerischen Handelns bei und zu einer dauerhaften Erfüllung des von der Gesellschaft zugewiesenen Auftrags.

(Quelle: Abschlussbericht des Modellprojekts)

Exemplarisches curriculares Element

Das Curriculum des Modellprojekts Nordrhein-Westfalen weist **Lerneinheiten** als kleinste curriculare Bausteine auf. Exemplarisch wird nachfolgend die im ersten Ausbildungsjahr unterrichtete Lerneinheit „Chronisch kranke Menschen pflegen“ vorgestellt, die dem Lernbereich „Aufgaben und Konzepte der Pflege“ zugeordnet ist.

Alle **Lerneinheiten** wurden nach folgendem Schema aufgebaut:

- Zuordnung zu Lern- und Teilbereichen,
- Erstellen eines Stundenrichtwerts,
- Beschreibung einer typischen Situation, in der sich eine Pflegekraft kompetent verhält,
- Zusammenfassung der typischen Situation und Beschreibung der notwendigen Ressourcen zu deren Bewältigung,
- Ausarbeitung von Empfehlungen zur Unterrichts- und Praxisgestaltung.

Zur Lerneinheit „Chronisch kranke Menschen pflegen“ sind die folgende typische Situation und die zu deren Bewältigung notwendigen Ressourcen sowie Empfehlungen zur Unterrichts- und Praxisgestaltung ausformuliert worden:

Typische Situation	Notwendige Ressourcen	Empfehlungen
„Herr Klüwer, 62 Jahre, kam vor drei Tagen in das Elisabeth-Krankenhaus aufgrund eines entgleisten Diabetes mellitus. Er lebt schon seit vielen Jahren mit dieser Erkrankung.“ Heute Morgen spricht er Schwester Sabine an, da er ein Problem mit den Essenszeiten hat. Herr Klüwer ist aufgrund seiner Berufstätigkeit andere Essenszeiten gewohnt, als sie im Krankenhaus eingerichtet sind. Er hat Sorge, dass die Neueinstellung des Insulins im Krankenhaus zu Hause Probleme macht. Deshalb möchte er gerne zu den gewohnten Zeiten essen. Da Schwester Sabine weiß, dass Herr Klüwer sehr bewusst mit seinem Diabetes umgeht und er ihr Zeiten nennt, die für die Organisation der Station machbar sind, vereinbaren sie die Essenszeiten nach seinen Gewohnheiten. Schwester Sabine dokumentiert diese Vereinbarung.“	Wissen Epidemiologie und Prävention chronischer Erkrankungen Bedeutung und Bewältigung chronischer Erkrankungen Selbsthilfe und Beratung für chronisch Kranke und ihre Angehörigen Können Stellungnahme zu ethischen Fragen (z. B. Schuldfrage) Berücksichtigung psychosozialer Aspekte der Pflege Pflegehandeln unterstützend und entwicklungsfördernd ausrichten Selbstpflegekompetenz des Erkrankten erkennen und stärken Einstellung Die chronisch kranke Person als erfahren im Umgang mit ihrer Erkrankung verstehen Berücksichtigen, dass das Umfeld der chronisch kranken Person ebenfalls von der Krankheit betroffen ist Äußerungen von Problemen, die durch die Erkrankung bedingt sind, Raum geben Chronische Erkrankung als Zustand verstehen, der die Endlichkeit des Lebens zum Thema macht	Empfehlungen zur Unterrichtsgestaltung Reflexion eigener Erfahrungen mit chronisch Erkrankten hinsichtlich Beziehungsgestaltung, Schuldzuweisung u. a. m. Auswirkungen chronischer Erkrankungen auf den Kreis der Angehörigen und weiterer Personenkreise inszenierend erarbeiten, z. B. mithilfe psychodramatischer oder gestaltpädagogischer Elemente. Empfehlungen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung Im Gespräch mit einer von chronischer Erkrankung betroffenen Person Krankheitsgeschichte und -erleben in Erfahrung bringen und bezogen auf die betroffene Person und ihr nahes Umfeld (Angehörige, Freunde, Kolleginnen und Kollegen) einen schriftlichen Bericht verfassen, der Konsequenzen für den Pflegeplan schlussfolgert. Diesen Bericht der Praxisanleitung vorstellen und gemeinsam mit dieser diskutieren.

Projekt im Projekt

Die Projektverantwortlichen entschlossen sich vorab, das übergeordnete Thema Theorie-Praxis-Transfer bearbeiten zu lassen. Hierfür wurden insgesamt sechs Schultage im zweiten Ausbildungsjahr eingeplant, wobei Wert darauf gelegt wurde, dass das Vorhaben gebündelt über einen definierten (kurzen) Zeitraum erfolgte. Mit der Umsetzung wurde eine externe Dozentin beauftragt. Zunächst befassten sich die Lernenden mit der gegenwärtigen Situation zum Thema Theorie-Praxis-Transfer. Auf der Grundlage einer kritischen Betrachtung wurden eigene kreative Visionen entwickelt und daraufhin konkrete Ziele formuliert. Die Schülerinnen und Schüler erlangten hierdurch konkrete Vorstellungen über das durchzuführende Projekt und wurden nebenbei in ihren strategischen und planerischen Kompetenzen gestärkt. Nach etwa drei Wochen begann dann die eigentliche einwöchige Projektarbeit, die in drei Kleinprojekten resultierte, deren Ergebnisse in öffentlichen Veranstaltungen präsentiert wurden. Die Schülerinnen und Schüler haben generell gelernt, selbstständig Projekte zu planen, vorzubereiten und umzusetzen. Ein wichtiger Schritt bei den letzten beiden Kleinprojekten war unter anderem der Erwerb der notwendigen Kompetenzen zur Prävention, Anleitung und Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen.

Anleitung von Praktikantinnen und Praktikanten in einem Akutkrankenhaus

Hierbei wurde ein Workshop für „neue“ Praktikantinnen und Praktikanten in einem Akutkrankenhaus konzipiert. An Informationsstationen erfolgten Einführungen zum Umgang mit Inhalationen, zum Thema „Essen anreichern“, Lagerung bei bettlägerigen Pflegebedürftigen, Vitalzeichenkontrolle sowie Grundpflege eines Pflegebedürftigen. Im Rotationsverfahren konnten sich die Praktikantinnen und Praktikanten Hintergrundinformationen zu den genannten Pflegetätigkeiten einholen und Übungen durchführen.

Gesundheitstag in einem integrativen Kindergarten

Das Ziel hierbei war, Kindern eine gesundheitsfördernde Ernährung und Lebensweise näherzubringen. Spielerisch erfuhren die Kinder, welche Lebensmittel als gesund eingeschätzt werden können, welche Maßnahmen für eine gute Zahnhygiene durchzuführen sind oder wie ein gesundes Frühstück aussehen kann. Neben den Erfahrungen zur Projektarbeit konnten die Schülerinnen und Schüler zahlreiche Erkenntnisse im Umgang mit Anleitung und Beratung im Kindesalter sowie in der Anwendung verschiedener pädagogischer Methoden sammeln.

Suchtberatung bei Jugendlichen

Ziel des Projekts „Lieber FREI als HIGH“ war es, Jugendliche von 12 bis 14 Jahren auf die Gefahren der Sucht aufmerksam zu machen und sie dahingehend zu beraten, wie man ein Suchtproblem bei sich selbst, bei Freunden oder Bekannten erkennen und entsprechend reagieren kann. In zwei Unterrichtsstunden an einer Realschule wurden die Jugendlichen im Rahmen einer Informationsveranstaltung über die Einstiegsdrogen und ihre Folgen aufgeklärt und erhielten umfassende Informationen zu Interventionsmöglichkeiten und Unterstützung. In Kleingruppen konnten in einer intensiven Auseinandersetzung verschiedene Suchtmittel wie Alkohol, stoffgebundene Drogen und Medikamente diskutiert und erläutert werden.

3.7 Modellprojekt Rheinland-Pfalz



Träger und Kooperationspartner

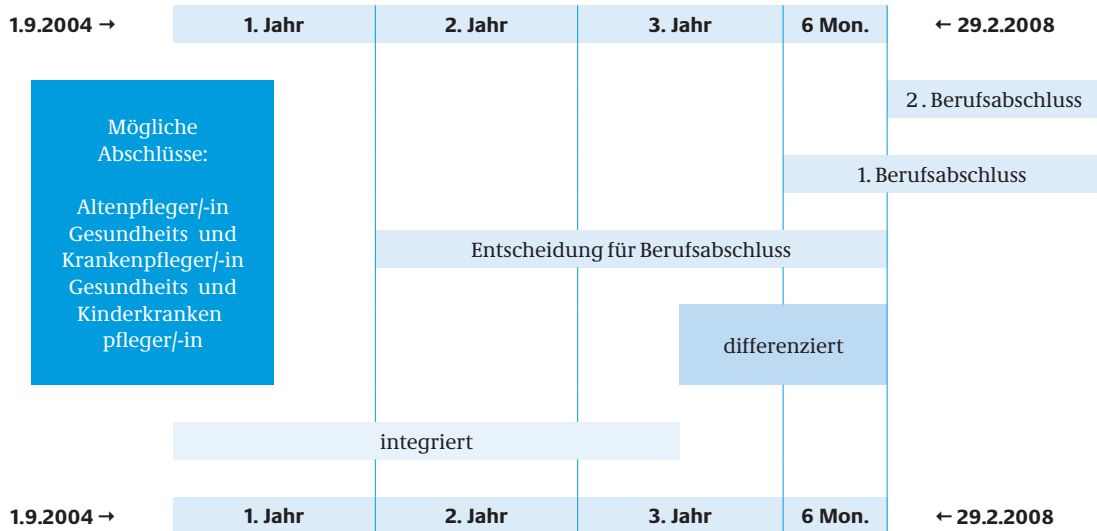
DIAKONISSEN-STIFTUNGS-KRANKENHAUS
SPEYER

Die Modellausbildung erfolgte in zwei Kursen an den Pflegeschulen (Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschule) am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer. Zusätzlich war die Altenpflegeschule der Evangelischen Diakonissenanstalt in beratender Funktion eingebunden. Für die Durchführung der praktischen Ausbildung wurde mit drei Krankenhäusern, fünf Alten- und Pflegeheimen und einer Sozialstation kooperiert.

Organisation der Ausbildung, Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse sowie Schülerinnen und Schüler

Die Ausgangsplanung sah vor, die ersten zweieinhalb Jahre der schulischen Ausbildung integriert (mit generalistischer Ausrichtung) und das letzte Halbjahr differenziert zu unterrichten (Übersicht 3.13). Zu Ausbildungsende lag der erreichte Integrationsgrad der theoretischen Ausbildung bei 93%. Als Besonderheiten des Modellprojekts in Rheinland-Pfalz sind die Einbeziehung aller drei Kernpflegeberufe sowie die Möglichkeit eines freiwilligen zweiten Berufsabschlusses zu nennen, der durch ein weiteres (siebtes) Halbjahr differenzierten Unterrichts in Theorie und Praxis möglich wurde.

Übersicht 3.13: Schulische Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse



Die Ausbildung startete mit jeweils 29 Schülerinnen und Schülern in zwei Klassen. In der Altenpflege betrug der Frauenanteil 55%, in der Gesundheits- und Krankenpflege 84% und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 100%. Die Ausbildung beendeten 41 Schülerinnen und Schüler (71%); zwei Schülerinnen und zwei Schüler der Altenpflege, elf Schülerinnen und ein Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege und eine Schülerin der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hatten die Ausbildung abgebrochen. Nach Absolvierung des Aufbaumoduls erreichten 19 Schülerinnen und Schüler einen zweiten Berufsabschluss.

Übersicht 3.14: Schülerinnen und Schüler

		AP	GKP	GKKP	Gesamt	Klassen
Ausbildungsbeginn	Frauen	5	31	12	48	
	Männer	4	6	0	10	
	Gesamt	9	37	12	58	2
Ausbildungsende	Frauen	3	20	11	34	
	Männer	2	5	0	7	
	Gesamt	5	25	11	41	2
Aufbaumodul*	Frauen	2	7	6	15	
	Männer	1	3	0	4	
	Gesamt	3	10	6	19	2

*Die Zahlenangaben zum Aufbaumodul beziehen sich auf die Schülerinnen und Schüler mit Erstabschluss im entsprechenden Pflegeberuf in dieser Spalte, die einen zweiten Berufsabschluss im jeweils anderen Pflegeberuf erwarben.

Curriculumentwicklung und -implementation in der theoretischen und praktischen Ausbildung

Das Curriculum wurde von den Projektkoordinatorinnen, der Schulleitung und den Lehrenden in Zusammenarbeit mit Praxisanleitenden entwickelt. Eine Revision des Curriculums erfolgte anhand von strukturierten Rückmeldungen von Lehrenden sowie Schülerinnen und Schülern. Auch das Feedback von Praxisanleitenden fand hierbei Beachtung. Teile des Konstruktionsprozesses wurden durch eine externe pädagogische Beratung begleitet.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Das Curriculum ist eine grundlegende Weiterentwicklung des Oelke/Menke-Curriculums.²² Die Neuausrichtung zu einem Lernfeld-Curriculum fand auf Basis einer pragmatischen Berufsfeldanalyse statt. Diese erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses der verantwortlichen Personen im Projekt, einer Literaturrecherche sowie einer synoptischen Zusammenführung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Die Ausbildung beruht auf dem situativen Ansatz und fokussiert die berufliche Handlungskompetenz. Neben dem Situationsprinzip werden auch das Wissenschaftsprinzip und das Persönlichkeitsprinzip aufgegriffen. In Anlehnung an Klafki²³ und Darmann²⁴ werden zudem pflegeberufliche Schlüsselprobleme beachtet. Zugrunde liegt dem Curriculum ein Kompetenzmodell, welches sich an der Kultusministerkonferenz, erweitert nach dem Verständnis von Erpenbeck und Heyse²⁵, ausrichtet. In seiner Struktur ist das Modell nach den Kompetenzdimensionen Fach-, Methoden-, sozialkommunikative und Personalkompetenz aufgebaut. Das Curriculum integriert die Ausbildungen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Es hat eine generalistische Ausrichtung, ermöglicht eine Doppelqualifikation und ist lernortübergreifend für die theoretische und praktische Ausbildung angelegt. Es beinhaltet ein für die Schülerinnen und Schüler erstmals konzipiertes „Kurz-Curriculum“, das die Intentionen der Ausbildung und der pädagogischen Zielsetzungen näherbringt.

Für die theoretische Ausbildung untergliedert sich das Curriculum in Lernfelder und Lernsituationen. Die Lernsituationen wurden mit Pflegesituationsbeschreibungen hinterlegt und mit Lernaufgaben verknüpft. Die Lernaufgaben, die verschiedene Intentionen verfolgen, können gleichermaßen für die theoretische oder praktische Ausbildung entwickelt sein. Die Lernsituationen wurden von Lehrenden, die durch die Projektkoordinatorinnen beraten und begleitet wurden, entwickelt und in Unterricht überführt. Methoden des eigenverantwortlichen, selbstgesteuerten sowie des handlungs- und problemorientierten Lernens bestimmten das unterrichtliche Geschehen. Die Schülerinnen und Schüler aller drei Pflegeberufe wurden innerhalb der integrierten Phase gemeinsam unterrichtet.

Neben den Lernaufgaben wurde die praktische Ausbildung durch eine Ausbildungsmappe, Praxisreflexionen, lernortspezifische Lernangebote, Praxisanleitung und -begleitung sowie lernortübergreifende Projekte ergänzt. Im Rahmen der praktischen Ausbildung sammelten die Schülerinnen und Schüler vielfältige und sehr unterschiedliche Erfahrungen in den Bereichen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

²² Oelke, Menke 2002

²³ Klafki 1996

²⁴ Darmann 2005

²⁵ Erpenbeck, Heyse 1999

Die Begleitung der Praxisanleiterinnen und -anleiter durch die Lehrenden erfolgte im Rahmen des Informations- und Erfahrungsaustauschs über Praxisanleitertreffen sowie durch direkten Kontakt. Gemeinsam mit den Praxisanleitenden arbeiten die Lehrenden exemplarisch an pflegerischen Themen und deren curricularen Umsetzungen z. B. durch Lernaufgaben. Sie entwickelten ferner gemeinsam neue lernortübergreifende Strukturen wie beispielsweise eine Hospitationswoche zu Beginn der Ausbildung.

Sofern ein erneuter Einsatz und eine erneute Revision des Curriculums möglich werden sollten, planen die Ausbildungsstätten in Speyer, das Curriculum in eine modularisierte Form zu überführen.

Projekt- und Ausbildungsziele des Modellprojekts Rheinland-Pfalz

Projektziele

- Erprobung einer Zusammenführung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung und der Altenpflegeausbildung unter Beachtung der Pflege von Menschen aller Altersgruppen
- Anpassung der Ausbildung an die zukünftigen beruflichen Herausforderungen und Handlungsfelder durch eine curriculare und pädagogisch-didaktische Neugestaltung
- Kompetenzgewinn der Schülerinnen und Schüler in der Pflege durch eine Erweiterung der praktischen Einsatzgebiete
- Größere Flexibilität der Absolventinnen und Absolventen bei der Arbeitsplatzwahl durch ein verändertes Qualifikationsprofil

Ausbildungsziele

- Anbahnung und Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz, die sich aufgliedert in fachliche, sozialkommunikative, personale und methodische Kompetenz.
- Die Lernprozesse werden auf die Entwicklung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Schülerinnen und Schüler für ihr Lernen und Handeln in der Pflege angelegt. Die Lehrenden der schulischen und betrieblichen Ausbildung gestalten handlungsorientierte, problemorientierte und erfahrungsbezogene Lehr-Lern-Arrangements, die zum selbstorganisierten Lernen anregen. Die Schülerinnen und Schüler reflektieren ihren Lernprozess und ihr berufliches Handeln und nehmen gezielten Einfluss darauf.
- Die Schülerinnen und Schüler entwickeln berufliche Handlungskompetenz in der Auseinandersetzung mit komplexen, exemplarischen Pflegesituationen in der schulischen und betrieblichen Ausbildung. Sie transferieren ihr Wissen, ihre Erkenntnisse und ihre Fähigkeiten in die Bewältigung anderer Situationen des beruflichen Lernens und Handelns innerhalb der Lernorte sowie zwischen diesen.
- Die Schülerinnen und Schüler eignen sich die Ausbildungsinhalte der schulischen und betrieblichen Ausbildung in Begleitung durch die Lehrenden in Gruppen und in Einzelarbeit mit einem zunehmenden Maß an Selbstständigkeit an. Die Kooperation zwischen den Lernorten gestalten sie aktiv mit.
- Die Schülerinnen und Schüler nutzen selbstständig Informationsquellen zur Erschließung aktuellen Fachwissens. Sie bewerten pflegewissenschaftliche Publikationen kritisch und übertragen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse in ihr berufliches Handeln.
- Durch die Analyse typischer Pflege- und Ausbildungssituationen und die Auseinandersetzung mit Kolleginnen und Kollegen und Lehrenden wird die Reflexionsfähigkeit gefördert.
Im Besonderen fördert die Pflegeausbildung
 - die Reflexion der eigenen Einstellungen, Werte und Normen,
 - die Reflexion des Umgangs mit Macht- und Abhängigkeitssituationen in der professionellen Pflegebeziehung und
 - die Reflexion des Umgangs mit den vielfältigen körpernahen Interventionen des Pflegehandelns.
- Die Schülerinnen und Schüler achten und wahren die Würde des Menschen in allen Beziehungen der Pflegeausbildung. Sie entwickeln Empathiefähigkeit und die Fähigkeit zur Solidarität.
- Am Vorbild der Lehrenden und in unterschiedlichen Lernsituationen an allen Lernorten entwickeln die Schülerinnen und Schüler kommunikative Kompetenz. Diese lernen sie gezielt in der pflegerischen Beratung und Anleitung einzusetzen.
- Die Schülerinnen und Schüler vertiefen ihre Selbstpflegekompetenz mit dem Ziel der Gesundheitsförderung durch die Auseinandersetzung mit Ausbildungs- und Pflegesituationen.

Fortsetzung Ausbildungsziele

- | Die Schülerinnen und Schüler lernen, den Pflegeberuf als eigenständige Profession neben weiteren Professionen im Gesundheitswesen zu reflektieren. Sie lernen, sich darin zu positionieren und innerhalb der eigenen Profession und professionsübergreifend zum Wohl der Pflegebedürftigen zu kooperieren.
- | In der Pflegeausbildung lernen Schülerinnen und Schüler, sich in ihrer Profession gegenüber gesellschaftlichen Herausforderungen zu positionieren und auf diese aktiv einzuwirken bzw. diesen durch professionelles Handeln zu begegnen.

(Quelle: Abschlussbericht und Curriculumdokumente des Modellprojekts)

Exemplarisches curriculares Element

Das Curriculum des Modellprojekts in Rheinland-Pfalz weist **Lernsituationen** als kleinste curriculare Bausteine auf. Exemplarisch wird nachfolgend die im zweiten Ausbildungsjahr unterrichtete Lerneinheit „Wundmanagement durchführen“ vorgestellt, die dem Lernfeld „Bei Diagnostik und Therapie mitwirken“ zugeordnet ist.

Alle **Lerneinheiten** wurden nach folgendem Schema aufgebaut:

- | Zuordnung zu Lern- und Teilbereichen,
- | Zuordnung zu einem Semester,
- | Erstellen eines Stundenrichtwerts,
- | übergreifende Ausrichtung der Lernsituation,
- | Definition von Lernvoraussetzungen,
- | Darstellung von Verbindungen zu anderen Lernsituationen,
- | Zielsetzungen für die Lernorte Schule und Praxis (gemeinsame und differenzierende Lernziele),
- | Beschreibung der Inhalte,
- | Methodenempfehlungen,
- | Beschreibung einer typischen Situation, in der sich eine Pflegekraft kompetent verhält,
- | Literaturverweise,
- | für die Lernsituation entwickelte fundierte Lernaufgaben.

Zur Lernsituation „Wundmanagement durchführen“ sind folgende Ausrichtungen der Lernsituation, Ziele, zugehörige Inhalte sowie dabei zum Einsatz kommende Methoden ausformuliert worden:

Übergreifende Ausrichtung der Lernsituation	Zielsetzungen für Lernort Schule und Lernort Praxis	Inhalte	Methodenempfehlungen
Im Mittelpunkt der Lernsituation steht - das patienten- und situationsbezogene Wundmanagement unter dem Aspekt - der Asepsis und des Einsatzes moderner Wundbehandlungsmittel.	- Verbandswechsel unter aseptischen Kautelen in Ein- oder Zwei-Personen-Technik durchführen - Wundbeobachtung, -beurteilung und -dokumentation durchführen - Wundtherapeutika in Zusammenarbeit mit der ärztlichen Berufsgruppe fachgerecht anwenden - Drainagen und Tamponaden kürzen oder entfernen, Sekretauscheidung beobachten, messen und dokumentieren - Menschen mit akuten und chronischen Wunden beraten und begleiten	Rechtliche Aspekte Material Definition „Wunde“, Einteilung von Wunden Primäre und sekundäre Wundheilung, Wundheilungsstadien Wundinfektionen Chirurgische Wundbehandlung Anamneseerhebung (Pflegebedürftiger, Wundentstehung, Einflussfaktoren u. a.) Aseptischer und septischer Verbandswechsel mit Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung Klammern und Fäden entfernen Maßnahmen zur Säuberung, Desinfektion und Förderung der Granulation und Epithelisierung Einsatz moderner Wundtherapeutika Grundsätze zur lokalen und kausalen Behandlung von Problemwunden Wunddokumentation Umgang mit Wunddrainagen: Drainagearten, Beobachtung und Pflege von Drainagen, Wechseln von Sekretflaschen, Kürzen und Entfernen von Drainagen und Tamponaden	Bearbeitung einer Pflegesituationsbeschreibung Auswertung von Literatur zur Prävention und Therapie von Wundinfektionen Erstellen von Handlungsketten zum aseptischen und septischen Verbandswechsel

Projekt im Projekt

Das Modellprojekt Rheinland-Pfalz entschied sich hinsichtlich der Thematik des „Projekts im Projekt“ für den Schwerpunkt Beratung und Anleitung. Die für das Projekt verantwortlichen Lehrenden legten den Fokus hierbei auf Gesundheitsversorgung und Prävention. Auf der Grundlage einer Lernsituation mit Inhalten zu Empowerment und Patientenedukation mit den Formen Beratung, Anleitung und Schulung sowie einer Einarbeitung in die Projektmethode nach Frey mit den Komponenten Projektinitiative, -skizze, -plan, -durchführung, -ergebnis, Fixpunkte und Metainteraktion wurde von den beiden Klassen je ein Projekt mit den folgenden Inhalten durchgeführt:

Das **Projekt „Pflege für die Seele“** der ersten Klasse hatte zum Ziel, Patientinnen und Patienten und deren Angehörige im Krankenhaus mit der Frage „Was kann man Menschen im Krankenhaus Gutes tun, um den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu machen?“ anzusprechen, um durch Information und Beratung weiteres Krankwerden durch den Krankenhausaufenthalt selbst (Hospitalismus) zu vermeiden und dadurch die Genesung zu fördern. Das Projekt lieferte einen Appell zur Eigeninitiative und bot Menschen im Krankenhaus Hilfsmittel an, um deren Seelen in der Institution Krankenhaus zu pflegen. Inhaltlich grenzten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das umfassende Gebiet in die drei Hauptthemen Arbeit mit Musik, Aromatherapie und Ernährung ein.

Das **Projekt** der anderen Klasse **„Heute schon genug getrunken? Ein Beratungsprojekt“** zielte darauf ab, Menschen mit Pflegebedarf in Bezug auf ihr Trinkverhalten und die Gefahren und Folgen einer Dehydratation zu informieren und zu beraten. Hierfür wurde eine Informationsveranstaltung für die Bewohnerinnen und Bewohner eines Altenheims in direkter Nachbarschaft der Pflegerischen Schulen konzipiert. Bei der Pflegedienstleitung der Einrichtung stießen die Schülerinnen und Schüler mit ihrem Vorhaben auf großes Interesse, mögliche organisatorische und räumliche Rahmenbedingungen konnten kurzfristig geklärt und die Zielgruppe konnte ausgewählt werden. Von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung wurde das Informationsangebot mit großem Interesse aufgenommen.

Beide Klassen erstellten zu ihrem Projekt eine selbst gestaltete und gedruckte Broschüre, die auch weiterhin in der Praxis als Hilfsmittel in Beratungssituationen genutzt werden kann.

3.8 Modellprojekt Sachsen-Anhalt



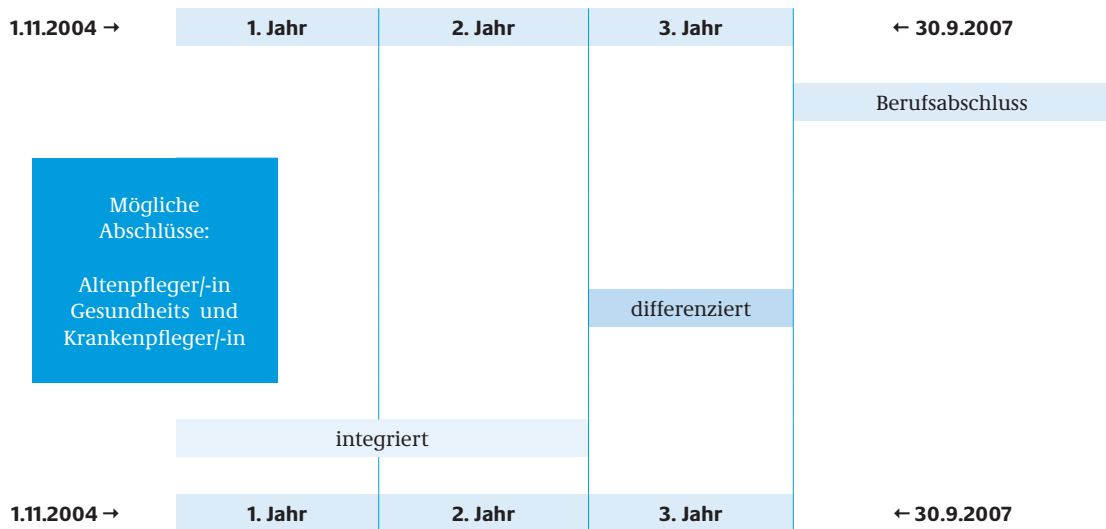
Träger und Kooperationspartner

Das Modellprojekt in Sachsen-Anhalt hatte mit der FIT-Ausbildungs-Akademie (FIT = individuelle Fortbildung, Vermittlung und Integration) in Magdeburg als einziges der acht Modellprojekte einen privaten Träger. Die FIT-Bildungseinrichtungen sind anerkannte Bildungsträger mit einem breiten Spektrum von Bildungsangeboten im pflegerischen und medizinischen Bereich. Die praktische Ausbildung erfolgte in Kooperation mit 38 ambulanten und stationären (Alten-)Pflegeeinrichtungen. Für die Durchführung der praktischen Ausbildung kooperierte das Modellprojekt mit 15 Krankenhäusern, 13 Alten- und Pflegeheimen und zehn Sozialstationen bzw. ambulanten Diensten.

Organisation der Ausbildung, Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse sowie Schülerinnen und Schüler

Zu Beginn war geplant, die ersten beiden Jahre integriert und das letzte Jahr differenziert zu unterrichten (Übersicht 3.15). Zu Ausbildungsende lag der erreichte Integrationsgrad der theoretischen Ausbildung mit 80% über dem geplanten Wert.

Übersicht 3.15: Schulische Ausbildungsphasen und mögliche Berufsabschlüsse



Bei Ausbildungsbeginn waren 26 Schülerinnen und Schüler in einer Klasse. In der Altenpflege betrug der Frauenanteil 93 %, in der Gesundheits- und Krankenpflege 83 %. Die Ausbildung beendeten 22 Schülerinnen und Schüler (85 %), vier Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege hatten die Ausbildung abgebrochen.

Übersicht 3.16: Schülerinnen und Schüler

		AP	GKP	GKKP	Gesamt	Klassen
Ausbildungsbeginn	Frauen	13	10	-	23	
	Männer	1	2	-	3	
	Gesamt	14	12	-	26	1
Ausbildungsende	Frauen	13	7	-	20	
	Männer	1	1	-	2	
	Gesamt	14	8	-	22	1

Curriculumentwicklung und -implementation in der theoretischen und praktischen Ausbildung

Das lernfeldorientierte Curriculum wurde von den Lehrenden entwickelt. Gesteuert und unterstützt wurde der Entwicklungsprozess von der Projekt- und der Schulleitung. Die Lernfelder haben grundsätzlich einen integrierten und einen spezialisierten Anteil. Eine pragmatische Berufsfeldanalyse in Form der Synopse der Berufsgesetze sowie eine Literaturrecherche waren die Grundlage für die Ausarbeitung der Lernfelder.

Das Modellprojekt nutzte das Kompetenzverständnis der Kultusministerkonferenz mit den Dimensionen Fachkompetenz, Personalkompetenz und Sozialkompetenz, die als die Voraussetzung für die Methoden- und Lernkompetenz betrachtet werden. In den Detailplanungen für die Theorieblockphasen wurden durch Facharbeitskreise den jeweiligen Lernfeldern die im Schwerpunkt betonten Kompetenzen zugeordnet.

Das lernfeldorientierte Curriculum beinhaltet 13 Lernfelder, die einschließlich Kompetenzen und Inhalten beschrieben werden. In Anlehnung an das Stufenmodell eines entwicklungslogisch strukturierten Curriculums nach Rauner²⁶ zeigt sich der Aufbau des vorliegenden Curriculums spiralförmig. Rauners vier Phasen der „Systematisierung beruflicher Arbeitsaufgaben und Lernbereiche nach Stufen zunehmender Arbeitserfahrung“ wurden dabei modifiziert angewandt. So wurden die Lehrinhalte und die dazugehörigen Kompetenzen im Rahmen der Ausbildungsplanung über den Zeitraum der drei Ausbildungsjahre hinweg innerhalb der Lernfelder in drei Stufen eingeteilt, wobei nach Grundlagen, Vertiefungen und Differenzierungen unterschieden wird. Die Differenzierung der Theorie erfolgt im Anschluss an die vermittelten Grundlagen und ersten Vertiefungen für beide Berufsfelder. Spezifische Lernfelder wurden nicht konstruiert, sondern differenzierte Kompetenzen und Inhalte zu den Lernfeldern identifiziert.

In der integrierten Phase fand der Unterricht in gemischten Kursen statt. Bei grundsätzlicher Präferenz für Methodenvielfalt wurden die Methode des Problemorientierten Lernens (POL) sowie ein Skills-Lab, ein speziell strukturiertes Fertigkeitentraining unter den Laborbedingungen eines Demonstrationsraumes, im Unterricht eingesetzt.

In das Theorie-Praxis-Konzept wurden verschiedene Instrumente aufgenommen und in der praktischen Ausbildung umgesetzt. Dazu zählen Praxislernaufgaben und -aufträge, Lernnachweise und benotete Lernkontrollen. Die Schülerinnen und Schüler nahmen an einer unbenoteten und zum Ende der Ausbildung an einer benoteten Praxisbegleitung teil. Weiterhin wurden Gespräche zur Lernstandsrückmeldung und gemeinsame Reflexionen mit ihnen durchgeführt. Zur verbindlichen Absprache mit den Praxisorten wurden Praktikumsverträge mit dem Nachweis über bereits in den Theorieblockphasen absolvierte Lehrinhalte und Lernaufgaben bzw. in der Praxis bewältigte Lernaufgaben abgeschlossen.

In der Umsetzung der praktischen Ausbildung liegt ein besonderes Innovationspotenzial dieses Modells. Als privater Träger verfügt die FIT-Bildungs-GmbH nicht über eine direkte Anbindung an Krankenhäuser, weswegen die Umsetzung praktischer Instrumente mit einem Anreiz für die Häuser verbunden werden musste. Dieser Anreiz bestand in Praxisanleiterkonferenzen mit Schulungsanteilen, deren Durchführung von der Fachhochschule Magdeburg unterstützt wurde.

26 Rauner 1999

Projekt- und Ausbildungsziele des Modellprojekts Sachsen-Anhalt**Projektziele**

- Verbesserung der Qualität der Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung mit einem Beitrag zur Verzahnung der Berufsbilder Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege durch
 - die Curriculumkonstruktion einer integrierten Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung,
 - eine lernfeldbasierte Curriculumimplementierung in den Theorieblockphasen-Planungen,
 - eine interne Weiterbildung aller beteiligten Dozentinnen und Dozenten zur Curriculumimplementierung der integrierten Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sowie
 - die Implementierung neuer Lehr- und Lernformen.
- Gewährleistung einer effizienten Praktikumsplanung und -organisation sowie eines konstruktiven Austausches zwischen dem Lernort der theoretischen Ausbildung und den Praxislernorten (Theorie-Praxis-Transfer) durch
 - die Organisation und Durchführung von zwei Praxiskonferenzen pro Jahr (Zusammentreffen der Praxisanleiterinnen und -anleiter bzw. Mentorinnen und Mentoren der Praxiseinrichtungen und der Schul- und Projektleitung sowie der Praxis-Fachlehrerinnen und -lehrer), um gegenseitige Vorstellungen, Probleme und Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit zusammenzutragen, Lösungskonzepte zu erstellen sowie pädagogische Fortbildungen für die Praxisanleiterinnen und -anleiter und die Praxisanleiterausbildung (Weiterbildung) anzubieten,
 - eine Information der Praxispartnerinnen und -partner über den Stand der Entwicklungen und Ergebnisse des Modellprojekts (Infobriefe, persönliche Telefonate und Einzelgespräche) einmal jährlich, zusätzlich zu den Praxiskonferenzen,
 - die Einführung von ausführlichen Praktikumsverträgen mit Übersicht über bereits absolvierte Lehrinhalte der Theorieblockphasen und Praxislernaufgaben zur besseren Unterstützung und Anleitung der Schülerinnen und Schüler sowie
 - den Einsatz und die Weiterentwicklung verschiedener Maßnahmen und Instrumente, die den Theorie-Praxis-Transfer unterstützen.

Ausbildungsziele

- Die Ausbildung im Rahmen des integrierten Modellprojekts schult die soziale, personale, methodische und fachliche Kompetenz der Schülerinnen und Schüler. In der Auswahl der Methodik und Didaktik der Lehrenden steht die Vermittlung dieser Kompetenzen im Vordergrund.
- Die Ausbildung berücksichtigt alle gesetzlichen Rahmenbedingungen des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes sowie der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und unterliegt dem Schulgesetz Sachsen-Anhalt.
- Die Schülerinnen und Schüler sehen ihr Berufsziel in der Versorgung, Betreuung und Pflege von Menschen aller Altersstufen mit den jeweiligen Schwerpunkten in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege (übergeordnetes Berufsverständnis gegenüber der herkömmlichen Berufsausbildung).
- Die Schülerinnen und Schüler kennen und nutzen die Möglichkeiten der altersbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Sie entwickeln Konzepte zur Förderung der individuellen Gesundheit und setzen sie um.
- Die Schülerinnen und Schüler beherrschen den der Situation angemessenen praktischen Einsatz der wichtigsten alters- und krankheitsspezifischen Pflegekonzepte und -modelle und beachten die Auswirkungen auf das Pflegegeschehen. Sie sind in der Lage, neueste Erkenntnisse zu Verfahren und Methoden der Pflegeforschung und -wissenschaft zu recherchieren, zu bewerten und in dem ihnen möglichen Maß umzusetzen.
- Die Schülerinnen und Schüler erkennen die zusätzlichen Veränderungen, welche die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) auch in der ambulanten und stationären Pflege mit sich bringen. Dokumentation in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege wird auch im Rahmen des Schülerprojekts kontrovers diskutiert und erweitert somit den Erfahrungshorizont der Schülerinnen und Schüler.
- Die Schülerinnen und Schüler sind umfassend über Methoden und Regeln der Qualitätssicherung informiert, nutzen berufsspezifische Konzepte der Qualitätsentwicklung und sind in der Lage, sich an der Weiterentwicklung betrieblicher/institutioneller Qualitätsstandards (Qualitätsmanagement) zu beteiligen.

(Quelle: Abschlussbericht des Modellprojekts)

Das Curriculum des Modellprojekts in Sachsen-Anhalt weist **Lernsituationen** als kleinste curriculare Bausteine auf. Dabei waren v. a. Praxisaufgaben konkrete Lernsituationen. Da diese nicht näher ausformuliert wurden, wird nachfolgend exemplarisch das Lernfeld „Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen bewältigen“ vorgestellt.

Die Lernfelder wurden nach folgender Vorgehensweise entwickelt:

- Bestimmung typischer Handlungsfelder,
- Benennung der Lernfelder,
- Festlegung von Zielformulierungen und spezifischen Inhalten,
- Festlegung von Stundenzahlen und Kompetenzformulierung,
- Zuordnung zu den gesetzlichen prüfungsrelevanten Verordnungen,
- Zuordnung der Inhalte zur integrierten oder differenzierten Phase der Ausbildung,
- Konkretisierung zu Lernsituationen bzw. Praxisaufgaben.

Zum Lernfeld „Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen bewältigen“ sind folgende Kompetenzen und zugehörige Methoden ausformuliert worden:

Kompetenzen	Methoden
Die gemeinsame Ausbildung stärkt die Einsicht von gesundheitsförderndem Handeln und das Bewusstsein, dass sich die Patientenbetreuung interprofessionell ereignet. Indem die Patientin bzw. der Patient als Subjekt gesehen wird, handelt jede Pflegekraft pädagogisch, wenn sie Patientinnen und Patienten berät, ermutigt, fördert, motiviert, anspornt, ihnen zuspricht, sie unterrichtet, trainiert, unterstützt, anleitet und fordert. Die Schülerinnen und Schüler definieren die Pflege als berufliche Unterstützungsleistung in alterstypischen gesundheitlichen und sozialen Bedarfssituationen unter Beachtung ethischer und wirtschaftlicher Prinzipien. Die Schülerinnen und Schüler bewerten die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufen im Gesundheits- und Sozialwesen und beachten die Grenzen ihrer eigenen beruflichen Handlungsmöglichkeiten. Sie beherrschen Methoden und Techniken der Arbeitsplanung, der Dokumentation und des berufsbezogenen Lernens. Die Schülerinnen und Schüler unterscheiden die Ursachen berufstypischer Konflikte und Belastungen und nutzen die Möglichkeiten zur Vorbeugung und Gesundheitsförderung. In dieser neuen Ausbildung steckt der Anspruch, dass sich die künftig Pflegenden über ihre Tätigkeit zur Gesunderhaltung der Bevölkerung – Public Health – im Klaren sein müssen.	Methoden und Verfahren der Stressprävention und -bewältigung

Das übergreifende Schülerprojekt widmete sich dem Thema „Pflegedokumentation – Hemmnis und Förderung guter Pflegepraxis“. Dabei wurden die Schwerpunkte Pflegedokumentation im Wandel der letzten Jahre, die Bedeutung der Pflegedokumentation im Vergleich zwischen Einrichtungen der Krankenpflege und Einrichtungen der Altenpflege, die Darstellung von Good-Practice-Beispielen aus der Praxis sowie sich hieraus ergebende Problemstellungen bearbeitet. Im Rahmen des Projekts sollten sich die Schülerinnen und Schüler weitergehende Kenntnisse über die Bedeutung, effiziente Nutzung und Anwendung moderner Dokumentationssysteme in der Pflegedokumentation aneignen. Das Projekt verlief in vier Etappen, wobei zunächst die Vermittlung der Grundlagen der Pflegedokumentation im theoretischen Unterricht erfolgte, anschließend eine Beobachtung der Pflegedokumentation in den Praktika durchgeführt wurde, um daraufhin Pflegedokumentationen in unterschiedlichen Einrichtungen hinsichtlich Form, Aufwand und Nutzen zu vergleichen und abschließend eine geeignete Pflegedokumentation für den Gebrauch in der weiteren Ausbildung zu konzipieren.

Pflegeprozessplanung und -dokumentation nach den AEDLs von Monika Krohwinkel

Unter Leitung einer engagierten Praxisdozentin mit eigenem ambulanten Pflegedienst wurden fördernde und hemmende Faktoren für Pflegenden und zu pflegende Personen erörtert. Die Schülerinnen und Schüler setzten dabei neue Lernmethoden, wie Gruppenarbeiten in den Praxislernorten, ein. Die Ergebnisse wurden als großformatiges Poster und auch in Form einer gebundenen Printversion in der Schule präsentiert bzw. Interessierten zugänglich gemacht.

IV.

Durchführung der Modellprojekte und Ergebnisse des Modellvorhabens

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Das vorliegende zentrale Kapitel IV analysiert die Durchführung der Modellprojekte und leitet aus dieser Analyse die Ergebnisse des Modellvorhabens ab, auf denen die Bewertung der Ergebnisse und die Schlussfolgerungen der wissenschaftlichen Begleitung in Kapitel V sowie die Empfehlungen des Beirats in Kapitel VI beruhen.

In den ersten drei Unterkapiteln zu den Curricula (4.1), zu den Lernorten (4.2) und zur Integration (4.3) werden nach einer kurzen Einleitung in eher narrativer Form Evaluationsergebnisse vorgestellt, die im Wesentlichen bei den Beratungen der Modellprojekte, in Expertengesprächen und im periodisch durchgeführten Monitoring gewonnen wurden. Zu den einzelnen Themenblöcken werden dann quantitative Ergebnisse vorgestellt, die überwiegend auf den schriftlichen Befragungen der an der Ausbildung Beteiligten beruhen. Am Ende der meisten Abschnitte werden jeweils die zentralen Aspekte schlagwortartig zusammengefasst.

Das Unterkapitel 4.4 zu den Prüfungen beruht im Wesentlichen auf der Analyse der Dokumente aus den einzelnen Modellprojekten und auf Ergebnissen der Beratung durch die wissenschaftliche Begleitung. Die Analysen zur Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler in Unterkapitel 4.5 fußen auf Resultaten, die mit dem Verfahren „KKR plus Pflege“ gewonnen wurden, Selbst- und Fremdeinschätzungen, die in den Befragungen erhoben wurden, und auf der Auswertung von Aussagen der Modellverantwortlichen.

Die Ergebnisse zum Genderaspekt sind aus den vorgenannten Quellen in unterschiedlicher Kombination gewonnen, die jeweils im Text benannt werden (Unterkapitel 4.6). Die Aussagen zum Bewerberauswahlverfahren in Unterkapitel 4.7 gründen auf einer im Rahmen der Evaluation durchgeführten Untersuchung der in zwei Modellen entwickelten Assessment-Center, auf Schlussfolgerungen aus der Kompetenzmessung und der Analyse der von den Schülerinnen und Schülern erreichten Abschlussnoten.

In diesem Kapitel wird detailliert auf die Probleme bei der Bewältigung der Modellaufgaben eingegangen und kritischen Äußerungen der Modellbeteiligten vergleichsweise breiter Raum gegeben. Hierbei darf aber nicht übersehen werden, dass die sehr umfangreiche und im Detail zu leistende Arbeit in den Modellprojekten sowie die Integration der Pflegeausbildungen insgesamt als erfolgreich anzusehen sind. Das Aufzeigen der diesen Prozess begleitenden Schwierigkeiten und die zum Teil anstrengenden Wege, auf denen Problemlösungen erreicht wurden, sollen vielmehr darauf hinweisen, dass die angestrebte Zusammenführung der Pflegeausbildungen zahlreiche größere und kleinere Hürden zu überwinden hat, die bei einer entsprechenden Reform berücksichtigt werden sollten.

Grundsätzlich ist zu bedenken, dass zu nahezu sämtlichen Aspekten der modellspezifischen Arbeiten zwischen den Modellprojekten und z. T. auch innerhalb einzelner Projekte positive und negative Erfahrungen gesammelt wurden sowie fördernde und hemmende Bedingungen ausgemacht werden können. Hier gilt es dann, sorgfältig abzuwägen, welche Schlussfolgerungen und Empfehlungen (s. Kapitel V) hieraus abgeleitet werden können. Ein Kriterium hierfür ist gewiss, wenn die überwiegende Zahl der Modellprojekte oder Beteiligten gleiche oder ähnliche Bedingungen, Erfahrungen oder Ergebnisse aufweist. Aber auch wenn dies nicht der Fall ist, kann eine Empfehlung im Sinne einer Best-Practice-Lösung gerechtfertigt sein. In solchen Fällen gilt es dann, in besonderer Weise explizit auf andernorts aufgetretene Hemmnisse hinzuweisen.

4.1 Die Curricula und ihre Entwicklung

Die Kernaufgabe der Modellprojekte bestand in der Konstruktion kompetenz- und handlungsorientierter Curricula, die zwei bzw. drei bislang getrennte Berufsausbildungen integrierten. In diesem Kapitel werden die Charakteristika derartiger Curricula erläutert, und es wird ein Konstruktionsmodell vorgestellt, das die überwiegende Zahl der Modellprojekte als Paradigma genutzt hat. Unter Bezug auf dieses wird dargelegt, wie die Modellprojekte die Curricula auf die Kompetenzorientierung hin ausgerichtet und wie sie auf der curricularen Ebene die Integration vollzogen und den umfassenden Pflegebegriff berücksichtigt haben. Ausführlich werden die Probleme der Curriculumkonstruktion und deren Lösungen dargelegt. Den letzten Teil des Kapitels bildet die Bewertung zentraler Aspekte der Curricula und ihre Entwicklung durch die Beteiligten.

4.1.1 Anforderungen an handlungsorientierte Curricula

Kompetenzorientierung im berufspädagogischen Sinne bedeutet die Ausrichtung der Ausbildung auf die Anbahnung bzw. Förderung von Kompetenz als einem Potenzial bzw. einer Disposition, in immer wieder neuen, konkreten beruflichen Situationen angemessen handeln zu können. Folgt man Erpenbeck und von Rosenstiel, für die Kreativität das zentrale Unterscheidungskriterium zwischen Kompetenz und Qualifikation darstellt, „sind Kompetenzen Dispositionen selbstorganisierten Handelns, sind Selbstorganisationsdispositionen“.²⁷ In diesem Sinne sind die Schülerinnen und Schüler in die Lage zu versetzen, sich situationsangepasst neue Handlungsoptionen erschließen zu können. Dieses Postulat entspricht den aktuellen Entwicklungen in der Pflegepädagogik, denen zufolge Voraussetzung für eine professionelle Pflege ist, dass Schülerinnen und Schüler sich durch eine Handlungsorientierung das Berufsfeld der Pflege umfassend erschließen können.

Handlungsorientierung bedeutet, die Ausbildung am Modell einer vollständigen Handlung auszurichten, und Situationsorientierung impliziert eine Ausrichtung an berufs- und lebensnahen Anforderungen.²⁸ Dies hat unter Beachtung der Subjektorientierung und der Ausrichtung am Individuum und seiner Förderung zu erfolgen. Diese Forderungen bedeuten, dass Lehr- und Lernmethoden sich entsprechend verändern müssen, dass das Lernen innerhalb der theoretischen und der praktischen Ausbildungen neue Formen erfahren muss.²⁹

²⁷ Erpenbeck, von Rosenstiel 2007, S. XI

²⁸ Clement, Arnold 2002

²⁹ Achtenhagen, in: Arnold, Lipsmeier(Hrsg.) 1995

Um den vorgenannten Prinzipien gerecht zu werden, operiert die Evaluation mit einem weit gefassten Curriculumbegriff, der in Anlehnung an Lenzen³⁰ als das „Gesamt der von einer Bildungsinstitution angestrebten und verantworteten Bildungsprozesse“ verstanden wird. Entsprechend erstreckt sich die Evaluation nicht allein auf die Konzeptionen für die theoretische Ausbildung, sondern ebenso auf die curriculare Einbindung der Praxis. Es geht in den Prozessen der Konstruktion und der Umsetzung um eine Vernetzung, die sowohl den Weg von der Theorie in die Praxis als auch von der Praxis in die Theorie findet. Ohne eine solche Vernetzung ist Handlungsorientierung nicht denkbar. Diese Prozesse bzw. deren Planung werden auf der Begründungs-, Konzeptions- und Umsetzungsebene analysiert und auf ihre Praktikabilität und Wirksamkeit vor Ort befragt. Die zentralen Evaluationsgegenstände in diesem Kontext sind die Planung der Organisation, der Begründungsrahmen, die Planungen zur theoretischen Ausbildung und die Planungen zur praktischen Ausbildung.

Die Konstruktion eines Curriculums verläuft in verschiedenen Entwicklungsphasen. Ein Phasenmodell, das die Begleitforschung in Anlehnung an Siebert und Knigge-Demal bezogen auf die im Modellvorhaben gegebenen Bedingungen konzipierte³¹, wurde den Modellprojekten in der Anfangsphase des Modellvorhabens von der Begleitforschung vorgestellt. Die meisten von ihnen lehnten sich bei ihrer Curriculumkonstruktion an dieses Modell an, das in Übersicht 4.1 mit den schwerpunktmäßigen Inhalten der einzelnen Konstruktionsphasen dargestellt ist.

Übersicht 4.1: Konstruktionsphasen in Anlehnung an Knigge-Demal/Siebert

Erste Konstruktionsphase
Formulierung von übergeordneten Bildungszielen
Formulierung von Leitzielen
Festlegung des Begründungsrahmens
Zweite Konstruktionsphase
Analyse der Handlungsfelder des Berufes
Analyse der Lernvoraussetzungen
Analyse der wissenschaftlichen Disziplinen
Dritte Konstruktionsphase
Festlegung von kompetenzorientierten Lernzielen
Festlegung von Lerninhalten
Festlegung von Lernmethoden
Festlegung von begründeten, aufeinander aufbauenden Lernsequenzen
Vierte Konstruktionsphase
Implementierung
Evaluation
Revision

³⁰ Lenzen 1989

³¹ Knigge-Demal 1988

In der ersten Konstruktionsphase wird die für die Kompetenzorientierung relevante Festlegung der übergeordneten Bildungsziele getroffen. Ziel der beruflichen Bildung ist das selbstständig handelnde Subjekt. Nach Knigge-Demal benötigt demnach eine Berufsausbildung die Begründung durch den Bildungsanspruch und ist somit grundsätzlich werteorientiert.³² Die in der zweiten Konstruktionsphase erfolgende Analyse der Handlungsfelder und der wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen stellt die Weichen für die Berufsfeldzuschneidung, die sich auf das Integrationskonzept auswirkt. Die Analyse der Lernvoraussetzungen, d. h. der bereits vorhandenen Qualifikationen, Lernchancen und -schwächen der Auszubildenden, kann für die Umsetzung der Kompetenzorientierung relevant werden, indem entsprechend differenzierter Unterricht angeboten wird. In der dritten Konstruktionsphase werden die kompetenzorientierten Lernziele für die Theorie und Praxis definiert. Ebenfalls wird festgelegt, wie die Lernsituationen oder Lerneinheiten aufeinander abgestimmt und aufgebaut sein sollen. Dies wird von Knigge-Demal als „Sequenzierung“ bezeichnet. Weiterhin werden Methoden und Lernerfolgskontrollen festgelegt. Implementation, Evaluation und die daraus resultierende Revision des Curriculums bilden die Elemente der vierten Konstruktionsphase.

Neben der Konstruktion des Curriculums ist die schulinterne Adaption bzw. Modifikation unverzichtbar (schulinterner Curriculumprozess). Bezogen auf die curricularen Entscheidungen an einer konkreten Ausbildungsstätte sind die Gegebenheiten und Erfordernisse der jeweiligen Schule, die Situation des zu unterrichtenden Kurses, die aktuellen Rahmenbedingungen und die fachspezifische Theorieentwicklung zu berücksichtigen.³³ Da dieser schulinterne Prozess von hoher Relevanz für den Umsetzungserfolg eines Curriculums ist, wurde dieser in den Beratungen ebenfalls thematisiert und ist Gegenstand der Evaluation.

4.1.2 Der zweifache Paradigmenwechsel inklusive des umfassenden Pflegebegriffs in den konstruierten Curricula

Unter Bezugnahme auf das vorgestellte Phasenmodell der Curriculumkonstruktion wird nun dargestellt, wie der zweifache Paradigmenwechsel inklusive des umfassenden Pflegebegriffs Inhalte und Strukturen der in den Modellprojekten entwickelten Curricula bestimmt.

Kompetenzorientierung

Die Festlegung der übergeordneten Bildungsziele in der ersten Konstruktionsphase wurde von allen Modellprojekten getroffen, wobei sie sich an die kritisch-konstruktive Didaktik nach Klafki hielten.³⁴ Der Begründungsrahmen ist ein übergeordnetes Element zur Strukturierung des Curriculums, das sich auf die Gestaltung der theoretischen und der praktischen Ausbildung erstreckt. Er enthält auch die Definition des Kompetenzkonzepts, das eine wesentliche Grundlage der konstruierten Pflegeausbildung darstellt. Die Entscheidung für ein bestimmtes Konzept klärt das eigene Bildungsverständnis, hat Auswirkungen auf die Curriculumkonstruktion sowie auf den theoretischen und praktischen Unterricht. Die definierten Kompetenzdimensionen sind ein zentrales Strukturprinzip für das gesamte

³² Knigge-Demal 1988

³³ Schewior-Popp 1998

³⁴ Klafki 1996

Curriculum. Das Konzept muss dem Schulteam, den an der praktischen Ausbildung Beteiligten und den Schülerinnen und Schülern vermittelt werden.

Überwiegend orientierten sich die Modellprojekte zum einen an dem im Krankenpflegegesetz enthaltenen, inhaltlich nicht näher ausgeführten Kompetenzkonzept mit den Dimensionen Fach-, Sozial-, Methoden- und Personalkompetenz, zum anderen an dem in den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz von 2000 enthaltenen Konzept.³⁵ Dieses verortet Fach-, Sozial- und Selbstkompetenz auf einer Ebene, zu der die Methoden- und Lernkompetenz quer verläuft und die drei übrigen Dimensionen durchdringt. In der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird durch die Nutzung des Lernfeldansatzes die Kompetenzorientierung postuliert, ohne dass ein bestimmtes Kompetenzkonzept benannt wird. Die Modellprojekte wählten unterschiedliche Kompetenzkonzepte, die jeweils dem eigenen Bildungsverständnis entsprachen. Übersicht 4.2 stellt die Kompetenzkonzepte der Modellprojekte im Überblick dar.

Übersicht 4.2: Kompetenzkonzepte der Modellprojekte

Modellprojekt	Kompetenzkonzept	
BW	Inhaltliche Orientierung:	Konzept der Kultusministerkonferenz
	Kompetenzdimensionen:	Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz
BY	Ausrichtung der didaktischen Umsetzung am Konzept von Kordula Schneider ³⁶	
	Kompetenzdimensionen:	Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz
BE	Inhaltliche Orientierung:	Konzept der Kultusministerkonferenz
	Kompetenzdimensionen:	Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz
HE	Inhaltliche Orientierung:	Konzept der Kultusministerkonferenz
	Kompetenzdimensionen:	Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz
NI	Inhaltliche Orientierung:	Konzept der Kultusministerkonferenz
	Kompetenzdimensionen:	Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz
NW	Kompetenzmodell nach Hansruedi Kaiser (konkrete Kompetenzen) ³⁷	
RP	Inhaltliche Orientierung:	Konzept der Kultusministerkonferenz unter Erweiterung nach dem Konzept von Erpenbeck und Heyse ³⁸
	Kompetenzdimensionen:	Fach-, Methoden-, sozialkommunikative und Personalkompetenz ³⁹
ST	Inhaltliche Orientierung:	Konzept der Kultusministerkonferenz
	Kompetenzdimensionen:	Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz

In die zweite Konstruktionsphase fällt die Analyse der Lernvoraussetzungen, die Konsequenzen für die Ausgestaltung des Kompetenzkonzepts haben kann. In diesem Schritt sollen bereits vorhandene Qualifikationen, Lernchancen und -schwächen der jeweils Auszubildenden betrachtet werden. Hierzu erstellten alle Modellprojekte eine Übersicht, in der sie Alter, Berufsabschluss, Praxiserfahrungen und weitere Daten erfassten.

³⁵ Kultusministerkonferenz 2000

³⁶ Schneider, Brinker-Meyendriesch, Schneider 2003

³⁷ Kaiser 2005

³⁸ Erpenbeck, Heyse 1999

³⁹ Oelke, Menke 2002

Systematische Folgerungen für die Ausbildungsgestaltung wurden aber nur von einem Teil der Modellprojekte gezogen, indem beispielsweise die Heterogenität der Lerngruppe betont wurde und u. a. Konsequenzen beispielsweise für den Fachenglischunterricht beschrieben wurden. Das Modellprojekt Rheinland-Pfalz betrachtete die Lernvoraussetzungen der Schülerinnen und Schüler unter dem Aspekt „Begleitung des Lernens an pflegerischen Schulen“. Hierbei wurde auf ein Verfahren verwiesen, mit dem die bisher erworbene Lern- und Sprachkompetenz der Schülerinnen und Schüler eingeschätzt werden kann. Anhand des erfassten Status wurden bei Bedarf Beratungsgespräche geführt. In einem weiteren Schritt wurden die Schülerinnen und Schüler, angepasst an ihren Status der Lern- und Sprachkompetenz, an neue Methoden des selbst organisierten und kompetenzorientierten Unterrichtes herangeführt. Hierbei bezog sich das Modellprojekt hauptsächlich auf die Methode des Problemorientierten Lernens.

In der dritten Konstruktionsphase wurden die kompetenzorientierten Lernziele für die Theorie und Praxis festgelegt. Ein beträchtlicher Teil der curricularen Beratung betraf die Formulierung kompetenzorientierter Ziele, deren Handlungsbezug sicherzustellen ist. Für die theoretische Ausbildung wurden von allen Modellprojekten kompetenzorientierte Ziele bestimmt. Auch die Formulierung der Lernziele für die Praxis ist den meisten Modellprojekten gelungen. Überwiegend wurden handlungsorientierte Ziele entwickelt bzw. Praxis-Ziele auf der Ebene von Schlüsselqualifikationen formuliert.

Eine Festlegung, wie Lernsituationen oder Lerneinheiten aufeinander abgestimmt und aufgebaut sein sollen, was mit dem Begriff der Sequenzierung bezeichnet wird, wurde von allen Modellprojekten getroffen und schlägt sich in Theorieplanungen und Stundenplänen nieder. Ebenfalls wurden in dieser Konstruktionsphase die Methoden und Lernerfolgskontrollen bestimmt. Methoden wurden mit unterschiedlicher Verbindlichkeit festgelegt bzw. wurde ihre Anwendung empfohlen, so dass Freiräume für die Lehre gewährleistet waren. Übergreifende Methoden wie die Drei-Schritt-Methode stellen hier eine Ausnahme dar und wurden gemeinsam mit der Praxis festgelegt, geplant und durchgeführt. Diese Vorgehensweise wurde von den Durchführenden als sehr effektiv bewertet. Weitere effektive Elemente waren verbindliche Feedbackeinheiten, die in hoher Anzahl innerhalb der theoretischen und praktischen Ausbildung umgesetzt wurden. Den Lehrenden zufolge resultierte aus diesen Methoden ein hoher Lerngewinn für die Schülerinnen und Schüler. Lernerfolgskontrollen, die unterschiedliche Innovationsgrade aufwiesen, wurden ebenfalls in allen Modellprojekten konzipiert.

In die vierte Konstruktionsphase fallen die Prozesse der Implementation, Evaluation und Revision. Alle Modellprojekte haben ihre Curricula implementiert und auch in Bezug auf die Kompetenzorientierung evaluiert. Durch die Rückkopplung von Ergebnissen der formativen Evaluation und durch modellinterne Evaluationsmaßnahmen, beispielsweise Befragungen der Schülerinnen und Schüler, befanden sie sich kontinuierlich in Revisionsprozessen.

Integration der Pflegeausbildungen

Um Leitziele berufsgruppenübergreifend formulieren zu können, musste in der ersten Konstruktionsphase auch das Berufsbild geklärt werden. Alle Modellprojekte beschreiben im Begründungsrahmen ihre Vorstellung des Berufsbildes und betonen hierbei die Bedeutung der Integration für das Berufsbild der Pflege.

In der zweiten Konstruktionsphase wird zunächst eine Handlungsfeldanalyse durchgeführt. Diese nahm bei fast allen Modellprojekten in den curricularen Beratungen großen Raum ein und wurde von den meisten Modellprojekten auf pragmatischer Ebene geleistet. Hierbei wurde die Mindestvoraussetzung in Form einer Synopse der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen von 2003 erfüllt. Teilweise wurde für die Handlungsfeldanalyse auch das Dokument „Pflege neu denken“⁴⁰ zu Rate gezogen oder es wurden Lösungen anderer Projekte, etwa des „Essener Modellprojekts“, berücksichtigt. Einige Modellprojekte gingen darüber hinaus, beispielsweise Niedersachsen mit einer umfassenden Literaturrecherche oder Nordrhein-Westfalen mit der Durchführung einer quantitativen Untersuchung bei 164 Pflegepraktikerinnen und Pflegepraktikern in unterschiedlichen Positionen über relevante Kompetenzen von Pflegekräften.

Die Analyse der wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen, die möglichst mit einer interdisziplinären Betrachtung zu verbinden ist, sollte klären, welche Bezugswissenschaften einen Beitrag zur integrierten Ausbildung leisten können. Hierbei beschränkten sich fast alle Modellprojekte auf die Beachtung der gesetzlichen Vorgaben. Lediglich das Modellprojekt Niedersachsen ging in einem ausgewiesenen Kapitel des Begründungsrahmens auf die Bezugswissenschaften ein. Hierbei wird Bezug auf die Veröffentlichung des Deutschen Bildungsrates genommen, welcher 2002 in einer Delphi-Studie Berufskompetenzen professionell Pflegenden untersuchte.⁴¹ Die Verfasserinnen des Begründungsrahmens zählen die Bezugswissenschaften auf und benennen die Konsequenzen für das Modellprojekt.

In der dritten Konstruktionsphase wurden die Ziele und Lerninhalte für die integrierte Ausbildung in Theorie und Praxis festgelegt. Aus den Zielen und Lerninhalten abgeleitete Themen wurden der integrierten und differenzierten Phase der Ausbildung zugeordnet. Die Festlegung der Themen erfolgte hierbei nur für die theoretische Ausbildung, da die Gebiete der praktischen Ausbildung per se speziell sind. Für die praktische Ausbildung musste sichergestellt werden, dass die Schülerinnen und Schüler in spezifischen Situationen, die differenziertes Wissen erfordern, genügend Praxiserfahrungen in den verschiedenen Pflegeberufen machen können.

Für die theoretische Ausbildung gingen die Modellprojekte unterschiedliche Wege zur Gestaltung ihres differenzierten Ausbildungsanteils:

- die Bearbeitung gänzlich neuer Themen,
- die vertiefende Bearbeitung von Themen aus der integrierten Phase mit spezifischen Inhalten für den jeweiligen Kernpflegeberuf,
- die vertiefende Bearbeitung von Themen aus der integrierten Phase aus der spezifischen Perspektive eines Kernpflegeberufs,
- die Bearbeitung besonderer Themen, die sich aus Organisations- und/oder Einrichtungsspezifika ergeben.

Für die Bearbeitung gänzlich neuer Themen auf der Ebene von eigenen Lernfeldern oder Lernbereichen wurden für die Altenpflege die Lernsituationen „Pflege kultursensibel gestalten“ und „Pflegebedürftige Menschen unterschiedlichen Alters in Einrichtungen der Alten-

40 Robert Bosch Stiftung 2000

41 Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2002

hilfe pflegen“ konzipiert. Für die Gesundheits- und Krankenpflege wurden die Lernsituationen „Lebensbedrohliche Erkrankungen erkennen und reagieren“ sowie „Rehabilitative Pflege planen, durchführen und evaluieren“ benannt.

Der Großteil der Modellprojekte entschied sich gegen die Möglichkeit, neue Lernfelder oder Lerneinheiten zu definieren, sondern bearbeitete vertiefend bestimmte Themen aus der integrierten Phase. Das zugehörige Dokument auf der CD-ROM zum Modellvorhaben beinhaltet die Lernfelder oder -bereiche, die vertieft wurden, in der Zusammenschau und zählt die spezifischen Themen auf. In der Gesamtschau fällt auf, dass jeweils nur ein vertiefendes Thema für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege von den drei Modellen, die auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausbildeten, benannt wurde. Eine vertiefende Thematisierung fand nicht für jede Berufsgruppe statt. Häufig war ein Thema für alle drei Berufe grundsätzlich wichtig, wurde aber für eine Berufsgruppe besonders vertieft, wie beispielsweise die Pflege von Menschen mit demenziellen Veränderungen.

Teilweise bearbeiteten Modellprojekte bestimmte Themen aus den unterschiedlichen Perspektiven der jeweiligen Berufsgruppe. Solche Themen waren: „Gegenwärtige und zukünftige Aufgabenfelder der Pflege“ sowie „Dilemmata der Pflege erkennen und sich mit ihnen auseinandersetzen“.

Als ein vierter Weg, differenzierte Ausbildung in der Theorie zu gestalten, wurde eine einrichtungsbezogene Unterscheidung vorgenommen. Hierbei wurden die Institutionen Altenheim, ambulanter Pflegedienst und Krankenhaus auf ihre Unterschiede hin betrachtet und im Unterricht differenziert aufgegriffen.

Durch Rückmeldungen der Modellprojekte wurde deutlich, dass Altenpflegethemen von besonderem Interesse für die Gesundheits- und Krankenpflege sind. Ähnliche Rückmeldungen bezüglich der Relevanz der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege für die Altenpflege haben sich nicht feststellen lassen. Das Bild ist diesbezüglich heterogener. In deutlichem Gegensatz zu diesen Rückmeldungen zeigen die Ergebnisse der Schüler- und Lehrerbefragungen, dass aus der Sicht dieser beiden Gruppen die Themen der Gesundheits- und Krankenpflege für die Altenpflege von großer Bedeutung sind. Im Übrigen kann festgestellt werden, dass die zu Beginn des Modellvorhabens teilweise geäußerte Sorge, Altenpflege würde durch die Integration ihr Profil verlieren, sich nicht bestätigt hat.

Zur Realisierung einer integrierten Ausbildung müssen die Lernsituationen oder -einheiten für die Theorie so gestaltet sein, dass konsequent der Charakter einer gemeinsamen Ausbildung für Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gewährleistet ist. Ein Teil der Modelle stellte die Umsetzung der integrierten Ausbildung sicher, indem sie den Lehrenden Vorgaben in Form von Matrizen oder in Form von Checklisten machten. In den Experteninterviews wurde von Lehrenden immer wieder auf die Relevanz hingewiesen, sich zur konsequenten Umsetzung der integrierten Ausbildung an die curricularen Vorgaben und Hinweise zu halten. Ein gelungener interner Curriculumprozess hilft, die neuen Anforderungen zu erfüllen. Die Lehrenden betonten den unterstützenden Charakter der ihnen vorliegenden Handreichungen. Weiterhin plante ein

Teil der Modellprojekte Reflexionseinheiten zur Neuausrichtung des Berufsfeldes Pflege sowie zu den von den Schülerinnen und Schülern erlebten Situationen in der Praxis. Diese Reflexionseinheiten wurden von den beteiligten Personen in den Projekten als hilfreich und empfehlenswert beschrieben.

Die Integration der Pflegeausbildungen ist auch in der dritten Konstruktionsphase für die Praxis relevant, insofern in der praktischen Ausbildung die ausgewogene Einsatzplanung in allen Bereichen der drei Pflegeberufe erforderlich ist, um eine integrierte Ausbildung erfolgreich zu realisieren. In der vierten Konstruktionsphase ist es von Interesse, in welcher Form Implementations-, Evaluations- und Revisionsverfahren in Bezug auf die Integration durchgeführt wurden. Es ist festzustellen, dass in den benannten Prozessen alle Modellprojekte den Aspekt der Integration beachtet haben.

Der umfassende Pflegebegriff

Die Einbindung des umfassenden Pflegebegriffs in die curriculare Konzeption war in der ersten Konstruktionsphase unproblematisch. Allen Modellprojekten fiel es leicht, den umfassenden Pflegebegriff und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Ausbildung beziehungsweise die Veränderungen im Berufsbild Pflege zu beschreiben.

Im Rahmen der Handlungsfeldanalyse in der zweiten Konstruktionsphase wurde in allen Modellprojekten deutlich, dass sich im pflegerischen Bereich kaum Lernorte der Praxis mit der Kernaufgabe der Gesundheitsförderung oder der Prävention finden lassen. Die Modellprojekte glichen dies auf unterschiedliche Weise aus. Während einige Modellprojekte Praktika im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention anboten, die eher als Grenzgebiete der Pflege bezeichnet werden können (Beispiele: Kindergarten, Gesundheitsamt), haben andere Modellprojekte sich im Verlauf des Modells auf die Suche gegeben, vor allem das Präventive im eigenen pflegerischen Handeln zu identifizieren und für die Ausbildung zu thematisieren. Diese Aufgabe floss maßgeblich in den Revisionsprozess der jeweiligen Curricula ein.

In der dritten Konstruktionsphase wurden die Lerninhalte, die den umfassenden Pflegebegriff beinhalten, für Theorie und Praxis festgelegt. Die Festlegung erfolgte für die theoretische Ausbildung in allen Modellprojekten problemlos. Für die Praxis wurden die oben genannten Strategien konkretisiert.

Die vierte Konstruktionsphase zeigt für den umfassenden Pflegebegriff ein heterogenes Bild. Zwar implementierten alle Modellprojekte hierauf bezogene Maßnahmen; deren Evaluation und Revision fanden aber nicht in allen Modellen statt. Als positives Beispiel kann das Modell Bayern angeführt werden, das für die besondere Problematik der fehlenden Praxisorte eine gute Lösung fand und sie vor allem systematisch in Revisionsprozessen beachtete.

4.1.3 Unterstützende Maßnahmen zur Implementation der Curricula

Zur Unterstützung der Implementation der kompetenzorientierten und integrierten Curricula leistete die Begleitforschung Beratungen zu pädagogischen Themen. Die Beratungsthemen ergaben sich aus den Rückmeldungen der Modellprojekte sowie der formativen

Evaluation mittels des Verfahrens zur Evaluation handlungsorientierter Curricula, einem Teil-Instrument aus EVAproCURRA. Eine Auswertung der dokumentierten curricularen Beratungsgespräche wird in diesem Abschnitt vorgestellt. Die Auswertung der Beratungsdokumente erfolgte ausgerichtet am berufspädagogischen Paradigmenwechsel, am berufsfachlichen Paradigmenwechsel und an weiteren Beratungsschwerpunkten. Zusätzlich sind die Häufigkeiten der Beratungsinterventionen aufgeführt, da diese Rückschlüsse auf den Umfang des Beratungsbedarfs erlauben und deutlich machen, welche Elemente des Implementationsprozesses der besonderen Unterstützung bedürfen.

In der Gesamtbetrachtung wird deutlich, dass sich der größte Beratungsbedarf für die berufspädagogischen Entwicklungen ergab. Die Curriculumkonstrukteure hatten einen besonderen Bedarf an Beratung zu Themen der Curriculumentwicklung für die theoretische und praktische Ausbildung. Ebenfalls häufiges Thema in den Beratungen waren Umfang und Art der Einbindung von Lehrenden in den internen Curriculumprozess. Deutlich weniger wurde zu anderen Themen, etwa zum berufsfachlichen Paradigmenwechsel, beraten (Übersicht 4.3). Die externen pädagogischen Beratungen durch die Begleitforschung oder andere berufspädagogisch versierte Personen wurden häufig als sehr hilfreich und entscheidend für die Implementierungsprozesse seitens der Curriculumkonstrukteure wahrgenommen.

Übersicht 4.3: Curriculare Beratung – Themen und Beratungshäufigkeit

Beratungsthemen	Häufigkeit
Berufspädagogischer Paradigmenwechsel	
Theorieplanung	27
Begründungsrahmen	25
Praxisplanung (didaktisch begründete Instrumente der Theorie-Praxis-Vernetzung)	23
Schritte des Curriculumkonstruktionsprozesses	21
Integration des Lehrerteams (Interner Curriculum-Prozess)	15
Kompetenzorientierung	13
Konzept für Lernerfolgskontrollen und Prüfungen	5
Berufsfachlicher Paradigmenwechsel	
Berücksichtigung des umfassenden Pflegebegriffs	4
Berücksichtigung der Altenpflege	3
Berücksichtigung der Gesundheits- und Krankenpflege	1
Weitere Themen	
Gremienarbeit	20
Klärung von Fragen zur Organisation	12
Vorstellung der curricularen Evaluation	8
Klärung von Projektstrukturen	7
Konkretisierung von Projektzielen	6
Heterogene Lernvoraussetzungen bei Schülerinnen und Schülern	1

4.1.4 Die curriculare Arbeit – Probleme und Wege zur Problemlösung

Die curriculare Arbeit umfasst die Konstruktionsprozesse der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie die Umsetzung der in der Konstruktion festgelegten didaktischen Entscheidungen in die Unterrichtswirklichkeit. Curriculare Arbeit fand hauptsächlich in Gremien statt, sodass die Organisation und Struktur der Gremienarbeit in engem Zusammenhang mit der curricularen Arbeit stand.

Bei derart komplexen Prozessen wie der Curriculumkonstruktion, bei der neue Grundlagen zu schaffen und Verfahren sowie Instrumente nachhaltig zu implementieren sind, erweisen sich klare und verbindliche Projektstrukturen und -steuerungen mit ausgewiesenen Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilungen als fundamental wichtig. Nur auf dieser Basis sind Ziele klar zu benennen und gründliche Vorausplanungen durchzuführen. Die Anzahl der Gremien muss überschaubar sein, deren Aufgaben sind eindeutig festzulegen und ihre Schnittstellen sind zu definieren. Aus Sicht der Lehrenden war eine räumliche Nähe von kooperierenden Schulen für die curricularen Entwicklungen und die entsprechende Gremienarbeit förderlich. Als ebenso wichtig erwies sich ein gutes Zeitmanagement einschließlich der Bereitstellung ausreichender Zeitressourcen, bei denen die erforderlichen Freiräume vorgesehen waren, in denen die Beteiligten die Möglichkeit hatten, in einen Austausch zu treten und in Ruhe Entwicklungsarbeit zu leisten.

Vor allem aus Sicht der Lehrenden sowie der Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren, aber auch aus der Perspektive der Praxisanleitenden wurde die curriculare Arbeit vielfach durch Planungsmängel erschwert. Die Beteiligten gaben an, dass sie den Umfang und die Inhalte des Projekts unterschätzt hatten, aber auch dass Instrumente entwickelt wurden, die im Projekt keinen Einsatz fanden. Im Projektverlauf wurde teilweise auch deutlich, dass zu wenig Personal für das Projekt eingeplant war oder Gremien ungünstig zusammengesetzt waren. Außerdem war in vielen Fällen nicht genügend Austausch mit den kooperierenden Schulen eingeplant. Ebenso wurde häufig vermerkt, dass die Curriculumentwicklung zu spät gestartet war. Ein Großteil der benannten Planungsmängel lag nach Wahrnehmung der Befragten in den Konzeptionen der Modellprojekte begründet und konnte während des Projektverlaufes nicht gelöst werden. Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren berichteten der wissenschaftlichen Begleitung teilweise, dass Rollenkonflikte entstanden, wenn sie zeitgleich die Funktion der Schulleitung innehatten.

Bisweilen konnte eine anfangs gemeinsam erörterte und verpflichtende Einbindung der Beteiligten in die curriculare Arbeit nicht erreicht werden. In solchen Fällen konnten die Lehrenden nicht hinreichend für die Gremienarbeit gewonnen und Fremddozentinnen und -dozenten nur in geringem Maße einbezogen werden. Auch eine unzureichende Einbindung von Praxisvertreterinnen und -vertretern erwies sich als Hemmnis für die Umsetzung der curricularen Arbeit.

Wenn die Einbindung beider Schulteams und aller weiteren Akteure in den curricularen Prozess gelang und die gängigen Projektmanagementregeln in Verbindung mit der Installation einer adäquaten Gremienstruktur beachtet wurden, waren dies wesentliche Erfolgsfaktoren für den Gesamtprozess. Damit war es möglich, schulinterne curriculare Entwicklungen

voranzubringen, in denen die Beteiligten ihre Erfahrungen einbrachten und der Prozess offen mit dem gesamten Team gestaltet werden konnte. Dies sicherte in der Wahrnehmung der Befragten den Transfer wesentlicher Elemente in das Team. Hierbei sollten den Lehrenden zufolge neben der Einbindung der Schulteams auch Fremddozentinnen und -dozenten einbezogen sein, damit diese den curricularen Prozess nachvollziehen und gleichzeitig ihre pädagogische Kompetenz weiterentwickeln können. Für die Schulkoperationen erwies es sich auch deswegen als bedeutsam, Vertreterinnen und Vertreter aus allen beteiligten Schulen einzubeziehen, weil damit ein gemeinschaftliches Entstehen für den Gesamtprozess bzw. das gemeinsame Engagement gefördert wurden. Dies konnte in einzelnen Modellen mittels Supervision gefördert und unterstützt werden, vorausgesetzt, die Bereitschaft der Lehrenden war vorhanden, sich mit den Berufen der Pflege und mit verschiedenen Ausbildungskulturen auseinanderzusetzen.

Die Praxisanleitenden hoben hervor, dass sie es als positiv, insbesondere als motivationssteigernd erlebten, wenn sie in den curricularen Prozess und die Gremienarbeit einbezogen wurden und sie Praxisaspekte in die curriculare Arbeit einbringen konnten. Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren bewerteten es als förderlich, auch die Rückmeldungen der Schülerinnen und Schüler in den Curriculumkonstruktionsprozess einzubeziehen und bei der Revision der Curricula zu beachten.

Der nachträgliche Kommunikationsaufwand zur Implementation eines Curriculums erhöhte sich nach den Erfahrungen der Projektbeteiligten erheblich, je geringer die Beteiligten in der Konstruktionsphase eingebunden waren. Im Rahmen der Revision beteiligten drei Modellprojekte auch die Schülerinnen und Schüler. Als Beispiel kann hier das Modellprojekt Bayern aufgeführt werden, das mittels schriftlicher Befragungen die Meinungen der Schülerinnen und Schüler zu Lernsituationen einholte und diese systematisch in den Revisionsprozess einbezog. Abgesehen vom Modellprojekt Nordrhein-Westfalen, das die gesamte Konstruktion des Curriculums in externe Hände vergab, aber in den Revisionsprozessen die Lehrenden einbezog, beteiligten alle anderen Modellprojekte Lehrende und vier Modellprojekte auch die Praxisanleitenden an der Curriculumkonstruktion.

Die Art und Weise der Kommunikation zwischen den Projektbeteiligten erwies sich hierbei wie auch in den Umsetzungsprozessen oftmals als wesentliche Ursache einer gelingenden oder weniger gelingenden Projektgestaltung. Wichtig sind nicht nur klare Kommunikationsstrukturen, die durch das Projektmanagement sicherzustellen sind, sondern auch die Einhaltung der guten Regeln der Kommunikation über den gesamten Projektverlauf. Diese haben verbindlich festzulegen, wer wann mit wem über was in welcher Art und Weise kommuniziert.

Als eine Voraussetzung für ein gelingendes Miteinander wurde der gegenseitige Respekt von Angehörigen der verschiedenen Pflegeberufe gesehen. In einigen Fällen war dieser nicht hinreichend ausgeprägt, wodurch es schwer war, frühzeitig zu einer gemeinsamen Ausbildungsphilosophie zu finden. Vorbehalte gegenüber dem jeweils anderen Pflegeberuf können auch dann manifest werden, wenn Angst vor einem Identitätsverlust der eigenen Berufsgruppe und vor den Folgen einer angestrebten Integration nicht von den Beteiligten angesprochen werden. Im Rahmen der gemeinsamen Arbeit innerhalb von Schulkoperationen

onen berichteten Teilnehmende mitunter, dass speziell den spezifischen Kompetenzen der Altenpflege die Anerkennung verweigert wurde.

Die fachliche Qualifikation erwies sich als eine wichtige Voraussetzung für die Projektumsetzung, insbesondere aber für die Konstruktion eines Curriculums. Eine entsprechende berufspädagogische Qualifikation der Beteiligten wurde von diesen durchweg als förderlich bewertet. Lehrende, die kein pflegepädagogisches Studium absolviert hatten, erachteten die Möglichkeit, sich im laufenden Prozess entsprechend zu qualifizieren, als sehr gewinnbringend. Erleichtert wurde die Curriculumentwicklung in den Schulen durch externe Unterstützung. Im Modellvorhaben konnten Beratungen der Begleitforschung in Anspruch genommen werden, teilweise wurde von den Modellen weitere externe Beratung hinzugezogen. In einigen Fällen war auch die Unterstützung durch die zuständigen Stellen in den Ländern hilfreich.

Die Modifikation eines als Ausgangsbasis genutzten, bestehenden Curriculums erwies sich in den Modellen, die diesen Weg einschlugen, als ein sehr aufwendiger Prozess, bei dem man sich durch die vorgegebenen Strukturen des Curriculums in der Entwicklung der eigenen Konzeption behindert fühlte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich folgende Aspekte als unverzichtbar für eine gelingende Curriculumkonstruktion und -umsetzung erwiesen haben:

- die Einbindung von Lehrenden, Fremddozentinnen und -dozenten, Praxisanleitenden und Schülerinnen und Schülern in den curricularen Konstruktionsprozess,
- hinreichende Zeit- und Personalressourcen für Entwicklung, Implementation und Revision der Curricula bzw. für den internen Curriculumprozess,
- die Kommunikation der Schulteams auf der Basis von Gleichberechtigung,
- eine berufspädagogische Qualifikation der Konstrukteure.

Die aufgezeigten Schwierigkeiten und Problemlösungen finden auch in dem Urteil der Projektleitungen Ausdruck, dass die Curriculumentwicklung zwar einerseits das problematischste, zugleich aber auch das innovativste Modellelement war.

4.1.5 Curriculumbewertung durch die Schülerinnen und Schüler sowie die Lehrenden

Gegen Ende der Ausbildung bewerteten die Schülerinnen und Schüler sowie die Lehrenden die Curricula unter differenzierten, auf ihre Situation zugeschnittenen Perspektiven. Die Schülerinnen und Schüler sollten zum einen darüber urteilen, ob die Lerneinheiten bzw. -situationen in einem sinnvollen Zusammenhang miteinander stehen (Lernfelder sinnvoll), zum anderen sollten sie einschätzen, ob sie sich dank dieser Lerneinheiten gut auf ihre künftige Berufstätigkeit vorbereitet sehen (Lernfelder förderlich für Qualifikation). Die Lehrenden sollten die einzelnen Lerneinheiten bzw. -situationen bewerten (Lerneinheiten gelungen) und beurteilen, ob diese zusammen ein optimales Curriculum ergeben (optimales Curriculum). Darüber hinaus sollten sie die relative Vollständigkeit der Curricula einschätzen (alles Wichtige thematisiert).

Unter beiden genannten Aspekten bewerteten die Schülerinnen und Schüler die Curricula zurückhaltend positiv. Erwartungsgemäß besteht zwischen den beiden Items ein hoch signifikanter Zusammenhang. Dass der Korrelationsfaktor allerdings einen Wert von $r = 0,574$ nicht überschreitet, belegt, dass die Schülerinnen und Schüler zwischen der Konsistenz des Curriculums und dem, was sie von dessen Elementen als Gewinn für sich realisieren können, durchaus differenzieren.

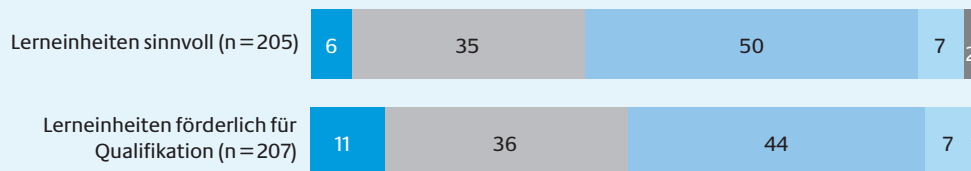
Insgesamt ist die Zustimmung zu dem Item „Lernfelder förderlich für Qualifikation“ etwas höher als die zu dem Item „Lernfelder sinnvoll“. Die Rate der negativen Bewertungen ist mit 8% bzw. 9% sehr niedrig und sie variiert nicht sehr stark über die Modelle hinweg. Deutliche Modell-differenzen liegen hier im jeweiligen Verhältnis von zustimmenden Antworten und Teils-teils-Antworten, deren Anteil insgesamt mit 44% bzw. 50% auffallend hoch ist (Übersicht 4.4).

Abgesehen von der zahlenmäßig kleinen Gruppe der Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zeigen sich bei beiden Fragestellungen zwischen den Berufsgruppen keine großen Differenzen. Festzustellen ist allenfalls eine leichte Tendenz dahingehend, dass die Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel Gesundheits- und Krankenpflege das Item „Lernfelder sinnvoll“ positiver bewerten als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler mit dem Berufsziel Altenpflege, während bei dem Item „Lernfelder förderlich für Qualifikation“ das Verhältnis zwischen den Berufsgruppen umgekehrt ist.

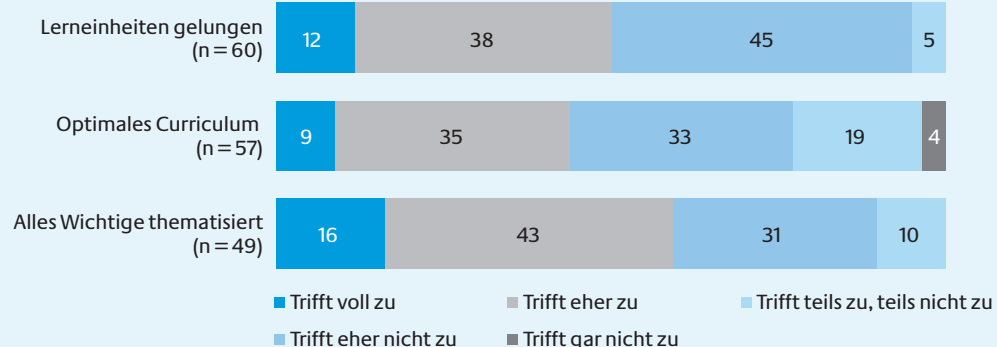
Auch die Lehrenden bewerteten die Curricula insgesamt recht positiv. Ähnlich wie bei den Schülerinnen und Schülern korrelieren bei ihnen die beiden Variablen „Lerneinheiten gelungen“ und „Optimales Curriculum“ mit $r = 0,600$ recht hoch; gleichwohl macht der Wert deutlich, dass die Summe der Lerneinheiten aus der Sicht der Lehrenden noch nicht notwendig ein konsistentes Curriculum ergibt. Dies belegt bereits die Randauszählung: Während nur insgesamt drei der Befragten in zwei Modellen, das sind 5%, das die Lerneinheiten betreffende Item negativ einschätzten, meinte immerhin fast ein Viertel der Befragten, dass die Lerneinheiten kein optimales Curriculum bilden.

Übersicht 4.4: Die Bewertung der Curricula durch die Projektbeteiligten zu Modellende
(Angaben in Prozent)

Schülerinnen und Schüler



Lehrkräfte



Die Einschätzungen differieren recht stark zwischen den Modellen. Berechnet man für die vier vorgenannten Items den Mittelwert und bringt diese in eine Rangfolge, liegen jeweils vier Modelle über bzw. unter dem Durchschnittswert, abgesehen von dem Item „Lernfelder sinnvoll“ in der Schülerbefragung, bei dem fünf Modelle über dem Durchschnitt und drei darunter liegen. In Übersicht 4.5 sind die überdurchschnittlich bewerteten Modelle über, die anderen entsprechend unter der durchlaufenden Linie angeführt. Das in Niedersachsen entwickelte Curriculum liegt bei allen vier Items über dem Durchschnitt. Bezüglich der einzelnen Lerneinheiten erreicht es aus Sicht der Lehrenden und der Schülerinnen und Schüler jeweils den Rangplatz zwei. Bezüglich der Gesamtkonzeption bzw. der von den Schülern eingeschätzten Sinnhaftigkeit des Zusammenhangs erreicht es jeweils Platz drei. Das extern erstellte Curriculum in Nordrhein-Westfalen wird von den Lehrenden in beiden Items auf Platz eins positioniert, eine Einschätzung, die von den Schülerinnen und Schülern offenkundig nicht geteilt wird. Umgekehrt schneidet das in Baden-Württemberg entwickelte Curriculum bei den Schülerinnen und Schülern sehr gut ab, wogegen die Lehrenden es eher zurückhaltend bewerten. Das Curriculum von Rheinland-Pfalz liegt bei allen Items über dem Durchschnitt, ähnlich wie das aus Bayern, welches nur bezüglich der von den Lehrenden eingeschätzten einzelnen Lerneinheiten den unter dem Durchschnitt liegenden Rangplatz fünf einnimmt.

Übersicht 4.5: Bewertung der Curricula in den Modellprojekten zu Projektende (Rangfolge)

Lehrende		Schülerinnen und Schüler	
Lerneinheiten gelungen	Optimales Curriculum	Lernfelder förderlich für Berufsanforderungen	Lernfelder sinnvoller Zusammenhang
NW	NW	BW	BW
NI	BY	NI	BY
RP	NI	RP	NI
BW	RP	BY	HE
			RP
Durchschnitt			
BY	ST	HE	NW
ST	HE	BE	ST
HE	BW	NW	BE
BE	BE	ST	

Ein – zumindest aus der subjektiven Sicht der Lehrenden – wichtiges Kriterium für die Angemessenheit eines Curriculums dürfte die relative Vollständigkeit der für die Berufspraxis relevanten Lerninhalte darstellen. Drei Fünftel der Lehrenden gaben an, dass zumindest annähernd alles Wichtige im Unterricht thematisiert werden konnte. Lediglich insgesamt fünf Personen in vier Modellprojekten, das sind zusammen 10 %, sahen größere Desiderate. Knapp ein Drittel sah teilweise Defizite im Angebot der Unterrichtsinhalte. Bei der Interpretation dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass der Befragungszeitpunkt zwar in der Schlussphase, aber noch vor dem Ende der Ausbildung lag, sodass anzunehmen ist, dass zu diesem Zeitpunkt wahrgenommene Lücken bis zum Ende der Ausbildung wenigstens zum Teil noch geschlossen werden konnten.

Falls die Lehrenden dem Item, das die relative Vollständigkeit betrifft, nicht voll zustimmten, sollten sie die Desiderate benennen und die möglichen Gründe (Zeitmangel, Curriculumkonzeption, Struktur/Organisation oder Sonstiges) angeben. Die Gründe dafür, dass Inhalte nicht berücksichtigt wurden, wurden in 31 Fällen in der Konstruktion des Curriculums gesehen, in 30 Fällen wurde Zeitmangel angegeben, 19 Mal wurden strukturelle bzw. organisatorische Ursachen dafür verantwortlich gemacht, jeweils einmal wurden die Teamsituation bzw. die unzulängliche Lehrerqualifikation genannt (Doppelnennungen waren möglich).

Für die insgesamt 49 genannten Inhalte, die aus Sicht der Lehrenden zu kurz kamen, lassen sich zwei große Gruppen mit jeweils 18 Nennungen bilden: Krankheitsbilder und Pflegebereiche bzw. Kompetenzen. Unter Krankheitsbilder fallen Nennungen zur Pflege bei bestimmten Erkrankungen, wobei kein bestimmter Schwerpunkt festzustellen ist, und drei Mal der Hinweis auf nicht behandelte Inhalte aus dem Bereich Psychologie/Psychoanalyse/Psychiatrie. Bei den Pflegebereichen/Kompetenzen sind Defizite bei der Altenpflege bzw. der in diesem Kontext besonders relevanten Tagesstrukturierung mit neun Erwähnungen relativ stark vertreten, die restlichen Nennungen betreffen die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (4), die ambulante Pflege (1) und den Bereich Salutogenese/Sozialmedizin/Beratung (4). Fünf Befragte sahen Pflegetheorien bzw. Pflegewissenschaft unzureichend im Unterricht behandelt, vier wiesen auf allgemeine oder spezielle Ausbildungsdefizite hin. Bezüglich der Berufssituation (3) wurden fehlendes Eingehen auf psychologische Belastungen der Pflegenden (2) und auf das berufliche Selbstverständnis (1) genannt. Schließlich mahnte eine Lehrkraft die nicht hinreichende Thematisierung von Qualitätsmanagement an.

Befragt nach dem innovativen Gehalt diverser Aspekte ihres Modells, vergaben die Projektleitungen im Rahmen des Abschlussmonitorings für die Curriculumentwicklung hohe Werte, abgesehen von Baden-Württemberg und Berlin, sodass im Durchschnitt aller Projekte die Curriculumentwicklung auf Rang eins der Innovationselemente platziert wurde. Schließlich gaben die Verantwortlichen aller Modellprojekte an, Elemente der Curricula für die beteiligten Schulen weiterentwickeln bzw. in die Regelausbildung übernehmen zu wollen.

Aber auch bei der Frage, in welchen Bereichen sich Umsetzungsprobleme ergaben, erzielt die Curriculumentwicklung, abgesehen von der offensichtlich noch problematischeren Außendarstellung des Modellprojekts, den höchsten Durchschnittswert von allen Problemfeldern. Aus Anmerkungen der Projektverantwortlichen in diesem Kontext wird deutlich, dass sich die Schwierigkeit der Aufgabe, ein eigenständiges Curriculum zu entwickeln, in den meisten Projekten zunehmend größer darstellte als anfangs angenommen. Erleichtert wurde die Curriculumentwicklung in einigen Modellen (Bayern, Sachsen-Anhalt, in der Schlussphase Rheinland-Pfalz) durch die Hinzuziehung externer Experten.

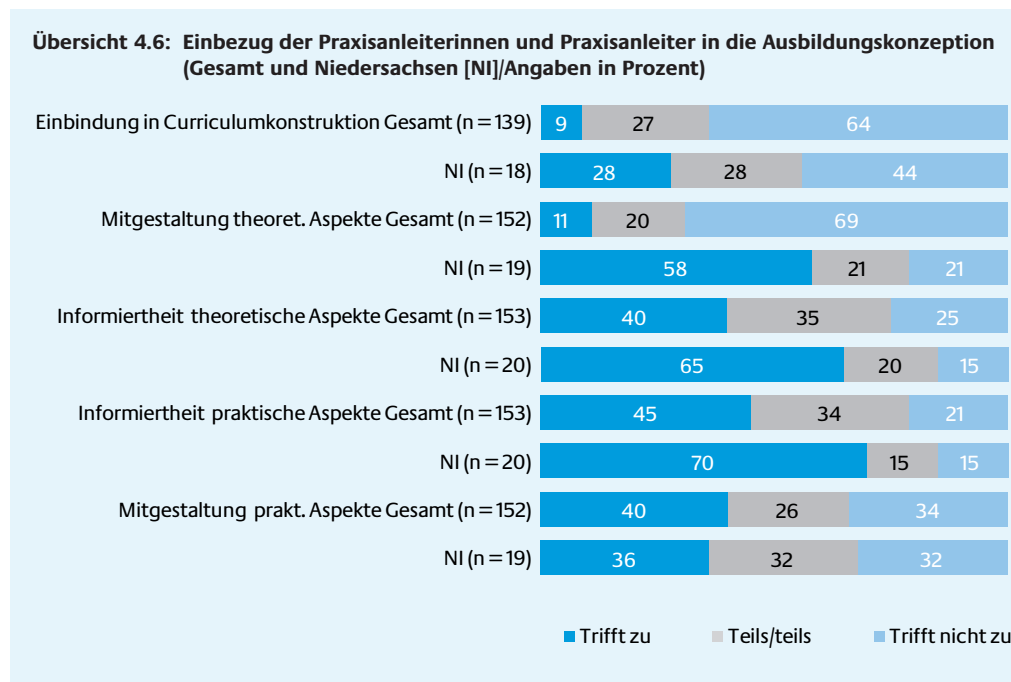
Die für die Curriculumentwicklung notwendige Gremienarbeit mit gemeinsamer Erarbeitung der Lernsituationen und die dadurch enge Zusammenarbeit sowie der Austausch der Lehrenden untereinander wurden, auch mit Hinweis auf die verbindliche und konstruktive Arbeitsatmosphäre, überwiegend positiv bewertet. Diese Kooperation wurde vielfach als „gelebte“ Gemeinsamkeit der Pflegeberufe erfahren.

Es kann das Fazit gezogen werden, dass in den Modellprojekten Curricula entwickelt wurden, die weitgehend sowohl von den Schülerinnen und Schülern als auch, in noch höherem Maße, von den Lehrenden als adäquate Basis für die Ausbildung angesehen werden. Die im Kontext der genannten Desiderate gemachten Einschränkungen, namentlich die in einigen Fällen als unzureichend empfundene Berücksichtigung von Altenpflegebelangen und der Zeitmangel, der Unterrichtsinhalte unter den Tisch fielen ließ, stellen nicht die Qualität der Curricula infrage. Aber sie sollten als Indikator dafür angesehen werden, dass es großer Anstrengungen bedarf, ein allen Anforderungen gerecht werdendes Curriculum für eine integrierte Pflegeausbildung zu konzipieren.

Einbeziehung der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter

Die Integration der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter in die Curriculumentwicklung und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten bei den theoretischen Aspekten der Modellausbildung waren in den meisten Modellen nicht sehr ausgeprägt. Eine Ausnahme bildete das Modellprojekt in Niedersachsen. Hier wurde sehr großer Wert auf die Einbindung der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter gelegt, die für ihre Mitwirkung in den einschlägigen Gremien auch honoriert wurden.

Übersicht 4.6 zeigt den Ausprägungsgrad diverser Aspekte der Integration von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern in die Modellkonzeption aus deren Sicht, wobei jeweils die Gesamtwerte aller Befragten und die der Beteiligten in Niedersachsen angegeben sind. Diese Aspekte sind: Einbindung in die Curriculumkonstruktion; Mitgestaltungsmöglichkeit bei theoretischen Aspekten der Modellausbildung; Informiertheit über praktische Aspekte der Modellausbildung; Informiertheit über theoretische Aspekte der Modellausbildung und Mitgestaltungsmöglichkeit bei praktischen Aspekten der Modellausbildung.



Nur eine kleine Minderheit aller Befragten, wenn man die Teils-teils-Antworten ausklammert, war in die Curriculumkonstruktion eingebunden (9%) bzw. hatte Mitgestaltungsmöglichkeiten bei theoretischen Aspekten der Ausbildung (11%). Auch die Informiertheit über theoretische Aspekte der Ausbildung ist mit 40% nicht sehr ausgeprägt. In Niedersachsen liegen diese Werte mit 28%, 58% bzw. 65% wesentlich höher.

Bei den praktischen Aspekten der Ausbildung nahmen insgesamt zwei Fünftel für sich Mitgestaltungsmöglichkeiten wahr und 45% sahen sich informiert. Ein Fünftel verfügte andererseits nicht über entsprechende Informationen, und ein Drittel war von der Mitgestaltung der praktischen Ausbildung ausgeschlossen. Auch in Bezug auf diese Praxisaspekte sind die Werte für Niedersachsen deutlich günstiger.

4.2 Lernorte und Lernortkooperationen

Im folgenden Kapitel werden der Lernort Schule und der Lernort Praxis betrachtet sowie deren Zusammenarbeit bzw. die Kooperationen zwischen Bildungseinrichtungen, die im Rahmen des Modellvorhabens eingegangen wurden. Ausschlaggebend für den Erfolg des Lernortes Schule ist die möglichst gelungene Umsetzung des zuvor konstruierten Curriculums. Ausschlaggebend für den Erfolg des Lernortes Praxis ist die möglichst gelungene Umsetzung der in den Curricula und in zusätzlichen Konzepten für die Praxis festgelegten Ziele, Methoden und Instrumente.

Unter Lernorten werden all jene Orte verstanden, deren Ziel es ist, geplantes oder auch beiläufiges Lernen zu ermöglichen. Sie beschreiben dementsprechend Bildungseinrichtungen sowie weitere Einrichtungen, Plätze und Situationen, in denen zum theoretischen und praktischen Lernen angeregt wird.⁴² Lernorte ermöglichen es den Schülerinnen und Schülern, sich neue Erfahrungen und neues Wissen anzueignen, indem sie Ausschnitte aus der Arbeitswirklichkeit aufbereiten und selbstständiges und kooperatives Lernen ermöglichen.⁴³

4.2.1 Lernort Schule

Der Lernort Schule hat den didaktischen Auftrag, im Rahmen der Curriculumkonstruktion Lernsituationen oder Lerneinheiten zu bilden, in Unterricht zu überführen und entsprechende Lern- und Lehr-Arrangements zu entwickeln, um das Ziel einer umfassenden Handlungskompetenz zu erreichen. Nicht alle Modelle operierten mit den Konzepten der Lernfeld- und Lernsituationsorientierung; sie waren aber gehalten, curriculare Ebenen zu unterscheiden und didaktisch zu bearbeiten. Dabei verwendeten sie teilweise die Konzepte Lernbereich und Themenbereich sowie Lerneinheit und Themenbaustein (s. hierzu auch die Beispiele in Kapitel III.).

Zunächst wird exemplarisch der Begriff „Lernsituation“ als ein elementarer Baustein des Lernortes Schule erklärt, bevor die Umsetzung der theoretischen Ausbildung in den Blick genommen wird. Lernsituationen gründen auf den didaktischen Intentionen der Situations-

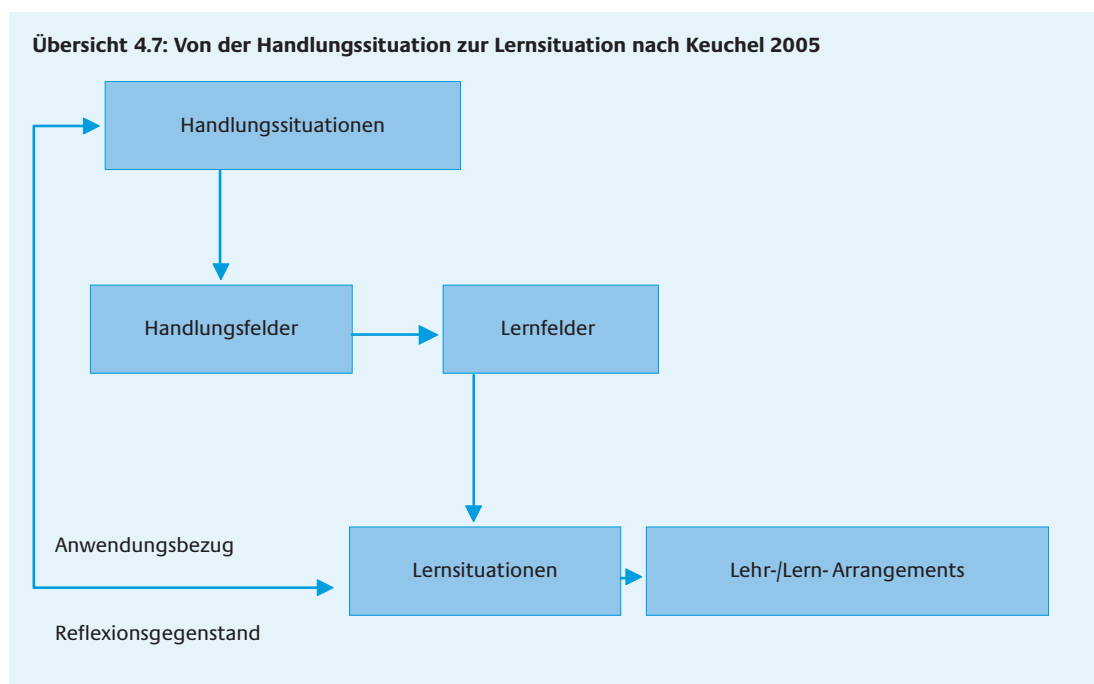
42 Köck, Ott 1994

43 Walkenhorst 2005

orientierung, der Persönlichkeitsorientierung sowie der Wissenschaftsorientierung und stellen die Forderung nach einem gesellschaftlichen Bezug.⁴⁴ Dementsprechend wendet sich der Blick von einer reinen „Input-Ebene“ hin zu den zu entwickelnden Kompetenzen bei den Schülerinnen und Schülern, deren Subjektbildung fokussiert wird. Fachwissenschaften dienen der Begründung situativer Handlungserfordernisse und -entscheidungen.

Handlungssituationen bilden die Grundlage, um Lernsituationen zu bilden. Innerhalb eines curricularen Transformationsprozesses stellen die Handlungssituationen hierbei gleichzeitig einen Bezug zu realen Anwendungen dar, sind aber auch als Reflexionsgegenstand für die gebildeten Lernsituationen zu nutzen.⁴⁵

Im Zuge dieses notwendigen curricularen Prozesses lassen sich aus den eruierten Handlungssituationen Handlungsfelder ableiten sowie notwendige Qualifikationen ermitteln. Diese können dann in kompetenzorientierte curriculare Strukturen, beispielsweise in Lernfelder, überführt werden. Diese Strukturen dienen als Grundlage für die zu entwickelnden Lernsituationen. Die Lernsituationen können bezogen auf ein einzelnes Lern- oder Themenfeld oder übergreifend generiert werden und greifen die spezifischen Kompetenzen und Inhalte auf. In ihrer Gesamtheit sollen Lernsituationen die Ziele der Lernfelder abbilden und deren Perspektiven aufnehmen.⁴⁶ Übersicht 4.7 stellt die strukturlogische Abfolge von der Handlungssituation zur Lernsituation dar.



Lernsituationen sind dementsprechend als curriculare Bausteine, die exemplarische Pflegesituationen beinhalten, zu verstehen. In ihnen werden handlungsorientierte Ziele und fachtheoretische Inhalte in einen Anwendungszusammenhang gebracht. Vorab ermittelte Vorgaben werden in Lern-/Lehr-Arrangements präzisiert. Diese Lern-/Lehr-Arrangements

⁴⁴ Keuchel 2005

⁴⁵ Ebd.

⁴⁶ Ebd.

können nach induktiv oder deduktiv gebildeten Fall- oder Problembeschreibungen gestaltet sein.⁴⁷ Da dies im Sinne der offenen Curriculaumgestaltung vollzogen wird, hatten die Lehrenden in den Modellprojekten viele Möglichkeiten, die Unterrichtsstruktur zu gestalten.⁴⁸

Am Beispiel der Vorgehensweise des Modellprojekts Rheinland-Pfalz, das im Begründungsrahmen die folgenden durchgängigen Strukturmerkmale der einzelnen Lernsituationen anführte, lässt sich die Konstruktion von Lernsituationen darstellen:

- | Lernfeld
- | Titel der Lernsituation
- | Zuordnung zu den Ausbildungsgesetzen
- | Semester- und Stundenvorgabe
- | Das im Mittelpunkt der Lernsituation Stehende
- | Lernvoraussetzungen/Verknüpfung mit anderen Lernsituationen
- | Kompetenzen für Lernort Schule und Lernort Praxis
- | Inhalte
- | Methodenempfehlungen
- | Lernaufgabe (Anlage)
- | Pflegesituationsbeschreibung
- | Literatur

Umsetzung des Curriculums in der theoretischen Ausbildung

Für den Lernort Schule bietet sich ein sehr differenziertes Bild bezüglich der Schwierigkeiten und günstigen Bedingungen für die Umsetzung des Curriculums. Das Fehlen ausreichender curricularer Strukturen zu Beginn, aber auch im weiteren Projektverlauf der Modellausbildung erschwerte die Planung und Durchführung von Unterricht. Durch unzureichend vorhandene Festlegungen hatten die Lehrenden keine klare Ausrichtung. Entsprechend entstanden Unsicherheiten im Lehrendenteam und Unklarheiten darüber, welche Ziele und Inhalte in der integrierten und welche in der differenzierten Phase verfolgt werden sollten. Hierfür wurden sowohl eine zu geringe Vorlaufzeit für die Curriculumkonstruktion als Ursache benannt als auch ein nicht ausreichend stringent durchlaufener curricularer Prozess mit einer entsprechend unzulänglichen Transformation in Unterricht.

Teilweise hemmten Ländervorgaben, die sich auf Prüfung und Unterricht bezogen, oder durch die Träger veranlasste Fusionsprozesse in den Schulen den Umsetzungsprozess. Ebenso wirkte sich bisweilen, so die Wahrnehmung der Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren in den Schulen, auch die Ausrichtung des Trägers aus, indem sich beispielsweise eine zu starke Medizinerorientierung in den Umsetzungsprozessen an den Schulen niederschlug.

Eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Umsetzung des Curriculums ist der interne Curriculumprozess, wie er in Kapitel 4.1 schon angesprochen wurde, d. h. die Transformation und Anpassung eines Curriculums an die schulinternen Gegebenheiten.⁴⁹ Ebenso ist die curriculare Steuerung über unterstützende Instrumente für die Entwicklung der Unter-

⁴⁷ Keuchel 2005

⁴⁸ Schewior-Popp 1998

⁴⁹ ebd.

richtswirklichkeit von Bedeutung. Sie ermöglicht sowohl den Schülerinnen und Schülern als auch den Lehrenden, Praxisanleitenden und Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren einen Überblick über die Basis der Ausbildungsprozesse.

Erleichtert wurde die Umsetzung der theoretischen Ausbildung am Lernort Schule durch die Unterstützung der pädagogischen Arbeit durch erfahrene Personen. Im Modellvorhaben erfolgte diese Unterstützung durch externe Beratung bei der Curriculumkonstruktion, in Form von Fortbildungen und auch durch die am Modellprojekt beteiligten Partner. Am effektivsten erschien den Beteiligten die pädagogische Unterstützung durch modellinterne kompetente und pädagogisch qualifizierte Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren.

Als besonders problematisch für die Umsetzung der Kompetenzorientierung in Unterricht stellte sich die unzureichende Einbindung von Fremddozentinnen und -dozenten heraus. Die Einführung der Dozentinnen und Dozenten in die neuen Anforderungen des kompetenzorientierten Lehrens konnte aus Zeitmangel häufig nicht mit vollzogen werden. Gerade exemplarisches Arbeiten stellte sich in der Zusammenarbeit mit diesen Dozentinnen und Dozenten als äußerst schwierig dar. Lernsituationen erfuhren eine nicht sinnvolle Fragmentierung, da externe Dozentinnen und Dozenten in der Regel nur an bestimmten Terminen zur Verfügung stehen. Ebenso hielten sich nicht immer alle Fremddozentinnen und -dozenten an verbindliche Absprachen, wodurch das gemeinsame Arbeiten ebenfalls erschwert wurde. Auch erwies sich eine hinreichende pädagogische Qualifikation der Fremddozentinnen und -dozenten ebenso wie der Praxisanleitenden als eine wichtige Voraussetzung, um den Herausforderungen einer neuen integrierten und kompetenzorientierten Ausbildung zu entsprechen.

Aus mehreren Gründen hatten die Lehrenden Probleme, das geforderte Prinzip der Exemplarik im Unterricht zu realisieren. Zum einen erschien ihnen die Identifikation von exemplarischen Inhalten nicht ausreichend, zum anderen hätten sie mehr Zeit benötigt, als zur Verfügung stand, um die Verknüpfung im Unterricht herzustellen. Zudem fiel es den Schülerinnen und Schülern schwer, einen Transfer zu realisieren.

Ebenso war es in der Wahrnehmung der Lehrenden ein Hemmnis für die Umsetzung des Curriculums, wenn die Schülerinnen und Schüler vorab nicht ausreichend vorbereitet waren und in Bezug auf neue selbstorganisierte Methoden wenig Übungsmöglichkeiten erhielten. Eine mangelnde Einbindung der verantwortlichen Personen in der Praxis in die Umsetzung des Curriculums verstärkte diese Problematik. Aufgrund der Stundenplansystematik war eine engere Verknüpfung mit der Praxis, beispielsweise in Form praktischen Unterrichts, häufig nicht möglich. Auch konnten Praxisanleitende aufgrund ihrer häufig knappen Zeitkontingente nicht in die schulische Ausbildung eingebunden werden. Dementsprechend wurden weniger Transfermöglichkeiten für die Schülerinnen und Schüler im Rahmen des theoretischen Unterrichts geschaffen.

Die Lernbiografie der Schülerinnen und Schüler ist aus Sicht der Lehrenden durch Frontalmethoden und Fachunterricht geprägt, was die Umsetzung selbstorganisierter Methoden erschwerte. Beobachtungen der Lehrenden zufolge wurden lernstarke Schülerinnen und Schüler durch selbstorganisierte Methoden stärker, lernschwache Schülerinnen und Schüler aber wurden eher noch schwächer.

Auf der anderen Seite wurde in den Expertengesprächen eine Reihe von neuen Inhalten und Methoden benannt, die zur erfolgreichen Umsetzung des Kompetenzkonzepts beitrugen und motivierten. Neue und sinnvolle Inhalte sind das Salutogenesekonzept, ökonomische und ökologische Schwerpunkte und Dilemmata der Pflege. Bei den neuen Methoden und Ansätzen stehen Verfahren im Vordergrund, welche die Kompetenzentwicklung, Eigenverantwortung und Reflexionsfähigkeit fördern. Folgende Methoden wurden hervorgehoben:

- | Die 3-Schritt-Methode
- | Schülerinnen und Schüler als Expertinnen und Experten
- | Fertigkeitentraining
- | Projektarbeit
- | Problemorientiertes Lernen (POL)
- | Rollenspiel/Szenisches Spiel

Die Lehrenden benannten weiterhin das Teamteaching als erfolgsfördernd für die Umsetzung des Curriculums, nicht zuletzt, weil gemeinsames Unterrichten die Auseinandersetzung mit dem Curriculum fördert. Um neue Methoden erfolgreich zu implementieren, war die enge Begleitung der Fremddozentinnen und -dozenten von besonderer Bedeutung. Hierbei haben sich Hospitationen und die Einbindung in das Teamteaching als erfolgreiche Strategien erwiesen. Außerdem gelang die Umsetzung neuer Methoden besonders gut, wenn die Lernenden selbst gewählte Projektthemen bearbeiten durften und sie eine dezierte Rückmeldung über ihre Leistungen erhielten.

Das Unterrichten in gemischten Kursen, die sowohl aus Altenpflegeschülerinnen und -schülern als auch aus Schülerinnen und Schülern aus der Gesundheits- und Krankenpflege und zu einem Teil auch aus der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bestanden, wurde in den Expertengesprächen positiv bewertet. Die Auseinandersetzung der Schülerinnen und Schüler mit Themen des jeweils anderen Berufsfeldes, die den Intentionen der neu konzipierten Curricula entsprach, wirkte sich auch auf die Arbeit in der Praxis förderlich aus.

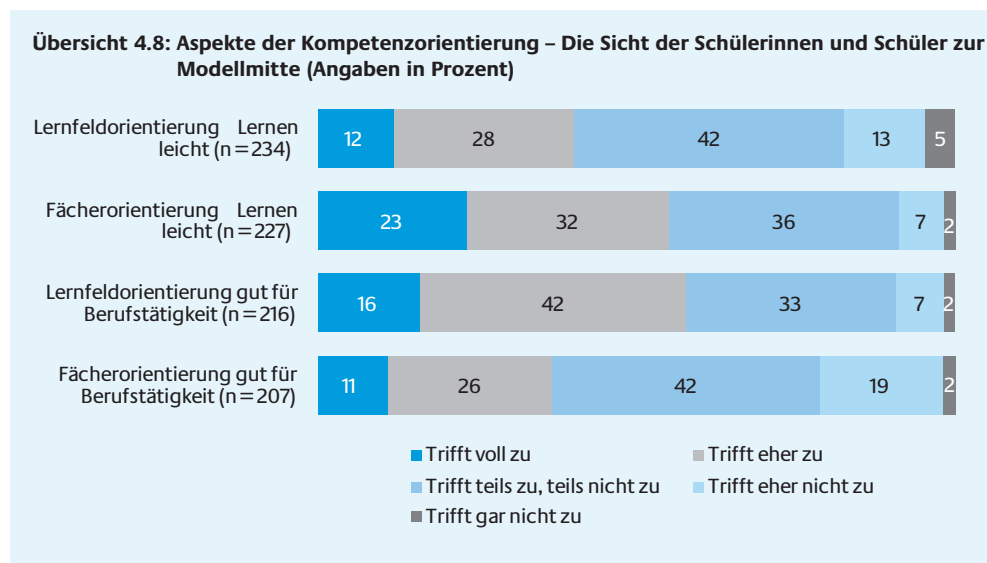
Die frühzeitige und möglichst systematische Verknüpfung von Theorie und Praxis wurde von Lehrenden und Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren als förderlich für die Umsetzung einer kompetenzorientierten theoretischen Ausbildung erfahren. Zum einen konnten in der Theorie problematische Praxissituationen in eigenen Reflexionseinheiten reflektiert werden, zum anderen wurde durch Expertinnen und Experten aus der Praxis im Unterricht eine besondere Praxisnähe gesichert, wodurch der Transfer von der Praxis in die Theorie ermöglicht wurde. Lehrende beschrieben zusätzlich, wie durch die Begleitung der Praxisanleiterinnen und -anleiter auch die Unterrichtsgestaltung positiv beeinflusst wurde. Das Erkennen und Erleben typischer Situationen aus der Praxis unterstützte die Handlungsorientierung im Unterricht.

Aufgrund ihrer durch Frontalunterricht geprägten Lernbiografie stellte auch die Umstellung auf eine kompetenzorientierte Ausbildung für die Schülerinnen und Schüler eine große Herausforderung dar. Dies gilt in ähnlicher Weise für die Lehrenden und Praxisanleitenden, die ihr berufliches Handeln an dem neuen Paradigma zu orientieren hatten.

In den Übersichten 4.8 und 4.9 werden einige nur zur Projektmitte erfragte Einstellungsaspekte zur Kompetenzorientierung seitens der Schülerinnen und Schüler und der Lehrenden dargestellt. Entsprechende Informationen bezüglich der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter finden sich im Kapitel 4.2.2. Dass die Kompetenz- bzw. Lernfeldorientierung offenkundig höhere Anforderungen an die Schülerinnen und Schüler stellt, wird deutlich im Vergleich der Zustimmungsraten zu den Statements, bei Lernfeldorientierung bzw. bei Fächerorientierung falle das Lernen leicht. Der Aussage, dass bei der Lernfeldorientierung das Lernen leicht fällt, stimmten zur Modellmitte 12% der Schülerinnen und Schüler, die hierzu eine Meinung hatten, voll und 28% eingeschränkt zu. Bezüglich der Fächerorientierung war die Zustimmung mit 23% bzw. 32% deutlich ausgeprägter.

Die pädagogische Effizienz wird aber insgesamt spiegelbildlich eingeschätzt. Die Schülerinnen und Schüler sollten Fächer- und Lernfeldorientierung vor der Folie schulischer und ggf. früherer in der Berufsausbildung gemachter Erfahrungen reflektieren und im Hinblick darauf zum einen die Lernfeldorientierung, zum anderen die Fächerorientierung bezüglich der Entwicklung ihrer späteren beruflichen Fähigkeiten beurteilen. Dabei geben sie der Lernfeldorientierung klar den Vorzug gegenüber dem alten pädagogischen Prinzip: 58% meinten, jene gewährleiste eine gute Berufsvorbereitung, gegenüber 37%, die dies der Fächerorientierung zubilligten; die Rate der Teils-teils-Antworten betrug 33% für die Lernfeld- und 42% für die Fächerorientierung, die negativen Bewertungen haben die Größenordnung von 9% bzw. 21%.

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass die Lernfeldorientierung, bei der die Schülerinnen und Schüler in höherem Maße gefordert sind, immerhin von mehr als der Hälfte der Schülerinnen und Schüler als angemessene Vorbereitung auf den Beruf anerkannt wird. Dabei bewerteten die Schülerinnen und Schüler, denen nach eigener Einschätzung das Lernen schwerfällt, die Kompetenzorientierung weniger positiv als die lernstarken Schülerinnen und Schüler. Das korrespondiert mit den beschriebenen Erfahrungen der Lehrenden.



Der größte Teil der Lehrenden (67% der Befragten in der Erhebung zur Modellmitte) wurde erst im Modellprojekt mit dem Kompetenzprinzip konfrontiert. Die Umstellung auf die Lernfeld- bzw. Kompetenzorientierung, der Einsatz neuer Lehr-/Lernmethoden sowie der Umgang mit der neuartigen Lehr- und Lernorganisation und nicht zuletzt die Mitwirkung an der Konstruktion des neuen Curriculums lösten bei den Lehrenden beträchtliche Wandlungsprozesse aus. Bereits nach etwa einem halben Jahr im Modellprojekt, wie die erste, explorativ konzipierte Befragung ergab, stellte ein großer Teil der Lehrenden in ihrer Arbeitssituation, in ihrem Verhältnis zu den Kolleginnen und Kollegen und bei sich selbst Veränderungen fest: An erster Stelle wurde in diesem Zusammenhang die Intensivierung von Kommunikation bzw. Kooperation genannt, sodann wurden ein Kompetenzzuwachs und eine Anreicherung personaler Ressourcen wahrgenommen. Ebenso sahen viele, dass sich ihre Rolle als Lehrerin oder Lehrer verändert hat, hin zur Lernbegleiterin bzw. zum Lernbegleiter.

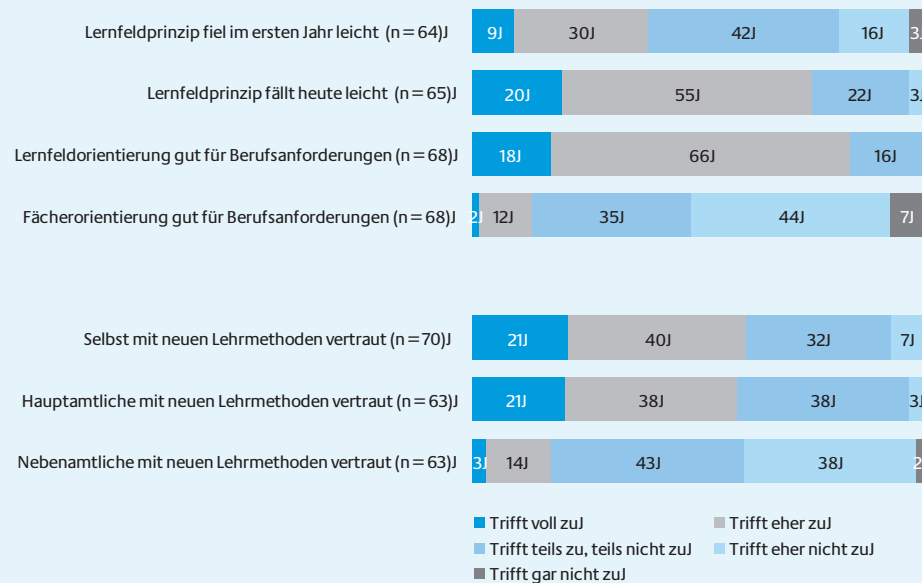
Zur Modellmitte meinten im Rückblick auf das erste halbe Jahr nur 39%, darunter auch viele derer, die schon vor dem Modellprojekt einschlägige Erfahrungen gemacht hatten, dass ihnen damals das Unterrichten nach dem Lernfeldprinzip leichtgefallen war. 42% der Lehrkräfte war es nur teilweise leicht- und 19% war es schwergefallen. Die Antworten auf die Frage, ob ihnen zu Modellende das Unterrichten nach dem neuen Prinzip leichtfiel, belegten einen deutlichen Wandel. Lediglich 3% der Lehrenden gaben jetzt an, dass ihnen das Unterrichten nach dem Lernfeldprinzip nicht leichtfiel. Einer Minderheit von 22% fiel es teils leicht, teils schwer, die restlichen 75% dagegen fanden es leicht. In dieser Verteilung sind die 7% der Befragten, die hierzu keine Meinung haben, nicht berücksichtigt.

Mit dieser Anpassung an das neue Prinzip geht die Vorstellung einher, dass das Konzept auch eine gute Ausbildungsgrundlage darstellt. Dem entsprechenden Item stimmten 66% derer, die eine Meinung dazu haben, eingeschränkt und 18% uneingeschränkt zu, 16% nahmen eine abwägende Position ein, Ablehnung wurde von keiner bzw. keinem der Befragten geäußert. Dagegen wurde die traditionelle Fächerorientierung nun überwiegend skeptisch gesehen. Nur für eine kleine Minderheit von 14% war sie weiterhin eine gültige Alternative. Etwa ein Drittel der Befragten konnte der Fächerorientierung zumindest teilweise etwas Positives abgewinnen, aber 51% sahen das pädagogische Konzept, das etwa ein Jahr zuvor noch „Arbeitsgrundlage“ gewesen war, im Hinblick auf die Vorbereitung für die spätere Berufstätigkeit inzwischen als ungeeignet an.

Damit wird deutlich, dass innerhalb einer kurzen Zeitspanne ein beträchtlicher Wandel stattgefunden hat: Die Kompetenzorientierung wird von den allermeisten Lehrenden als pädagogische Grundlage anerkannt, aber die zu konstatierenden Vorbehalte können als Indiz dafür gewertet werden, dass es Themen gibt, in denen die traditionelle Orientierung gewisse Stärken ausspielen kann.

Mit neuen für die Umsetzung des Lernfeldprinzips bedeutsamen Lernmethoden, waren – der eigenen Einschätzung zufolge – 61% der Lehrenden vertraut, wenn man die Angaben „kann ich nicht sagen“ ausklammert. Die entsprechende Einschätzung für die hauptamtlichen Kolleginnen und Kollegen bewegte sich in vergleichbarer Größenordnung, aber nicht einmal ein Fünftel der Befragten schrieb den Nebenamtlichen die entsprechende pädagogische Kompetenz zu.

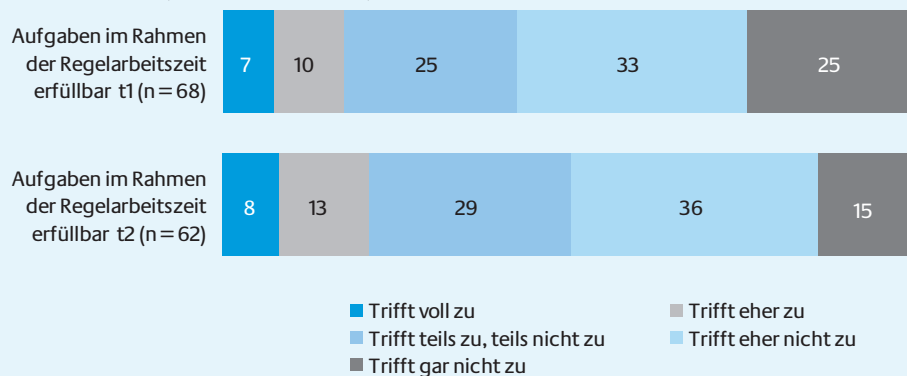
Übersicht 4.9: Aspekte der Kompetenzorientierung – Die Sicht der Lehrenden zur Modellmitte (Angaben in Prozent)



Die Modellsituation bzw. das Engagement für das Modell bedeuteten für die Lehrenden eine beträchtliche Arbeitsbelastung. Fast alle Lehrerinnen und Lehrer erwarteten bei der ersten Befragung eine – gegenüber ihrer bisherigen Lehrtätigkeit – höhere Arbeitsbelastung (Übersicht 4.10). Die in den Antworten genannten vielfältigen Gründe für die höhere Arbeitsbelastung lassen sich in drei annähernd gleich relevanten Gegenstandsbereichen bündeln: So entstanden erhebliche Mehrbelastungen der befragten Lehrenden durch deren Beteiligung an der Entwicklung von Ausbildungskonzeption und Curriculum. Vor allem machten die Orientierung am Lernfeldkonzept und die damit verbundene Umstellung besondere Anstrengungen notwendig. Die Mehrbelastungen im Bereich Unterrichtskonzeption und Unterrichtsvorbereitung sind u. a. verknüpft mit den Stichworten: fächerübergreifender Unterricht, Anpassung bisheriger Unterrichtsmaterialien, Auseinandersetzung mit neuen Methoden oder Konstruktion von Lernsituationen. Schließlich resultierte auch aus der Modellsituation und der damit verbundenen Projektorganisation – genannt wurden beispielsweise Arbeitsaufwand für Dokumentation, Teamsitzungen, Lenkungsgruppentreffen – eine nicht zu unterschätzende Mehrarbeit.

Quantitativ erfasst wurde die Arbeitsbelastung der Lehrenden zu Modellmitte und Modellende, indem sie operationalisiert wurde als Möglichkeit, die Aufgaben im Rahmen der Regelarbeitszeit erfüllen zu können. Zur Modellmitte gaben lediglich 17% der Lehrenden, die hierzu eine Meinung hatten, an, ihre Aufgaben im Rahmen der Regelarbeitszeit erfüllen zu können. Dieser Anteil ist in der Befragung zu Modellende mit 21% geringfügig höher. Dass das Arbeitspensum teilweise in der Regelarbeitszeit leistbar sei, gaben 25% bzw. 29% an, während 58% bzw. 51% mehr oder weniger deutlich über die Regelarbeitszeit hinaus mit Arbeit belastet waren.

Übersicht 4.10: Arbeitsbelastung der Lehrenden zur Modellmitte und zum Modellende
(Angaben in Prozent)



4.2.2 Lernort Praxis

Ein umfassender Erwerb der beruflichen Handlungskompetenz kann nicht allein durch die Theorie geleistet werden, sondern bezieht immer auch die Praxis ein. Kompetentes Handeln zeigt sich in realen Situationen und muss sich in der Wirklichkeit immer wieder bewähren. Die praktische Ausbildung spielt damit eine wesentliche Rolle, denn nur in ihr können die Schülerinnen und Schüler in konkreten beruflichen Situationen angemessen handeln lernen und berufliche Handlungskompetenz und Erfahrung erwerben. Bei der Praxisgestaltung ist es von großer Bedeutung, dass die Theorie handlungswirksam in die Praxis transferiert wird. In den entsprechenden Rechtsgrundlagen sind folgende Aussagen zum Lernort Praxis verankert:⁵⁰

- Die Gesamtverantwortung für theoretische und praktische Ausbildung liegt bei der Schule.
- Die Verortung der Praxisanleiterinnen und -anleiter liegt bei den Trägern der praktischen Einrichtungen.
- Die Praxisanleitung der Schülerinnen und Schüler wird durch Praxisanleitende sichergestellt.
- Die Praxisbegleitung der Schülerinnen und Schüler wird durch Lehrende sichergestellt.
- Lehrende haben neben der Aufgabe der Begleitung der Schülerinnen und Schüler in der Praxis auch die Aufgabe der pädagogischen Beratung der Praxisanleiterinnen und -anleiter.

Damit wird deutlich, dass sich im Rahmen der praktischen Ausbildung die Vertreterinnen und Vertreter der Bildungseinrichtungen und die der Praxis um eine kompetenzorientierte Ausbildung bemühen müssen. Praxisanleitung der Schülerinnen und Schüler durch Praxisanleiterinnen und -anleiter, Praxisbegleitung der Schülerinnen und Schüler durch Lehrende sowie Beratung der Praxisanleitenden durch Lehrende sind sicherzustellen. Die Bildungseinrichtungen sind im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung verantwortlich für die Prozesse der praktischen Ausbildung. Durch die Forderungen der Berufsgesetze nach einem umfassenden Pflegeverständnis stehen die Bildungseinrichtungen zusätzlich vor der Herausforderung, neue Praxisorte zu akquirieren, die entsprechende Lernmöglichkeiten bieten.

⁵⁰ AltPflPrV inklusive Begründungsanteil 2003, KrPflAPrV inklusive Begründungsanteil 2003

Bei der Evaluation der praktischen Ausbildung wurde zunächst untersucht, in welcher Weise im Begründungsrahmen des jeweiligen Curriculums und in den Praxisplanungen Ziele und Instrumente festgelegt worden sind, wie die Beratung der Praxisanleitenden gestaltet worden ist und welche neuen Praxisorte für die Ausbildung rekrutiert wurden.

Gerade am Lernort Praxis ist die Förderung der Motivation der Beteiligten ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Umsetzung des Ausbildungskonzepts. Diese Motivationsförderung erfolgte beispielsweise, indem Lehrende und Praxisanleitende eng in die Umsetzung eingebunden wurden und Transparenz für alle Beteiligten geschaffen wurde. Für Praxisanleiterinnen und -anleiter wurden dazu mitunter im laufenden Projekt Informationen und Fortbildungen bzw. eine Vorbereitung im Vorfeld des Modellprojekts angeboten.

Neben der Steigerung der Motivation wurde mit diesen Angeboten auch eine Erhöhung der Qualifikation der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter erzielt, an deren pädagogische Kompetenzen die neue Ausbildung sehr hohe Anforderungen stellt. Die Modellprojekte boten dementsprechend Praxisanleitertreffen in unterschiedlicher Häufigkeit an. Darüber hinaus wurden beispielsweise in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt zusätzliche Fortbildungsangebote für pädagogische Themen geschaffen oder in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen eine Beratung zu Anleitungsmethoden in der Praxis angeboten. Auch wurde Praxisanleitenden die Möglichkeit gegeben, im Unterricht zu hospitieren und sich so über die theoretischen Grundlagen und Inhalte, die für die Praxisanleitung bedeutsam waren, zu informieren.

Praxiskonzept zur Begleitung und Anleitung der Schülerinnen und Schüler
Wie in Kapitel 4.1 ausgeführt, stellt ein Curriculum die didaktische Fundierung für die theoretische und die praktische Ausbildung dar. Die Planung der praktischen Ausbildung sollte auf der Grundlage der genannten didaktischen Prinzipien eine umfassende Förderung der Schülerinnen und Schüler auch in der Praxis fokussieren. Um dem zu genügen, müssen die Instrumente für die Theorie-Praxisverknüpfung konzeptuell so aufeinander abgestimmt sein, dass sie ein konsistentes Praxiskonzept bilden.

Die Begleitforschung generierte anhand der Instrumente der Modellprojekte eine Reihe von Kategorien zur umfassenden Theorie-Praxis-Vernetzung. Hierbei sind die Instrumentengruppen nicht trennscharf zu definieren, da bestimmte Instrumente mehrere Intentionen abdecken können. Ein Konzept zur Theorie-Praxis-Vernetzung sollte aber über einen Kanon an Instrumenten verfügen, die in ihrer Gesamtheit alle Intentionen abdecken. Erst dann kann von einem bestehenden Praxiskonzept gesprochen werden. Die Kategorien zur Theorie-Praxis-Vernetzung und die zugehörigen Instrumente sind:

- Schaffung von Transparenz durch Instrumente, die den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern, den Lehrenden sowie den Schülerinnen und Schülern einen Einblick in die theoretische und praktische Ausbildung und in die individuellen Leistungen der Schülerinnen und Schüler ermöglichen. Beispiele hierfür sind Tätigkeitskataloge, Unterrichtsprotokolle für die Praxis, Blockübersichten, individuelle Zielvereinbarungen oder protokollierte Praxisbesuche.

- **Strukturierung von Reflexion durch Instrumente:** Reflexionen können von der Schülerin oder dem Schüler alleine vorgenommen oder durch Lehrende bzw. Praxisanleiterinnen oder Praxisanleiter unterstützt werden. Beispiele hierfür sind kriteriengestützte Leitfäden, Praxisreflexionsbögen, Lerntagebücher, Lernberatungen, das Kompetenzrad oder Lernaufgaben.
- **Schaffung von Lernsituationen in der Praxis durch Instrumente,** die eine systematische Aufbereitung bestimmter Lerninhalte in realen pflegerischen Situationen ermöglichen. Den Lernenden wird anhand einer festgelegten Methode ein Lerngegenstand in der Praxis nahegebracht. Beispiele hierfür sind Praxisaufgaben, Pflegevisiten, die 3-Schritt-Methode oder Formen der Demonstration.
- **Strukturierung der Lernstandsrückmeldungen durch Instrumente mit der Funktion,** dass Schülerinnen und Schüler ihren Leistungsstand und ihre besonderen Stärken oder Schwächen kennen. Beispiele hierfür sind Beurteilungsbögen für eine konkret überprüfte Situation in der Praxis oder Bewertungen des gesamten praktischen Einsatzes.

Sind alle diese Ausrichtungen im Instrumentenkanon des Modellprojekts berücksichtigt, geht die Begleitforschung von einem bestehenden Praxiskonzept aus. Alle Modellprojekte haben Konzepte im vorgenannten Sinne erstellt.

Die Praxislernorte

In der praktischen Ausbildung findet ein Einbezug „klassischer“ und neuer Arbeitsfelder statt, die im Rahmen der curricularen Berufsfeldanalyse bestimmt wurden. Die Forderung nach Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation soll sich in der Auswahl der Praxisorte niederschlagen. Alle Modelle boten Praxislernorte für Kuration, Rehabilitation und Palliation an. Im Arbeitsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention erschlossen vier Modelle Praxislernorte für ihre Schülerinnen und Schüler. Weitere Beispiele sind Übersicht 4.11 zu entnehmen.

Übersicht 4.11: Neue Praxislernorte

Palliativstation/Hospiz	...	Rehabilitationsklinik	...
Beratungszentren	...	Sozialdienst	...
Gesundheitsamt	..	Entlassungsmanagement	..
Heiltherapeutische Einrichtungen	..	Ambulanter Hebammendienst	•
Bestattungsinstitut	•	Hygieneabteilung	•
Rettungsstellen	•	Obdachlosenfürsorge	•

- = bei 1–2 Modellen
- .. = bei 3–5 Modellen
- ... = bei 6–8 Modellen

Als Beispiel für die Vorgehensweise wird die Einsatzplanung des Modellprojekts NRW vorgestellt (Auszug aus dem Schlussbericht des Modellprojekts).

Die Einsatzplanung orientierte sich weitestgehend an den Vorgaben des Curriculums. Jede Abteilung hat mindestens eine Praxisanleiterin/einen Praxisanleiter (mit ausgewiesener Weiterbildung) für das Modellprojekt zur Verfügung gestellt. In den Hospitationseinrichtungen wurden definierte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner benannt. Die Strategien der pflegerischen Tätigkeiten in den spezifischen Feldern sind sowohl präventiv, kurativ, rehabilitativ als auch palliativ ausgerichtet.

Die Schülerinnen und Schüler absolvierten ihre praktischen Einsätze in folgenden Feldern:

- zwei Einsätze in Einrichtungen der Altenhilfe mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung (stationäre Altenhilfe, gerontopsychiatrische Schwerpunktsetzung, teilstationärer Bereich – Tagespflege, Kleingruppenbetreuung, gruppenübergreifender Dienst),
- zwei Einsätze in der Gesundheits- und Krankenpflege mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung (Innere Medizin, Orthopädie, Chirurgie),
- zwei Einsätze in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung (Frühgeborene, Säuglinge, Klein- und Schulkinder, Wöchnerinnen),
- ein Einsatz im ambulanten Dienst,
- ein Einsatz in der stationären Psychiatrie (Allgemeine Psychiatrie, Suchtmedizin, Allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrie),
- zwei Hospitationseinsätze.

Die Umsetzung einer kompetenzorientierten und integrierten Ausbildung am Lernort Praxis war in hohem Maße von den strukturellen Bedingungen der Praxiseinrichtungen tangiert. Die Qualität der praktischen Ausbildung war wesentlich abhängig von den curricularen Grundlagen und der Kooperationsbereitschaft von Lehrenden und Praxisanleitenden.

Laut der befragten Expertinnen und Experten war unter den derzeitigen Rahmenbedingungen die pflegerische Ausbildung in der Praxis nicht adäquat zu realisieren. Die knappen zeitlichen und personellen Ressourcen sowie die fehlende Freistellung von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern wirkten sich insbesondere auf deren Arbeit mit den Schülerinnen und Schülern negativ aus. Im Rahmen der praktischen Ausbildung fänden sich zurzeit nicht genügend Freiräume, in denen Schülerinnen und Schüler gezielt angeleitet werden. Darüber hinaus waren die Gelegenheiten, Praxiserfahrungen zu sammeln, eingeschränkt. So hatten die Schülerinnen und Schüler nicht immer genügend Gelegenheit, Fertigkeiten gezielt auch in der Praxis einzuüben. Besonders häufig wurde weiterhin von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass kurze praktische Einsätze das Einarbeiten in den Einrichtungen erschwerten. Praxisanleitende meldeten zudem zurück, dass die Schülerinnen und Schüler zu wenig Einsätze in der „originären“ Pflege hatten und im Besonderen im Bereich des gewählten Berufsabschlusses.

Personenbezogene Betreuung war für die Schülerinnen und Schüler eher schwer zu erlernen, da sie wenig entsprechende Praxiserfahrungen machen konnten. Vielmehr erfuhren sie im Rahmen der derzeitigen praktischen Ausbildung teilweise eher funktionale Pflege. Erworbene theoretische Kenntnisse konnten dementsprechend nicht in praktisches Handeln überführt werden. Schülerinnen und Schüler wurden auf den Stellenplan angerechnet und waren demzufolge eher Arbeitskräfte als Lernende. Aussagen der Lehrenden legen die Annahme nahe, dass deren Einflussmöglichkeiten auf die praktische Ausbildung in Institutionen der Altenpflege geringer sind als in denen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren und Lehrenden zufolge erschwerte eine hohe Anzahl an Kooperationspartnern in der Praxis den Austauschprozess zwischen Schule und Praxis. Eine weitere Schwierigkeit sahen die Lehrenden in der Trägerschaft der Praxiseinrichtungen. Sind Bildungsträger und Praxiseinrichtung nicht über denselben Träger miteinander verbunden, so sind bei auftretenden Problemen Interventionen auf dem „kleinen Dienstweg“ nicht möglich.

Der Austausch zwischen Vertreterinnen und Vertretern der theoretischen und praktischen Ausbildung ist eine Voraussetzung für die Umsetzung der praktischen Ausbildung. Personen aus allen befragten Gruppen (Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren, Lehrende, Praxisanleitende) berichteten von unzureichender Kooperation, Zeitmangel und unklaren Verantwortlichkeiten. Mangels ausreichenden Informationsflusses wurden Lernstände und Lernprozesse der Gruppe der Lernenden, aber auch einzelner Schülerinnen und Schüler mitunter nicht zwischen Schule und Praxis kommuniziert. Verstärkt traten Kooperations- und Kommunikationsprobleme auf, wenn keine Person verantwortlich den Prozess an den Schnittstellen zwischen den beiden Lernorten koordinierte. Ungeachtet der strukturellen Probleme berichteten alle befragten Gruppen, dass gemeinsame Kommunikation und Reflexion, die geplant, aber auch bei Bedarf erfolgten, sich als hilfreich erwiesen hatten.

Auch eine gute Qualifikation der Praxisanleitenden und deren hohe Motivation trugen zum Erfolg der praktischen Ausbildung in den Modellprojekten bei. Insgesamt betreuten die Praxisanleiterinnen und -anleiter die Schülerinnen und Schüler praxisnah und mit großem Engagement. Außerdem zeigten sie sich sehr interessiert an Schulungen und Weiterbildung.

Derart motivierte und qualifizierte Praxisanleitende wirkten zudem als Multiplikatoren für die Pflegenden in den Einrichtungen, indem sie Informationen zur Ausbildung in das Team einbrachten. Weiterhin erwies es sich als hilfreich, wenn sich die Beschäftigten an den Praxisorten aufgeschlossen gegenüber der neuen Ausbildungsform zeigten und die Implementation dieser Ausbildung entsprechend motiviert umsetzten. Als förderlich erwies es sich aus der Sicht der Verantwortlichen, Praxisorte gezielt auszuwählen, d. h. Einrichtungen zu bevorzugen, die neuen Konzepten und Instrumenten gegenüber ein Interesse sowie Engagement bei der Erprobung signalisierten.

Ebenso wie die theoretische wurde auch die praktische Ausbildung erschwert, wenn nicht schon zu Beginn der Ausbildung ein Curriculum bestand, beziehungsweise wenn das Curriculum nur in einem Anfangsstadium vorlag. Dies führte zu mangelnder Transparenz und fehlender Sicherheit bei allen Beteiligten.

Misslich war auch die Einführung von Instrumenten im Rahmen der praktischen Ausbildung, die noch nicht optimal ausgestaltet waren und z. B. eine adäquate Beurteilung der Schülerinnen und Schüler erschwerten. Es stellte sich als ungünstig heraus, wenn neue Instrumente zuvor nicht mit Vertreterinnen und Vertretern der Praxis entwickelt oder zumindest abgestimmt waren. Eng damit verbunden erwies es sich als Hemmnis für den Lernprozess der Schülerinnen und Schüler, wenn Instrumente nicht kontinuierlich eingesetzt wurden oder Praxiseinsätze nur unzureichend reflektiert werden konnten. Systematisch entwickelte und logisch aufgebaute Praxisplanungen und Instrumente, die

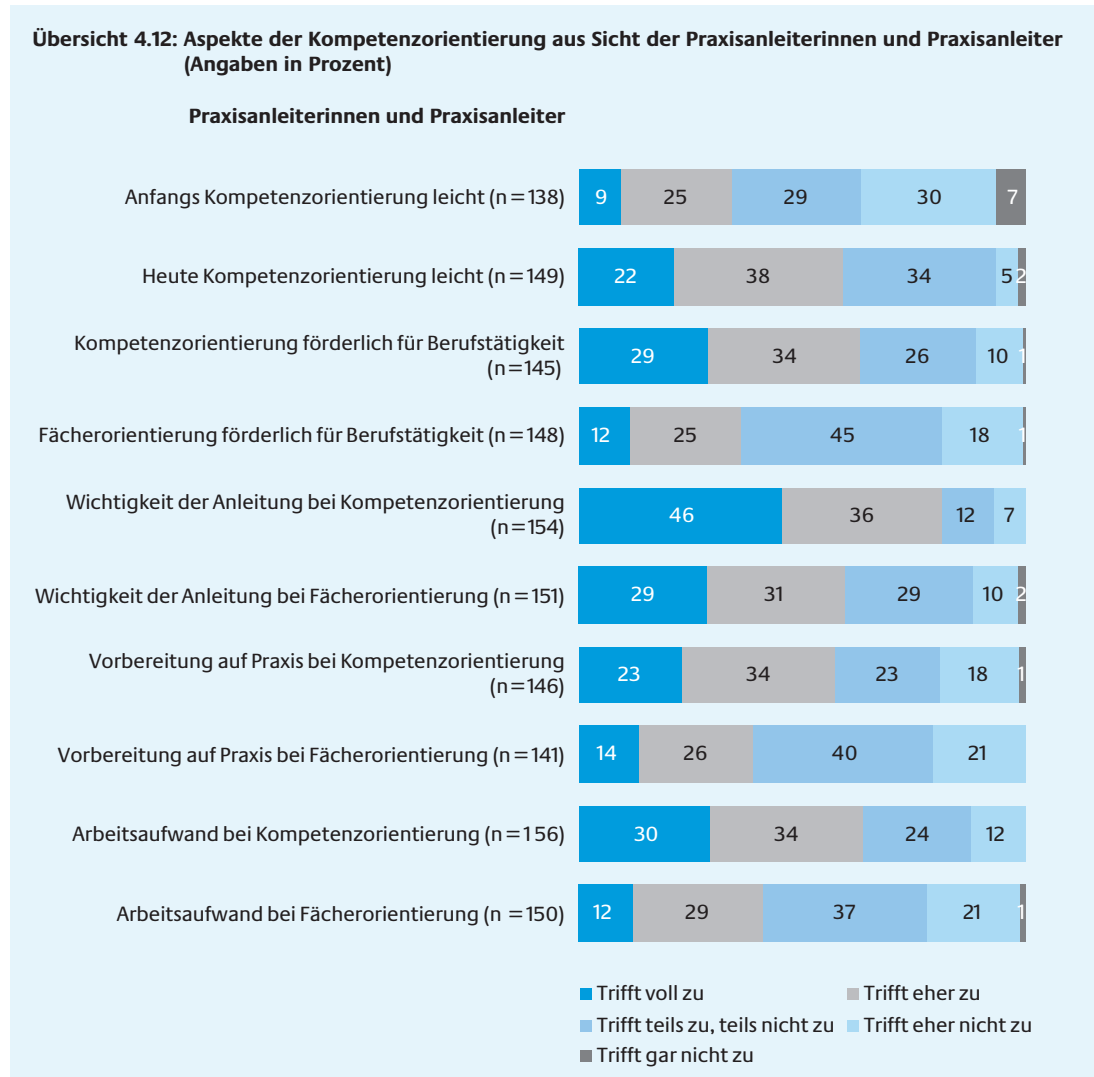
sich in der Praxis leicht implementieren und adaptieren ließen, überzeugten die Pflegekräfte in den Einrichtungen. Bei Verwendung praxisnaher Instrumente fühlten sich die Praxisanleitenden in höherem Maße mitverantwortlich für den Lernprozess der Schülerinnen und Schüler. Auch die Lernenden selbst entwickelten dann eine höhere Eigenverantwortlichkeit. Strukturierte und verständliche Verfahren schafften Transparenz und erwiesen sich ebenso als lernfördernd wie eine methodische Vielfalt der Praxisinstrumente. Insbesondere förderten regelmäßige Praxisreflexionen der Schülerinnen und Schüler das Lernen und Arbeiten im Rahmen der praktischen Ausbildung, wie alle Befragten feststellten. Als wichtig haben sich auch die eigenen Reflexionen der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter über ihre täglichen Arbeiten oder über besondere Situationen, die Schülerinnen und Schüler in ihrer Arbeit erlebten, herausgestellt.

Es erwies sich als ein wesentlicher Faktor für das Gelingen der praktischen Ausbildung im Rahmen einer integrierten Pflegeausbildung, dass Praxiserfahrungen in neuen und sehr unterschiedlichen Pflegebereichen gemacht wurden. Dabei setzten sich Schülerinnen und Schüler mit Pflegeempfängerinnen und -empfängern verschiedener Lebensphasen auseinander und agierten in sehr unterschiedlichen pflegerischen Situationen. Die Schülerinnen und Schüler gewannen aus der Sicht der Befragten breit gefächerte Erfahrungen und lernten die Schnittstellen zwischen den Pflegeberufen kennen. Hierbei erwies sich nicht nur die Vielfalt der Praxisorte als günstig, sondern auch – so v. a. die Wahrnehmung der Praxisanleitenden – dies zu kombinieren mit ausreichend langen Praxiserfahrungen. Bei zu kurzen Einsätzen an den Praxisorten hatten die Praxisanleitenden bisweilen nicht genügend Zeit, um die einzelne Schülerin oder den einzelnen Schüler vertiefend einzuarbeiten, und sie waren nicht hinreichend in der Lage, lernfördernde Beurteilungen abzugeben. Mit zu vielen kurzen, häufig wechselnden Einsätzen wurde auch dem Gesamtprozess der Ausbildung die notwendige Kontinuität genommen.

Integriert ausgebildete Schülerinnen und Schüler konnten im Rahmen vielfältiger Praxis Einsätze vernetztes Denken sowie selbstständiges Arbeiten lernen und sie erfassten, wie die Befragten diagnostizierten, Zusammenhänge in einem größeren Umfang als Schülerinnen und Schüler der bisherigen Ausbildungsgänge. Vor allem nach Meinung der Praxisanleitenden sind integriert ausgebildete Schülerinnen und Schüler dementsprechend besser beziehungsweise Erfolg versprechender auf sich verändernde Rahmenbedingungen und ein sich rasch wandelndes Berufsbild vorbereitet. Zudem scheinen diese Schülerinnen und Schüler leichter Bewältigungsstrategien entwickeln zu können. Damit sie im späteren Pflegealltag die Motivation nicht verlieren und Verantwortung für schwierige Entscheidungen übernehmen können, müssen den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern zufolge Schülerinnen und Schüler vor allem durch Praxisanleitende, die in der direkten Pflege tätig sind, zu einem Umgang mit schwierigen Situationen in der Praxis befähigt werden.

Auch für die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter bedeutete der berufspädagogische Paradigmenwechsel eine Herausforderung (Übersicht 4.12): Zu Beginn der Modellerprobung ist eine dem Kompetenzprinzip adäquate Anleitung lediglich jeder bzw. jedem Dritten (34%) der Befragten, die rückblickend den Umstellungsprozess einschätzen sollten, leichtgefallen, wogegen dies für 37% offensichtlich schwierig war. Zum Befragungszeitpunkt fiel weit mehr als der Hälfte (60%) eine am Kompetenzprinzip ausgerichtete Anlei-

tung leicht, und nur noch ein kleiner Teil (7%) hatte diesbezüglich Probleme. Damit hatten sich die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter den Lehrerinnen und Lehrern angenähert, wenngleich der Anteil derer, denen ihre pädagogische Tätigkeit nach dem Kompetenzprinzip zum Befragungszeitpunkt teils leicht, teils schwerfiel, bei den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern mit 34% noch deutlich höher liegt als bei den Lehrenden, bei denen er 22% beträgt.



Die Kompetenzorientierung wurde von knapp zwei Dritteln der befragten Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter (63%) als förderlich für die Berufstätigkeit eingeschätzt, eine Minderheit von 11% dagegen bewertete sie nicht als förderlich. Mit der Rate der positiven Einschätzung lagen die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter sogar über den in diesem Punkt etwas zurückhaltenderen Schülerinnen und Schülern (58%), wenngleich sie unter dem Niveau der Lehrenden (84%) blieben. Die Fächerorientierung in den Pflegeausbildungen wurde von den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern aber bei Weitem nicht so entschieden abgelehnt wie von den Lehrenden; immerhin bewerteten noch mehr als ein Drittel (37%) der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter das Fächerprinzip als förderlich für die Berufstätigkeit, bei 19% Ablehnung. Damit lagen die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter auf einem ganz ähnlichen Niveau wie die Schülerinnen und Schüler (37% Akzeptanz

versus 21% Ablehnung) und weit über dem der Lehrenden, von denen lediglich 14% diese pädagogische Basis der Ausbildung für förderlich hielten, bei 51% Ablehnung.

Bei der Frage nach der Eignung der beiden Prinzipien zur Vorbereitung auf die Praxis ergibt sich eine ähnliche Antwortverteilung wie bei der Beurteilung bezüglich der beruflichen Qualifikation, allerdings wurde die Kompetenzorientierung von 19% der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter als für die Praxisvorbereitung ungeeignet eingeschätzt, gegenüber 11% Ablehnung bei Bezugnahme auf die Berufsvorbereitung. Dies kann als Indiz dafür angesehen werden, dass in der konkreten Praxis der Kompetenzorientierung zugeschriebene Defizite wahrgenommen werden, die sich bei einer umfassenderen Bewertung der Schülerinnen- und Schülerkompetenz relativieren. Diese Deutung wird durch Befunde der Kompetenzeinschätzung durch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter gestützt.

Mit dem Kompetenzprinzip ist offenkundig eine Aufwertung der Praxisanleitung verbunden. Die Befragten bescheinigten der Anleitung bei der Kompetenzorientierung fast einheitlich eine höhere Bedeutung (82%) als bei der Fächerorientierung (60%). Gleichzeitig wurde aber auch der Arbeitsaufwand für die Anleitung bei der Kompetenzorientierung von fast zwei Dritteln (64%) als sehr hoch wahrgenommen, während bei der Fächerorientierung nur zwei Fünftel (41%) die Anleitung als (sehr) arbeitsaufwendig einschätzten.

Ein wesentlicher Indikator für eine erfolgreiche Verknüpfung von Theorie und Praxis kann in der gelungenen Umsetzung von theoretischem Wissen der Schülerinnen und Schüler in den Praxiseinsätzen gesehen werden. Um diese zu erfassen, sollten die Schülerinnen und Schüler – jeweils für die Pflegebereiche, Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege, Einrichtungen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, stationäre Altenpflegeeinrichtungen, ambulante Dienste und Sonstige – zu der Aussage Stellung nehmen: „Was ich im theoretischen Unterricht gelernt habe, kann ich – so wie ich es gelernt habe – auch in der Praxis anwenden.“ Bei einer integrierten Ausbildung ist darüber hinaus die unterschiedliche Ausprägung der Umsetzbarkeit in den verschiedenen Pflegebereichen, auch aus der Sicht des jeweils angestrebten Berufsziels, ein Indikator für gelungene Integration. Um beide Aspekte zu erfassen, sollten die Schülerinnen und Schüler zur Ausbildungsmitte und zum Ausbildungsende bezogen auf die Pflegebereiche einschätzen, ob sie das theoretisch Gelernte in der Praxis umsetzen können.

Bezogen auf die Pflegebereiche Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird die Tauglichkeit des theoretischen Wissens für die Praxis gegen Ende der Ausbildung nicht signifikant anders eingeschätzt als zur Ausbildungsmitte. Bezogen auf die ambulanten Dienste wird sie gegen Ausbildungsende signifikant höher eingeschätzt als zur Studienmitte, die Mittelwertdifferenz beträgt 0,24 (bei 5-stufiger Rating-Skala von 1 bis 5), was als eine praktisch relevante Effektgröße interpretiert werden kann. Als Größenordnung der Verteilung ausgedrückt: Zur Mitte hatten 52% dem Item zugestimmt, 18% sich ablehnend geäußert; gegen Ende stimmten 62% zu, bei 10% ablehnender Reaktion.

Gegen Ende der Ausbildung ist die Zahl der Schülerinnen und Schüler, welche die Praxis-

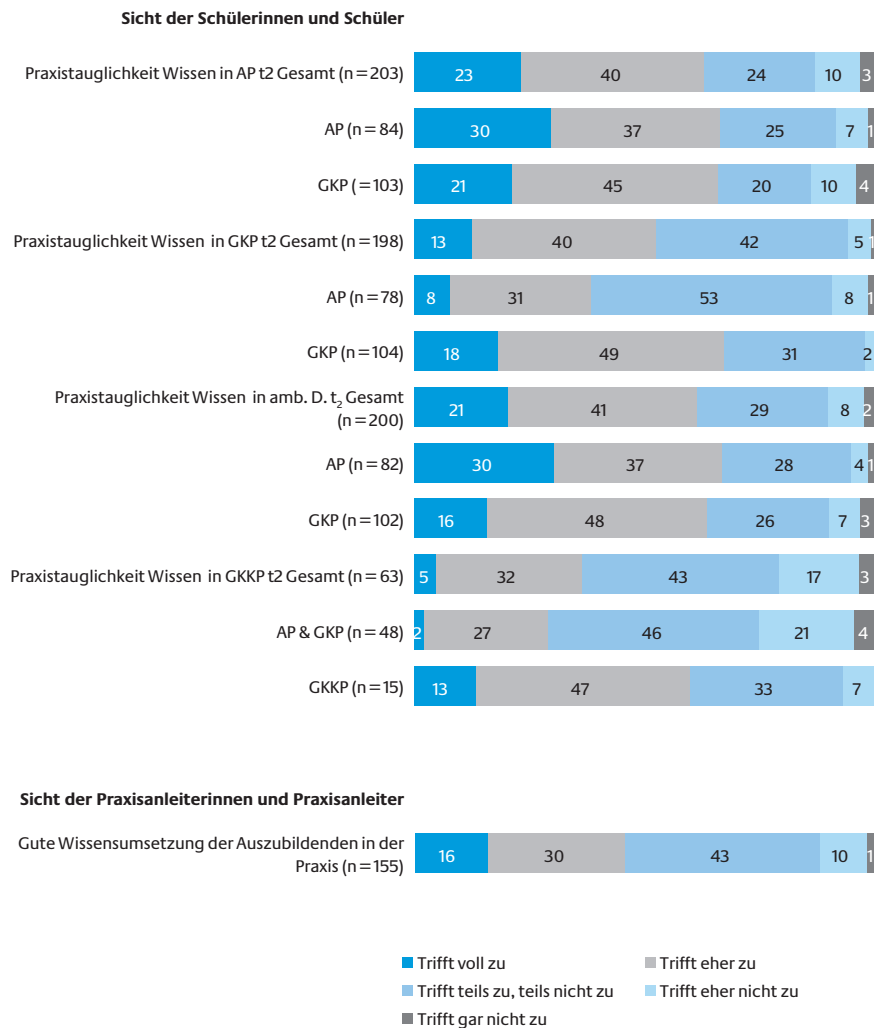
tauglichkeit des in der Schule erworbenen Wissens negativ bewerten, mit einer Ablehnungsrate von maximal 14% – wenn man von der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege absieht – recht gering. Interpretierbare Differenzen beziehen sich im Wesentlichen auf das Verhältnis von Zustimmung – wiederum differenziert nach voller und eingeschränkter Akzeptanz des Items – und Teils-teils-Bewertung (Übersicht 4.13).

Vergleicht man die selbst wahrgenommene Umsetzbarkeit des Wissens aller Befragten zu Ausbildungsende in den Pflegebereichen, ergibt sich, dass die Umsetzbarkeit in den Altenpflegeeinrichtungen und in den ambulanten Diensten in etwa gleich ausgeprägt ist und sich etwas günstiger darstellt als für die Krankenpflegeeinrichtungen. Bei der Gegenüberstellung der Einschätzung von Schülerinnen und Schülern mit dem Berufsziel Altenpflege und derer mit dem Berufsziel Gesundheits- und Krankenpflege wird deutlich, dass Letztere ihr Wissen in Einrichtungen der Altenpflege nur geringfügig schlechter umsetzen konnten als die Altenpflegeschülerinnen und -schüler. Das Gefälle in die gleiche Richtung – dabei aber stärker ausgeprägt – zeigt sich bei den ambulanten Diensten, in denen die Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel Altenpflege ihr Wissen zu 30% als voll und zu 37% als eher umsetzbar erlebten, gegenüber 16% und 48% derer mit dem Berufsziel Gesundheits- und Krankenpflege, von denen 10% ihr Wissen hier als nicht praxistauglich wahrnahmen.

In den Einrichtungen der Krankenpflege nehmen sich die Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel Altenpflege bezüglich ihrer praktischen Leistungsfähigkeit offensichtlich mit einer gewissen Reserviertheit wahr: Über die Hälfte von ihnen (53%) sahen sich nur teilweise zur praktischen Umsetzung des Wissens in der Lage, positiv votierten lediglich zwei Fünftel (31% eingeschränkt und 8% voll), 9% schätzten das entsprechende Potenzial negativ ein.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu bedenken, dass diese Einschätzungen auf einem Rückblick auf die letzte Ausbildungsphase basieren, weshalb eine weitere Einebnung der beschriebenen Differenzen bei Abschluss der Ausbildung anzunehmen ist. Damit dürften sich beide Berufsgruppen weitgehend in der Lage sehen, den praktischen Anforderungen in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in ambulanten Diensten bzw. Sozialstationen gerecht zu werden.

Diese Annahme wird gestützt durch das Urteil der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, die bereits zu Beginn der zweiten Ausbildungshälfte die Wissensumsetzung der Schülerinnen und Schüler in der Praxis bewerteten. Nur ein kleiner Teil (11%) der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter war der Meinung, dass die Modellschülerinnen und Modellschüler ihr in der Theorie erworbenes Wissen nicht gut in der Praxis umsetzen könnten. Der Anteil derjenigen, die auf diese Frage eine Teils-teils-Antwort gaben, war, abgesehen von wenigen Modellen, mit 43% relativ groß, aber fast die Hälfte sah die Wissensumsetzung in die Praxis bei den Schülerinnen und Schülern eher (30%) bzw. voll (16%) gewährleistet. Dieser Befund ist augenscheinlich kompatibel mit den weiter unten in Kapitel 4.5 dargestellten Ergebnissen der Kompetenzeinschätzung durch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter.

Übersicht 4.13: Praxistauglichkeit des Gelernten aus Sicht der Schülerinnen und Schüler sowie der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter (Angaben in Prozent)

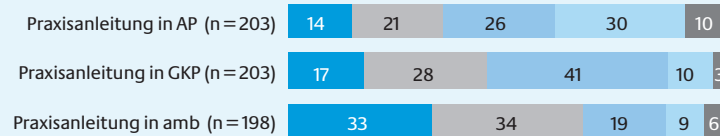
Die kleine Gruppe der Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel Gesundheits- und Kinderkrankenpflege fällt in der Werteverteilung nicht aus dem Gesamtmuster heraus. Dass sie ihr Wissen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Praxis umsetzen können, meinten 13% uneingeschränkt, 47% mit Einschränkungen, 33% teils-teils und 7% sahen sich dazu eher nicht in der Lage. Aber die Schülerinnen und Schüler in den Modellprojekten Berlin, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, in denen der Abschluss in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege angeboten wurde, sahen sich eher nicht in der Lage, ihr Wissen in kinderkrankenpflegerische Praxis umzusetzen. Nur 2% meinten uneingeschränkt, dass sie dies können, 27% eingeschränkt, 46% teils-teils, und 21% sahen sich eher nicht, 4% gar nicht hierzu in der Lage.

Für die Organisation des Lernens in der Praxis ist die Anleitung durch hierfür qualifizierte Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter von zentraler Bedeutung. Für die Verzahnung des schulischen Lernens und des Lernens in der Praxis hat zum einen die Praxisbegleitung durch die Lehrerinnen und Lehrer einen hohen Stellenwert, zum anderen müssen adäquate Kooperationsstrukturen bestehen und funktionierende Kooperationsverhältnisse realisiert werden. Die Schülerinnen und Schüler haben Praxisanleitung und Praxisbegleitung zu Ausbildungs-

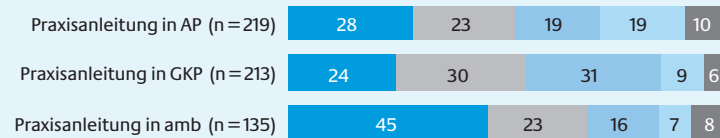
mitte und -ende beurteilt. Zu beiden Zeitpunkten ergeben sich für die Praxisanleitung deutliche Unterschiede in den Pflegebereichen, wobei hier die spezielle Situation der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausgeklammert bleibt. Am günstigsten wurde die Praxisanleitung im ambulanten Bereich wahrgenommen, mit jeweils zwei Dritteln positiver und 15% negativer Wertungen. Bei den Altenpflegeeinrichtungen fällt der vergleichsweise hohe Anteil negativer Beurteilungen von 40% bzw. 29% ins Auge (Übersicht 4.14).

Übersicht 4.14: Praxislernorte – Betreuung und Kooperation aus Sicht der Beteiligten (Angaben in Prozent)

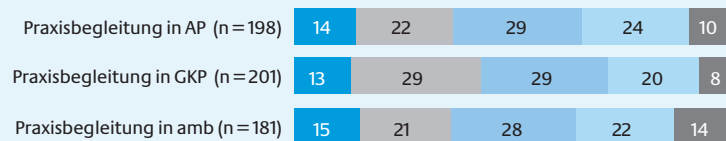
Schülerinnen und Schüler (Projektende)



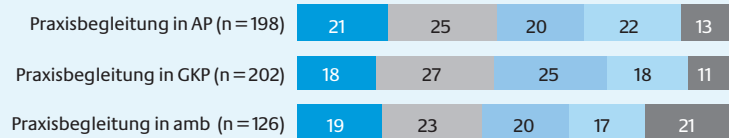
(Projektmitte)



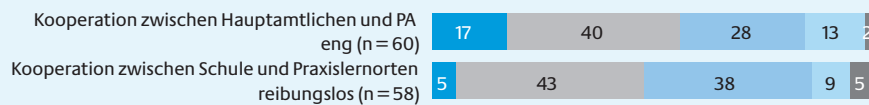
Schülerinnen und Schüler (Projektende)



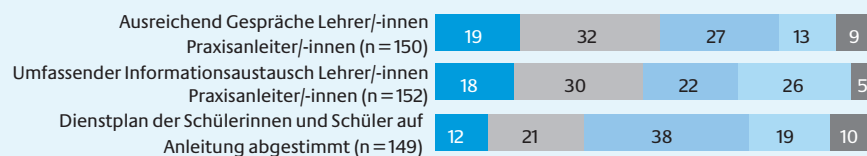
(Projektmitte)



Lehrkräfte (Projektmitte)

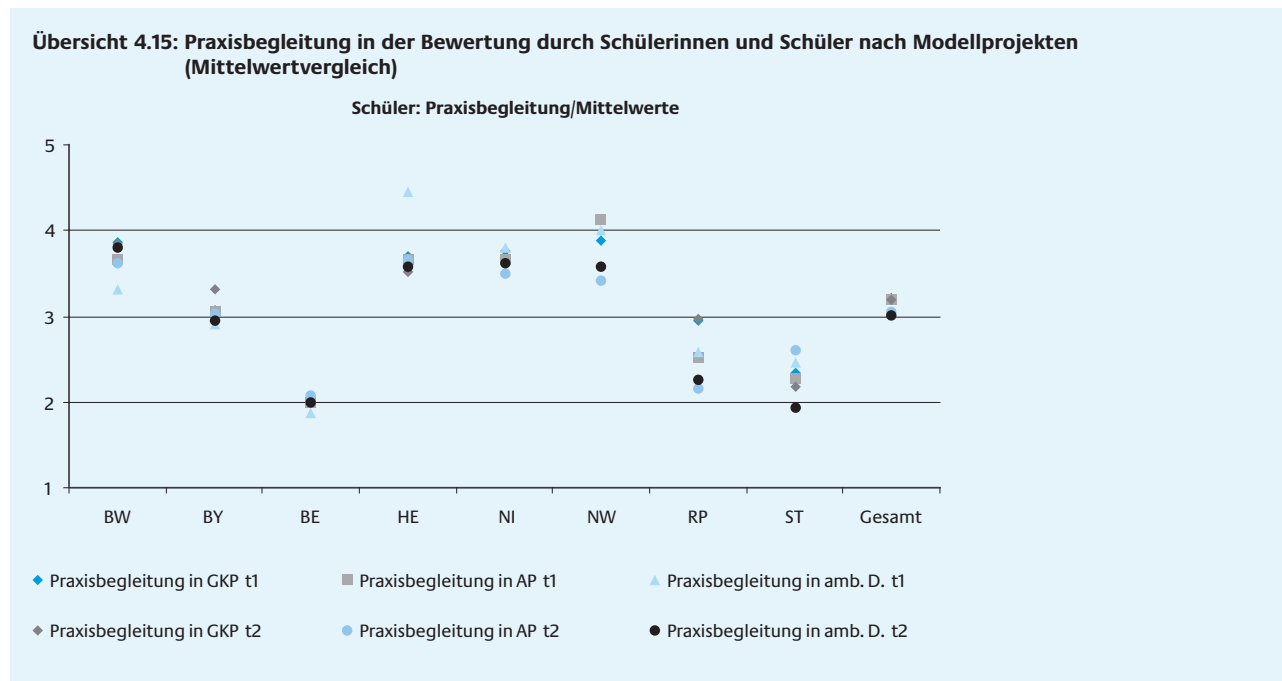


Praxisleiterinnen und Praxisleiter



■ Trifft voll zu ■ Trifft eher zu ■ Trifft teils zu, teils nicht zu ■ Trifft eher nicht zu ■ Trifft gar nicht zu

Die Praxisbegleitung durch Lehrende zeigt in der Bewertung der Schülerinnen und Schüler wenig Varianz bezogen auf die Pflegebereiche und die Erhebungszeitpunkte. Grob gesagt sind je zwei Fünftel der Bewertungen negativ und positiv, bei einem Fünftel Teils-teils-Voten. Offensichtlich hängt die Güte bzw. Dichte der Praxisbegleitung von Modellstrukturen ab, wie der Mittelwertvergleich belegt. Demnach liegen die Werte für die Praxisbegleitung in den Pflegebereichen und zu den beiden Messzeitpunkten in allen Modellen eng zusammen bei einer großen Spannweite zwischen den Modellen. Über dem Durchschnitt liegen die Projekte Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, im mittleren Bereich liegt Bayern, unterdurchschnittlich bewertet wird die Praxisbegleitung in Berlin, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt (Übersicht 4.15).



Die zur Modellmitte erhobene Kooperation zwischen Lehrenden und Praxisanleiterinnen bzw. Praxisanleitern wird von beiden Gruppen insgesamt eher positiv bewertet (s. o. Übersicht 4.14). Die Kooperation zwischen ihnen und ihren Kolleginnen und Kollegen auf der einen sowie den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern auf der anderen Seite sahen die Lehrenden zu 57% als eng, 15% bewerteten sie negativ. Die Kooperation zwischen den Institutionen Schule und Praxislernorten wurde von knapp der Hälfte (48%) als mehr oder weniger reibungslos erlebt, 14% hatten den gegenteiligen Eindruck, während annähernd zwei Fünftel (38%) die Kooperation teilweise als reibungslos, teilweise als mit Reibungen behaftet wahrnahmen.

Ähnliche Verteilungsmuster zeigen sich bei der Beurteilung der Kommunikation mit den Lehrenden durch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter. Die Hälfte (51%) von ihnen empfand den Umfang der Gespräche mit den Lehrerinnen und Lehrern als mehr oder weniger ausreichend, wogegen ein gutes Fünftel (22%) den Gesprächsumfang als unzureichend einschätzte. Der Informationsaustausch wird aber etwas ungünstiger wahrgenommen, insofern immerhin 31% der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter ihn als nicht umfassend genug bewerteten, gegenüber 48%, für die er annähernd bzw. hinreichend umfassend war.

Eine nicht unwesentliche Strukturbedingung für die praktische Ausbildung, die Abstimmung des Dienstplans für die Schülerinnen und Schüler auf die Ausbildungsbelange, wurde von den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern als nicht ganz so günstig wahrgenommen. 29% der Befragten bewerteten die Abstimmung zumindest als eher schlecht, 38% sahen sie als teilweise gegeben an und 33% betrachteten sie als mehr oder weniger hinreichend.

Zusammenfassend lassen sich für eine praktische Ausbildung, welche den gestellten Anforderungen gerecht wird, folgende Voraussetzungen bzw. Forderungen benennen: Die Rahmenbedingungen am Lernort Praxis sind zu verbessern; Praxisanleitende sind in ausreichendem Umfang freizustellen; ein Praxiskonzept und praxisnahe, gut implementierbare Praxisinstrumente sollten vorliegen; zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der theoretischen und der praktischen Ausbildung sollte eine enge Kooperation bestehen.

4.2.3 Lernortkooperationen

Lernortkooperation ist unter zwei Gesichtspunkten zu thematisieren: zum einen als Kooperation zwischen Schulen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, zum anderen als Kooperation zwischen den Schulen und den Praxiseinrichtungen.

Schulkooperation

Im Modellvorhaben wurden Entwicklung und Umsetzung der Ausbildung in folgenden Konstellationen der Schulkooperationen erprobt:

- Entwicklung und Umsetzung der Ausbildung an einem Schulstandort,
- Entwicklung und Umsetzung der Ausbildung an zwei Schulstandorten,
- Entwicklung der Ausbildung an einem Schulstandort mit unterstützender Beratung durch eine Schule, die den zweiten Pflegeberuf ausbildet/Umsetzung der Ausbildung an einem Schulstandort,
- Entwicklung der Ausbildung an zwei oder drei Schulstandorten/Umsetzung der Ausbildung größtenteils an einem Schulstandort.

Die Bildungseinrichtungen hatten sehr unterschiedliche räumliche Distanzen, über die ihre Kooperationen neu gestaltet wurden. Bei den Kooperationen mit den kürzesten Distanzen lagen die Standorte der beteiligten Schulen in einer Stadt. Es gab aber auch wesentlich größere Entfernungen. Im Modellprojekt Bayern beispielsweise war der Standort der Altenpflegeschule in München, der Standort der Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Nürnberg.

Für das Gelingen von Schulkooperationen war die räumliche Nähe zwischen zwei Bildungseinrichtungen von Vorteil, wobei eine größere Distanz nicht im Umkehrschluss zu einem Scheitern der Kooperation führen muss. Die Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren berichteten allerdings, dass bei kürzeren Distanzen ein schnellerer Informationsaustausch möglich war und es leichter fiel, Differenzen auszugleichen, die auf unterschiedlichen Einstellungen bzw. Werten beruhten.

Wenn die kooperierenden Schulen unterschiedliche Träger haben, kann es leicht dazu kommen, dass Verantwortungsbereiche im Projekt ungeklärt bleiben. Weiterhin entstanden Friktionen im Projektablauf, weil durch die verschiedenen Träger unterschiedliche Rahmenbedingungen gegeben waren, die sowohl für die Lehrenden als auch für die Schülerinnen und Schüler relevant waren. Ein starkes Interesse am Projekt seitens der Trägervertreter erwies sich v. a. in kritischen Phasen als förderlich, weil auf dieser Basis eher die erforderlichen Freiräume für kreative Arbeit gewährt bzw. notwendige Ressourcen bereitgestellt wurden. Wenn Schulleiterinnen oder Schulleiter über Haushaltsautonomie beziehungsweise Budgetverantwortung verfügten, hatten sie verstärkt die Möglichkeit, verbindliche Strukturen zu schaffen und damit den Erfolg von Schulk Kooperationen zu sichern. In einigen Fällen erwies es sich als günstig, dass eine externe, d. h. nicht in einer der beiden Schulen angestellte Person den Prozess steuerte, weil sie als Unparteiische zwischen den Lehrenden der Schulen vermitteln konnte.

Differenzen auf der mentalen Ebene hemmten bisweilen den Kooperationsprozess: So erschwerten Kulturunterschiede zwischen den einzelnen Pflegeberufen, verbunden mit unterschiedlichen Schulkulturen und entsprechend divergierenden Werten und Normen, die Entwicklung einer gemeinsamen Ausbildungsphilosophie. Hierbei konnte einerseits die fehlende Anerkennung der spezifischen Kompetenzen der Altenpflege durch die Kooperationspartner eine Rolle spielen, andererseits aber konnten in Einzelfällen auch mehr oder weniger deutlich artikulierte Ängste vor einem Identitätsverlust der eigenen Profession in diese Richtung wirken.

Insgesamt aber waren die Schulk Kooperationen aus Sicht der Beteiligten erfolgreich. Zu den effektivsten Mitteln zur Förderung der Kooperation gehörte das gemeinsame Arbeiten der Lehrenden in sogenannten Tandems, die sich aus Lehrenden der verschiedenen Pflegeberufe zusammensetzten. Lehrerinnen und Lehrer der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege verwiesen auf den schnellen und informellen Austausch durch die Tandemkonstruktion und konstatierten, dass sich im Tandem die Angst vor einem Identitätsverlust der eigenen Profession verflüchtigte. Im Übrigen erwiesen sich gemeinsame Fortbildungen für die Teams beider Schulen als förderlich für die Kooperation.

Die Zusammenarbeit der an den Modellprojekten beteiligten Altenpflegeschulen, Krankenpflegeschulen sowie Kinderkrankenpflegeschulen wurde zum Projektende von den Projektleitungen durchweg positiv bewertet. In der Gremienarbeit – insbesondere bei der Entwicklung der Curricula – näherten sich die beiden Pflegebereiche durch konstruktive Gespräche und kontinuierlichen fachlichen Austausch einander an. Synergieeffekte durch das Kennenlernen verschiedener Sichtweisen und das Überprüfen der eigenen Perspektiven sowie generell beim „Voneinander-Lernen“ zwischen Alten- und Krankenpflegeausbildung waren ebenfalls maßgeblich für die gelungene Zusammenarbeit. Workshops und Arbeitstreffen in kollegialer Atmosphäre förderten ebenfalls den Annäherungsprozess.

Theorie-Praxis-Kooperation

Die Lernorte der theoretischen und der praktischen Ausbildung liegen nicht nur räumlich auseinander, sondern sie erfüllen auch unterschiedliche pädagogische Funktionen; sie stellen zwei verschiedene Lernsysteme dar. Die Schulen erfüllen als Bestandteil des Bildungs-

systems einen Bildungsauftrag, die praktischen Einrichtungen erfüllen als Gesundheits- und Wirtschaftssystem vor allem einen Versorgungsauftrag.

Im Modellvorhaben fanden sowohl Kooperationen von Schulen und Praxiseinrichtungen statt, die einem gemeinsamen Träger unterstanden, als auch solche, bei denen die Kooperationspartner in unterschiedlicher Trägerschaft waren. Alle acht Modellprojekte konnten auf bestehende Kooperationen zurückgreifen, in sechs Modellprojekten wurden zusätzlich neue Kooperationen implementiert. Die Erfahrungen im Modellvorhaben laufen darauf hinaus, dass sowohl mit der Zahl der Träger der praktischen Ausbildung als auch mit der Zahl der Praxisorte der logistische Aufwand und gleichzeitig die Schwierigkeiten wachsen, die theoretische und die praktische Ausbildung zu koordinieren. Besonders groß waren die Probleme, wenn der Träger der schulischen Ausbildung nicht an Praxiseinrichtungen angebunden war und diese in großer Zahl für jeweils wenige Auszubildende akquirieren musste.

Obwohl die Zusammenarbeit der Lehrenden mit den Praxisanleiterinnen und -anleitern häufig dadurch erschwert war, dass für deren Einsatz keine ausreichend verbindlichen Regelungen in den jeweiligen Einrichtungen vorlagen, war der pädagogische Austausch insgesamt zufriedenstellend. Er bewährte sich besonders in Lernstandsgesprächen, in der Einbindung der Praxisanleitenden in die Entwicklung und Evaluation neuer Praxisinstrumente, in der Beteiligung der Praxisanleitenden an Unterrichtssequenzen, in gemeinsamen Praxisbegleitungen und in gemeinsamer Auswertung der praktischen Einsätze.

Um den Erfahrungsaustausch zwischen den beteiligten Personen in beiden Lernorten zu optimieren, hat es sich als günstig herausgestellt, den Praxisanleitenden feste Bezugspersonen und Ansprechpartner in den Schulen zuzuweisen bzw. ihnen die Möglichkeit zu geben, stets Unterstützung von Lehrenden einzufordern. Weiterhin erwies es sich für die Akzeptanz der integriert Auszubildenden in den Einrichtungen als vorteilhaft, wenn die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter als Multiplikatoren Informationen in ihre Teams transferierten.

Wie im Modellvorhaben deutlich wurde, muss den Akteuren an beiden Praxisorten bewusst sein, dass sie gleichermaßen für die Ausbildung der Schülerinnen und Schüler verantwortlich sind. Dies setzt einen Umgang auf der Basis von Gleichberechtigung voraus. Hierbei sind Erfahrungen aus der Praxis aufzunehmen und zu diskutieren, wobei die Praxisanleitenden in die pädagogische Arbeit einzubinden und die Ausbildungskonzeption sowie die entwickelten Instrumente für sie transparent zu machen sind. Die Lehrenden der Schulen haben die Aufgabe, den Anleitenden in der Praxis das „neue Wissen“ zu vermitteln bzw. sie pädagogisch zu beraten.

Um Austauschinsätze in der Praxis effektiv zu gestalten, wurde beispielsweise vom Modellprojekt Baden-Württemberg die Methode „Schüler leiten Schüler an“ erprobt. Hierbei wurden die Einsätze so gestaltet, dass die Schülerin oder der Schüler aus dem eigenen Berufsfeld eine Schülerin oder einen Schüler aus dem anderen Berufsfeld einarbeitet. Trotz hohen Organisationsaufwands wurde diese Methode als gute Austausch- und Lernmöglichkeit für die Schülerinnen und Schüler bewertet. In den Modellprojekten Bayern und Berlin wurden insbesondere Schulstationen/Lernstationen erprobt. Auch hierbei erwies sich der Organisa-

tionsaufwand als beträchtlich, was aber gerechtfertigt wurde durch die hohe Lerndichte bei den Schülerinnen und Schülern.

Daneben haben sich zahlreiche andere in den Modellprojekten implementierte Instrumente und Methoden positiv auf die Gestaltung der Theorie-Praxis-Kooperation ausgewirkt. In den entsprechenden Experteninterviews wurden folgende Instrumente und Methoden explizit benannt:

- Fortbildungen
- Einsatz von Praktikerinnen und Praktikern als Dozentinnen und Dozenten im Unterricht (Einbringen von Praxis in Theorie)
- Praxiskonferenzen/Informationsveranstaltungen für die Kooperationspartner in der Praxis
- Treffen der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter
- Gemeinsame Arbeitsgruppen mit Lehrenden und Praxisanleitenden
- Gemeinsame Praxisbegleitungen/Praxisbesuche/Praxisgespräche
- Gemeinsame Praxisanleitungen
- Verbindliches Vorgehen in Problemsituationen
- Lernwerkstatt im Lehr- und Lernort Praxis
- Gemeinsame Auswertung der Praxiseinsätze der Schülerinnen und Schüler
- Praxisaufgaben, Lernaufgaben, Praxisaufträge
- Ausbildungsordner mit den curricularen Vorgaben zur Sicherung der Transparenz der Theorie für die Praxis

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der Ausbildungsfinanzierung in Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege kann es zum Problem werden, dass, bedingt durch den Einsatz in den verschiedenen Pflegebereichen, Schülerinnen und Schüler außerhalb ihres eigenen Trägers und Arbeitgebers eingesetzt werden und dem eigenen Haus nicht im vorgesehenen Umfang als Arbeitskraft zur Verfügung stehen. Für die Modelle erwies es sich teilweise als sehr aufwendig, durch eine entsprechende Einsatzplanung den erforderlichen Ausgleich zu realisieren.

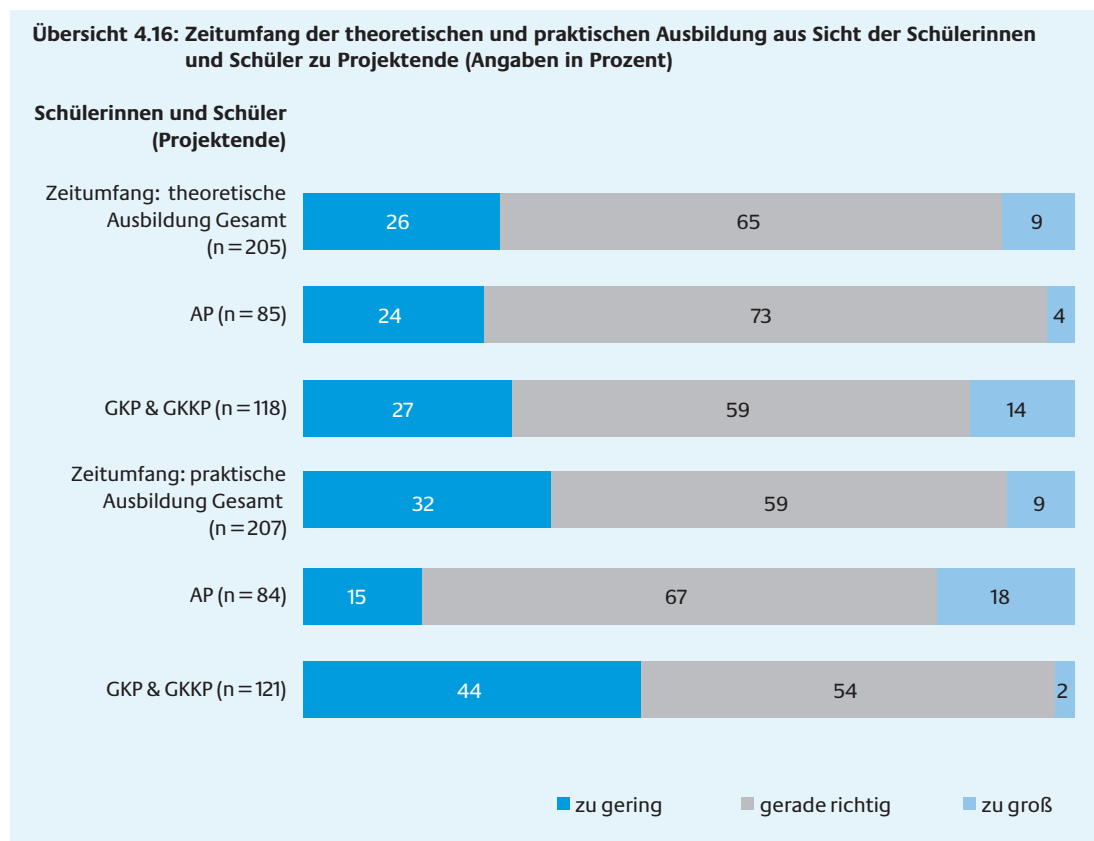
Wenn Ausbildungsvergütungen in Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterschiedlich hoch waren, entstanden bisweilen Spannungen zwischen den Schülerinnen und Schülern, die nicht eben förderlich für die Akzeptanz des Integrationsgedankens waren. Indes konnten im Projektverlauf durch das Zusammenwirken von Berufsangehörigen der Krankenpflege und der Altenpflege solcherart und anderweitig begründete Vorbehalte gegenüber dem jeweils anderen Pflegeberuf im Laufe der Zeit aufgelöst werden, sodass es auf der Grundlage gegenseitiger Akzeptanz zu einer neuen Kultur des Miteinanders kam.

4.2.4 Theorie-Praxis-Verhältnis

Mit der Integration der Ausbildungen erhöht sich notwendig die Zahl der unterschiedlichen Arbeitsfelder, an denen Praxisausbildung absolviert wird, und damit auch die Zahl der verschiedenen Praxislernorte. Gleichzeitig verringern sich die Zeitspannen für das Lernen an den einzelnen Praxislernorten, wenn der Zeitrahmen nicht vergrößert wird. Somit muss

eine Balance zwischen der Zahl der Praxislernorte und der Dauer der Lerneinsätze gefunden werden. Wenn diese nicht gelingt, ist zu erwarten, dass die Schülerinnen und Schüler das Verhältnis des Zeitumfangs von theoretischer und praktischer Ausbildung als unbefriedigend empfinden. Die Einschätzung dieser Relation ist somit ein erster Indikator für eine angemessene Organisation der Praxisausbildung bezüglich des hier zur Diskussion stehenden Problems.

Die Schülerinnen und Schüler sollten in der Schlusserhebung für die theoretische und die praktische Ausbildung angeben, wie sie den Zeitumfang der Ausbildung bewerten. Die Ergebnisse sind in Übersicht 4.16 ausgewiesen.



Insgesamt empfanden 9% der Schülerinnen und Schüler den Anteil der theoretischen Ausbildung an der Gesamtausbildung als zu groß, 26% meinten dagegen, dass er zu gering war, und 65% bewerteten ihn als gerade richtig. Die Unterschiede zwischen den Modellen sind hierbei sehr ausgeprägt: Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz liegen mit 14%, 15% bzw. 9% derjenigen, die den Zeitumfang für zu niedrig hielten, deutlich unter dem Gesamtwert, während Hessen und NRW ihn mit 43% bzw. 59% merklich überschreiten. Berlin, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt liegen mit 29%, 24% bzw. 30% nahe beim Mittelwert. Bei Rheinland-Pfalz fällt zudem auf, dass von 30% der Schülerinnen und Schüler die theoretische Ausbildung als zu umfangreich eingeschätzt wurde.

Vergleicht man mit diesem Ergebnis die Einschätzung des Zeitumfangs der praktischen Ausbildung, so sind für die Gesamtwerte nur geringfügige Unterschiede festzustellen. Auch hier waren es insgesamt 9% der Schülerinnen und Schüler, die den Anteil der praktischen Ausbildung an der Gesamtausbildung als zu groß wahrnahmen. Dass der Zeitumfang der praktischen Ausbildung zu gering war, meinten allerdings 32%. Diese Meinung wurde im Modellprojekt Sachsen-Anhalt nicht vertreten, in den übrigen Modellen lag der Anteil entsprechender Aussagen zwischen 24% in Bayern und 47% in NRW. In Hessen und Niedersachsen waren 40% bzw. 29% der Schülerinnen und Schüler der Meinung, die praktische Ausbildung sei zeitlich zu gering bemessen, wogegen 15% bzw. 19% sie als eher zu ausgedehnt charakterisierten. Deutlich mehr als die Hälfte bewertete den Zeitumfang als gerade richtig, wobei sich die Spannweite bei den Modellen von 45% bis 65% erstreckte, mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt, wo 85% den Praxisanteil als gerade richtig einstufen.

Die Einschätzung des Verhältnisses von theoretischer und praktischer Ausbildung ist statistisch assoziiert mit dem gewählten Berufsziel und dem Alter. In der Bewertung unterschieden sich die Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel Gesundheits- und Kinderkrankenpflege praktisch nicht von denen, die den Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege anstrebten. Beide Gruppen werden somit an dieser Stelle als eine Einheit betrachtet und kurz als „Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger“ bezeichnet. 14% von ihnen betrachteten den Umfang der theoretischen Ausbildung als zu groß, während diese Einschätzung nur von 4% der „Altenpflegerinnen und Altenpfleger“ geteilt wurde. Von diesen meinten aber 18%, dass die praktische Ausbildung zu umfangreich war, ein Votum, das nur von 2% der „Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger“ vertreten wurde, die zu 44% den Umfang der praktischen Ausbildung als zu gering einschätzten.

Schließlich hängt die Bewertung des Umfangs der praktischen Ausbildung auch mit dem Alter zusammen: Dass der Zeitumfang für die praktische Ausbildung zu niedrig war, meinten 39% der 17- bis 24-Jährigen, 24% der 25- bis 34-Jährigen und 13% der Älteren; dass er zu hoch war, meinten jeweils 6%, 5% und 25%. Dieser Befund ist auf der Basis von Alltagswissen unmittelbar plausibel, wenn man unterstellt, dass mit dem Alter die lebenspraktische Kompetenz wächst. Umgekehrt wäre anzunehmen, dass man in jungen Jahren in praktischen Bezügen unsicherer ist, und damit würde es naheliegen, in der Ausbildung die „Praxis“ einzufordern, die in der folgenden Berufstätigkeit erst realisiert werden kann.

Übersicht 4.17 enthält eine Kreuztabellierung der beiden hier betrachteten Variablen, aus der hervorgeht, dass 45% derer, die beide Fragen beantwortet haben, sowohl den Zeitumfang der praktischen als auch den der theoretischen Ausbildung als gerade richtig einschätzten. Jeweils 6% würden eine der beiden Dimensionen zugunsten der anderen vergrößern, insgesamt 5% bewerteten mindestens eine als zu groß bei gleichzeitiger Angemessenheit der anderen, aber 28% waren der Auffassung, dass mindestens eine zu gering und die andere gerade richtig ist, 9% betrachteten beide als zu gering ausgeprägt.

Übersicht 4.17: Zeitumfang der theoretischen und praktischen Ausbildung

Zeitumfang praktische Ausbildung Zeitumfang theoretische Ausbildung	zu gering	gerade richtig	zu groß	Gesamt
zu gering	19 (9%)	22 (11%)	13 (6%)	54 (26%)
gerade richtig	34 (17%)	92 (45%)	5 (2%)	131 (64%)
zu groß	12 (6%)	6 (3%)	1 (0%)	19 (9%)
Gesamt	65 (32%)	120 (59%)	19 (9%)	204 (100%)

Der schlichte Befund, dass knapp 40% der Schülerinnen und Schüler den Zeitraum der Ausbildung in mindestens einem Bereich als zu knapp empfanden, ist durch die Diskussion der beiden Einflussfaktoren Berufsziel und Alter zu relativieren: Dass die Altenpflegeschülerinnen und -schüler sich mehr Theorie wünschten, ist erwartbar vor dem Hintergrund, dass – wie unten gezeigt wird – für sie die Aufwertung ihrer Ausbildung durch die medizinischen und krankenpflegerischen Aspekte eine große Rolle spielt. Wenn man dies in Rechnung stellt und den diskutierten Alterseffekt berücksichtigt, wird man die Zustimmungsrate zur Aussage, die Ausbildungsdauer sei gerade richtig gewesen, von 65% für die theoretische bzw. 59% für die praktische Ausbildung positiv werten. Das heißt, man darf sie als Indikator für eine insgesamt gelungene Balance der diversen Anforderungen im Zusammenspiel von theoretischer und praktischer Ausbildung ansehen.

Zusammenfassend lassen sich aus den Erfahrungen des Modellvorhabens wesentliche Elemente einer guten Theorie-Praxis-Kooperation ableiten: die Strukturierung der Kooperation durch Praxisinstrumente, die Kommunikation und Kooperation von Theorie und Praxis auf der Basis von Gleichberechtigung, der pädagogische Austausch zwischen Schule und Praxis sowie kreative Konzepte für die Kooperation. Für die hiermit angesprochenen Anforderungen an eine gelingende Theorie-Praxis-Kooperation konnten in den Modellprojekten unter den Bedingungen einer integrierten Ausbildung vielfältige Ansätze entwickelt und Wege erprobt werden.

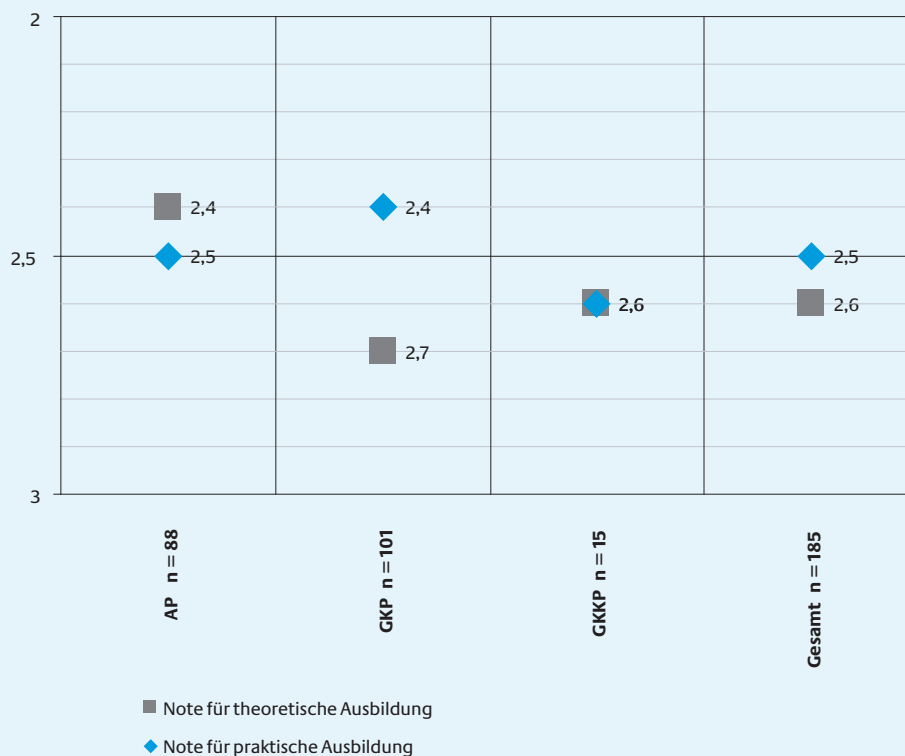
4.2.5 Gesamtbewertung der Ausbildung durch Schülerinnen und Schüler sowie die Lehrenden

Eine rückblickende Gesamtbewertung der Ausbildung durch die Hauptakteure hat ihren Sinn darin, dass ein aus Einzelbefunden rekonstruierter Gesamt-Trend bestätigt oder infrage gestellt werden kann und dass zu einzelnen Aspekten nochmals Differenzierungen möglich werden. Eine solche globale Einschätzung sollten die Schülerinnen und Schüler vornehmen, indem sie der theoretischen und der praktischen Ausbildung eine Schulnote gaben. Wie Übersicht 4.18 zeigt, liegt bei Einbezug aller Schülerinnen und Schüler der durchschnittliche Wert für die Benotung der theoretischen Ausbildung bei 2,6 und für die praktische Ausbildung bei 2,5.

Bezüglich der praktischen Ausbildung zeigt die Notenvergabe durch die Schülerinnen und Schüler differenziert nach angestrebtem Abschluss keine nennenswerten Differenzen. Die beiden zahlenmäßig größten Gruppen, die Schülerinnen und Schüler der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege liegen mit 2,5 bzw. 2,4 nahe beieinander: Die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bewerten die praktische Ausbildung mit 2,6 nur geringfügig schlechter.

Bei der Benotung der theoretischen Ausbildung liegen die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege beim Gesamtdurchschnittswert von 2,6. Zwischen den beiden anderen Gruppen aber zeigt sich eine klare Differenz: Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler geben der theoretischen Ausbildung mit 2,4 eine deutlich bessere Note als die Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und -schüler mit 2,7.

Übersicht 4.18: Die rückblickende Bewertung der Gesamtausbildung in Form von Noten durch die Schülerinnen und Schüler (nach angestrebtem Abschluss)

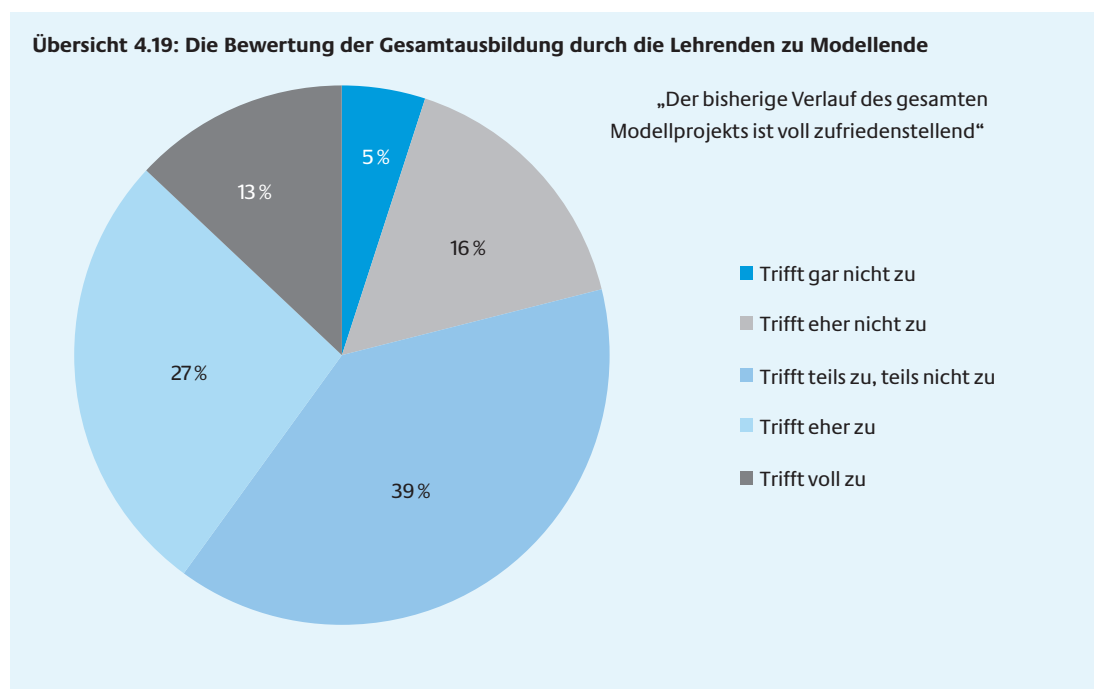


Neben dem angestrebten Abschluss sind eine ganze Reihe weiterer Faktoren für die Bewertung relevant, zum einen die eigene schriftliche Prüfungsleistung, d. h., wer in der schriftlichen Prüfung gute Leistungen erzielte, neigte dazu, die theoretische Ausbildung, die er absolviert hat, gut zu bewerten. Zum anderen wurde die theoretische Ausbildung von den älteren Schülerinnen und Schülern wesentlich besser bewertet als von den Jüngeren. Da die Gruppe der Älteren bei den Altenpflegeschülerinnen und -schülern überproportional groß war, erklärt dies teilweise die überdurchschnittlich gute Bewertung der Theorieausbildung durch die Schülerinnen und Schüler mit diesem Berufsziel.

Berücksichtigt man in der statistischen Berechnung die gegenseitigen Einflüsse der Variablen, bleibt der Effekt, dass das Berufsziel die Bewertung bestimmt, mit hoher Signifikanz und in einer praktisch relevanten Größenordnung bestehen. Damit bestätigt sich ein weiter unten in Kapitel 4.3 konstatierter Trend, dass gerade für die Altenpflegeschülerinnen und -schüler mit der integrierten Ausbildung und ihren behandlungspflegerischen Schwerpunkten eine Aufwertung ihrer beruflichen Qualifikation verbunden ist. Dies wurde für einzelne Schülerinnen und Schüler bedeutsam, was ein Modellverantwortlicher aus der Altenpflege bei einem Arbeitstreffen auf die Formel zuspitzte: „Die waren richtig glücklich, handfestes medizinisches Wissen zu erwerben.“

Unter Berücksichtigung aller intermittierenden Faktoren bedeutet aber eine Bewertung sowohl der theoretischen als auch der praktischen Ausbildung mit Noten, die ziemlich genau in der Mitte zwischen „gut“ und „befriedigend“ liegen, dass die Schülerinnen und Schüler in ihrer Gesamtheit ein durchaus positives Urteil über ihre berufliche Qualifizierung fällten.

Eine vergleichbar pauschale Bewertung sollten die Lehrenden abgeben mit der Stellungnahme zu dem Item: „Der bisherige Verlauf des gesamten Modellprojekts ist voll zufriedenstellend.“ Kurz vor Ende der Modell-Laufzeit stimmten 13 % der Befragten dem Item „voll“ und 27 % „eher“ zu; dass die Aussage „gar nicht“ zutrifft, meinten 5 %, dass sie „eher nicht“ zutrifft, sagten 16 %, 39 % nahmen eine Teils-teils-Position ein (Übersicht 4.19).



Bei einer solchen Fragestellung gehen sehr viele heterogene, von Zufälligkeiten bestimmte Einzelaspekte in das Gesamturteil ein. Bei der recht kleinen Fallzahl von $n = 62$ ist im Übrigen mit Verzerrungen durch Einzelmeinungen, in die auch irrationale Faktoren eingehen, zu rechnen. Schließlich sind die Differenzen zwischen den Modellprojekten stark ausgeprägt; so ist das Gesamtergebnis stark beeinflusst vom Berliner Modellprojekt, dessen Gesamtverlauf sechs der dreizehn Befragten negativ bewerteten. Die Lehrenden in Bayern, Hessen und Niedersachsen gaben kein negatives Votum, wobei Bayern mit einem Mittelwert von 4,3 auf der Skala von 1 (geringste Zustimmung) bis 5 (höchste Zustimmung) in der Bewertung des Gesamtverlaufs an der Spitze aller Modelle liegt.

Insofern ist eine Ablehnungsrate von nur 21% und eine Zustimmungsrate von 40% zu Modellende als recht günstig anzusehen. Damit bestätigt sowohl die Sicht der Schülerinnen und Schüler als auch die der Lehrenden, dass die Ausbildungen unter den gegebenen Rahmenbedingungen zwar nicht problemlos, aber insgesamt mit großem Erfolg durchgeführt wurden.

4.3 Integration der Ausbildung und Qualifizierungsrahmen zur Pflege älterer Menschen

Nicht zuletzt im Hinblick auf die umfassende Versorgung und Unterstützung älterer und hochaltriger Menschen ist der Pflegebegriff in den Berufsgesetzen ausgeweitet worden. Eine zentrale Intention des Modellvorhabens war es zu ermitteln, wie bei einer Integration der Pflegeausbildung die Belange der Altenpflege angemessen zum Tragen kommen. Die Begleitforschung hat daher einen Schwerpunkt auf die Analyse gelegt, in welcher Art und Weise in den Modellausbildungen die Pflege älterer und hochaltriger Menschen geplant und umgesetzt worden ist. Dabei ging es um die konkreten Schritte, die gegangen wurden, um die bislang betont kurative Perspektive der Gesundheits- und Krankenpflege und die bislang betont sozialpflegerische Perspektive der Altenpflege miteinander in Einklang zu bringen. Überdies galt es, in Bezug auf den umfassenden Pflegebegriff ein Konzept zu entwickeln und umzusetzen, dessen Spannweite von der Gesundheitsförderung und Prävention über die Kuration, Rehabilitation bis zur Palliation reicht.

4.3.1 Qualifizierungsrahmen zur Pflege älterer Menschen

Hintergrund einer angestrebten Neuorientierung der pflegerischen Ausbildung ist, wie in Kapitel 2.1 dargelegt, ein gravierender Wandel des Pflegepanoramas, welcher der Pflege älterer und hochaltriger Menschen einen besonderen Stellenwert zumisst. In den Projekt- und Ausbildungszielen sowie im Begründungsrahmen wird deutlich, dass die Modellprojekte die Pflege älterer und hochaltriger Menschen besonders berücksichtigt haben. Alle Projekte betonten die Herausforderungen, die sich durch demografische und sozialstrukturelle Veränderungen für die Pflege älterer Menschen ergeben.

Im Einzelnen wurden folgende Lernsituationen beziehungsweise Lerneinheiten zur Pflege älterer Menschen von den Modellprojekten konzipiert:

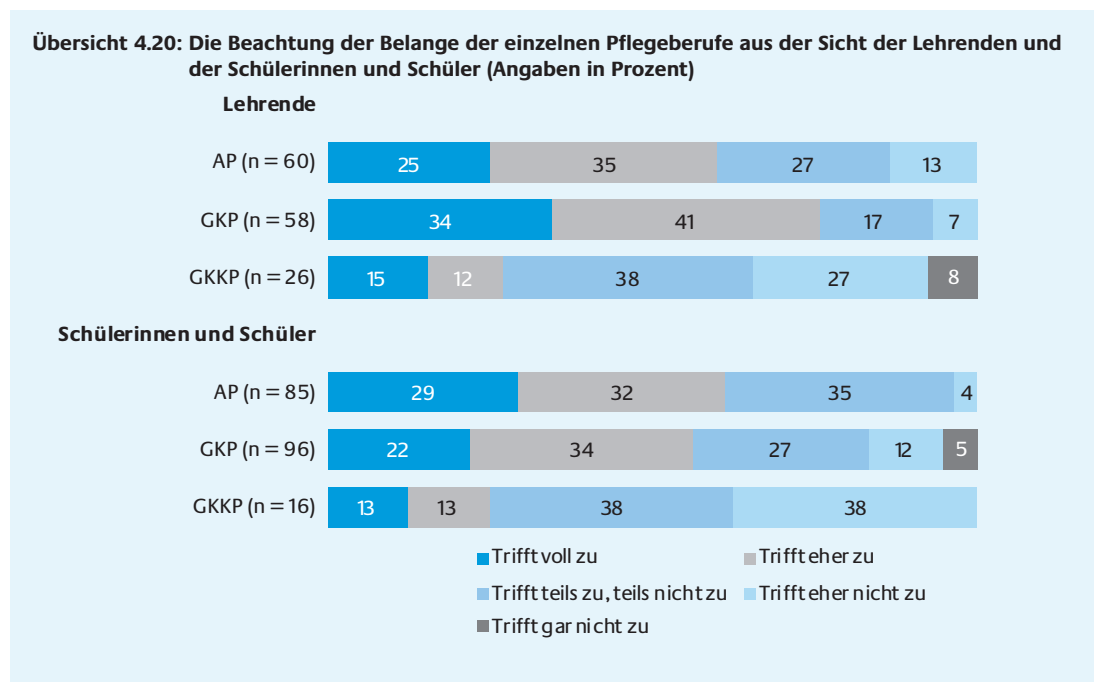
- Pflege und Betreuung in der individuellen Lebenswelt älterer Menschen (beispielsweise Alltagsgestaltung, Biografiearbeit),
- Aktivitäten mit alten Menschen planen,
- Bedeutung des Wohnraums in Abhängigkeit vom Lebensalter,
- Menschen in Pflegeheimen pflegen und begleiten,
- Ansätze der Gesundheitsförderung im Alter,
- alte Menschen in ihren Entwicklungs- und Veränderungsprozessen verstehen und begleiten unter besonderer Beachtung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz,
- alte Menschen mit bestimmten Erkrankungen pflegen,
- Pflege am Lebensende,
- Dilemmata in der Altenpflege,
- demografische Entwicklungen.

Nicht jede Lernsituation kann sich explizit mit der Pflege älterer Menschen auseinandersetzen. Für die Modellprojekte war es daher notwendig, in ihren internen Curriculumprozessen sowie in ihren Unterrichtsplanungen festzulegen, welche Ziele und Inhalte exemplarisch für die Pflege älterer Menschen stehen können. Um diese Lernsituationen und -einheiten konsequent in den Gesamtrahmen aller Lernsituationen und -einheiten einzubinden, wurde dies gemeinsam mit den Lehrenden besprochen.

Für die praktische Ausbildung wurde durch die Auswahl der Einsatzorte und in der Konzeption von Praxisinstrumenten, beispielsweise von Lern- oder Praxisaufgaben, ebenfalls deutlich, dass die Modellprojekte die Pflege älterer Menschen auch in ihren Praxisplanungen als Schwerpunkt beachteten. Die Pflege älterer Menschen kann demzufolge im Rahmen eines integrierten Curriculums erfolgreich konzipiert und umgesetzt werden.

Ein Indikator für die ausreichende Qualifizierung zur Pflege älterer Menschen ist die Wahrnehmung der Betroffenen, inwieweit die Belange der Pflegeberufe in den Ausbildungen zum Tragen kamen. In den Befragungen der Lehrenden und der Schülerinnen und Schüler sollten diese einschätzen, ob die Ausbildung den Belangen der drei Berufsgruppen gerecht wird. Auf die entsprechende Frage antworteten 25% der Lehrenden, die Belange der Altenpflege seien „voll“ berücksichtigt und 35% sahen sie immerhin „eher“ berücksichtigt, insgesamt aber sahen sie deren Belange weniger gut berücksichtigt als die der Gesundheits- und Krankenpflege (Übersicht 4.20).

Diese Einschätzung war in den Modellprojekten sehr unterschiedlich. Bildet man für das Item „Berufsgruppeninteressen der Altenpflege berücksichtigt“ den Mittelwert für jedes Modell und bringt diese Mittelwerte in eine Rangreihe, so belegt Bayern den ersten, Nordrhein-Westfalen den zweiten und Rheinland-Pfalz zusammen mit Sachsen-Anhalt den dritten Platz. Für die Gesundheits- und Krankenpflege ist nach analogem Verfahren die Rangfolge: Rheinland-Pfalz auf Platz eins, gefolgt von Bayern und Niedersachsen auf Platz drei. Demnach gelang es in der Sicht der Lehrenden den Modellprojekten in Bayern und Rheinland-Pfalz am besten, beiden Pflegebereichen gleichermaßen gerecht zu werden.



Die Schülerinnen und Schüler sollten einschätzen, wie gut die Ausbildung den Interessen ihrer jeweiligen Berufsgruppe gerecht wird. Diejenigen mit dem Berufsziel Altenpflege meinten zu 29%, dass die Ausbildung ihren Berufsgruppeninteressen voll, und zu 32%, dass sie ihnen eher entspricht. Damit schätzten sie diesen Aspekt der Ausbildung günstiger ein als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler mit dem Berufsziel Gesundheits- und Krankenpflege. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Altenpflegeschülerinnen und -schüler dazu tendierten, die theoretische Ausbildung besser einzuschätzen als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler, sodass sich diese Differenz relativiert. Außerdem ist ein Vergleich mit den Antworten der Lehrenden wenig sinnvoll, weil im Fokus der Schülerinnen und Schüler die Erfahrungen in der Praxis sicherlich sehr viel stärker in das Urteil eingehen, als dies bei den Lehrenden zu erwarten ist.

In diesem Zusammenhang ist auf zwei weitere, an anderer Stelle diskutierte Punkte zu verweisen: Bei der Untersuchung der von den Lehrenden benannten Desiderata in den Curricula zeigte sich, dass bisweilen Defizite bei der Altenpflege bzw. der in diesem Kontext besonders relevanten Tagesstrukturierung benannt wurden. In den Befragungsanteilen zur Kompetenz wurde in Einzelfällen angemerkt, dass bei der integrierten Ausbildung strukturierende und betreuende Tätigkeiten zu kurz kommen.

Aus alldem folgt, dass die Pflege älterer Menschen in einem integrierten Curriculum angemessen konzipiert werden kann, dies im Modellvorhaben aber offenkundig in ungleichem Maße gelungen ist. Demnach bedarf es bei der Konstruktion integrierter Curricula besonderer Anstrengungen, um die Belange der Altenpflege hinreichend zu berücksichtigen.

4.3.2 Der umfassende Pflegebegriff

Die Bedeutung des umfassenden Pflegebegriffs in der theoretischen und praktischen Ausbildung wurde von allen hierzu befragten Gruppen betont. Dabei wurde besonders häufig auf die Notwendigkeit einer klaren Konzeptionalisierung dieses umfassenden Pflegebegriffs und seiner Elemente hingewiesen. Auswahl und Vermittlung geeigneter Strategien und Konzepte, die das gesamte Spektrum der Gesundheitsarbeit – Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Kompensation und Palliation – umfassen, erwiesen sich dabei für alle Modelle als eine berufspädagogische Herausforderung.

Ein Teil der Befragten plädierte dafür, gleich zu Beginn der Ausbildung die Schülerinnen und Schüler mit diesem neuen Pflegeverständnis vertraut zu machen und im weiteren Ausbildungsverlauf dessen Implikationen immer wieder aufzugreifen. Es ist in Theorien einzubetten und auf den gesellschaftlichen Kontext zu beziehen sowie mit Erfahrungen aus der Praxis abzugleichen. Dabei erwies es sich als sinnvoll, die Komplexität sukzessive und systematisch zu erhöhen. Um entsprechenden Unterricht erfolgreich zu gestalten, war es notwendig, die externen Dozentinnen und Dozenten einzubinden und sie deren eigenes Praxisfeld vorstellen zu lassen. Die Lernsituationen zur Gesundheitsförderung und Prävention intensiv zu erproben und zu revidieren, erwies sich in besonderem Maße als erforderlich, da dieser Bereich auch für die Lehrenden eine neue Herausforderung darstellte.

Es hat sich als pädagogisch sinnvoll erwiesen, die Schülerinnen und Schüler zu Beginn entsprechende Themen bezogen auf ihre „eigenen“ Pflegeeinrichtungen bearbeiten zu lassen und sie dabei zu unterstützen, darauf aufbauend einschlägige Lernerfahrungen in anderen Praxisfeldern zu machen. Damit dies gelingt, müssen die Lehrenden und die Praxisanleitenden über die „Ausbildungs-Biografie“, also über die bisherigen Einsatzorte und damit Ausbildungsschwerpunkte der einzelnen Schülerinnen und Schüler informiert sein. Auch die Praktikerinnen und Praktiker in den Einrichtungen müssen für diese Themen sensibilisiert werden, damit entsprechende Lernangebote in der Praxis gemacht werden.

Den Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren und den Lehrenden gelang die Auseinandersetzung mit dem umfassenden Pflegebegriff am ehesten, wenn sie diesen mit bisherigen Grundlagen und Erfahrungen in der Pflege in Verbindung bringen konnten, indem sie beispielsweise Leistungen der Prävention und Beratung in ihrer bisherigen Berufstätigkeit identifizierten. Dies übertrugen sie auf alltägliche pflegerische Situationen und definierten auch, wo präventive Pflege an den Schnittstellen zu anderen Berufsfeldern stattfindet. Eng damit verbunden war die Klärung, welche Praxisfelder der pflegerischen Prävention und den übrigen Dimensionen des umfassenden Pflegebegriffs zugeordnet werden können, damit die Schülerinnen und Schüler die Praxisorte kennenlernen, an denen sie einschlägige Erfahrungen machen können.

Derartige neue Lernorte zu bestimmen und die Verantwortlichen dort als Kooperationspartner zu gewinnen, war für die Befragten nicht immer einfach. Es stellte sich heraus, dass es für Gesundheitsförderung und Prävention kaum Praxisfelder und dementsprechend nur wenige Praxisorte gibt. Im Bereich der Palliation und Rehabilitation existieren zwar Praxisfelder, aber es gibt den Befragten zufolge nicht genügend Praxisorte, um allen Schülerinnen und Schülern geeignete Einsätze zu vermitteln. Auch fanden sich nicht immer ausreichend Einrichtungen, die bereit waren, sich an der Ausbildung zu beteiligen. Dadurch konnte nicht jede Schülerin und jeder Schüler in allen Bereichen eingesetzt werden.

Um möglichst vielen Schülerinnen und Schülern palliative und rehabilitative Einsätze zu ermöglichen, nahmen einige onkologische Stationen und Hospize Schülerinnen und Schüler in einer Anzahl auf, die für die Arbeitsabläufe in den Einrichtungen bisweilen problematisch war. Das in den Unterrichten vermittelte Wissen zum erweiterten Pflegebegriff konnte häufig nicht in entsprechende Anwendungssituationen in die Praxis überführt werden, weil sich für die Schülerinnen und Schüler in der Praxis zu selten Gelegenheiten ergaben, in denen sie dieses Wissen hätten anwenden können. Ein tradiertes, eng gefasstes Pflegeverständnis bei den Praktikerinnen und Praktikern beeinträchtigte die Orientierung der Schülerinnen und Schüler an dem erweiterten Pflegebegriff. Gerade für den Bereich der gesundheitsfördernden und präventiven Pflege wurde deutlich, dass die Praktikerinnen und Praktiker sich oftmals noch nicht mit dieser neuen Sichtweise auseinandergesetzt hatten und ihnen folglich das Bewusstsein und die Erfahrung hierfür fehlten. So berichteten Praxisanleitende, dass Palliation von vielen Praktikern nicht als ein integriertes Konzept, das jede Pflegekraft betrifft, sondern eher als ein Konzept für einen abgegrenzten Bereich und spezielle Stationen verstanden wird.

Schließlich fehlten den Schülerinnen und Schülern häufig Vorbilder in der beruflichen Praxis, weil im beruflichen Alltag kompensatorische und kurative Aspekte im Vordergrund stehen und gesundheitsfördernde Beratung von Patientinnen und Patienten oder Pflegebedürftigen nur selten zu erleben ist. Ein weiteres Problem resultierte daraus, dass es derzeit nicht für alle für den erweiterten Pflegebegriff relevanten Praxisorte gesetzliche Vorgaben gibt, die den Einsatz etwa in Hospizen und Beratungsstellen verpflichtend machen, und dass nicht an allen Orten die Anleitung durch Praxisanleiterinnen und -anleiter vorgeschrieben ist.

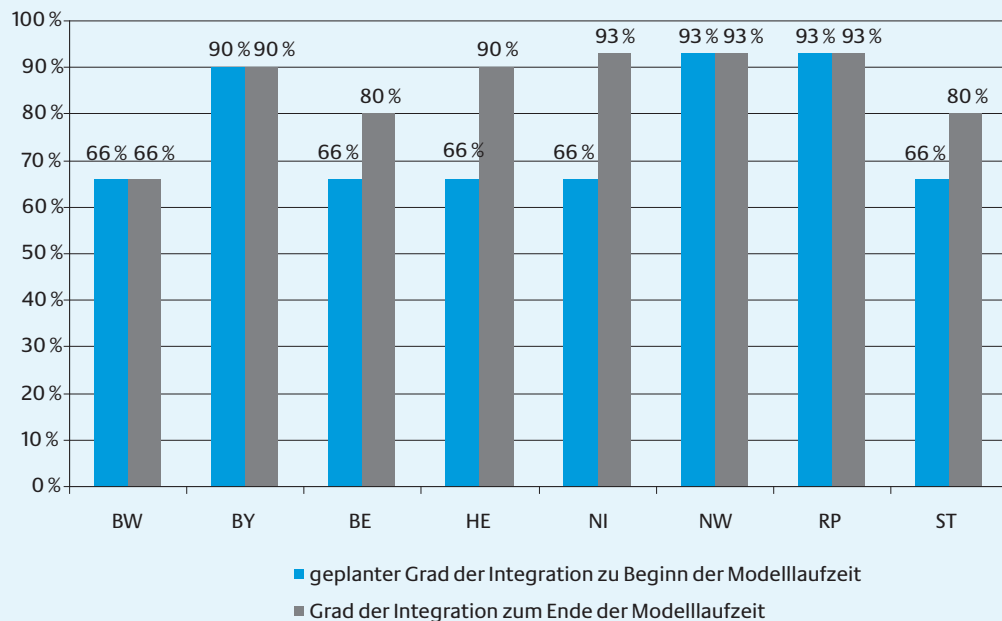
Wegen dieser Schwierigkeiten entschieden sich einige der Modellprojektverantwortlichen dafür, den umfassenden Pflegebegriff in der praktischen Ausbildung auch über Projekte oder Praxisaufgaben zu implementieren, um entsprechende Lernsituationen in der alltäglichen Pflegepraxis zu ermöglichen. In solchen Praxisprojekten oder Praxisaufgaben bearbeiteten und besprachen die Schülerinnen und Schüler die neuen Themenfelder mit Praxisanleitenden und Praktikern, wobei sie gemeinsam das Gesundheitsfördernde und das Präventive an den Einsatzorten identifizierten. Hierbei konnten bestehende Pflegekonzepte der Einrichtungen teilweise aufgegriffen und genutzt werden.

Zusammenfassend lassen sich als wesentliche Herausforderungen bei der Umsetzung des umfassenden Pflegebegriffs nennen: Konzeptionierung und Identifizierung seiner Dimensionen im herkömmlichen pflegerischen Handeln, Akquise von einschlägigen Lernorten und Sensibilisierung der dortigen Praktiker für das Konzept sowie die Kompensation unzureichender Lernmöglichkeiten in der Praxis durch Thematisierung im theoretischen Unterricht.

4.3.3 Integration der Pflegeausbildungen

Im Verlauf des Modellvorhabens ergab sich eine Tendenz zur Integration, da sich vielerorts herausstellte, dass ein wesentlich höherer Anteil an Unterrichtsinhalten als anfänglich angenommen integriert unterrichtet werden kann. In vier Modellprojekten wurde die ursprüngliche Planung, zwei Drittel des theoretischen Unterrichts integriert durchzuführen, revidiert und der Integrationsgrad auf 80 % bis 93 % erhöht. Das Modellprojekt in Baden-Württemberg war aus organisatorischen Gründen nicht in der Lage, die Ausbildung zu einem höheren Anteil zu integrieren. Aufgrund der Erkenntnisse und Erfahrungen im dortigen Modellprojekt wäre dies im Rahmen von Revisionen nach Ansicht der Projektbeteiligten aber möglich. Übersicht 4.21 stellt die prozentuale Verteilung der integrierten Anteile zu Beginn und zum Abschluss der Modellprojekte dar.

Übersicht 4.21: Integrationsanteile in der theoretischen Ausbildung



Ein wichtiger Aspekt der Integration vollzog sich in den Köpfen der Handelnden und manifestierte sich in einem geänderten Berufsbild, das in dem Sinne allgemein auf Pflege ausgerichtet war, als der Bezug auf das Alter der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger bzw. auf die Institution, in der Pflege geleistet wird, in den Hintergrund trat. Dieser Wandel vollzog sich durch die Schule, die ihn dezidiert förderte, naturgemäß stärker als durch die Praxis, in der die Alters- bzw. Institutionenspezifität weitgehend unaufhebbar ist.

Dieser Integrationsprozess ist von vielen Faktoren abhängig. Er wurde beispielsweise dadurch gehemmt, dass Schülerinnen und Schüler die Präferenz für den angestrebten Berufsabschluss stark hervorhoben. Sie ließen dann weniger Interesse an den Inhalten der anderen Pflegeberufe erkennen und zeigten sich bei den Praxiseinsätzen in den anderen Bereichen weniger motiviert. Oft nahmen die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Modellprojekte bei diesen Schülerinnen und Schülern die Angst wahr, zu wenig berufsspezifisches Fachwissen zu erwerben. In der Wahrnehmung der Lehrenden wurde diese Einstellung insbesondere durch das Faktum der drei Berufsabschlüsse anstelle eines einzigen, den ein Teil der Lehrenden wünschte, verstärkt. Diese Separierung sahen die Lehrenden auch in ihrem eigenen beruflichen Selbstverständnis. Sie und die Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren beschrieben in den Gesprächen, wie schwer ihnen das „Sich-Hineindenken“ in den anderen Beruf gefallen war. Dies gilt umso mehr für die Fremddozentinnen und Fremddozenten, deren Anteil am Lehrkörper auch aus dieser Perspektive heraus nicht zu groß bemessen sein sollte.

Das mancherorts noch geringere Ansehen der Altenpflege im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege ist auch in den Arbeitsfeldern der Pflege spürbar. Dieses Gefälle konnte aber nach Aussage der Praktikerinnen und Praktiker u. a. durch deren Vorbildfunktion aufgehoben werden. Allerdings spielte es den Expertinnen und Experten zufolge neben pragmatischen Erwägungen eine Rolle, wenn es um die Wahrnehmung der Möglichkeit der Doppelqualifikation ging. Von dieser Möglichkeit machten Schülerinnen und Schüler mit

dem Erstabschluss in Altenpflege viel eher Gebrauch als ihre Kolleginnen und Kollegen mit dem Erstabschluss in Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Gleichwohl förderte aus Sicht der Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren sowie der Lehrenden das Angebot der Doppelqualifikation generell die gegenseitige Anerkennung der Berufe als gleichwertig und verbesserte das Schnittstellendenken.

Eine erfolgreiche Strategie, im Rahmen der theoretischen Ausbildung Integration im hier diskutierten Sinne zu fördern, ist das Unterrichten in gemischten Kursen. Sieben der acht Modellprojekte erprobten dies in der integrierten Ausbildungsphase. Das gemeinsame Unterrichten förderte den Meinungsaustausch zwischen den Schülerinnen und Schülern und deren gegenseitige Akzeptanz; was auch von den Praktikerinnen und Praktikern so wahrgenommen wurde.

Um dafür Sorge zu tragen, dass bei der Integration der Ausbildungen die Perspektiven bzw. Anforderungen der zusammengeführten Berufe hinreichend beachtet werden, entwickelten die Modellprojekte unterschiedliche Strategien, Methoden, Instrumente und Organisationsstrukturen. Als besonders erfolgreiche Strategie haben sich neben diversen Arten und Formen der Schulk Kooperationen die Unterrichtsvorbereitung und das Unterrichten in Lehrenden-Tandems bewährt. Lehrende aus unterschiedlichen Berufsgruppen übernahmen die gemeinsame Planung und/oder Durchführung von Unterricht und erlebten dies als förderlich für das gegenseitige Verständnis. Ein verbesserter Austausch zwischen den Berufsgruppen wurde auch durch die gemischte Zusammensetzung der Kurse, in denen Schülerinnen und Schüler aus Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der integrierten Phase zusammen unterrichtet wurden. Sieben der acht Modellprojekte erprobten dies in der integrierten Ausbildungsphase. Der gemeinsame Einsatz von Schülerinnen und Schülern der beteiligten Kernpflegeberufe im theoretischen und praktischen Unterricht sowie gemeinsame Praxisphasen führten zu gegenseitiger Akzeptanz und zu Auseinandersetzungen über die Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Pflegeberufen. Dabei wurde deutlich, dass die Gemeinsamkeiten die Spezifika deutlich überwiegen.

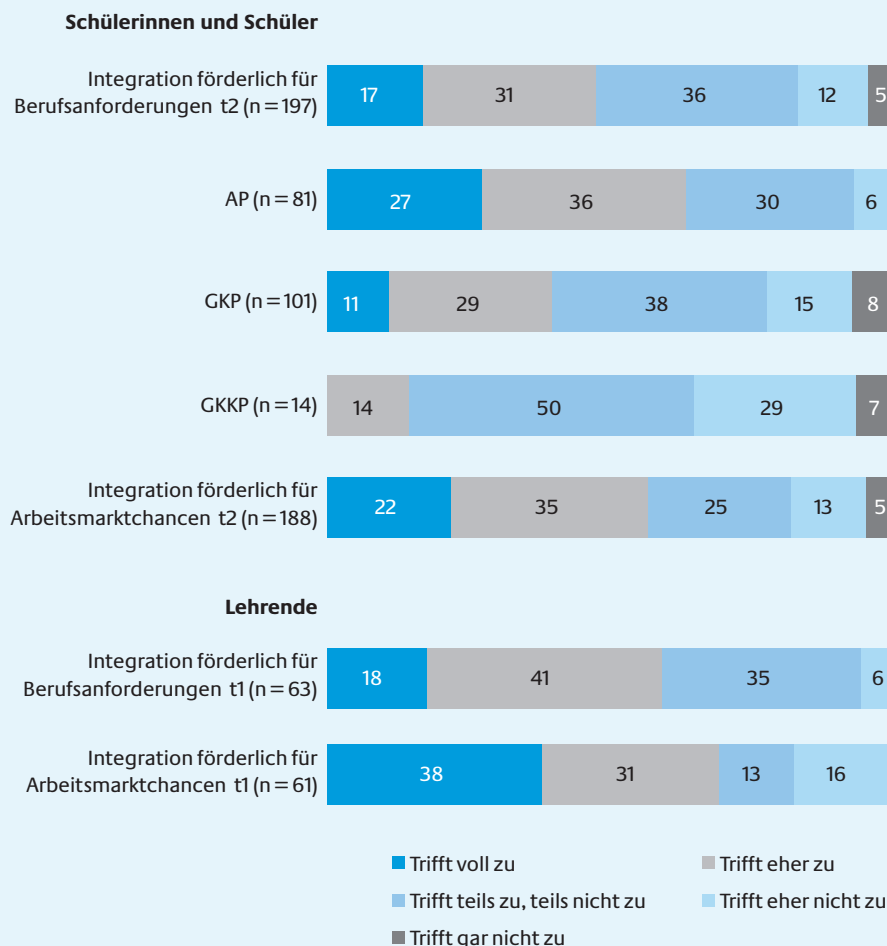
Im Rahmen der praktischen Ausbildung waren den Expertinnen und Experten aus allen drei Berufsgruppen zufolge die wechselnden Praxiseinsätze in den drei Arbeitsfeldern Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege die Basis für Integration. Dabei sollten die Praxiseinsätze eine gewisse Dauer nicht unterschreiten, damit die Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit hatten, das jeweilige Berufsfeld intensiv genug kennenzulernen. Von einigen Expertinnen und Experten wurde eine Gleichverteilung der Einsätze über die Bereiche Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege präferiert. Ein Teil der Lehrenden und Praxisanleitenden, die gerade zur Prüfung hin den gegebenen Zeitrahmen als zu eng empfanden, sprach sich für eine Verlängerung der Ausbildung aus, um ausreichend lange und vielfältige Praxiseinsätze realisieren zu können.

Die Bewertung der Integration für Berufsanforderungen und Arbeitsmarktchancen durch Schülerinnen und Schüler, Lehrende sowie Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter ist insofern ein zentraler Evaluationsgegenstand, als die Akzeptanz des berufsfachlichen Paradig-

menwechsels unter den beiden genannten Gesichtspunkten durch die Hauptbetroffenen ein wichtiges Erfolgskriterium des Modellvorhabens darstellt. Die Schülerinnen und Schüler sollten in den Befragungen die beiden Aspekte einschätzen, indem sie Stellung nahmen zu den Items: „Durch die Zusammenführung werde ich den Anforderungen meines Berufes besser gerecht werden“ und „Durch die Zusammenführung erhöhen sich meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt.“ Für die beiden anderen Akteursgruppen waren die Fragen analog formuliert.

Bei der Beurteilung der Integration durch die Schülerinnen und Schüler ist insgesamt keine große Veränderung zwischen der Befragung in der Modellmitte und am Modellende festzustellen, sondern lediglich eine geringfügige Abschwächung der Zustimmung gegen Ausbildungsende. Zu diesem Zeitpunkt bejahten knapp 50% der Befragten, die zu dem Item eine Meinung hatten, die Aussage, dass die Integration förderlich für ihre künftige Berufstätigkeit ist, etwa ein Drittel vertrat eine Teils-teils-Position, und ein kleiner Anteil von 17% betrachtete sie nicht als vorteilhaft (Übersicht 4.22). Dass die Gesamtergebnisse der Befragungen zu Mitte und Ende der Ausbildung recht nahe beieinanderliegen, bedeutet nicht, dass es keine Meinungsänderungen gab. Bei den Schülerinnen und Schülern, deren Antworten aus beiden Erhebungen einander zugeordnet werden können, hat über die Hälfte ihre diesbezügliche Einschätzung geändert, wobei diese Änderungen in beide Richtungen gehen und sich somit im Gesamtergebnis weitgehend aufheben. 34% waren gegen Ende skeptischer, 23% schätzten die Integration in höherem Maße als förderlich ein und 44% hatten zwischenzeitlich ihre diesbezügliche Meinung nicht geändert.

Übersicht 4.22: Bewertung der Integration aus Sicht der Beteiligten (Angaben in Prozent)



Die Bewertung der Integration bezüglich der beruflichen Qualifikation hängt deutlich vom gewählten Berufsziel ab: Am wenigsten konnten die Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel Gesundheits- und Kinderkrankenpflege die Integration für ihre Berufstätigkeit als positiv wahrnehmen, nur 14% äußerten sich dahingehend, die Hälfte nahm eine Teils-teils-Position ein, und ein gutes Drittel bewertete die integrative Ausbildung im genannten Kontext negativ. Klammert man die kleine Gruppe mit dem Berufsziel Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aus und betrachtet nur die Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel – bzw. in Modellen mit zwei Abschlüssen mit dem ersten Berufsziel – Altenpflege bzw. Gesundheits- und Krankenpflege, zeigt sich eine signifikante Differenz, die in ihrer Ausprägung durchaus bedeutsam ist. Die Schülerinnen und Schüler, die eine Altenpflegeausbildung absolvierten, maßen der Integration einen deutlich höheren Wert für ihre berufliche Qualifikation bei als die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege.⁵¹ Letztere bewerteten sie zu 23% negativ, zu 40% positiv, während die entsprechenden Werte für ihre Mitschülerinnen und Mitschüler in der Altenpflegeausbildung 7% bzw. 63% betragen.

Fast ebenso positiv wurde von der Gesamtheit der Schülerinnen und Schüler die Integration im Hinblick auf die Arbeitsmarktchancen gesehen. 57% versprachen sich von einer integrierten Ausbildung Vorteile auf dem Arbeitsmarkt, während 18% keinen solchen Effekt erwarteten, bei genau einem Viertel Unentschiedener. Diese Werte bedeuten gegenüber der analogen Erhebung zur Ausbildungsmitte eine gewisse Abschwächung. Damals hatten immerhin drei Viertel der Antwortenden dem Item, dass die Integration förderlich für die Arbeitsmarktchancen sei, zugestimmt. Zum Ende der Ausbildung, also zu einem Zeitpunkt, zu dem sicherlich in vielen Fällen bereits Einstellungs-, zumindest Sondierungsgespräche stattgefunden hatten, dürften sich in etlichen Fällen, v. a. bei Übernahme durch den Träger der Ausbildung, persönliche Qualitäten als relevant für die Einstellungsoption erwiesen haben, die allenfalls schwach mit dem Sachverhalt, integriert ausgebildet worden zu sein, in Verbindung gebracht werden.

Die Bewertung der Integration bezüglich der Arbeitsmarktchancen durch die Schülerinnen und Schüler, differenziert nach dem gewählten Berufsziel, zeigt tendenziell das gleiche Muster wie die Bewertung der Integration für die berufliche Qualifikation, aber so abgeschwächt, dass keine signifikante Differenz zwischen den Berufsgruppen besteht.

Im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern bewerteten die Lehrenden die Integration in beiderlei Hinsicht deutlich günstiger. Die Differenz der Bewertung in der Ausbildungsmitte und am Ausbildungsende ist in Bezug auf die berufliche Qualifikation insgesamt geringfügig, in Bezug auf die Arbeitsmarktchancen ist ein leichter Rückgang der Zustimmung auf ein allerdings immer noch hohes Niveau zu verzeichnen. Mehr als zwei Drittel der Lehrenden bewerteten vor Modellende die integrierte Ausbildung als günstig für die Arbeitsmarktchancen und nur 18% schrieben ihr diesbezüglich keinen positiven Effekt zu. Auch im Hinblick auf die berufliche Qualifikation wurde die Integration von mehr als der Hälfte der Befragten (59%) als förderlich eingeschätzt, 35% stimmten dem teilweise zu und lediglich 6% lehnten das Item ab.

⁵¹ Der Chi-Quadrat-Test für beide Gruppen bei Zusammenfassung der beiden positiven und negativen Ausprägungen zu jeweils einer Kategorie ergibt einen Chi-Quadrat-Wert von 12,28 bei 2 df, mit asymptotischer Signifikanz von 0,002; der Zusammenhangswert Cramer-V beträgt 0,263.

Die Befragten sollten zusätzlich zu ihrer Stellungnahme durch Ankreuzen einer Antwortkategorie ihre Position durch die Angabe von Gründen erläutern. Diese sind insgesamt sehr heterogen, sodass eine Kategorisierung und darauf fußende Quantifizierung eine Scheingenauigkeit ohne echten Erkenntnisgewinn produzieren würde. Gleichwohl lassen sich die Aussagen für beide Befragtengruppen thematisch gruppieren. In dieser Form werden sie hier vorgestellt, wobei typische Begründungen für die jeweilige Position als weitestgehend wörtliche Zitate beigefügt werden. Diese Aussagen machen die hinter den Daten stehende Wirklichkeit plastisch greifbar, müssen aber als Ausdruck zum Teil singulärer Erfahrung relativierend rezipiert werden.

In einer Reihe von Aussagen der Schülerinnen und Schüler wird beklagt, dass die Breite der Ausbildung zu Oberflächlichkeit führt und eine vertiefende Qualifizierung verhindert. Zum Teil erscheint die Ausbildung für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht angemessen in der Gesamtausbildung berücksichtigt. Für einige der Befragten ging die Altenpflegeausbildung zulasten der Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege und vice versa:

„Es wird zuviel vermischt. Dadurch fallen wesentliche Inhalte gerade der Krankenpflegeausbildung weg.“/„Weil alles nur oberflächlich behandelt werden kann, zu wenig Struktur.“/„Hätte lieber reine Krankenpflege gelernt, da man in der praktischen Phase viele Defizite aufweist.“

„Kinderkrankenpflege fällt unter den Tisch.“

„Konnte den Umgang mit alten Menschen und ihren speziellen Bedürfnissen üben, hatte aber zu wenig Zeit, um im Krankenhaus den Überblick zu bekommen.“/„Zu einem Teil schon, da ich aufgrund der stationären Einsätze besser in der Behandlungspflege geschult wurde, z. T. auch nicht, weil einige Betreuungsaspekte dabei auf der Strecke geblieben sind.“

Eine Gruppe von Begründungen rekurriert auf die demografische Entwicklung mit der Folge einer Zunahme von pflegebedürftigen älteren Menschen und auf die mehr oder weniger dadurch bedingte Angleichung der Pflegeanforderungen in Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege. Insbesondere für die Schülerinnen und Schüler der Altenpflege bedeutete die mit der Integration einhergehende Intensivierung der krankenpflegerischen bzw. medizinischen Ausbildungsanteile eine Verbesserung der Ausbildung:

„Da das Klientel im Krankenhaus oft ältere Menschen sind (darunter Demenzkranke), lernt man besseren Umgang und Verständnis, was bei manchen Fachkräften oft fehlt.“/„Kranken- und Altenpfleger haben in der Altenpflege die gleichen Aufgaben.“

„Als Altenpfleger brauche ich in meinem Beruf ständig die Kenntnisse, die normalerweise nur Krankenpfleger lernen.“/„Als Altenpflegerin hatte ich Einblicke in medizinische Zusammenhänge, die ich in der Regelausbildung nicht hätte.“

Die Lehrenden argumentierten ähnlich wie die Schülerinnen und Schüler und brachten zusätzliche Aspekte ein. Diejenigen unter ihnen, die der integrierten Ausbildung eher kritisch gegenüberstanden, verwiesen u. a. auf die zu geringe Tiefe der Ausbildung oder

äußerten die Meinung, dass in der Ausbildung das Berufsfeld nicht realitätsnah repräsentiert wird. Für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wurden Probleme der Ausbildungsorganisation benannt. Vereinzelt wurde auch darauf hingewiesen, dass die Integration zwar förderlich für die Behandlungspflege ist, aber zu einer Vernachlässigung psychosozialer Aspekte führte:

„Schüler erlangen einen Einblick in alle Kernberufe, die Möglichkeit zur Erlangung von berufsspezifischen Kenntnissen fehlt.“/„Viel Stoff in kurzer Zeit, es kann nur oberflächliches Wissen und Können erworben werden, Fachkompetenz zu wenig ausgeprägt.“/„Schüler und Schülerinnen gehen mit falschen Erwartungen an künftige Aufgaben, ... durch einseitige Praxisauswahl ...“

„Ausbildungsinhalte der Kinderkrankenpflege wurden teilweise sehr spät vermittelt, sodass zu wenig Zeit für praktische Erprobungen blieb.“/„Lerninhalte der Kinderkrankenpflege kamen in der Grundphase zu kurz.“

„Bei der Durchführung körperbezogener Tätigkeiten – ja; bei strukturierenden und betreuenden Tätigkeiten – nicht.“

In der Sicht einer Reihe von Lehrenden profitiert die Altenpflege vom stärkeren Einbezug medizinischer Aspekte. Einige Befürworter der Integration sprachen u. a. mit einem Seitenblick auf die demografische Entwicklung und auf Strukturveränderungen im Pflegebereich die Koinzidenz der Pflegeanforderungen an:

„Trifft am ehesten für Altenpflege zu, wegen erhöhtem medizinischem Bezug.“/„Altenpflege kann sich in das ‚Erleben‘ des Bewohners im Krankenhaus besser einfühlen; besseres medizinisches Verständnis.“

„Die Aufgaben- und Tätigkeitsfelder in beiden Pflegeberufen verändern sich zunehmend [demografische Entwicklung, Multimorbidität, DRGs ...]. Eine Zusammenführung ist daher sinnvoll.“/„Durch Integration von Inhalten aus der Altenpflege wird die demografische Bevölkerungsentwicklung, die sich in der Klientel der Gesundheits- und Krankenpflege widerspiegelt, berücksichtigt. Den Anforderungen in der Pädiatrie werden sie nur teilweise gerecht.“

Als positiver Effekt wurde der integrierten Ausbildung zugeschrieben, dass die Schülerinnen und Schüler zu einer Perspektivenerweiterung bzw. -reziprozität gelangten. Schließlich wird durch die Integration aus der Sicht der Lehrenden die berufliche Flexibilität der Schülerinnen und Schüler verstärkt.

„Einblick in die anderen Berufsgruppen“ [daraus folgt:] „Verständnis, gegenseitige Compliance. Der berufsgruppenspezifische ‚Horizont‘ wird stark erweitert.“/„Horizonte der Schüler erweitern sich, bessere Einblicke und Verständnis, Vorteile bzgl. interdisziplinärem Arbeiten.“/„Beide Berufsgruppen erhalten Einblicke in die Besonderheiten der jeweils anderen und werden in der Zukunft eher Verständnis für die Probleme der jeweils anderen Berufsgruppe aufbringen.“

„Größere Kompetenzen in beiden Berufsfeldern, berufliche Flexibilität.“/„Sind flexibler, können besser Transfer leisten, sind u. a. sehr gut geeignet für den ambulanten Dienst.“

In der Zusammenschau machen diese Aussagen einen Befund deutlich, der auch aus der Datenanalyse resultiert: Integration der Pflegeausbildungen, zumindest Integration der Altenpflege- und der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, erscheint unter den gegebenen Bedingungen des Versorgungssystems und angesichts des Wandels des Pflegepanoramas als zeitgemäß, und beide Pflegebereiche profitieren davon. Insbesondere festigt die Altenpflegeausbildung durch Zuwachs behandlungspflegerischer Kompetenz die Position der Altenpflege als Pflegeberuf. Damit wird auch der soziale Status der Pflegekräfte in der Altenpflege angehoben. Diesem strategischen Gewinn steht gegenüber, dass die Entwicklung praxisrelevanter Fähigkeiten teilweise als unzureichend empfunden wurde und v. a. den Belangen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht genügend entsprochen wurde. Die Gründe hierfür werden weiter unten diskutiert.

In das hier umrissene Bild fügt sich die Bewertung des berufsfachlichen Paradigmenwechsels durch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter weitgehend ein, wie aus Übersicht 4.23 ersichtlich wird. Deren Einschätzung der Integration ist in hohem Maße von der jeweiligen Betrachtungsperspektive abhängig. Bezüglich der beruflichen Qualifikation ist die Zustimmung insgesamt verhaltener als bei den anderen beiden Hauptakteursgruppen. Immerhin bewertete etwa jede bzw. jeder Vierte der Befragten (27%) die Integration als nicht förderlich für die Berufsanforderungen, 39% hielten sie teilweise für förderlich, bei einem Anteil von 34%, die der Integration einen positiven Effekt für die berufliche Qualifikation zuschrieben.

Bei dieser Bewertung gibt es zum einen deutliche Unterschiede zwischen den Modellprojekten – besonders positiv wird die Integration in Niedersachsen, besonders kritisch wird sie in Berlin eingeschätzt –, zum anderen unterscheiden sich die Einschätzungen in Abhängigkeit vom Tätigkeitsfeld. Die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter in der stationären Kinderkrankenpflege, die, wie ihre Kolleginnen und Kollegen in den ambulanten Diensten, zahlenmäßig eine kleine Gruppe darstellen, bewerteten die Integration mehrheitlich, nämlich zu 67% negativ, bei 33% Teils-teils-Bewertungen und somit keiner einzigen Zustimmung. Dagegen wurde in der stationären Altenpflege und bei den ambulanten Diensten die Integration von jeweils etwa der Hälfte der befragten Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter bezüglich der beruflichen Qualifikation positiv und von jeweils etwa einem Fünftel negativ eingeschätzt. In der stationären Krankenpflege dominiert augenscheinlich eine ambivalente Haltung. Hier wurde die integrierte Ausbildung von 55% als teilweise förderlich eingeschätzt, bei 29% negativen und 16% positiven Voten.

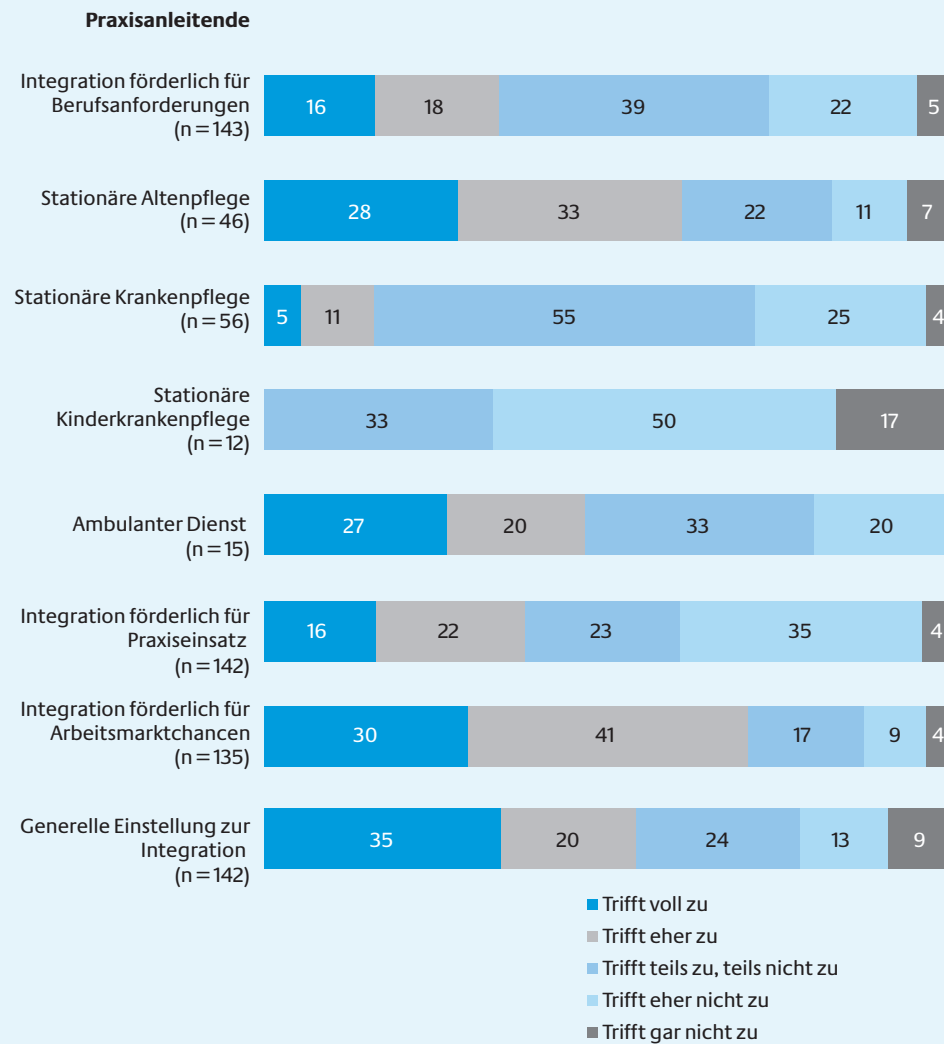
Die Antwortverteilung zur Bewertung der Integration im Hinblick auf die Einsetzbarkeit in der Praxis ähnelt der Einschätzung bezogen auf die berufliche Qualifikation, wobei das Meinungsbild bezüglich der Praxiseinsätze stärker polarisiert erscheint. Hier äußerten sich 38% positiv, 39% negativ, bei 23% mittlerer Position.

Ein ausgeprägt positives Bild zeigt sich bei der Einschätzung, inwieweit die Integration für die Arbeitsmarktchancen der Auszubildenden förderlich ist. Fast drei Viertel (71%) der Befragten stimmten der Aussage zu, bei 13% negativer Bewertung.

Schließlich wurde mit dem Item: „Ich persönlich befürworte die Zusammenführung voll und ganz“ die generelle Zustimmung zur Integration seitens der Praxisanleiterinnen und

Praxisanleiter erfasst. Hier zeigt sich insgesamt eine positive Einstellung. Die entsprechende Werteverteilung, 35% volle und 20% eingeschränkte Zustimmung, 24% Teils-teils-Voten, 13% eingeschränkte und 9% entschiedene Ablehnung, liegt zwischen den Werteverteilungen bezüglich der Berufsanforderungen und der Arbeitsmarktchancen.

Übersicht 4.23: Bewertung der Integration aus Sicht der Praxisanleitenden (Angaben in Prozent)



Diese generelle Akzeptanz der Integration steht auf den ersten Blick in Widerspruch zur skeptischeren Bewertung bezüglich der beruflichen Qualifikation und der Praxistauglichkeit. Der Widerspruch löst sich auf, wenn man unterstellt, dass die generelle Bewertung sich auf eine mehr oder weniger diffus wahrgenommene Gesamtkompetenz gründet, wogegen die Bewertung bezüglich Qualifikation und Einsetzbarkeit sich aus der Beobachtung praktischer Fertigkeiten speist, die vielleicht noch unterentwickelt sind.

Die schriftlichen und mündlichen Befragungen der Projektleitungen im Rahmen des Abschlussmonitorings sowie die Telefoninterviews mit Pflegedienstleitungen ergaben insgesamt eine positive Einschätzung des berufsfachlichen Paradigmenwechsels. Den Lehrenden wurde eine beträchtliche Verbreiterung ihrer fachlichen und pädagogischen

Kompetenz bescheinigt. Diese resultierte aus dem notwendig intensiven Austausch mit Kolleginnen und Kollegen aus dem jeweils anderen Berufsfeld und mit dem entsprechenden Ausbildungsgang bzw. aus der strukturierten Teamarbeit mit konkreter Zielverfolgung. Die gegenseitige Perspektivenübernahme führte tendenziell zu einem Aufbrechen segmentierten Berufsverständnisses. So wurde im Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen ein „Hineinwachsen“ in die Idee der generalistischen Perspektive beobachtet. Bei den Schülerinnen und Schülern entwickelte sich den Projektleitungen zufolge durch den Austausch mit dem jeweils anderen Pflegebereich eine intensive Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Bereichen der Pflege und deren Vertreterinnen und Vertretern. Daraus resultierte ein hohes Maß an Verständnis und gegenseitiger Anerkennung sowie die Einsicht, dass für die pflegerische Tätigkeit generell Kenntnisse und Fertigkeiten aus allen Pflegebereichen erforderlich sind. Einige Schülerinnen und Schüler hätten entsprechend Ausschau nach einem Arbeitsplatz gehalten, an dem eine Vielfalt pflegerischer Kompetenzen gefragt ist.

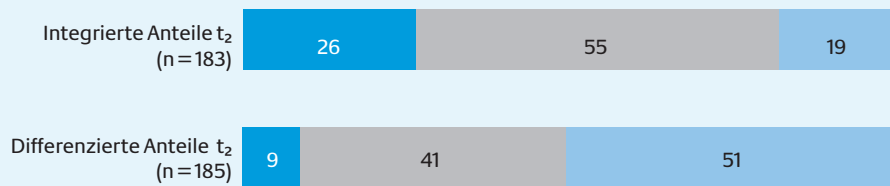
Erfahrungen und Einschätzungen der Akteure zum Verhältnis von integrierten und differenzierten Anteilen

Ein bedeutsamer Aspekt einer integrierten Ausbildung ist naturgemäß das Verhältnis von integrierten und differenzierten Anteilen. Dieses Verhältnis dürfte ein wesentlicher Faktor dafür sein, dass die Ausbildung sowohl den übergreifenden als auch den spezifischen Belangen der grundständigen Berufe gerecht wird. Die subjektive Sicht hierauf wurde bei den Lehrenden für die Gesamtkonzeption der theoretischen Ausbildung erhoben. Um zu ermitteln, ob die Lehrenden das Verhältnis von integrierten und differenzierten Anteilen als angemessen empfinden, wurden sie gebeten, die beiden Items: „Die integrierten Anteile der theoretischen Ausbildung waren insgesamt ...“ und „Die differenzierten Anteile der theoretischen Ausbildung waren insgesamt ...“ mit den Angaben „zu gering“, „gerade richtig“ oder „zu groß“ zu vervollständigen. Für die Schülerinnen und Schüler waren Fragestellung und Antwortkategorien analog bzw. gleich mit denen der Lehrenden.

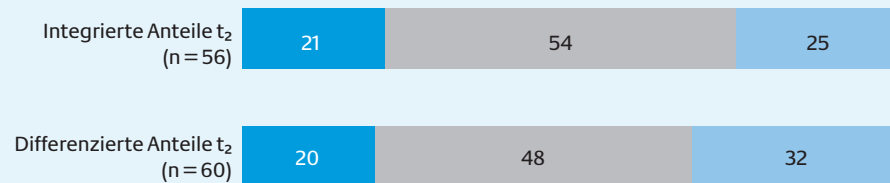
Etwa die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (51%) empfand den differenzierten Anteil der theoretischen Ausbildung als zu gering, d. h. sie hätten sich offenkundig mehr differenzierte Ausbildung gewünscht (Übersicht 4.24). Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, für die der Integrationsanteil zu gering war, ist dagegen mit 19% eher niedrig. Als gerade richtig wurde der Integrationsanteil von über der Hälfte der Schülerinnen und Schüler bewertet, für den differenzierten Anteil sagten dies nur 41%. Der Anteil derer, die den Umfang des integrierten Unterrichts als zu groß bewerteten, beträgt 26%; 9% betrachteten den Umfang des differenzierten Unterrichts als zu groß. Insgesamt waren somit aus der Sicht der Schülerinnen und Schüler deutlich mehr Ausbildungsanteile zu knapp bemessen als umgekehrt Ausbildungsanteile zu ausgedehnt. Ein logisch konsistentes Antwortverhalten unterstellt, wäre die Konsequenz, dass die Ausbildungsdauer bei der gegebenen Ausbildungskonzeption als zu kurz empfunden wurde.

Übersicht 4.24: Das Verhältnis von Integration und Differenzierung in der theoretischen Ausbildung aus Sicht der Beteiligten (Angaben in Prozent)

Schülerinnen und Schüler



Lehrkräfte



■ zu groß ■ gerade richtig ■ zu gering

Übersicht 4.25, eine Kreuztabellierung der Variablen differenzierte bzw. integrierte Anteile Theorie, belegt, dass von den 92 Schülerinnen und Schülern, die den differenzierten Anteil an der Theorie als zu gering bewerteten, 41 den integrierten Anteil als ausreichend und zwölf auch diesen noch als zu gering ansahen. Für 39 schien eine Gewichtsverlagerung vom integrierten zum differenzierten Theorieunterricht sinnvoll, eine kleine Minderheit von acht Personen wünschte sich offenkundig mehr Integration und weniger Differenzierung, während 54 Personen – das entspricht einer Rate von 30% der Stichprobe – das Verhältnis als ausgewogen ansahen. Demzufolge scheint für eine Reihe von Schülerinnen und Schülern der gegebene Zeitrahmen für die integrierte Ausbildung als zu knapp bemessen. Dieser Befund findet seine Bestätigung in einigen der oben zitierten Aussagen zur unzureichenden vertiefenden Qualifizierung in der integrierten Ausbildung.

Übersicht 4.25: Integrierte/differenzierte Anteile Theorie – Die Sicht der Schülerinnen und Schüler zum Ausbildungsende

Integrierte Anteile Theorie \ Differenzierte Anteile Theorie				Gesamt
	zu gering	gerade richtig	zu groß	
zu gering	12 (7%)	14 (8%)	8 (4%)	34 (19 %)
gerade richtig	41 (23%)	54 (30%)	5 (3%)	100 (55%)
zu groß	39 (21%)	6 (3%)	3 (2%)	48 (26%)
Gesamt	92 (51%)	74 (41%)	16 (9%)	182 (100 %)

Betrachtet man die Bewertung des Umfangs der differenzierten und integrierten Anteile der theoretischen Ausbildung durch die Schülerinnen und Schüler nach dem angestrebten Berufsziel, lässt sich als Tendenz feststellen, dass diejenigen mit dem Berufsziel Gesundheits- und Krankenpflege die differenzierten Anteile eher als zu gering ansahen, ein Trend, der bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschülerinnen und -schülern noch deutlich stärker erscheint, wohingegen ihre Kolleginnen und Kollegen, die den Altenpflegeberuf anstrebten, eher die integrierten Anteile als nicht ausreichend bewerteten.

Bei den Lehrerinnen und Lehrern ist die Antwortverteilung bezüglich der integrierten Anteile ähnlich wie bei den Schülerinnen und Schülern. 54% der Lehrenden sahen den Umfang des Integrationsanteils als gerade richtig an, 21% als zu groß, während 25% ihn als zu gering einschätzten (s. oben Übersicht 4.24). Die differenzierten Anteile hielten 32% für zu gering, 20% für zu stark ausgeprägt, während 48% sie als angemessen bewerteten. Bei denjenigen, die das Verhältnis nicht als ausgewogen ansahen, zeigten sich modelltypische Unterschiede: In Berlin, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt sah ein großer Teil der Lehrenden den differenzierten Anteil als zu gering ausgeprägt an. Dagegen hätte sich v. a. in Baden-Württemberg, Bayern und Berlin ein nennenswerter Teil der Lehrenden offenbar (noch) mehr integrierte Anteile an der theoretischen Ausbildung gewünscht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in beiden Gruppen jeweils etwa die Hälfte der Befragten, welche die entsprechenden Fragen beantwortet haben, das Verhältnis von differenzierten und integrierten Anteilen der Ausbildung als ausgewogen wahrgenommen hat. Eine Einschränkung ist zu machen in Bezug auf die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege, die den Differenzierungsanteil bei der Theorie als zu gering einschätzen. Dabei ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass in dieses Votum viele kaum zu erfassende konfundierende Einflüsse eingehen, etwa konkrete Schwierigkeiten in der Berufspraxis, die dann ursächlich der Ausbildungskonzeption angelastet werden. Stellt man dies in Rechnung, wird man die Bewertung des Verhältnisses von integrierten und differenzierten Anteilen der Ausbildungskonzeption durch die Hauptakteure insgesamt als durchaus zufriedenstellend ansehen dürfen.

Integrationsgrad und Verständnis des Pflegeberufs bei den Schülerinnen und Schülern

Wie oben dargelegt, haben die Modelle in unterschiedlichem Grade den theoretischen Unterricht integriert, wobei drei Modelle (Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen-Anhalt) auf einen Integrationsgrad von unter 90% kamen, zwei (Bayern, Hessen) auf 90% und drei Modelle (Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) einen höheren Integrationsgrad von 93% realisierten (s. oben Übersicht 4.21). Es stellt sich die Frage, ob mit dem unterschiedlichen Integrationsgrad ein verändertes Verständnis des Pflegeberufs bei den Schülerinnen und Schülern einhergeht. Als Indikator hierfür kann die zugeschriebene Nähe des Pflegeberufs zur Medizin gelten, in dem Sinne, dass die geringere Nähe zur Medizin im Umkehrschluss als Eigenständigkeit des Berufs interpretiert wird. Die entsprechende Variable „Nähe zur Medizin“ bildet eine der Fragen zum Berufsimagen. Diese wurde in der t_0 -Erhebung bezüglich ihrer Relevanz für die Berufsentscheidung, in den beiden Folgerhebungen als zugeschriebenes Merkmal des Pflegeberufs erfasst.

Bei der Relevanzeinschätzung zu Ausbildungsbeginn charakterisierte knapp die Hälfte der Schülerinnen und Schüler die Nähe zur Medizin als „sehr wichtig“ für ihre Berufsentscheidung. Dabei zeigen sich keine großen Differenzen über die Modellgruppen unterschiedlichen Integrationsgrades hinweg: Die entsprechenden Aussagen treffen 49% der Schülerinnen und Schüler in den am niedrigsten (< 90%) integrierten, 47% derer in den zu 90% integrierten und 41% derer in den am höchsten (> 90%) integrierten Modellen (Übersicht 4.26).

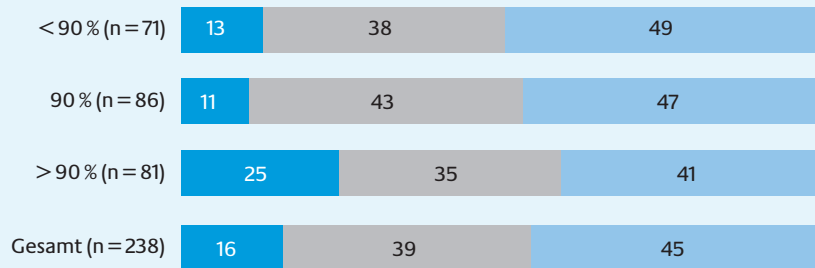
Zur Ausbildungsmitte hin betrachteten 59% der Befragten die Nähe zur Medizin „voll und ganz“ als Merkmal des Pflegeberufs, gegen Ende hat sich der Anteil auf 51% leicht verringert. Zu beiden Befragungszeitpunkten sind die Differenzen zwischen den Integrationsgruppen signifikant (wobei nur die Ausprägungen „trifft eher zu“ und „trifft voll und ganz zu“ in den Signifikanztest eingehen). Zur Ausbildungshalbzeit schrieben 46% der Schülerinnen und Schüler in den Modellen mit einem sehr hohen Integrationsgrad (> 90%) dem Pflegeberuf die Medizinnähe „voll und ganz“ zu, gegenüber 63% in den Modellen mit 90%iger Integration und 68% in denen mit einem niedrigeren Integrationsgrad (< 90%). Gegen Ausbildungsende betragen die entsprechenden Werte noch 38%, 55% und 63%.

Bei einer nach dem Berufsziel differenzierten Betrachtung ergibt sich für die Schülerinnen und Schüler mit dem Ziel Gesundheits- und Krankenpflege ein der Gesamtheit analoges Bild. Bei den Altenpflegeschülerinnen und -schülern ist das Abrücken von der Medizinorientierung nur für die Modelle mit 90%igem Integrationsgrad zu verzeichnen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die Schülerinnen und Schüler mit dem Berufsziel Altenpflege in den höher integrierten Modellen unterrepräsentiert sind.

Als Trend ist zu konstatieren, dass sich mit zunehmender Integration der theoretischen Ausbildung das Verständnis des Pflegeberufs von der Medizinorientierung entfernt, wobei zu berücksichtigen ist, dass diese Einstellung von den Lehrenden in den hoch integrierten Modellen bewusst gefördert wurde. Nach Aussagen von Modellverantwortlichen dieser Projekte hat sich bei ihren Schülerinnen und Schülern ein genuines, die Berufsgruppen übergreifendes Verständnis von Pflege entwickelt. Im Modellprojekt Nordrhein-Westfalen wurde von Anfang an auf die Identifikation mit dem generalistischen Grundgedanken hingearbeitet.

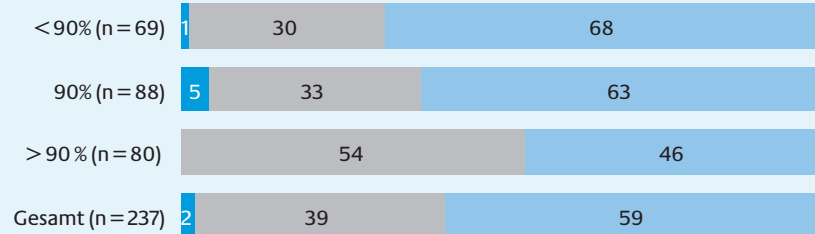
Übersicht 4.26: Zugeschriebene Medizinorientierung des Pflegeberufs und Integrationsgrad der Modelle (Angaben in Prozent)

Nähe zur Medizin t_0 /Integrationsgrad (n = 238)

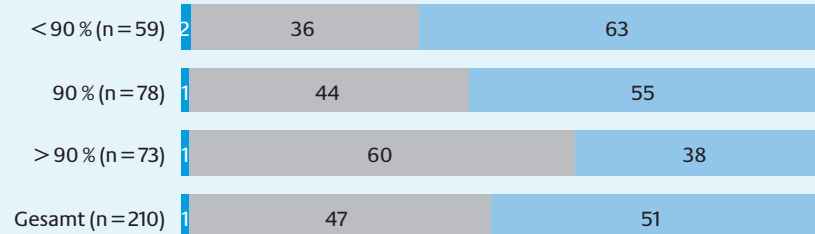


■ eher unwichtig ■ eher wichtig ■ sehr wichtig

Nähe zur Medizin t_1 /Integrationsgrad (n = 237)



Nähe zur Medizin t_2 /Integrationsgrad (n = 210)



■ Trifft eher nicht zu ■ Trifft eher zu ■ Trifft voll und ganz zu

Fazit zur Integration

Insgesamt kann aus den Befunden zur Integration der Pflegeausbildungen im Modellvorhaben ein positives Resümee gezogen werden. Die Integration von Altenpflegeausbildung und Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in einer dreijährigen Ausbildung konnte insgesamt sehr erfolgreich realisiert werden. Die in den Modellprojekten entwickelten Curricula werden im Wesentlichen den Anforderungen an beide Ausbildungen gerecht.

Dies ist zumindest die aus den Erhebungen rekonstruierbare Sicht der Schülerinnen und Schüler, der Lehrenden, der Praxisanleitenden und der Projektverantwortlichen. Im Kontext des Modellvorhabens ergab sich die Einschätzung, dass die Adaption und Umarbeitung vorhandener Curricula weniger zu empfehlen ist als eine Neukonstruktion. Es wurde deutlich, welche positiven Effekte – von der kognitiven Ebene der Beteiligten bis zu den Organisationsstrukturen – von dieser Neukonstruktion ausgehen. Auf der anderen Seite wurde deutlich, wie schwierig eine Curriculumkonstruktion sich darstellt und dass hierfür beträchtliche Ressourcen v. a. an Zeit und Beratungsleistungen zur Verfügung stehen müssen. Auch wenn die Eigenkonstruktion zunächst empfohlen wird, ist dennoch zu überdenken, wie bei einer bundesweiten Umsetzung – etwa durch die Empfehlung einer Auswahl von Mustercurricula – zu verfahren ist.

Einschränkungen, was den Erfolg angeht, müssen gemacht werden bezüglich der Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. In drei Modellprojekten (Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) wurde eine integrierte Ausbildung aller drei Pflegeberufe durchgeführt, wobei sich die Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege teilweise als problematisch erwies. Hierfür können bis zu einem gewissen Grad einstellungsbedingte Vorbehalte seitens des Berufsstandes der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, auf die Modellverantwortliche verwiesen, als mit ursächlich betrachtet werden. Außerdem war zumindest in einem Modellprojekt, dem in Berlin, die Integration in organisatorischer Hinsicht, z. B. durch zumindest zeitweise kaum realisierte Kooperation zwischen den Schulen, unzulänglich.

Als ein nicht geringes Problem bei der Integration hat sich die eingeschränkte Einsetzbarkeit der Schülerinnen und Schüler im Praxisalltag der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege herausgestellt. Dem sollte durch ein frühzeitig im Ausbildungsverlauf durchgeführtes Fertigkeitentraining begegnet werden. Aussagen von Vertreterinnen und Vertretern des Pflegemanagements legen die Annahme nahe, dass gerade im Umgang mit Kleinstkindern möglichst frühzeitig die erforderlichen Habitualisierungen angebahnt werden müssen. Die in diesem Bericht deutlich werdenden Vorbehalte gegen die Integration seitens der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege dürften sich z. T. aus dem genannten Manko erklären lassen. Umgekehrt ist durch die Lösung des Problems eine Abnahme dieser Vorbehalte zu erwarten.

Unabhängig hiervon ergibt sich für die integrierte Ausbildung eine Reihe von Problemen, die verschärft bei der Verzahnung von Theorie und Praxis deutlich wurden und deren Lösung derzeit schwierig ist. Eine Ursache hierfür liegt in den unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen in der Altenpflege- und in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Als eine Folge können sich Spannungen durch unterschiedlich hohe Ausbildungsvergütungen der Schülerinnen und Schüler beider Ausbildungsgänge einstellen. Eine weitere Folge können organisatorische/strukturelle Problemlagen sein, etwa bedingt durch unterschiedliche Anwesenheitsdauern in den Einrichtungen beider Bereiche respektive durch Fehlzeiten in der „eigenen“ Einrichtung.

Auch wenn in künftigen integrierten Ausbildungen die für eine frühzeitige Einsetzbarkeit relevanten Fertigkeiten durch entsprechende Trainings vermittelt werden, sind diese im Sinne eines lebenslangen Lernens auf Weiterentwicklung nach der Ausbildung angewie-

sen. Dies ist gewissermaßen der Preis, der zu zahlen ist für den Gegenwert, dass integriert ausgebildete Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger mit einer hohen generellen Pflegekompetenz ausgestattet sind. Als integriert ausgebildete Pflegekräfte können sie sich sehr gut auf geriatrische und gerontopsychiatrische Problemlagen der bekanntlich älter werdenden Klientel einstellen. Mit ihrer breiten Qualifikation und umfassenden Kompetenz erweisen sie sich gerade auch für den ambulanten Dienst als geeignet, dessen Bedeutung im Versorgungssystem künftig zunehmen wird.

Als besonders groß ist der Nutzeffekt für die Altenpflege zu bewerten. Der Alltag in den stationären Einrichtungen ist von einer Zunahme krankenpflegerischer Erfordernisse geprägt, u. a. durch die mit höherer Lebenserwartung einhergehende Multimorbidität oder die in Folge der DRGs relativ frühe Entlassung kranker älterer Menschen aus der Klinik. Integriert ausgebildete Altenpflegerinnen und Altenpfleger verfügen über eine fundierte behandlungspflegerische Kompetenz und damit über ein Qualifikationsprofil, das diesen veränderten Anforderungen des Altenpflegeberufs gerecht wird.

Der vormals in der Altenpflege im Vordergrund stehende Kompetenzbereich der Betreuung und Alltagsbewältigung ist mit diesem Wandel aber nicht obsolet geworden. Insgesamt wurden die entsprechenden Kompetenzen bei den Schülerinnen und Schülern in den Modellprojekten aufgebaut. Gleichwohl machen die vereinzelt von den Beteiligten, insbesondere den Lehrenden, angemahnten einschlägigen Defizite deutlich, dass bei der Konzeption einer integrierten Pflegeausbildung immer auch dafür Sorge zu tragen ist, das Augenmerk auf die Berücksichtigung dieses Kompetenzfeldes zu lenken. Beobachtungen im Modellvorhaben legen die Annahme nahe, dass entsprechende Defizite v. a. dann verzeichnet werden, wenn bei der Integration die Partner nicht auf der Basis von Gleichberechtigung kooperierten.

Wenn Pflegerinnen und Pfleger den beiden Aspekten der Begleitung und Betreuung älterer Menschen durch die umfassende Ausbildung gerecht werden, ist dies nicht allein zum Nutzen der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger. Auch die Identifikation mit dem Beruf bzw. die Berufszufriedenheit der Altenpflegerinnen und Altenpfleger dürfte sich erhöhen. Dank der breiten Kompetenz ist darüber hinaus eine Verbesserung bzw. Intensivierung der Kommunikation im Dreieck von Pflegeempfängerinnen und -empfängern, Angehörigen und Pflegenden zu erwarten. In der Summe dürften diese positiven Effekte die Berufszufriedenheit der Pflegenden erhöhen und mittel- und langfristig das soziale Ansehen des Pflegeberufs beträchtlich steigern. Schließlich dürfte die mit der Integration erzielte Kompatibilität mit der Pflegeausbildung anderer Länder in der EU hierzulande die Attraktivität der Pflegeausbildung deutlich vergrößern.

4.4 Prüfungen

Kompetenzorientierte Prüfungen unter Einbeziehung der integrierten Perspektive stellen für die Pflegeschulen eine neue Herausforderung dar. Im Zusammenhang mit den Prüfungen unter den Modellbedingungen zeigte sich in konzentrierter Form, welche Auswirkungen die beschriebenen Paradigmenwechsel haben und wie diese von den Beteiligten

bewältigt und umgesetzt wurden. Hinsichtlich der Prüfungsgestaltung konnte auf Vorerfahrungen aufgebaut werden, da Methoden für handlungsorientierte Prüfungsverfahren bereits von Modellprojekten in dualen Schulversuchen erprobt worden sind. In Anlehnung an die Erfahrungen aus dem Projekt SELUBA (Steigerung der Effizienz neuer Lernkonzepte und Unterrichtsmethoden in der dualen Berufsausbildung) sind folgende Methodenbausteine für Prüfungsverfahren geeignet.⁵²

Situationsbezogene schriftliche Arbeit: Hierbei wird die schriftliche Arbeit durch die Struktur handlungsorientierten Unterrichts, beispielsweise Planung, Durchführung, Kontrolle/Reflexion, gegliedert. Beispiele für eine situationsbezogene schriftliche Arbeit können sein:

- Schriftliche Klassenarbeiten in Essayform
- Fallstudienarbeit
- Hausarbeit/Problemskizze
- Protokoll

Kurzantwortfragen: Über die schriftliche Methode der Kurzantwortfragen können Konzepte, Prinzipien und Aussagen erfasst werden. Diese Prüfungen haben den Vorteil, dass sie leicht zu erstellen sind und eine höhere Reliabilität besitzen. Beispiele für unterschiedliche Kurzantwortfragen können sein:

- Freie Antwortmöglichkeiten mit direkten Fragestellungen und eindeutige Antwortmöglichkeiten
- Multiple-Choice-Fragen
- Zuordnungsfragen

Diese Methode muss in Kombination mit anderen Verfahren umgesetzt werden, um den Anspruch der Handlungsorientierung zu erfüllen. Handlungsketten können mit diesem Verfahren zwar abgebildet, ein Situationsbezug kann jedoch nicht hergestellt werden.

Struktur-lege-Verfahren: Anhand vorgegebener fachlicher Wissensselemente erfolgt in diesem Verfahren eine Strukturierung in einem Handlungsablauf. Möglich ist diese Vorgehensweise sowohl in schriftlichen Arbeiten als auch in Prüfungsgesprächen.

Präsentation: Die Präsentation ermöglicht Schülerinnen und Schülern die Darstellung der Ergebnisse ihres Lernprozesses. Dies kann in Einzel- oder Gruppendarbietung erfolgen. Beispiele hierfür können sein:

- Projektpräsentationen
- Referate

Praktische Leistung: Hierbei wird erworbenes Wissen im konkreten Handeln demonstriert und überprüft. Hierzu können neben der traditionellen praktischen Prüfung auch Performanzanalysen zählen, wie man sie für die Kompetenzmessung empfehlen würde.

Reflexionsgespräch: Beispiele für strukturierte Reflexionsgespräche zwischen Schülerin oder Schüler und Lehrenden sind das Fachgespräch, das Kolloquium oder auch das Bewertungsgespräch. Hierbei ist nach Bloom⁵³ mit der Selbstbeurteilung die anspruchsvollste kognitive Ebene erreicht. Die Selbstbeurteilung findet im Rahmen des Reflexionsgesprächs statt, kann aber nach Richter auch schriftlich in Form eines Fragebogens erfolgen. Die Erfahrung zeigt, dass anfänglich die Beurteilung der eigenen Leistung besser ausfällt als die Fremdbeurteilung, später sich diese Beurteilungen aber angleichen.

Prüfungen in den Modellprojekten

Die Gestaltung der schriftlichen, der mündlichen und der praktischen Abschlussprüfungen in den Projekten des Modellvorhabens band vor allem am Ende der Projektphase in den meisten Modellen in hohem Maße Arbeitskapazität. In den Modellprojekten ergaben sich

⁵² Richter 2002

⁵³ Bloom 1986

unterschiedliche Möglichkeiten, die Methoden der Prüfungen selbstständig zu bestimmen. Während einige Modellprojekte in Zwischen- und Abschlussprüfungen in Abstimmung mit den zuständigen Landesstellen modellspezifische Lösungen umsetzen konnten, nahmen andere Modellprojekte an Regelprüfungen teil. Übersicht 4.27 ordnet den Modellprojekten die unterschiedlichen Prüfungskonzeptionen zu. Im Weiteren werden nach einem Exkurs zu den länderspezifischen Rahmenbedingungen die Abschlussprüfungen in Bezug auf die Paradigmenwechsel beleuchtet.

Übersicht 4.27: Prüfungskonzeptionen in den Modellprojekten

	Modellprojekte
Verpflichtung zur Teilnahme an Regelprüfungen	BW, BE, HE, NI, ST
Modellspezifische Regelungen	NW, RP
Vorgaben durch eine übergreifende Verordnung für alle Modellprojekte im Bundesland	BY

Exkurs

Länderspezifische Rahmenbedingungen für die Prüfungsgestaltung

Neben den generellen, durch die beiden Berufsgesetze und die zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelten gesetzlichen Bedingungen hatten die acht Modellprojekte auch rechtliche Vorgaben der jeweiligen Bundesländer, die die Bundesgesetze in eigener Verantwortung umsetzen, zu beachten. Diese länderspezifischen Regelungen waren insbesondere für die Prüfungsmodalitäten relevant. Sie werden hier in den wesentlichen Zügen dargestellt mit knappen Angaben, wie die Modellprojekte ihre Prüfungsgestaltung daran ausgerichtet haben.

- Das Projekt in **Baden-Württemberg** wurde weitestgehend unter den geltenden rechtlichen Bedingungen umgesetzt. Bei der Curriculumentwicklung und -gestaltung waren die Vorgaben des Landes aus dem Landeslehrplan bzw. den Schulversuchsbestimmungen zu beachten. Die Abschlussprüfung erfolgte nach den allgemeinen Prüfungsbedingungen des Landes.
- Das **Bayerische** Staatsministerium für Unterricht und Kultus führt auf der Grundlage des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) insgesamt acht Schulversuche zur Erprobung neuer Ausbildungsangebote in Pflegeberufen durch, mit denen neue Ausbildungsangebote erprobt werden, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Sozialpflege dienen. Das im Rahmen des Modellvorhabens „Pflegeausbildung in Bewegung“ durchgeführte Modellprojekt in Bayern stellt einen Versuch von acht bis zum Schuljahr 2011–2012 laufenden bayerischen Schulversuchen dar. Dank dieser Situation kann es im Unterschied zu allen anderen Modellprojekten, in denen nur ein Ausbildungsdurchgang unter Modellbedingungen möglich war, insgesamt fünf Ausbildungsdurchläufe realisieren. Als weitere bayerische Spezifika sind die Stundentafel für Berufsfachschulen für Altenpflege und die Stundentafel für Berufsfachschulen für Krankenpflege zu nennen, die eine Fächersystematik aufweisen. Dies hatte für das Projekt die Konsequenz, dass die nach Lernfeldern aufbereiteten Lernsituationen und die entsprechenden Leistungsnachweise entsprechend zuzuordnen waren. Nach drei Jahren nahmen die Schülerinnen und Schüler zur Erreichung des Erstabschlusses an je drei schriftlichen und mündlichen Prüfungen sowie an einer praktischen Prüfung teil. Für den zweiten Abschluss nach Absolvierung des Aufbaumoduls nach einem weiteren halben Jahr mussten die Schülerinnen und Schüler jeweils nur eine ergänzende schriftliche und mündliche Prüfung sowie eine vollständige praktische Prüfung im zweiten Berufsfeld ablegen. Für die praktische Prüfung wurde am Standort Nürnberg die „Praktische Prüfung im zweiten Berufsfeld im Rahmen der Lernstation“ in Form eines Projekts konzipiert.
- Im Modellprojekt in **Berlin** absolvierten sowohl die Auszubildenden der Altenpflege als auch die der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege ihre Abschlussprüfungen nach den landesrechtlichen Bestimmungen der Prüfungsverordnung. Hierfür mussten die Ausbildungsinhalte zum Teil so ausgewählt werden, dass die Auszubildenden ungeachtet ihrer Modellausbildung darauf vorbereitet wurden, die aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Landes Berlin resultierenden Anforderungen erfüllen zu können.

- Im Modellprojekt in **Hessen** musste der Entwurf des Rahmenlehrplans für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Hessen berücksichtigt werden. Für die Ausbildung in der Altenpflege galt analog der Entwurf des Rahmenlehrplans für die Altenpflege in Hessen. Die Schülerinnen und Schüler legten nach drei Jahren ihre Abschlussprüfungen als Regelprüfung ab. Nach dem fakultativen 6-monatigen Aufbaumodul absolvierten sie dann die Regelprüfung für den anderen Berufsabschluss. Als Besonderheit war die schriftliche Prüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege von der in Hessen üblichen zentralen Prüfung abgekoppelt. Durch eigene Fallbeispiele mit Prüfungsfragen konnte in diesem Bereich das Curriculum des Modellprojekts bei der Prüfungsgestaltung berücksichtigt werden.
 - In **Niedersachsen** mussten im Modellprojekt die Verordnung über berufsbildende Schulen (BbS-VO) und die hierzu erlassenen ergänzenden Bestimmungen sowie die Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich in der Berufsfachschule Altenpflege berücksichtigt werden. Für die Krankenpflegeschule galten ebenfalls landesrechtliche Bestimmungen. Mit den zuständigen Behördenvertretern konnte vereinbart werden, dass die Gesundheits- und Krankenpflege-Prüfung für den schriftlichen Teil aus der Zentralprüfung herausgenommen wurde. Voraussetzung war die Entwicklung von eigenen Prüfungsvorschlägen für jeden der schriftlichen Prüfungsabschnitte. Die praktische Prüfung hingegen war sowohl in Altenpflege als auch in Gesundheits- und Krankenpflege mit der praktischen Prüfung in der jeweiligen Regelausbildung identisch.
 - Im Modellprojekt **Nordrhein-Westfalen** erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der weitgehend generalistisch ausgerichteten Ausbildung neben dem regulären Abschlusszeugnis ein Zertifikat des Landes Nordrhein-Westfalen, in dem dokumentiert ist, dass sie in einer generalistischen Ausbildung Kompetenzen erworben haben, die dazu befähigen, unabhängig vom gewählten Berufsabschluss tätig zu werden. In jeweils einem Konzept für Zwischen- und Abschlussprüfungen wurden die Anforderungen der für die Ausbildungen in den Pflegeberufen geltenden Grundlagen zusammengefasst. Die Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in Nordrhein-Westfalen, der Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen sowie ein entsprechender Handlungsleitfaden waren zu beachten. Die Prüfungskonzepte wichen in einigen Punkten von den geltenden Berufsgesetzen ab.
 - Bei der Gestaltung der Prüfungen im Rahmen der Modellprojekte wurden in **Rheinland-Pfalz** die zu prüfenden Lernfelder und Themenbereiche beider Prüfungsverordnungen einander angeglichen. Wegen des eigens entwickelten Curriculums wurde die auf dem Rahmenlehrplan für die Gesundheits- und Krankenpflege- und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege-Ausbildung basierende Prüfungsrichtlinie nicht in vollem Umfang auf die Modellausbildung angewandt. Es entstand eine nur für die Pflegerischen Schulen in Speyer geltende Prüfungsrichtlinie, die, obgleich strukturell an die Prüfungsrichtlinie des Landes angeglichen, sich von dieser doch in wesentlichen Teilen unterschied.
- Mit der Begründung, dass sowohl die Ausbildung als auch die Prüfungen der Erstqualifikation unter einem weitgehend generalistischen Ansatz erfolgt waren, legten die Landesbehörden fest, dass die Absolventinnen und Absolventen für die Zweitqualifikation nur noch jeweils einen Prüfungsteil in der schriftlichen und in der mündlichen Prüfung sowie eine umfassende praktische Prüfung im Differenzierungsbereich zu durchlaufen hatten.
- Entsprechend der Ländervorgaben in **Sachsen-Anhalt** wurde zur Durchführung der Modellpflegeausbildung eine Sondergenehmigung erteilt. Das Kultusministerium genehmigte Abweichungen gegenüber der regulären Altenpflegeausbildung, das Ministerium für Gesundheit und Soziales erteilte die befristete Genehmigung der staatlichen Anerkennung einer Schule für Krankenpflege zur Durchführung des Modellvorhabens für die Erprobung einer gemeinsamen Ausbildung in der Altenpflege und Krankenpflege. Um die Vereinbarkeit der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege mit den EU-Richtlinien zu gewährleisten, wurde seitens des Ministeriums die Mindeststundenzahl der praktischen Ausbildung in klinischen Einrichtungen auf 2.300 Stunden festgelegt. Die Prüfungen erfolgten nach den regulären Bestimmungen.

Integration in den Abschlussprüfungen

Im Zusammenhang mit dem berufsfachlichen Paradigmenwechsel wurde evaluiert, welche Anteile integriert und welche differenziert abgeprüft wurden und inwieweit die Aspekte des umfassenden Pflegebegriffs in den Prüfungen berücksichtigt waren. Die Modelle, die verpflichtet waren, an Regelprüfungen teilzunehmen, nahmen keine Einteilung der Prüfungsthemen in integrierte und differenzierte Anteile vor und realisierten dementsprechend keine modellspezifische Lösung. Die Modelle, die in Abstimmung mit den zuständigen Landesbehörden eigene Prüfungskonzeptionen entwickeln und umsetzen konnten, gingen unterschiedliche Wege bei der Gestaltung der Prüfung für eine integrierte beziehungsweise eine generalistisch ausgerichtete Ausbildung.

Hierbei blieb das **Modellprojekt Nordrhein-Westfalen** konsequent auf dem Weg der generalistischen Ausrichtung und wies keine differenzierten Anteile aus. Die theoretischen Prüfungen waren dementsprechend generalistisch. Die praktischen Prüfungen legten die Schülerinnen und Schüler in dem Bereich ab, in dem sie auch ihren Berufsabschluss erhalten haben. Die beiden anderen Modellprojekte, die nicht zur Teilnahme an Regelprüfungen verpflichtet waren, legten in unterschiedlichem Maße differenzierte Prüfungsthemen fest.

Im **Modellprojekt Bayern** wurden vier Prüfungsteile für die schriftliche Prüfung konzipiert. In den beiden ersten Anteilen wurden altenpflegerische und gesundheits- und krankenpflegerische Themen abgeprüft, die synoptisch gegenübergestellt wurden. Die zukünftigen Altenpflegerinnen und Altenpfleger wurden zudem in Bezug auf die Lebensgestaltung alter Menschen geprüft. Hierbei wurden die Lernfelder

- „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“,
- „Alte Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung unterstützen“ und
- „Alte Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbstorganisierten Aktivitäten unterstützen“

beachtet. Die Absolventinnen und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege wurden hingegen zu den Themenbereichen, die das „Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie an wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten“ geprüft. Für die mündliche Prüfung wurden ebenfalls vier Teilbereiche konzipiert, von denen die ersten beiden Anteile synoptisch zusammengeführt und in beiden Berufen abgeprüft wurden. Der dritte Anteil wurde in der Altenpflege in Bezug auf das Lernfeld „Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“ geprüft. Der vierte Anteil wurde für die Absolventinnen und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege zu den Themenfeldern „Bei der medizinischen Therapie und Diagnostik mitwirken“ und „In Gruppen und Teams zusammenarbeiten“ abgeprüft. Die praktischen Prüfungen absolvierten die Schülerinnen und Schüler in dem Bereich, in dem sie auch ihren Berufsabschluss erhielten. Für beide Berufsabschlüsse wurde das gleiche Bewertungsraster verwendet.

Das **Modellprojekt Rheinland-Pfalz** ging zur Umsetzung der Integration in den Prüfungen einen anderen Weg. Der Differenzierungsanteil wurde in der schriftlichen Prüfung innerhalb eines Prüfungsanteils abgebildet. Für das Thema „Menschen in existenziellen Lebenssituationen und gesundheitlichen sowie krankheitsbezogenen Problemlagen pflegen“ wurden Aufgabenstellungen gewählt, welche die unterschiedlichen Lebensalter fokussieren. Im Rahmen der mündlichen Prüfung wurde aus dem jeweiligen Arbeitsschwerpunkt der Schülerin oder des Schülers eine Aufgabenstellung gewählt. Die praktischen Prüfungen leisteten die Schülerinnen und Schüler in dem Bereich, in dem sie auch ihren Berufsabschluss erhielten.

Zur Umsetzung des umfassenden Pflegebegriffs in der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Kompensation und Palliation wurden in den Prüfungskonzepten der Modellprojekte wenige Aussagen getroffen. Die Beachtung des umfassenden Pflegebegriffs sollte über die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben erfolgen und wurde nicht zusätzlich expliziert.

Kompetenzorientierung in den Abschlussprüfungen

In Bezug auf den berufspädagogischen Paradigmenwechsel sind Prüfungen anders zu gestalten als in inhaltsbezogenen Ausbildungskonzepten. Kompetenzorientierte Prüfungen können sich nicht auf die Überprüfung von Fachwissen beschränken.⁵⁴ Von der Begleitforschung wurde evaluiert, welche kompetenzorientierten Prüfungsverfahren in den Prüfungen genutzt wurden. Hierzu werden im Folgenden vorbildliche Beispiele aus den einzelnen mündlichen, schriftlichen und praktischen Prüfungsanteilen vorgestellt.

Schriftliche Prüfungen

Alle Modellprojekte nutzten fallorientierte Prüfungsverfahren für die schriftlichen Prüfungen. Die Fälle wurden unter Beachtung unterschiedlich konkret beschriebener Kriterien konstruiert. Als Grundlage, welche Anforderungen an Fälle und die Elemente zu stellen sind, die ein Fall beinhalten soll, wurde am häufigsten auf Hundenborn⁵⁵ Bezug genommen. Von ihr werden die Elemente Pflegeanlass, Erleben und Verarbeiten, Interaktionsstrukturen, institutionelle Gegebenheiten und der Pflegeprozess benannt.

Im **Modellprojekt Niedersachsen** wurden diese Elemente verbindlich für die Konstruktion von Prüfungsfällen festgelegt. Außerdem wurden in Anlehnung an Landesvorgaben die in Übersicht 4.28 wiedergegebenen Komplexitätsgrade genutzt. Das Ziel der Benennung von Komplexitätsgraden war eine Festlegung auf ein bestimmtes Anspruchsniveau in den Prüfungen.

Übersicht 4.28: Komplexitätsgrade in den Abschlussprüfungen im Modellprojekt Niedersachsen

Gesundheits- und Krankenpflege	Altenpflege (Empfehlung)
Komplexitätsgrad I (50%) Orientierungswissen ■ Erkennen, Regeln und Vorschriften auf klare Tatbestände anwenden	Anforderungsbereich I (30%) Wiedergabe von Sachverhalten ■ Nennen, beschreiben, darstellen, aufzeigen, wiedergeben, skizzieren...
Komplexitätsgrad II (30%) Berufliches Zusammenhangswissen ■ Zusammenhänge verstehen, in wenig komplexen Kontext einbeziehen, Fakten gewichten	Anforderungsbereich II (50%) Selbstständiges Erklären und Anwenden des Gelernten und Verstandenen ■ Einordnen, vergleichen, zuordnen, in Beziehung setzen, erläutern, erklären, auswerten, neue Zusammenhänge herstellen, gliedern...
Komplexitätsgrad III (20%) Detail- und Funktionswissen ■ Analysieren, Identifizieren und Schlussfolgern in komplexen Kontexten, in denen Regeln und Lösungsschemata nur noch bedingt anwendbar sind	Anforderungsbereich III (20%) Gelerntes und Verstandenes in berufliche Handlungskonzepte umsetzen ■ Bewerten, beurteilen, überprüfen, Stellung nehmen, sich auseinandersetzen, Alternativen aufzeigen, planen, Grenzen aufzeigen...
Norddeutsche Handreichung Teil 2, schriftliche Prüfung	Prüfungshandbuch BFS Altenpflege 2006

⁵⁴ Hundenborn 2007

⁵⁵ Ebd.

Im **Modellprojekt Rheinland-Pfalz** gelang die Verbindung der Aufgabenstellungen mit den Kompetenzen besonders gut. In den Prüfungsteilen wurden Pflegesituationsbeschreibungen für die Aufgabenstellungen verwendet. Die Pflegesituationsbeschreibungen wurden in Anlehnung an Kaiser⁵⁶ gestaltet. Der erste Tag wurde mittels eines Problemlösungsfalls gestaltet, der zweite Tag mittels eines Beurteilungs- oder Kritikfalls. Die Erarbeitung und Beantwortung erfolgte in Form einer Pflegeplanung nach dem Pflegeprozessmodell. Innerhalb der Pflegesituation wurden zunächst Pflegeprobleme/-diagnosen und Ressourcen analysiert. Daraus waren die entsprechenden Pflegeziele/-intentionen zu entwickeln, Prioritäten zu setzen und die pflegerischen Maßnahmen zu planen. Aus der Pflegesituationsbeschreibung heraus konnten weitere Aufgabenstellungen gefordert werden. Das Modellprojekt orientierte sich in der Erstellung des Anspruchsniveaus für die Prüfungsaufgaben an der Taxonomie der kognitiven Lernziele.⁵⁷ Generell wurde die Abbildung der erworbenen beruflichen Handlungskompetenzen angestrebt, z. B.:

- Fachliche Kompetenz (Beschreibungen und Begründungen notwendiger Pflegemaßnahmen, intendierte Beobachtungen und Interpretation ihrer Bedeutung, Anleitung und Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen)
- Personale Kompetenz (Reflexion des Pflegegeschehens, Sich-Bewusstmachen der eigenen Reaktionen hierauf und deren Transformation in berufliches Handeln, kreative Überlegungen zur weiteren Gestaltung des Pflegegeschehens)
- Sozialkommunikative Kompetenz (Perspektivenwechsel bei den beteiligten Personen und empathisches Verständnis des persönlichen Erlebens, kritische Auseinandersetzung mit pflegefachlichen Entscheidungen und kommunikativen Strukturen)
- Methodische Kompetenz (konkrete Lösungsvorschläge, auch hinsichtlich organisatorischer und strukturell notwendiger Veränderungen, Perspektiven für weitere Entscheidungen im beruflichen Handeln)

Mündliche Prüfungen

In den mündlichen Prüfungen nutzten sechs der acht Modellprojekte die Fallorientierung. In den meisten Fällen geschah dies unter Nutzung der Landesvorgaben und der für die schriftlichen Prüfungen explizierten Anforderungen an Fall und Aufgabenstellungen. Eine Ausnahme bildeten hier die Modellprojekte Berlin und Rheinland-Pfalz.

Im **Modellprojekt Berlin** wurde in der mündlichen Prüfung die Beratungskompetenz besonders thematisiert. Im Rahmen eines Rollenspiels nahm der Prüfling die Rolle der bzw. des Beratenden ein. Eine Person aus dem Kreis der Prüferinnen und Prüfer nahm die Klientenrolle ein und wurde beraten. Die Vorgehensweise dieses Prüfungsgesprächs ermöglichte es den zu Prüfenden, eine komplexe Leistung zu erbringen, indem diese Zusammenhänge zwischen den pflegerischen Schwerpunkten und den Bezugswissenschaften erkannten. Nach den Aussagen der Projektverantwortlichen wurde das Setting dieser Prüfungssituation als konstruktiv und angenehm empfunden, da Prüfende und Prüflinge sich nicht in der typischen Prüfungssituation (die einen fragen, die anderen antworten), sondern in einer Gesprächssituation befanden.

⁵⁶ Kaiser 1976

⁵⁷ Bloom et al. 1986

Im **Modellprojekt Rheinland-Pfalz** konnte zum ersten oder dritten Abschnitt der mündlichen Prüfung eine fallbezogene Facharbeit erstellt werden. Die Thematik musste mit einer Vorlaufzeit der Schule angemeldet werden. Die Bewertung der Facharbeit floss in die Vornote des jeweiligen Prüfungsteils ein, zu dessen Themenstellung der Prüfling in der mündlichen Prüfung befragt wurde. Das Thema der Facharbeit und des daraus folgenden Kolloquiums war differenziert nach dem jeweiligen Berufsziel zu wählen. Die beiden übrigen Prüfungsteile wurden berufsgruppenübergreifend geprüft. Folgende Themen wurden beispielsweise von Schülerinnen und Schülern bearbeitet:

- | Beratung einer Bewohnerin oder eines Bewohners mit Diabetes mellitus zur Fußpflege und zur Hypo- und Hyperglykämie,
- | Begleitung einer Bewohnerin oder eines Bewohners bei der Einnahme oraler Medikamente und Blutzuckermessung,
- | Begleitung einer Patientin oder eines Patienten bei der Schmerztherapie über den Periduralkatheter,
- | Begleitung einer Patientin oder eines Patienten mit Wundheilungsstörungen (Wundmanagement),
- | Begleitung einer Patientin oder eines Patienten mit liegender Pleuradrainage,
- | Begleitung von Zwillingsskindern und ihrer Bezugsperson bei der Inhalation,
- | Vorbereitung eines Kindes zur Fototherapie, Pflege und Überwachung während der Fototherapie.

Praktische Prüfungen

Sieben der acht Modellprojekte führten praktische Prüfungen durch, wie sie auch in den Regelprüfungen Anwendung finden. Dazu gehörte die Aufteilung der Prüfungen auf zwei Tage. Der erste Tag diente als Vorbereitung und zum Schreiben der Pflegeplanung. Am zweiten Tag wurden die Schülerinnen und Schüler über einen festgelegten Zeitraum hinweg in der Praxis begleitet. Im Anschluss erfolgte ein Reflexionsgespräch. Die Strukturvorgaben für die Organisation, Bewertung und Reflexion wurden von den Modellprojekten unterschiedlich konkret formuliert.

Das **Modellprojekt Nordrhein-Westfalen** fundierte seine praktische Prüfung theoretisch und nutzte das Konzept der Performanzprüfung nach Hepting.⁵⁸ Eine enge Anbindung an das Curriculum erfolgte über die Zuordnung folgender Lernbereiche zu den Handlungen in der Praxis:

- | Unterstützend oder kompensierend pflegen
- | Beziehungen gestalten und kommunizieren
- | Organisieren, planen und dokumentieren
- | Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken
- | Menschen in besonderen Lebenssituationen pflegen
- | Menschen mit bestimmten Erkrankungen pflegen

⁵⁸ Hepting 2004

Beurteilt wurden auch die Pflegeplanung und deren Reflexion. Die Benotung erfolgte nach einem Punkteschema. Es wurden Gütekriterien und Indikatoren festgelegt. Beispiele für Gütekriterien waren Zielgerichtetheit oder Personenorientierung. Indikatoren waren beispielsweise bei dem Teilbereich „Organisieren, planen und dokumentieren“ das Beobachten und Wahrnehmen, die Dokumentation, die Organisation, die Vollständigkeit und die Strukturierung.

Prüfung bei Zweitabschluss

Das **Modellprojekt Bayern** hat für den Zweitabschluss die praktische Prüfung in Form einer Lernstation abgenommen. Unter Gewährleistung der Fachaufsicht durch Stationsleitung, Praxisanleitende und Lehrende übernahmen die Schülerinnen und Schüler als Bereichsteam das Management für eine gesamte geriatrische Station. Sie übernahmen dabei die Tätigkeiten im stationären Tagesablauf und wurden an ihnen geprüft. Elemente davon sind die Übernahme der Bereichspflege und der Zimmerpflege, die Planung und Gestaltung des Tagesablaufs der Pflegebedürftigen, die Evaluation der Pflege mit dem Team und den Pflegeempfängerinnen und -empfängern, die Anwendung des Pflegeprozessmodells, die multiprofessionelle Zusammenarbeit und die Dienstübergabe. Zur Vorbereitung auf den Stationseinsatz bearbeiteten die Schülerinnen und Schüler in Kleingruppen ausgewählte Themenbereiche. Ziel war es, dass jede Person aus dem Kurs über alle organisatorischen und pflegerischen Aufgaben sowie Abläufe und Arbeitsweisen auf der Geriatrie informiert ist, damit eine Übernahme der Station möglich ist. Gegenstand der Prüfung war eine Gruppenpräsentation, deren Thema bzw. die hierbei erzielte Prüfungsnote dem Fach Berufskunde zugerechnet wurden.

Im **Modellprojekt Hessen** wurde für den Erwerb der Zweitqualifikation die vollständige Regelprüfung absolviert.

Für die Zweitqualifikation im **Modellprojekt Rheinland-Pfalz** hatten die Absolventinnen und Absolventen in der schriftlichen und mündlichen Prüfung jeweils einen Prüfungsteil zu erbringen. Dabei konnten sie im schriftlichen Examen eine aus jeweils zwei Arbeiten, die auf den jeweiligen Differenzierungsbereich bezogen waren, auswählen. Die mündliche Prüfung wurde ebenfalls berufsgruppenspezifisch gestaltet. Das praktische Examen fand analog zu den Prüfungen in der dreijährigen Ausbildung im jeweiligen zukünftigen Einsatzgebiet statt. Im Übrigen galt für das Examen für die Zweitqualifikation die gleiche Prüfungsrichtlinie wie für den ersten Abschluss.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Modelle unterschiedlich innovative Prüfungsverfahren konzipierten. Die differenzierten Anteile der Prüfung wurden sehr unterschiedlich ausgestaltet und umgesetzt. Aspekte des umfassenden Pflegebegriffs wurden nur in wenigen Modellprojekten explizit in die Prüfungskonzeption einbezogen. Die bei den Personen, welche die Prüfungen konzipierten, beobachtete Intensität der Auseinandersetzung mit dem Anspruchsniveau diverser Prüfungsverfahren bzw. -methoden und der Bewertungskriterien verweist auf die Herausforderung, welche die Entwicklung handlungsorientierter Prüfungen darstellt. In den gelungenen Beispielen wurde ein hoher Grad an Handlungsorientierung und Innovation erreicht.

4.5 Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler

Die Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler wurde mithilfe von unterschiedlichen Verfahren während der gesamten Projektlaufzeit untersucht. Die Ergebnisdarstellungen zum erreichten Kompetenzerwerb erfolgen in diesem Kapitel zunächst auf der Grundlage der Kompetenzmessungen mittels des für die Pflegeausbildung adaptierten Kasseler Kompetenz-Rasters (KKR), das um eine pflegespezifische Erweiterung ergänzt wurde, die als „KKR plus Pflege“ bezeichnet wird. In einem zweiten Schritt werden die Ergebnisse der Befragungen der direkt an der Ausbildung beteiligten Gruppierungen (Schülerinnen und Schüler, Lehrende und Praxisanleitende) zur Einschätzung der Kompetenzentwicklungen vorgestellt. Ergänzend werden Erkenntnisse aus der Befragung von Projektleitungen, Pflegedienstleitungen und weiteren Expertinnen und Experten zu deren Einschätzung der Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler der Modellprojekte auch im Vergleich zu der von Schülerinnen und Schülern von Regelausbildungen ausgeführt. Daran anschließend werden die Ergebnisse zum Einstellungswandel der Schülerinnen und Schüler im Zeitverlauf vorgestellt. Zum Ende des Kapitels erfolgt eine Auseinandersetzung mit einer zu den erworbenen Kompetenzen in engem Zusammenhang stehenden Bezugsgröße – den Abschlussnoten der Schülerinnen und Schüler.

Kompetenzmessungen mit dem erweiterten Kasseler Kompetenz-Raster „KKR plus Pflege“

Ein wichtiger Aspekt im Evaluationskonzept für das Modellvorhaben war die Frage, welche Wissens- und Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler im Verlauf einer kompetenzorientierten und integrierten Ausbildung festzustellen ist. Neben der quantitativen Messung und qualitativen Erfassung der subjektiven Einschätzung durch die Schülerinnen und Schüler selbst sowie den Fremdeinschätzungen durch Lehrende, Praxisanleitende und Pflegedienstleitungen führte die Begleitforschung mit dem „KKR plus Pflege“ ein standardisiertes Verfahren zur Messung der Kompetenzentwicklung in die Pflegeausbildungsfor-schung ein. Das „KKR plus Pflege“ kam sowohl im pflegerischen als auch im Ausbildungskontext erstmalig zum Einsatz. Das Messverfahren wurde bereits in Kapitel 2.5 ausführlich erläutert. Nachfolgend werden knapp die Vorgehensweise und danach die Ergebnisse zum „KKR plus Pflege“ dargestellt.

Bei dem Verfahren wurden anhand vorgegebener Aufgabenstellungen Gruppendiskussionen der Schülerinnen und Schüler per Video aufgenommen und nach mehreren Kriterien ausgewertet. Im Ergebnis werden Aussagen zu den Kompetenzprofilen der Schülerinnen und Schüler zum Ausbildungsstand im Messzeitpunkt getroffen. Der Vergleich der Messwerte zu den zwei Zeitpunkten gibt Aufschluss über die Kompetenzentwicklung. Es wurde eine Reihe von Zusammenhangshypothesen zum Einfluss diverser Faktoren auf die Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler aufgestellt und geprüft. Alle Berechnungen sind in der Regel auf Einzelpersonen bezogen. Sofern zusätzliche Gruppenauswertungen erstellt wurden, wird bei der Ergebnisdarstellung darauf hingewiesen. Relevante Erkenntnisse ergeben sich vor allem in den Kategorien auf der Ebene der Fach- und Selbstkompetenz des „KKR plus Pflege“.

Betrachtung der Kompetenzentwicklung über die Zeit

Entsprechend der Möglichkeit, mit dem Verfahren „KKR plus Pflege“ Kompetenzverlust wie auch Kompetenzzuwachs zu messen, wurde in einem ersten Schritt die Hypothese aufgestellt, dass zum zweiten Messzeitpunkt bei den Schülerinnen und Schülern ein genereller Kompetenzzuwachs feststellbar ist. Diese Hypothese hat sich sowohl auf Gruppen- als auch auf Personenebene bestätigt. Die Schülerinnen und Schüler haben sich im Rahmen der Ausbildungen in ihrer pflegerischen Handlungskompetenz weiterentwickelt. Eine signifikante Veränderung ist, dass im Verlauf der Ausbildung häufiger Aussagen getätigt wurden, die auf die situationsangepasste Nutzung wissenschaftlichen Regelwissens hinweisen. Ebenfalls signifikante Werte ergaben sich in Bezug auf die Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, aber es gab auch Hinweise, die auf eine gewisse Bevormundung der zu Pflegenden hindeuten. Zwei weitere signifikante Ergebnisse bestehen darin, dass die Schülerinnen und Schüler beim zweiten Messzeitpunkt signifikant mehr wissenschaftliches Regelwissen anwandten und weniger Aussagen trafen, die auf eine Bevormundung der Pflegeempfängerinnen und -empfänger verweisen als zum Zeitpunkt der ersten Messung. Sie trafen dann allerdings auch weniger Aussagen, die auf eine situationsangepasste Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung verwiesen als zur Mitte der Ausbildung. Vergleichbare signifikante Ergebnisse finden sich auch auf der Personenebene. Diese Daten sollten jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen nur vorsichtig interpretiert werden.

Beeinflussende Faktoren der Kompetenzentwicklung

Für eine Reihe von persönlichen Merkmalen der Schülerinnen und Schüler sowie für Merkmale der Ausbildung wurde der Einfluss auf die Kompetenzentwicklung untersucht:

- | Alter, mit der Altersgruppenbildung von 18–20, 21–39 und 40–54 Jahren,
- | Geschlecht,
- | Schulabschluss (Abitur, Realschulabschluss und Hauptschulabschluss),
- | Ausbildungsziel (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege),
- | der Integrationsanteil der theoretischen Ausbildung mit der Gruppenbildung niedriger Integrationsgrad ($\leq 80\%$) und hoher Integrationsgrad ($> 80\%$).

Ob die Dauer der Praxisphasen einen Einfluss auf die Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler hat, konnte nicht geprüft werden, da für die Ausbildung in der Altenpflege in einigen Modellprojekten keine eindeutigen Angaben über die Einsatzorte der Schülerinnen und Schüler hierzu vorlagen.

Um Ergebnisverzerrungen auszuschließen, wurden zunächst folgende Faktorenpaare auf gegenseitige Abhängigkeiten überprüft:

- | Alter und Ausbildungsziel,
- | Ausbildungsziel und Geschlecht,
- | Schulabschluss und Ausbildungsziel.

Die Analyse hierzu ergab, dass zwischen den Faktoren Ausbildungsziel und Geschlecht sowie Schulabschluss und Ausbildungsziel keine systematischen Zusammenhänge bestehen. Zu Geschlecht und Ausbildungsziel ist zunächst anzumerken, dass kein Schüler das Ausbildungsziel Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gewählt hat. Auch ist die Gruppe der untersuchten Schüler deutlich kleiner als die der Schülerinnen. Bezüglich des Faktors Schulabschluss ist zu berücksichtigen, dass die Gruppe der Hauptschülerinnen und -schüler deutlich kleiner ist als die mit ihr im Vergleich stehenden Gruppen der Abiturientinnen und Abiturienten sowie der Realschülerinnen und -schüler.

Für die Faktoren Ausbildungsziel und Alter ergab sich ein Zusammenhang: Schülerinnen und Schüler der Altersgruppe 40–54 Jahre wählten eher das Ausbildungsziel Altenpflege, während Schülerinnen und Schüler der Altersgruppe 18–20 Jahre sich weniger häufig als hypothetisch angenommen für dieses Ausbildungsziel entschieden. Das bedeutet, dass die Variablen Ausbildung und Alter in gegenseitiger Abhängigkeit stehen.

Alter als Einflussfaktor für Kompetenz

Ein Mindesteintrittsalter für die Ausbildungsberufe in der Pflege ist gesetzlich nicht vorgegeben. In den Workshops und Beratungsgesprächen mit den Projektbeteiligten wurde aber häufig darüber diskutiert, ob bereits 16-Jährige die personalen und sozialen Voraussetzungen aufweisen, um mit den existenziell belastenden Aspekten pflegerischer Tätigkeit angemessen umgehen zu können. In diesen Diskussionen wurden eher den älteren Schülerinnen und Schülern die sozialen und personalen Kompetenzen zugesprochen, während deren fachliche Kompetenz als geringer eingeschätzt wurde. Die Begleitforschung hat daher untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Kompetenzprofil von Schülerinnen und Schülern gibt. In den bisherigen Messungen mit dem KKR hat sich noch nie eine Korrelation zwischen Alter und Kompetenz ergeben. Dies kann dem Umstand zugeschrieben werden, dass bisher keine Gruppen von Auszubildenden, dazu noch mit einer breiten Altersspanne, untersucht wurden.

Geprüft wurde die Hypothese, dass zum zweiten Messzeitpunkt die mittlere der drei Altersgruppen 18–20 Jahre, 21–39 Jahre und 40–54 Jahre sowohl in den Werten des originären KKR als auch in denen des „KKR plus Pflege“ eine höhere Kompetenz aufweist als die Gruppe der Jüngeren und der Älteren.

Den Ergebnissen des KKR (Auswertung der Kriterien) zufolge verlief die Entwicklung während der Ausbildung in den drei Altersgruppen hinsichtlich der Differenziertheit von Lösungen und der Äußerungen zur Organisation unterschiedlich. Post-hoc-Tests ergaben, dass sich vor allem die Gruppe der älteren Schülerinnen und Schüler von der mittleren Altersgruppe unterschied. In dem Aspekt „Differenziertheit von Lösungen“ zeigten sich die 40- bis 54-Jährigen bei der ersten und bei der zweiten Messung besser, ebenso in dem Aspekt „Äußerungen zur Organisation“.

Ebenso wurde untersucht, ob sich Unterschiede zwischen den älteren Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen ergaben. Im zeitlichen Verlauf wirkte sich der Einflussfaktor „Alter“ in zwei Aspekten signifikant aus. In dem Aspekt „Vernetztheit Probleme“ gab es in der Gruppe der 21- bis 39-Jährigen eine stärker ausgeprägte

Kompetenzsteigerung als in den beiden anderen Altersgruppen. In dem Aspekt „Differenziertheit Lösungen“ verschlechterten sich die 40- bis 54-Jährigen im Gegensatz zu den beiden anderen Gruppen zum zweiten Messzeitpunkt.

Für die Kriterien des „KKR plus Pflege“ lassen sich Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen in den folgenden Kategorien feststellen:

- wissenschaftliches Regelwissen benennen,
- wissenschaftliches Regelwissen auf Probleme beziehen,
- Alltags- und Erfahrungswissen benennen,
- Äußerungen, die auf eine Bevormundung der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger hinweisen, und
- Äußerungen, die auf eine situationsangepasste Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung hinweisen.

Post-hoc-Tests ergaben, dass sich hier vor allem die Gruppe der älteren Schülerinnen und Schüler von den anderen beiden Gruppen unterscheidet. In den Kategorien „Wissenschaftliches Regelwissen benennen“, „Wissenschaftliches Regelwissen auf Probleme beziehen“ und „Alltags- und Erfahrungswissen benennen“ schnitten die 40- bis 54-Jährigen zu beiden Messzeitpunkten besser ab als die beiden anderen Gruppen. Auch in der Kategorie „Aussagen, die auf situationsangepasste Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung hinweisen“ schnitten die älteren Schülerinnen und Schüler besser ab als die 21- bis 39-Jährigen. In der Kategorie „Aussagen, die auf eine Bevormundung der Pflegeempfänger hinweisen“ schnitten die 40- bis 54-Jährigen zum ersten Messzeitpunkt schlechter ab als die beiden anderen Gruppen.

Der Einflussfaktor Alter weist somit in der Entwicklung zwischen der ersten und der zweiten Messung bei vier Kriterien signifikante Effekte auf. In den Kategorien „Wissenschaftliches Regelwissen benennen“, „Alltags- und Erfahrungswissen benennen“ sowie „Aussagen, die auf die Bevormundung der Pflegeempfänger hinweisen“ haben sich die 40- bis 54-Jährigen im Vergleich mehr als die beiden anderen Altersgruppen gesteigert. In der Kategorie „Aussagen, die auf die situationsangepasste Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung hinweisen“ haben sich alle drei Altersgruppen verschlechtert, die Gruppe der 40- bis 54-Jährigen jedoch in höherem Maße als die beiden anderen Gruppen.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass in einigen Kriterien zur Fachkompetenz die Gruppe der älteren Schülerinnen und Schüler besser abschnitt als vor allem die 18- bis 20-Jährigen. Die älteren Schülerinnen und Schüler differenzierten vermehrt Probleme und Lösungen und passten ihre Äußerungen häufiger an den organisationalen Kontext an. Die Differenziertheit der Lösungen nahm hingegen im Verlauf der Ausbildung weniger stark zu. Die größten Steigerungen gab es bei der Gruppe der Jüngsten. Diese lernten mit der Zeit deutlich mehr, Probleme zu vernetzen. Im Vergleich zu beiden anderen Altersgruppen steigerte sich die Gruppe der Älteren stärker hinsichtlich des häufigeren Anwendens von wissenschaftlichem Regelwissen sowie von Alltags- und Erfahrungswissen. Die Älteren bezogen dabei auch häufiger als ihre Mitschülerinnen und -schüler wissenschaftliches Regelwissen auf Probleme.

Bei der Facette der Selbstkompetenz stellt sich die Entwicklung ebenfalls differenziert dar. Die älteren Schülerinnen und Schüler verfügten größtenteils über höhere Kompetenzen als die beiden anderen Gruppen, hier vor allem im Vergleich zur Gruppe der 21- bis 44-Jährigen. Hierbei ist festzuhalten, dass die Gruppe der Älteren zwar vermehrt die Selbstbestimmung der Pflegeempfängerinnen und -empfänger beachtete, aber in der ersten Erhebung auch häufiger Äußerungen von sich gab, die auf eine Bevormundung hindeuteten. In der Verlaufsbetrachtung wird deutlich, dass sich in allen drei Altersgruppen die Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger zu Ausbildungsende deutlich verringerte.

Geschlecht als Einflussfaktor für Kompetenz

Der Pflegeberuf als sog. Frauenberuf impliziert seit Mitte des neunzehnten Jahrhunderts weibliche Attribute als förderlich für die pflegerische Arbeit⁵⁹ (s. hierzu auch Kapitel 4.6). Der Genderaspekt von Pflege wurde bislang hauptsächlich in historischer Perspektive⁶⁰, jedoch nicht in Bezug auf mögliche Kompetenzunterschiede zwischen weiblichen und männlichen Pflegekräften hin untersucht. Bei der Prüfung der Hypothese, dass kein Unterschied in den Kompetenzprofilen von weiblichen und männlichen Schülerinnen und Schülern besteht, ergab sich zwischen Frauen und Männern nur ein signifikanter Unterschied: Zum Zeitpunkt der zweiten Messung mit dem „KKR plus Pflege“ wurde zwar in beiden Gruppen häufiger getadelt, Schüler taten dies jedoch in einem sehr viel höheren Maße als Schülerinnen. Es muss jedoch bei der Interpretation dieses Ergebnisses berücksichtigt werden, dass sich die beiden Gruppen stark in ihrer Größe unterschieden (158 Frauen versus 37 Männer). Außerdem waren die zum Kriterium Tadel miteinander verglichenen Äußerungen sehr selten: Beispielsweise tadelten die Frauen in beiden Messungen im Mittelwertvergleich seltener als einmal pro Stunde.

Schulabschluss als Einflussfaktor für Kompetenz

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe hat in einem Positionspapier im Dezember 2006 eine Erhöhung der vertikalen Durchlässigkeit auch für die Pflege gefordert. Vor dem Hintergrund der Diskussion der Notwendigkeit einer Anhebung des allgemeinbildenden Schulabschlusses und der Zugangsmöglichkeit mit niedrigeren Bildungsabschlüssen in die Pflegeausbildungen prüfte die Begleitforschung folgende Hypothese: In den Kategorien der Fach- und Methodenkompetenz zeigten Abiturientinnen und Abiturienten zu beiden Messzeitpunkten höhere Kompetenzwerte, und sie haben eine höhere Kompetenzsteigerung vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt als Realschülerinnen und -schüler. Im Ergebnis zeigt sich, dass zwischen Abiturientinnen und Abiturienten und Realschülerinnen und -schülern bei den Aspekten und Kriterien des „KKR plus Pflege“ keine signifikanten Niveauunterschiede nachweisbar sind.

Aufgrund der geringen Anzahl von Hauptschülerinnen und -schülern, die bei beiden Messungen anwesend waren, war es nicht möglich, auch für diese Gruppe den Einfluss des Schulabschlusses zu untersuchen. Nur im Rahmen der ersten Messung wurde eine vorsich-

59 Weidner 2004

60 Harms, Schwank 2006

tige Bestimmung des Kompetenzstandes der Schülerinnen und Schüler mit Hauptschulabschluss vorgenommen. In dieser ersten Analyse ließ sich feststellen, dass die Schülerinnen und Schüler mit Hauptschulabschluss sich nicht weniger kompetent als diejenigen mit Realschulabschluss oder Abitur erwiesen. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass es sich bei den Hauptschülerinnen und -schülern fast ausschließlich um ältere Auszubildende handelt. Die betrachteten Variablen „Alter“ und „Schulabschluss“ (Hauptschule vs. höherer Abschluss) konfundieren in dieser ersten Messung.

Ausbildungsziel als Einflussfaktor für Kompetenz

Bei Beratungen und in den Diskussionen im Rahmen von Arbeitsgruppentreffen äußerten Modellverantwortliche nicht selten die Auffassung, dass die Schülerinnen und Schüler der Altenpflege über eine höhere Sozialkompetenz, die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege hingegen über eine höhere pflegfachliche Kompetenz verfügen als die jeweils andere Gruppe. Ausgehend von diesem Meinungsbild wurden drei verschiedene Hypothesen zum Verhältnis von Ausbildungsziel und Kompetenz aufgestellt und geprüft.

Hypothese 1: In den Kategorien der Fach- und Sozialkompetenz unterscheiden sich Schülerinnen und Schüler der Altenpflege zu beiden Messzeitpunkten nicht von denen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und denen der Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Hypothesenprüfung ergab ein widersprüchliches Bild: In den einzelnen Kategorien wies jede der beiden betrachteten Gruppen teils bessere, teils schlechtere Werte auf. Eindeutig lässt sich lediglich feststellen, dass die Schülerinnen und Schüler der Altenpflege seltener fachlich unpassendes Regelwissen verwendeten. Erfahrungswissen bezogen sie im Vergleich zu den anderen Schülerinnen und Schülern hingegen seltener auf identifizierte Probleme.

Insgesamt muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, dass zu den einzelnen betrachteten Kriterien nur sehr wenige Äußerungen gemacht wurden und die Differenzen deshalb eher gering ausfielen. Für die ursprünglichen Kategorien des „KKR plus Pflege“ kann die Hypothese aufrechterhalten werden, dass sich keine Unterschiede bei der Fach- und Sozialkompetenz zwischen den Schülerinnen und Schülern der Altenpflege im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nachweisen ließen. Für die erweiterten Kriterien im „KKR plus Pflege“ ergaben sich einige – wenn auch geringe – Unterschiede zwischen den Gruppen.

Hypothese 2: In den Kategorien der Fach- und Sozialkompetenz unterscheiden sich Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu beiden Messzeitpunkten nicht von denen der Gesundheits- und Krankenpflege.

Es zeigte sich, dass die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege mehr Alltags- und Erfahrungswissen benannten und auf Probleme bezogen. Die Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wendeten mehr wissenschaftliches Regelwissen an.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Gruppengrößen sehr unterschiedlich waren: 76 Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege versus 16 Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Außerdem muss beachtet werden, dass zu den einzelnen betrachteten Kategorien nur sehr wenige Äußerungen gemacht wurden und die Effekte deshalb eher marginal sind. Für die KKR-Kategorien kann die gebildete Hypothese beibehalten werden, da kein Einfluss des gewählten Ausbildungsziels gemessen werden konnte. Für die Zusatzkategorien konnten Unterschiede in der Fach- und Sozialkompetenz zwischen Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege festgehalten werden.

Hypothese 3: Schülerinnen und Schüler, die sich zu Beginn der Ausbildung auf ein konkretes Ausbildungsziel festlegen, weisen zu beiden Messzeitpunkten höhere Kompetenzwerte auf als Schülerinnen und Schüler, die sich zu Beginn noch nicht auf ein konkretes Ausbildungsziel festgelegt haben.

Schülerinnen und Schüler mit konkretem Ausbildungsziel bei Ausbildungsbeginn äußerten sich nach der Analyse anhand der ursprünglichen KKR-Kategorien häufiger zur Vernetzung von Problemen. Schülerinnen und Schüler, die sich bei Ausbildungsbeginn noch nicht auf ein bestimmtes Ausbildungsziel festgelegt hatten, konnten Lösungen differenzierter darstellen. Es wurden lediglich bei drei von zwölf Kriterien bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden, davon nur einmal eine Differenz in der erwarteten Richtung.

Anhand der erweiterten Kriterien im „KKR plus Pflege“ wurden keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden. Schülerinnen und Schüler, die sich früh auf ein Ausbildungsziel festlegten, wiesen bei den beobachteten Kompetenzen und Kriterien demnach keine höheren Werte auf als diejenigen, die dies später taten.

Integrationsanteil als Einflussfaktor für Kompetenz

Ergänzend zum Ausbildungsziel wurde der Integrationsanteil in der theoretischen Ausbildung als Einflussfaktor für Kompetenz analysiert. In Übereinstimmung mit dem Meinungsbild von Projektverantwortlichen wurde folgende Hypothese aufgestellt: Schülerinnen und Schüler in Modellprojekten mit einem hohen integrierten Anteil (über 80% Integrationsanteil innerhalb der theoretischen Ausbildung) schneiden in den Kategorien Fach- und Selbstkompetenz zum zweiten Messzeitpunkt besser ab als Auszubildende in Modellprojekten mit einem geringeren integrierten Anteil (80% und weniger Integrationsanteil innerhalb der theoretischen Ausbildung). Der ersten Gruppe waren fünf Modellprojekte (Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) zuzuordnen, der zweiten Gruppe drei (Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen-Anhalt).

In der Gruppe mit einem hohen Integrationsanteil zeigten sich signifikant höhere Werte in Bezug auf die Fähigkeit, Lösungen zu vernetzen, und in den Kategorien der sozialen Kompetenz, die Kriterien wie die aufmunternde Ansprache oder die Fähigkeit zum aktiven Zuhören beinhaltet. In der Gruppe mit einem niedrigen Integrationsanteil hingegen wurden Probleme besser vernetzt. Somit kann festgestellt werden, dass die Schülerinnen und Schü-

ler, deren theoretische Ausbildung einen hohen Integrationsanteil hatte, bis auf eine Einschränkung fachlich nicht weniger kompetent waren als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler in geringer integrierten Ausbildungen. In den Aspekten der Selbstkompetenz wiesen sie sogar einen höheren Kompetenzzuwachs auf als solche aus Modellen mit einem niedrigeren Integrationsanteil.

Generelle Entwicklungen von Kompetenzprofilen

Unabhängig von den betrachteten Faktoren lassen sich generelle Entwicklungen von Kompetenzprofilen im zeitlichen Verlauf darstellen. Nach den ursprünglichen KKR-Kategorien konnten die Schülerinnen und Schüler des Modellvorhabens zum zweiten Messzeitpunkt bestehende Probleme bzw. Lösungen deutlich besser vernetzen als zum ersten Messzeitpunkt. Dabei verringerte sich aber teilweise die Differenziertheit in der Problemanalyse. Zudem äußerten sie sich deutlich häufiger zu organisationalen Aspekten.

Anhand der erweiterten Kriterien des „KKR plus Pflege“ wird deutlich, dass die Schülerinnen und Schüler teilweise mehr wissenschaftliches Regelwissen zur Anwendung brachten und hierbei Regelwissen häufiger benannten. Andererseits zeigte sich in einigen Gruppen, dass zu einem fortgeschritteneren Ausbildungsstand Erfahrungswissen vermindert auf Probleme bezogen wurde.

Eine eindeutige Entwicklung über alle Gruppen hinweg bestand darin, dass die Schülerinnen und Schüler die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Lebenspraxis der Pflegeempfängerinnen und -empfänger weniger fokussierten. Sie bevormundeten die zu Pflegenden zwar seltener, sie beachteten aber auch deren Selbstständigkeit und Selbstbestimmung weniger.

Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse der Kompetenzmessungen mit dem „KKR plus Pflege“

In Bezug auf die Handlungskompetenz lässt sich bei den Schülerinnen und Schülern des Modellvorhabens ein Kompetenzzuwachs vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt feststellen:

- Im Verlauf der Ausbildung vernetzten die Schülerinnen und Schüler die gefundenen Probleme sowie die identifizierten Lösungen zunehmend.
- Im Verlauf der Ausbildung bezogen die Schülerinnen und Schüler die organisationalen Bedingungen häufiger auf den vorliegenden Fall.
- Im Ausbildungsverlauf verbesserten die Schülerinnen und Schüler die Anwendung von wissenschaftlichem Regelwissen.

Folgende Veränderungen lassen sich als Kompetenzverlust begreifen:

- Im Verlauf der Ausbildung unterließen es die Schülerinnen und Schüler zunehmend, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Lebenspraxis der Pflegeempfängerinnen und -empfänger zu fokussieren. Sie trafen dabei zwar weniger Aussagen, die auf die Bevormundung der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger verwiesen, allerdings auch seltener solche, die auf eine situationsangepasste Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung hindeuteten.

- In einigen Gruppen differenzierten die Schülerinnen und Schüler im Verlauf der Ausbildung zunehmend seltener die vorgefundenen Probleme oder bezogen ihr Erfahrungswissen vermindert auf vorliegende Probleme.

Zu den Einflussfaktoren der Kompetenzentwicklung lassen sich folgende Aussagen treffen:

- Das Bildungsniveau (Realschulabschluss versus Abitur) hatte keinen Effekt auf die beobachtete Kompetenz.
- Das Geschlecht hatte nur einen marginalen Effekt. Schüler tadelten tendenziell häufiger als Schülerinnen.
- Bei lediglich marginalen und dabei auch teilweise widersprüchlichen Effekten hinsichtlich des unterschiedlichen Ausbildungsziels als Einflussfaktor für Kompetenz kann die Aussage getroffen werden, dass die Schülerinnen und Schüler der verschiedenen pflegeberuflichen Ausrichtungen über das gleiche Kompetenzniveau verfügten.
- Ein hoher integrierter Anteil in der theoretischen Ausbildung wirkte sich nicht nachteilig auf die Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler aus. Schülerinnen und Schüler mit einem hohen Integrationsanteil wirkten positiver mit und vernetzten Lösungen häufiger. Probleme hingegen wurden von ihnen seltener vernetzt.
- Alter stellte eine beeinflussende Variable dar. Ältere Schülerinnen und Schüler wiesen Unterschiede im Vergleich zu den Jüngeren bei der Fach- und Selbstkompetenz auf. Die Identifizierung von Regel- und Erfahrungswissen sowie das differenzierte Betrachten von Problemen und Lösungen und die Anpassung an den organisationalen Kontext fielen der Gruppe der Älteren leichter. Die meisten dieser Effekte ließen sich v. a. im Vergleich zu der Gruppe der jungen Schülerinnen und Schüler von 18–20 Jahren nachweisen. Auf der anderen Seite war die geringere Fokussierung auf die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Pflegeempfängerinnen und -empfänger im Verlauf der Ausbildung vor allem in der Gruppe der älteren Schülerinnen und Schüler ab 40 Jahren festzustellen.

Insgesamt lässt sich aufgrund der Ergebnisse des „KKR plus Pflege“ zwischen beiden Messzeitpunkten ein Zuwachs der Handlungskompetenz der Schülerinnen und Schüler im Modellvorhaben aufzeigen.

Selbstwahrnehmung der Schülerinnen und Schüler sowie Einschätzung durch Lehrende

In den Befragungen der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrenden wurde – ergänzend zu den Messungen mit dem „KKR plus Pflege“ – die pflegerische Handlungskompetenz in der Selbstwahrnehmung der Schülerinnen und Schüler sowie in der Einschätzung ihrer Lehrerinnen und Lehrer differenziert erfasst. Dabei sollten die Befragten ihre eigene Kompetenz bzw. die Lehrenden die ihrer Schülerinnen und Schüler in den vier Dimensionen Fach-, Sozial-, Personal- und Methodenkompetenz anhand einer Prozentskala einschätzen. Diese Begrifflichkeit war den Lehrenden sowie den Schülerinnen und Schülern in allen Modellprojekten, außer dem in Nordrhein-Westfalen, insofern geläufig, als die Kompetenzkonzepte, die den Curricula zugrunde liegen, allesamt auf diesen Begriffen beruhen, wobei kleine terminologische Unterschiede wie die zwischen Personal- und Selbstkompetenz nicht berücksichtigt sind. Da die Reflexion der Schülerinnen bzw. Schüler und Lehrenden über Lernfortschritte in der Regel auf diese Kompetenzkonzepte zurückgreift, kann unterstellt

werden, dass innerhalb des jeweiligen Modellprojekts die Einschätzungen der Kompetenz der Schülerinnen und Schüler bei beiden Gruppen die gleiche Bezugsbasis haben.⁶¹

Bei der zweiten Befragungswelle sollten beide Befragtengruppen zunächst für jede Kompetenzdimension angeben, bis zu welchem Grad ihrer Einschätzung nach am Ende einer Ausbildung die Kompetenz, die für die vollwertige Berufsausübung erforderlich ist, erreicht werden kann. Dann sollte auf den Skalen angekreuzt werden, bis zu welchem Grad die eigenen Kompetenzen bzw. die der einzuschätzenden Schülerinnen und Schüler derzeit entwickelt sind (Befragungszeitpunkt). Schließlich sollten die Befragten an den Beginn der Ausbildung zurückdenken und einschätzen, wie ausgeprägt die Kompetenzen damals waren (Kompetenz zu Beginn). Die Daten der Selbsteinschätzung der Schülerinnen und Schüler liegen damit auf Individualebene vor, die Fremdeinschätzung durch die Lehrenden erfolgte nach zu bestimmenden Leistungsgruppen derart, dass am Ende ein gewogenes arithmetisches Mittel berechnet werden konnte.

In den beiden Befragungen zum Ende der Ausbildung wurde ähnlich verfahren, allerdings wurde nur nach der Einschätzung der innerhalb der Ausbildung erreichbaren Kompetenz (Kompetenz bei Ausbildungsende) gefragt und nach der Kompetenz zum aktuellen Zeitpunkt. Außerdem sollten die Lehrenden der Einfachheit halber die durchschnittliche Kompetenz der Gesamtheit der Schülerinnen und Schüler ihres Modellprojekts in den vier Dimensionen einschätzen.

Die Erfassung der bei Ausbildungsende erreichbaren Kompetenz in beiden Befragungswellen ist bei einem solchen Untersuchungsdesign erforderlich, um zu kontrollieren, ob die Bezugsbasis in etwa gleich ist, damit die Ergebnisse beider Befragungswellen miteinander verglichen werden können. Dies ist gegeben, denn die Differenzen für beide Befragtengruppen waren in allen vier Dimensionen minimal. Dabei liegen diese Werte nur um wenige Prozent über dem Wert der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Einschätzung, d. h. die Schülerinnen und Schüler haben aus der eigenen und aus der Sicht ihrer Lehrerinnen und Lehrer das Maximum der innerhalb der Ausbildung realisierbar scheinenden Kompetenz erreicht.

Aus den Daten resultieren zwei Profile, die in ihren Relationen eine hohe Übereinstimmung zeigen, wobei erwartungsgemäß die Selbsteinschätzungen der Schülerinnen und Schüler durchgängig etwas höher liegen als die Einschätzungen der Lehrenden. Übersicht 4.29 stellt in vier Datengruppen mit je acht Werten die Einschätzung beider Gruppen bezüglich der vier Kompetenzdimensionen und damit die Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler aus deren eigener Sicht und aus der Perspektive der Lehrenden dar. Die Daten der ersten Gruppen wurden in den Befragungen zur Mitte der Ausbildung erhoben und repräsentieren die damals rückwirkend eingeschätzten Kompetenzausprägungen zu Ausbil-

⁶¹ Das Curriculum des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen basiert auf einem heterogenen Kompetenzmodell, sodass bei der Befragung der Schülerinnen und Schüler und Lehrenden ein Rekurs beider Gruppen auf ein in den Grundzügen gemeinsames alltagssprachliches Verständnis der Kompetenzbegriffe unterstellt wurde. Bei der letzten Befragung haben alle Schülerinnen und Schüler im Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen die Fragen zur Kompetenz nicht beantwortet, weil sie sich nach Auskunft der Projektleitung nicht mit einem Kompetenzkonzept auf der Basis der angegebenen Semantik identifizieren wollten. Dies ist beim Vergleich der Daten beider Befragungswellen zu berücksichtigen. Die hieraus resultierende Verzerrung ist aber minimal, da das Antwortverhalten der Schülerinnen und Schüler in Nordrhein-Westfalen in der ersten Befragung nicht nennenswert von dem der Schülerinnen und Schüler in den übrigen Modellen abwich.

dungsbeginn, die zweite den damals geschätzten aktuellen Stand. Die dritte Datengruppe gibt den aktuellen Status zum Zeitpunkt der letzten Befragung, also gegen Ende der Ausbildung, wieder, die vierte das zu diesem Zeitpunkt innerhalb der Ausbildung als erreichbar angesehene Maximum.

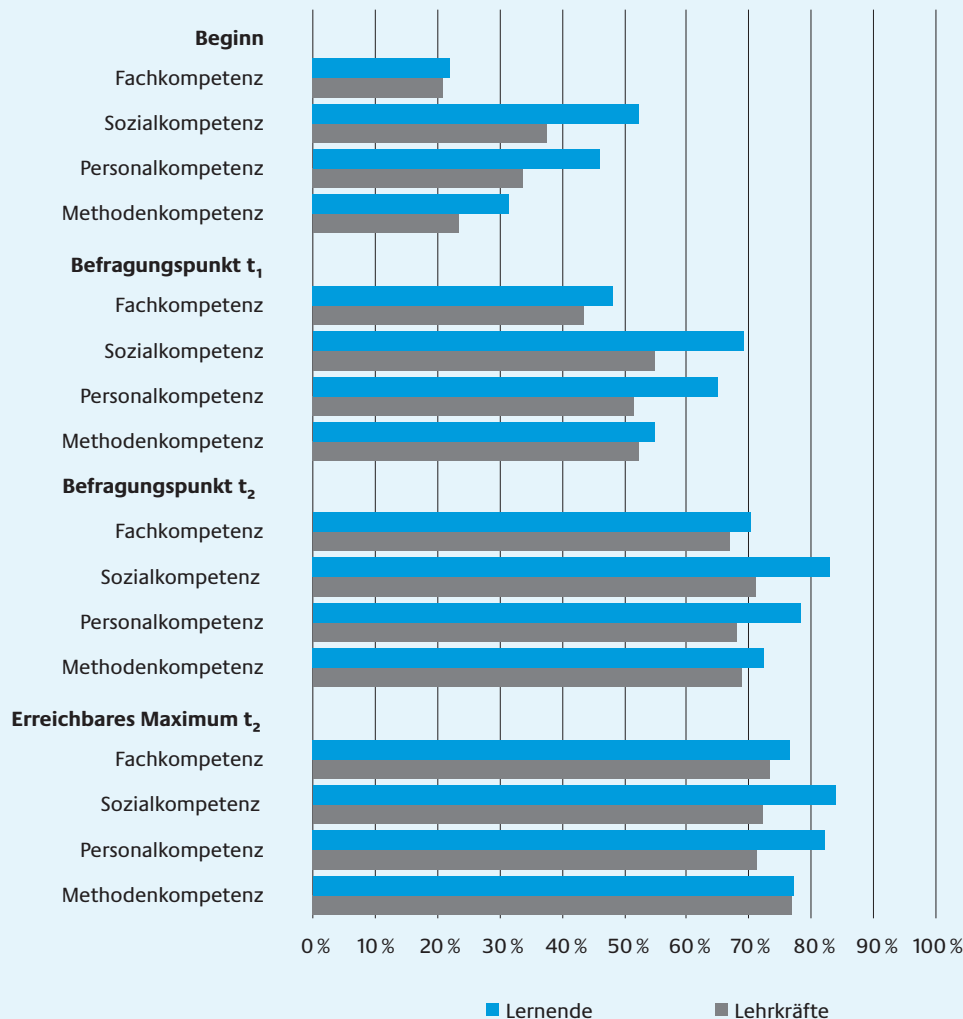
Wie ersichtlich, erwarteten die Befragten, dass am Ende der Ausbildung die Kompetenzdimensionen etwa gleich stark ausgeprägt sein werden und die Handlungskompetenz einen Entwicklungsstand erreicht haben wird, der ca. drei Viertel der vollen beruflichen Handlungskompetenz ausmacht. Bei der Befragung im Frühjahr 2006 sahen sich die Schülerinnen und Schüler bezogen auf den Ausgangsstand etwa auf halbem Weg, eine Einschätzung, die von den Lehrenden, mit einer entsprechenden Korrektur nach unten, geteilt wurde.

Die Schülerinnen und Schüler schrieben sich im Rückblick schon für den Ausbildungsbeginn eine vergleichsweise sehr hohe Sozial- und Personalkompetenz zu. Ihre Methodenkompetenz bewerteten sie im Schnitt deutlich höher als die Fachkompetenz, was plausibel erscheint, wenn man unterstellt, dass Methodenkompetenz leichter aus einem Feld in ein anderes transferierbar ist als die in höherem Maße berufsspezifische Fachkompetenz.

Zur Ausbildungsmitte haben sich die Differenzen zwischen den Kompetenzdimensionen verringert. Insgesamt scheint die Kompetenzausprägung etwa in der Mitte zwischen der Ausgangsbasis und dem angestrebten Ziel zu liegen.

Kurz vor Ausbildungsende sahen die Lehrenden die vier Kompetenzdimensionen bei ihren Schülerinnen und Schülern weitgehend gleich entwickelt. Diese selbst bewerteten in der Gesamtheit ihre Fachkompetenz aber immer noch deutlich niedriger als die Sozial- und Personalkompetenz. Eine naheliegende Erklärung hierfür wäre, dass in den Praxiseinsätzen Unzulänglichkeitserfahrungen gemacht wurden, die auf die Einschätzung der eigenen Fachkompetenz zurückwirken, wogegen vergleichbare Einflüsse im theoretischen Unterricht, der den Bewertungshorizont für die Lehrenden darstellt, nicht aufgetreten sind.

Übersicht 4.29: Bewertung der Kompetenz der Schülerinnen und Schüler durch die Lernenden selbst und die Lehrkräfte (Angaben in Prozent)



Einschätzung der Schülerkompetenz durch Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter

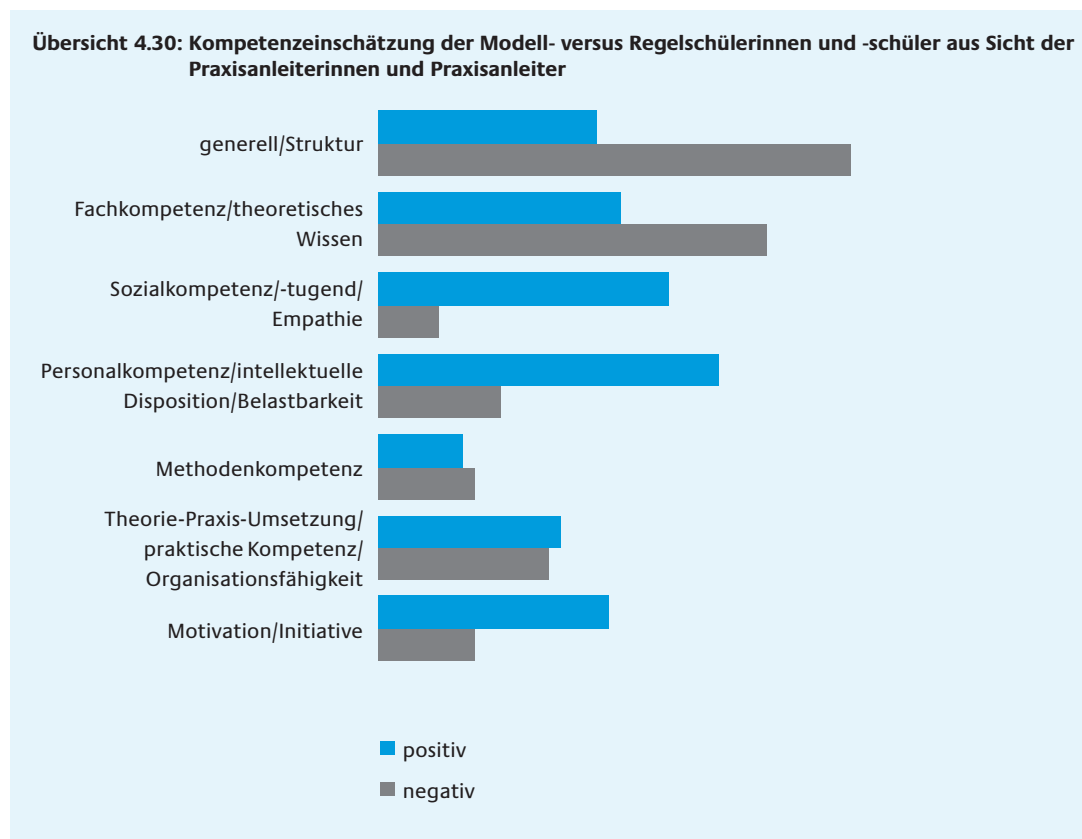
Bei der Befragung der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter wurde nicht das gleiche Instrument wie bei der Schüler- und der Lehrkräfte-Befragung eingesetzt, denn bei jenen konnte die Vertrautheit mit dem jeweiligen Kompetenzkonstrukt des Modellprojekts nicht vorausgesetzt werden. Somit wäre eine Vergleichbarkeit der einschlägigen Antworten mit denen der Lehrenden sowie der Schülerinnen und Schüler nicht gegeben. Selbst die Antworten der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter innerhalb des jeweiligen Modellprojekts hätten u. U. eine differente Bezugsebene gehabt.

Aus diesem Grunde wurde die Einschätzung der Kompetenz der Schülerinnen und Schüler durch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter mit zwei offenen Fragen vorgenommen. Zum einen sollten sie die Kompetenz der Schülerinnen und Schüler im Modellprojekt charakterisieren und zum anderen die Frage beantworten, ob sie einen Unterschied zwischen Modell- und Regelschülerinnen und -schülern feststellen und, wenn ja, erläutern, worin

dieser ihrer Meinung nach besteht. Die Antworten wurden nach einem dem vorstehenden Kompetenzkonstrukt der Schulen affinen, aber erweiterten Kategoriensystem codiert:

- | generell/Struktur; steht für allgemeine Aussagen zur Kompetenz bzw. für aus strukturellen Bedingungen begründete Kompetenzeinschätzungen,
- | Fachkompetenz/theoretisches Wissen,
- | Sozialkompetenz/-tugend/Empathie; hier wurde neben Kompetenz auch auf klassische Tugenden rekurriert, mehrfach wurde direkt Empathie angesprochen,
- | Personalkompetenz/intellektuelle Disposition/Belastbarkeit; intellektuelle Disposition bezieht sich auf die Fähigkeit, komplexe Probleme zu lösen, Weite der Perspektive etc., Belastbarkeit schließt psychische und physische Dimension ein,
- | Methodenkompetenz,
- | Theorie-Praxis-Umsetzung/praktische Kompetenz/Organisationsfähigkeit,
- | Motivation/Initiative.

Aus den beiden Variablen Kompetenzeinschätzung der Schülerinnen und Schüler und Vergleich zwischen Regel- und Modellschülerinnen und -schülern wurde ein Index gebildet, dessen Werte selbstredend relative Größen darstellen, weshalb hier auch auf die Angabe von Zahlenwerten verzichtet wird. Gleichwohl gibt Übersicht 4.30 ein gut konturiertes Bild der Kompetenzeinschätzung seitens der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter.



Aus deren Sicht waren die Modellschülerinnen und -schüler eher nicht so kompetent bzw. blieben hinter den Regelschülerinnen und -schülern zurück, wenn pauschale Kompetenzurteile gefällt werden – „Modellschüler sind mit Ausbildung hinterher“ – oder Kompetenz aus strukturellen Bedingungen erklärt wird; zum Beispiel wurden die kurzen Praxiseinsätze

im Modellprojekt genannt, die eine Einarbeitung erschwerten. Ebenso zurückhaltend waren die Urteile in Bezug auf die Fachlichkeit. So wurde etwa die Meinung vertreten, bei den Schülerinnen und Schülern aus den Modellprojekten bestünden bei bestimmten fachlichen Grundlagen bzw. beim theoretischen Wissen häufiger Lücken. In Hinblick auf Sozialkompetenz, sozial relevante Tugenden und Empathie, ebenso auf Personalkompetenz, intellektuelle Disposition und Belastbarkeit wurden die Modellschülerinnen und -schüler ganz überwiegend positiv beurteilt. So wurde darauf hingewiesen, dass sie offener und kommunikativ besser geschult an die Patientinnen und Patienten herangingen bzw. sich in ein Team integrierten, dass sie selbstbewusst auftraten und mit mehr Freude an ihre berufliche Zukunft und deren vielfältige Aspekte bzw. Möglichkeiten dachten.

Bei der relativ wenig thematisierten Methodenkompetenz und dem Praxisaspekt halten sich positive und negative Einschätzungen die Waage. Bezüglich der Verknüpfung von Theorie und Praxis drängt sich der – bei gegebener Datenlage nicht als „harter Fakt“ zu verifizierende – Eindruck auf, dass die Bewertung in hohem Maße von den Modellgegebenheiten abhängt. So lautet ein Statement: „Regelschüler waren (im Durchschnitt) praktisch besser als Modellschüler. Sie konnten auf mehr Praxisstunden zurückgreifen. Man merkt, dass die integrierte Ausbildung der Theorie leider mehr Aufmerksamkeit schenkt als der Praxis.“ In einem anderen Modell dagegen schrieben die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter den Modellschülerinnen und Modellschülern „Bessere Umsetzung Theorie-Praxis, größere Sicherheit“ zu. Diese schneiden insgesamt auch bezüglich Motivation und Initiative sehr gut ab: „Modellschüler fordern sich mehr, sind sehr fordernd dem Alltag gegenüber“. Mit Letzterem ist wohl gemeint, dass sie ihre ethischen und professionellen Standards im Einrichtungsalltag durchsetzen wollen.

Insgesamt erscheint das Urteil der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter über die Kompetenz der Modellschülerinnen und -schüler als ambivalent. Wie im Kontext der Praxiseinsätze bereits interpretiert, stellt sich auch bei der Kompetenzeinschätzung der Eindruck einer Multiperspektivität der Wahrnehmung ein: Liegt der Fokus auf der aktuellen Einsetzbarkeit, tendiert das Urteil ins Negative, beim Fokus auf umfassende Kompetenz und Klientenorientierung ist die Tendenz hingegen positiv.

Die Kompetenzeinschätzungen durch Projektleitungen, Expertinnen und Experten und Pflegedienstleitungen

Die folgenden Ausführungen zur Einschätzung der Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler der Modellprojekte basieren auf Gesprächsrunden mit den Projektleitungen der acht Modellprojekte sowie mit weiteren Expertinnen und Experten, auf schriftlichen Erhebungen bei den Projektleitungen im Rahmen des Monitorings und auf Telefoninterviews mit Pflegedienstleitungen (PDL) von stationären (Altenpflege-)Einrichtungen sowie von ambulanten Pflegediensten.

Im direkten Vergleich wirkten die Schülerinnen und Schüler aus den Regelkursen im Urteil der Befragten zumeist routinierter in den Fertigkeiten. Da diese nicht, wie die Modellschülerinnen und -schüler, in anderen Einrichtungen eingesetzt wurden, kannten sie sich oft besser in den Einrichtungen aus. Um die Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und

Schüler am Lernort Schule ausreichend anstoßen zu können, wäre ein vermehrtes Angebot an Fertigkeitentrainings hilfreich gewesen. Dass dies nicht hinreichend realisiert worden war, erwies sich aus Sicht der Befragten im Nachhinein als Hemmnis für die gesamte Kompetenzentwicklung der Lernenden.

Die bei den Modellschülerinnen und -schülern besser ausgeprägten Kompetenzen, beispielsweise in Bereichen des Pflegeprozesses oder der Versorgung und Betreuung von Menschen mit demenzieller Erkrankung, kommen nach Ansicht der Befragten erst später zum Tragen. Aus Sicht der Lehrenden erlebten sich die Schülerinnen und Schüler der neuen Ausbildung vor allem in den ersten Ausbildungsabschnitten als noch nicht voll einsatzfähig. In diesem Zusammenhang verwiesen die Lehrenden auf einen kontraproduktiven Druck durch das Verwertungsinteresse der Praxis. Von den Praxisanleitenden wurde wahrgenommen, dass die Modellschülerinnen und -schüler vor der besonderen Anforderung stehen, sich immer wieder in andere Systeme der unterschiedlichen Institutionen einarbeiten zu müssen. Dies äußerte sich nach der Wahrnehmung der Praxisanleitenden dann häufig in Anpassungsproblemen bei den Schülerinnen und Schülern.

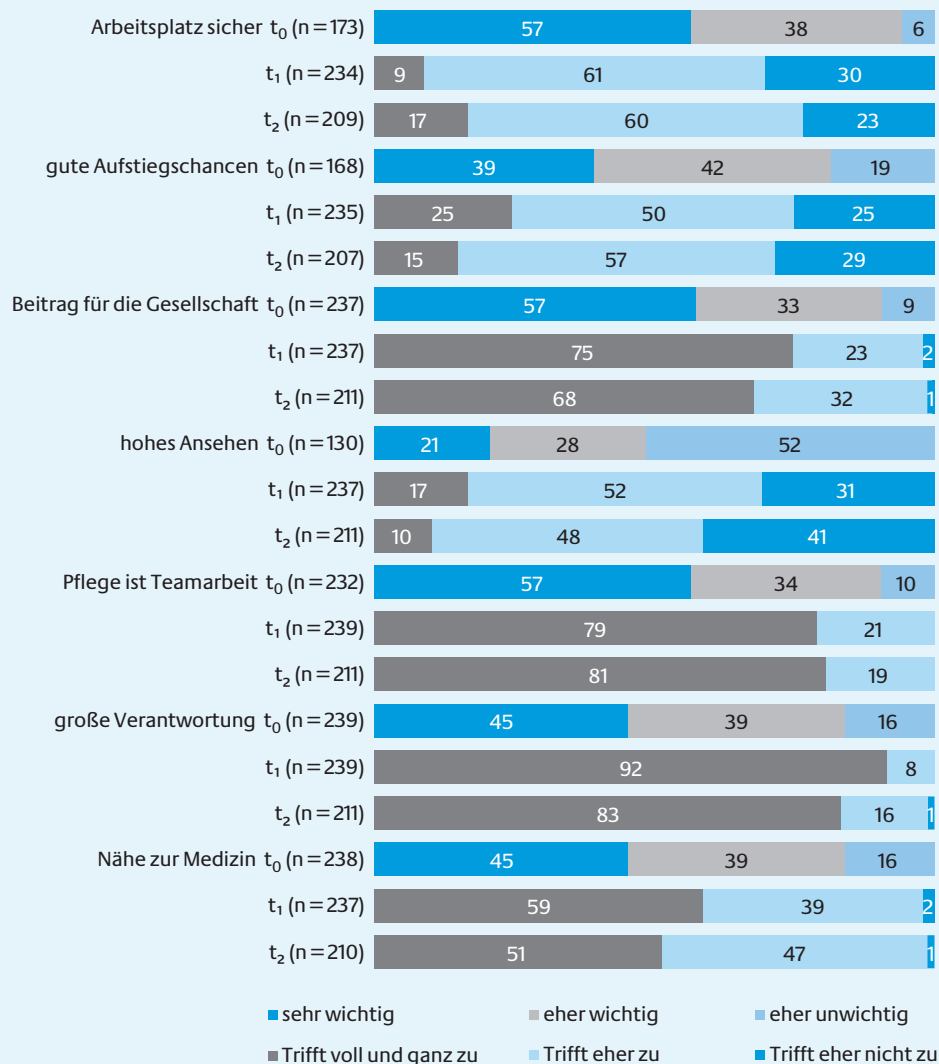
Die im Abschlussmonitoring bei den Projektleitungen und in der PDL-Befragung bei Vertreterinnen und Vertretern des Pflegemanagements erhobenen Kompetenzeinschätzungen bezüglich der Modellschülerinnen und -schüler kommen beide zu einem vergleichbaren, mit dem zuvor Diskutierten kompatiblen Ergebnis.

Bei den Absolventinnen und Absolventen scheinen das reproduzierbare Faktenwissen sowie die Arbeitsroutine und damit die anfängliche Einsetzbarkeit in der jeweiligen Institution nicht hinreichend ausgeprägt zu sein. Dieser Sachverhalt wurde von einer Person aus dem Pflegemanagement drastisch zum Ausdruck gebracht mit den Worten: „Sie sind noch Schüler, wenn sie in den Beruf kommen.“ Dagegen wurde ihnen insgesamt ein breiteres Kompetenzspektrum zugeschrieben, nicht nur auf fachlicher Ebene, sondern in allen angesprochenen Aspekten. Darüber hinaus haben sie – aus Sicht der Projektleitungen – eine hohe Identifikation mit der integrativen Pflegeausbildung und daraus folgend ein die Pflegebereiche übergreifendes Berufsverständnis entwickelt.

Rekonstruktion des Einstellungswandels in wichtigen Dimensionen im Zeitverlauf

Ergänzend zur Darstellung der Kompetenzentwicklung der Schülerinnen und Schüler werden im Folgenden einige ihrer Einstellungen und deren Veränderungen im Verlauf der Ausbildung betrachtet. Diese Einstellungen beziehen sich auf Berufswahlmotive, das Berufsbild, Aspekte der Pflegeberufe sowie das angestrebte Berufsfeld. In der ersten Befragung der Schülerinnen und Schüler wurden einige für die Wahl des Pflegeberufs mögliche Motive auf ihre Relevanz für die Berufsentscheidung hin befragt. In der zweiten und dritten Befragung wurden die gleichen Gegenstände als Elemente des Berufsbildes erhoben. Ein Ausschnitt der Ergebnisse ist in Übersicht 4.31 dargestellt.

Übersicht 4.31: Berufswahlmotive und Berufsbild – Ergebnisse der Schülerbefragungen (Angaben in Prozent)



Bei den Motiven steht der sichere Arbeitsplatz an erster Stelle. Hier klaffen aber Wunsch und gedeutete Realität augenscheinlich ziemlich weit auseinander. Zu Modellmitte waren 30% der Schülerinnen und Schüler, die sich hierzu äußerten, eher skeptisch, dass ihnen ihre Ausbildung einen sicheren Arbeitsplatz garantiert, fest daran glaubten nur 9%, während 61% verhalten optimistisch waren. Gegen Ausbildungsende hin hat sich die Zahl der Skeptiker auf 23% verringert, die der voll Zuversichtlichen hat sich auf 17% erhöht.

Die Aufstiegschancen im Beruf treten in ihrer Bedeutung deutlich hinter die Arbeitsplatzsicherheit zurück. Ihre Wahrnehmung als soziale Realität verläuft aber spiegelbildlich zur Einschätzung der Arbeitsplatzsicherheit: Waren zur Modellmitte noch 25% der Befragten von den guten Aufstiegschancen in der Pflege voll überzeugt, hat sich dieser Anteil gegen Ende auf 15% reduziert, überwiegend zugunsten einer vorsichtigeren Einschätzung bei einem leichten Anwachsen des Anteils der Skeptiker von 25% auf 29%.

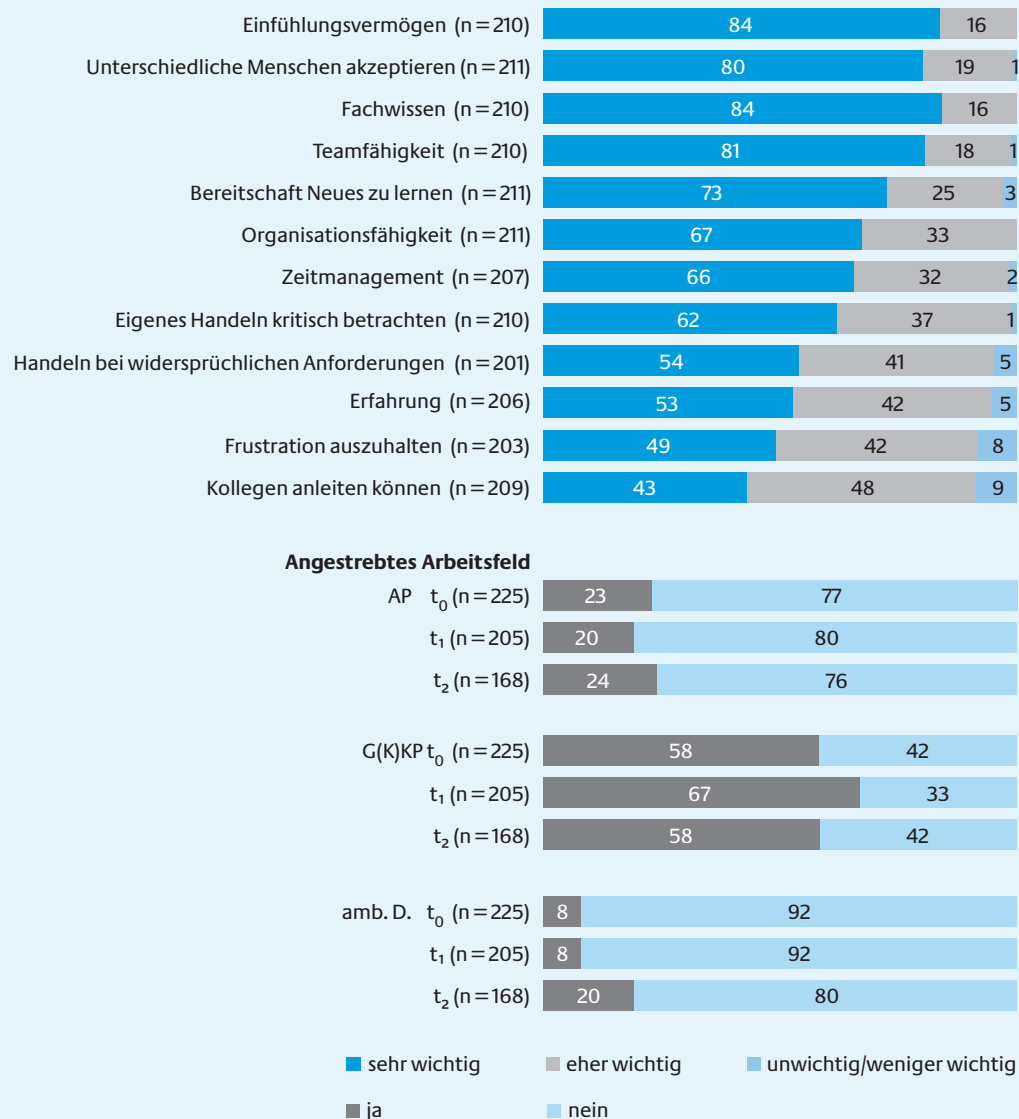
Das altruistische Motiv, einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten, ist annähernd so stark wie der Wunsch nach Arbeitsplatzsicherheit. Das Bewusstsein von der sozialen Bedeutung der Pflegetätigkeit bleibt im Laufe der Ausbildung bei einer leichten Abschwächung zum Ende hin auf einem sehr hohen Niveau. In deutlichem Gegensatz hierzu wird das Ansehen des Pflegeberufs wahrgenommen. Dieses spielte als Motiv für die Berufswahl eine untergeordnete Rolle, das faktische Ansehen wird im Vergleich mit den übrigen hier thematisierten Aspekten des Berufs am ungünstigsten eingeschätzt und es verschlechtert sich spürbar im Laufe der Ausbildung. Konstatieren gegen Mitte der Ausbildung schon 31%, die Pflege habe ein geringes Ansehen, so wurde diese Auffassung gegen Ende von 41% der Befragten geteilt. Der Anteil derer, die der Pflege ein hohes soziales Ansehen zuschrieben, ging von 17% auf 10% zurück.

Die mit der Berufsausübung assoziierten Aspekte Teamarbeit, Verantwortung und Nähe zur Medizin sind, in dieser Reihenfolge, ebenfalls sehr bedeutsam für die Berufsentscheidung. Das Moment der Teamarbeit ist in dieser Hinsicht annähernd ebenso relevant wie das des Beitrags der Pflege für die Gesellschaft. Zu beiden Befragungszeitpunkten hielten ca. 80% der Schülerinnen und Schüler, die sich dazu geäußert haben, die Teamarbeit voll und ganz für ein Wesensmerkmal der Pflege, lediglich ca. 20% stimmten dem mit Zurückhaltung zu, und keiner sah dies als nicht gegeben an.

Ausgesprochen hoch, mit 92%, die „voll und ganz“, sowie 8%, die „eher“ zustimmten, war die Einschätzung der großen Verantwortung im Pflegeberuf zur Halbzeit eine Einschätzung, die sich gegen Ende auf ein Verhältnis von 83% zu 16% bei 1% Nichtakzeptanz ein wenig abschwächte. Auch die Nähe zur Medizin, die ein ebenso starkes Motiv wie die Verantwortung war, wurde als Charakteristikum der Pflege relativiert. Uneingeschränkt wurde sie ihr zur Ausbildungsmitte von 59%, gegen Ende von 51% der Befragten zugeschrieben.

Um die an den Beruf geknüpften Einstellungen und deren Wandel im Verlauf der Ausbildung zu erfassen, sollten die Schülerinnen und Schüler bei jeder Befragung die Wichtigkeit diverser Aspekte des Pflegeberufs einschätzen. Im t_0 - t_1 - t_2 -Vergleich zeigt sich eine insgesamt sehr hohe Stabilität der Einstellungen. Signifikant und in den Größenordnungen relevant hat in der Ausbildungszeit nur die Einschätzung der Wichtigkeit von Zeitmanagement zugenommen. In der zweiten Erhebung, also zur Mitte der Ausbildung, unterschied sich die Bedeutung der Frustrationstoleranz signifikant vom Anfangswert, war aber in der Ausprägung nur schwach erhöht und war gegen Ende wieder ungefähr auf dem Ausgangsniveau. Bei diesen geringen Differenzen erübrigt sich die grafische Darstellung des Zeitverlaufs, sodass nur die Werte aus der Schlusserhebung wiedergegeben werden (Übersicht 4.32).

Übersicht 4.32: Aspekte des Pflegeberufs – Angestrebtes Arbeitsfeld aus Sicht der Schülerinnen und Schüler zum Ausbildungsende (Angaben in Prozent)



Allen hier ausgewählten Aspekten des Pflegeberufs wird von den Schülerinnen und Schülern eine hohe Bedeutung zugemessen, sodass sich eine Rangfolge praktisch nur aus der differentiellen Bestimmung als „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ ableiten lässt. Die Kategorien „weniger wichtig“ und „unwichtig“, die in der Übersicht 4.32 zusammengezogen sind, sind kaum besetzt.

Die höchste Relevanz haben Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, unterschiedliche Menschen akzeptieren zu können, neben dem ebenso bedeutsamen Fachwissen und der Teamfähigkeit. Das heißt, aus Sicht der Schülerinnen und Schüler wurde Klientenzuwendung und Fachlichkeit gleichermaßen Bedingung für eine angemessene Ausübung des Pflegeberufs.

Die Bereitschaft, Neues zu lernen, Organisationsfähigkeit, Zeitmanagement sowie die Fähigkeit und Bereitschaft, eigenes Handeln kritisch zu betrachten, können als der Fachlichkeit und Teamfähigkeit nachgeordnete und jene ergänzende Haltungen bzw. Kompetenzen

interpretiert werden. Erfahrung wird offensichtlich nicht als potenzieller Gegenpol zum Fachwissen aufgebaut. Probleme des Handelns bei widersprüchlichen Anforderungen und die Notwendigkeit, Frustration auszuhalten, traten im Lauf der Ausbildung offenbar nicht in den Vordergrund. Dies darf dahingehend gedeutet werden, dass in der Ausbildung negative Praxiserfahrungen zumindest nicht in einem kritischen Ausmaß gemacht wurden. Die Kompetenz, Kolleginnen und Kollegen anleiten zu können, belegt den letzten Rangplatz, was angesichts der oben konstatierten geringen Aufstiegserwartung im Beruf folgerichtig erscheint.

Kleine Einstellungsänderungen im Lauf der Ausbildung sind allerdings in Bezug auf den gewünschten Arbeitsbereich zu verzeichnen. So strebten zur Mitte der Ausbildung etwas weniger Schülerinnen und Schüler an, später in der Altenpflege zu arbeiten, wohingegen sich der Anteil derer erhöhte, die einen Arbeitsplatz in der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anstrebten. Diese Differenzen gleichen sich zum Ende hin wieder aus. Dagegen gewinnt im zweiten Ausbildungsabschnitt der Arbeitsbereich ambulanter Dienst deutlich an Attraktivität. Kurz vor ihrem Abschluss konnten sich 20% der Schülerinnen und Schüler vorstellen, in diesem Bereich beruflich tätig zu werden, gegenüber 8% bei den früheren Befragungen.

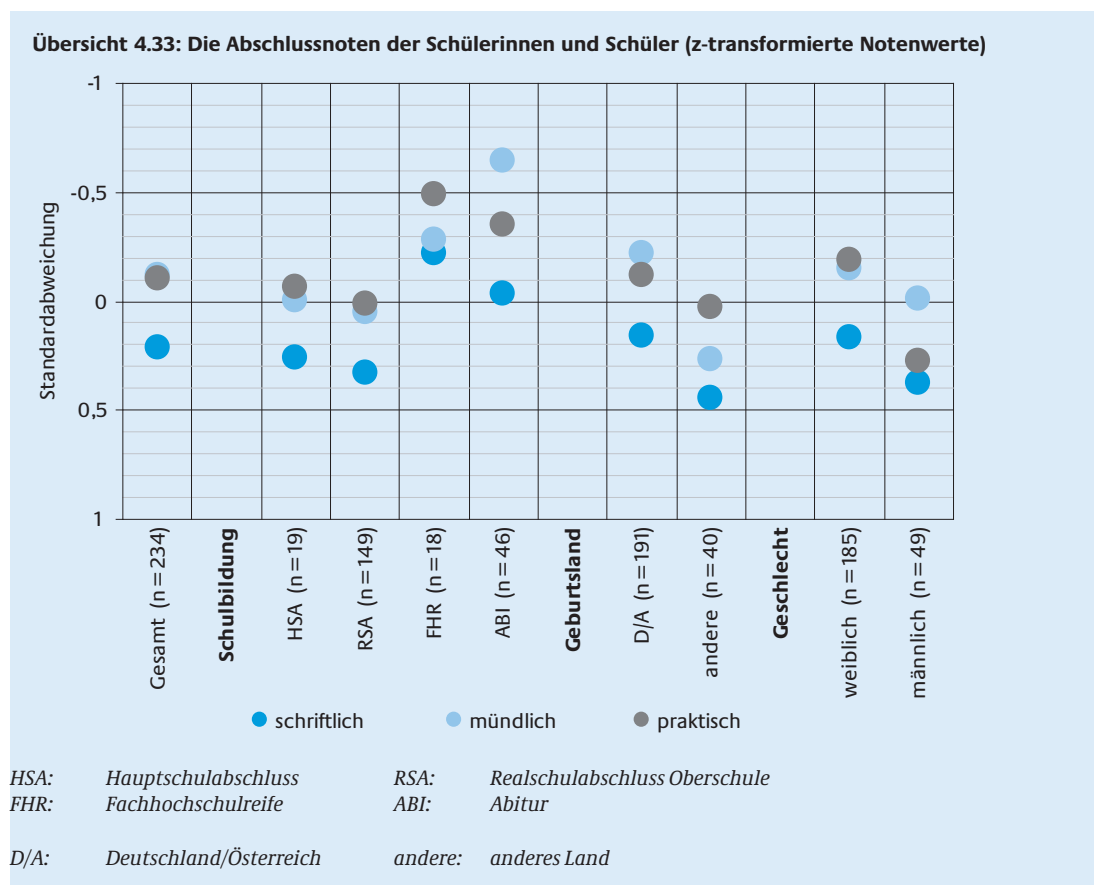
Die Abschlussnoten der Schülerinnen und Schüler

Neben der Kompetenz – bzw. mit dieser in Zusammenhang stehend – ist die in Schulnoten gemessene Qualifikation eine wichtige, aufseiten der Arbeitgeber nicht selten mitentscheidende Outcome-Größe. Der Notendurchschnitt aller im Modellvorhaben ausgebildeten Schülerinnen und Schüler lag für die schriftliche Prüfung bei 2,6, für die mündliche bei 2,3 und für die praktische bei 2,4. Die Durchschnittswerte der Noten zwischen den Modellprojekten weisen eine beträchtliche Spannweite auf; so nimmt das Modellprojekt Sachsen-Anhalt den Spitzenplatz ein, während das Modellprojekt Niedersachsen am Ende der Skala rangiert. Es ist davon auszugehen, dass diese Differenzen weitgehend auf länderspezifisch unterschiedlichen Maßstäben beruhen. Somit scheint ein zusätzlicher Vergleich der schriftlichen, mündlichen und praktischen Ergebnisse unter Bezug auf diverse Einflussgrößen unter der Voraussetzung sinnvoll, dass die Modelldifferenzen eingeebnet werden. Dies geschieht durch eine z-Transformation auf Modellebene, d. h. alle in einem Modellprojekt erbrachten Prüfungsergebnisse (schriftliche, mündliche und praktische) werden als je eine Gesamtheit z-transformiert. Dabei bleiben die Differenzen zwischen den Prüfungsdimensionen erhalten, wohingegen die länderspezifischen Modelldifferenzen herausgerechnet werden. Die überdurchschnittlich guten Noten werden in negative, die unterdurchschnittlichen in positive Werte umgewandelt (Übersicht 4.33). Zusätzlich zur Auseinandersetzung der transformierten Ergebnisse erfolgt auch eine Kommentierung des Vergleichs der absoluten Werte (Mittelwerte) der einzelnen Gruppen, da hierbei Unterschiede in den üblichen (Durchschnitts-)Notenwerten und nicht in Standardabweichungen ausgewiesen werden können.

In Bezug auf die Abschlussnoten wurden sieben ausgewählte mögliche Einflussgrößen untersucht:

- gewählter Berufsabschluss,
- Alter,
- pflegerische Vorerfahrung,
- frühere Berufstätigkeit,
- Schulabschluss,
- Migrationshintergrund und
- Geschlecht.

Davon erwiesen sich lediglich die letzten drei (Schulabschluss, Migrationshintergrund und Geschlecht) als signifikante Faktoren (wobei die partiellen Korrelationsfaktoren bzw. Effekte in einem Allgemeinen Linearen Modell gerechnet wurden).



Wie zu erwarten, lagen die Schülerinnen und Schüler mit Fachhochschulreife sowie die Abiturientinnen und Abiturienten in den transformierten Werten in allen Bereichen deutlich über dem Durchschnitt, wobei der Abstand der Abiturientinnen und Abiturienten bei den mündlichen Leistungen mit fast einer halben Standardabweichung besonders auffällig ist. Bei den Haupt- und Realschülerinnen und -schülern, die insgesamt einen durchschnittlichen Notenwert um 2,5 erzielt haben, zeigt sich ein vergleichsweise homogenes Leistungsbild im Vergleich von schriftlicher, mündlicher und praktischer Leistung, mit der Einschränkung, dass die schriftlichen Noten etwa eine viertel Standardabweichung unter den beiden anderen Werten liegen.

Betrachtet man die absoluten Werte als Durchschnittswerte der Abschlussnoten bezogen auf den Schulabschluss, könnte sich der Eindruck aufdrängen, dass die Hauptschülerinnen und -schüler leistungstärker sind als die Realschülerinnen und -schüler. Dies wäre insofern ein Fehlschluss, als die Gruppe der Hauptschülerinnen und -schüler im Modellvorhaben mit Sicherheit nicht repräsentativ für ihre soziale Gruppe ist, schon allein deshalb, weil die Hauptschülerinnen und -schüler im Modellvorhaben im Durchschnitt deutlich älter sind als die Gesamtheit.

Dass die Fachhochschülerinnen und -schüler und Abiturientinnen und Abiturienten in ihren Leistungen über dem Durchschnitt liegen, kann kaum als Argument dafür gebraucht werden, das Abitur zur Eingangsvoraussetzung für die grundständige Ausbildung zu machen. Der Abstand zwischen Realschülerinnen und -schülern und Abiturientinnen und Abiturienten beträgt bei den schriftlichen Prüfungen etwa ein Drittel Notenwert (RSA: 2,7/ABI: 2,4) und einen halben Notenwert bei den mündlichen Leistungen (RSA: 2,5/ABI: 1,9). Bei den praktischen Prüfungen hingegen ist der Unterschied eher gering (RSA: 2,4/ABI: 2,2).

Die Schülerinnen und Schüler mit einem vermutlichen Migrationshintergrund, deren Geburtsland nicht Deutschland oder Österreich ist, zeigen bei den transformierten Werten in den praktischen Prüfungen kaum einen Rückstand gegenüber ihren deutschen bzw. österreichischen Kolleginnen und Kollegen, wohl aber in den schriftlichen und noch ausgeprägter in den mündlichen Leistungen mit deutlich mehr als einer viertel Standardabweichung nach unten.

Es ist nicht überraschend, dass auch bei den Durchschnittswerten die Absolventinnen und Absolventen mit vermutetem Migrationshintergrund bei den mündlichen Leistungen (2,7) hinter denen mit Deutsch als Muttersprache (2,2) zurückliegen. Bei den praktischen Leistungen (2,5) unterscheiden sie sich nur geringfügig von ihren Kolleginnen und Kollegen, deren Geburtsland Deutschland oder Österreich ist (2,3). Falls dieser Befund ein Indikator für eingeschränkte Beherrschung der deutschen Sprache ist, stellt sich angesichts der hohen Bedeutung kommunikativer Prozesse gerade in den Pflegeberufen die Frage nach Strategien zur Förderung der Kenntnis der deutschen Sprache bei Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund während der Ausbildung.

Ein sehr auffälliges Ergebnis zeigt sich bzgl. des Genderaspekts: Während sich Frauen und Männer in den mündlichen Leistungen bei den transformierten Werten kaum unterscheiden – was eine Verzerrung der Bewertung durch die mehrheitlich weiblichen Prüfer unwahrscheinlich macht –, zeigen die männlichen Absolventen eine um fast eine halbe Standardabweichung schlechtere praktische Leistung, und auch die Ergebnisse der schriftlichen Prüfungen weichen deutlich vom Gesamtmittelwert nach unten ab.

Das Faktum, dass die männlichen Absolventen in den praktischen Prüfungen bei den Durchschnittsnoten deutlich schlechter abschnitten (2,7) als ihre Kolleginnen (2,3), ist schwer zu interpretieren. In den Befragungen wurden kaum Geschlechterdifferenzen bezüglich Leistung und Verhalten angegeben. Nur das Modellprojekt Hessen fiel im Abschlussmonitoring hierbei aus dem Rahmen, indem dort auf die Frage „Welche Rolle haben Genderaspekte in Ihrem Modellprojekt gespielt?“ geantwortet wurde: „Die männliche Minderheit in der

Pflege musste allgemein unterstützt werden.“ Dies kann, bezogen auf den diskutierten Notendurchschnitt, ein Hinweis auf Performanzprobleme von Männern im Pflegeberuf sein.

4.6 Genderaspekt

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Im Rahmen des Modellvorhabens wurde das Prinzip des Gender Mainstreamings in mehrfacher Hinsicht berücksichtigt. Im vorliegenden Kontext bezieht sich Gender Mainstreaming auf die Chancengleichheit beider Geschlechter im Gesundheitswesen bei Verbesserung der Maßnahmenqualität auf allen Ebenen und in allen Handlungsfeldern.⁶² Geschlechtergerechtigkeit im Zusammenhang mit Gesundheit und Pflege zielt somit auf eine möglichst hochwertige, für Frauen und Männer gleichwertige Versorgung ab, damit beide Geschlechter ihre Gesundheitspotenziale voll entfalten können. Dies setzt die gleichberechtigte Beteiligung von Frauen und Männern an allen gesundheitsrelevanten Entscheidungen bzw. die Beachtung der Problemlagen beider Geschlechter voraus. Dabei sind die potenziellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowohl in den verschiedenen Altersgruppen als auch in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen differenziert zu erfassen und entsprechend zu berücksichtigen. Dieser für die Gesundheitsforschung und die Versorgung hochbedeutsame Genderaspekt muss auch im Rahmen einer pflegerischen Ausbildung thematisiert werden.

Im Folgenden werden die genderbezogenen Maßnahmen der Begleitforschung zur Unterstützung der Modelle und die genderbezogenen Evaluationsmaßnahmen dargestellt. Um die Modellprojekte bei der Umsetzung von Gender-Mainstreaming in der Ausbildung zu unterstützen, gestaltete die Begleitforschung einen Workshop zu diesem Thema. In dessen Zentrum stand die Sensibilisierung der Projektverantwortlichen für Genderaspekte in der pflegerischen und pädagogischen Arbeit. Für die gemeinsame Durchführung des zweitägigen Workshops im Oktober 2006 gewann die Begleitforschung das Bremer Institut für Prävention und Sozialforschung (BIPS) von der Universität Bremen. Das BIPS verfügt mit dem Arbeitsbereich der Frauengesundheits- und Geschlechterforschung über umfassende Erfahrungen in der Entwicklung, Dissemination, Implementation und Evaluation von Umsetzungskonzepten für Gender Mainstreaming im Bereich Gesundheit. Grundlagen des Workshops waren Erkenntnisse der Frauen- und Geschlechtergesundheitsforschung sowie Geschlechterbezüge aus dem Arbeitsfeld Pflege und Bildung. Neben der Vermittlung von Geschlechterwissen allgemein und einer grundlegenden Sensibilisierung für die Bedeutung der Kategorie Geschlecht im Gesundheitswesen wurde ein Akzent auf Pflege und das Handlungsfeld der Pflegebildung gesetzt.

Die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht als Beitrag zur Qualitätssicherung in Pflege und Pflegebildung wurde vorgestellt und diskutiert. Mittels des Instruments „Gender Matrix“ übten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht für die Planung von Unterrichtsreihen oder für die Entwicklung von Curricula. Die Gender Matrix ist ein Analyseinstrument mit verschiedenen Prüfdimensionen. Prozesse können hiermit in folgenden Schritten auf die Kategorie Geschlecht hin betrachtet werden:

62 Jahn 2004

- | Entscheidung für das Thema, welches umgesetzt werden soll, und Formulierung des Gleichstellungsziels,
- | Identifizierung der zu berücksichtigenden biologischen und sozialen Unterschiede zwischen Frauen und Männern,
- | Recherche und Berücksichtigung der theoretischen und konzeptuellen Grundlagen,
- | genderkritische Analyse der Methoden (Unterrichts-, Organisations-, Management-, Evaluationsmethoden),
- | Auswahl der am Prozess teilnehmenden Personen nach Geschlechtern und deren Problemsichten.

Im Workshop wurden verschiedene Möglichkeiten besprochen, Gender Mainstreaming als Prinzip in Unterrichtsreihen zu nutzen, und es kam zu Diskussionen um weibliche und männliche Lernkulturen. In diesem Zusammenhang wurden Erfahrungen in Bezug auf die Kurszusammensetzung erörtert und Überlegungen angestellt, für welche Unterrichtssituationen eine Geschlechtertrennung des Kurses sinnvoll ist. Konkrete Themen wie die Intimpflege oder die Pflege bei urologischen und gynäkologischen Erkrankungen wurden geschlechtersensibel betrachtet. Einige Modellprojekte, die bereits das Thema Gender Mainstreaming als Unterrichtseinheit integriert hatten, berichteten von ihren diesbezüglichen Erfahrungen. In einer Arbeitsphase des Workshops untersuchten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgewählte pflegewissenschaftliche Studien daraufhin, wie der Genderaspekt in Anlage und Durchführung berücksichtigt war, und diskutierten, welche Konsequenzen sich aus einem unzureichenden Einbezug ergeben können.

Bezüglich der Integration des Genderaspekts in die Pflegeausbildung ist vor allem das Modellprojekt Berlin hervorzuheben, wo eine geschlechtergerechte Ausbildung und Betreuung sowie die Sensibilisierung der Beschäftigten für geschlechterspezifische Ungleichheiten explizit als Ausbildungsziel ausgewiesen wurden. Auch im Rahmen des „Projekts im Projekt“ wurde die Geschlechterperspektive im Alltag und in der Pflege bearbeitet, womit die hohe Bedeutung des Genderaspekts unterstrichen wurde.

Ein Fokus der Begleitforschung lag auf der systematischen Beachtung der Kategorie Geschlecht in den Ausbildungskonzeptionen als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Pflege. Systematische Beachtung bedeutet, dass Biographie und Lebenslage, soziale Beziehungen sowie kulturelle Bedingungen als Aspekte der Kategorie Geschlecht berücksichtigt werden.

Im Rahmen der Kompetenzmessung wurde in beiden Messungen Geschlecht als beeinflussende Variable einbezogen. Die Frage war, ob Geschlechterunterschiede einen Einfluss auf das kompetente Bearbeiten von Fällen haben. In Bezug auf die Fach-, Methoden- und Selbstkompetenz konnte dies in der Untersuchung ausgeschlossen werden. Wie in Kapitel 4.5 beschrieben, konnten in Bezug auf die soziale Kompetenz geringe, aber signifikante Unterschiede festgestellt werden. Hier äußerten sich Schüler tendenziell eher abwertend und tadelnd im Vergleich zu den Schülerinnen.

Bei den schriftlichen Befragungen der Lehrenden sowie der Schülerinnen und Schüler wurde ebenfalls mit einer Reihe von Fragen auf geschlechterspezifische Belange eingegangen. Da sich bei der Datenanalyse dieser beiden Gruppierungen allenfalls marginale Ergeb-

nisse bezüglich geschlechterspezifischer Unterschiede ergaben, wurde bei der Befragung der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter explizit nach Unterschieden in deren Wahrnehmung von Schülerinnen im Gegensatz zu Schülern gefragt. Hierzu wurden in das Befragungsinstrument einige einschlägige Items aufgenommen:

- Die Frage, ob sich weibliche und männliche Auszubildende bezüglich der Akzeptanz der Zusammenführung der Berufsausbildungen unterscheiden, wurde lediglich von vier der Befragten (6%) bejaht. Die Begründungen hierfür waren jedoch höchst unspezifisch.
- Auch für die Umsetzung der integrierten Ausbildung sah die überwiegende Mehrheit der Befragten keine Geschlechterdifferenzen. Die wenigen positiven Voten wurden mit Geschlechterstereotypen begründet.
- Lediglich fünf der Befragten (6%) konstatierten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Auszubildenden bezüglich der Kompetenzorientierung. Die Begründungen griffen wiederum auf allgemeine und dabei divergente Vorstellungen von Geschlechtercharakteren zurück.
- Bezüglich der Theorie-Praxis-Verknüpfung wurden von acht der Befragten (9%) Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Auszubildenden angegeben. Die überwiegende Mehrzahl von ihnen meinte, dass Schülerinnen oft interessierter und sorgsamer seien, einen besseren Lernstand aufwiesen und die Theorie oft leichter in die Praxis umsetzen könnten als Schüler. Diese seien eher Theoretiker, die in der Praxis Berührungssängste haben und daher auch nicht ressourcenorientiert arbeiten. Eine Aussage betonte jedoch im Gegensatz dazu, dass männlichen Ausbildungsteilnehmern die Theorie-Praxis-Verknüpfung in einem kürzeren Zeitraum und besser zu gelingen scheint.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass von Schülerinnen und Schülern sowie von Lehrenden keine und nur von einer sehr kleinen Minderheit der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter Unterschiede zwischen Schülerinnen und Schülern wahrgenommen wurden, wobei die beschriebenen Differenzen nur höchst geringe Aussagekraft besitzen. Die für die einzelnen Fragen angegebenen niedrigen Prozentwerte von denjenigen, die meinten, Unterschiede beobachtet zu haben, wurden nur aus den Befragten, die diese Fragen entweder mit „Ja“ oder „Nein“ beantworteten, berechnet. Berücksichtigt man darüber hinaus auch die Anteile – zwischen 36% und 57% – derjenigen, die angaben, zu geschlechterspezifischen Unterschieden gar keine Meinung zu haben, scheint die Kategorie Geschlecht aus Sicht der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter bei der Ausbildung allenfalls eine marginale Bedeutung zu haben. Bei allen Fragen zu geschlechtsspezifischen Differenzen wurden nur von 6% der Befragten Unterschiede angegeben. Bezieht man den großen Teil derjenigen mit ein, der angab, hierzu keine Meinung zu haben, reduziert sich der Anteil derer, die Unterschiede wahrnehmen, sogar auf 3%.

Demnach können Geschlechterunterschiede in der Pflegeausbildung nicht in dem Maße identifiziert werden, dass dies eine Auswirkung auf eine differenzierte Förderung von Männern und Frauen im Rahmen der Ausbildung impliziert. Weder für die theoretische noch für die praktische Ausbildung können Konsequenzen für geschlechterdifferenzierte Methoden oder Praxisaufgaben benannt werden.

Mit wachsendem Anspruch an die Qualität der Pflegeausbildung verschärft sich das Problem, für die Ausbildung respektive den Beruf geeignete Bewerberinnen und Bewerber zu finden bzw. auszuwählen. Drei Modellprojekte (Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz) konnten wegen der relativ kurzen Zeitspanne zwischen Projektzusage und Ausbildungsbeginn keine besonderen Anforderungen an die Bewerber stellen bzw. waren in der Auswahl eingeschränkt, insofern sie die von den Trägern der praktischen Ausbildung ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber akzeptieren mussten. Im Modellvorhaben wurde überwiegend die weithin übliche Auswahl auf der Basis von Zeugnissen und Vorstellungsgesprächen praktiziert, in zwei Modellen (Baden-Württemberg, Bayern) wurden zusätzlich Assessment-Center (AC) durchgeführt.

Die Modelle, die sich im Abschlussmonitoring dahingehend erklärten, dass sie bewusst das traditionelle Aufnahmeverfahren gewählt hatten, schätzten dieses prinzipiell als ausreichend bzw. zweckmäßig ein. Sie sahen sich rückblickend in dieser Einschätzung bestätigt, insofern Ausbildungsabbrüche oder Nichtbestehen der Abschlussprüfung nicht auf Auswahlfehler zurückzuführen seien. Die Modellverantwortlichen in Niedersachsen erklärten unter Bezug auf vorangegangene Erfahrungen mit einem Assessment-Verfahren, dass der Aufwand von Assessments für eine grundständige Ausbildung zu hoch sei und man mittels einer AC-basierten Auswahl nicht zu gänzlich anderen Entscheidungen komme als durch Gespräche. Im Berliner Projekt wurde die Entscheidung für konventionelle Verfahren auch damit begründet, dass keine geeigneten Testmethoden zur Erfassung von Kompetenzen zur Verfügung stehen und dass es darüber hinaus nicht einmal eindeutige Test-Kriterien gibt.

Mit dem letztgenannten Argument ist zum einen ein prinzipielles Problem von AC-Verfahren angesprochen, nämlich die Nichtstandardisierbarkeit bei geringer Konstruktvalidität, zum anderen das Problem der Definition eines Bewerberprofils, das als Grundlage für eine erfolgreiche Pflegeausbildung und darauf aufbauend eine kompetente Berufsausübung angesehen werden kann. Ein solches mit dem AC zu erfassendes Bewerberprofil wäre abzuleiten aus einem Professionsprofil der Pflegefachkraft, das nicht nur die spezifischen Kompetenzen und Einstellungen, sondern auch deren Verknüpfung miteinander bestimmt. Dass hierüber in der Pflegelandschaft noch kein Konsens besteht, belegen einschlägige Argumentationen in der Literatur.⁶³ Illustriert wird der Sachverhalt etwa durch die Vielfalt der Ausbildungsziele der Modellprojekte, die in Kapitel III wiedergegeben werden.

63 Heffels 2003

Exkurs

Assessment-Center und Probleme ihrer Konzeptionierung

Abgesehen vom Problem der Bestimmung dessen, was im Kontext der Pflegeausbildung zu messen wäre, stellt sich das AC als Messverfahren zwiespältig dar. „Unter der Assessment-Center-Methode (verstehen wir) ein systematisches Verfahren zur qualifizierten Feststellung von Verhaltensleistungen bzw. Verhaltensdefiziten, das von mehreren Beobachtern gleichzeitig für mehrere Teilnehmer in Bezug auf vorher definierte Anforderungen angewandt wird.“⁶⁴ Von diesen Leistungen wird auf situationsunabhängige Personenmerkmale geschlossen, die eine Prognose künftiger Leistungen bzw. künftigen Verhaltens ermöglichen. Dabei ist die Beurteilung im AC nicht standardisiert – im Unterschied zum Test, der eine Leistung (meist eine Einzelleistung) auf eine Eichstichprobe bezieht.

Bei der Leistungsbewertung im AC ist zwar einschlägigen Studien zufolge eine sehr hohe Interrater-Reliabilität zu erzielen⁶⁵, problematisch ist allerdings die Inhaltsvalidität, die nur durch einen sehr aufwendigen, auf komplexen Ratingverfahren beruhenden Prozess möglich ist, der von vielen Konfundierungen, z. B. der von Konstrukt und Verhaltensweise, bedroht ist.⁶⁶ Als geradezu paradox können Ergebnisse von zahlreichen Studien und Metastudien zur Konstruktvalidität bezeichnet werden. Genau umgekehrt als theoretisch zu erwarten ergaben sich niedrige Korrelationen bzgl. der konvergenten und hohe bzgl. der diskriminanten Konstruktvalidität.⁶⁷ Gleichwohl gelten AC als prognosetauglich, d. h., sie funktionieren, aber in testtheoretischer Perspektive ist unklar wieso, insofern „die intendierten Konstrukte nicht erfasst sind“.⁶⁸

Die im Modellvorhaben entwickelten AC, deren Prognosegüte und kritische Analyse

Im Bewusstsein der theoretischen Probleme und der praktischen Schwierigkeit bei der Konstruktion hatten sich die Modellprojekte in Baden-Württemberg und Bayern dazu entschlossen, für die Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber in eigener Regie AC zu entwickeln und durchzuführen.

Das **AC im bayerischen Modellprojekt** bestand aus fünf Elementen:

- Körperkontaktübung, in der je zwei Personen sich gegenseitig die Hände eincremen,
- Denksportaufgabe, ein Wissenstest, der auf ein breites Allgemeinwissen zielt,
- Pro-und-Kontra-Diskussion, in der eine vorgegebene Position durchgängig zu vertreten ist,
- Eierwurf, wobei ein Ei so zu verpacken ist, dass es einen Fall aus 2 m Höhe übersteht,
- Reizwortgeschichte, die Erfindung einer Geschichte ausgehend von vorgegebenen Begriffen.

Abgesehen von der „Denksportaufgabe“, die einen Gesamtpunktwert ergab, wurde zu jeder Übung eine Reihe von Items mit einem Punktwert von 6 bis 1 bewertet.

Das **AC in Baden-Württemberg** bestand ebenfalls aus fünf Elementen:

- Gespräch, das obligatorische Vorstellungsgespräch, das hier Teil des AC ist,
- Vorstellung, bei der aus einem Stapel von Bildern mit Menschen in unterschiedlichen Situationen eines auszuwählen und die Wahl zu begründen ist,
- Bearbeitung eines Textes mit pflegerelevantem Inhalt und eigene Stellungnahme zum Thema,
- Interaktionsübung, bei der eine Person eine Zeichnung mit komplexer geometrischer Form so beschreibt, dass die andere sie nachzeichnen kann,
- praktische Übung am Bett, das Lagern eines „Patienten“.

⁶⁴ Jeserich 1981, S. 33f.

⁶⁵ Scholz 1994, Gatewood et al. 1999

⁶⁶ Reilly, Henry 1990

⁶⁷ Sacket und Dreher 1982, Russel, 1987

⁶⁸ Kleinmann 1997

Die verschiedenen Items zu den Übungen wurden anhand einer Positiv-Negativ-Polaritätsskala mit jeweils zwei möglichen Punkten eingeschätzt.

Um eine Einschätzung der prognostischen Güte der beiden AC vorzunehmen, wurden zur Mitte der Ausbildung die Schülerinnen und Schüler bezüglich der einzelnen Items, für die ein Vergleich sinnvoll war, in einem Expertenrating der Lehrenden neu eingeschätzt. Dabei wurden die Werte der AC und der Neueinschätzungen miteinander verglichen (t_1 - t_0 -Vergleich). Im bayerischen Modellprojekt konnte dies nur in Nürnberg durchgeführt werden. Hier sind die Werte des AC und die der Neueinschätzung insgesamt in hohem Maße kongruent. In Baden-Württemberg sind die Nachbewertungen zum Teil ungünstiger als das AC-Ergebnis. Bei Abwägung der systematischen Fehler, die mit dieser Art Rating verbunden sind, können die vorliegenden Werte durchaus noch als Indiz für eine gute Prognose-tauglichkeit angesehen werden. Die Quote der Ausbildungsabbrüche bzw. des Nichtbestehens der Abschlussprüfung liegt in beiden Modellprojekten unter dem Durchschnittswert der übrigen Modelle.

In den AC durchlaufen die Bewerberinnen und Bewerber Situationen, in denen sie auf sich selbst gestellt Aufgaben zu lösen haben (Wissenstest/Textbearbeitung), in einer vergleichsweise engen Zweier-Konstellation (Körperkontaktübung/Interaktionsübung) agieren, sich gegenüber einer Gruppe zu positionieren haben und gemeinsam mit der Gruppe Ergebnisse erarbeiten bzw. Probleme lösen. Beide AC enthalten Elemente, in denen manuelles Geschick erforderlich ist bzw. in denen man aktiv und passiv körpernah handelt. Im bayerischen AC ist das Körperkontakt-Element gleichzeitig die enge Zweier-Konstellation und damit auch psychisch in hohem Maße exponierend, während das Element mit der Zweier-Konstellation in Baden-Württemberg den Fokus stärker auf Rollenübernahme, Aufnehmen von Anweisungen und Kooperation bei praktischer Tätigkeit legt. Dabei liegt der Schwerpunkt darauf, sich mental auf die andere Person einzulassen bzw. sich in sie hineinzudenken.

Den AC-Elementen sind Items als Variablen zugeordnet, mit denen Kompetenzen und Fähigkeiten auf der Grundlage skalierteter Bewertung erfasst werden. Diese Variablen sind von höchst ungleicher Komplexität. Die Variable „Teilnehmerin bzw. Teilnehmer beachtet Regeln der Themenzentrierten Interaktion“ bei der Pro-und-Kontra-Diskussion im bayerischen AC ist vergleichsweise eindeutig auch mit einer sechstufigen Notenskala auf der Basis von Beobachtungsdaten zu bewerten, wenn man die relative Anzahl der beobachteten Regelverletzungen der Notenskala zuordnet; die Variablen „Empathie und Aufmerksamkeit“ bzw. „Umgang mit Scham oder Unsicherheit“ der Körperkontaktübung dagegen sind, ganz abgesehen von der Zusammenbindung unterschiedlicher Dispositionen bzw. psychischer Reaktionen, für sich schon hochkomplexe Konstrukte, die – im Sinne einer Testtheorie – erst in Beobachtungsvariablen operationalisiert werden müssten.

In Baden-Württemberg ist die Spanne insgesamt nicht ganz so groß: Dem einen Pol sind eindeutige Beobachtungsvariablen, z. B. ebenso wie in Bayern „Diskussionsregeln einhalten“, zuzuordnen, dem anderen Pol etwa „Freundlichkeit“ oder „Durchhaltevermögen“. Auch diese komplexen Variablen dürften mit der verwendeten Polaritätsskala von je einem starken und einem weniger ausgeprägten positiven und negativen Wert eindeutiger zu bewerten sein als mit der Notenskala in Bayern.

Für beide Ansätze aber gilt, dass eine hohe Übereinstimmung zwischen den Beurteilenden nur auf der Basis intensiver Verständigung über Sinn und Bedeutung der Variablen und über die Bewertungsgrundsätze möglich ist. Wie bei dem Hinweis auf die Ergebnisse des t_1 - t_0 -Vergleichs schon deutlich wurde, ist dies offenkundig in Bayern – trotz höherer Variablenkomplexität – besser gelungen als in Baden-Württemberg.

Wenn in einem relativ kurzen Zeitraum eine Abstimmung bezüglich eines derart komplexen Gegenstandes möglich ist, liegt die Annahme nahe, dass dem ein vorgängiger Konsens zugrunde liegt, der zu großen Teilen im Leitbild bzw. in den gemeinsamen Grundüberzeugungen fundiert ist. Damit stellt sich die Frage, was hier im Konsens beurteilt wird. Sind es einzelne Kompetenzen, die verbal fixierten für die AC-Elemente ausdifferenzierten Variablen oder andere psychomentele bzw. Performanzeinheiten?

Um der Antwort auf die letztgenannte Frage näherzukommen, wurde die jeweilige Gesamtheit der AC-Ergebnisse in beiden Modellprojekten durch die wissenschaftliche Begleitung clusteranalytisch untersucht im Hinblick auf die Konstruktvalidität. Dabei zeigte sich, dass die in den einleitenden allgemeinen Bemerkungen zur Validität von AC referierte Aporie bezüglich der Konstruktvalidität auch in den beiden hier betrachteten AC zu verzeichnen ist, besonders stark ausgeprägt im bayerischen Modellprojekt. Das bedeutet u. a., dass die verschiedenen Fähigkeiten und Dispositionen der Bewerberinnen und Bewerber in einer AC-Übung tendenziell gleich, eine bestimmte Disposition von Übung zu Übung unterschiedlich bewertet werden. Dies ist ein starkes Indiz dafür, dass die Bewertung vornehmlich im Modus von – durchaus fachlich ausgerichtetem – Erfahrungswissen erfolgt, in dem das einzelne Urteil in höchstem Maße vom Relevanzhorizont der Situation abhängig ist. Wenn unter diesen Voraussetzungen die Beurteilungen nicht beliebig sein sollen, stellt ein AC der hier vorgestellten Art für die Abstimmung aller Beteiligten eine immense Herausforderung dar, aber es birgt auch die Chance, die aus Sicht des Teams bzw. der Einrichtung denkbar beste Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber zu treffen. Wie die Modellverantwortlichen glaubhaft versichern, resultierte aus dem AC-gestützten Auswahlverfahren, aus der eigenen Sicht und in der Einschätzung der Lehrkräfteteams sowie der Schülerschaft, eine Zusammensetzung des Kurses, die im Hinblick auf gemeinsame Vorstellungen von Leistung und Haltung „stimmte“.

Ein weiterer wichtiger Effekt der Konzeptionierung und des Einsatzes des Instruments gerade im Hinblick auf die Integration der Ausbildung und die Kooperation der beteiligten Schulen liegt in der Entwicklung eines gemeinsamen Pflege- bzw. Berufsverständnisses, das sich in den Diskussionen über den „guten Bewerber“, sein Potenzial und die Methoden, es zu erfassen, einstellt.

Der Arbeits- und Zeitaufwand für Konzeption und Durchführung der AC ist den Modellverantwortlichen zufolge beträchtlich, er verringerte sich aber trotz Modifikation und Weiterentwicklung in den Anwendungen für die Folgekurse. In Anbetracht der beschriebenen positiven Effekte wird dieser Aufwand aber als durch das Ergebnis gerechtfertigt eingeschätzt.

Ein abschließendes Fazit im Sinne einer Empfehlung von AC für die Bewerberauswahl in der Pflegeausbildung ist aus den Ergebnissen des Modellvorhabens nicht abzuleiten. Je spezifischer und aus Trägersicht bedeutsamer das Leitbild bzw. die „Kultur“ einer Einrichtung ist, desto mehr dürfte sich der Aufwand für AC rechtfertigen, um dem Leitbild affine Bewerberinnen und Bewerber zu erkennen. Das AC kann als ein geeignetes Mittel gelten, um den Integrationsprozess zu fördern, was aber durch andere Verständigungsprozesse ebenso möglich ist. Auch wenn die beiden im Modellvorhaben entwickelten AC sich bewährt haben, weisen sie keinen Weg auf, die angesprochene Grundlagenproblematik zu lösen, gleichwohl bieten sie gute Anregungen für neue AC-Konstruktionen.

V.

Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen der wissenschaftlichen Begleitung

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

In Kapitel IV wurden die Ergebnisse des Modellvorhabens in einer differenzierten Analyse vorgestellt, die sich auf vielfältige Quellen stützt: Dokumente zur Curriculumkonstruktion, Erhebungen zu den Erfahrungen und Einstellungen aller Beteiligten, Expertenmeinungen, Kompetenzmessungen u. a. m. Einbezogen wurden ferner Erkenntnisse aus vorangegangenen bzw. gleichzeitig außerhalb des Modellvorhabens laufenden Projekten zur Integration der Pflegeausbildungen.

Die in diesem Kapitel vorgenommene Bewertung der Ergebnisse stellt in verdichteter Form das Resümee aus den Analysen vor und leitet daraus Schlussfolgerungen und Empfehlungen ab. Die angesichts des demografischen Wandels bedeutsame Sicherstellung und Entwicklung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für eine zukünftige Pflegeausbildung sind ein wesentlicher Bestandteil dieser Bewertungen und Schlussfolgerungen. Folgende zentrale Aspekte werden auf jeweils ein bis zwei Seiten abgehandelt, und am Ende eines jeden Abschnitts werden die Kernaussagen nochmals hervorgehoben präsentiert:

- | **Integration der Pflegeausbildungen**
- | **Ausbildungsstrukturen**
- | **Curriculumkonzeption und -entwicklung**
- | **Schulkooperation**
- | **Theorie-Praxis-Verzahnung**
- | **Neue Lernorte und der umfassende Pflegebegriff**
- | **Prüfungen**

Das Kapitel schließt mit einer **Zusammenfassung der Empfehlungen für eine zukünftige Pflegeausbildung**.

5.1 Integration der Pflegeausbildungen

Im Rahmen des Modellvorhabens mit seinen acht Modellprojekten hat sich eine gemeinsame Ausbildung bewährt, insbesondere erwies sich die integrierte pflegerische Ausbildung für die Altenpflege und für die Gesundheits- und Krankenpflege als erfolgreich. Die hohe Relevanz berufsübergreifender und bisher berufsspezifischer Kompetenzen für eine gemeinsame Ausbildung wurde in den Modellerprobungen deutlich. Die integrierten Bestandteile nahmen zum Ende der Pflegeausbildungen in nahezu allen Modellprojekten

einen so hohen Anteil an, dass im Gesamtergebnis eine „Integration mit generalistischer Ausrichtung“ erreicht wurde. Die Zusammenführung der Pflegeausbildungen ist dementsprechend gelungen.

Die Beteiligten in den Modellprojekten bewerteten die Integration im Hinblick auf berufliche Qualifikationen und vor allem im Hinblick auf die Chancen am Arbeitsmarkt überwiegend positiv. Besonders ausgeprägt ist diese positive Bewertung bei den Schülerinnen und Schülern mit dem Berufsziel Altenpflege und bei den Praxisanleitenden in diesem Berufsfeld. Alle Beteiligten der Modellprojekte berichteten von einer Kompetenzsteigerung und einer Perspektivenerweiterung bei den Lehrenden und den Schülerinnen und Schülern. Die Zusammenarbeit von Lehrenden aus verschiedenen Pflegeberufen hat sich im Rahmen der Curriculumentwicklung wie auch bei der gemeinsamen Planung und Durchführung von Unterricht bewährt. Auch in den Kompetenzmessungen wurde deutlich, dass die fachliche Qualifikation von Schülerinnen und Schülern mit Zunahme des integrierten Anteils ihres jeweiligen Modellprojekts nicht – wie häufig befürchtet wurde – abnimmt. Im Gegenteil: Gemeinsames Lernen von Schülerinnen und Schülern aus allen Pflegeberufen führte zu einem Kompetenzgewinn, da sich die gemeinsame Auseinandersetzung als anregend und erweiternd für die Wahrnehmungen und Reflexionen erwiesen hat. Die Beschäftigung mit den verschiedenen beruflichen Feldern fördert die Identifikation mit einem neuen und gemeinsamen Pflegeverständnis. In den Befragungen äußerten sich Lehrende sowie Schülerinnen und Schüler insbesondere dahingehend, dass die integrierte Ausbildung einer Angleichung der Pflegeanforderungen in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege gerecht wird.

Die auf die spezifischen Anforderungen in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege ausgerichteten Kompetenzen und Ausbildungsinhalte erwiesen sich auch für die Aufgabenerfüllung im jeweils anderen Pflegeberuf als höchst förderlich. Im Alltag stationärer Altenpflegeeinrichtungen ergeben sich zunehmend krankenpflegerische Erfordernisse, und die Klientel der Einrichtungen der Akutversorgung ist durch einen größeren Anteil älterer, zum Teil demenziell veränderter Menschen geprägt. Diesen Veränderungen in beiden Bereichen können nur Pflegekräfte mit einer breiten Qualifikation gerecht werden. Diese ist ebenso erforderlich in den ambulanten Diensten, die ja vorwiegend ältere Menschen mit einem breiten krankenpflegerischen und psychosozialen Bedürfnisspektrum betreuen. Die Affinität der integrierten Ausbildung zum ambulanten Dienst zeigte sich im Modellvorhaben auch darin, dass für die Schülerinnen und Schüler dieser Bereich im Laufe ihrer Ausbildung zunehmend als späteres Arbeitsfeld attraktiv wurde.

Nach Ansicht der überwiegenden Mehrheit der Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer sind demzufolge die Absolventinnen und Absolventen einer neuen integrierten Pflegeausbildung umfassender und adäquater auf die gesellschaftlichen und beruflichen Veränderungen und Herausforderungen vorbereitet. Wichtig erscheint aber auch, dass die Schulen ein für alle Felder der Pflege ausreichendes Fertigkeitentraining im Rahmen des praktischen Unterrichts sowie in den vor- und nachbereitenden Veranstaltungen zu den Einsätzen in Praxisphasen und Praktika anbieten. Dies sollte Trainingseinheiten unter den Laborbedingungen eines Demonstrationsraumes genauso umfassen wie das Training in der Praxis. Pflegetechniken für die unterschiedlichen Arbeitsbereiche erfordern ein manuelles Einüben.

Die Ergebnisse des Modellvorhabens zeigen, dass sich über die Mehrzahl der Modellprojekte hinweg ein integrierter Anteil in der theoretischen Ausbildung von 90% und mehr erzielen ließ. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang, dass sich die jeweiligen differenzierten Bestandteile in der theoretischen Ausbildung zwischen den Modellprojekten zu einem großen Anteil voneinander unterscheiden. Die differenzierten Unterrichte bestanden jedoch überwiegend aus Themen, die vertiefend bearbeitet wurden. Neue Themenfelder wurden in der Differenzierung kaum behandelt. Neben inhaltlichen Vertiefungen und einer perspektivischen Betrachtung aus den einzelnen Pflegeberufen heraus bewährte sich auch, ein Thema aus den Perspektiven der jeweiligen unterschiedlichen Organisationen und Institutionen heraus zu betrachten. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich im Rahmen einer integrierten Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung die theoretischen Ausbildungsanteile der bisherigen Pflegeberufe vollständig zusammenführen lassen.

In den praktischen Ausbildungsanteilen müssen dann sowohl das breitere Spektrum der Arbeitsfelder als auch die erweiterten Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler berücksichtigt werden. Bei der Ausgestaltung der praktischen Ausbildungen im Rahmen des Modellvorhabens hat sich wiederholt gezeigt, dass eine wesentliche Herausforderung darin besteht, Auswahl und Anzahl von praktischen Lernorten mit der jeweiligen zeitlichen Länge des Einsatzes dort in eine Balance zu bringen. Für die zukünftige praktische Ausbildung innerhalb der integrierten Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung kann daher empfohlen werden, längere Praxisphasen mit kürzeren Praktika zu kombinieren. So könnten etwa dreimonatige Praxisphasen in den folgenden allgemeinen Arbeitsfeldern in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung als „Pflicht-Praxisphasen“ definiert werden:

Allgemeine Arbeitsfelder der Pflege

- | Akutstationäre Versorgung, insbesondere in der Inneren Medizin oder Chirurgie
- | Ambulante Versorgung, insbesondere in kurativen oder rehabilitativen Gebieten
- | Stationäre Altenhilfe
- | Akutstationäre Versorgung in der Wochen- und Neugeborenenpflege, Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie oder Neuropädiatrie

Diese Pflichteinsätze sollten innerhalb der ersten zwei Jahre der Ausbildung absolviert werden. Im letzten Ausbildungsjahr könnte dann ein ebenfalls ca. drei Monate langer „Vertiefungseinsatz“ in einem der vier allgemeinen Arbeitsfelder stattfinden. Ab dem zweiten Ausbildungsjahr sollten die Schülerinnen und Schüler zusätzlich vier zwei- bis dreiwöchige „Wahlpflicht-Praktika“ in den folgenden sieben speziellen Arbeitsfeldern absolvieren:

Spezielle Arbeitsfelder der Pflege

- | Gerontopsychiatrie
- | Kinder- und Jugendpsychiatrie
- | Erwachsenenpsychiatrie, -psychosomatik
- | Hospizarbeit und palliative Arbeitsfelder
- | Rehabilitationskliniken
- | Beratende und präventiv arbeitende Einrichtungen
- | Funktionsbereiche im Krankenhaus (OP, Anästhesie, Intensiv, Endoskopie)

Die fünf Pflicht-Praxisphasen und die vier Wahlpflicht-Praktika müssten über entsprechende Unterrichte und Reflexionsstunden in der theoretischen Ausbildung vor- und nachbereitet werden. In den Projekten des Modellvorhabens hat sich herauskristallisiert, dass ein Anteil von etwa 10% des theoretischen Unterrichts eigens für diese speziellen Vertiefungsanteile zur Verfügung stehen sollte.

Aufgrund der im Modellvorhaben gesammelten Erkenntnisse wird eine **Zusammenführung der bisherigen Pflegeausbildungen** mit einem einheitlichen Berufsabschluss nach drei Jahren empfohlen.

Die Ausbildung sollte – wie bisher – aus der schulischen und praktischen Ausbildung bestehen. Die **schulische Ausbildung** sollte **vollständig integriert** durchgeführt werden.

Die **praktische Ausbildung** innerhalb der neuen Pflegeausbildung könnte über **eine Kombination aus längeren Pflicht-Praxisphasen und kürzeren Wahlpflicht-Praktika** sicherstellen, dass die Schülerinnen und Schüler praktische Kompetenzen in allen wesentlichen Arbeitsbereichen der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erlangen, zusätzliche Arbeitsfelder kennenlernen und sich in der Abschlussphase der Ausbildung für einen Vertiefungsbereich entscheiden können.

Innerhalb der theoretischen Ausbildung sollten etwa **10% des Unterrichts** eigens **für die speziellen Vertiefungsanteile bei der Vor- und Nachbereitung der Praxisphasen und Praktika** zur Verfügung stehen.

Eine Ausbildung mit diesen Merkmalen lässt sich als **integrierte Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung** bezeichnen.

5.2 Ausbildungsstrukturen

Die Realisierungschancen für eine integrierte pflegerische Ausbildung sind prinzipiell unabhängig von der Art der Trägerschaft (privat, öffentlich, frei-gemeinnützig) des Bildungsträgers. Für die Durchführung entscheidend ist es jedoch, dass das Vorhaben durch Vertreterinnen und Vertreter des Trägers bzw. der Träger begleitet und unterstützt wird.

Allerdings hat sich im Modellvorhaben gezeigt, dass die Realisierungschancen abhängig von der Kompatibilität der kooperierenden Schulen sind: Schulen mit weitgehend gleichartigen Organisations- und Ausbildungsstrukturen fällt die Realisierung einer integrierten schulischen Ausbildung offensichtlich leichter als Schulen mit unterschiedlichen Strukturen bzw. Konzepten.

Die Zusammenführung der Pflegeausbildungen konnte innerhalb des vorgegebenen Zeitraums von drei Jahren an allen acht Standorten im Wesentlichen ohne Abstriche an der Ausbildungsqualität bzw. Vollständigkeit der Inhalte durchgeführt werden. Allerdings ist zu beachten, dass an einigen Standorten die vorgegebene Mindeststundenzahl von 2.100 für den theoretischen Unterricht in einer Größenordnung von etwa 10% überschritten wurde. Ein Mindestumfang von 2.500 Stunden bei Praxiseinsätzen kann auch vor dem Hintergrund der Integrationserprobung als angemessen gelten und wurde im Modellvorhaben entsprechend umgesetzt, wobei auch hier in einigen Fällen die Vorgabe überschritten wurde. Insgesamt wird das derzeitige Verhältnis des Zeitumfangs von theoretischer und praktischer Ausbildung von den Modellverantwortlichen weitgehend als ausgewogen bewertet. Aus den entsprechenden Antworten der befragten Schülerinnen und Schüler wird deutlich, dass sie überwiegend den gesamten Zeitumfang sowie den jeweiligen der praktischen und theoretischen Ausbildung als angemessen empfanden.

Demnach ist bei einer Zusammenführung der Pflegeausbildungen zu berücksichtigen, dass den durchführenden Schulen bei Beachtung der Mindestanforderungen ein Spielraum bei den zu realisierenden Stundenzahlen bleibt, um beispielsweise Spezifika des jeweiligen Curriculums berücksichtigen oder um auf individuelle, standortspezifische Ressourcen, z. B. in Form von speziellen Praxiseinsatzorten, zurückgreifen zu können. Dies ist im festgelegten Zeitraum von drei Jahren allerdings nur in engen Grenzen möglich.

In drei Modellprojekten wurde die integrierte Pflegeausbildung mit einem festgelegten Berufsabschluss in Altenpflege oder in Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege durch das Angebot einer weiteren sechsmonatigen Ausbildung zum Erwerb eines zweiten Berufsabschlusses ergänzt. Es hat sich gezeigt, dass die Attraktivität des Angebots für die Absolventinnen und Absolventen in hohem Maße abhängig ist von deren erstem Abschluss: Diejenigen mit einem Erstabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege nahmen das Angebot eines Aufbaumoduls Altenpflege weitaus seltener an als ihre Kolleginnen und Kollegen mit Altenpflegeabschluss das Aufbaumodul Gesundheits- und Krankenpflege. Für die Schulen bedeutet dies u. a., dass eine Doppelqualifizierung über Aufbaumodule mit zahlreichen Unsicherheiten und Problemen bei der Planung, Organisation und Durchführung verbunden ist. Dieser Weg stellt somit zukünftig keine sinnvolle Alternative gegenüber einer integrierten Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung dar.

Wenn Ausbildungen, die integriert werden, unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen unterliegen, sind die davon betroffenen Organisationsstrukturen teilweise inkompatibel, sodass vielfältige Friktionen zu erwarten sind. Entsprechend erschweren die unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten der Ausbildung in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege die Integration im Modellvorhaben in verschiedener Hinsicht. Dies legt es nahe, mit tief greifenden Strukturänderungen der Ausbildungsverhältnisse eine Reform der Ausbildungsfinanzierung zu verbinden.

Die zukünftige **Integration** der Pflegeausbildungen kann von Schulen **unabhängig von der Art ihrer Trägerschaft** (privat, öffentlich, frei-gemeinnützig) durchgeführt werden.

Die **Kompatibilität von Strukturen und Leitbildern bzw. Wertvorstellungen** der beteiligten Schulen ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Konsensfindung.

Eine Reform der Pflegeausbildung erfordert **Änderungen der Finanzierungsmodalitäten**.

5.3 Curriculumkonzeption und -entwicklung

Die systematische Entwicklung und Konstruktion von Curricula auf Schulebene beziehungsweise die Umsetzung von landesrechtlichen Vorgaben wie Richtlinien oder Rahmenlehrplänen stellt für Lehrende an Regelschulen immer eine Herausforderung dar, ist aber für eine verantwortungsvolle Ausbildungsorganisation und -umsetzung unverzichtbar. Für die Verantwortlichen in den Modellprojekten erwies sich die Konstruktion handlungs- und kompetenzorientierter Curricula im Rahmen eines Integrationsprozesses der Pflegeausbildungen als darüber hinaus besonders anspruchsvoll. Die Curricula mussten die theoretische

und die praktische Ausbildung verbindlich und in Bezug aufeinander erfassen, um dem Prinzip der geforderten Handlungs- und Kompetenzorientierung zu entsprechen. Die Curriculumkonzeption, -entwicklung und -implementation in den Schulen fand zudem unter den jeweiligen organisatorischen Rahmenbedingungen statt. Von den verantwortlichen Personen werden diese von ihnen entwickelten Curricula als das bedeutendste und zugleich innovativste Element innerhalb des Modellprojekts wahrgenommen. Die Lehrenden bewerteten die entstandenen Curricula überwiegend positiv, und – was in Bezug auf die Integration von großer Bedeutung ist – es gab kaum Äußerungen, dass wichtige Inhalte unberücksichtigt blieben. Während der Curriculumentwicklung und -implementation erprobten die Projektleitungen und Lehrenden unterschiedliche Strategien, die sich weit überwiegend als erfolgreich erwiesen haben. Allerdings lässt sich aus den Befragungsergebnissen ableiten, dass die Belange der Pflege älterer Menschen in den Curricula in unterschiedlichem Ausmaß berücksichtigt wurden. Demnach ist die Beachtung der Altenpflegeperspektive für jede Konstruktion integrierter Curricula eine besondere Verpflichtung.

Als wesentlicher Erfolgsfaktor hat sich herausgestellt, die unmittelbar am Ausbildungsprozess beteiligten Personengruppen aktiv in den Entwicklungsprozess der Curricula einzubeziehen. Dies sollte so frühzeitig wie möglich geschehen. Lehrende, Praxisanleitende sowie Schülerinnen und Schüler trugen dazu bei, fundierte und praxisnahe Curricula zu schaffen. Die Verantwortlichen bündelten ihre Arbeit in Gremien und Arbeitsgruppen, in denen je eigene Schwerpunkte bearbeitet wurden. Als förderlich zeigten sich dabei Gremien, deren Größe eine gute Steuerbarkeit aufwies.

Weiterhin hat sich der interne Curriculumprozess als erfolgreich herausgestellt. Dieser gelang, sofern ein gemeinsames pädagogisches Verständnis entwickelt und Anpassungen an organisatorische Gegebenheiten vor Ort angegangen werden konnten. Um die Implementation eines Curriculums zu fördern, waren zudem der Informationstransfer an sämtliche Lehrenden und Praxisanleitenden sicherzustellen sowie verbindliche Aufgabenverteilungen und klare Verantwortlichkeiten zu schaffen. Der interne Curriculumprozess erwies sich als wichtiges Steuerungselement während der Implementation des Curriculums. Der Transfer in Unterricht und in die Praxis gelang umso besser, je klarer die Prinzipien und Methoden durch den internen Curriculumprozess entwickelt und festgelegt wurden.

In der Phase der Implementation haben sich systematische Begleitangebote für die Lehrenden bewährt. Dabei setzten sich Ansätze durch, die darauf abhoben, auf der Grundlage konkreter Unterrichtsentwürfe in Gemeinschaft zu arbeiten. Weiterhin erwiesen sich spezifische Matrizen oder Checklisten für die Lehrenden als effektive Hilfsmittel, das entwickelte Curriculum in Unterricht zu überführen. Diese Handreichungen unterstützten den Prozess, ein gemeinsames pädagogisches Grundkonzept zu entwickeln. Aus den in den Modellprojekten gesammelten Erfahrungen lässt sich ableiten, dass eine gezielte berufspädagogische Beratung bzw. Qualifikation insbesondere in der Anfangsphase von Reformprozessen für Lehrende und Praxisanleitende von großer Bedeutung ist.

Externe Beratungen zum Curriculum, die an den modellspezifischen Gegebenheiten orientiert waren, haben sich als wirksame Unterstützung des Konstruktionsprozesses erwiesen. Diese können den internen Curriculumprozess aber nicht ersetzen, weil dieser die Partizipa-

tion und das Engagement der Beteiligten in besonderer Weise fördert und damit zugleich die Umsetzung eines Curriculums in den Schul- und Praxisalltag sicherstellt. Erwartungen, dass der systematische curriculare Prozess eher über externe Stellen oder über normative Vorgaben angestoßen und umgesetzt wird, sind unrealistisch. In den Modellerprobungen zeigte sich, dass die Curriculumentwicklung ein kontinuierlicher Prozess ist, der auch nach Modellende nicht als abgeschlossen gelten kann.

Es ist darüber hinaus deutlich geworden, dass ein gemeinsam konzipiertes Curriculum für Theorie **und** Praxis die beste Chance bietet, den Transfer aus der Theorie in die Praxis, aber ebenso den Transfer aus der Praxis in die Theorie zu sichern. Ein solches Curriculum ist sowohl für die theoretische als auch die praktische Ausbildung verbindlich und legt in einem Begründungsrahmen für beide Lernorte die didaktischen Prinzipien fest. Darauf aufbauend ergeben sich Ziele und Inhalte sowie Methoden für die theoretische Ausbildung, die vorzugsweise situationsorientiert zu strukturieren sind. Genauso ergeben sich Ziele und Lerninhalte für die Praxis, die instrumentenunterstützt in den Praxiseinsätzen verfolgt werden sollen. Als erfolgreich im Rahmen der integrierten theoretischen Ausbildung haben sich handlungsorientierte Lehrmethoden, welche die Selbstorganisation und Selbstlernkompetenz der Schülerinnen und Schüler fördern, sowie Methoden des Transferlernens gezeigt. In der Kombination mit Reflexionseinheiten und Lernstandsrückmeldungen für die Schülerinnen und Schüler sowie mit Konzepten der individuellen Lernbegleitung konnten diese innovativen Methoden noch mehr Wirkung entfalten.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Kompetenzmessung sollte überdacht werden, die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von Pflegeempfängerinnen und -empfängern curricular stärker einzubinden und damit den Lernenden von Beginn an den Stellenwert dieser Orientierung bewusst zu machen. Auch sollte die differenzierte Betrachtung und Reflexion pflegerischer Probleme sowie ihre Bearbeitung mittels wissenschaftlich begründeten Wissens ebenso wie durch Erfahrungswissen während des gesamten Ausbildungsverlaufs ermöglicht werden.

Auch scheint es nach den Kompetenzmessungen überlegenswert, individuelle Lernangebote vorzuhalten. So sind beispielsweise für die Gruppe der jungen Schülerinnen und Schüler Lernangebote und Reflexionen zu empfehlen, die sich mit der Identifizierung von Regel- und Erfahrungswissen sowie dem differenzierten Betrachten pflegerischer Probleme und deren Lösungen unter Anpassung an den organisationalen Kontext beschäftigen. Für die Gruppe der älteren Schülerinnen und Schüler bieten sich insbesondere die schon erwähnten Lernangebote an, welche die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von Pflegeempfängerinnen und -empfängern fördern. Solche am Alter der Schülerinnen und Schüler ausgerichteten Lernangebote sollten curricular eingebunden und weitere Ansätze des individuellen Lernens sollten systematisch erprobt werden.

Die Organisationsstruktur der theoretischen und praktischen Ausbildung wurde in den Curricula der Modellprojekte weitgehend neu festgelegt und auf dieser Grundlage erprobt. In den Berufsfeldanalysen zeigte sich die hohe Relevanz berufsfeldbreiter Kompetenzen für den gemeinsamen Anteil der theoretischen Ausbildung. Die Konsequenzen und Vorschläge, die sich daraus für eine zukünftige Pflegeausbildung ergeben, wurden bereits in Kapitel 5.1 ausgeführt.

Die Begleitforschung empfiehlt die **frühzeitige Partizipation der** unmittelbar am Ausbildungsprozess **beteiligten Personengruppen** an der Entwicklung und Implementation innovativer Curricula sowie einen **geregelten internen Curriculumprozess**.

Ferner wird empfohlen, pädagogische **Begleit- und Beratungsangebote für die Lehrenden und Praxisanleitenden** zumindest in der Anfangsphase von Reformprozessen, wie die Einführung integrierter Curricula im Rahmen einer Pflegeausbildungsreform sie darstellen würden, zu gewährleisten.

Das **Curriculum** sollte ausdrücklich **für die theoretische und die praktische Ausbildung** entwickelt werden.

Die **Wahrung der Würde**, und insbesondere die Beachtung der **Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegeempfängerinnen und -empfänger**, sollte einen zentralen Stellenwert in jedem Curriculum erhalten. Auch ist für die **Teilhabe von Menschen mit Einschränkungen**, insbesondere bei demenziellen Veränderungen, zu sensibilisieren.

Ferner sollten **Angebote für individuelles Lernen** vorgehalten werden, um etwa Schülerinnen und Schülern unterschiedlichen Alters gerecht werden zu können.

5.4 Schulkooperation

Im Modellvorhaben haben sich unterschiedliche Konstellationen der Kooperation zwischen Altenpflegeschulen einerseits, Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschulen andererseits ergeben. So entwickelten drei Schulen an drei räumlich entfernten Standorten gemeinsam ein Curriculum, das sie an ihrem jeweiligen Standort umsetzten. Andernorts kooperierten zwei Schulen eines Bildungsträgers beispielsweise unter einem Dach. In einem Modellprojekt wurde eine integrierte Ausbildung von einem privaten Bildungsträger durchgeführt, der Altenpflegeschule und Krankenpflegeschule in sich vereinte.

Es hat sich gezeigt, dass die Kooperation, die im Modellvorhaben von allen Beteiligten überwiegend positiv beurteilt wurde, zwar zeit- und arbeitsaufwendig ist, aber zu tief greifenden Lernprozessen bzw. zur Perspektivenerweiterung der Beteiligten führt. Durch die Zusammenarbeit der das Projekt gestaltenden und vorantreibenden Lehrenden vollzieht sich in deren Bewusstsein eine Verschmelzung der Pflegeberufe, die dann in curriculare Strukturen überführt und in Unterricht umgesetzt wird. Dabei ist die kooperative Curriculumkonstruktion bzw. der interne Curriculumprozess eine sehr günstige Voraussetzung für die Umsetzung sowohl durch die typischerweise gegebene Personalunion von Curriculumkonstruktoren und Lehrenden als auch durch die entsprechenden Gremienstrukturen.

Wird – wie in einem Projekt geschehen – ein Curriculum extern erstellt und kooperativ umgesetzt, ist darauf zu achten, dass Kooperationsbeziehungen etabliert bzw. Gremien gebildet werden, die den Prozess des Zueinanderfindens unterstützen. Sonst kann die Situation entstehen, dass die Lehrenden jeweils an ihrem traditionellen Pflegebereich orientiert unterrichten und damit die gewünschte Verzahnung von Lerneinheiten bzw. -inhalten misslingt.

Aus den Modellerfahrungen lassen sich kaum strukturelle Faktoren identifizieren, die einer Kooperation entgegenstehen. Allerdings wird ein gutes Projektmanagement, bei dem eine Person oder ein eingespieltes Kernteam die Koordinationsfunktionen übernimmt, für ein Gelingen vorausgesetzt. Ein internes Qualitätsmanagement kann hier hilfreich sein. Schulen, die über ein Qualitätsmanagement verfügen, hatten damit bei der Projektsteuerung offensichtlich Vorteile.

Auch stellt die geringe räumliche Distanz der kooperierenden Schulen eine günstige Voraussetzung dar, zum einen im Hinblick darauf, dass man in kritischen Situationen bzw. Phasen schnell Absprachen treffen und entsprechend reagieren kann, zum anderen, weil sich bestimmte Unterrichtsformen wie beispielsweise „Tandemunterricht“ von Lehrenden der beiden jeweils kooperierenden Schulen unter dieser Bedingung wesentlich leichter realisieren lassen als bei großen Entfernungen. Es hat sich aber gezeigt, dass selbst eine größere räumliche Entfernung zwischen zwei kooperierenden Schulstandorten kein grundsätzliches Hindernis für die Zusammenarbeit bei der Integration der Pflegeausbildungen darstellt.

Kooperationen von Altenpflegeschulen, Krankenpflegeschulen und Kinderkrankenpflegeschulen mit dem Ziel der Integration werden von Akteuren mit unterschiedlicher beruflicher Sozialisation und entsprechenden Einstellungen geleistet. Aus den abschließenden Bewertungen der Kooperation durch die Modellverantwortlichen wird deutlich, dass die Zusammenarbeit durch gemeinsame Wertvorstellungen sehr erleichtert wird. Eine Werte- und/oder Interessengemeinschaft ebenso wie eine positive Haltung gegenüber der Integration sollte auch auf Träger- bzw. Leitungsebene bestehen und gefördert werden. Diese sind nicht zuletzt eine motivationale Voraussetzung dafür, dass von der Führungsebene die erforderlichen Ressourcen bereitgestellt bzw. bei Friktionen die notwendigen Freiräume zur Problemlösung gewährt werden.

In den Projekten zeigte sich, dass der Erfolg der Kooperation weniger von den vorgenannten Strukturbedingungen als von den mentalen Dispositionen abhängt. Als unabdingbar hat sich erwiesen, dass die Projektleitung und das Kernteam der Lehrenden, das die integrierte Ausbildung konzipiert, die Kooperationspartner als gleichwertig ansehen und sie gleichberechtigt miteinander umgehen. Weiterhin sollten sie bereit sein, vom Partner mit der jeweils anderen Berufsausbildung zu lernen. Die bei der Curriculumkonstruktion bzw. dem internen Curriculumprozess kooperierenden Lehrenden aller beteiligten Schulen, die im Kernteam zusammenarbeiten, sollten über eine ausreichende pflegepädagogische Qualifikation verfügen. Die charakterisierte Haltung des Umgangs auf gegenseitiger Augenhöhe sollte sich auf die nicht zum Kernteam gehörenden Kolleginnen und Kollegen und auf die Schülerinnen und Schüler übertragen.

In dem Maße, wie in den Modellprojekten die Pflegeausbildungen integriert wurden, lösten sich auch die Differenzen zwischen Altenpflegeschulen und (Kinder-)Krankenpflegeschulen bzw. zwischen den Mentalitäten ihrer jeweiligen Lehrenden auf. Mit der anzustrebenden integrierten Ausbildung mit generalistischer Ausrichtung sollte es dann konsequenterweise nur noch allgemeine Pflegeschulen bzw. Pflegebildungszentren geben.

Im Vorfeld und im Zuge einer Reform der Pflegeausbildung mit dem Ziel einer Integration mit generalistischer Ausrichtung müssten **Kooperationen** zwischen bisherigen Altenpflegeschulen und (Kinder-)Krankenpflegeschulen **angebahnt und umgesetzt** werden.

Für den Integrationsprozess ist neben der räumlichen Nähe bzw. günstigen Verkehrsbedingungen zwischen verschiedenen Schulstandorten die **Kompatibilität der Leitbilder bzw. der Wertvorstellungen** der Einrichtungen und Beteiligten förderlich.

Die erfolgreiche Vorbereitung und Umsetzung einer Pflegeausbildungsreform in den Schulen wird durch ein entsprechendes **Projektmanagement** und transparente wie verbindliche **Gremienarbeit** gesichert.

Der Reformprozess wird **Entwicklungen** von der Altenpflegeschule bzw. (Kinder-)Krankenpflegeschule **hin zur allgemeinen Pflegeschule bzw. zu Pflegebildungszentren** erfordern. Das Zusammenwachsen der Einrichtungen und der beteiligten Leitenden, Lehrenden und Praxisanleitenden sollte durch frühzeitige Partizipation und intensive Kooperation unterstützt werden.

5.5 Theorie-Praxis-Verzahnung

Um den Theorie-Praxis-Transfer im Rahmen einer integrierten Ausbildung abzusichern, ist die praktische Ausbildung auf der curricularen Ebene konsequent mit der theoretischen Ausbildung zu verknüpfen. Dies erfordert auch die Einbindung der Praxisanleitenden in curriculare Prozesse mit der Konsequenz, dass sie in den entsprechenden Gremien bzw. Arbeitsgruppen mit angemessenem Zeitbudget mitarbeiten können. Neben der Einbindung in die curriculare Arbeit müssen die Kooperationserfordernisse und -strukturen für Praxisanleitung und Praxisbegleitung definiert werden. Der zurzeit oftmals unzulängliche Freistellungsumfang für die Praxisanleitung ist zu vergrößern. Hierzu sollten beispielsweise die Anzahl der Schülerinnen und Schüler pro Praxisanleitende/n oder deren zur Verfügung stehende Stundenkontingente verbindlich festgelegt werden. Abgesehen von der Klärung der hierfür erforderlichen Finanzierungsmodalitäten muss die Ausbildung an den Praxisorten in einem viel höheren Grad als gegenwärtig zu einer Angelegenheit der Leitungsebene werden. Eine Aufwertung der praktischen Ausbildung insgesamt und insbesondere der Praxisanleitung, deren Relevanz für den Ausbildungserfolg häufig unterschätzt wird, muss mit diesen Prozessen einhergehen.

In den Modellprojekten haben sich sehr unterschiedliche Instrumente und Strategien für den Theorie-Praxis-Transfer bewährt. Teilweise waren solche Instrumente speziell auf das jeweilige Ausbildungskonzept zugeschnitten, wie beispielsweise das modifizierte Kompetenzrad nach North, überwiegend aber sind die entwickelten Instrumente und Strategien, etwa diverse Formen der Lern- und Praxisaufgaben oder das Konzept Schülerinnen und Schüler leiten ihre Mitschülerinnen und Mitschüler an, generell anwendbar. Hier eröffnet sich ein Feld für weitere kreative Entwicklungen, wobei abgesehen von der erforderlichen Effektivität und Effizienz darauf zu achten ist, dass die Instrumente und Strategien praxisadäquat sind. Deswegen sollte deren Konzeption in enger Kooperation mit den Praxisanleitenden erfolgen.

Wie sich im Modellvorhaben zeigte, stellt die Zusammenführung der Ausbildungen hohe Anforderungen an die Qualifikation der Praxisanleitenden. Die derzeit mit 200 Stunden Weiterbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zu erreichende Qualifikation ist für die Anleitung integriert ausgebildeter Schülerinnen und Schüler erforderlich. Die Qualifikation muss allerdings ergänzt werden durch eine pädagogische Beratung, die von den Lehrkräften geleistet wird und institutionell in Arbeitskreisen o. Ä. verankert ist.

Um den Theorie-Praxis-Transfer im Rahmen einer integrierten Ausbildung mit generalistischer Ausrichtung abzusichern, müssen die Qualifikationsanforderungen generell für die Praxisanleitung gelten.

Eine integrierte Ausbildung ist nur möglich, wenn die Schülerinnen und Schüler vielfältige Praxisorte kennenlernen. Allerdings hat sich gezeigt, dass mit wachsender Zahl der Praxisorte die Theorie-Praxis-Verzahnung schwieriger wird.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Kernempfehlungen für die Theorie-Praxis-Verzahnung einer zukünftigen integrierten Pflegeausbildung sind der **Einbezug der für die praktische Ausbildung Zuständigen in die Curriculumentwicklung und -umsetzung** und die **Aufwertung der praktischen Ausbildung wie auch der Praxisanleitung** sowie die Verbesserung ihrer Rahmenbedingungen.

Bei einer hinreichenden Vielfalt an Praxislernorten gemäß der Vorschläge zur Ausgestaltung der praktischen Ausbildung mittels Praxisphasen und Praktika ist darauf zu achten, dass eine **effektive und effiziente Kooperation zwischen Schulen und Praxiseinrichtungen** gewährleistet ist.

5.6 Neue Lernorte und der umfassende Pflegebegriff

Um den bevorstehenden Herausforderungen zu begegnen, die aufgrund der gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen auf die Pflege zukommen, wurden in den neuen Berufsgesetzen pflegerische Handlungsfelder aufgenommen, die über die bisherigen überwiegend sozialpflegerischen und kurativen Bereiche hinausgehen. Damit wurde ein neuer, umfassender Pflegebegriff eingeführt. Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliation haben somit heute schon einen neuen Stellenwert in der Pflege. Gerade im Hinblick auf die Betreuung und Pflege älterer Menschen ist diese Erweiterung von großer Bedeutung. Um eine entsprechend breit gefächerte Handlungskompetenz zu erwerben, setzten sich die Schülerinnen und Schüler im Unterricht aller Modellprojekte mit diesen neuen Praxisfeldern auseinander und lernten im Rahmen der praktischen Ausbildung eine Vielzahl an unterschiedlichen Pflegesettings kennen.

Neben der curricularen Einbindung dieser neuen Bereiche hat es sich bewährt, Expertinnen und Experten, die in diesen Feldern arbeiten, in den Unterricht einzubeziehen und den Schülerinnen und Schülern vielseitige Praxiserfahrungen anzubieten. Hierbei haben sich unterschiedliche Praxisorte ebenso bewährt wie entsprechend gestaltete Praxis- oder Lernaufgaben.

Die Einführung der Gesundheitsförderung und Prävention als eigene pflegerische Strategie innerhalb der praktischen Ausbildung erwies sich als eine besondere Herausforderung. Neue Lernorte mit gesundheitsfördernden oder präventiven Arbeitsfeldern mussten ebenso identifiziert werden wie entsprechende Anteile in den klassischen Pflegebereichen. Innerhalb des Modellvorhabens zeigte sich, dass insbesondere in der gesundheitsfördernden und präventiven Pflege noch Vorbilder in der Praxis fehlen und Schülerinnen und Schüler nur wenige Gelegenheiten erhalten, sich fundiert mit diesem Bereich auseinanderzusetzen.

Zugleich erfuhren die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention, der Rehabilitation und der Palliation eine hohe Akzeptanz bei den Beteiligten in den Modellprojekten. Die Lehrenden und Praxisanleitenden berichteten von dem großen Interesse der Schülerinnen und Schüler für diese Themen, sofern diese genügend Lerngelegenheiten angeboten bekamen.

Die Begleitforschung empfiehlt, bei einer zukünftigen integrierten Pflegeausbildung den umfassenden Pflegebegriff und **neue pflegerische Handlungsfelder** insbesondere bei der Ausgestaltung der praktischen Ausbildung als wesentliche Herausforderung zu begreifen. Den Schülerinnen und Schülern sollen **vielseitige Praxiserfahrungen** in diesen Feldern und entsprechende **Reflexionen in der Theorie** ermöglicht werden. Um dies zu erreichen, sind **neuartige Praxisorte zu akquirieren**, Expertinnen und Experten aus diesen Arbeitsfeldern in die theoretische und praktische Ausbildung einzubinden und Lern- oder Praxisaufgaben mit gesundheitsfördernder oder präventiver Ausrichtung zu entwickeln.

Zudem wird empfohlen, sich angesichts der demografischen Entwicklungen zukünftig stärker mit **pflegerischer Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen** auseinanderzusetzen.

5.7 Prüfungen

Die Abschlussprüfungen einer integrierten Pflegeausbildung müssen handlungs- und kompetenzorientierte Prüfungsmethoden, den umfassenden Pflegebegriff sowie die Anforderungen und Perspektiven aller Arbeitsfelder der Pflege beachten. Die Schulen der Modellprojekte haben in diesem Sinne bereits neue Prüfungsverfahren entwickelt und erprobt. Dabei sind innovative Prüfungsmethoden entstanden, die sich im Modellvorhaben bewährt haben.

Als wesentliche Stellgrößen erwiesen sich das Festlegen des Prüfungsniveaus für die unterschiedlichen Prüfungsanteile sowie die Entwicklung von angemessenen Bewertungskriterien. Zudem war es von Vorteil, wenn aus einem Methodenrepertoire heraus das jeweilige Prüfungsverfahren konzipiert wurde. So wurde eine Reihe von neuen Verfahren entwickelt, die das Prüfungsverfahren handlungsrelevant gestalten. Hier hat sich unter anderem die Verknüpfung von schriftlichen und mündlichen Prüfungsanteilen bewährt. Prüfungsverfahren wie die Haus- oder Projektarbeit, verbunden mit Kolloquien, wurden von den Schülerinnen und Schülern als anspruchsvoll und positiv bewertet, nicht zuletzt weil sie mit einem hohen Maß an Selbstverantwortung verbunden sind.

Explizite Aussagen zu unterschiedlichen Schwerpunkten des umfassenden Pflegebegriffs wurden in den Prüfungskonzepten noch selten angetroffen. Eine Verknüpfung von praktischen und mündlichen Prüfungsanteilen sowie kompetenzorientierten modularisierten Prüfungen konnte im Rahmen des Modellvorhabens nicht erprobt werden. Diese werden von Lehrenden und aus Sicht der Begleitforschung aber als gute Ergänzung angenommen.

Im Rahmen einer integrierten Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung sollten **adäquate Prüfungsformen und -methoden** eingeführt werden. Diese müssen **als Bestandteil des handlungs- und kompetenzorientierten Ausbildungsprozesses** verstanden werden, den **umfassenden Pflegebegriff** angemessen berücksichtigen und **alle relevanten Arbeitsfelder der Pflege** einbeziehen.

Die Schulen sollten im Zuge einer Pflegeausbildungsreform die Möglichkeit erhalten, neue und **adäquate Formen mündlicher, schriftlicher und praktischer Prüfungen** zu entwickeln und anzuwenden.

Die **praktische Prüfung** sollte **in einem der vier allgemeinen Arbeitsfelder** der Pflege erfolgen, und zwar jeweils in demjenigen, in dem die Schülerin oder der Schüler die Vertiefungs-Praxisphase im dritten Ausbildungsjahr absolviert hat.

5.8 Zusammenfassende Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung für eine zukünftige Pflegeausbildung

Angesichts des demografischen Wandels und der damit in Zusammenhang stehenden gesellschaftlichen Umwälzungen steigt der Druck auf die Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssysteme, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherzustellen. Die zukünftige Pflegeausbildung muss auf die sich verändernden Bedarfslagen und Anforderungen älterer sowie hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und ihrer sozialen Netze ausgerichtet sein. Zugleich muss sie ein attraktives Qualifikationsangebot für junge Menschen darstellen, das sich in der Konkurrenz mit anderen Berufsausbildungen messen und auch durchsetzen kann.

Die Pflegefachkräfte der Zukunft müssen flexibler und schneller auf die sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem reagieren können und befähigt werden, grundsätzlich in allen pflegerelevanten Arbeitsfeldern tätig werden zu können, d. h. die Pflegeausbildung muss zukünftig die Absolventinnen und Absolventen berufsfeldbreit auf den Arbeitsmarkt vorbereiten. Dies setzt einen Bewusstseinswandel bei den Verantwortlichen in den Ausbildungsstätten, in Einrichtungen des Gesundheitswesens und in der Politik voraus, der anerkennt, dass Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege noch besser ineinandergreifen müssen, als dies bereits heute der Fall ist. Das impliziert zugleich, dass angesichts des rasanten Wandels in der Gesellschaft Ansätze des lebenslangen Lernens auch in der Pflege zu einer Selbstverständlichkeit werden.

Vor diesem Hintergrund und auf der Basis der dargestellten Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ werden von der Begleitforschung folgende Empfehlungen ausgesprochen.

Im Modellvorhaben hat sich gezeigt, dass mit einer integrierten Pflegeausbildung eine berufsfeldbreite Qualifizierung sichergestellt und gleichwohl eine berufsfachliche Vertiefung ermöglicht wird. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wird dem Gesetzgeber empfohlen, 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.

Zur Sicherstellung der berufsfeldbreiten Qualifizierung bei fachlicher Vertiefung hat die wissenschaftliche Begleitung einen konkreten Vorschlag der Kombination von Pflicht-Praxisphasen und Wahlpflicht-Praktika für die praktische Ausbildung entwickelt. Die Schülerinnen und Schüler sollten demzufolge zukünftig im Rahmen einer integrierten Pflegeausbildung fünf etwa dreimonatige Pflicht-Praxisphasen aus vier allgemeinen Arbeitsbereichen der Pflege absolvieren, wobei der letzte Einsatz als Vertiefungsphase im dritten Ausbildungsjahr gewählt werden sollte. Daneben sollten vier zwei- bis dreiwöchige Praktika aus sieben speziellen Arbeitsbereichen der Pflege gewählt und absolviert werden (Wahlpflicht-Praktika). Es empfiehlt sich, dass die abschließende praktische Prüfung dann in dem Arbeitsfeld erfolgt, in dem die Schülerin oder der Schüler die Vertiefungsphase absolviert hat.

Insgesamt sollte der Stellenwert der praktischen Ausbildung im Rahmen einer Reform der Pflegeausbildung in mehrfacher Hinsicht erhöht werden. Durch die Festlegung von Mindeststandards sollten die qualifikatorischen Voraussetzungen der Praxisanleitenden, wie sie jetzt schon in der Gesundheits- und Krankenpflege gegeben sind, generell gelten. Die Relation von für die Aufgaben zuständigen und dafür von anderen Aufgaben freizustellenden Praxisanleitenden zu Schülerinnen und Schülern sowie die notwendigen Begleitangebote durch die Schulen sollten ebenfalls verbindlich geregelt werden.

Es liegen nun auch profunde Erfahrungen und Instrumente zur Entwicklung, Umsetzung und Bewertung generalistisch ausgerichteter Curricula für die Theorie **und** Praxis vor, die zeigen, dass eine berufsfeldbreite Planung und Durchführung der Pflegeausbildung möglich ist. Die theoretische Ausbildung sollte auf der Grundlage eines einheitlichen Curriculums erfolgen. Etwa ein Zehntel des theoretischen Unterrichts sollte für die Vor- und Nachbereitung sowie die Reflexion der spezifischen Praxiseinsätze bzw. der Vertiefungen eingesetzt werden. Sowohl die Ziele, Inhalte und Methoden der theoretischen als auch die Ziele und Instrumente der praktischen Anteile einer neuen Pflegeausbildung können über alle Arbeitsfelder hinweg grundsätzlich gemeinsam formuliert und eingesetzt werden. Die Beachtung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegeempfängerinnen und -empfänger sollte einen zentralen Stellenwert in jedem Curriculum erhalten. Ferner sollten Angebote für individuelles Lernen vorgehalten werden, um etwa Schülerinnen und Schülern unterschiedlichen Alters gerecht werden zu können.

Die wissenschaftliche Begleitung empfiehlt, bei einer zukünftigen integrierten Pflegeausbildung den umfassenden Pflegebegriff und neue pflegerische Handlungsfelder insbesondere bei der Ausgestaltung der praktischen Ausbildung stärker zu berücksichtigen. Die Schülerinnen und Schüler benötigen vielseitige Praxiserfahrungen und Möglichkeiten der Reflexion in der Praxis. Dies bedeutet, neben der Gewinnung neuer Praxisorte mit gesundheitsfördernden und präventiven Arbeitsschwerpunkten und der Einbindung von Expertinnen und Experten aus den adäquaten Feldern in die theoretische und praktische Ausbildung auch entsprechende Lern- oder Praxisaufgaben zu entwickeln.

Der Reformprozess wird Entwicklungen von der Altenpflegeschule bzw. (Kinder-)Krankenpflegeschule hin zur allgemeinen Pflegeschule bzw. zu Pflegebildungszentren beinhalten. Das Zusammenwachsen der Einrichtungen und der beteiligten Leitenden, Lehrenden und Praxisanleitenden sollte durch frühzeitige Partizipation und intensive Kooperation

bestimmt sein, die zu einer Perspektivenerweiterung aller Beteiligten führt. Die erfolgreiche Vorbereitung und Umsetzung einer Pflegeausbildungsreform in den Schulen sollte durch ein entsprechendes Projektmanagement und transparente wie verbindliche Gremienarbeit gesichert werden.

Die wissenschaftliche Begleitung ist auch der Frage nachgegangen, ob die Arbeit an integrativen Ansätzen und Entwicklungen auch heute schon unter den bestehenden Bundesgesetzen der Pflegeberufe den Regelschulen empfohlen werden kann. Zu bedenken ist, dass die Erprobung der neuen Wege in den Modellprojekten nur unter Anwendung der Modellklauseln möglich war. Angesichts der engen Grenzen, welche die Berufsgesetze aus nachvollziehbaren Gründen abstecken, dürften integrative Entwicklungen in und zwischen den Regelausbildungen nur in sehr begrenztem Umfang möglich sein. Viele Erkenntnisse und Innovationen aus dem Modellvorhaben aber können für die Erarbeitung von Curricula oder für die Verbindung von Theorie und Praxis sowie für die praktische Ausbildung auch heute bereits interessant, hilfreich und empfehlenswert sein. Auch kann im Einzelfall eine Kooperation zwischen einer Altenpflegeschule und einer Krankenpflegeschule angebahnt werden. Eine Zusammenführung der Pflegeausbildungen bedarf jedoch weitreichender gesetzlicher Regelungen.

Die Begleitforschung empfiehlt dem Gesetzgeber, angesichts des Handlungsdrucks aufgrund der demografischen und arbeitsmarktbezogenen Entwicklungen möglichst zeitnah mit den Vorbereitungen für eine Reform der Pflegeausbildung zu beginnen. Das Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ hat gezeigt, dass es hinsichtlich der berufsfachlichen und -pädagogischen Fragen in den Feldern der Curriculumentwicklung, der Kooperationen, der Theorie-Praxis-Verzahnung und der Prüfungsmodalitäten keine Hindernisse für eine Zusammenführung der Pflegeausbildungen gibt. Im Gegenteil, die Ergebnisse belegen nachdrücklich, dass die Integration gewünscht wird und erfolgreich realisierbar ist. Nicht zuletzt muss eine der Gesetzesreform vorausgehende und diese begleitende Auseinandersetzung mit den gegebenen Finanzierungsstrukturen erfolgen.

VI.

Empfehlungen des Beirats

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Infolge struktureller Veränderungen in den sozialen, pflegerischen und medizinischen Versorgungssystemen und bedingt durch die Folgen des demografischen Wandels haben sich in den letzten Jahren die Qualifikationsanforderungen an die Pflegeberufe deutlich verändert. So erweisen sich in der Altenpflege Qualifikationen aus der Krankenpflegeausbildung und umgekehrt in der Krankenpflege zunehmend Qualifikationen aus der Altenpflegeausbildung als erforderlich.

Der Beirat begrüßt, dass das Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend der Aufgabe nachgegangen ist, auf der Grundlage des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes die Zusammenführung der Pflegeausbildungen zu erproben und auszuwerten. Es geht hierbei u. a. darum, den Arbeitsmarkt für Pflegekräfte stärker zu flexibilisieren, den zunehmenden Fachkräftebedarf in der Pflege mit Blick auf die demografische Entwicklung zu sichern, neueste berufspädagogische und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis anzuwenden und dabei auf besondere Anforderungen der Pflege älterer Menschen vor dem Hintergrund der einschlägigen politischen und wissenschaftlichen Diskussionen innovativ zu reagieren.

Im Modellvorhaben wurden an insgesamt acht Standorten in acht Bundesländern integrierte und generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildungen erprobt. Vorgabe war dabei, dass die grundständige Ausbildung innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren zum Abschluss in einem Pflegeberuf – Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – führte. An drei Modellstandorten wurde zusätzlich ein sechsmonatiges Aufbaumodul zum Erwerb eines zweiten Abschlusses angeboten.

Die Curricula aller Modelle waren auf Kompetenzen ausgerichtet. Es wurden die mit der Integration der Pflegeausbildungen verbundenen Chancen ausgelotet, Lösungswege entwickelt und erprobt sowie notwendige strukturelle Rahmenbedingungen ermittelt. Die Modellprojekte konstruierten Curricula, die Vorbildfunktion haben und Ansatzpunkte für Neu- bzw. Weiterentwicklungen bieten. Außerdem wurde eine Reihe von innovativen pädagogisch-didaktischen Konzepten, u. a. zur Verknüpfung von theoretischer und praktischer Ausbildung, entwickelt. Darüber hinaus haben die von der wissenschaftlichen Begleitung entwickelten und erprobten Verfahren zur Evaluation von Curricula und zur Messung pflegerischer Kompetenz Erkenntnisse hervorgebracht, die Schulen künftig für die Konzeptionierung und die Evaluierung ihrer Ausbildungen nutzen können.

Der Beirat begrüßt weiterhin, dass es erstmals ein so umfangreiches Modellvorhaben zu dieser Thematik gab, das durch Forschungsinstitute umfassend anhand einheitlicher Kriterien vergleichend analysiert und evaluiert wurde. Außerdem ist hervorzuheben, dass im Zuge der Evaluation eine Reihe von Strategien und Instrumenten entwickelt und erfolgreich erprobt wurden, die nunmehr für Forschung und Praxis zur Verfügung stehen. Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung stellt in konzentrierter Form die eingesetzten Lösungswege und Ergebnisse vor.

Der Beirat nimmt auf diese Ergebnisse Bezug und empfiehlt, die Pflegeausbildungen neu auszurichten. Im Einzelnen spricht er folgende Empfehlungen aus:

* * *

Der Gesetzgeber sollte eine Reform der Pflegeausbildung auf den Weg bringen mit dem Ziel der Verschmelzung von Altenpflegeausbildung einerseits und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung andererseits. Angestrebt werden sollte eine Pflegeausbildung, die im theoretischen Teil weitestgehend integriert ist und im praktischen Teil Schwerpunkte entsprechend einem angestrebten Arbeitsfeld vorsieht (Integration mit generalistischer Ausrichtung). Die Ausbildung sollte zu einem einheitlichen beruflichen Abschluss führen, der mit vergleichbaren Abschlüssen innerhalb der Europäischen Union (Richtlinie 2005/36/EG) vereinbar ist und damit eine wesentliche Voraussetzung für die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erfüllt.

Die Ergebnisse der Begleitforschung belegen, dass eine Umorientierung von einem an Lebensphasen bzw. Institutionen orientierten Ausbildungskonzept zu einem Integrationskonzept in dem zuvor genannten Sinne sinnvoll und durchführbar ist. Ebenso ist mittels erstmals eingesetzter Messverfahren gezeigt worden, dass integriert ausgebildete Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler über ein Kompetenzspektrum verfügen, dank dessen sie den gewandelten Anforderungen an Pflegefachkräfte in hohem Maße gerecht werden können.

Die Integration der theoretischen Ausbildungen in Altenpflegeausbildung einerseits und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung andererseits kann realisiert werden, indem Inhalte und Ziele der bisher unterschiedlichen Ausbildungen unter neuen Maßgaben zusammengeführt werden. Hierbei ist auch sicherzustellen, dass vor dem Hintergrund des demografischen Wandels den Anforderungen an die Pflege älterer Menschen hinreichend Rechnung getragen wird.

Bei der Umsetzung der integrierten Curricula haben sich insbesondere Unterrichtsformen bewährt, die von Lehrkräften aus der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemeinsam umgesetzt wurden. Zur Realisierung solcher Lehr- und Lernformen und zur Umsetzung neuer curricularer Prinzipien erscheinen berufspädagogische akademische Qualifikationen der haupt- und nebenberuflich in den Schulen Lehrenden notwendig.

* * *

Die Einsätze im Rahmen der praktischen Ausbildung sollten aufgrund der Spezifität der Praxisorte in den verschiedenen Pflegebereichen differenziert bleiben. Dementsprechend sollte bei einer integrierten Ausbildung in der Praxis die auf ein angestrebtes Arbeitsfeld bezogene Schwerpunktsetzung erfolgen. Eine effektive Verzahnung von theoretischer und praktischer Ausbildung erfordert strukturelle Veränderungen der Praxisausbildung und eine konsequente Koordinierung, die von der Schule verantwortlich zu leisten ist. Den gewünschten pädagogischen Erfolg kann die Kooperation nur zeitigen, wenn sie auf der Basis von Gleichwertigkeit der Lernorte erfolgt und die Rahmenbedingungen für die Praxisanleitung, der ein hoher Stellenwert im Kontext der Gesamtausbildung zukommt, in allen Pflegebereichen verbessert werden.

Integration erfordert in der praktischen Ausbildung einen adäquaten Ausgleich zwischen einer möglichen Vielfalt der Lernorte und der Intensität der jeweiligen Lernerfahrungen, mit anderen Worten zwischen Anzahl und Dauer der Praxiseinsätze. Die Ergebnisse aus dem Modellvorhaben zeigen, dass es von Vorteil ist, wenn die Schülerinnen und Schüler längere Praxiseinsätze in den klassischen Bereichen der stationären Altenpflege, der akutstationären Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und in ambulanten Pflegediensten ableisten. Ergänzend sollten kürzere Einsätze bzw. Hospitationen im Palliativbereich bzw. Hospiz und in Einrichtungen der Prävention, Beratung und Rehabilitation erfolgen.

* * *

Eine Differenzierung zwischen Altenpflegeschoolen und (Kinder-)Krankenpflegeschoolen kann es nach einer Zusammenführung der Pflegeausbildungen zukünftig nicht mehr geben. Sie werden sich zu allgemeinen Pflegeschoolen transformieren bzw. in Pflegebildungszentren aufgehen, die auch die für das lebenslange Lernen konstitutive Fort- und Weiterbildung anbieten. Deren Strukturen sollten auch im Hinblick auf horizontale und vertikale Durchlässigkeit optimiert werden. In einer Übergangsphase sollten Altenpflegeschoolen und (Kinder-)Krankenpflegeschoolen Kooperationen eingehen und diese ausbauen. Hierbei könnten die Schulen auf Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben zurückgreifen. Wie sich im Modellvorhaben etwa gezeigt hat, sind eine Werte- und/oder Interessengemeinschaft und gemeinsam formulierte Struktur- und Prozessstandards zwischen den Kooperationspartnern für die Zusammenarbeit in hohem Maße förderlich.

Die Modellprojekte haben bewiesen, dass entsprechende Kooperationsstrukturen zwischen den Schulen die Lehr- und Lernprozesse bereichern. Sogar in unterschiedlichen Trägerkonstellationen und organisationsstrukturellen Rahmenbedingungen haben die Projektbeteiligten sehr innovative Kooperationsformen entwickelt. Dabei erstreckte sich die Zusammenarbeit insbesondere auf die curricularen Prozesse. Sie betrifft die Berufsfeldanalyse, die gemeinsam von Lehrenden der Altenpflege einerseits sowie der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege andererseits durchgeführt wurde. Ferner wurden gemeinsame Konzeptionen von Lernfeldern bzw. Lerneinheiten und Lernsituationen erstellt und erfolgreich umgesetzt. Auch die kooperative Planung des Unterrichts und dessen Durchführung im Lehrkräftetandem oder mit Lehrkräfteaustausch waren ebenso erfolgreich wie die Entwicklung von Formen des Unterrichts in gemischten Klassen. Der Beirat hält diese Ergebnisse für sehr ermutigend auf dem Weg in eine zukünftige Zusammenführung der Pflegeausbildungen.

* * *

Der Beirat empfiehlt, mit der Reform der Pflegeausbildungen verbindlich zu machen, dass die jeweiligen Curricula sowohl für die theoretische als auch die praktische Ausbildung gültig sind und für beide Lernorte in einem Begründungsrahmen die didaktischen Prinzipien festlegen. Die für sich schon anspruchsvolle Aufgabe einer Curriculumentwicklung nimmt unter den Bedingungen der Integration einen wesentlich höheren Komplexitätsgrad an. So sind beispielsweise für die praktische Ausbildung im Modellvorhaben vorbildliche Strategien und Instrumente neu bzw. weiterentwickelt und erfolgreich erprobt worden. Auch curricular vernetzte Praxislernaufgaben unterstützen die Verzahnung zwischen Theorie und Praxis in hohem Maße. Gezeigt wurde, dass sie die Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Schülerinnen und Schüler fördern und dass sie einen gelingenden Transfer zwischen den Lernorten ermöglichen. Die erfolgreiche Entwicklung solcher Curricula setzt eine frühzeitige und konsequente Partizipation aller relevanten Akteure voraus.

* * *

Die Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben verdeutlichen, dass es vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und versorgungsbezogener Aspekte notwendig und zugleich fachlich und organisatorisch möglich ist, die heutigen Pflegeausbildungen zusammenzuführen. Da sowohl die gesetzlichen als auch wichtige strukturelle Grundlagen und Bedingungen der Altenpflegeausbildung auf der einen Seite wie auch der Gesundheits- und Krankenpflege- und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung auf der anderen Seite große Unterschiede aufweisen, bedarf es zur Lösung einer Gesetzesreform. Daher empfiehlt der Beirat, auf der Grundlage der Ergebnisse aus dem Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ die fachlichen und fachpolitischen Debatten hinsichtlich einer zukünftigen Weiterentwicklung der Pflegeberufe zu intensivieren und die erfolgreichen Linien, die im Modellvorhaben entstanden sind, zeitnah aufzugreifen und in einer zukünftigen Gesetzgebung fortzuführen.

Der Beirat geht davon aus, dass eine entsprechende Reform der Pflegeausbildungen die Attraktivität des Pflegeberufs in hohem Maße steigern wird und sie damit konkurrenzfähig im Wettbewerb mit anderen Ausbildungen macht. Ein solcher Reformprozess bedarf zweifelsohne der Unterstützung durch die Einrichtungsträger, welche die erforderlichen Strukturveränderungen aktiv mitgestalten müssen. Sie sollten sich mehr noch als bisher der Bedeutung einer guten Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals bewusst sein und ihre Investitionen in die Pflegeausbildung sowie die Berufseinmündung als eine Sicherung ihres zukünftigen Leistungsangebots begreifen. Zugleich muss die praktische Ausbildung von den Schulen in ihrer Bedeutung anerkannt und von den Praxiseinrichtungen als wichtige Zukunftsinvestition verstanden werden.

Im Modellvorhaben hat sich gezeigt, dass die derzeitigen Finanzierungsstrukturen der Pflegeausbildungen zu Friktionen bei der Umsetzung neuer Ausbildungskonzepte geführt haben. Demnach sollte die Umgestaltung der Ausbildungen eine Modifizierung der gegenwärtig unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen der Pflegeausbildungen nach sich ziehen. Der Beirat hält es für erforderlich, dass rechtzeitig die möglichen Optionen für eine adäquate Reform der Finanzierung sowie deren Verortung analysiert und entsprechende Vorschläge erarbeitet werden.

* * *

Der Beirat dankt allen, die durch ihre Arbeit und ihr Engagement diese Empfehlungen ermöglicht haben. Ihr Einsatz wird am besten gewürdigt, wenn die Empfehlungen umgesetzt werden.

Berlin, den 3. November 2008

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Karl-Heinz Bohlmann	Kultusministerium, Sachsen-Anhalt
Jean Breuer	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Dr. Dag Danzglock	Niedersächsisches Kultusministerium
Christine Hefer	Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Harald Kesselheim	AOK-Bundesverband
Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal	Fachhochschule Bielefeld
Walter Kohler	Ministerium für Arbeit und Soziales, Baden-Württemberg
Roland Krick	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Rheinland-Pfalz
Dagmar Kuhlich	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Berlin
Prof. Dr. Sabine Kühnert	Evangelische Fachhochschule Bochum
Dr. Marie-Luise Marx	Hessisches Sozialministerium
Ralf Neiheiser	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Claudia Neumann	Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Peter Pick	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
Dr. Almut Satrapa-Schill	Robert Bosch Stiftung
Christine Sowinski	Kuratorium Deutsche Altershilfe
Franz Josef Stoffer	CBT – Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH
Bernd Tews	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
Franz Wagner	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband
Irene Waller-Kächele	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche

Achtenhagen, F. (2006). In: Arnold, R., Lipsmeier, A. (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden (Springer-11776/Dig. Serial).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV) v. 26. 11. 2002.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) v. 10. 11. 2003.

Bloom, B. S. (1976): Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. 5. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Studienbuch).

Blum, K. et al. (2006): Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS). Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft.

Christiansen, G. (2003): Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Eine Expertise. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, H. 8.

Clement, U.; Arnold, R. (Hrsg.) (2002): Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. Opladen: Leske + Budrich (Schriften der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)).

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2007): Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.

Erpenbeck, J.; Rosenstiel, L. (2007): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen Praxis. 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Gatewood, R.; Thornton, G. C. III., Hennessey Jr., H.W. (1990): Reliability of exercise ratings in the leaderless group discussion. In: Journal of Occupational Psychology, 63, S. 331–342.

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) v. 24. 11. 2000, in der Fassung der Bekanntmachung v. 25. 8. 2003.

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) v. 21. 7. 2003.

Harms, K. & Schwank, S. (2006): Eine Stellungnahme zur Professionalisierung der Pflege. In: PRInternet, H. 7, S. 398–403.

Heffels, W. (2003): Pflege gestalten. Eine Grundlegung zum verantwortlichen Pflegehandeln. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Hepting, R. (2004): Zeitgemäße Methodenkompetenz im Unterricht. Eine praxisnahe Einführung in neue Formen des Lehrens und Lernens; mit Unterrichtsvideos auf CD-ROM. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.

Heyse, V. (2004): Kompetenzen erkennen, bilanzieren und entwickeln. Münster: Waxmann.

Hoge, E. (1982): Curriculumanalyse, -bewertung und -dokumentation. Möglichkeiten zur Konkretisierung von Curriculum-Bewertungsinstrumenten für berufliche Curricula. In: Hoge, E.; Kaiser, S.; Reisse, W.: Schriften zur Berufsbildungsforschung: Beuth- Verlag.

Hundenborn, G. (2007): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München: Elsevier Urban & Fischer.

Jahn, I. (2004): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. Herausgegeben von: Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterforschung. Bremen: Bremer Institut für Präventions- und Sozialforschung.

Jeserich, W. (1981): Mitarbeiter auswählen und fördern. Assessment-Center-Verfahren. München: Hanser.

Kaiser, H.; Hundenborn, G.; Brüche, R. (2005): Wirksame Ausbildungen entwerfen. Das Modell der konkreten Kompetenzen. 1. Aufl. Bern: h.e.p. Verlag.

Kauffeld, S. (2006): Kompetenzen messen, bewerten, entwickeln. Ein prozessanalytischer Ansatz für Gruppen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel (Betriebswirtschaftliche Abhandlungen, N.F., 128).

Keuchel, R. (2005): Bildungsarbeit in der Pflege. Bildungs- und lerntheoretische Perspektiven in der Pflegeausbildung. 1., leicht gek. Aufl.: Jacobs (Gesundheit, Pflege, soziale Arbeit, 23).

Klafki, Wolfgang (1996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. 5. unveränderte Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag (Reihe Pädagogik).

Kleinmann, M. (1997): Assessment-Center Stand der Forschung – Konsequenzen für die Praxis. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.

Knigge-Demal, B. (2001): Curricula und deren Beitrag für die Ausbildung. In: Sieger, M.; Bergmann-Tyacke, I. (Hrsg.): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Pflege), S. 39–54.

Köck, P.; Ott, H. (2002): Wörterbuch für Erziehung und Unterricht. 3.100 Begriffe aus den Bereichen Pädagogik, Didaktik, Psychologie, Soziologie, Sozialwesen. 7., mehrfach überarb. und aktualisierte Aufl. Donauwörth: Auer.

Kultusministerkonferenz KMK (2000): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe.

Lenzen, D.; Rost, F. (2004): Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs. 6. Aufl., mit einer aktualisierten Auswahlbibliogr. vers. – Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag. (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55531).

Oelke, U.; Menke, M. (2005): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. 2., korr. und erw. Aufl. Bern: Huber.

Reilly, R. R.; Henry, H. (1990): An examination of the effects of using behaviour checklists on the construct validity of assessment center dimensions. In: Personnel Psychology, Springer, vol. 43, Issue 1, S. 71–85.

Richter, H. (2003): Lernerfolgsüberprüfungen im Lernfeldkonzept. Werkstattbericht Heft 3. Veröffentlichung im Rahmen des Modellversuchsverbundes SELUBA. Online verfügbar unter www.seluba.de/werkstattbericht/werkstattbericht3.pdf, zuletzt geprüft am 12.1.2005.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.)(2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart, New York: Schattauer.

Russel, C. G. (1987): Person characteristic versus role congruency explanations for assessment center ratings. In: Academy of Management Journal, 30, S. 817–826.

Sacket, P. R.; Dreher, G. H. (1982): Constructs and assessment center dimensions: Some troubling empirical findings. In: Journal of Applied Psychology, 67, S. 401–410.

Schewior-Popp, S. (1998): Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege- und Rehabilitationsberufen. Stuttgart: Thieme.

Schneider, K.; Brinker-Meyendriesch, E.; Schneider, A. (2003): Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. Berlin: Springer.

Scholz, G. (1994): Das Assessment-Center. Konstruktvalidität und Dynamisierung. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.

Stufflebeam, D. L. (2001): Evaluation models. San Francisco: Jossey-Bass (New directions for evaluation, 89).

Walkenhorst, U. (2005): Berichte aus Lehre und Forschung. Unter Mitarbeit von Scheidner, S. Herausgegeben von: Fachbereich Gesundheit und Pflege der Fachhochschule Bielefeld. Bielefeld (Dokumentation des Arbeitskreises Entwicklung einer Fachdidaktik Ergotherapie, 16). Online verfügbar unter <http://www-bib.fh-bielefeld.de/edoc/pflege/bericht16.pdf>, zuletzt geprüft am 13. 8. 2008.

Weidner, F. (2004): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag Wissenschaft.

Das Projektteam der wissenschaftlichen Begleitung

**Wissenschaftliches Institut der Ärzte
Deutschlands (WIAD) gem. e. V.**

Ubierstraße 78
D-53173 Bonn

Telefon: (02 28) 81 04-172
Telefax: (02 28) 81 04-17 36
E-Mail: wiad@wiad.de

Dr. Lothar Klaes (Projektleiter)
Dr. Gerhard Schüler
Dr. Ralf Reiche
Dr. Uwe Raven (2006 ausgeschieden)

**Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e. V. (dip)**

Hülchratherstr. 15
D-50670 Köln

Telefon: (02 21) 468 61-30
Telefax: (02 21) 468 61-39
E-Mail: dip@dip.de

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner (Projektleiter)
Ruth Rottländer, Diplom-Berufspädagogin
Sandra Schwager, Diplom-Berufspädagogin
Dr. Michael Isfort, Diplom-Pflegewissenschaftler

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 018 05/77 80 90*
Fax: 018 05/77 80 94*
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Autoren:

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V.:
Dr. Lothar Klaes, Dr. Gerhard Schüler, Dr. Ralf Reiche, Dr. Uwe Raven

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. v (dip):
Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner, Ruth Rottländer, Sandra Schwager, Dr. Michael Isfort

Stand: November 2008

Gestaltung: KIWI GmbH, Osnabrück

Druck: DruckVogt GmbH, Berlin

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 018 01/90 70 50**
Fax: 030 18/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
E-Mail: info@bmfsfjservice.bund.de

* jeder Anruf kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich

** nur Anrufe aus dem Festnetz, 3,9 Cent
pro angefangene Minute