

Curriculum für eine anthroposophisch erweiterte, generalistische Pflegeausbildung

Entwicklung und Umsetzung des Modellprojekts:
„PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“

- Projektbericht -

Teil A - C

Curricularer Begründungsrahmen

PFLEGE - LEBEN

EINE GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG

Monika Kneer

Gernot Adolphi

Ulrike Gubba-Hoke

M.A. Pflegewissenschaft (Projektkoordinatorin)

Lehrer für Pflegeberufe (Schulleitung)

Lehrerin für Pflegeberufe (stellvertretende Schulleitung)

An der Entwicklung und Umsetzung des Curriculums beteiligte Personen

Elisabeth Adolphi

Nadine Henninger

Barbara Syhr

Matthias Giese

Hermann Glaser

David Götz

Lehrerin für Pflegeberufe und Praxisanleiterin

Dipl.-Pflegepädagogin (FH)

Lehrerin für Pflegeberufe

Lehrer für Pflegeberufe

Krankenpfleger und Praxisanleiter

Dipl.-Pflegepädagoge (FH)

Filderstadt, 24. September 2010

Inhaltsverzeichnis

TEIL A: INFORMATIONEN ZUM MODELLPROJEKT

1	EINLEITUNG (Monika Kneer)	6
1.1	ENTSTEHUNGSHINTERGRUND	6
1.2	INFORMATIONEN ZUR PROJEKTDOKUMENTATION	7
2	PROJEKTBESCHREIBUNG UND RAHMENVORGABEN (Monika Kneer).....	8
2.1	PROJEKTZIELE UND -INHALTE	8
2.2	PROJEKTORGANISATION	9
2.2.1	Zeitlicher Projektverlauf	9
2.2.2	Projektstrukturen und Gremienaufgaben.....	10
2.2.3	Beschreibung der Ausbildungseinrichtung	12
2.2.4	Bewerberauswahl	13
2.2.5	Beschreibung des Modellkurses	13
2.2.6	Begleitende Evaluation	14
2.3	RAHMENVORGABEN UND GRUNDSATZENTSCHEIDUNGEN FÜR DIE PROJEKTARBEIT	14
2.3.1	Gesetzliche Grundlagen	14
2.3.2	Grundlegende Richtlinien und Dokumente.....	15

TEIL B: CURRICULARER BEGRÜNDUNGSRAHMEN

3	PFLEGE ALS BERUF – REFORM DER PFLEGEAUSBILDUNG (Monika Kneer)	17
3.1	AUSGANGSBEDINGUNGEN FÜR PFLEGEBERUFE UND PFLEGEAUSBILDUNG	17
3.1.1	Demografische Entwicklung.....	17
3.1.2	Gesundheitspolitische Entwicklungen	18
3.1.3	Arbeitsmarktpolitische Entwicklungen	18
3.1.4	Entwicklungen in der Gesundheits- und Pflegewissenschaft.....	19
3.1.5	Berufspädagogische Entwicklungen	19
3.1.6	Entwicklungen auf internationaler Ebene	20
3.2	DIE DREI TRADITIONELLEN BERUFSBILDER IN DER PFLEGE	22
3.2.1	Gesundheits- und Krankenpflege.....	23
3.2.2	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	25
3.2.3	Altenpflege.....	25
3.3	BERUFSBILDER IM WANDEL - NEUE AUSBILDUNGSKONZEPTE IN DER DISKUSSION	27
3.3.1	Integrierte, integrative und generalistische Ausbildungsmodelle	27
3.3.2	Standpunkte zur generalistischen Pflegeausbildung	28
3.3.3	Der generalistische Ansatz im Modellprojekt der FKS.....	30

4	CURRICULUMENTWICKLUNG, -KONSTRUKTION UND -IMPLEMENTIERUNG ..32 (Monika Kneer, Ulrike Gubba-Hoke, Gernot Adolphi)	
4.1	AUSGANGSANALYSE	33
4.1.1	Analyse der Ausgangsbedingungen und der vorhandenen Konzepte	33
4.1.2	Analyse der gesetzlichen Grundlagen.....	34
4.1.3	Analyse der Lernvoraussetzungen.....	36
4.1.4	Analyse der wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen	37
4.1.5	Analyse von unterschiedlichen Curricula.....	37
4.2	ENTWICKLUNG DES BEGRÜNDUNGSRAHMENS.....	38
4.2.1	Allgemeine Grundlagen zur Curriculumentwicklung	39
	Definitionen.....	39
	Anforderungen und Prüfkriterien bei der Curriculumentwicklung	39
4.2.2	Ordnungs- und Konstruktionsprinzipien in der Curriculumentwicklung	40
	Systematisierungsprinzipien.....	40
	Strukturierungsformen.....	41
4.3	ZUSAMMENFASSUNG DER BISHERIGEN FESTLEGUNGEN.....	43
4.4	CURRICULUMKONSTRUKTION	44
4.4.1	Analyse der Handlungsfelder	44
4.4.2	Entwicklung der Lernfelder	45
4.4.3	Struktur des generalistischen Curriculums	46
	Module.....	46
	Lernsituationen	47
	Epochen.....	47
4.4.4	Entwicklung von Lernsituationen, Modulen, Epochen	47
4.4.5	Auswahl und Entwicklung der Curriculumelemente.....	48
4.4.6	Strukturmerkmale der Curriculumelemente	49
4.5	IMPLEMENTIERUNG DES CURRICULUMS	50
4.5.1	Curricularer Aufbau im Dreijahresverlauf	50
4.5.2	Entwicklungslogische Strukturierung nach Rauner (2007)	50
5	PFLEGE- UND BILDUNGSVERSTÄNDNIS UND PÄDAGOGISCHE LEITLINIEN ..53 (Monika Kneer, Ulrike Gubba-Hoke, Gernot Adolphi)	
5.1	BILDUNGSauftrag und Kernaussagen.....	53
5.2	Pflegeberufliche Leitziele	57
5.3	Pädagogische Leitsätze	57
5.4	Erwachsenenbildung als Willenserweckung (Gernot Adolphi)	58
5.4.1	Willenserweckung.....	58
5.4.2	Die drei Lernwege.....	59
5.4.3	Die drei Lernbarrieren.....	60
5.4.4	Die Zusammenarbeit von Institution, Kollegium und Teilnehmern	60
5.4.5	Der Lernprozess des Erwachsenen	61
5.5	Pflegeverständnis und Pflegebegriff	63
6	Anthroposophie und Kunst in der Pflegeausbildung	63
	(Gernot Adolphi)	

6.1	ÜBERBLICK UND BEGRIFFSDEFINITION.....	64
6.2	UMSETZUNG IN DER PFLEGEAUSBILDUNG	66
	Die Schulgemeinschaft mitgestalten	67
	Respekt aufbringen vor der Einzigartigkeit der Individualität	67
	Freiheit gewähren auf dem Weg zum Ziel	68
	Die Entwicklung des Anderen unterstützen	69
6.3	KUNST IN DER PFLEGEAUSBILDUNG	70
6.3.1	Warum künstlerischer Unterricht?	70
6.3.2	Pflegerisches Handeln zwischen Planung und Geistesgegenwart	71
6.3.3	Was macht Kunst mit dem Menschen?	72
6.3.4	Der künstlerische Prozess	72
6.3.5	Die Integration von künstlerischem Unterricht in die Pflegeausbildung	74
6.3.6	Künstlerischer Unterricht als Projektarbeit	75
6.3.7	Resümee	76
7	KOMPETENZMODELL DER GENERALISTISCHEN PFLEGEAUSBILDUNG	77
	(Monika Kneer, Ulrike Gubba-Hoke, Gernot Adolphi)	
7.1	KOMPETENZBEGRIFF UND KOMPETENZMODELLE	77
7.2	KOMPETENZMODELL DER FREIEN KRANKENPFLEGESCHULE AN DER FILDERKLINIK.....	81
7.3	BERUFLICHE HANDLUNGSKOMPETENZ	82
7.3.1	Selbstkompetenz	83
7.3.2	Fachkompetenz	83
7.3.3	Sozialkompetenz	84
7.3.4	Ethische Kompetenz.....	85
7.3.5	Methoden- und Lernkompetenz	85
8	LERNORT SCHULE UND LERNORT PRAXIS (Monika Kneer)	86
8.1	ORGANISATION DER GENERALISTISCHEN PFLEGEAUSBILDUNG	86
8.1.1	Anforderungen an die Schule.....	88
8.1.2	Status der Pflegenden in Ausbildung	89
8.2	GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG AM LERNORT SCHULE.....	90
8.2.1	Die Rolle der Lehrenden	91
8.2.2	Ausbildungsbegleiter.....	92
8.3	GENERALISTISCHE AUSBILDUNG AM LERNORT PRAXIS	93
8.3.1	Theorie-Praxisvernetzung in der generalistischen Pflegeausbildung.....	94
	Lernortkooperation	94
8.3.2	Praxisphasen im Ausbildungsverlauf	97
	Organisation und Gestaltung der Praxisphasen im Ausbildungsverlauf.....	97
	Ausbildungshandbuch.....	100
	Praxisaufgaben	101
	Praxisaufträge.....	101
	Praxisauswertung	101
8.4	LERNERFOLGSBEWERTUNGS- UND PRÜFUNGSKONZEPT.....	102

TEIL C: EVALUATION UND SCHLUSSBETRACHTUNG

9	EVALUATION UND REVISION DES CURRICULUMS (MONIKA KNEER)	105
9.1	SELBSTEVALUATION	105
9.2	FREMDEVALUATION	105
9.3	CURRICULUMREVISION	106
10	PROJEKTERGEBNISSE UND SCHLUSSBETRACHTUNG (MONIKA KNEER)	107
10.1	ABSCHLUSS DES MODELLPROJEKTS	108
10.1.1	Verlauf und Ergebnisse der Abschlussprüfung.....	109
10.1.2	Verbleib der Absolventen.....	109
10.2	KRITISCHER RÜCKBLICK AUF DAS MODELLPROJEKT	110
10.2.1	Zufriedenstellendes	110
10.2.2	Schwierigkeiten und Probleme.....	111
10.2.3	Gelegenheit und Chancen	114
10.3	ABSCHLIEßENDES FAZIT	114
	LITERATURVERZEICHNIS	116
	ANHANG	124

Teil A: Informationen zum Modellprojekt

1 Einleitung

(Monika Kneer)

Die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik (FKS) hat im Jahr 2006 mit großem Engagement, viel Mut und Ideenreichtum das Modellprojekt: „PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“ begonnen. Das Modellprojekt ist durch das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg genehmigt und dient der Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Vorausgegangen war eine längere Zeit der Vorbereitung und Planung des Modellvorhabens.

1.1 Entstehungshintergrund

Die Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeberufe wurde vor vielen Jahren aufgrund von vielfältigen Entwicklungen in gesellschaftspolitischer, gesundheitspolitischer und bildungspolitischer Hinsicht angestoßen. Die Entwicklungen ergaben veränderte Versorgungsstrukturen und –bedarfe sowie daraus resultierende neue Anforderungen an die Pflegeberufe (vgl. Kneer/Schmid 2006, 9). Um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden, werden unterschiedliche Ausbildungsmodelle diskutiert. Diese sind im Wesentlichen:

- Integrierte Modelle
- Integrative Modelle
- Generalistische Modelle
- Akademische Pflegeausbildung

In allen Modellen geht es darum, die drei Pflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) mehr oder weniger in ein Ausbildungskonzept zusammenzuführen. Je nach Ausbildungskonzeption kann ein einheitlicher Berufsabschluss, ein bis zwei unterschiedliche Berufsabschlüsse oder ein akademischer Abschlussgrad erworben werden. Nach einer gesetzlich ermöglichten Modellphase – in der seit 1999 ca. 60 Modellprojekte entwickelt und erprobt wurden – wird seit 2009 auf Bundes- wie auch auf Länderebene die Zusammenführung der Pflegeberufe zu einem gemeinsamen, berufsqualifizierenden Pflegeberuf verstärkt diskutiert. „Insbesondere verspricht man sich von der Generalistik eine größere Flexibilität der Absolventen (...) sowie der Einrichtungen (...). Das Gros der befragten Einrichtungen würde eine Generalistik grundsätzlich begrüßen“ (Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2010, 22).

Ausgangspunkt des Modellvorhabens an der FKS war neben dem Rückgang der Bewerberzahlen die Überzeugung, dass eine Strukturierung der Pflegeausbildung nach Lebensphasen nicht mehr zeitgemäß ist. In einer pflegeberuflichen Ausbildung müssen vielmehr grundlegende Qualifikationen für den Pflegeberuf erworben werden. Die generalistische Ausbildung spannt also einen weiten Bogen und vermittelt ein breites Basiswissen. Pflegebildung als Menschenbildung ist das wichtigste Anliegen der FKS. Alle Unternehmungen und Aktivitäten der Schule zielen darauf ab, die jungen Menschen, die einen Pflegeberuf anstreben, nicht alleine pflegefachlich auszubilden, sondern Bedingungen zu schaffen, die es möglich machen, ein professionelles Pflegeverständnis auf Grundlage des anthroposophischen Menschenbildes zu entwickeln und gleichzeitig eine individuelle Förderung auf dem persönlichen Entwicklungsweg ermöglichen.

Neben diesem zentralen Anliegen kam die Tatsache hinzu, dass durch die neue Gesetzgebung in den Berufen der Altenpflege und Krankenpflege (AltPflG 2003, KrPflG 2004) die Möglichkeit geschaffen wurde, neue Ausbildungskonzepte zu entwickeln und zu erproben. In beiden Gesetzen findet sich die so genannte Modellklausel:

Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen, können Länder von den Absätzen 2, 3 und 4 sowie von der nach § 9 zu erlassenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abweichen, sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird. (§ 6 KrPflG, § 6 AltPflG)

So wird im Rahmen des Modellprojekts: "PFLEGE - LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung" ein Curriculum für eine gemeinsame Ausbildung der Berufe in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entwickelt und implementiert. Eine Besonderheit dieses Curriculum ist – neben dem generalistischen Ansatz – die Ausrichtung an der von Rudolf Steiner begründeten anthroposophischen Menschen- und Welterkenntnis. Ein wichtiger Leitgedanke in der Anthroposophie ist, dass der Mensch als freies Wesen eine Entwicklung innerhalb des gesamten Lebenswegs vollzieht. Im Verlauf dieser Biografie kommt es - bedingt durch das jeweilige Lebensalter (Kindheit, Alter), in besonderen Lebenssituationen (z.B. rund um Geburt und Tod, in seelischen Krisen) oder durch Krankheitskrisen - zu Situationen, in welchen der Mensch der pflegerischen Unterstützung bedarf.

Aus diesem Grunde war es mehr als nahe liegend für die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik, eine Ausbildung mit einem generalistischen Ansatz zu konzipieren, die den Menschen in seiner Gesamtheit betrachtet. Die Ausbildung einer generalistisch ausgerichteten, pflegeberuflichen Basiskompetenz stellt außerdem die pflegerischen Handlungsfelder in den Vordergrund und nicht primär die Lebensalter der jeweiligen Pflegeempfänger.

1.2 Informationen zur Projektdokumentation

Die vorliegende Dokumentation beschreibt die Hintergründe und Ziele des Modellprojekts sowie den Entstehungsprozess. Sie dient als Projektbericht der Gesamtdokumentation und ist in vier Teile gegliedert: Der **erste Teil (A)** beschreibt die Rahmenbedingungen des Modellprojekts sowie die Projektstrukturdaten. Der **zweite Teil (B)** führt den ausführlichen Begründungsrahmen für das anthroposophisch erweiterte, generalistische Curriculum aus. Die Dokumentation des Modellprojekts schließt im **dritten Teil (C)** mit einer Zusammenfassung der Projektergebnisse und einem kritischen Rückblick, Teilergebnissen zur Evaluation sowie ersten Überlegungen zur Curriculumrevision. Das neu konzipierte Curriculum für die theoretische Ausbildung sowie Ausführungen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung finden sich im **vierten Teil (D)**.

An unserer Schule ist es üblich, die Auszubildenden als „Pfleger in Ausbildung“ zu bezeichnen. Da dies teilweise die gute Lesbarkeit stört werden als Synonym auch die Begriffe Schülerinnen und Schüler bzw. Auszubildende genutzt. Bei der Entwicklung und Umsetzung des Curriculums haben wir auch intensiv über die richtige und passende Bezeichnung von zu pflegenden Menschen diskutiert und sind übereingekommen, dass je nach Pflegesetting und pflegerischem Auftrag unterschiedliche Bezeichnungen richtig und wichtig sind. So haben wir uns nicht auf eine durchgängige Bezeichnung festgelegt sondern nutzen die Begriffe „Patientin und Patient“, „Pflegeempfangenerin und Pflegeempfangener“, „pflegebedürftige Menschen“ „zu Pfleger“, „Bewohnerin/Bewohner“ je nach Handlungsfeld der Pflege. Obwohl im Pflegeberuf überwiegend weibliche Mitarbeiterinnen tätig sind haben wir uns dazu entschieden bei der Schreibweise darauf zu achten, dass überwiegend beide Geschlechter gleichermaßen benannt werden. Teilweise werden neutrale Begriffe wie „Lehrende“ bzw. „Lehrkräfte“ wegen der besseren Lesbarkeit benutzt. Aus demselben Grund werden Begriffe wie „Ausbildungsbegleiter“, „Lernbegleiter“, „Dozent“, „Bewerber“ verwendet. Es sind jeweils sowohl weibliche als auch männliche Personen damit gemeint.

2 Projektbeschreibung und Rahmenvorgaben

(Monika Kneer)

Das Modellprojekt hatte eine Laufzeit von insgesamt vier Jahren (Oktober 2006 – September 2010). Die Ausbildungsdauer der Modellausbildung wurde vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg auf drei Jahre festgelegt. Für die Vor- und Nachbereitung des Projekts setzte die Schule jeweils ein halbes Jahr an. Die Vorlaufzeit ist im Vergleich mit anderen Modellprojekten sehr kurz. Dies brachte zusätzliche Herausforderungen und Erschwernisse mit sich.

2.1 Projektziele und -inhalte

Die Idee einer generalistischen Ausbildung wird in Deutschland seit langem diskutiert. Als grundlegende und zukunftsweisende Alternative zum bisherigen Berufsbildungsweg steht das Konzept einer generalistischen Pflegeausbildung neben den Modellen für eine integrierte oder integrative Ausbildung wie sie z.B. im Modell der Robert Bosch Stiftung „Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell©“ umgesetzt wird.

In der generalistischen Ausbildung sieht die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik die sinnvolle Umsetzung aktueller Ideen zur Berufsentwicklung in der Pflege vor allem im Hinblick auf die europäische Anerkennung des Pflegeberufs. Die Zusammenführung der grundständigen Pflegeausbildung in der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bedeutet einen wichtigen Schritt für eine am Arbeitsmarkt ausgerichtete, bedarfsgerechte Strukturreform der Pflegeberufe. Mit der Curriculumentwicklung für die generalistische Ausbildung wird an der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik auch über eine künftige Kooperation mit einer Hochschule zur Entwicklung eines dualen Studiengangs nachgedacht.

Die neue Ausbildungskonzeption wird im Rahmen des vom Sozialministerium Baden-Württemberg genehmigten Modellprojekts „PFLEGE - LEBEN: Eine Generalistische Pflegeausbildung“ entwickelt. Ziel der Curriculumentwicklung ist es, ein zukunftsfähiges und modernes Ausbildungskonzept zu erarbeiten, das dem Bedarf an professioneller Pflege gerecht wird. Darüber hinaus werden die Projektziele folgendermaßen konkretisiert:

- Zusammenführung der Ausbildungsberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in einen dreijährigen Ausbildungsgang.
- Entwicklung pflegeberuflicher Handlungskompetenz, um die Auszubildenden auf zukünftige Anforderungen im Gesundheits- und Pflegeberuf vorzubereiten.
- Persönlichkeitsentwicklung im Sinne der Professionalisierung des eigenen Pflegeverständnisses, Entwicklung von menschlicher Reife und einem eigenen Erkenntnisinteresse.
- Entwicklung eines grundlegenden beruflichen Kompetenzprofils als Vorbereitung auf sehr unterschiedliche, an der Biographie des Menschen orientierte Arbeits- und Handlungsfelder im Pflegeberuf.
- Erweiterung des Berufsqualifikationsprofils im Hinblick auf eine Anschlussfähigkeit auf dem europäischen Arbeitsmarkt.

Die Ausbildung, die an die bisherige Ausbildung auf Basis des anthroposophischen Menschenbildes anknüpft, orientiert sich dabei nicht primär an Lebensalterstufen, sondern stellt die jeweilige Handlungsfelder pflegerische Dienstleistung in den Mittelpunkt der Ausbildung. Auf folgende Bereiche soll die Ausbildung in den Pflegeberufen u.a. vorbereiten:

- Prozessorientierte Akut- und Langzeitpflege
- Pflegediagnostik und Pflegeprozesssteuerung

- Ambulante und stationäre Versorgung
 - Gesundheitsförderung und Prävention
 - Kuration und Rehabilitation
 - Beratung und Anleitung
 - Unterstützung, Betreuung und Begleitung
 - Erhaltung, Aktivierung und Förderung
 - Palliativ- und Hospizpflege
- (vgl. § 4 KrPflG, AltPflG)

Die Trennung der drei bisherigen Pflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) wird im generalistischen Ausbildungsmodell der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik aufgehoben und zugunsten einer gemeinsamen Berufsausbildung zusammengeführt. Die dreijährige Ausbildung endet mit dem Berufsabschluss Gesundheits- und Krankenpflege. In einem Zusatzzertifikat werden die spezifischen Inhalte des Ausbildungsganges und die Konzeption der generalistischen Ausbildung zum Nachweis für die Absolventinnen und Absolventen differenziert und bestätigt.

Neben der beschriebenen Neuausrichtung stehen bei der Neukonzeption weitere curricular-didaktische Veränderungen im Mittelpunkt. Mit den neuen Gesetzesgrundlagen ist die Ausrichtung der Pflegeausbildung auf den Erwerb pflegeberuflicher Handlungskompetenz von zentraler Bedeutung. Das Curriculum ist nach dem Lernfeldansatz strukturiert. Dies bedeutet u.a., dass die bisher übliche Fächeraufteilung (Anatomie, Krankheitslehre, Krankenpflege usw.) zugunsten der Fächerintegration und einer handlungsorientierten Ausgestaltung des Unterrichts aufgehoben wird.

2.2 Projektorganisation

Der Träger des Projekts ist der Verein Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V., der das Projekt initiierte. Das Projekt wurde überwiegend mit Fördermitteln folgender Stiftungen finanziert:

- Mahle-Stiftung GmbH
- Mathilde-Völker-Stiftung
- Software-AG-Stiftung
- Zukunftsstiftung Gesundheit
- GLS-Treuhand

2.2.1 Zeitlicher Projektverlauf

Der zeitliche Projektverlauf in einem groben Überblick:

- 2001: Erste Ideen zum Modellprojekt
- 2003: Antrag an das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
- 2005: Bewilligungsbescheid vom Sozialministerium
Beantragung von Drittmitteln
Bildung des Projektleitungsteams
- 2006: Einstellung der Projektkoordinatorin im Oktober, Projektbeginn
Konzeptionsphase (Begründungsrahmen, Curriculumentwicklung)
- 2007: Besetzung einer zusätzlichen Lehrerstelle mit 50%

- Start des ersten Modellkurses am 1. April
 Konzeptionsphase (Begründungsrahmen, Curriculumentwicklung)
 Implementierungsphase
- 2008: Planung der Evaluation
 Konzeptionsphase (Begründungsrahmen, Curriculumentwicklung)
 Implementierungsphase
- 2009 Implementierungs- und Revisionsphase
 Planung und Umsetzung der Evaluation des Modellprojekts
- 2010: Abschluss des Modellkurses
 Evaluation und Abschlussbericht
 Revisionsphase
 Abschlussveranstaltung
 Ende der Projektlaufzeit im September

Ein detaillierter Zeitplan stellt den Projektverlauf zeitlich und inhaltlich dar und findet sich im Anhang 1.

2.2.2 Projektstrukturen und Gremienaufgaben

In der kurzen Vorlaufzeit vor Ausbildungsbeginn entwickelten die Projektbeteiligten eine Gremien- Aufgabenstruktur, die in der nachfolgenden Abbildung 1 zu sehen ist:

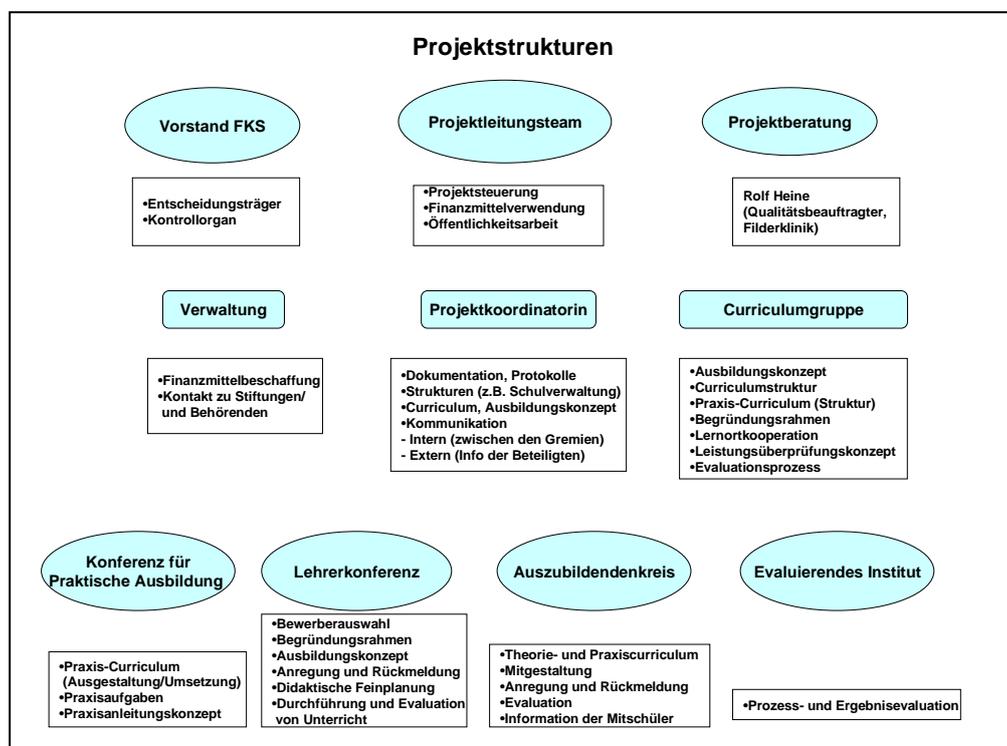


Abb. 1: Projektstrukturen (Eigene Darstellung 2006)

Vor der Aufnahme des Modellprojekts waren zwei weitere Gremien geplant: Das Projektforum und die interne Projektkonferenz. Das Projektforum war als großes, übergeordnetes Treffen aller Projektteilnehmer gedacht, die interne Projektkonferenz als zusätzlicher Austausch innerhalb des Lehrerkollegiums. Im Laufe des Projekts stellte sich heraus, dass aufgrund von Zeitmangel und Schwierigkeiten in der Terminabsprache die beiden Gremien nicht zusammengetreten sind, was sich im weiteren Verlauf des Projekts in Kommunikationsprobleme und Informationslücken zeigte. Die Aufgabe der ursprünglich geplanten internen Projektkonferenz wurde in den an der Schule üblichen Lehrerkonferenzen nach Bedarf integriert (wöchentliche und monatliche Besprechungen).

In der nachfolgenden Tabelle sind die Gremienstrukturen und –aufgaben dargestellt:

Gremium	Funktion	Teilnehmer
Projektleitungsteam	Zentrales Steuerungsgremium des Projektes. Projekt- und Finanzverantwortlichkeit Treffen nach Bedarf	Projektkoordinatorin Schulleiter Stellvertretende Schulleiterin Assistent der Geschäftsführung der FKS
Curriculumgruppe	Entwicklung und Erarbeitung des Theorie- sowie Praxiscurriculums in Struktur und inhaltlicher Ausrichtung Treffen 1x/Woche/nach Bedarf	Projektkoordinatorin Schulleiter Stellvertretende Schulleiterin Nach Bedarf weitere Experten aus Theorie und Praxis
Projektberatung	Impulsgeber, Beratung bei Bedarf	Qualitätsbeauftragter der Filderklinik
Lehrerkonferenz	Abstimmung und Implementierung des Curriculums, Ausarbeitung der Lernsituationen, Module und Epochen, Planung und Abstimmung des Unterrichts, Rückblick, Erfahrungsaustausch, Vorblick, Problembehandlung, Begleitung der Pflegenden in Ausbildung Projektbezogene Treffen alle 2-3 Monate	Alle Lehrer der Schule Schulleitung Projektkoordinatorin
Dozentenkonferenz	Informationsaustausch über das Modellprojekt, Veränderungen im Curriculum und Konsequenzen für den Unterricht Treffen 1 – 2 x/Jahr	Alle externen Dozenten, die häufig und regelmäßig an der Schule unterrichten Projektkoordinatorin Vertreter des Lehrerkollegiums
Auszubildendenkreis	Interessenvertretung innerhalb der Ausbildung, Erfahrungsaustausch, Problembehandlung, Informationsaustausch über das Projekt und allgemeine Belange zur Ausbildung Treffen: 1x/Monat	Gewählte Vertreter der Pflegenden in Ausbildung Projektkoordinatorin Vertreter des Lehrerkollegiums
Konferenz für praktische Ausbildung	Erfahrungs- und Informationsaustausch über die theoretische und praktische Ausbildung Erarbeitung eines Konzeptes zur Praxisanleitung, Arbeit an den Praxisaufgaben und den Instrumenten zur praktischen Ausbildung, Beratung, Information und Fortbildung der Praxisanleiter in den Einrichtungen Treffen 1x/Monat	Alle Praxisanleiter der Filderklinik Praxisanleiter der FKS Vertreter des Lehrerkollegiums
Treffen der Kooperationspartner	Information der Projektpartner über Inhalte und Struktur des Projekts Austausch von Erfahrungen im Projekt, Problembesprechungen, Besprechung von Verbesserungsvorschlägen, Kontaktpflege usw. Treffen: 1-2 x im Jahr	Vertreter jeder Praxiseinrichtung (z. B. Praxisanleiter, Pflegedienstleitung) Vertreter des Projektleitungsteams Projektkoordinatorin Lehrer der Schule

Tab.1: Gremienstrukturen und -aufgaben (Eigene Darstellung 2006)

2.2.3 Beschreibung der Ausbildungseinrichtung

Die Filderklinik besteht seit dem Jahre 1975 und bietet als Krankenhaus für Akut- und Ganzheitsmedizin ein umfassendes, ganzheitliches Angebot. Das anthroposophische Therapieangebot integriert und erweitert die moderne, naturwissenschaftliche Medizin (vgl. Die Filderklinik, 2004, 4f.). Die Filderklinik ist ein gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus der regionalen Versorgung mit 219 Betten und verfügt über folgende Abteilungen:

- Chirurgie
- Anästhesie
- Innere Medizin
- Zentrum für integrative Onkologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Psychosomatik
- Kinderheilkunde

(<http://www.filderklinik.de>)

Im Jahr 1982 wurde die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik in Filderstadt-Bonlanden eröffnet. In Sorge um den qualifizierten Nachwuchs wurde die Gründung der Krankenpflegeschule maßgeblich durch die Filderklinik initiiert. Rechtlich und wirtschaftlich ist die Freie Krankenpflegeschule von der Filderklinik unabhängig. Diese Unabhängigkeit bietet der Schule den Freiraum und die notwendige Flexibilität, um die Pflegeausbildung modern und zukunftsorientiert zu gestalten. Die Praxiseinsätze der Pflegenden in Ausbildung erfolgen überwiegend in der Filderklinik und werden ergänzt durch ein breites und qualifiziertes Praxisangebot von 30 Kooperationspartnern der unterschiedlichsten Berufsfelder. Weltweit ist die Freie Krankenpflegeschule eine der wenigen Ausbildungsstätten für den Pflegeberuf, die in inhaltlicher und methodischer Hinsicht auf der Basis der anthroposophischen Menschen- und Welterkenntnis arbeitet (vgl. Brändle 2008, 1).

Geführt und finanziert wird die Schule vom Verein „Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V.“ Die Schule bietet insgesamt 60 Ausbildungsplätze an. Jedes Jahr im April beginnt ein Kurs mit bis zu 22 Auszubildenden. Der private Bildungsträger beschäftigt im Moment sechs Lehrkräfte, die vier Planstellen besetzen. Zusätzlich sind eine Praxisanleiterin und ein Praxisanleiter zu je 50% an der Schule angestellt.

Für die Dauer des Modellprojekts wurden zwei Stellen zusätzlich geschaffen: Eine Stelle mit 100% für die Projektkoordinatorin und eine projektbezogene Lehrerstelle zu 50% unterstützten das Kollegium während der Projektentwicklung. Das gesamte Projekt und die zusätzlichen Stellen wurden im Wesentlichen durch die genannten Stiftungen finanziert.

Die Qualifikationen des Lehrerkollegiums verteilen sich wie folgt: fünf Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, drei Diplom-Pflegepädagoginnen und Diplom-Pflegepädagogen und ein Krankenpfleger mit der Qualifikation des Praxisanleiters. Der neunköpfige Lehrkörper wird durch eine Schulsekretärin (50%) ergänzt.

Das Ausbildungskonzept der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik orientiert sich in inhaltlicher wie methodischer Hinsicht an der anthroposophischen Menschen- und Welterkenntnis. Die Schule versteht den persönlichen Entwicklungsweg jedes Menschen als Aufgabe für ein gemeinsames Lernen und Arbeiten. Die Umsetzung in das Konzept für die generalistische Pflegeausbildung wird durch diesen Bericht aufgezeigt und dokumentiert.

2.2.4 Bewerberauswahl

Einmal pro Jahr, jeweils im April, beginnt an der FKS ein neuer Ausbildungsgang. Die Kurse starten mit jeweils 20-22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Bewerberauswahl ist über das gesamte Jahr verteilt. Wenn die Bewerber die wesentlichen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung erfüllen, werden Sie zu einem ca. einstündigen Vorstellungsgespräch eingeladen. Zunächst bekommen alle Bewerber eine Schulführung, damit sie sich einen Eindruck von der Schule verschaffen können. Das eigentliche Gespräch wird von einer Lehrkraft der Schule geführt, während eine zweite Person aus dem Schulkollegium das Gespräch stichwortartig mitprotokolliert. Im Gespräch werden Lebenslauf, persönliche Erfahrungen, Motivation zum Pflegeberuf, Lernbiografie, Erwartungen, Ausbildungsverlauf, Ausbildungsbedingungen, Anthroposophie und Kunst in der Pflegeausbildung angesprochen sowie Fragen geklärt. Alle Bewerber werden in der wöchentlich stattfindenden internen Konferenz vorgestellt, d.h. der Eindruck von den Bewerbern und die Inhalte des Gesprächs dem Kollegium übermittelt und beschrieben. Das gesamte Kollegium entscheidet dann über eine Zu- oder Absage bzw. über weitere Empfehlungen vor einer Zusage.

Die Bewerberauswahl für den Modellkurs erfolgte unmittelbar im laufenden Jahr vor Ausbildungsbeginn. Alle Bewerber wurden im Gespräch über das Modellvorhaben und soweit das möglich war über die geplante Konzeption informiert. Teilweise waren die Bewerber über den Schulprospekt und die Homepage vorinformiert. Die Auswahlkriterien für die Modellausbildung war identisch zu den bisher an der Schule üblichen.

2.2.5 Beschreibung des Modellkurses

Die Ausbildungszeit des ersten Modellkurses war vom 1. April 2007 bis zum 31. März 2010. Die Ausbildung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer endete mit dem Berufsabschluss Gesundheits- und Krankenpflege und einem Zusatzzertifikat für die generalistische Ausbildung. Zugangsvoraussetzungen waren die an der Schule bisher üblichen Anforderungen:

- Realschulabschluss,
- Mindestalter von 18 Jahren,
- dreimonatiges Pflegepraktikum und
- erste Erfahrungen mit der Anthroposophie.

Der Modellkurs startete im April 2007 mit 22 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Zwei Auszubildenden wurde nach Ablauf der Probezeit im September 2007 aufgrund mangelnder theoretischer und praktischer Leistungen gekündigt, drei weitere beendeten die Ausbildung zu einem späteren Zeitpunkt aus persönlichen bzw. gesundheitlichen Gründen auf eigenen Wunsch. Nach dem ersten Ausbildungsjahr wurden drei Auszubildende neu in den Kurs aufgenommen. Diese begannen ihre Ausbildung bereits vor dem Start des Modellkurses, mussten jedoch aus persönlichen bzw. gesundheitsbedingten Gründen eine längere Pause im Ausbildungsverlauf einlegen. Zwei weitere Quereinsteigerinnen (längere Krankheitsphasen) wurden zu Beginn des dritten Ausbildungsjahres, im Frühjahr 2009, eine weitere Auszubildende im Herbst 2009 (Wiedereinstieg nach Elternzeit) in den Modellkurs aufgenommen. Der Kurs umfasste demnach beim Abschluss der Ausbildung insgesamt 23 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Auszubildende, die als letzte in den Kurs wechselte konnte jedoch nicht am generalistischen Abschluss teilnehmen, sie erwarb mit dem Examen die Zulassung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin.

Von den 22 Auszubildenden, die an der generalistischen Ausbildung teilnahmen, waren zwanzig weiblich und drei männlich. Der Altersdurchschnitt lag bei 27,4 Jahren, wobei die jüngste Schülerin 21 Jahre und die älteste Schülerin 55 Jahre alt waren. Fünf Schülerinnen

haben bereits eine abgeschlossene Ausbildung (Arzthelferin, Fotografin, Malerin, Altenpflegerin, Goldschmiedin). Die Auszubildenden haben sich bewusst für eine anthroposophische Ausbildungsstätte entschieden. In Bezug auf die Schulabschlüsse teilte sich der Kurs wie folgt ein:

- Hauptschulabschluss: 2 Auszubildende
- Mittlerer Reife: 14 Auszubildende
- Fachhochschulreife: 3 Auszubildende
- Abitur: 3 Auszubildende
- Waldorfschule: 12 Auszubildende

2.2.6 Begleitende Evaluation

Mit der externen Evaluation des Modellprojekts wurde die Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege im Frühjahr 2008 beauftragt. Die Projektleitung des Evaluationsprojekts lag von April 2008 bis Juli 2009 bei Frau Prof. Dr. Claudia Bischoff-Wanner, die im August 2009 die Projektleitung des Evaluationsprojekts an Herrn Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann übergab. Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation arbeiteten mit Frau Dipl. Pflegepädagogin (FH) Sybille Rommel, Frau Heidrun Morawietz (B.A. Pflegepädagogik) sowie Frau Monika Stach (M.A. Pflegewissenschaft). Ausführungen zur Evaluation sind dem Teil C zu entnehmen.

2.3 Rahmenvorgaben und Grundsatzentscheidungen für die Projektarbeit

Das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg genehmigte nach Antragstellung vom 25. September 2003 die Durchführung des Modellprojekts mit dem Bewilligungsbescheid vom 8. Februar 2005. Im Rahmen des Bewilligungsbescheids wurden folgende, für die Ausbildungskonzeption und Durchführung des Modellprojekts wesentlichen, Rahmenvorgaben gemacht:

- Genehmigung von Abweichungen bzgl. der Ausbildungsstruktur in Theorie und Praxis (Schule und Einsatzorte) laut § 4 Abs. 2 und 3 AltPflG und § 4 Abs. 2 KrPflG sowie Anlage 1 § 1 AltPflAPrV und KrPflAPrV, welche jeweils die Inhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung regeln.
- Beibehaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach § 6 AltPflG und § 5 KrPflG
- Abschluss nach dreijähriger Ausbildung durch staatliche Abschlussprüfung nach Abschnitt 3 der AltPflAPrV oder Abschnitten 1 bis 3 KrPflAPrV
- Sicherstellung der wissenschaftlichen Beurteilung (Evaluation) der Erkenntnisse
- Sicherstellung der Gesamtfinanzierung

2.3.1 Gesetzliche Grundlagen

Neben dem erwähnten Bewilligungsbescheid finden bei der Curriculumkonstruktion und der Durchführung der generalistischen Ausbildung die aktuellen Gesetze zur Regelung der Pflegeausbildung (AltPflG 2003, KrPflG 2003) mit den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen Anwendung (AltPflAPrV 2003, KrPflAPrV 2002). In beiden Gesetzen ist die so genannte Modellklausel enthalten, durch die es möglich wurde, im Rahmen der Modellvorhaben neue Ausbildungskonzeptionen zu entwickeln und zu erproben.

Darüber hinaus orientiert sich das Modellprojekt am vorläufigen Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zur/zum „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“ und zur/zum

„Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn“ (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2004). Der vorläufige Landeslehrplan von Baden-Württemberg wurde in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Baden-Württemberg e.V. erarbeitet und soll zusammen mit den Pflegeschulen in Baden-Württemberg evaluiert und ggf. weiterentwickelt werden (vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2004, 3). Aufgrund der Tatsache, dass es sich hier um einen vorläufigen Landeslehrplan handelt, hat sich die Projektgruppe entschieden, sich so weit möglich am Lehrplan zu orientieren, ggf. aber Abweichungen zu diskutieren und zuzulassen.

2.3.2 Grundlegende Richtlinien und Dokumente

Bei der Konstruktion des Curriculums wurden folgende Curricula und Ausbildungspläne zur Orientierung einbezogen und berücksichtigt:

- Gemeinsame Pflegeausbildung (Oelke/Menke 2002),
- Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in Nordrhein-Westfalen (NRW) (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2003)
- Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell© (Kerngruppe Curriculum 2006)
- Generalistische Ausbildung mit Schwerpunkten: Das Hamburger Modell der FREIEN® (Die FREIEN® (2007)
- Generalistische Pflegeausbildung: Das Berliner Modell der Wannseeschule (Jacob 2008)
- "Dualisierte" Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege des Bundesinstituts für Berufsbildung (Becker 2006a/b)

Der Lehrplan der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik orientierte sich bereits vor Aufnahme des Modellprojekts am so genannten „Oelke-Curriculum“. Dieses bot vor allem die gewünschte Ausrichtung an allen drei Lebensaltersstufen der zu Pflegenden. Zur Umsetzung des „Oelke-Curriculums“ wurde die Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW herangezogen. Zusätzlich erfolgte eine Erweiterung des Curriculums durch ausgewählte Inhalte aus der anthroposophischen Pflege und Medizin.

Bei der Analyse der Ausgangsbedingungen und im weiteren Verlauf der Curriculumentwicklung zog die Projektgruppe aktuelle und gängige Modellprojekte heran. Das Stuttgarter Modell© als Beispiel für eine integrative Ausbildungsform konnte bei der Curriculumkonstruktion für die generalistische Ausbildung einen wichtigen Beitrag leisten. Zum einen ist das Stuttgarter Modell sehr differenziert und durch viele Veröffentlichungen inhaltlich leicht zugänglich (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006). Zum anderen ist die Ausbildungsstruktur durch die Integration der drei Pflegeberufe an eine generalistische Ausrichtung angelehnt und kann so eine hilfreiche Orientierung bieten.

In der Analyse von durchgeführten und laufenden Modellprojekten wurde deutlich, dass es in Deutschland zunehmend mehr generalistische Ausbildungsmodelle gibt (www.tip-netzwerk.de). Erste Modellprojekte, die es in dieser Ausrichtung gab, sind das Hamburger Modell der Freien® und das Berliner Modell der Wannseeschule. In Bezug auf diese Modellprojekte waren einzelne Veröffentlichungen (vgl. Die FREIEN® 2003; Jacob 2008) sowie persönliche Kontakte zu den Projektverantwortlichen wichtig und hilfreich.

Teil B: Curricularer Begründungsrahmen

3 Pflege als Beruf – Reform der Pflegeausbildung

(Monika Kneer)

Mit den neuen Gesetzesregelungen in der Alten- und Krankenpflege hat der Gesetzgeber in den Jahren 2003/2004 eine wichtige Reform auf den Weg gebracht. Vorausgegangen waren jahrelange Diskussionen der Berufsverbände und Interessenvertreter über die Struktur der Pflegeausbildung (vgl. u.a. Stöcker 2005, 37f.). Trotz der unterschiedlichen Auffassungen in Bezug auf integrierte, integrative oder generalistische Strukturen der Pflegeausbildung, herrschte weitgehend Konsens über die veränderten Bedingungen und Anforderungen in der professionellen Pflege.

3.1 Ausgangsbedingungen für Pflegeberufe und Pflegeausbildung

Über die veränderten Herausforderungen für die Pflegeberufe wurde und wird viel geschrieben. Eine Neuausrichtung der Pflegeausbildung erscheint unabdingbar. Ausschlaggebend hierbei sind folgende Entwicklungen und Veränderungen:

- Demografische Entwicklung
- Gesundheitspolitische Entwicklungen
- Arbeitsmarktpolitische Entwicklungen
- Entwicklungen in der Gesundheits- und Pflegewissenschaft
- Berufspädagogische Entwicklungen
- Entwicklungen auf internationaler Ebene

3.1.1 Demografische Entwicklung

Mit den demografischen und sozialen Veränderungen beschäftigt sich unter anderem ein Gutachten der Universität Bremen im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen. In dem Gutachten auf folgende Aspekte hingewiesen:

- steigender Anteil älterer und hoch betagter Menschen, vor allem die überproportionale Zunahme der Hochaltrigkeit (Menschen > 80 Jahre)
- Zunahme psychischer und gerontopsychiatrischer Erkrankungen im Alter, insbesondere der Demenz
- steigende Zahl an Migrantinnen, die aufgrund von veränderten Familienstrukturen eine höhere Inanspruchnahme der professionellen Pflege aufweisen
- Zunahme von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und langfristigen Behinderungen
- Veränderungen im traditionellen Familienmodell und die Zunahme vielfältiger Lebensstile (sozialer Wandel)
- Zunahme von allein lebenden Menschen, Paaren ohne Kinder und gleich-geschlechtlichen Formen des Zusammenlebens

(vgl. Hasseler/Görres 2005, 21 ff.)

Pflegende Angehörige stellen einen wichtigen Bezugspunkt in der Betreuung zu pflegender Menschen dar. Für viele Pflegebedürftige ist es aber auch wichtig, auf Sozialkontakte und Hilfen außerhalb der Familie zurückgreifen zu können (vgl. Hasseler/Görres 2005, 27). Der demografische und soziale Wandel hat Auswirkungen auf die zukünftigen Anforderungen im Pflege- und Gesundheitswesen. Eine stetig steigende Inanspruchnahme professioneller Pflege wird zu erwarten sein (vgl. Kliebsch u.a. 2000 in Hasseler/Görres 2005, 26).

3.1.2 Gesundheitspolitische Entwicklungen

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte bis heute entwickelten sich die Kosten des Gesundheitswesens zu einem immer größeren Problem. Verschiedene Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Einführung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) im Jahre 1995 versuchten, durch weit reichende Strukturveränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen, dieses Problem zu lösen. Durch eine finanzpolitisch bestimmte Gesundheitspolitik und der so genannten Deckelung führte der Gesetzgeber eine kostenorientierte Ausgabenbegrenzung ein. Die Auswirkungen für die Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Leistungserbringer waren eine anhaltende Budgetierung und der Abbau von Krankenhausbetten. Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde mit dem Leitsatz „ambulant vor stationär“ der häuslichen Versorgung der Vorrang eingeräumt. Mit der Gesundheitsreform vom Jahre 2000 ergab sich für die Krankenhausfinanzierung ein neues Entgeltsystem zur leistungsorientierten und pauschalisierten Vergütung von Krankenhausleistungen. Das System der Diagnosis Related Groups (DRGs) ersetzt das krankheitsbezogene Fallgruppensystem (vgl. Stöcker 2002, 57 ff.). Mit der Einführung des DRG-Systems ergab sich für stationäre Einrichtungen eine deutliche Verringerung der Verweildauer. Es kam damit zu einer „Verdichtung der pflegerischen Arbeit auf die intensivpflegerische Betreuung vor- [sic] oder nach der Operation bzw. weitgehende Beschränkung auf die Akutphase einer internistischen Erkrankung...“ (Brendel/Dielmann 1998, 13). Hasseler und Görres (2005) beschreiben die Auswirkungen der Verweildauer-verkürzung auf die nachsorgenden Bereiche. Ein großes Problem sei die Auslagerung von Leistungen in die stationäre Altenhilfe, die geriatrische Rehabilitation, die Kurzzeit- und Tagespflege sowie in die ambulante Pflege. Neben der Kostenverschiebung in die nachsorgenden Bereiche beklagen die Autoren auch die „verfrühten Entlassungen labiler Patienten bzw. ‚blutige Entlassungen‘“ (Hasseler/Görres 2005, 27). Dadurch könne eine Zunahme der Fallschwere der zu pflegenden Menschen sowie ein erhöhter medizinisch-pflegerischer Behandlungsbedarf erwartet werden. Aus diesen veränderten Bedingungen resultiere unter anderem auch ein erhöhter Qualifikationsbedarf des Personals in den nachsorgenden Bereichen (vgl. Hasseler/Görres 2005, 27f.).

Weitere Konzepte der Gesundheitspolitik wie Disease-Management-Programme oder das Konzept der Integrierten Versorgung beeinflussen die Aufgaben und Handlungsfelder von Pflegenden in zunehmendem Maße. Es wird in der Zukunft nötig sein, „...fachliche Kapazitäten und Leistungen auszuweiten und durch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Gestaltung des Dienstleistungsangebotes Versorgungslücken in der pflegerischen Versorgung zu schließen (Hasseler/Görres 2005, 65). Für diese bedarfs- und bedürfnisgerechte Gestaltung sind weit reichende Maßnahmen und Angebote erforderlich, wie zum Beispiel:

- wohnortnahe Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige
- Unterstützung durch informelle Netzwerke, wie die Nachbarschaftshilfe
- flexible ambulante Dienstleistungen
- hauswirtschaftliche, präventive und rehabilitative Angebote und Maßnahmen
- Spezifische Pflegekonzepten, Einrichtungen und Diensten
- Koordination und Steuerung pflegerischer Versorgung (z. B. Case-Management)
- Konzepte zur sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit
- Qualifikation der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen (vgl. Hasseler/Görres 2005, 65)

Die Ausbildung in den Pflegeberufen muss in Zukunft vermehrt für diese Aufgaben qualifizieren, damit eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege möglich wird.

3.1.3 Arbeitsmarktpolitische Entwicklungen

Der Pflegeberuf gilt als Wachstumsmarkt mit Karrierechancen. Ausgehend von den Zahlen zur demografischen Entwicklung errechnet das Deutsche Institut für Wirtschaftsentwicklung (DIW) eine Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2020 um rund 1 Million. Im Jahr 2050 rechnet das Institut mit 4,7 Millionen Pflegebedürftigen. Das ist das 2,5-fache der heutigen Zahl. In diesem Zusammenhang stellt das Institut heraus:

Die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger stellt nicht nur für die soziale Sicherung eine Herausforderung dar, die Nachfragesteigerung nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegediensten eröffnet auch merkliche Beschäftigungspotentiale. Diese gilt es durch entsprechende Rahmenbedingungen zu erschließen. Auch wenn es einen politischen Konsens für eine stärkere private Absicherung des Pflegerisikos geben sollte, wird der heute auf 1,7 % festgeschriebene Beitragssatz keinesfalls ausreichen. Erforderlich ist zudem eine Aufwertung der Pflegediensttätigkeiten, um qualifiziertes Personal für die entsprechenden Berufsfelder gewinnen zu können. (DIW 2001, 3)

Blickt man zurück auf die Entwicklungen im Gesundheitswesen seit der DRG-Einführung, so stellt man fest, dass in der Krankenhauspflege zwischen 1996 und 2008 zur Kosteneinsparung ca. 50.000 Stellen gestrichen und die Zahl der Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege zwischen den Jahren 2000 und 2008 um 10% abgebaut wurden (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2010, 5, 8). So stellt sich die Frage, wie der entstehende Bedarf an professioneller Pflege in der Zukunft finanziell und personell gedeckt werden kann.

3.1.4 Entwicklungen in der Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Seit dem In-Kraft-Treten der neuen Berufsgesetze beeinflusst die Pflege- und Gesundheitswissenschaft die Ausbildung in den Pflegeberufen in zunehmendem Maße. Durch die Ausrichtung des Ausbildungsziels an allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen (§ 3 AltPflG; § 3 KrPflG) wird in der Pflegeausbildung erstmals eine stärkere Wissenschaftsorientierung deutlich. Für die Curriculumentwicklung hat das zur Folge, dass Inhalte aus der Wissenschaft (Forschungsergebnisse und –methoden, wissenschaftliche Theorien etc.) in den Unterricht einfließen müssen (vgl. Stöcker 2005, 53).

3.1.5 Berufspädagogische Entwicklungen

Im Jahre 1991 beschrieb die Kultusministerkonferenz der Länder (KMK) mit den „Rahmenvereinbarungen über die Berufsschulen“ (KMK 1991) die Berufsschule und den Ausbildungsbetrieb als gleichwertige Lernorte (vgl. KMK 1991, 2). Mit der Veröffentlichung der „Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe“ im Jahre 1996 hat die KMK vorgegeben, wie Rahmenlehrpläne an Berufsschulen erstellt werden. Die Handreichungen wurden inzwischen mehrfach überarbeitet und liegen derzeit in der Version aus dem Jahre 2007 vor (KMK 2007). Die neuen Ausbildungsgesetze für die Pflegeberufe greifen die Kompetenz- und Handlungsorientierung auf, wie sie die KMK in den Handreichungen einfordert. Zur Realisierung der Handlungsorientierung im Unterricht empfiehlt die KMK die Strukturierung der Lehrpläne nach dem Lernfeldkonzept. Mit diesem Reformansatz aus der Berufspädagogik soll der Wissenstransfer von theoretischem Wissen in das berufliche Handeln gefördert werden (vgl. Stöhr 2005, 13).

Durch die Gesetzesänderung wurde das Lernfeldkonzept zur in den Pflegeausbildungen als berufspädagogisches Konzept zu einem zentralen Thema. Im Altenpflegegesetz wird die Ausgestaltung nach Lernfeldern bei der Strukturierung der Inhalte der theoretischen

Ausbildung vorgegeben (Anlage A AltPflAPrV) sowie bei den Prüfungsmodalitäten erwähnt (§§ 10—11 AltPflAPrV). Im Gesetz für die Berufe in der Krankenpflege ist der Lernfeldansatz nicht direkt formuliert, doch „...legt der Aufbau der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine Lernfeldorientierung nahe“ (Stöhr 2005, 13). Die berufspädagogischen Herausforderungen für die Lehrkräfte an den Schulen des Gesundheitswesens sind durch die Einführung des Lernfeldkonzepts beträchtlich und anspruchsvoll. Doch auch die Ausrichtung der Ausbildungen an der beruflichen Handlungskompetenz und damit die Einführung neuer Lehr- und Lernmethoden sind zu nennen. Die Umstellung der Lehrpläne ist eine aufwändige und komplexe Aufgabe, die berufspädagogische Kenntnisse und Planungskompetenz erfordert (vgl. Reiber 2004, 50).

3.1.6 Entwicklungen auf internationaler Ebene

Die Akteure der Entwicklungen auf internationaler Ebene werden von Stöcker (2002) in drei Schwerpunktbereiche eingeteilt:

- Die Weltgesundheitsorganisation
 - Der Europarat
 - Die Europäische Union
- (vgl. Stöcker 2002, 37 ff.)

Die vom Europarat und der Europäischen Union (EU) angeregten Entwicklungen beziehen sich auf die Vereinheitlichung der Pflegeausbildungen. Mit dem Europäischen Übereinkommen von 1967 wurden Mindestnormen für die theoretische und praktische Ausbildung festgelegt wie zum Beispiel die Zugangsvoraussetzungen sowie Dauer und Inhalte der Ausbildungen. Diese Richtlinien fanden in der deutschen Gesetzgebung erst im Krankenpflegegesetz von 1985 Berücksichtigung. Die Europäische Union regelt mit dem so genannten Europarecht die Rechtsnormen und Richtlinien, die für jeden Staat verbindlich sind. Neben den spezifischen Richtlinien für die allgemeine Pflege führte der EU-Ministerrat 1977 einen beratenden Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege ein. Der Ausschuss erarbeitet Vorschläge und Leitlinien zu Themen wie: Theorie-Praxis-Verknüpfung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zur Rolle des Pflegepersonals in der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus wurden Richtlinien zur gegenseitigen Anerkennung von Diplomen und Abschlusszeugnissen erlassen (vgl. Stöcker 2002, 42 ff.).

Im Jahr 1988 führte die WHO die „Erste Europäische Pflegekonferenz“ in Wien durch. Die Empfehlungen, die in der „Wiener Konferenz“ erlassen wurden „waren umfassend und betrafen Praxisfragen, Management, Ausbildung und Forschung“ (Salvage/Wesemann 1995, 15). In diesen Empfehlungen taucht zum ersten Mal die Forderung nach einer Ausbildung von „Pflegegeneralisten“ auf:

Alle Grundausbildungsgänge für die Pflege sollen neu gegliedert, formuliert und ausgebaut werden, damit das Ausbildungsziel der Allgemein-Pflegefachkraft erreicht wird, die sowohl im Krankenhaus als auch in der Gemeinde arbeiten kann. Jedes Spezialwissen und Fachkönnen sollte nach Absolvierung dieser allgemeinen Grundausbildung erworben werden. Zur Pflegeausbildung sollte auch eine breite Erfahrung durch die Arbeit außerhalb des Krankenhausbereichs gehören. (Salvage/Wesemann 1995, 127f.)

Die Autorinnen stellen fest, dass sich die Umsetzung dieser Empfehlungen in den Ländern als problematisch herausstellte. Die Frage, ob nun spezialisierte Grundausbildungen wie die Kinderkrankenpflege oder Hebammenausbildung zu Gunsten einer breiten Grundausbildung aufgegeben werden sollte, erregte großes Aufsehen (vgl. Salvage/Wesemann 1995, 15).

Auch die Anschlussfähigkeit und gegenseitige Anerkennung der Berufsausbildungen im Ausland ist ein wesentlicher Aspekt. Mit der „Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen“ stellt die EU die gegenseitige Anerkennung beruflich erworbener Qualifikationen in allen Staaten der Europäischen Union sowie den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz sicher. Es gelten ein sektorales (berufsbezogenes) oder – für Qualifikationen, die nicht zu den sektoralen Richtlinien zählen – ein horizontales (allgemeines) Anerkennungsverfahren. Das allgemeine Anerkennungsverfahren gliedert die Berufsabschlüsse nach den notwendigen Zugangsvoraussetzungen. Für den deutschen Weg in der Ausbildung zu den Pflegeberufen Alten- sowie Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege wirken sich die bisher unterschiedlichen Regelungen auf die Anerkennung aus.

Der Beruf der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin – nur in Deutschland, Italien und Österreich üblich - wird über die horizontale Berufsrichtlinie erfasst und führt zur Berufs- und Niederlassungsfreiheit in den EU-Staaten. Der beruflichen Altenpflege fehlte aufgrund der nicht bundeseinheitlichen Regelung bis 2003 und der nur in Deutschland üblichen Erstausbildung demzufolge jegliche europäische Anbindung („nationaler Sonderweg“). (Stöcker 2005, 22)

Mit der bundeseinheitlichen Regelung durch das Altenpflegegesetz (2003) stellte die Bundesregierung einen Antrag auf Eingliederung der Altenpflege ins horizontale Richtlinienensystem (vgl. Stöcker 2005, 22). Dieser Antrag wurde laut einer Pressemitteilung abgelehnt. Anfang September 2005 legte das Europäische Parlament und der Europäische Rat mit der „Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen – EU-Richtlinie 2005/36/EG“ fest, dass nur die deutsche Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in allen 25 EU-Ländern vollständig anerkannt wird. Für die deutsche Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung gilt jedoch, dass dieser Abschluss nur bedingt anerkannt wird, das heißt nur in den Ländern, in denen eine entsprechende Ausbildung oder Zusatzqualifikation angeboten wird. Der Abschluss in der Altenpflege wird weiterhin von keinem anderen EU-Staat anerkannt. Die EU-Richtlinie tritt im Oktober 2007 in Kraft (vgl. Pressemitteilung 2006, 142).

Die genannten Entwicklungen führten zu einer Neuordnung der Pflegeberufe in Deutschland, mit weit reichenden Konsequenzen für die Akteure in der Pflegebildung. Die neue Gesetzesregelung gab den Anstoß für einen berufsfachlichen und berufspädagogischen Paradigmenwechsel, der noch immer eine sehr große Herausforderung für alle Beteiligten darstellt (vgl. BMFSFJ 2008, 27).

3.2 Die drei traditionellen Berufsbilder in der Pflege

Laut einer Systematik des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) gehören die Pflegeberufe zu den personenbezogenen und sozialen Dienstleistungsberufen im Berufsfeld Gesundheit I. Zum Berufsfeld Gesundheit II zählen beispielsweise die Berufe in der Rehabilitation (u.a. Ergotherapeuten) und Medizintechnik (u.a. Medizinisch-technische Assistenten). Eine gute Übersicht über die Einteilung und die Vielzahl der unterschiedlichen Regelungen für dieses Berufsfeld findet sich in den Veröffentlichungen des BIBB (vgl. Becker/Meifort 2006, 39f.).

Die Zersplitterung des Berufsfeldes wird anhand der vielen Regelungen für die Pflegeberufe deutlich (vgl. Becker/Meifort 2006, 39). Eine Ursache hierfür ist die Verortung der Pflegeausbildung im Berufsbildungssystem. Anders als andere Ausbildungsberufe im Dualen System, das als eigenständiger Bildungsbereich dem Bildungswesen also dem Kultusministerium untersteht, ist die Ausbildung in den Berufen der Gesundheit- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege ein Teil des Gesundheitswesens. Auch die Ausbildung in der Altenpflege untersteht nicht dem Dualen System, obwohl die Ausbildung teilweise dem Regelsystem der Berufsbildung zugeordnet ist. Im Bereich der Altenpflegeausbildung gibt es private wie öffentliche Schulen. Diese Besonderheiten für die Schulen des Gesundheitswesens haben zur Folge, dass es keine einheitlichen Regelungen gibt. Es existieren üblicherweise keine Ausbildungsrahmenpläne für die praktische Ausbildung (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 55 ff.). Im Rahmen von Modellprojekten des BIBB wurden Ausbildungsrahmenlehrpläne für die Pflegeberufe entwickelt (vgl. Becker 2006a/b).

Alle drei Pflegeberufe sind mittlerweile durch bundeseinheitliche Berufsgesetze geregelt. Die erste gesetzliche Regelung für eine einjährige Krankenpflegeausbildung in Deutschland wurde 1906 erlassen. Erste Vorgaben für eine staatliche Prüfung in der Säuglings- und Kinderkrankenpflege gab es ab 1917. Nach dem Dritten Reich wurde eine wichtige Regelung für die Kranken- und Kinderkrankenpflege im Grundgesetz (GG) verankert. Der Art. 74 regelt die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen (Art. 74 GG, Nr. 19). Die Altenpflegeausbildung wurde lange Zeit als Teil der Sozialpolitik und damit als sozialpflegerischer Beruf angesehen. Der Art. 74 GG fand somit keine Anwendung was zur Folge hatte, dass im gesamten Bundesgebiet viele unterschiedliche Länderregelungen in Bezug auf die Zugangsvoraussetzungen, die Dauer und die Inhalte der Ausbildung existierten. Seit 2003 fallen nun alle drei Pflegeberufe in die Gesetzgebung des Bundes. Die Altenpflegeausbildung ist somit eine bundeseinheitliche Ausbildung mit einheitlicher Prüfung (vgl. Ingwersen 2003, 38 ff.).

Der Sinn eines definierten Berufsbildes ist, das berufliche Selbstverständnis und die gemeinsame Zielsetzung eines Berufsstandes zu beschreiben. Das bedeutet, die Frage danach zu klären, was Pflege ist. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat 1993 in Anlehnung an die Definition von Krankenpflege des Internationalen Weltverbandes der Pflegeberufe (ICN) und der WHO ein Berufsbild für beschrieben:

...Pflege erstreckt sich auf Gesunde und Kranke, bezieht also Gesundheitsvor- und fürsorge [sic] sowie die Betreuung gesunder Hilfsbedürftiger mit ein (...). Es gehört zum beruflichen Selbstverständnis (...), dass sich Pflege an der Bedürftigkeit des Menschen orientiert, nicht an seinen einzelnen Funktionen. Der Mensch wird in seiner Ganzheit betreut... (DBfK 1993 in Hochscheid 2008, 8)

Aus dieser ganzheitlichen Definition wird deutlich, dass das Berufsbild alle drei Pflegeberufe einschließt. Lauber (2001) fasst die gemeinsamen Hauptaussagen der Berufsbilder wie folgt zusammen:

Pflege ist ein eigenständiger Beruf des Gesundheitswesens, der einer Ausbildung bedarf und gegen Bezahlung ausgeübt wird.

Pflege setzt am ganzen Menschen an. Sie ist sowohl auf kranke als auch auf gesunde Anteile des Menschen gerichtet, was die Bereiche der Prävention und Rehabilitation einschließt, und berücksichtigt neben physischen auch psychische und soziale Aktivitäten und Funktionen eines Menschen.

Pflege wird unter Einbezug eigener wissenschaftlicher Erkenntnisse und den Erkenntnissen wichtiger Bezugswissenschaften, wie z.B. der Medizin, Psychologie, Soziologie etc. ausgeübt.

Angehörige der Pflegeberufe sind zuständig für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit eines Menschen sowie die Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege.

Pflege als Berufsstand ist verantwortlich für die Ausbildung von Pflegepersonal und für die eigene Weiterbildung.

Die Ausübung der Pflege erfolgt in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens.
(Lauber 2001, 8)

Durch diese Aussagen wird die wichtige Abgrenzung der professionellen Pflege von der Laienpflege deutlich. Im Anschluss erfolgt eine kurze Charakterisierung der drei traditionellen Berufsbilder.

3.2.1 Gesundheits- und Krankenpflege

Mit dem Gesetz der Berufe in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege von 2003 wird ein verändertes Pflegeverständnis deutlich. Im Ausbildungsziel heißt es, die Ausbildung soll „...entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.“ (§ 3 Abs. 1 KrPflG). Neu ist auch, die Betonung der gesundheitsfördernden, präventiven, rehabilitativen und palliativen Ausrichtung der Ausbildung (§ 3 Abs. 1 KrPflG). Die Aufgaben werden differenziert in:

1. Eigenverantwortliche Aufgaben

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege
- Evaluation der Pflege, Qualitätsentwicklung und -sicherung
- Beratung, Anleitung und Unterstützung der zu pflegenden Menschen und den Bezugspersonen in der Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen von Arzt/Ärztin

2. Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung

- Eigenständige Durchführung von ärztlich veranlassten Maßnahmen
- Unterstützung bei medizinischer Diagnostik, Therapie und Rehabilitation
- Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen

3. interdisziplinäres Zusammenarbeiten

- multidisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen entwickeln

(§ 3 Abs. 2 KrPflG)

Die Umsetzung dieser Ausbildungsziele wird konkretisiert in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Der theoretische und praktische Unterricht ist in 12 Themenbereiche gegliedert:

1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten
2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten
3. Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten
4. Bei der Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten mitwirken und diese in das Pflegehandeln integrieren
5. Pflegehandeln personenbezogen ausrichten
6. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten
7. Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbedingungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten
8. Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken
9. Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes einleiten
10. Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen
11. Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen
12. In Gruppen und Teams zusammenarbeiten
(Anlage 1 A KrPflAPrV)

Diese 12 Themenbereiche gelten auch für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. So wird an dieser Stelle deutlich, dass der Gesetzgeber hier eine enge Übereinstimmung beider Berufe sieht und die Pflege von Menschen aller Altersgruppen für beide Berufsbilder von Bedeutung ist.

Als Aufgabengebiete und Handlungsfelder stehen in der Gesundheits- und Krankenpflege folgende Bereiche im Vordergrund:

- Pflege im ambulanten Bereich
 - Pflege im Krankenhaus
 - Spezialkrankenhäuser
 - Rehabilitationskliniken
 - Kurzzeitpflege, Tagespflege
 - Langzeiteinrichtungen, Pflegeheime
 - Palliativpflege und Hospize
 - Patienteninformations- und Beratungsdienste
 - Kranken- und Pflegekassen
- (vgl. Hundenborn 2009, 13f.)

3.2.2 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD) befürwortet für die Pflege von Kindern eine spezielle Berufsausbildung.

Kinderkrankenpflege versteht sich als eine spezielle Fachdisziplin „ganzheitlicher“ pflegerischer Leistungen, in deren Mittelpunkt das einzelne Kind in seinem unmittelbaren Lebensprozess steht. (...). Kinderkrankenpflege ist eine moderne, spezialisierte, gesellschaftlich als Beruf ausdifferenzierte Weise diesen Umgangs innerhalb des Gesundheitssystems. Sie umfasst die Betreuung gesunder, akut kranker, chronisch kranker und behinderter Kinder aller Altersstufen vom Früh- und Neugeborenen bis zum Jugendlichen. Dabei muss die Pflege dem jeweiligen psychischen und physischen Zustand des einzelnen Kindes altersgerecht angepasst werden. In solcher individueller Pflege ist sich die/der Pflegenden der besonderen Aufgabe als „Anwalt“ des Kindes bewusst. (BeKD 1994 in Hochscheid 2008, 8)

Eine weitere Besonderheit in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die in dieser Definition leider nicht deutlich wird, ist die enge Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie des kranken und pflegebedürftigen Kindes. Dies erfordert ein hohes Maß an Selbstkompetenz und die Fähigkeit zu interagieren, zu kommunizieren und einen systemischen Blickwinkel einzunehmen.

Folgende Aufgabenfelder werden der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zugeordnet:

- Pflege im Kontext der gesamten Familie
- Pflege im stationären wie ambulanten Bereich (präventive, rehabilitative und palliative Einrichtungen)
- Prävention: Gesundheit erhalten und fördern
- Rehabilitation: Gesundheit wiederherstellen, Akzeptanz der Gesundheitsstörung fördern (vgl. Hochscheid 2008, 8)

3.2.3 Altenpflege

Das Berufsbild der Altenpflege lautet wie folgt:

Der Beruf der Altenpflegerin/des Altenpflegers ist ein moderner sozialpflegerischer Beruf. Der Altenpflegerin/dem Altenpfleger obliegt die Pflege und Betreuung gesunder und pflegebedürftiger Menschen in Heimen, geriatrischen Abteilungen und sonstigen Einrichtungen und Maßnahmen der Altenhilfe sowie in ihrer Häuslichkeit. Im Rahmen dieser Tätigkeiten kann sie/er eigenständig eingesetzt werden und bei entsprechender Berufserfahrung die Leitung von Stationen und Heimen übernehmen. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 1995 in Riedel 2009, 52)

Folgende Aufgabenfelder werden der Altenpflege zugeordnet:

- Seniorenwohnheim und Altenpflegeheim
- Geriatrische Rehabilitation, geriatrisches Krankenhaus, Gerontopsychiatrie
- Tagesklinik, Tagespflege, Kurzzeitpflege
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Heimaufsicht
- Ambulante Pflege (vgl. Köther 2005, 813)

Diese Auflistung an Einsatzbereichen bietet nur einen kleinen Einblick in Aufgaben der Altenpflege. Das Altenpflegegesetz regelt die Ziele der Ausbildung: Die Ausbildung soll „...die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind (§ 3 AltPflG). Dies umfasst insbesondere

1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
 2. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
 3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
 4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,
 5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
 6. die umfassende Begleitung Sterbender,
 7. die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,
 8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
 9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
 10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.
- (§ 3 AltPflG)

Im speziellen Altenpflegelehrbuch werden die Aufgaben weiter differenziert und u.a. folgende Aufgaben formuliert:

- Anregung und Ermutigung alter Menschen zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihres Lebens entsprechend ihrer eigenen Bedürfnisse
 - Hilfe zur Erhaltung der Gesundheit und der eigenständigen Lebensführung
 - Förderung von Kontakten im Wohnumfeld, der eigenen Wohnung oder des Heimes
 - Gestaltung eines altengerechten Lebensraumes/Wohnumfeldes
 - Erkennen der Stärken alter Menschen
 - Fähigkeiten einbeziehen und die Selbstständigkeit fördernde Pflege (ressourcenorientierte Pflege), pflegerische Versorgung schwerkranker und sterbender alter Menschen
 - Mitwirkung bei der Prävention und Rehabilitation bei vorhandener oder drohender körperlicher, sozialer, geistiger oder psychischer Beeinträchtigung, Begleitung dementer Menschen
 - Betreuung und Beratung alter sowie kranker Menschen und pflegender Angehöriger in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
 - Motivierung und Anleitung der Familien z.B. in Pflegetechniken und den Gebrauch von Hilfsmitteln; Initiierung von Nachbarschaftshilfe
 - Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen und Ausführung ärztlicher Verordnungen,
 - Begleitung eines alten Menschen bei Verlusterfahrung,
 - ein Milieu zum Sterben schaffen, Begleitung Sterbender
- (vgl. Köther 2005, 813)

Bei einem näheren Vergleich der drei Berufsbilder fallen Gemeinsamkeiten auf. Viele Inhalte, Ziele, Aufgaben und Handlungsfelder decken sich. Das spezielle Profil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegt in der Besonderheit der Elternbetreuung und des damit zusammenhängenden Kompetenzprofils. Der Beruf der Altenpflege beschreibt weiterhin einen hohen Anteil an sozialpflegerischen Aufgaben wie Lebens- und Wohnumfeldgestaltung. Diese Besonderheiten müssen bei der Entwicklung von neuen Ausbildungskonzepten diskutiert und beachtet werden.

3.3 Berufsbilder im Wandel - Neue Ausbildungskonzepte in der Diskussion

In der Diskussion um eine Weiterentwicklung der Pflegeberufe steht die Struktur der Pflegeausbildung im Vordergrund. Die Modellklausel (§ 4 Abs. 6 KrPflG, AltPflG) hat seit der Reform der Berufsgesetze im Jahr 2003/2004 eine Vielzahl an Reformkonzepten der Pflegeausbildung auf den Weg gebracht immer mit dem Ziel, die bisherigen Berufsbilder neu zu strukturieren und zusammenzuführen. Die Ausbildungskonzepte werden eingeteilt in:

- Integrierte Modelle
 - Integrative Modelle
 - Generalistische Modelle
 - Duale Studiengänge
- (vgl. Jacob 2006a, 58)

3.3.1 Integrierte, integrative und generalistische Ausbildungsmodelle

Bei den integrierten Modellprojekten werden identische Ausbildungsinhalte aus den drei Pflegeberufen meist über zwei Jahre gemeinsam vermittelt, „...um anschließend in einer einjährigen Spezialisierungsphase die spezifischen Besonderheiten des jeweils angestrebten Berufsabschlusses in separaten Fachausbildungsgängen (entweder Kinder-, Kranken- oder Altenpflege) zu erwerben (sog. ‚Y-Ausbildung‘)“ (Jacob 2006a, 58). Becker (2006) vom Bundesinstitut für Berufsbildung verfolgt mit seinem „Wünschelrutenmodell“ in einer integrierten Ausbildung von Alten- und Krankenpflege den umgekehrten Weg. Er plädiert zunächst für eine getrennte Ausbildung im ersten Ausbildungsjahr und eine Zusammenführung ab dem zweiten Ausbildungsjahr. So würde die Entwicklung einer eigenen Perspektive und Berufsidentität im jeweiligen Pflegeberuf gefördert (vgl. Becker 2006b, 7).

Die Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell© beschreibt mit ihrem Ansatz

...die Zusammenführung der drei Berufe ‚Altenpflege‘, ‚Gesundheits- und Krankenpflege‘ und ‚Gesundheits- und Kinderkrankenpflege‘ zu einem Pflegeberuf (...) [und], dass die in den drei Berufsgruppen im Laufe der Zeit entstandenen und gelebten jeweils spezifischen Auffassungen vom Aufgabengebiet und der Zielsetzung beruflicher Pflege nicht negiert werden. (Kerngruppe Curriculum 2006, 143)

Die Kerngruppe Curriculum gestaltet den Curriculumprozess so, dass die Inhalte der drei Berufe nicht nur zusammengefügt wurden, sondern

...die berufsspezifischen Sichtweisen vom Gegenstand der Pflege bewusst wahrgenommen und genutzt (wurden), um sie zu etwas Neuem und übergeordneten Ganzen zusammen zu führen, um letztlich den Pflegeberuf als Ganzes ‚vollständiger‘ zu machen. (Kerngruppe Curriculum 2006, 143)

Eine Besonderheit der integrativen Modelle ist, dass die Möglichkeit besteht während der Ausbildung zum ersten Berufsabschluss einen zweiten vollwertigen Berufsabschluss, die

Fachhochschulreife oder eine Spezialisierung in einem der Berufsfelder zu erwerben. Die Ausbildungszeit verlängert sich hierbei um ein halbes oder ein Jahr (vgl. Jacob 2006a, 58).

Bei den generalistischen Ausbildungsgängen wird bei der Vermittlung lebensaltersspezifischer Pflegekompetenz durchgängig über die gesamte Ausbildungsdauer auf die zeitliche Trennung verzichtet. Die Auszubildenden erarbeiten sich fachtheoretische Inhalte aus allen drei Pflegeberufen und machen sich dabei mit den gemeinsamen Grundlagen sowie ausgewählten Besonderheiten der drei Pflegeberufe vertraut (vgl. Jacob 2006a, 58).

Mit den so genannten dualen Studiengängen ist die berufliche Erstausbildung an Fachhochschulen gemeint. Dieser Ausbildungsweg ist bei der Mehrzahl der europäischen Nachbarn die Regel. Ein Grund dafür ist, dass es in den meisten europäischen Ländern kein differenziertes Berufsbildungswesen wie in Deutschland gibt. Eine Akademisierung der Pflegeausbildung wird dennoch befürwortet und meist mit den bereits aufgeführten veränderten gesellschaftlichen wie gesundheitspolitischen Bedingungen begründet (vgl. Görres 2002 in Bischoff-Wanner 2008a, 153)

3.3.2 Standpunkte zur generalistischen Pflegeausbildung

Wie bereits beschreiben, geht die Bezeichnung „generalistische“ Ausbildung auf die WHO zurück, die in der Wiener Konferenz im Jahre 1988 den Begriff „General Nurse“ geprägt hat. Die WHO korrigiert im Jahre 1995 jedoch das Bild der „Pflegegeneralisten“ und bezeichnete dies nur als Anregung und nicht als bindende Vorschrift. Es ging der WHO nicht darum die Pflege in ein starres Korsett zu zwingen und die spezifischen Grundausbildungen wie Kinderkrankenpflege oder psychiatrische Krankenpflege abzuschaffen und durch eine generalistische Ausbildung zu ersetzen (vgl. Salvage/Wesemann 1995 in Kneer/Schmid 2006, 69).

Es ging viel eher darum, deutlich zu machen, dass die Pflege eine gründliche, breite Grundausbildung braucht, (...). Das pflegerische Wissen ist heute so breit gefächert, daß ein erster qualifizierender Abschluß für die praktizierende Pflegefachkraft niemals das Ende ihrer Ausbildung bedeuten kann. Um weiteren Mißverständnissen vorzubeugen, hat die WHO den Begriff der Pflegegeneralisten durch „Pflegefachkraft für Gesundheit für alle (...)“ ersetzt. (Salvage/Wesemann 1995, 16)

Aus diesem Zitat wird deutlich, dass es bei einer neuen Reform der Pflegeausbildung nicht generell um die Abschaffung von Spezialisten zu Gunsten von Generalisten gehen darf, sondern dass vielmehr die Inhalte der Grundausbildung stärker in den Blick genommen werden müssen. Mit der Bezeichnung „Pflegefachkraft für Gesundheit für alle“ wird von der WHO deutlich gemacht, dass es um eine inhaltliche Erweiterung der Ausbildungen um Aspekte wie zum Beispiel Gesundheitsförderung und Prävention usw. gehen muss und um einen insgesamt breiteren Blickwinkel auf alle Phasen des menschlichen Lebens.

Dennoch dauert die Diskussion um eine generalistische Ausbildung weiterhin an. So sehen die Berufsverbände der Kinderkranken- und Altenpflege die Sache kritisch. Sie befürchten (zu Recht?) einen Verlust des eigenen Berufsprofils und Probleme in der umfassenden und qualifizierten pflegerischen Versorgung von Kindern und deren Familien (vgl. BeKD 2009, 1). Die Verbände der Krankenpflege argumentieren für die generalistische Ausbildung mit dem Hinweis auf die veränderten Anforderungen und der internationalen Vergleichbarkeit. Bischoff-Wanner (2008) diskutiert die üblichen Argumente jedoch kritisch und stellt fest, dass eine fundierte Diskussion und eine Abgrenzung der wichtigen Argumente dazu fehle (vgl. Bischoff-Wanner 2008a, 151).

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) fordert in seinem Bildungskonzept „Pflegebildung offensiv“ (2006) eine generalistische Ausbildung mit folgender Begründung:

- Die Spezialisierung in Altersgruppen bringt die Pflegeberufe und die Institutionen in eine Konzept- und Handlungskonkurrenz
- In den Sozialgesetzen wird mit dem Begriff „Pflegefachkraft“ nicht zwischen Institutionen, Berufsaufgaben und Fachdisziplinen unterschieden
- Pflegeausbildungssystem mit neuen und bekannten Handlungsfeldern, das in sich keine systemischen Begrenzungen aufweist
- Pflegewissenschaft und Pflegeforschung unterscheiden nicht zwischen drei traditionellen Berufsprofilen. Phänomene und Problemstellungen werden aufgrund eines gemeinsamen Pflegebegriffs bearbeitet
- Der individuelle Mensch mit seinen sozialen Bezügen steht im Mittelpunkt moderner Pflege, die dann Pflegekonzepte und Pflegephänomene heranzieht
- Differenzierungen nach pflegerischen Qualifikationen erfolgen auf dem Arbeitsmarkt eher kaum. Einstellungen erfolgen aufgrund des Bedarfs in Pflegeeinrichtungen eher quantitativ als qualitativ
- Behinderung der Mobilität und Anerkennungsschwierigkeiten in der EU werden beseitigt (vgl. Stöcker 2002 in DBR 2007, 38)

Auch das Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (TIP) fordert in seinem neuen Positionspapier (2009) die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung. Die Begründung des neuen Berufsprofils lautet folgendermaßen:

Pflege findet bedingt durch epidemiologische und demografische Transitionsprozesse nicht mehr begrenzt auf einzelne Altersgruppen statt. Die pflegeberuflichen Kompetenzen in der gesundheits- und pflegebezogenen Unterstützung und Begleitung junger, erwachsener und alter Menschen oder in der Pflege akut oder chronisch Erkrankter sowie von Menschen mit Behinderung in Kurz- oder Langzeitbetreuung ist institutionenübergreifend erforderlich. Um dem gewandelten Anforderungsprofil Rechnung zu tragen, sind die bisher getrennten Berufe Alten-, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem allgemeinen Pflegeberuf (General Nurse) zusammenzuführen. Die berufliche Flexibilität der Absolventen wird dadurch erhöht. Das bisher in den getrennten Grundausbildungen vermittelte Spezialwissen wird Gegenstand von Anpassungs- bzw. Aufstiegsweiter-bildungen (TIP 2009, 2).

Nach Abschluss des Modellprojekts „Pflegeausbildung in Bewegung“ mit acht Teilprojekten hat auch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in ihrem Abschlussbericht die Empfehlung gegeben, die Pflegeausbildungen „...als eine vollständig integrierte Ausbildung mit generalistischer Ausrichtung“ (...) zu regeln“ (BMFSFJ 2008, 18). Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts fordert ein bundeseinheitliches Ausbildungsgesetz das eine dreijährige Ausbildung mit einem Berufsabschluss vorsieht. Die Auszubildenden sollten in der praktischen Ausbildung die Möglichkeit haben, einen Schwerpunkt zu setzen und sich in ein Arbeitsfeld (gewähltes Spezialgebiet) zu vertiefen. Die praktische Abschlussprüfung sollte auch in diesem Ausbildungsfeld erfolgen (vgl. BMFSFJ 2008, 18).

3.3.3 Der generalistische Ansatz im Modellprojekt der FKS

Ausgangspunkt und Hintergrund der Ausbildungskonzeption an der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik war: Die Zusammenführung und Erweiterung des Qualifikationsprofils professioneller Pflege aus den drei einzelnen Pflegeberufen zu einem übergeordneten Ganzen. Der Begriff ‚Generalisierung‘ beschreibt die Vereinheitlichung und Verallgemeinerung eines Sachverhaltes. Als Generalisten werden Fachkräfte bezeichnet, die nicht auf ein bestimmtes Spezialgebiet festgelegt sind (vgl. Duden 2003, 499). Die Kritik am generalistischen Ansatz in der Pflegeausbildung besteht häufig darin, dass hier omnipotente und höchst flexibel einsetzbare Pflegekräfte ausgebildet würden, die für ein breites Aufgabenfeld zuständig und für fachspezifische Aufgaben nicht qualifiziert seien (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 144). Diese Gefahr besteht bei der Zusammenführung von drei bisher getrennten Berufsbildern zu einem einheitlichen Berufsabschluss mit einer gleichen Ausbildungsdauer von drei Jahren unserer Ansicht nach dann, wenn die Inhalte der einzelnen Ausbildungen ausschließlich additiv zusammengeführt werden.

Bei den Diskussionen über das Für und Wider einer generalistischen Pflegeausbildung entwickelte die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik folgenden Standpunkt: Die Veränderungen im Gesundheits- und Berufsbildungswesen und die intensive Reflexion der bestehenden Pflegeausbildung führen zu der Ansicht, dass Wissen und Kompetenzen von professionell Pflegenden grundlegend, d.h. unabhängig vom Lebensalter der zu Pflegenden beschrieben und ausgebildet werden kann und muss.

Folgende Schwerpunkte standen bei der Entwicklung des generalistischen Ansatzes im Vordergrund:

- Entwicklung von Basiskompetenzen und Basiswissen
- Lebenslauf- und Entwicklungsorientierung
- Arbeitsprozesssteuerung in der Pflege
- Zukünftige Aufgaben- und Praxisfelder
- Einbeziehung der anthroposophische Menschen- und Welterkenntnis

Um zu vermeiden, dass die Ausbildungsinhalte der drei Pflegeberufe nur additiv in einen gemeinsamen Pflegeberuf zusammengeführt werden muss der Blick auf die gemeinsame Basis der drei Berufe gerichtet sein. Die Schwierigkeit darin ist, dass es bisher keine fundierten Befunde darüber gibt, wie diese gemeinsamen und grundlegenden Kompetenzen beschrieben werden.

Das neue Krankenpflegegesetz zielt mit der Formulierung des Ausbildungsziels in § 3 Abs. 1 Satz 3 KrPflG und mit der Beschreibung des Themenbereichs 1 in Anlage 1 der KrPflAPrV auf eine generalistische Ausbildung ab: In der Ausbildung sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (§ 3 Abs. 1 Satz 3 KrPflG). Der theoretische und praktische Unterricht umfasst u.a. folgenden Themenbereich: Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten (Anlage 1 A KrPflAPrV).

Bei der Entwicklung der Ausbildungskonzeption der FKS wurden die Aufgabenfelder, Basiskompetenzen und Arbeitsprozesse der jeweiligen Berufe betrachtet und curricular verankert. Damit soll ein grundlegendes Berufsprofil professioneller Pflege beschrieben werden, das die Auszubildenden für den jetzigen und zukünftigen Bedarf qualifiziert. Das jeweilige Spezial- bzw. Expertenwissen kann und muss nach der Grundausbildung im jeweiligen Fachgebiet erworben und weiterentwickelt werden.

Das Verständnis der FKS von einer generalistischen Pflegeausbildung ist dem der Kerngruppe Curriculum (2006) zur integrativen Ausbildung ähnlich:

Wissen und Können der drei Pflegeberufe werden zu einem übergeordneten Ganzen zusammengeführt und erweitert. Dadurch erfolgt eine differenzierte und vollständigere Beschreibung des pflegeberuflichen Gegenstands- und Aufgabenbereichs (Kerngruppe Curriculum 2006, 145).

Für die FKS ergibt sich aus dieser Sichtweise die Konsequenz, das übergeordnete Ganze als eine Berufsqualifikation auszubilden und nicht (wie im Stuttgarter Modell©) wieder in drei Berufsabschlüsse zu zersplittern. Eine Trennung dieses übergeordneten Ganzen in Form der Beibehaltung der drei Berufsbezeichnungen und –abschlüssen ist aus unserer Sicht folgewidrig und nicht konsequent. Die Freie Krankenpflege an der Filderklinik beschreibt das einheitliche, generalistische Berufsprofil in Form eines Kompetenzmodells für die anthroposophisch erweiterte, generalistische Pflegeausbildung (siehe Kapitel 7).

4 Curriculumentwicklung, -konstruktion und -implementierung

(Monika Kneer, Ulrike Gubba-Hoke, Gernot Adolphi)

In einem Curriculum wird „...mehr oder weniger differenziert festgelegt, zu welchen Lernergebnissen der Unterricht führen soll“ (Knigge-Demal 2001, 42). Die Curriculumentwicklung beschreibt den Entwicklungsprozess und die Curriculumkonstruktion sowie die inhaltliche und strukturelle Gestaltung (vgl. Oelke 1999 in Humbert u.a. 2008, 27). Welche Aufgaben und Entwicklungsphasen ergeben sich dabei? Siebert (1974) gibt folgende Phasen der Curriculumentwicklung vor:

1. Begründungsrahmen
 - Pflege- und Berufsverständnis, Leit- und Bildungsziele
2. Analyse
 - Handlungsfelder
 - Lernvoraussetzungen
 - Wissenschaftliche Disziplinen
3. Curriculum
 - Lernziele, Lerninhalte, Lernmethoden
 - Begründete, aufeinander aufbauende Lernsequenzen
4. Implementierung, Evaluation, Revision
(vgl. Siebert 1974 in Knigge-Demal 2001, 45)

Eine andere Quelle zur Curriculumentwicklung variiert den Ablauf und kommt zu sechs Phasen:

1. Analyse des Arbeitsmarktes
 2. Analyse der Rahmenbedingungen
 3. Analyse von Handlungsfeldern
 4. Entwicklung von Lernfeldern
 5. Entwicklung von Lernsituationen
 6. Evaluation und Revision
- (vgl. Kremer 2005, 47 ff.)

Aufgrund der kurzen Vorlaufzeit des Projekts musste die Curriculumgruppe von den vorgegebenen Phasenmodellen abweichen und sich auf ein pragmatisches Vorgehen einigen. Nach der Festlegung eines Projektszeitplans (siehe Anhang 1) wurden die Phasen der Curriculumentwicklung wie folgt abgeändert:

1. Ausgangsanalyse
2. Entwicklung des Begründungsrahmens
3. Curriculumkonstruktion
4. Implementierung des Curriculums
5. Evaluation und Revision des Curriculums

In der konkreten Umsetzung zeigte sich, dass die Phasen zeitlich nicht hintereinander ablaufen konnten. Vielmehr war es erforderlich, mehr oder weniger zeitgleich an den Phasen zwei bis vier zu arbeiten, um so den Ausbildungsbeginn am 01. April 2007 zu gewährleisten. Annähernd über den gesamten Ausbildungsverlauf wurde folglich an der Entwicklung und der Implementierung des Curriculums gearbeitet, was auch einige Schwierigkeiten nach sich zog (siehe Kapitel 10).

4.1 Ausgangsanalyse

Die Analyse der Rahmenbedingungen konzentrierte sich auf die an der Schule vorhandenen Konzepte und Ausgangsbedingungen. Zusätzlich erfolgte eine Auseinandersetzung mit den gesetzlichen Grundlagen für die Pflegeausbildung. In Bezug auf die Lernvoraussetzungen geht es darum, bereits vorhandene Qualifikationen und individuelle Lernchancen der Adressatengruppe zu berücksichtigen (vgl. Knigge-Demal 2001, 50). Eine kurze Darstellung der wissenschaftlichen Disziplinen und die Analyse hinzugezogener Curricula runden diesen Teil der Analyse ab.

4.1.1 Analyse der Ausgangsbedingungen und der vorhandenen Konzepte

Die FKS bildet seit 1982 Pflegende aus und arbeitet in inhaltlicher wie methodischer Hinsicht auf Basis der anthroposophischen Menschen- und Welterkenntnis. Das seit 2004 genutzte Curriculum orientierte sich am Curriculum für die gemeinsame Pflegeausbildung nach Oelke/Menke (2002). Die Schule hat sich mit der Gesetzesänderung im Jahre 2003 und damit kurz vor Aufnahme des Modellprojekts bereits im Hinblick auf eine generalistische Ausbildung dazu entschlossen, ein Curriculum in Anlehnung an das Curriculum von Oelke/Menke zu erarbeiten. Insgesamt wurden drei Kurse nach diesem Curriculum in der Gesundheits- und Krankenpflege ausgebildet. Die Ausbildung beinhaltete 2390 Stunden für die theoretische und ca. 3000 Stunden für die praktische Ausbildung. Die Ausbildung erfolgte überwiegend im Blocksystem. Über die gesamte Ausbildungsdauer hinweg gab es einmal pro Woche einen Schultag. Ein Unterrichtstag an der FKS umfasst in der Regel neun Unterrichtsstunden. Freitags ist der Unterrichtstag um die letzte Einheit verkürzt und dauert daher nur 7,3 Unterrichtsstunden. Eine Blockwoche beträgt somit 43,3 Unterrichtsstunden. Die Unterrichtszeiten waren und sind noch heute wie folgt vorgegeben:

1. Unterrichtseinheit: 08:00 – 09:30 Uhr (90 Minuten)
2. Unterrichtseinheit: 10:00 – 11:30 Uhr (90 Minuten)
3. Unterrichtseinheit: 11:45 – 13:00 Uhr (75 Minuten)
4. Unterrichtseinheit: 14:30 – 15:45 Uhr (75 Minuten)
5. Unterrichtseinheit: 16:00 – 17:15 Uhr (75 Minuten) (nur von Montag - Donnerstag)

Im Rahmen von Schulentwicklungsprozessen und im Hinblick auf die Gesetzesänderung erarbeitete die FKS im Jahr 2002 das „Ausbildungskonzept der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik“ und das „Konzept für den künstlerischen Unterricht“, in denen bisher gesammelte Erfahrungen und Grundsätze dokumentiert wurden.

Im Ausbildungskonzept werden die Ziele und Grundsätze der Schule im Sinne eines Leitbilds dokumentiert sowie die anthroposophische Erweiterung des Lehrplans begründet und dargestellt. Auch das „Konzept für den künstlerischen Unterricht“ war bereits vor Aufnahme des Modellprojekts Bestandteil des Curriculums an der FKS. Der Stundenumfang im künstlerischen Unterricht belief sich damals auf ca. 300-400 Stunden. Ein wichtiger Bestandteil des künstlerischen Konzepts ist die künstlerische Projektwoche, die alle drei Jahre im Sommer eine Schulwoche bestimmt. Alle Auszubildenden und Lehrenden arbeiten in unterschiedlichen Gruppen und verschiedenen künstlerischen Richtungen an einem vorgegebenen Thema. Hintergrund, Ziel und Gestaltung des künstlerischen Unterrichts wird in der Beschreibung im ausgearbeiteten Curriculum erläutert.

Weitere Konzepte, die an der Schule bereits vorhanden waren, sind das Konzept der Erwachsenenbildung nach van Houten (1996) sowie das Konzept der Projektwoche „Tod und Sterben“. Die Projektwoche findet jedes Jahr im November statt und ist im zweiten Ausbildungsjahr, zur Mitte der Ausbildung hin verortet.

Die Ausgangsbedingungen der praktischen Ausbildung ergaben eine Besonderheit in Bezug auf den Status der Pflegenden in Ausbildung. Die Auszubildenden waren nicht auf dem Stellenplan der Klinik angerechnet. Sie galten als Lernende und standen zusätzlich auf dem Dienstplan. Dies hat sich in der Zwischenzeit aufgrund anderer vertraglicher Regelungen mit der Filderklinik verändert (siehe Kapitel 8). In jedem Einsatz waren und sind die Pflegenden in Ausbildung einer/m Einsatzbegleiter/in zugeteilt und in allen Einsatzbereichen gab es nicht hauptamtliche Praxisanleiter/innen. In dieser Zeit standen 16 Kooperationspartner für die praktische Ausbildung zur Verfügung:

- Filderklinik mit allen Pflegegruppen, Ambulanz, OP/Anästhesie und Pflegeumfeld
- Fünf ambulante Pflegedienste
- Eine Einrichtung für häusliche Kinderkrankenpflege
- Drei Einrichtungen der Altenhilfe
- Zwei Kooperationspartner für ambulante Hilfe und Beratung
- Zwei Kliniken für Rehabilitation
- Zwei Kliniken für Psychiatrie

Aufgrund der Analyse der Ausgangsbedingungen veränderte sich der Rahmenplan für die dreijährige Ausbildung (siehe Anhang 2). Schultage sind nur im ersten Ausbildungsjahr vorgesehen, damit zur Einmündung in die Berufsausbildung eine gute Begleitung erfolgen kann und der künstlerische Prozess gerade am Anfang eine Kontinuität erfährt. Die Zahl der Unterrichtsstunden pro Blockwoche bleibt gleich. Das Spektrum an Kooperationspartnern muss sich erweitern, damit ein breites Angebot und genügend Ausbildungskapazität in den neuen Bereichen (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Gerontopsychiatrie, Beratung, Gesundheitsvorsorge, Betriebsmedizin, Langzeitpflege, Rehabilitation, Palliativ- und Hospizpflege) gewährleistet ist. Die Auswahl der Kooperationspartner erfolgt dabei mit Blick auf das Lernangebot der Einrichtung und die notwendige Ausbildungsqualität.

4.1.2 Analyse der gesetzlichen Grundlagen

In der Vorbereitung zur Curriculumentwicklung für die Modellausbildung wurden die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen herangezogen und verglichen. Das Gesetz für die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) stellt für das vorliegende Ausbildungskonzept die wichtigste Grundlage dar. Das Krankenpflegegesetz legt das Ausbildungsziel wie folgt fest:

Die Ausbildung (...) soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen. (§ 3 Abs. 1 KrPflG)

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Krankenpflegegesetz (KrPflAPrV) sind in Anlage 1 A die Inhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung in den zwölf Themenbereichen festgelegt. Der Themenbereich 1 lautet: Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten (Anlage 1 A KrPflAPrV). Sowohl aus dem KrPflG als auch der KrPflAPrV wird der Auftrag für die professionelle Pflege nach einer Ausrichtung an allen Lebens- und Entwicklungsphasen des Menschen deutlich. Der Gesetzgeber hat hier bereits eine eindeutige Richtung vorgegeben. Als Grundlage für die

Auswahl der Inhalte aus der Kinderkrankenpflege sind die gleichen gesetzlichen Bestimmungen bindend. Darüber hinaus erfolgte eine Auswahl der Inhalte durch zwei Expertinnen der Schule über einen Abgleich mit den Inhalten aus der Gesundheits- und Krankenpflege. Im Verlauf der Curriculumentwicklung wurden die Inhalte immer wieder überprüft und Wert darauf gelegt, dass die Besonderheiten der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in allen Themengebieten und Unterrichten Berücksichtigung finden. Hier wird der o.g. Grundsatz „Pflege von Menschen aller Altersgruppen“ deutlich.

Die Betrachtung der gesetzlichen Grundlagen für die Altenpflege (Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) vom 01. August 2003 sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV) vom 26. November 2002) bezog sich hauptsächlich auf die inhaltlichen Besonderheiten und Unterschiede im Vergleich zum Krankenpflegegesetz. Im Ausbildungsziel für die Altenpflegeausbildung ist festgelegt:

Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. (§ 3 Satz 1 AltPflG)

Das AltPflG und das KrPflG mit ihren jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen weisen eine hohe inhaltliche Überschneidung auf. Bereits Oelke/Menke hatten in ihrem Modellversuch festgestellt, dass 1300 Stunden (also 70-80%) der theoretischen Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege identisch seien (vgl. Oelke/Menke 2002, 10). Der Modellversuch damals bezog sich allerdings auf das KrPflG von 1985, in dem 1600 Stunden für die theoretische Ausbildung vorgegeben waren. Das Altenpflegegesetz von 2003 ist das erste bundeseinheitliche Gesetz. Vor dieser Zeit gab es 17 unterschiedliche Länderregelungen, die eine Ausbildungsdauer von zwei bzw. drei Jahren vorsahen und demnach auch sehr unterschiedliche Stundenanzahlen in der theoretischen Ausbildung zugrunde legten.

Bei der Festlegung der Inhalte aus dem Altenpflegegesetz bezog die Projektgruppe den Experten für die Altenpflegeausbildung an der Schule mit ein. Da eine vollumfängliche Qualifikation in der Altenpflege mit der generalistischen Ausbildung nicht beabsichtigt und zeitlich nicht umsetzbar ist, wurden die besonderen Inhalte nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- Praxisrelevanz: Wo entstehen Fragen im Umgang mit alten Menschen?
- Schlüsselqualifikationen: Welche Qualifikationen müssen erworben werden, damit eine professionelle Pflege von alten Menschen gelingen kann?

Ziel der Ausbildung ist, die wichtigsten Kompetenzen anzubahnen in Bezug auf:

- Typische Alterserkrankungen
 - Multimorbidität
 - Verminderte Immunabwehr
 - Gerontopsychiatrische Erkrankungen
- Umgang mit Tod und Sterben
 - Sterbebegleitung
 - Trauerarbeit, Angehörigenarbeit
- Interaktion mit alten Menschen
 - Beziehungsaufbau
 - Psychosoziale Situation alter Menschen

- Ethische Fragestellungen
 - Selbstbestimmung, Autonomie
 - Patientenverfügung
 - Gewalt in der Pflege

- Biografik
 - Einblick in die Biografiearbeit
 - Auseinandersetzung mit der Biografie als Grundlage der Pflegeplanung

- Pflege in Institutionen, häuslicher Bereich,
 - Situationsbezogene Handlungskompetenz
 - Gestaltungsspielräume entdecken

- Veränderungen im Alter, verändertes Lebensgefühl im Alter
 - Lebensraumgestaltung
 - Wohnraumgestaltung, Wohnformen

- Umgang mit Angehörigen, Angehörigenarbeit
 - Familienorientierte Pflege
 - Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen

4.1.3 Analyse der Lernvoraussetzungen

Ein Curriculum ist auf Individuen ausgerichtet und deshalb sind die Lernvoraussetzungen der Lernenden ein wichtiger Bezugspunkt bei der Curriculumentwicklung. Mit dem neuen KrPflG wurde kein Mindestalter als Zugangsvoraussetzung festgelegt, was bedeutet, dass die Pflegeausbildung mit dem Realschulabschluss, also im Alter von 16 Jahren, aufgenommen werden kann. An der FKS wird weiterhin ein Zugangsalter von 18 Jahren als Zugangsvoraussetzung vorgeschrieben. Ein großer Teil der Auszubildenden kommt mit der Fachhochschulreife oder dem Abitur in die Ausbildung und hat in der Regel nach dem Schulabschluss einige Zeit mit Praktika, Auslandsaufenthalten usw. zugebracht, sodass das Erreichen des Zugangsalters meist kein Problem darstellt. Aufgrund des besonderen Ausbildungsangebots bewerben sich oft auch Frauen im mittleren Lebensalter, die beispielsweise nach einer Familienphase oder im Zuge einer Umorientierung einen beruflichen Neuanfang wagen möchten. Eine weitere Voraussetzung für die Aufnahme der Ausbildung ist eine erste Auseinandersetzung mit der Anthroposophie etwa durch ein Praktikum in einer anthroposophisch orientierten Einrichtung. Viele Bewerber haben eine Waldorfschule besucht oder sind mit dem anthroposophischen Umfeld durch Familie oder Praktika vertraut. In Bezug auf das Lernverhalten ist ein breites und heterogenes Spektrum zu beobachten. Viele Auszubildende können mit neuen Medien sehr gut umgehen und unterstützen sich darin auch gegenseitig. Beim selbstgesteuerten Lernen, Lernen in Gruppen, Präsentationen usw. ist insgesamt eine gute Einführung und Begleitung notwendig, denn diese Lernformen werden unterschiedlich beherrscht und genutzt. Eine weitere Besonderheit in der Struktur der Auszubildenden insgesamt ist, dass der Anteil der Auszubildenden mit Migrationshintergrund sehr beachtlich ist. Dabei sind die Herkunftsländer der Bewerberinnen und Bewerber sowohl das europäische Ausland (Frankreich, Schweiz, Österreich, Großbritannien) wie auch das außereuropäische Ausland (Kenia, Neuseeland, USA, Türkei, Israel). In der Regel bewerben sich diese Menschen gezielt wegen der anthroposophischen Ausrichtung der Freien Krankenpflegeschule.

4.1.4 Analyse der wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen

Mit dem neuen KrPflG wurden die bisherigen Fächerstrukturen zugunsten der so genannten Wissensbereiche abgelöst. Alle Curriculuminhalte müssen folgenden Wissensgrundlagen zugeteilt werden:

- 1 Pflege- und Gesundheitswissenschaft
 - 2 Naturwissenschaft und Medizin
 - 3 Sozial- und Gesundheitswissenschaft
 - 4 Recht, Politik und Wirtschaft
- (Anlage 1 A KrPflAPrV)

Die Curriculumgruppe verzichtete aus zeitlichen Gründen auf eine genaue Analyse der einzelnen Bezugsdisziplinen. Die Auswahl der Inhalte aus den Bezugsdisziplinen lehnt sich an die genutzten Modellcurricula an oder stützt sich auf die Expertenmeinung der jeweils hinzugezogenen Dozenten. Eine Zuordnung der Curriculumelemente zu den o.g. Wissensgrundlagen erfolgt im ausgearbeiteten Curriculum.

4.1.5 Analyse von unterschiedlichen Curricula

Die Curriculumgruppe hat sich dazu entschlossen, bei der Entwicklung des generalistischen Curriculums Pflegecurricula anderer Modellprojekte genauer zu betrachten und ggf. für die Entwicklung zu nutzen. Folgende Curricula wurden in der Konzeptionsphase herangezogen:

- Gemeinsame Pflegeausbildung (Oelke/Menke 2002),
- Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflege-schulen in Nordrhein-Westfalen (NRW) (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2003)
- Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell© (Kerngruppe Curriculum 2006)
- Generalistische Ausbildung mit Schwerpunkten: Das Hamburger Modell der FREIEN® (Die FREIEN® (2007)
- Generalistische Pflegeausbildung: Das Berliner Modell der Wannseeschule (Jacob 2008)
- "Dualisierte" Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) (Becker 2006a/b)

Die benannten Curricula sind unterschiedlich strukturiert. Das Hamburger Modell orientiert sich stark am Oelke/Menke-Curriculum, es verbindet Lernfeldansatz und Modularisierung dahingehend, dass fünf verschiedene Modultypen (Basis-, Zentral-, Schwerpunkt-, Projekt- und Vertiefungsmodule) entstehen. Alle Modultitel sind handlungsorientiert formuliert. Die Begründungen für dieses Vorgehen sind: mehr Orientierung für Lernende durch die Modularisierung, bessere Flexibilität des Curriculums, Anrechenbarkeit von Modulen auf andere Bildungsangebote, bessere Verzahnung von Aus- und Weiterbildung, EU-Kompatibilität usw. (vgl. Die FREIEN® 2007, 41).

Im Stuttgarter Modell© wird ein integratives Curriculum im Lernfeldansatz entwickelt. Problematisch sind die Titel der Lernfelder und Lernsituationen, durch die die jeweiligen Inhalte nicht ersichtlich sind. Zur eindeutigen Analyse müssten die Inhalte aller Lernsituationen differenziert betrachtet werden. Dies ist noch nicht möglich, da nur vereinzelt Lernsituationen veröffentlicht sind.

Im Berliner Modell wurde ein Curriculum entwickelt, das nach Handlungsfeldern und Lernfeldern strukturiert ist und das eine klare Struktur aufweist (vgl. Jacob 2008, 58). Auch das BIBB-Modell setzt den Lernfeldansatz um. Grundlage hier sind empirische Arbeits- und Prozessanalysen, die sich im Falle der Krankenpflege aber nur auf den Krankenhausbereich

beziehen. Das Curriculum orientiert sich an den Themenbereichen der KrPflAPrV und nach dem Grundsatz „Vorrang für die praktische Ausbildung“. Zunächst wurde der Ausbildungsrahmenplan und daraus abgeleitet, die Lernfelder entwickelt. Das Curriculum ist ein arbeitsprozessorientiertes Curriculum, das viele Anregungen bietet.

Das BIBB betont, dass eine Berufsausbildung ein deutliches Profil beinhalten muss und befürwortet daher die so genannte „Wünschelrutenausbildung“. Diese schärft das Profil (im Gegensatz zur „Y-Ausbildung“) zu Beginn der Ausbildung, um dann im zweiten Teil der Ausbildung die Gemeinsamkeiten der Berufe herauszuarbeiten. Der Altenpflegeberuf weist demnach ein gerontologisches, die Gesundheits- und Krankenpflege ein salutogenetisches Profil auf (vgl. Becker 2006a, 9).

Bei der Analyse wird deutlich, dass eine eigene Struktur entwickelt werden muss, die es ermöglicht, die Besonderheiten der Schule und die vorhandenen Konzepte umzusetzen. Die Inhalte der einzelnen Curricula werden herangezogen und in eine eigene Struktur übertragen. Eine Ergänzung der Inhalte der üblichen Ausbildungen in den Pflegeberufen ergibt sich durch die anthroposophische Erweiterung der Pflegeausbildung.

4.2 Entwicklung des Begründungsrahmens

Zur Erarbeitung des Begründungsrahmens gehört eine Auseinandersetzung mit folgenden Themenstellungen:

- Berufsbilder der drei Pflegeberufe
- Generalistischer Ansatz
- Allgemeine Grundlagen zur Curriculumentwicklung
- Pflege- und Berufsverständnis
- Leit- und Bildungsziele in der Berufsausbildung
- Kompetenzmodell für die Pflegeausbildung

Die Arbeitsergebnisse der Themenstellungen sind in den einzelnen Kapiteln der Projektdokumentation nachzulesen (siehe Kapitel 3, 5 und 7). Im diesem Kapitel erfolgt rein die Darstellung zur konkreten Curriculumentwicklung im Modellprojekt „PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“.

4.2.1 Allgemeine Grundlagen zur Curriculumentwicklung

Vor der Entwicklung des Curriculums thematisierte die Curriculumgruppe unterschiedliche Begriffsdefinitionen und Grundlagen zur Curriculumentwicklung wie Anforderungen und Prüfkriterien für Curricula sowie Struktur- und Ordnungsprinzipien.

Definitionen

- Der Lehrplan gilt als Ordnungsmittel der Schule, das die Lehrstoffe zielorientiert und jahrgangswise vorgibt. Er wird in der Regel vom zuständigen Ministerium erlassen und kann als Rahmenlehrplan oder –richtlinie konzipiert sein.
- Rahmenlehrpläne oder Rahmenrichtlinien stellen die Inhalte dar und bieten Auswahlthemen an.
- Ein Stoffverteilungsplan differenziert die Einzelbereiche des Rahmenlehrplans und schreibt den Inhalt des Unterrichts bis hin zur Einzelstunde vor.
- Curriculum: System für Lernvorgänge in Bezug auf definierte und operationalisierte Lernziele. Ein Curriculum umfasst die Lernziele, Inhalte, Methoden, Situationen, Strategien und Evaluation des Lernens.
- geschlossene Curricula: Curriculum mit sehr detaillierten und präzisen Angaben bis hin zur Feinzielebene, Lerninhalte, Methoden, Medien und Lernzielkontrollen
- offene Curricula: beschränken sich auf verbindliche Grob- und Richtziele und legen alternative Lerninhalte fest. Es werden Empfehlungen für Unterrichtsmethoden und Lernzielkontrollen gegeben.

(vgl. Köck/Ott 2002, 120f., 419, 581, 691)

Anforderungen und Prüfkriterien bei der Curriculumentwicklung

Die Literatur zur Curriculumentwicklung ist sehr umfangreich. Im vorliegenden Modellprojekt erfolgte eine Auseinandersetzung mit den Vorgaben des Deutschen Bildungsrats und der KMK sowie den Beurteilungskriterien von Oelke (1999).

In den Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrats (1974) werden folgende Anforderungen an eine praxisnahe Curriculumentwicklung gestellt:

- Begründbarkeit: gerechtfertigte Intentionen und Entscheidungen, Offenlegung der angewandten Maßstäbe
 - Angemessenheit der Mittel: Zuordnung geeigneter didaktischer Maßnahmen zu den Intentionen unter Angaben der Vermutungen über ihre Eignung und Wirkung
 - Überprüfbarkeit: Erprobung der entwickelten Einheiten und Aufklärung über die festgestellte Wirkung.
 - Offenheit: für Veränderungen, Kreativität und Anpassung im Curriculum
- (vgl. Deutscher Bildungsrat 1974, A 22; A 23)

Oelke (1999) übernimmt die Anforderungen der Bildungskommission und ergänzt diese mit sechs Kriterien und Leitfragen zur Beurteilung und Konstruktion von Curricula, die nachfolgend dargestellt werden:

- Berücksichtigung pflegeberuflicher Entwicklungen: Sind vorliegende Curricula in Grundzügen für eine integrative/generalistische Pflegeausbildung einzusetzen?
- Zielsetzung: sind umfassende Bildungsziele und pflegfachliche Ziele formuliert?
- Pflegedidaktischer Standort: Enthält das Curriculum in seinem Begründungsrahmen eine pflegedidaktische Standortbestimmung und wie wird dies in der Konzeption umgesetzt?

- Wissenschaftsorientierung: Nach welcher Systematik bzw. welchen Fachwissenschaften ist das Curriculum gegliedert und wie wird dies umgesetzt?
- Praxisorientierung des Curriculums: Wie erfolgte die Entwicklung des Curriculums (praxisnah/praxisfern) und kann das Curriculum dadurch einen Beitrag zur Verbesserung der praktischen Ausbildung leisten?
- Persönlichkeitsorientierung: Lässt das Curriculum Raum für die persönliche Entwicklung von Lehrenden und Lernenden? Ist es also ein offenes oder geschlossenes Curriculum? (vgl. Oelke 1999, 29)

Aus diesen Aspekten heraus ergab sich, dass das generalistische Curriculum zur Erhaltung von Gestaltungsspielräumen und der didaktischen Freiheit der Lehrenden und Lernenden halboffen sein soll. Weiterhin soll es sich an vorliegenden Curricula orientieren und umfassende Ziele in Form eines Kompetenzmodells formulieren. Ein pflegedidaktisches Modell wurde nicht zugrunde gelegt, da die Auseinandersetzung mit fachdidaktischen Modellen aus zeitlichen Gründen nicht möglich war. Die Entwicklung eines Praxiscurriculums wird angestrebt.

4.2.2 Ordnungs- und Konstruktionsprinzipien in der Curriculumentwicklung

Curriculare Aspekte in beruflichen Lernprozessen gelten als komplex. Durch Strukturierung und Systematisierung können sie handhabbar gemacht werden (vgl. Lipsmeier 2000, 54f.).

Systematisierungsprinzipien

Ein Curriculum ist eine systematische Struktur für Lerninhalte und Lernvorgänge in Bezug auf die angestrebten Ziele. „Die Systematisierung der Bildungsinhalte in einem Bildungsgang bzw. einem Curriculum ist ein zentraler Gegenstand der Curriculumentwicklung und Curriculumforschung“ (Pätzold/Rauner 2006, 17). Reetz/Seyd (1995) unterscheiden drei Systematisierungsprinzipien, das Stuttgarter Modell© fügt diesen noch die Exemplarik hinzu:

- a) Wissenschaftsorientierte Systematisierung – Wissenschaftsprinzip
 - Inhaltsstrukturen, die durch objektives und systematisiertes Fachwissen bestimmt sind
 - Lernziel- und Inhaltsstruktur weisen Muster der Fachdisziplinen auf
 - Dominanz spezialisierter Fächerlehre und große Stofffülle
 - didaktische Reduktion führt zu Lernzieloperationalisierung, Zerstückelung von Inhalten und methodischer Einseitigkeit
 - Qualifizierung durch Wissenschaft ist nicht widerlegt
- b) Situationsorientierung
 - Aneignung von Kompetenzen zur Beherrschung von beruflichen Situationen
 - Verdeutlicht die Praxisvalidität der Ausbildungsziele und –inhalte und deren Relevanz für berufliche Qualifikationen
 - Berufs- und Lebensweltprinzip, Handlungs-, Gestaltungs- und Arbeitsprozessorientierung sind Varianten der Situationsorientierung
 - Gefahr der funktionalistischen Anpassung an Qualifikationsanforderungen des Beschäftigungssystems
 - Situationsorientierung findet sich auf der Mikroebene wieder
 - Auf der Makroebene ist eher das Wissenschaftsprinzip vorherrschend

c) Persönlichkeitsprinzip

- Subjektbezogene Konzepte zur Systematisierung beruflicher Curricula (Berücksichtigung von persönlichkeitsbildenden Konzepten)
- Auswahl, Legitimierung und Strukturierung von Curricula, die an den Bedürfnissen der Individuen orientiert sind und Persönlichkeitsentwicklung, Wahlmöglichkeiten, eigene Vorlieben und Interessen berücksichtigen
- Ziel: Orientierungs-, Entscheidungs- und Kritikfähigkeit entwickeln

(vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 64 ff; Reetz/Seyd 1995 in Pätzold/Rauner 2006, 17f.; vgl. Lipsmeier 2000, 62 ff.)

d) Exemplarik

- Wird nicht zur Stoffreduktion eingesetzt, sondern als Erkenntnisprinzip
- Komplexes wird nicht reduziert, eher durchschaut und auf Prinzipien zurückgeführt
- Stoffreduktion dadurch entsteht erst in zweiter Hinsicht
- In engem Zusammenhang mit der Exemplarik steht das Transferlernen
- Kernfragen zur Unterrichtsplanung: Welche Transfermöglichkeiten bieten sich an? Wofür weist der Inhalt exemplarischen Charakter auf?

(vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 67)

Strukturierungsformen

Folgende Strukturierungsformen für Curricula stehen zur Verfügung:

- Kategoriale Strukturierung
 - Exemplarische Strukturierung
 - Epochale Strukturierung
 - Projektförmige Strukturierung
 - Fallorientierte Strukturierung
 - Strukturgittermäßige Strukturierung
 - Lernfeldorientierte Strukturierung
 - Chaotische Strukturierung
- (vgl. Lipsmeier 2000, 58 ff.)

Lipsmeier (2000) beschreibt diese Formen und erklärt, dass es sinnvoll sei, die traditionellen Prinzipien wie Wissenschaftsprinzip oder Projektorientierung mit neuen Ansätzen wie der Situations- und Lernfeldorientierung zu verbinden und so genannte verzweigte Curricula zu entwickeln (vgl. Lipsmeier 2000, 67). Diese Vorgehensweise ist auch für das generalistische Modellprojekt sinnvoll, denn so können neuere Ansätze mit den an der FKS bewährten Konzepten und Grundsätzen verknüpft werden. Auch wurde deutlich, dass zur Erhaltung von Gestaltungsspielräumen und der didaktischen Freiheit des Lehrpersonals ein halboffenes Curriculum entstehen soll, in dem die zu erwerbenden Kompetenzen und Inhalte festgelegt und begründet sind. In der Ausgestaltung der einzelnen Curriculumelemente findet die Exemplarik, die Projektmethode, Fallorientierung und weitere subjektorientierte Ansätze Anwendung.

Im Modellprojekt für die generalistische Pflegeausbildung erfolgte eine Auseinandersetzung mit dem Lernfeldansatz und der Modularisierung, einem weiteren curricularen Prinzip, das wie der Lernfeldansatz für die Strukturierung von Berufsausbildungen diskutiert wird.

Lernfeldansatz

Das Lernfeldkonzept geht auf die KMK zurück, die im Jahre 1991 „Rahmenvereinbarungen über die Berufsschulen“ verabschiedete. Mit diesem Reformansatz aus der Berufspädagogik soll der Wissenstransfer von theoretischem Wissen in das berufliche Handeln gefördert werden (vgl. Stöhr 2005, 13). „Nicht die Fachsystematik, sondern die Handlungssystematik soll zum zentralen didaktischen Kriterium für den beruflichen Unterricht werden“ (Lipsmeier u.a. 2000, 7). Mit den Änderungen der Gesetze für die Pflegeberufe wurde das Lernfeldkonzept in der Altenpflegeausbildung eingeführt. Im Gesetz für die Berufe in der Krankenpflege ist es nicht ausdrücklich formuliert, doch „...legt der Aufbau der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine Lernfeldorientierung nahe“ (Stöhr 2005, 13).

Die Begriffe Handlungsfelder, Lernfelder und Lernsituationen werden wie folgt definiert:

Handlungsfelder sind mehrdimensionale zusammenhängende Aufgabenkomplexe, die aus beruflichen, gesellschaftlichen und individuellen Problemstellungen und Handlungssituationen resultieren, und zu deren Bewältigung befähigt werden soll. (Dubs 2000, 16)

Lernfelder sind durch Zielformulierung, Inhalte und Zeitrichtwerte beschriebene thematische Einheiten, die an beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsabläufen orientiert sind und den Arbeits- und Geschäftsprozess reflektieren. (KMK 2007, 17)

Die Lernsituationen eines Lernfelds sollen aufeinander bezogen sein und in ihrer Gesamtheit die Ziele eines Lernfelds erreichen helfen. Bei den Lernsituationen handelt es sich um die Konkretisierung der Lernfelder für Unterrichtszwecke. (Kerngruppe Curriculum 2006, 72f.)

Der Lernfeldansatz verfolgt das Ziel, dem Problem der Stofffülle im fächerbezogenen Unterricht zu begegnen. Der Lebens- und Praxisbezug soll in der Berufsausbildung gewährleistet werden, um eine in ganzheitlichen Lernprozessen begründete Handlungskompetenz zu fördern (vgl. Dubs 2000, 16f.).

Über das Lernfeldkonzept und dessen Umsetzung finden sich zahllose Veröffentlichungen aus der Berufs- und Pflegepädagogik¹ mit ausführlichen Darstellungen des Lernfeldansatzes und seiner Kritik. Der vorliegende Begründungsrahmen beschreibt die Umsetzung des Lernfeldansatzes im Rahmen des Modellprojekts der Freien Krankenpflegeschule.

Modularisierung

Dem Lernfeldansatz steht die Modularisierung von Berufsausbildungsgängen gegenüber und findet immer mehr Zuspruch. Der Begriff „Modul“ kommt aus der Technik und wird vielfältig verwendet. In der Regel wird darunter ein „Baustein“ verstanden. Ein System besteht aus verschiedenen Modulen. Jedes einzelne Modul ist für die Funktionsfähigkeit des Systems wichtig (vgl. Sellin 1994 in Kloas 1997, 6). Im Bereich der Berufsbildung wird unter einem Modul eine abgeschlossene Lehr-/Lerneinheit verstanden. Kloas (1997) differenziert drei Varianten von Moduldefinitionen:

¹ vgl. unter anderem Kremer/Sloane 2001; Bader/Sloane 2000, Lipsmeier u.a. 2000; Husinga u.a. 1999; Schneider 2005 und Bischoff-Wanner 2003a

1. Module im Sinne von Lerneinheiten: curricular-didaktische Zerlegung des gesamten Lernprozesses in Lernsequenzen, Lernformen, Lernorte, Lernprojekte. Modularisierung betrifft Binnendifferenzierung; Input-Module, die das Berufskonzept nicht in Frage stellen
2. Module im Sinne von in sich abgeschlossenen Teilqualifikationen, die abschließend einzeln geprüft und zertifiziert werden; setzt das Berufskonzept außer Kraft; Berufsbildung bereitet auf ein breites Feld vor
3. Module werden als einzeln zertifizierbare Qualifikationen verstanden, die aber immer als Teil eines Ganzen bleiben, d.h. in Bezug auf einen Berufsabschluss beschrieben werden und die Abschlussprüfung vor der zuständigen Stelle/Kammer nicht ersetzen.
(vgl. Kloas 1997, 11f.)

Als Vorteil der Modularisierung gilt vor allem die Flexibilität des Systems. Wahl- und Pflichtmodule sind möglich, die beispielsweise Verwendung für mehrere Berufe in der Aus- und Weiterbildung finden. Gleichzeitig bietet die Modularisierung durch die klare Struktur und Orientierung eine hohe Transparenz sowie eine sehr gute Anpassungsfähigkeit. Bei Veränderungen müssen nur noch einzelne Module und nicht mehr komplette Berufsbilder aktualisiert werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass durch die Modularisierung eine europäische Anerkennung eher zu erreichen ist (vgl. Kloas 2001, 2). Dieser Aspekt gilt jedoch nicht als gesichert (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 70).

Ein großer Kritikpunkt an der Modularisierung ist die Nichtvereinbarkeit mit dem deutschen Berufskonzept, das in seiner Vielzahl an Regularien und Leitvorstellungen bestimmt, was Berufsfähigkeit ausmacht (Kloas 1997, 21). Modularisierte Bildungsgänge beinhalten laut Deißinger (1996) die Gefahr, dass sie Ausbildungsmaßnahmen fragmentieren und auf eine diffuse Nachfrage des Beschäftigungssystems hin qualifizieren. Der Autor bemängelt:

Die mit der grundständigen Modularisierung zusammenhängende Output-Orientierung kann dazu führen, dass das Berufsbildungssystem zu einem reinen Zertifizierungssystem verkommt, in dem es nicht um zu erwerbende Fähigkeiten und Kompetenzen geht, sondern nur noch um den erfolgreichen Abschluss eines Moduls, sprich dem Erwerb eines Zertifikats (Deißinger 1996 in Kerngruppe Curriculum 2006, 70).

Nach intensiver Auseinandersetzung mit den Strukturierungsformen und den jeweiligen Vor- und Nachteilen wurde die Entscheidung für die FKS getroffen, eine eigene Curriculumstruktur zu entwickeln, die versucht, die bestehenden und neuen Konzepte sinnvoll miteinander zu verbinden. Der Lernfeldansatz wird als grundlegende Struktur gewählt, da mit diesem Ansatz von beruflichen Handlungssituationen ausgehend die Entwicklung der beruflichen Handlungskompetenz im Mittelpunkt steht und dieses berufspädagogische Konzept sehr gut zu den Grundsätzen und Leitideen der Schule passt. Da Lernende beim Lernen Struktur und Orientierung brauchen, sollen ausgewählte Lerninhalte in Form von Modulen unterrichtet werden. Einige Lerninhalte an der FKS erfordern übendes Wiederholen sowie einen Aufbau in zunehmender Komplexität. Diese Inhalte werden epochal strukturiert.

4.3 Zusammenfassung der bisherigen Festlegungen

- Erarbeitung eines neuen Rahmenplans für die dreijährige Ausbildung
- Gewinnung neuer Kooperationspartner für die praktische Ausbildung
- Erhöhung der Stundenzahl der theoretischen Ausbildung auf 2400 Stunden
- Beibehaltung der 43,3 Stunden-Woche in der theoretischen Ausbildung
- Beibehaltung bewährter Konzepte wie dem künstlerischen Unterricht, der Projektwoche „Tod und Sterben“, dem Konzept der Erwachsenenbildung nach van Houten (1996)
- Auswahl der Inhalte aus der Altenpflegeausbildung nach den Kriterien Praxisrelevanz und Basiskompetenz für eine generalistische Ausbildung mit dem Abschluss „Gesundheits- und Krankenpflege“

- schulinterne Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung bleiben unverändert
- Auswahl der wissenschaftlichen Disziplinen nach Vorgabe des KrPflG
- Einbeziehung von Curricula anderer Modellprojekte, insbesondere des Curriculums für die gemeinsame Pflegeausbildung (Oelke/Menke 2002)
- Entwicklung eines halboffenen Curriculums, das durch Festlegung von Kompetenzen, Inhalten, methodisch-didaktischen Hinweisen und Hinweisen zur Theorie-Praxis-Vernetzung konkretisiert wird.
- Die Systematisierungsprinzipien der Wissenschafts-, Situations- und Persönlichkeitsorientierung sind in einem nach dem Lernfeldansatz strukturierten Curriculum mit modularer und epochaler Strukturierung verknüpft.
- Ausgestaltung der einzelnen Curriculelemente unter Berücksichtigung von Exemparik, Projektmethode und Fallorientierung.

4.4 Curriculumkonstruktion

Bei der Entwicklung lernfeldorientierter Curricula erfolgt in einem ersten Schritt die Ermittlung aktueller Handlungsfelder für den Pflegeberuf. Hieraus werden dann im zweiten Schritt die Lernfelder für die generalistische Pflegeausbildung identifiziert und abschließend durch Lernsituationen, Module und Epochen konkretisiert.

4.4.1 Analyse der Handlungsfelder

Bei der Entwicklung der Handlungsfelder sind laut Becker (2006a) folgende Aspekte zu beachten:

- Vorrang für die praktische Ausbildung: Zuerst werden die Qualifikationsbestandteile der praktischen Ausbildung, dann die Gegenstände, Inhalte und Ziele der schulischen Ausbildung bestimmt.
- Arbeits-, Arbeitsorganisations- und Qualifikationsbedarfsanalysen: Systematische und berufsgenaue Untersuchung folgender Fragen: „Was wird gearbeitet, wie wird gearbeitet und welche Qualifikationen sind für die Arbeit und ihre Anforderungen erforderlich?“

(vgl. Becker 2006a, 93)

Zur Festlegung aller Handlungsfelder sind folglich empirische Arbeiten bzw. Expertenbefragungen notwendig, die der Frage nachgehen, welches die typischen Aufgaben- und Handlungsfelder in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege sind.

Aus Zeitgründen konnten bei der Curriculumentwicklung für die generalistische Pflegeausbildung keine Arbeitsprozessanalysen oder Expertenbefragungen durchgeführt werden. Das Team der FKS besteht aus Lehrenden aller drei Pflegeberufe, die über eine langjährige praktische Erfahrung in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern der Pflege verfügen. Zudem sind die anderen Modelle, die bei der Curriculumentwicklung eine Rolle gespielt haben, fast alle generalistisch ausgerichtet bzw. berücksichtigen mindestens zwei der Pflegeberufe. Im Modellprojekt des BIBB werden teilweise Arbeitsprozessanalysen durchgeführt (vgl. Becker 2006a, 96 ff.). In anderen Projekten bleibt es bei unbefriedigenden Versuchen, Handlungsfelder zu entwickeln (Berliner Modell, Stuttgarter Modell©). Das Berliner Modell beschreibt mit den Handlungsfeldern letztlich nur Orte pflegerischer Leistungserbringung (vgl. Jacob 2006b, 11). Im Stuttgarter Modell bleibt die vollständige Entwicklung der Handlungsfelder aus (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 102f.).

Im vorliegenden Modellprojekt wird auf eine umfassende und teure Arbeitsprozessanalyse und Expertenbefragung verzichtet. Zur ersten Auseinandersetzung mit den Handlungsfeldern erfolgt ein Brainstorming zu unten genannten Fragestellungen:

- Wo handeln Pflegende?
Institutionen bzw. Orte pflegerischer Leistungserbringung wie z.B. Krankenhäuser, Reha- und Tageskliniken, ambulante Pflege, Hospize, Ambulanzen, Langzeitpflege (Behinderteneinrichtungen, Alten-/Pflegeheime), Betriebe, Krankenkassen usw.
- Was tun Pflegende?
Erhebung des Pflegebedarfs, Planung, Gestaltung und Evaluation der individuellen Pflege in der jeweiligen Lebenssituation; Entlassung und/oder Überleitung eines Menschen mit Pflegebedarf, Qualität sichern, Beziehungen aufnehmen und gestalten, beraten, anleiten, schulen etc.
- Wie handeln Pflegende? Ethische und biografische Dimension, Berücksichtigung kultureller und entwicklungsbedingter Aspekte, Kooperation mit anderen Berufsgruppen bzw. Angehörigen etc.

(vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 103)

Mit dem Wo werden also die Institutionen benannt, das Was nennt Prozesse und Inhalte, die in einem Beruf von Bedeutung sind, und das Wie formuliert die Kompetenzen und die Merkmale, die in einer Situation beachtet werden müssen. Handlungsfelder sind Aufgaben- und Problemstellungen. Sie beruhen auf beruflichen Handlungssituationen und müssen auf ihre Relevanz für den Beruf, ihre Zukunftsbedeutung, ihre Gemeinsamkeiten und ihre Exemplarität hin untersucht werden. Handlungsfelder sind komplex und mehrdimensional, d.h. sie verknüpfen berufliche und berufsübergreifende mit gesellschaftlichen und individuellen Problemstellungen (vgl. Dubs 2000, 16).

Zur weiteren Bearbeitung wurden die geltenden Berufsgesetze (KrPflG und AltPflG) mit den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen herangezogen und die Auflistung ergänzt. Darüber hinaus konnten als Quelle für die Beschreibung der jeweiligen Pflegeberufe und dementsprechenden Handlungsfeld-Überlegungen die Materialien des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA 2002) sowie die Verbandsschrift des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD 2001) – einbezogen werden.

4.4.2 Entwicklung der Lernfelder

Lernfelder sind curriculare Einheiten, die durch Analyse und didaktische Reflexion der beruflichen Handlungsfelder gewonnen werden. Sie sind didaktisch begründete Handlungsfelder, die für den Unterricht aufbereitet werden müssen (vgl. Stöhr 15). Zur Entwicklung der Lernfelder im generalistischen Curriculum wurden die bereits genannten Curricula herangezogen und verglichen. Das bisherige Curriculum der FKS galt in diesem Arbeitsschritt als Leitfaden. Diesem wurde das Hamburger Modell der Freien® gegenüber gestellt, da es auch Lernfelder und Module verbindet. In einem weiteren Schritt erfolgte ebenso ein Vergleich mit dem Stuttgarter Modell®, dem Curriculum des BIBB sowie dem Berliner Modell. Soweit es möglich war, wurden die jeweils übergeordneten Strukturen (Lernbereiche oder Lernfelder) sowie die Inhalte auf Gemeinsamkeiten und fehlende Inhalte geprüft. Aus dieser Analyse heraus wurden folgende Schwerpunkte des neu zu entwickelten Curriculums deutlich:

- Anthroposophische Pflege
- Berufliches Selbstverständnis
- Pflegewissenschaft
- Lebenslanges Lernen und Lernkompetenz
- Gesundheitsförderung
- Therapeutischer und gestalterischer Ansatz der Pflege
- Lebenslauf- und Entwicklungsorientierung
- Pflegeprozessorientierung

- Lebensqualität
- Beratung
- Bedeutung der Krankheit in der Biografie
- Medizinische Diagnostik und Therapie
- Besonderheiten und schwierige Situationen in der Pflege
- Rechtliche, wirtschaftliche und ökologische Rahmenbedingungen

Anhand der o.g. Modelle, des Blicks auf die Arbeit an den Handlungsfeldern in der Pflege sowie der herausgearbeiteten Schwerpunkte wurde das FKS-Curriculum erweitert und neu strukturiert und hierbei 12 Lernfelder identifiziert und entwickelt.

4.4.3 Struktur des generalistischen Curriculums

Im Modellprojekt generalistische Pflegeausbildung wird der Lernfeldansatz mit einer besonderen Struktur umgesetzt:

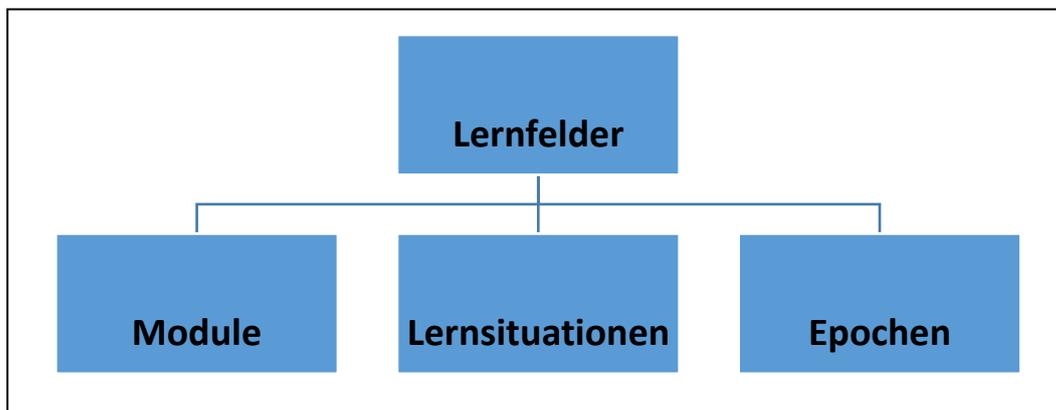


Abb. 2: Curriculumstruktur der generalistischen Ausbildung (Eigene Darstellung 2007)

Das Curriculum für die theoretische Ausbildung ist in 12 Lernfelder unterteilt. Die einzelnen Lernfelder setzen sich zusammen aus einer unterschiedlichen Anzahl an Modulen, Epochen und Lernsituationen. Diese Untereinheiten werden als Curriculumelemente bezeichnet. Diese besondere Struktur trägt der Auffassung Rechnung, dass berufliches Lernen Struktur, Kreativität und Rhythmus braucht.

Module

Module sind zusammengehörende, thematische Einheiten, die Grundlagenwissen vermitteln. Durch die überwiegende Fächerstrukturierung der Module sind diese Wissensgebiete in sich abgeschlossen und bieten Struktur und Orientierung in der Ausbildung. Das Wissen aus den Modulen wird im weiteren Verlauf in vielen Lernsituationen und Epochen genutzt und angewandt. Beispiele für Module sind Wissensgebiete wie Kommunikation/Interaktion, Hygiene, Gesundheitsförderung und Prävention, Recht, Kinder und Jugendliche sowie alte Menschen. In diesen Einheiten werden zu verschiedenen Zeitpunkten im Ausbildungsverlauf unterschiedliche Themenstellungen bearbeitet. Ein Modul ist in der Regel nicht zeitnah abgeschlossen, sondern ist in Teilmodule auf einen längeren Ausbildungszeitraum verteilt.

Lernsituationen

In den Lernsituationen werden anhand von Fall- und Pflegesituationen fächerübergreifend Handlungsstrategien entwickelt. Kennzeichnend ist die Orientierung am Handeln von Menschen und so ist handlungsorientiertes Lernen ein zentrales Element. Dabei wird auf die Inhalte der Module und Epochen zurückgegriffen sowie neues Wissen mit kreativen Unterrichtsmethoden erarbeitet. Lernsituationen werden zeitnah abgeschlossen.

Epochen

In den Epochen sind rhythmisch wiederkehrende Inhalte verankert, Inhalte, die ein übendes Wiederholen erfordern. Bei diesen Themenstellungen arbeiten sich die Auszubildenden zunächst in das Thema ein und vertiefen es relativ zeitnah. Durch erste Praxiserfahrungen kann sich der Inhalt zunächst festigen. Das gleiche Thema wird dann in einem höheren Ausbildungsstand wieder aufgegriffen und erneut, z.T. unter einem anderen Blickwinkel (Praxiserfahrungen, problemhaltige Situationen, Auffrischung) ergänzt, vertieft und geübt. Die Epochen sind in der Regel über den gesamten Ausbildungsverlauf verteilt. Folgende Themen sind beispielsweise als Epochen gestaltet: Körperpflege, rhythmische Einreibungen, Kunst, Kinästhetik, Lernen lernen usw.

4.4.4 Entwicklung von Lernsituationen, Modulen, Epochen

Die 12 Lernfelder (LF) der generalistischen Pflegeausbildung sind:

Lernfelder der generalistischen Pflegeausbildung		Zeitrichtwert (ZRW) in Stunden
LF I	Den Menschen als Individuum und Teil von Gemeinschaften verstehen	355
LF II	Berufliches Selbstverständnis entwickeln und zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs beitragen	438
LF III	Gesundheit erhalten und fördern	370
LF IV	Die Pflegebeziehung als Gestaltungsaufgabe wahrnehmen	93
LF V	Pflegehandeln an Lebenslauf und Entwicklung orientieren	201
LF VI	Pflege prozessorientiert gestalten	70
LF VII	In Pflegesituationen Lebensqualität erhalten und fördern	217
LF VIII	In Pflegesituationen beraten, anleiten und schulen	64
LF IX	Krankheitsprozesse verstehen und kranke Menschen pflegerisch unterstützen	88
LF X	Bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitwirken und eigenverantwortlich handeln	328
LF XI	In schwierigen und belastenden Situationen und Nötfällen handeln	107
LF XII	Die Pflege im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Recht	59
Zeitrichtwert gesamt		2390

Tab.2: Übersicht über die Lernfelder mit Zeitrichtwerten (Eigene Darstellung 2007)

Im Curriculumdokument sind alle Lernfelder einzeln beschrieben. Das Lernfeld wird analysiert und anhand einer übergeordneten Zielsetzung im Sinne von gesellschaftlicher, beruflicher, persönlicher und fachlicher Dimension begründet. Eine Übersicht über die Inhalte mit Zeitrichtwert und zeitlicher Verortung im Ausbildungsverlauf schließt sich an die Begründung an. Auf detaillierte Kompetenzformulierungen wird auf der Lernfeldebene verzichtet. Dies erfolgt ausführlich bei den einzelnen Curriculumelementen. Das allgemeine Kompetenzmodell liegt dem gesamten Curriculum zugrunde.

4.4.5 Auswahl und Entwicklung der Curriculumelemente

Anhand des bisherigen FKS-Curriculums und den bereits genannten Modellcurricula gelang es, die Inhalte aus der Pflege –und den Bezugswissenschaften zu prüfen und den einzelnen Lernfeldern zuzuordnen. Die Inhalte wurden thematisch strukturiert und mit einem ersten Arbeitstitel und einem Zeitrichtwert versehen. Die Zeitrichtwerte der Module, Epochen und Lernsituationen eines Lernfelds ergeben den Gesamtzeitrichtwert des Lernfelds. Parallel zu dieser Vorgehensweise entschied die Curriculumgruppe, welche Inhalte modular, epochal oder als Lernsituation angeboten werden sollten. Diese Entscheidung erfolgte anhand der o.g. Einteilung. Einen genauen Überblick über die Lernfelder mit allen Lernsituationen, Modulen und Epochen sowie den jeweiligen Zeitrichtwerten findet sich im Anhang 3.

Folgende Fragen waren bei der Entwicklung der Curriculumelemente leitend:

Epoche

- Brauchen die Inhalte und zu erwerbenden Haltungen einen prozesshaften Aufbau?
- Ist bei den Inhalten Vertiefung und übendes Wiederholen notwendig?

Modul

- Unterliegen die Inhalte hauptsächlich der jeweiligen fachwissenschaftlichen Systematik?
- Bilden die Inhalte überwiegend Grundlagen- bzw. Orientierungs- und Überblickswissen?

Lernsituation

- Steht in Bezug auf die Inhalte die Handlungssystematik im Vordergrund?
- Welche fächerübergreifenden Inhalte stehen im Zusammenhang mit der Handlung?
- Sind unterschiedliche Strategien- und Lösungsmuster erforderlich?
- Welche lernsubjektorientierte Heran- und Vorgehensweisen stehen im Vordergrund?
- Welche exemplarischen Handlungssituationen werden gewählt?
- Welche betrieblichen Lernsituationen können helfen, das Transferlernen zu unterstützen?

Bei den Inhalten der Anatomie und Physiologie wurde überlegt, ob diese nicht klare Kennzeichen für eine modulare Gestaltung aufweisen. Einerseits ist die Erarbeitung der Inhalte nach der fachwissenschaftlichen Systematik erforderlich und das Wissen wird als Grundlagenwissen bezeichnet, andererseits kann bei der Bearbeitung innerhalb der Handlungssystematik eine direkte Zuordnung der Inhalte zu einer Handlungssituation erfolgen. Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit, das Fachwissen der Anatomie/Physiologie nicht isoliert zu erarbeiten, sondern anhand einer Fall- oder Pflegesituation. So kann das Wissen besser verknüpft und schrittweise gelernt werden.

4.4.6 Strukturmerkmale der Curriculumelemente

Die Aufbereitung der Lernsituationen, Module und Epochen ist der letzte Konstruktionsschritt bei der Curriculumentwicklung und findet auf der Mikroebene statt. Die Lehrenden an der FKS erarbeiteten in kleinen Arbeitsgruppen und unter Einbeziehung entsprechender Experten die einzelnen Curriculumelemente. Zur Entwicklung der Lernsituationen diente dazu ein eigens entwickelter Leitfaden (siehe Anhang 4). Der Leitfaden für die didaktische Ausarbeitung bezieht sich auf die bereits genannten Prinzipien (Kennzeichen des Curriculumelements, Systematisierungsprinzipien). Darüber hinaus spielen bei der Entwicklung aller Curriculumelemente folgende Bestimmungen eine Rolle:

- Gegenwarts- und Zukunftsbedeutung
 - Exemplarische Bedeutung
 - Pflegeberufliche Schlüsselprobleme
- (vgl. Klafki 1996 und Darmann 2005 in Humbert u.a. 2008, 38)

Das Ziel ist die Identifizierung bildungshaltiger Lernsituationen und Ermittlung von Kompetenzschwerpunkten. Die Kompetenzen müssen aus unterschiedlichen Blickwinkeln heraus formuliert werden. Insbesondere aus dem Blickwinkel:

- der Zukunftsbedeutung
 - von Pflege- und Gesundheitswissenschaft
 - der Bezugswissenschaften
 - der Lernenden
 - der Menschen mit Pflegebedarf
- (vgl. Muster-Wäbs 2005 in Humbert u.a. 2008, 38)

Die Dokumentation der Curriculumelemente besteht aus der folgenden Struktur:

- Bezeichnung und Titel
- Ziel
- Begründung
- Zeitrichtwert
- Zuordnung zu Wissensgrundlagen (KrPflAPrV 2003)
- Zuordnung zu Themenbereichen (KrPflAPrV 2003)
- Kompetenzen
- Inhalte
- Lernvoraussetzungen
- Querverweise
- Methodisch-didaktische Hinweise
- Hinweise für den Lernort Praxis
- Literatur

Für jedes Curriculumelement existiert ein Ordner, der die konkrete Unterrichtsplanung (teilweise mit Ablaufplan) und alle Arbeitsmaterialien sowie die entsprechende Stoffsammlung und Literatur enthält. Die Arbeit an den Curriculumelementen ist zum Ende der Projektlaufzeit noch nicht vollständig abgeschlossen. Nach der Implementierung des Curriculums und der Evaluation müssen die einzelnen Elemente vervollständigt und ggf. auch überarbeitet werden. Die ausgearbeiteten Curriculumelemente finden sich im Curriculum Hauptdokument (Teil D) dieser Dokumentation.

4.5 Implementierung des Curriculums

Die Implementierung des Curriculums erfolgte aufgrund des engen zeitlichen Spielraums parallel zur Entwicklung des Curriculums. Damit die Ausbildung zum 01. April 2007 starten konnte, wurde zunächst der Dreijahresplan erarbeitet und dann die einzelnen Curriculumelemente konkreter ausgearbeitet.

4.5.1 Curricularer Aufbau im Dreijahresverlauf

Der zeitliche Ablauf und damit die Verteilung der Inhalte über die dreijährige Ausbildungszeit hinweg können sich an unterschiedlichen Prinzipien orientieren. Mögliche Prinzipien wurden gesammelt und diskutiert:

- Gliederung nach dem Ausbildungskonzept der FKS (Handwerk-Beziehung-Wissenschaft)
- Vom Gesunden zum Kranken
- Vom Einfachen zum Komplexen
- Vom Alltäglichen zum Speziellen
- spiralförmiger Aufbau: Wiederholung und Vertiefung auf einem höheren Niveau (Epochen)
- Biographieorientierte Gliederung
- Orientierung an der funktionellen Dreigliederung (Stoffwechsel-Gliedmaßen-System, Rhythmisches System, Nerven-Sinnes-System)
- Orientierung am Entwicklungsweg der Auszubildenden (Anfangsbegeisterung, Ernüchterung, Sinnsuche im „Mittelkurstief“, Verantwortungsübernahme, beginnende Expertise, Eigenständigkeit,)
- Orientierung an den Praxiseinsätzen (Vorbereitung/Begleitung des Praxiseinsatzes)
- Orientierung an den Stufen der Kompetenzentwicklung nach Rauner (2007)

4.5.2 Entwicklungslogische Strukturierung nach Rauner (2007)

Entwicklungslogische Konzepte für die Strukturierung von Bildungsprozessen gehen auf eine langjährige Entwicklungs- und Erprobungsphase der erziehungswissenschaftlichen Entwicklungspsychologie zurück. In diesen Ansätzen geht es darum, Curriculumkonzepte subjektbezogen und entwicklungstheoretisch zu begründen.

Zu fragen ist also nach dem für jede Entwicklungsstufe charakteristischen Merkmalen der Handlungssituationen und den für diese Situationen entsprechenden Fähigkeiten und Handlungen bzw. Handlungsspielräumen (Rauner 2007, 23).

Die Einteilung der entwicklungslogischen Kompetenzentwicklung erfolgt demnach in vier Lernbereiche

1. Orientierungs- und Überblickswissen
 2. Zusammenhangswissen
 3. Detail- und Funktionswissen
 4. Vertiefungswissen
- (Rauner 2007, 23)

Im Lernbereich 1 werden die Berufsanfänger, die Vorerfahrungen, Vorkenntnisse und Qualifikationen mitbringen, mit berufsorientierenden Arbeitsaufgaben konfrontiert und an diese herangeführt. So gewinnen die Auszubildenden einen Überblick über die Arbeit im Beruf und können ein Verständnis für die typischen Arbeitsprozesse erlangen. In dieser Stufe bearbeiten

die Berufsanfänger die Aufgaben systematisch unter Einhaltung von Regeln, Vorschriften und definierten Standards. Zur Entwicklung beruflichen Zusammenhangswissens muss sich der fortgeschrittene Berufsanfänger im Lernbereich 2 mit systematischen Arbeitsaufgaben auseinandersetzen. Diese Aufgaben werden kontextbezogen und unter Beachtung der jeweiligen systematischen Struktur ausgeführt. Problembehaftete, spezielle Arbeitsaufgaben werden im Lernbereich 3 bearbeitet. Diese Aufgaben zeichnen sich dadurch aus, dass zu ihrer Bearbeitung definierte Regeln und Lösungsschemata nicht genügen. Die Aufgabe enthält etwas Unbekanntes und Neues. Die bisher gelernten Lösungs- und Bearbeitungsstrategien reichen nicht aus. Hier ist vielmehr die Fähigkeit zur Analyse erforderlich, die hilft, das eigentliche Problem zu identifizieren und es dann mithilfe von Detail- und Funktionswissen zu lösen. Dank ihres professionellen Problembewusstseins können sich die Auszubildenden im Lernbereich 4 Arbeitserfahrungen im Umgang mit nichtalltäglichen Situationen und Problemen aneignen. Diesen Lernbereich charakterisieren unvorhergesehene, komplexe Arbeitsaufgaben, die in der akuten Situation nicht vertieft analysiert, sondern nur systematisch bewältigt werden können. In dieser Stufe handeln die Personen intuitiv aufgrund von Antizipation möglicher Vorgehensweisen, von hohem fachlichem Wissen und praktischem Können. Das erfahrungsgeleitete und fachsystematische Vertiefungswissen stehen hier im Vordergrund (vgl. Rauner 2007, 24 ff.).

Dieses Konzept weist die engen Bezüge zum Lernfeldkonzept aus, indem Wissen nicht nur eindimensional gelehrt wird, sondern immer im übergreifenden Gesamtzusammenhang steht. In der Grundausbildung sieht Rauner (2007) die Ebenen Orientierungs- und Überblickswissen sowie das Zusammenhangswissen angesiedelt, das nach seinem Schema in den ersten ein bis zwei Jahren ausgebildet wird. In der vertiefenden fachlichen Ausbildung findet nach seiner Ansicht der Aufbau von Detail- und Funktionswissen statt. Fachsystematisches Vertiefungswissen erwerben nur sehr gute Auszubildende in der Erst-ausbildung, dieses Wissen wird eher in der Weiterbildung aufgebaut (Nickolaus 2008, 67 ff.). Die Struktur und Systematik dieses Konzepts wird in nachfolgender Tabelle ersichtlich.

Lernbereiche		Aufgabenbereiche	Aufgabenbewältigung
Lernbereich 4: Erfahrungsbasiertes, fachsystematisches Vertiefungswissen	Wie sich die Dinge fachsystematisch erklären und Probleme situativ lösen lassen	nicht vorhersehbare Arbeitsaufgaben	erfahrungsgeleitete Aufgabenbearbeitung
Lernbereiche 3: Detail- und Funktionswissen	Worauf es in der Facharbeit im Einzelnen ankommt und wie die Dinge funktionieren.	problembehaftete, spezielle Arbeitsaufgaben	theoriegeleitete Aufgabenbearbeitung
Lernbereich 2: Zusammenhangs- wissen	Wie und warum die Dinge so und nicht anders zusammenhängen.	systematische Arbeitsaufgaben	systematische Aufgabenbearbeitung
Lernbereich 1: Orientierungs- und Überblickswissen	Worum es im Beruf in der Hauptsache geht.	berufsorientierende Arbeitsaufgaben	angeleitete Aufgabenbearbeitung

Tab. 3: Systematisierung beruflicher Arbeitsaufgaben und Lernbereiche nach Stufen zunehmender Arbeitserfahrung (vgl. Rauner 2007, 25)

In der Dreijahresplanung bildet die entwicklungslogische Struktur ein zentrales Element. Darüber hinaus finden auch andere Prinzipien Anwendung, die sich aus den Rahmenbedingungen, den Praxiseinsätzen und den Grundsätzen der FKS ergeben. In der konkreten Entwicklung der Dreijahresplanung wurden zuerst die bestehenden Fixpunkte verankert wie die Projektwoche „Tod und Sterben“, die künstlerische Projektwoche usw. Dann erfolgte die Einteilung der Epochen mit ersten Überlegungen zu Schwerpunkten und

Themenstellungen. Die Epoche „E I.3: Künstlerisches Tun als Entwicklungsweg“ wird ganz neu strukturiert und es wird überlegt, wie viel künstlerische Anteile zu welchen Zeiten sinnvoll und notwendig sind. Dabei ist immer die Frage leitend: Wie kann Kunst in der jeweiligen Ausbildungsphase die Persönlichkeitsentwicklung unterstützen? Die Stundenzahl der künstlerischen Epoche wurde auf 239 Stunden reduziert.

Die Einteilung der Module, Epochen und Lernsituationen im zeitlichen Verlauf erfolgt anhand der vier genannten Lernbereiche. Auffallend ist, dass die meisten Module – ganz im Sinne ihrer Definition – im ersten Ausbildungsjahr verortet sind.

Das Entwickeln eines Konzeptes zur Lernerfolgsbewertung und die konkrete Planung der Theorie-Praxis-Vernetzung sind Teil der Implementierungsphase und werden in den nachfolgenden Kapiteln näher erläutert. Die letzte Phase der Curriculumentwicklung, die Phase der Evaluation und Curriculumrevision wird im Teil C dieses Berichts beschreiben.

5 Pflege- und Bildungsverständnis und pädagogische Leitlinien

(Monika Kneer, Ulrike Gubba-Hoke, Gernot Adolphi)

Bildung und Pflege! Was für eine Ausbildung brauchen Angehörige eines Pflegeberufs? Wie muss eine Pflegeausbildung aussehen? „...Wofür, d.h. für welche Pflegesituationen und Entwicklungen in der Pflege (muss) ausgebildet werden...?“ (Wittneben 1999, 1). Diese Fragen stehen bei der Curriculumentwicklung in allen Modellprojekten im Vordergrund. Zur Beantwortung solcher Fragen ist die Analyse der Ausgangslage für unser Modellprojekt wichtig. Schwerpunkt der Analyse ist die aktuelle Situation der drei traditionellen Berufsbilder und die Analyse der Besonderheiten einer anthroposophischen Pflegeausbildung.

Die pflegeberufliche Bildung wird der Erwachsenenpädagogik zugeordnet. Siebert (1994) weist darauf hin, dass übergeordnete Leitziele in Form von allgemeinen Bildungszielen gerade in der Erwachsenenpädagogik und Berufsbildung unerlässlich sind, um die Auswahl und Interpretation geeigneter Berufssituationen zu legitimieren (Siebert 1994 in Knigge-Demal 1999, 32). Bildungsziele müssen in der Diskussion bestimmt und gerechtfertigt werden, sodass sie von allen an der Ausbildung Beteiligten getragen werden und in eine konkrete Umsetzung münden können.

5.1 Bildungsauftrag und Kernaussagen

Bei der Arbeit an einem Ausbildungskonzept vor Beginn des Modellprojekts formulierte das Lehrerkollegium der Freien Krankenpflegeschule Kernsätze, die die Einstellung und Haltung zur Pflegebildung in besonderer Weise verdeutlichen:

Die Ausbildung an der Freien Krankenpflegeschule will dem Wandel im Pflegeberuf gerecht werden und dem „Nicht-Krankenhausbereich“ ein größeres Gewicht im Umfang und Inhalt der theoretischen und praktischen Ausbildung verleihen. Auch der Spezialisierung innerhalb des Krankenhauses wollen wir uns im Hinblick auf Ausbildungsinhalte und die Planung der praktischen Einsätze stellen.

Wir sehen unsere Aufgabe in der Vermittlung der spezifischen geisteswissenschaftlichen und praktischen Grundlagen der Anthroposophischen Medizin und Pflege. Anthroposophie soll authentisch und undogmatisch sowohl den Unterricht durchziehen als auch als spezielles Unterrichtsfach erteilt werden.
(FKS 2002a, 6)

Ausgehend von diesem ersten richtungweisenden Bildungsverständnis wird deutlich, dass berufliche Qualifizierung sich nicht auf Tätigkeiten und Handlungen aus betrieblicher Perspektive fokussiert, sondern menschliche Gestaltungs- und Entscheidungskompetenzen beinhalten muss. Knigge-Demal definiert mit Hinweis auf Büssing (1992): „berufliche Qualifikationen schließen Fähigkeiten zu selbstinitiierten Lern- und Weiterbildungsprozessen ein und ermöglichen Teilhabe an gesellschaftlichen und betrieblichen Entscheidungsprozessen. Berufliche Bildung muss demnach eine umfassende Persönlichkeitsbildung umfassen (vgl. Knigge-Demal 1999, 32). Daher haben sich in der Berufspädagogik als zentrale Bildungsziele die „berufliche Tüchtigkeit“ und die „berufliche Mündigkeit“ durchsetzen können.

Für die Pflegeberufe ist die Persönlichkeitsbildung im doppelten Sinne eingefordert, als Fähigkeit zur verantwortlichen Teilhabe an gesellschaftlichen und betrieblichen Entscheidungsprozessen und als Befähigung zum Aufbau und zur Gestaltung von professionellen Beziehungen. Geht man davon aus, daß berufliche Pflege die Beziehungsaufnahme und Beziehungsgestaltung mit den Pflegebedürftigen erfordert, so sind therapeutische Basiskompetenzen durchaus ein Teil ihrer Handlungskompetenz. (Knigge-Demal 1999, 33)

Diese Sichtweise entspricht weitgehend den Ausführungen in den Kernsätzen des bisherigen Ausbildungskonzeptes an der FKS. Die Entwicklung des Ausbildungskonzeptes ging ursprünglich auf den Rückgang von Bewerbungszahlen zurück und auf Beobachtungen, die das Lehrerkollegium in den Bewerberverfahren machen konnten, wie der nachfolgende Auszug aus dem Ausbildungskonzept deutlich macht:

Denn Bedürfnisse, Motive und Ideale sind das kostbare Gut, welches Auszubildende mitbringen. Zwei polare Strebensrichtungen tauchen in den Bewerbungsgesprächen immer wieder auf: das Helfen-Wollen und die Selbsterfahrung am Erlebnis von menschlichen Ausnahmesituationen. Im positiven Sinn kann sich das Helfermotiv bis zum Motiv des Heilens durch Pflege steigern, im negativen Sinn kann ihm ein Helfersyndrom zu Grunde liegen. Das Selbsterfahrungsmotiv kann im positiven Sinne bis zur Einsicht in die persönliche Berufung geführt werden, negativ gesteigert, führt es zu Berufserkrankungen.

Für die Ausbildung an der Freien Krankenpflegeschule gilt deshalb, dass die Ideale der Auszubildenden durch die Authentizität der Unterrichtenden erweckt werden sollen und nicht über das vermeintliche Fehlen von Idealen bei der heutigen Jugend lamentiert wird. Diese Authentizität sehen wir besonders durch die enge Beziehung der Unterrichtenden zur eigenen Pflegepraxis gegeben.

Das Wirken „von Unten“, von der Bedürfnisseebene auf die Motive, (z.B. die Erhöhung der Attraktivität der Ausbildung durch finanzielle Anreize, Notendruck, Anerkennung etc.) oder „von Oben“ durch ein Wirken von der Ebene der Ideale auf die Motive (z.B. Tabuisierung von Fehlern, Erzeugung von schlechtem Gewissen, Ideale als Beurteilungsmaßstäbe) beeinträchtigen die Freiheit des Auszubildenden und werden vermieden. Berechtigt auf die Ideale und Motive des Auszubildenden wirken der eigene Wille zur Verbesserung und das geistige Wachstum (Forschung) der Lehrenden und Lernenden.

(FKS 2002a, 5)

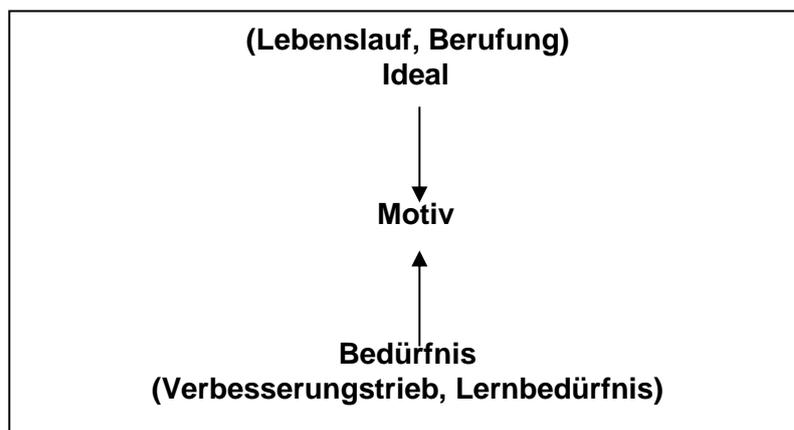


Abb.3: Ideal-Motiv-Bedürfnis (FKS 2002a, 5)

Weitere Vorgaben zum Bildungsauftrag der Berufsschulen ergeben sich durch die Kultusministerkonferenz (KMK). Die KMK beschreibt die Berufsschule und den Ausbildungsbetrieb als zwei gleichwertige Lernorte. Beide arbeiten zwar eigenständig, jedoch auch an einem gemeinsamen Bildungsauftrag zusammen (vgl. KMK 2007, 9). Der Bildungsauftrag der Berufsschule wird wie folgt formuliert:

Die Berufsschule vermittelt eine berufliche Grund- und Fachbildung und erweitert die vorher erworbene allgemeine Bildung. Damit will sie zur Erfüllung der Aufgaben

im Beruf sowie zur Mitgestaltung der Arbeitswelt und Gesellschaft in sozialer und ökologischer Verantwortung befähigen. (KMK 2007, 9)

Somit soll in der Berufsschule Allgemeinwissen und berufliches Wissen vermittelt werden. Der Bildungsauftrag der Berufsschule richtet sich dabei nach den Anforderungen der Arbeitswelt. Die von der KMK verfassten Ziele für die Berufsschule lauten:

- eine Berufsfähigkeit zu vermitteln, die Fachkompetenz mit allgemeinen Fähigkeiten humaner und sozialer Art verbindet;
- berufliche Flexibilität zur Bewältigung der sich wandelnden Anforderungen in Arbeitswelt und Gesellschaft auch im Hinblick auf das Zusammenwachsen Europas zu entwickeln;
- die Bereitschaft zur beruflichen Fort- und Weiterbildung zu wecken;
- die Fähigkeit und Bereitschaft zu fördern, bei der individuellen Lebensgestaltung und im öffentlichen Leben verantwortungsbewusst zu handeln

(KMK 2007, 9)

Die Ziele für die Berufsschule müssen in die Curriculumentwicklung für eine generalistische Pflegeausbildung einfließen. Die KMK erläutert in den Rahmenvereinbarungen, wie diese Ziele erreicht werden können, und fordert unter anderem einen handlungsorientierten Unterricht sowie die Vermittlung von berufs- und berufsfeldübergreifenden Qualifikationen (vgl. KMK 2007, 10). Das übergeordnete Ziel der Berufsbildung ist die Entwicklung von beruflicher Handlungskompetenz. Die konkrete Umsetzung in einem Berufsbildungsgang muss daher durch ein kompetenzorientiertes Curriculum erfolgen.

Für eine pflegeberufliche Ausbildung sind die Zielvorgaben der KMK ein erster Ausgangspunkt. Für das pflegeberufliche Handlungsfeld ist die Konkretisierung der pädagogischen Leitziele notwendig. Um zu einer eigenen Formulierung eines gemeinsamen Bildungs- und Pflegeverständnisses zu kommen, einigte sich die Projektgruppe darauf, ausgehend von der Analyse zunächst in einem ersten Brainstorming übergeordnete Bildungsziele der Schule zu sammeln. Die Ergebnisse des Brainstormings sind nachfolgend aufgelistet:

- Entwicklung veranlassen
- (Pflege-)Haltung entwickeln
- Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit zeigen
- (Berufliche) Mündigkeit entwickeln
- Selbstständigkeit/Eigenständigkeit/Autonomie beweisen
- Fachlich begründetes Handeln ermöglichen
- Gestaltungsfähigkeit aufweisen
- Lernfähigkeit weiterentwickeln
- Verantwortung zeigen
- Grenzen erkennen und akzeptieren
- Flexibilität entwickeln
- Spirituelle Dimensionen beachten/entfalten

In einer Diskussion wurden die Aspekte ausgiebig diskutiert und konkretisiert:

Entwicklung veranlagten	Grenzen erkennen und akzeptieren	Spirituelle Dimension
Beziehungsfähigkeit - Beziehungen herstellen, pflegen und reflektieren ➤ Pflegeempfänger/Angehörige ➤ Kollegen ➤ Andere Berufsgruppen	Mündigkeit - Mut haben - Verantwortung tragen - Eigenes Denken weiter entwickeln - Kritikfähigkeit schulen - Entscheidungsfähigkeit stärken - Urteilsfähigkeit ausbilden	
Kommunikationsfähigkeit - Zuhören können - (Fach-)Sprache entwickeln	Selbstständigkeit/Eigenständigkeit/Autonomie - Denken - Lernen - Handeln	
Fachlich begründete Handlungsfähigkeit - Breites Basiswissen aneignen - Analysefähigkeit entwickeln - Kriterien und Prinzipien für Handeln kennen - Handlungsspielräume erkennen - Handlungsalternativen begründen	Gestaltungsfähigkeit - Aktives Gestalten von Situationen - Einlassen auf Prozesse - Wahrnehmung von Situationen - Prozesse reflektieren - Kreativität und Ausdauer - Strategien entwickeln - Ideen, Motive für die Gestaltung der Handlung (Warum? Wofür? Wozu?) - Bewusstsein für den eigenen Prozess	
Wahrnehmungsfähigkeit - Umfassend wahrnehmen lernen: ➤ Den Pflegebedürftigen Menschen in seiner spezifischen Situation ➤ Berufliche Situationen allgemein	Haltung entwickeln - Bereitschaft, an Haltung zu arbeiten - Ziel: ethische Grundhaltung - Offene Haltung einnehmen - Sich verantwortlich fühlen - Interessiert sein - Innovationsfähigkeit - Veränderungsbereitschaft - Beweglich/flexibel sein	
Lernfähigkeit - Ziel: lebenslanges Lernen - Interesse entwickeln/Interesse haben - Begeisterung - Willenserweckung - Allgemeinbildung	Verantwortung - Verantwortungsvolles Handeln - Verantwortung für: ➤ Sich selbst ➤ Pflegeempfänger/angehörige ➤ Gesellschaft ➤ Umwelt ➤ Institution	

Tab. 4: Ziele pflegeberuflicher Bildung an der FKS (Eigene Darstellung 2007)

Diese ersten Diskussionsergebnisse bildeten die Grundlage für die weitere Auseinandersetzung mit pflegeberuflichen und pflegepädagogischen Leit- und Bildungszielen anderer Modellprojekte.

Der Begründungsrahmen des Stuttgarter Modells© präzisiert die Leitziele der Berufsausbildung und unterteilt diese in pflegeberufliche Leitziele und pädagogische Leitsätze. Die Ziele für die Ausbildung im Modellprojekt „PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“ entsprechen weitgehend diesen Ausführungen im Stuttgarter Modell© und wurden daher bei der Curriculumentwicklung so übernommen und – wie an späterer Stelle erläutert wird – noch ergänzt:

5.2 Pflegeberufliche Leitziele

Die Auszubildenden

- (1) beachten die Würde des Menschen und setzen sich anwaltschaftlich für die Interessen von Menschen mit Pflegebedarf ein.
- (2) betrachten den Menschen als Subjekt, das sich selbst und seine Umgebung wahrnimmt, interpretiert und das sich in einem ständigen Prozess des Werdens und sich Entwickelns befindet.
- (3) handeln verantwortlich gemäß ihres eigenständigen beruflichen Auftrags.
- (4) sehen ihren beruflichen Auftrag darin, Gesundheit zu fördern, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und zu überwinden und Menschen mit Pflegebedarf zu unterstützen, zu fördern und zu begleiten.
- (5) verstehen Pflege als menschliche Begegnung, die in hohem Maße durch das Eingreifen in die Integrität und Intimität der Menschen mit Pflegebedarf und durch körperliche Nähe gekennzeichnet ist.
- (6) gewinnen Verständnis für Fremdes und beziehen diese Haltung in ihr pflegerisches Handeln mit ein.
- (7) fördern und erhalten die Selbstpflegekompetenz der Menschen mit Pflegebedarf unter Einbezug sozialer und materieller Ressourcen.
- (8) entwickeln die eigene Wahrnehmungsfähigkeit als Teil ihrer pflegerischen Handlungskompetenz weiter.
- (9) setzen sich kritisch mit pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen auseinander, beziehen diese in ihr Pflegehandeln ein.
- (10) wirken an der Weiterentwicklung des eigenen Berufs mit
- (11) nehmen die Aufgaben der Mitwirkung und Kooperation im Gesundheitswesen wahr.
- (12) entwickeln die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Reflexion des eigenen pflegerischen Handelns.
- (13) erkennen und nutzen Handlungsspielräume und nehmen Einfluss auf strukturelle Bedingungen

5.3 Pädagogische Leitsätze

- (1) Die Ausbildung fördert die Entwicklung einer beruflichen Identität.
 - (2) Die Ausbildung fördert die Auseinandersetzung mit dem eigenen Menschenbild und anderen Wertvorstellungen.
 - (3) Die Ausbildung fördert eine emanzipative Haltung, die Fähigkeit eigene Überzeugungen zu vertreten, die Dialogfähigkeit sowie die Fähigkeit verschiedene Perspektiven einzunehmen
 - (4) In der Ausbildung werden bereits vorhandene personale Fähigkeiten zu beruflichen Kompetenzen weiter entwickelt.
 - (5) Die am Ausbildungsprozess Beteiligten nehmen sich selbst und andere in ihrem Entwicklungsprozess wahr.
 - (6) Lernende, Ausbildungsverantwortliche, Pflegende und Vertreter anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen bilden eine Lerngemeinschaft und pflegen einen gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Sie lernen von- und miteinander.
 - (7) Alle Ausbildungsverantwortlichen verstehen sich als Lernbegleiter. Sie erschließen gemeinsam mit den Auszubildenden individuelle Lernmöglichkeiten und entwickeln die Fähigkeit zum lebenslangen Lernen.
 - (8) Die Auszubildenden gestalten ihre Lernwege eigenverantwortlich und entwickeln die Fähigkeit zum lebenslangen Lernen.
 - (9) Die Ausbildung leistet ihren Beitrag zur Förderung des internationalen Austausches im zusammen wachsenden Europa.
- (Kerngruppe Curriculum 2006, 146f.)

Diese Ziele und Leitsätze decken sich mit dem Verständnis der Freien Krankenpflegeschule. Im Hinblick auf die anthroposophische Ausrichtung der Schule werden die Ziele durch die Sichtweise des anthroposophischen Menschenbildes erweitert. Die pädagogischen Leitsätze erfahren eine Ergänzung durch das Konzept der Erwachsenenbildung von van Houten (1999).

5.4 Erwachsenenbildung als Willenserweckung (Gernot Adolphi)

Die Freie Krankenpflegeschule hat sich wie jede Ausbildungsstätte im Rahmen ihres Bildungsverständnisses Fragen zu stellen nach der Grundhaltung, nach den Methoden und Lernwegen und nach den Zielen der beruflichen Bildung an dieser Einrichtung. Solche konkreten Fragen lauten beispielsweise:

- Was ist die Kernaufgabe der FKS?
- Wie sollte unsere Haltung gegenüber den Lernenden dieses Ausbildungsgangs sein?
- Welche Rolle nehmen wir als Ausbilder ein?
- Welche Rolle haben demgegenüber die Pflegenden in Ausbildung?
- Wo beginnt und wo endet unsere Aufgabe als Lehrende oder Ausbildungsbegleiter?
- Wie fördern wir die Bildung von Pflegenden, damit sie zunehmend in der Lage sind, selbstständig, autonom und eigenverantwortlich zu denken, zu fühlen und zu handeln?
- Wie gehen wir mit der bei vielen Menschen zunehmend zu beobachtenden Unfähigkeit um, ihr eigenes Lernen, ja manchmal sogar ihr ganzes Leben in die Hand zu nehmen?

Diese Fragen muss zunächst jeder in der Erwachsenenbildung Tätige für sich persönlich beantworten. Dies reicht jedoch nicht aus, um nachhaltig und verlässlich eine wirkliche Ausbildungskultur zu entwickeln. Hierzu muss sich die FKS als Bildungseinrichtung konzeptionelle Antworten im Sinne von Zielen, Grundsätzen, Leitlinien und Strategien geben. Das Finden konzeptioneller Antworten erfordert einen langen Prozess, welcher vom Lehrerkollegium in gemeinsamer Verantwortung für die Einrichtung ständig neu geleistet und angepasst werden muss. Hier kann es daher hilfreich sein, sich an einem in der Literatur beschriebenen Bildungskonzept zu orientieren, welches das in der FKS gelebten Menschenbild und das Pädagogik- und Bildungsverständnis aufgreift. Ein solches aus der Anthroposophie begründetes Bildungskonzept beschreibt Coenraad van Houten (1996) in seinem Buch „Erwachsenenbildung als Willenserweckung“. Die FKS orientiert sich an diesem im Buch dargestellten Bildungsverständnis. Daher werden die Grundgedanken dieses Konzepts in der Folge kurz dargestellt. Für eine eingehende Beschäftigung mit der Thematik sei auf das Buch selbst verwiesen.

5.4.1 Willenserweckung

Lernen, sich entwickeln, sich ändern gehören zusammen, sind drei Aspekte eines Vorgangs, der lebenslang das Menschsein des Menschen konstituiert und der nie ‚von allein‘ abläuft, sondern vollwillentlich stets von neuem aufgerufen werden muss. (...) ‚Ausbilder sind eigentlich Willenserwecker!‘ Alles Lernen beruht auf Überwindung von Widerständen, auf Anstrengung; beim Lernen von Erwachsenen geht es um den selbständigen Willen. (van Houten 1996, 23f.)

Die Kernaussage des Autors berührt eine Problematik, die jedem in der Erwachsenenbildung Tätigen nur allzu gut bekannt sein dürfte: wie schwierig ist es doch, den selbständigen Lernwillen eines Menschen anzusprechen, insbesondere in Situationen, in welchen das Interesse an der Sache als Triebfeder des Lernprozesses noch nicht erwacht ist! Der konstruktive Umgang mit Widerständen, das bedingungslose Gewähren von Freiheit oder das Vertrauen in die Selbständigkeit und Verantwortungsbereitschaft des Lernenden sind gleichzeitig ständige Herausforderung und unabdingbare Notwendigkeit in der Erwachsenen-

bildung. Dies muss sowohl im Aufbau der Ausbildung, in der methodisch-didaktischen Gestaltung wie auch im alltäglichen Umgang zwischen den beteiligten Menschen zum Ausdruck kommen. Eine Ausbildung soll also so konzipiert sein, dass der Wille des Lernenden an den Aufgaben, Begegnungen, Methoden und Inhalten der Ausbildung erwachen kann.

Van Houten (1996) benennt als Antreiber für den eigenen Lernwillen den Erkenntnistrieb, den Entwicklungstrieb und den Verbesserungstrieb. Den Erkenntnistrieb beschreibt er als Impulsgeber des Menschen, die Rätsel der Welt zu lösen, die Welt und uns selbst verstehen zu lernen, den Entwicklungstrieb als „Grundkraft der Seele“ mit dem Ziel, „sich fortwährend ändern zu wollen“. Der Verbesserungstrieb beruht auf Gefühlen der Unzulänglichkeit, der „Empfindung, dass alles besser gemacht werden kann“. Es gilt, diese drei natürlicherweise in jedem Menschen vorhandenen Triebe nicht zu blockieren, sondern den selbstständigen Lernwillen durch eine entsprechend geartete Didaktik zu nähren und anzuregen (vgl. van Houten 1996, 24f.).

5.4.2 Die drei Lernwege

Eine wichtige, in bildungstheoretischen Abhandlungen wenig berücksichtigte Differenzierung des Lernens beschreibt van Houten in den Ausführungen über die drei Lernwege:

- Schullernen
 - Schicksalslernen (oder Lebenslernen)
 - innerer, geistiger Schulungsweg
- (vgl. van Houten 1996, 37ff.)

Normalerweise bezieht sich Bildung ausschließlich auf das von van Houten so genannte „Schullernen“, also auf den institutionalisierten, organisierten, durch einen Lehrplan strukturierten und von Lehrern begleiteten Lernprozess mit einem bewusst vorgegebenen Lernziel (vgl. van Houten 1996, 37f.).

Der Autor stellt neben diesen Lernweg ein weiteres Lerngebiet im menschlichen Leben: das „Schicksalslernen“ oder „Lebenslernen“. Die scheinbar zufälligen Ereignisse des Lebens, welche einen Menschen in hohem Maße herausfordern, die Aufgaben und Fragen an ihn stellen und immer wiederkehrend ähnliche Motive in sich tragen, bilden die Anlässe, aus seinem Schicksal, seiner eigenen Biographie zu lernen. Lernen ist hier ein vollkommen selbstgesteuerter Prozess und vollzieht sich vor allem in der gezielten Rückschau, beispielsweise abends oder in Momenten des Abstandnehmens vom Alltag. Dieses Lernen kann von außen durch Beratung begleitet werden, erfordert aber ein hohes Maß an Integrität und Zurückhaltung vom Berater, denn letztlich muss der Lernende selbst die richtigen Schlüsse und Erkenntnisse aus der Betrachtung seiner Lebensmotive ziehen (vgl. van Houten 1996, 38ff.).

Der „geistige Schulungsweg“ als dritter Lernweg bewegt sich wiederum auf einem ganz anderen Gebiet. Hier sollen Kräfte entwickelt werden, um einen Ausnahmezustand herzustellen, in welchem der Mensch sich ganz von äußeren Einflüssen abschließt und sich ganz dem inneren Leben widmet. „Konzentration, innere Ruhe und gewisse Grundempfindungen müssen erzeugt werden, um in der Seele die Stätte zu bereiten, an der dieses Lernen stattfinden kann“ (van Houten 1996, 40). Im Gegensatz zu früheren „Einweihungswegen“ ist der geistige Schulungsweg heute ein vollständig individueller Weg von Selbsterkenntnis und selbständiger Urteilsbildung. Im Umgang mit dem Schulungsweg erfahrene Menschen können als Experten befragt werden, „den eigentlichen Lehrmeister findet jeder im eigenen Inneren“ (van Houten 1996, 41). Ziel dieses Lernens ist es „...mehr und mehr Mensch zu werden, (...) um seine Aufgabe hier auf Erden besser verrichten zu können“ (van Houten 1996, 42).

Van Houten weist auf die Notwendigkeit hin, in der Erwachsenenbildung alle drei Lernwege zu berücksichtigen: „...das Grundprinzip, das Leitbild einer neuen Erwachsenenbildung [ist] die gegenseitige Durchdringung dieser drei Lernwege, damit sie einander stärker befruchten“ (van Houten 1996, 42).

5.4.3 Die drei Lernbarrieren

In der Denktätigkeit, in der Gefühlswelt und in der Willensaktivität tauchen Widerstände auf, die van Houten als Barrieren des Lernprozesses bezeichnet. Solche Barrieren äußern sich in sehr vielschichtiger Art und Weise, im Fall einer Denkbarriere beispielsweise in Autoritätsglauben oder in der Unfähigkeit, Neues zu denken und eingefahrene Denkschemata zu verlassen. Haltungen wie Angst, Beziehungs- oder Interesselosigkeit sind Ausdruck einer Gefühlsbarriere während das Zurückschrecken vor Widerständen, Perfektionismus oder mangelndes Vertrauen in eigene Entscheidungen Zeichen einer Blockade des Willens darstellen. „In der Überwindung der drei Barrieren findet nun aber die tatsächliche Veränderung – das wesentliche Lernen – statt“ (van Houten 1996, 27). Es ist darum wichtig, diese Barrieren in ihrer Existenz anzuerkennen und mit ihnen konstruktiv ühend umzugehen (vgl. van Houten 1996, 27ff.).

5.4.4 Die Zusammenarbeit von Institution, Kollegium und Teilnehmern

Jede Institution entwickelt im Laufe ihres Bestehens eine gewisse Identität, welche sich in Umgangsformen und Regeln, im Stil des Miteinanders, ja sogar in der Gestaltung ihres Gebäudes ausdrückt, sozusagen die Unternehmenskultur. Es ist nun keinesfalls Aufgabe der Institution, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ihre eigene Identität aufzuprägen, sondern alles zu unternehmen, dass die sie ihren eigenen Weg finden „...damit sie in ihrem Beruf und Leben frei schaffende Wesen werden können“ (van Houten 1996, 48). Doch wie bildet sich diese Identität oder Kultur und - vor allem - wie bleibt sie lebendig und wandlungsfähig? Van Houten beschreibt hierzu ein Vorgehen in vier Schritten: Ausgehend von einem zunächst für die Institution formulierten Leitbild werden im zweiten Schritt als grundlegende Ausbildungsstruktur wichtige Grundprinzipien festgelegt, bevor in einem dritten und vierten Schritt die Gestaltung der Ausbildung als Ganzes und das konkrete Curriculum mit seinen einzelnen Lernelementen erarbeitet wird. Ein regelmäßig wiederkehrendes Durcharbeiten dieser vier Schritte hilft, dass die Institution ihre wesentlichen Ziele und Aufgaben nicht aus dem Auge verliert (vgl. van Houten 1996, 49f.).

Innerhalb eines solchen Bildungsunternehmens lebt und arbeitet ein Kollegium mit den im Laufe der Jahre wechselnden Teilnehmern zusammen. Van Houten betont die Wichtigkeit eines „horizontalen“, also gleichberechtigten Verhältnisses zwischen Dozenten und Teilnehmern. „Bei der Erwachsenenbildung stehen sich Erwachsene gegenüber, die alle mitverantwortlich für den Lernprozess sind. Es ist grundsätzlich ein Begegnungsprozess. Das gegenseitige Problem der Abhängigkeit und der Autorität muss hier gemeistert werden“ (van Houten 1996, 51). Aufgabe der Ausbilder ist es, das Expertentum nicht zur autoritären Führung zu nutzen, sondern dieses Wissen und Können zur Unterstützung der Teilnehmer einzusetzen, um diese ihren eigenen Weg finden zu lassen. Er empfiehlt den Teilnehmern:

- Nie einfach etwas völlig akzeptieren, bevor man es wirklich verstanden hat.
- Nie einfach etwas ablehnen, bevor man es wirklich verstanden hat.

(van Houten 1996, 90)

Die natürlicherweise vorhandenen Spannungen, Blockaden und Konflikte zwischen Ausbildern und Teilnehmern sollen als wesentlicher Teil des Lernprozesses betrachtet werden. Sie sind konstruktiv und mitmenschlich zu bewältigen (vgl. van Houten 1996, 92).

5.4.5 Der Lernprozess des Erwachsenen

Ein zentrales Element des Erwachsenenlernens ist der nach van Houten beschriebene Lernprozess. Der Autor entwickelt diesen analog zu den in der Anthroposophie beschriebenen Lebensprozessen. Der Zusammenhang zwischen Leben und Lernen liegt in der anthroposophischen Menschenkunde begründet. Dort wird beschrieben, dass im Laufe der menschlichen Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen diejenigen Kräfte, welche zunächst als Lebenskräfte zur Bildung des menschlichen Leibes benötigt werden, zunehmend mehr dem Lernen zur Verfügung stehen. Beim Erwachsenen sind diese Kräfte nun völlig frei für einen selbstgesteuerten Lernprozess (vgl. van Houten 1996, 54). Dieser soll hier in Kürze und mit seiner jeweiligen Entsprechung im Lebensprozess (kursiv) dargestellt werden.

Wahrnehmen – Atmung

Lernen beginnt mit dem Beobachten der Welt. Wie beim Atmen nehmen wir über die Sinne die Außenwelt in uns auf. Aber nur ein Teil des Aufgenommenen kann mit Aufmerksamkeit bewusst beobachtet und dadurch zur Grundlage des Lernprozesses werden. Wie zur Einatmung auch die Ausatmung hinzukommen muss, so benötigt auch der Lernprozess einen rhythmischen Wechsel zwischen Aufnehmen und Erinnern bzw. Nachklingen-lassen des Inhalts (vgl. van Houten 1996, 59f.).

Sich Verbinden – Wärmung

„Für den zweiten Lernschritt muss man die innere Aktivität steigern, um sich mit dem Aufgenommenen persönlich verbinden zu können. Eine Beziehung zum Lernstoff muss geschaffen werden“ (van Houten 1996, 60). Es muss sich also Interesse entwickeln, was je nach Inhalt und Gegebenheit mit einer großen inneren Anstrengung verbunden sein kann. Gleichzeitig ist es aber auch nötig, sich nicht völlig von Gefühlen wie z.B. der Begeisterung mitreißen zu lassen, um sich nicht zu verlieren und weiterhin genau beobachten zu können. Schaffe ich es nicht, mich dem Lerninhalt mit Interesse zu nähern, so ist der Lernprozess an dieser Stelle zu Ende (vgl. van Houten 1996, 60).

Verarbeiten - Ernährung (Verdauung)

Es genügt jedoch nicht, sich für alles zu interessieren. Zusätzlich muss der Lernende neue Lerninhalte auch innerlich durcharbeiten, umformen und sich fragen, was von dem Neuen für ihn wirklich wichtig und brauchbar ist und was er getrost auch wieder zur Seite legen kann. Dieses bewusst geführte „Verdauen“, Umbauen, Sortieren ist notwendig, um nicht an gedanklicher oder seelischer „Überfüllung“ zu leiden (vgl. van Houten 1996, 61).

Individualisierung – Absonderung

Der bisherige Prozess mündet in einen Nullpunkt. Urplötzlich entsteht aus dem Lernenden selbst über den bisher aufgenommenen, mit Interesse verfolgten und gründlich durchgearbeiteten Inhalt etwas Neues, ganz Eigenes. Dieses „Geburtsereignis“ ist in höchstem Maße individuell und vielgestaltig. „Dieses Neue kann sich auf ein neues Verständnis beziehen, eine neue Idee, eine Einsicht, ein Aha-Erlebnis. Es kann ein neues Gefühl, ein Wert, ein starkes Erlebnis usw. werden; oder es ist ein neuer Willensimpuls, eine Motivierung, ein Entschluss usw. Gemeinsam ist nur, dass es Keimcharakter hat“ (van Houten 1996, 61).

Üben – Erhaltung

Ist man nicht aufmerksam, so verliert sich dieses Neue jedoch sehr schnell wieder oder wird einfach vergessen. Diese Erfahrung kennt jeder Lernende, wenn er seine Impulse nicht aufnimmt und pflegt. Hierfür ist es notwendig, das Neu-entdeckte immer wieder aufzugreifen

und in einen Übungsprozess einzutreten. Dieses Üben durchzuhalten verlangt ein hohes Maß an Selbstdisziplin (vgl. van Houten 1996, 62f.).

Wachsen neuer Fähigkeiten – Wachstum

Im kontinuierlichen Üben begegnen jedem Menschen Schwierigkeiten, Widerstände und Hindernisse. Gerade im Überwinden dieser Hindernisse wachsen jedoch die neuen Fähigkeiten. Hierzu ist es notwendig, statt endloser Wiederholung das Üben in immer neuen Variationen zu gestalten (vgl. van Houten 1996, 63).

Neues schaffen – Reproduktion

Hat der Lernende die vorigen sechs Lernschritte intensiv durchlaufen, so ist er nun in der Lage, mit den gewachsenen Fähigkeiten etwas ganz Neues zu schaffen, die Welt schöpferisch mitzugestalten. Originäre Leistungen tragen stets ein kreatives Moment in sich, es ist etwas entstanden, was so noch nicht da gewesen ist (vgl. van Houten 1996, 64).

Das konkrete Wissen um den hier dargestellten Lernprozess des Erwachsenen ermöglicht den Kollegiumsmitgliedern der FKS einen bewussten Umgang mit dem individuellen Lernprozess der einzelnen Pflegenden in Ausbildung. Aber auch der Lernende selbst kann durch ein Verständnis dieser Lernschritte seinen eigenen Lernprozess in die Hand nehmen und bestimmen.

Das Kollegium der FKS befindet sich derzeit in einer Phase der konstruktiven Auseinandersetzung mit den durch van Houten dargestellten Bildungsimpulsen. Vieles erscheint nachvollziehbar, anderes muss noch durchgearbeitet und geprüft werden. Die Umsetzung in die konkrete didaktische Gestaltung der Ausbildung bis hinein in die einzelne Unterrichtsstunde gelingt an vielen Stellen erst rudimentär. Hier bleibt noch Arbeit zu leisten.

5.5 Pflegeverständnis und Pflegebegriff

Das Pflegeverständnis, das der Ausbildung an der FKS zugrunde liegt, orientiert sich am Menschenbild der Anthroposophie Rudolf Steiners. Bei der Curriculumentwicklung gibt daher das Pflegeleitbild der Filderklinik die Orientierung für das berufliche Selbstverständnis in der neu zu konzipierenden Ausbildung.

Patienten erhalten in der Filderklinik eine fachlich fundierte Pflege. Darunter verstehen wir, unserem Patienten Perspektiven aufzuzeigen und ihm heilsam kräftigende Impulse zu geben. Unsere Offenheit und die Transparenz bei den Arbeitsabläufen lassen Vertrauen entstehen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Pflegendem verbessert das aktive Mitwirken des Patienten an der Pflege.

Krankheit oder Behinderung belasten jeden Menschen auf unterschiedliche Weise. Mitmenschlichkeit ist für uns daher ein Ideal, das über die rein medizinische Pflege hinausreicht. Wenn Wärme und Verständnis die Pflege prägen, dann erscheint Menschlichkeit in ihrem Urbild: als Liebe.

Die Hoffnung des Patienten auf rasche und nachhaltige Heilung unterstützen wir nach besten Kräften. Uns ist bewusst, dass nicht jede Erkrankung geheilt und nicht jede Hilfsbedürftigkeit überwunden werden kann. Gerade in scheinbar aussichtslosen Situationen suchen wir mit dem Patienten Sinn- und Entwicklungswege.

Wir prüfen die Qualität unserer Pflege und entwickeln sie stetig weiter. Alle Pflege-Mitarbeiter verstehen sich auch in ihrem Beruf als Entwickelnde. Sie wirken und gestalten mit. Die Impulse erhalten wir aus der anthroposophischen Geisteswissenschaft (Auszug aus dem Pflegeleitbild der Filderklinik 1998).

Aus den zentralen Aussagen des Leitbilds spricht eine am Menschen orientierte Pflege, die von Vertrauen und Mitmenschlichkeit geprägt und bereit ist, dem Menschen auf seinem Entwicklungsweg auch und gerade im Krankheitsfall bei der Sinn- und Wegsuche beizustehen. Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses nach KTQ² wurde dem Klinikleitbild (www.filderklinik.de) eine übergeordnete, berufsübergreifende Bedeutung beigemessen und das Pflegeleitbild zurückgenommen.

Mit den neuen Ausbildungsgesetzen wurde das Spektrum für die Pflegeausbildung deutlich erweitert. In den Modellvorhaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sprechen die Autoren auch vom „umfassenden Pflegebegriff“ (BMFSFJ 2008, 27). Eine moderne Pflegeausbildung kann sich nicht nur auf kurative und sozialpflegerische Aspekte beschränken, sondern muss auch Aspekte der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliativpflege mit einbeziehen. Dies deckt sich mit dem Anspruch an die anthroposophisch erweiterte Pflegeausbildung der FKS und bedeutet gleichzeitig, dass neben der Erweiterung der Ausbildung auf die Bereiche Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege auch diese Inhalte in das Curriculum eingearbeitet werden müssen. Die Modellinitiative des Bundes spricht daher auch vom „berufsfachlichen Paradigmenwechsel“ (BMFSFJ 2008, 27), der für die Modellkonzeption in einer generalistischen Ausbildung von zentraler Bedeutung ist.

Die genannten Aspekte bei den Bildungszielen, dem Pflegeleitbild der Filderklinik und dem erweiterten Pflegebegriff münden in das Konzept der anthroposophisch erweiterten Pflegeausbildung. Wie sich die Anthroposophie auf die Gestaltung des Schullebens an der FKS und ihr Pflegeverständnis auswirkt, soll das nachfolgende Kapitel deutlich machen.

² Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

6 Anthroposophie und Kunst in der Pflegeausbildung

(Gernot Adolphi)

Die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik versteht sich als anthroposophische Ausbildungsstätte für den Pflegeberuf. Dies bedeutet, die menschenkundlichen Grundlagen der Anthroposophie bzw. die anthroposophische Pflege und Medizin bilden die Grundlage für die inhaltliche, methodische und organisatorische Ausrichtung der Pflegeausbildung.

6.1 Überblick und Begriffsdefinition

Inhaltlich werden spezifische Pflegeinterventionen wie Wickel und Auflagen, Rhythmische Einreibungen, therapeutische Waschungen u.a. vermittelt. Anthroposophisch-pflegerische Konzepte wie beispielsweise die Sinneslehre, die pflegerischen Gesten oder eine aus der Anthroposophie befruchtete Sterbebegleitung bilden einen wichtigen theoretischen Hintergrund. Die Inhalte der Anatomie (Struktur und Morphologie des menschlichen Leibes), Physiologie (Lebensprozesse) und Pathologie (Erkrankung als Prozess des Aus-dem-Gleichgewicht-geratens) werden vorzugsweise auf dem anthroposophischen Menschenbild basierend vermittelt.

Methodisch orientiert sich die Ausbildung an den Grundsätzen einer anthroposophischen Erwachsenenbildung. Im Zentrum dieser Erwachsenenbildung stehen die Individualität des Lernenden, die Ausbildung des eigenen Willens, ein begleiteter Entwicklungsprozess hin zur Eigenständigkeit und Freiheit des Lernenden im Verfolgen eigener Ziele. In der Ausbildung werden bevorzugt schülerzentrierte Methoden eingesetzt, welche an den eigenen Lernwillen appellieren, eigene Entscheidungen erfordern und Verantwortungsbereitschaft fördern.

Anthroposophie hat ebenfalls Auswirkungen auf die organisatorische Gestaltung der Ausbildung. Die enge Verzahnung von theoretischer und praktischer Ausbildung und das Schaffen von Freiräumen im Lernprozess („Lernende statt Arbeitskräfte“) sind wichtige organisatorische Voraussetzungen für erfolgreiches Lernen. Ein weiteres organisatorisches Element ist der Wechsel vom Kurslehrerprinzip hin zu einem System der persönlichen, individuellen Begleitung durch Ausbildungsbegleiter, die vom Pflegenden in Ausbildung ausgewählt werden.

Bevor einige dieser Aspekte in Beispielen konkreter dargestellt werden, muss jedoch zunächst der Begriff der Anthroposophie beleuchtet werden. Es würde mit Sicherheit den Rahmen sprengen, wollte man hier detailliert ausführen, was unter Anthroposophie zu verstehen ist. Hier sei auf die grundlegenden Werke verschiedener Autoren (siehe Literaturverzeichnis) verwiesen, in welchen das Menschen- und Weltbild der Anthroposophie ausführlich dargestellt wird. Dennoch möchten wir versuchen, hier einen Überblick über die wesentlichen Grundgedanken der Anthroposophie zu geben.

Da die Anthroposophie kein rein philosophisches Gedankengebäude darstellt, sondern den Anspruch hat, im alltäglichen Leben in Erscheinung zu treten, existieren für viele Menschen Kontakte und Begegnungen mit praktisch verwirklichter Anthroposophie. Waldorfschulen, Demeter-Produkte im Naturkostladen, heilpädagogische Einrichtungen für behinderte Menschen oder der anthroposophisch orientierte Hausarzt sind Beispiele hierfür. Abhängig von solchen Vorerfahrungen bestehen sehr unterschiedliche Anschauungen, was Anthroposophie sei. Einige Beispiele für solche Betrachtungsweisen: Es wird ausgesagt, Anthroposophie sei eine...

- Philosophie
- Weltanschauung
- Geisteswissenschaft

- Lehre
- Religion
- Sekte

Diese Auflistung möglicher Erklärungsansätze erhebt keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit. Doch welche dieser Aussagen ist nun zutreffend? Keine dieser Definitionen wird der Anthroposophie vollständig gerecht, aber in fast jeder steckt ein Stück Wahrheit. In aller Kürze sei dies ausgeführt:

- Die Anthroposophie ist insofern eine Philosophie, als sie die Welt und das Denken, Fühlen und Handeln des Menschen zu erklären und deuten sucht.
- Sie ist aber auch Weltanschauung, weil sie denjenigen, der sich intensiver mit ihr beschäftigt, ermutigt, die Welt neu anzuschauen, sie mit einem erweiterten Blick zu betrachten, welcher über das Physische, über das sinnlich Erfassbare hinausgeht und Seelisches, Geistiges, also Über-Sinnliches für wahr-nimmt.
- Die Anthroposophie wird den Geisteswissenschaften zugeordnet. Rudolf Steiner, der Begründer der Anthroposophie, verwendet selbst die Bezeichnung „Geisteswissenschaft“. Anthroposophie ist eine Geisteswissenschaft, weil sie sich auch (aber nicht nur!) mit der Welt des Geistigen beschäftigt. Die Bezeichnung Wissenschaft ist insofern angemessen, als Rudolf Steiner konkrete Methoden zur Erforschung dieser geistigen Welt beschrieben hat.
- Die Anthroposophie kann aber auch als Lehre beschrieben werden. Eine Lehre beschreibt ein umfassendes Gedankengebäude, welche eine in sich mehr oder weniger geschlossene und vollständige Sicht auf die Welt darstellt. Der Umfang und die Vielseitigkeit dieses Gedankengebäudes in der Anthroposophie sind wahrlich beeindruckend! In den über 360 Bänden der Rudolf-Steiner-Gesamtausgabe wird ein unglaubliches Spektrum aufgezeigt. Aber die Anthroposophie bleibt eben nicht bei einem Gedankengebäude stehen, sondern sie sucht in fast allen Bereichen des praktischen Lebens, in Wissenschaft, Kunst, Medizin, Landwirtschaft, in Fragen des sozialen Miteinanders und vielem anderen die konkrete Anwendung dieser Erkenntnisse.
- Die Anthroposophie ist keine Religion, in dem Sinne, dass man dort anfangen muss zu glauben, wo die Erkenntnis endet. Aber sie trägt in sich als zentrales Element eine spirituelle Dimension, sie integriert die Existenz des Göttlichen im Kontext mit anderen geistigen Wesenheiten, zum Beispiel Engelwesen. Dieses spirituelle Weltbild teilt sie mit den Religionen.
- Einzig eine Sekte will die Anthroposophie nicht sein. Rudolf Steiner war kein Guru, der wollte, dass man ihm nachfolgt, dass man seine Aussagen einfach glaubt. Im Gegenteil – er hatte fortwährend dazu aufgefordert, seine Erkenntnisse zu prüfen und dies besonders den Menschen ans Herz gelegt, welche ein verklärtes, fast devotes Verhalten ihm gegenüber zeigten. Es ist bekannt, dass man in anthroposophischen Kreisen immer wieder Menschen begegnet, welche sich der Anthroposophie so sehr verbunden fühlen, dass sie diese als alleingültige und selig machende Weltsicht nicht nur für sich selbst, sondern am Besten auch für alle anderen Menschen betrachten. Ein solch dogmatischer Umgang, der andere Sichtweisen nicht neben sich stehen lassen kann, steht jedoch der Anthroposophie diametral entgegen und widerspricht dem Freiheitsgedanken der Anthroposophie.

Rudolf Steiner selbst machte verschiedene Versuche, zu umreißen, was er unter Anthroposophie versteht. Eine sehr zentrale Aussage im ersten Leitsatz der „Anthroposophischen Leitsätze“ (1924) sei an dieser Stelle zitiert: Anthroposophie ist ein Erkenntnisweg, der das Geistige im Menschenwesen zum Geistigen im Weltall führen möchte (Steiner 1924 in Steiner 1976, 14).

Anthroposophie ist also ein Weg der Erkenntnis über den Menschen und seine Beziehung zur Welt. Dies zeigt sich auch, wenn man die Bedeutung des Wortes Anthroposophie näher betrachtet:

- Anthropos – der Mensch

- Sophia – die Weisheit

Zusammengesetzt bedeutet Anthroposophie also „die Weisheit vom Menschen“. Die Anthroposophie stellt demnach den Menschen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Sie beschäftigt sich mit der Frage nach dem allgemein Menschlichen oder nach Menschlichkeit. Anthroposophie beinhaltet also letztlich eine zutiefst pflegerische Fragestellung!

Eine Pflegeausbildung hat per se den Auftrag, sich mit dem Menschen zu befassen. Alle Facetten des menschlichen Daseins werden thematisiert, beispielsweise sind dies:

- die Lebensaktivitäten des Menschen und das rechte Maß an pflegerischer Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit (Kompensation oder Aktivierung)
- der Leib des Menschen mit seiner Struktur und Morphologie (Anatomie) und den lebendigen Prozessen (Physiologie)
- das Verhalten des Menschen, die seelischen Regungen, Stimmungen und Befindlichkeiten
- die Gesetzmäßigkeiten und Regeln des zwischenmenschlichen Umgangs, also die Kommunikation und Interaktion oder das Rechtsleben mit seinen Gesetzen
- die Qualität einer menschlichen Berührung
- die Fragen nach Gesundheit und Krankheit
- die menschliche Entwicklung und die Phasen und Gesetzmäßigkeiten des menschlichen Lebenslaufes
- die Themen Lebensqualität, soziale Lebenszusammenhänge, die Suche nach dem Sinn menschlichen Lebens
- ...

All diese Themen und noch vieles mehr werden in der Pflegeausbildung an der Freien Krankenpflegeschule behandelt. Aber mit der inhaltlichen Beschäftigung alleine ist es noch nicht getan. Wenn Anthroposophie bedeutet, das Menschliche in den Mittelpunkt zu stellen, dann muss dies in der Ausbildung an der Freien Krankenpflegeschule authentisch erlebbar werden. Sowohl die Pflegenden in Ausbildung als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen Menschlichkeit an sich und ihrer Umgebung erleben. Sie müssen erleben, wie man miteinander arbeiten und lernen, miteinander leben, miteinander Konflikte lösen und miteinander lachen und weinen kann!

6.2 Umsetzung in der Pflegeausbildung

Doch was macht dieses Menschliche konkret aus? Und wie kann dies in einer Pflegeausbildung verwirklicht werden? In der Folge werden vier Elemente herausgegriffen, um konkreter darzustellen, wie an der Freien Krankenpflegeschule versucht wird, diese Menschlichkeit erlebbar werden zu lassen. Diese Aspekte werden hier in vier Überschriften zusammengefasst:

- Die Schulgemeinschaft mitgestalten
- Respekt aufbringen vor der Einzigartigkeit der Individualität
- Freiheit gewähren auf dem Weg zum Ziel
- Die Entwicklung des Anderen unterstützen

Die Schulgemeinschaft mitgestalten

Häufig wird anthroposophischen Einrichtungen attestiert, dass der Umgang dort menschlich sei. (Um Missverständnissen vorzubeugen: dies ist leider nicht in allen anthroposophischen Einrichtungen immer erlebbar!) Diese Menschlichkeit drückt sich aus in einer Zugewandtheit dem Anderen gegenüber, in einer freundlichen Grundhaltung, im Respektieren und Ernstnehmen des Gegenübers und in einem bewussten Gestalten der sozialen Gemeinschaft. Die Freien Krankenpflegeschule versteht sich als eine solche Gemeinschaft, in welcher jeder sich bejahend und mit sozialer Kraft einbringen kann und soll. Ein positives Umfeld unterstützt erfolgreiches Lernen. Die Schulgemeinschaft ist ein wesentlicher Pfeiler, der die Ausbildung trägt. Das Einbringen von Ideen, die Mitgestaltung von gemeinsamen Aktivitäten wie Exkursionen, Festen und Feiern sowie Projekten, halten die Schulgemeinschaft lebendig. Ein partnerschaftlicher Umgang zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule und den Pflegenden in Ausbildung, ein konstruktives Umgehen mit Konflikten sowie der verantwortungsvolle Umgang mit gemeinsam genutzten Räumlichkeiten sind Ausdruck dieser Haltung. In regelmäßig stattfindenden Unterrichtsstunden (Kolloquien) besteht die Möglichkeit zum Austausch, Gemeinschaftsbildung ist hier ein zentrales Thema. Das Erüben von sozialer Kompetenz stellt nicht nur im Hinblick auf die spätere Berufstätigkeit einen wichtigen Ausbildungsinhalt dar.

Respekt aufbringen vor der Einzigartigkeit der Individualität

Jeden Menschen so zu nehmen, wie er ist. Anzuerkennen, dass er seine eigene Biografie, seine eigene Lebenswirklichkeit, eigene Wertvorstellungen, eigene Ziele usw. hat. Dies immer und in jedem Fall zu beherzigen, ist ein schier unerreichbares Ziel, aber auch eine Herausforderung, der sich die Freien Krankenpflegeschule mit ihrer Form der Erwachsenenbildung stellen will. Den Anderen wertschätzen, ihn ernst nehmen, mit dem was ihm wichtig ist, ihn zu unterstützen im Verfolgen seiner Ziele, die er in sich trägt, all das hat ganz konkret damit zu tun.

Natürlich könnte man hier fragen: bedeutet Bildung nicht, den anderen Menschen verändern zu wollen? Müsste eine Ausbildungsstätte nicht eigentlich dieses Ziel verfolgen? Ja, richtig! Die Ausbildungsteilnehmer der Freien Krankenpflegeschule verändern sich tatsächlich, aber nur weil sie selbst es wollen! Die Lehrenden können zwar sagen: „Schaut her, hier ist das Ziel der Berufsausbildung, dieses und jenes müsst Ihr können, wenn Ihr dort hin wollt!“ Aber bereits beim Weg dorthin gibt es ja in der Regel viele verschiedene Möglichkeiten und nicht jede eignet sich für jeden Menschen gleichermaßen. Es geht eben nicht darum, dass die Lernenden lernen, es genauso zu machen, wie die Lehrenden, sie sollen ihren eigenen Weg finden dürfen, der ihnen entspricht.

Bereits in den Bewerbungsgesprächen versuchen die Mitglieder des Lehrerkollegiums, dies deutlich werden zu lassen. Es werden ausschließlich Einzelgespräche geführt mit dem Ziel, die persönlichen Gründe für die Berufswahl, die Ziele und Wertvorstellungen der Bewerber kennen zu lernen. Häufig entstehen sehr intensive Gespräche, die von Interesse und gegenseitiger Achtung geprägt sind. Auch wenn diese Bewerbungsgespräche natürlich in vielen Fällen nicht zu einer Aufnahme in die Ausbildung führen, so finden doch Begegnungen auf Augenhöhe statt.

Zum Ende des Einführungsblocks wählen sich die Pflegenden in Ausbildung ihre Ausbildungsbegleiter. Anders als bei einem Klassenlehrer haben diese hier die Möglichkeit, ihren persönlichen Begleiter aus dem Lehrerkollegium auszuwählen. Auch das bedeutet Erwachsenenbildung: sich seinen Mentor selbst suchen. Den Menschen auszuwählen, bei dem man sich vorstellen kann, Vertrauen aufzubauen, bei dem man den Eindruck hat, er könnte einem die nötige Zuwendung, aber auch die nötige Strenge und Konsequenz

entgegenbringen. Die Persönlichkeit sowohl des Lernenden als auch des Ausbildungsbegleiters steht hier im Zentrum. Zwischen Schüler und Ausbildungsbegleiter entsteht oft eine sehr intensive Beziehung, viele Gespräche über fachliche Dinge, aber auch über persönliche Entwicklungen durchziehen die Ausbildung. Es geht um Fortschritte wie um Problemfelder des Lernenden. Begleitung kann genauso bedeuten, konstruktive Kritik zu äußern, die weiterführt, den Spiegel vorzuhalten, wie es auch manchmal nötig ist, Verständnis, Nachsicht oder Geduld entgegen zu bringen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Freien Krankenpflegeschule versuchen, den Lernenden gegenüber eine Haltung einzunehmen, welche den eigenen Impulsen Raum lässt, damit Motivation, Engagement und Verantwortungsgefühl entstehen kann. Auch in der Zusammenarbeit innerhalb des Kollegiums gilt dieses Prinzip. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter erledigt die selbst gewählten oder übertragenen Aufgaben auf die eigene Weise, mit dem eigenen Arbeitsstil und verantwortet diese auch selbst. Natürlich ist man dem Kollegium Rechenschaft schuldig, aber oft sind die Kolleginnen und Kollegen sich selbst gegenüber die kritischsten Bewerber.

Freiheit gewähren auf dem Weg zum Ziel

Freiheit bedeutet nicht Willkürlichkeit. Freiheit bedeutet ebenso wenig Leben ohne Regeln. Freiheit bedeutet, eigene Entscheidungen treffen, etwas tun, weil ich es will! Dies scheint auf den ersten Blick in unserer Gesellschaft selbstverständlich zu sein, doch die Sprache drückt oft etwas anderes aus. Wie oft hört man Sätze wie diese: „Ich muss noch dieses oder jenes erledigen...“ oder „Ich muss da oder dort hin...“ Sind wir also wirklich freie Menschen? Oder sind wir Gefangene unserer vielen Verpflichtungen?

Freie Menschen sind nicht frei von Pflichten, sondern sie entscheiden sich selbst für oder gegen etwas und tragen die dafür notwendigen Konsequenzen! In diesem Sinne existieren an der Freien Krankenpflegeschule natürlich auch viele Regeln, Abmachungen, geschriebene und ungeschriebene Gesetze. Die Pflegenden in Ausbildung wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ordnen sich diesen Regeln unter, weil sie die Notwendigkeit von Vereinbarungen anerkennen und weil damit bestimmte Ziele verbunden sind. Beispielsweise akzeptieren alle die Regelungen des Krankenpflegegesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung als gültigen Rahmen, weil erst dadurch ein staatlich anerkannter Berufsabschluss ermöglicht wird.

In anderen Bereichen der Ausbildung dagegen ist Freiheit wichtig. In allen Dingen, die mit den eigenen Impulsen, den eigenen Zielen und Idealen zusammen hängen, muss Freiheit ein zentrales Prinzip sein. So fördern beispielsweise Aufgabenstellungen, die innerhalb eines vorgegebenen Rahmens eine freie Methoden- oder Themenwahl ermöglichen, die Motivation der Lernenden. Eigenverantwortung und Eigeninitiative kann sich nur entwickeln, wenn entsprechende Anforderungen bestehen, an denen der Lernende üben kann. Im Bereich der Entwicklung von persönlichen Lerntechniken oder einer positiven Lernhaltung können die Ausbildungsbegleiter zwar beratend eingreifen, die Pflegenden in Ausbildung müssen jedoch selbst die notwendigen Entscheidungen treffen und ihren eigenen Lernfortschritt mit Interesse und Ausdauer verfolgen.

Auch im Bereich der praktischen Ausbildung ist dieses Freiheitsmoment wesentlich: Pflegende in Ausbildung müssen Lernende sein dürfen! Besonders unter den heutigen Bedingungen für Pflegearbeit leidet Ausbildung darunter, dass den Lernenden kein Freiraum gewährt wird. Auszubildende sollen möglichst sofort und reibungslos im Stationsablauf funktionieren und sich den Zwängen und Notwendigkeiten des Arbeitsprozesses unterordnen. Es ist im Normalfall nur selten möglich, einen Übungsprozess gezielt zu verfolgen, Raum für Praxisanleitung zu schaffen oder die eigene Pflegearbeit kritisch zu reflektieren. Wenn dies an dieser Stelle kritisiert wird, so geht es selbstverständlich nicht darum, dass die Auszubildenden

keine Leistung erbringen sollen oder sich nicht an der Stationsarbeit beteiligen sollen. Schließlich ist es befeuernd und motivierend, wenn man etwas geschafft hat, wenn man Herausforderungen bewältigt hat! Jedoch darf dies nicht zu ständiger Überforderung führen. Lernen braucht eben auch Zeit und Raum.

Die Pflegenden in Ausbildung müssen ihre pflegerische Arbeit, die für sie Lern- und Entwicklungsaufgabe darstellt, immer wieder in Ruhe, mit Vorüberlegung und anschließender Reflexion machen dürfen. Es ist nötig, dass sie ausprobieren und ihre eigenen Wege finden dürfen. Die häufig zu hörenden Aussagen wie: „Wir machen das hier immer so...“ oder „Am besten, Du machst das so wie ich!“ helfen den Lernenden nicht, den eigenen Weg zu finden. Sie können zwar das Verhalten der Examinierten in dieser Situation kopieren, haben aber noch nicht die Übersicht, zu erkennen, dass in einer ähnlichen, aber eben doch etwas anderen Situation dieses Verhalten nicht angemessen sein kann. Haben sie aber Gelegenheit, verschiedene Möglichkeiten auszuprobieren, eigene Erfahrungen zu machen und - das ist ganz wichtig - diese Erfahrungen zu reflektieren (also zu lernen!), so werden sie das Handlungsspektrum allmählich erweitern und selbständig werden.

Anliegen der Freien Krankenpflegeschule ist es, solche Freiräume innerhalb der Ausbildung zu schaffen und zu erhalten. Lernende an der Freien Krankenpflegeschule werden daher nicht auf dem Stellenplan der kooperierenden Praxisstellen angerechnet, die Arbeitsleistung, welche sie erbringen, steht nicht im Mittelpunkt. Die partielle Anrechnung auf den Stellenplan in der Filderklinik ist Ausdruck einer Wertschätzung der geleisteten Arbeit und ermöglicht eine angemessene Ausbildungsvergütung. Trotz dieser Anrechnung findet dieser Freiraum seinen Ausdruck in einer täglich zu gewährenden halbstündigen Lernzeit und in der Tatsache, dass die Ausbildungsplanung nach pädagogischen Gesichtspunkten und nicht nach wirtschaftlichen Notwendigkeiten ausgerichtet werden kann (siehe Kapitel 8).

Die Entwicklung des Anderen unterstützen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Freien Krankenpflegeschule verstehen den Menschen als selbstbestimmtes, sich entwickelndes Wesen auf der Suche nach einem individuellen Lebensziel. Motive und Ideale sind ein kostbares Gut, welches Lernende im Pflegeberuf bereits mitbringen. Diese sind oft schon im Bewerbungsgespräch erkennbar und werden in vielen Unterrichtssequenzen zunehmend deutlicher. Die Förderung der Pflegenden in Ausbildung bei der Fortentwicklung dieser Impulse und die Arbeit an der eigenen Persönlichkeit stehen im Zentrum der Arbeit der Freien Krankenpflegeschule.

Entwicklung vollzieht sich stets individuell, d.h. mit individuellem Tempo, auf individuellen Wegen, (die mal mehr „in Schlangenlinien“ und mal mehr geradeaus verlaufen) und mit individuellen Schwerpunktsetzungen. Das Lernen des Erwachsenen zeichnet sich durch Selbststeuerung in jeder Hinsicht aus. Insofern braucht es in der Erwachsenenbildung Methoden, die eine solche Selbststeuerung zulassen. Der künstlerische Unterricht, das Projektlernen oder die Methodik des Problembasierten Lernens bieten eine Fülle solcher Möglichkeiten. Ob aus solchen Erfahrungen und Erlebnissen gelernt wird und weitere Impulse entstehen, ergibt sich vor allem aus einer zeitnahen und gründlichen Reflexion. Hier liegt nun der Auftrag des Lernbegleiters, der zu dieser Reflexion anhalten kann, diese kritisch-konstruktiv begleiten und durch entsprechende Fragestellungen den Lerngewinn vergrößern kann. Kritische Selbstreflexion und Unterstützung durch Fremdrelexion müssen hier zusammen kommen. Krisen und Konflikte, so genannte „Nadelöhr-Momente“, gehören zu diesem Prozess und stellen Entwicklungsmöglichkeiten auf dem Weg der Persönlichkeitsbildung dar.

Alle geschilderten Elemente sollen zeigen, wie Anthroposophie in der Pflegeausbildung konkret zu verwirklichen ist. Es kann eine Grundhaltung erkennbar werden, die den Lernenden als freien, selbstbestimmten, sich bildenden und weiterentwickelnden Menschen versteht und

versucht, diesen Prozess zu begleiten. Hierbei kann es genauso nötig sein, von außen Entwicklungsimpulse zu setzen oder aber in offener, teilnehmender Art abzuwarten und den Prozess zu begleiten, bis diese Impulse vom Lernenden selbst kommen.

Als abschließendes Resümee sollen hier drei Aussagen stehen, welche die Erfahrungen der Arbeit an der Freien Krankenpflegeschule zusammenfassen können:

1. Dass die Lernenden ihre Ausbildung selbst in die Hand nehmen und Verantwortung übernehmen, dies ist der Wunsch jedes Lehrenden an der Freien Krankenpflegeschule.
2. Dass dies nicht sofort gelingt, sondern einen Lern- und Entwicklungsprozess in jeder Berufsbiografie darstellt, das wird den Kollegiumsmitgliedern jeden Tag an vielen Stellen gezeigt.
3. Und dass von außen Entwicklung bei einem anderen Menschen nicht erzwungen werden kann, sondern oft genug geduldig abgewartet werden muss, bis derjenige es selbst wirklich will, dies müssen Lehrende sich selbst immer wieder von neuem klar machen!

6.3 Kunst in der Pflegeausbildung

Von Beginn an gehört künstlerischer Unterricht als fester Bestandteil des Lehrplans zum konzeptionellen Rahmen der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik. Begleitend zum theoretischen und fachpraktischen Unterricht während der Blockphasen findet im Rahmen der Epoche „E 1.3 Künstlerisches Tun als Entwicklungsweg“ künstlerischer Unterricht statt. Im Bereich der pflegeberuflichen Bildung stellt dies eine Besonderheit dar, die von außen häufig zunächst kritisch hinterfragt wird.

6.3.1 Warum künstlerischer Unterricht?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der FKS sehen sich mit folgenden Fragen konfrontiert:

- „Kunst im Rahmen einer Pflegeausbildung? Warum denn das? Gibt es da nichts Wichtigeres zu lernen?“
- „Das mag ja ganz schön sein, aber ist in diesem vollen Lehrplan denn überhaupt Zeit für so etwas vorhanden?“
- „Anthroposophen befassen sich gerne mit schöngestigen Dingen, insofern machen sie auch Kunst im Rahmen einer Ausbildung; aber macht das wirklich einen tieferen Sinn?“

Solche Fragen sind verständlich. Auch die FKS steht in der Pflicht, die Pflegeausbildung so zu gestalten, dass umfangreiches fachliches Wissen innerhalb der Ausbildung erworben werden kann. Eine einseitige Betonung des Wissens in der Pflegeausbildung führt jedoch zur Illusion, dass pflegerische Arbeit dann gut sei, wenn Pflegende möglichst viel Wissen und technische Fertigkeiten angesammelt haben. Ein Blick in den pflegerischen Alltag lehrt uns dagegen sehr schnell, dass Pflegende von Patientinnen und Patienten wie auch von Kolleginnen und Kollegen vor allem dann als besonders kompetent erlebt werden, wenn sie nicht nur viel wissen, sondern zudem Verantwortung für ihr Tun übernehmen, wenn sie menschlich verbindlich und dialogfähig sind und in der Lage, selbstständig zu arbeiten. Nicht erst seit der aktuellen berufspädagogischen Kompetenzdiskussion ist jedem pflegepädagogisch Tätigen klar, dass allein die Vermittlung von Fachwissen im theoretischen Unterricht zusammen mit dem fachpraktischen Üben im Rahmen der praktischen Ausbildung nicht ausreicht, um die Kompetenzen der Lernenden in der Pflege in breitem Maße zu entwickeln.

6.3.2 Pflegerisches Handeln zwischen Planung und Geistesgegenwart

Pflegerisches Handeln beinhaltet zwei grundsätzlich polare Vorgehensweisen, die beide für sich gesehen einseitig sind. Professionell Pflegende sind jedoch gerade am flexiblen Wechsel dieser beiden Handlungsstrategien zu erkennen.

Planerisches Vorgehen zeichnet sich durch logische Schritte zur Problemlösung aus. Das Handeln wird durch vorherige Überlegung gelenkt, man versucht, eine Situation vorher möglichst vollständig zu erfassen und „konstruiert“ gewissermaßen einen Ablauf, mit dem ein gesetztes Ziel am besten zu erreichen ist. Hier ist umfassendes Fachwissen und strategisch-logisches Denken von größter Bedeutung.

Das situative Handeln steht dem Planen gegenüber. Hier ist Geistesgegenwart gefragt, man sieht sich fortwährend einer sich ändernden Situation gegenüber. Hat man Vorüberlegungen angestellt, so ist man gefordert, seine Planung ständig den Gegebenheiten anzupassen. Man muss sich von seinen Vorstellungen lösen, muss offen werden für das, was einem entgegentritt. In diesem Sinn „gestalten“ bedeutet, gleichermaßen Agierender wie Reagierender zu sein.

Situativ zu arbeiten wird heute in der Pflege immer wichtiger - planbare Routineabläufe sind gerade im Akutpflegebereich selten geworden. Schon in kurzen Begegnungen müssen Pflegende umfassend wahrnehmen können und angemessen tätig werden. In vielen Situationen sind erlernte Konzepte oft wenig hilfreich – auf neue Fragen und Anforderungen müssen neue Antworten und Lösungen gefunden werden. Die Situation muss aus innerer Stärke und Übersicht erfasst, ergriffen und gestaltet werden, es braucht Feingefühl und ästhetische Urteilskraft. Pflege ist wahrhaft ein künstlerischer Beruf! Schöpferische Kraft und Gestaltungsfähigkeit sind für jeden Pflegenden wesentlich, um nicht in ständiger Überforderung zu leben, sondern diesen hohen Anforderungen entsprechen zu können und in seinem Beruf Erfüllung zu finden.

Es stellt sich nun die Frage nach der didaktischen Gestaltung einer Pflegeausbildung. Wie muss diese konzipiert werden, um Kompetenzen zu erwerben, die über die rein fachlich-technische Ebene hinausgehen und um situatives Handeln zu erlernen? Um die auszubildenden Fähigkeiten zu konkretisieren, hier einige konkrete Beispiele:

- Wahrnehmungsfähigkeit für andere und für sich selbst
- Geduld und Ausdauer
- die Bereitschaft, sich anderen zu öffnen, sich auf andere einzulassen, sich in andere einzufühlen (Empathie)
- die Fähigkeit und Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen
- ein starker innerer Wille
- das Bemühen um Exaktheit in der Arbeit
- die Bereitschaft, durchzuhalten und sich nicht zu früh mit einem unvollständigen Ergebnis zufrieden zu geben
- bewegliches Denken, sich von Vorstellungen lösen können
- die Fähigkeit, mit unerwarteten Situationen umgehen oder sich an neue Gegebenheiten anpassen zu können

All diese vorwiegend gestalterischen Fähigkeiten - oft unter dem Begriff „Soft Skills“ oder „Schlüsselqualifikationen“ zusammengefasst - werden durch künstlerisches Arbeiten geschult! Um dies näher auszuführen, ist es notwendig, sich zunächst einmal mit dem Wesen der Kunst zu beschäftigen.

6.3.3 Was macht Kunst mit dem Menschen?

Kunst bringt eine innere Bewegung in Gang. Jeder kennt dieses Phänomen beim Hören von Musik. Musik kann man eigentlich fast nicht nur über sich ergehen lassen, man wird von ganz alleine innerlich regsam. Ich höre und empfinde mit dem ganzen Leib mit, Musik ergreift mein Inneres, ich werde seelisch aktiv. Auch beim Betrachten eines Bildes vollzieht sich ein innerlicher Prozess. Ich verfolge die Formen mit meinen Augen, schaffe Verbindungen und Beziehungen oder tauche ein in die Intensität der Farben. Insbesondere ein zeitgenössisches Kunstwerk erschließt sich erst vollständig durch die innere Aktivität des Betrachters.

Erst recht jedoch entsteht diese innere Beweglichkeit im eigenen künstlerischen Tun. Bin ich selbst künstlerisch tätig, so wage ich mich in einen offenen, unbestimmten Prozess. Bereits der erste Schritt fordert heraus und verlangt von mir ein mutiges Mich-Einlassen. Im fortschreitenden Tun werde ich beweglich, komme ins Schwingen und lerne zu gestalten. Dialogfähigkeit ist notwendig, um immer genauer zu erkennen: was kann oder will sich in mir ausdrücken und was in dem von mir bearbeiteten Objekt? Geduld und Durchhaltevermögen sind gefragt, um im Prozess weiterzukommen. Ich stoße an Grenzen und Widerstände, immer wieder schaffe ich es, diese zu überwinden. Ich brauche Mut, um Neues und Unbekanntes auszuprobieren. Beim wiederholten Üben muss ich oft an derselben Stelle immer wieder viel Kraft aufwenden, um weiterzukommen. Nicht selten werde ich mit meinen eigenen Unzulänglichkeiten konfrontiert und erlebe „Nadelöhr-Momente“. Wenn diese überwunden werden, entsteht Wachstum, wird Neues entdeckt. Aber auch ein Scheitern kann mich anspornen, es wieder und wieder zu versuchen. Durch all diese Prozesse erfahre ich Neues über mich. Ständig werde ich aufgefordert, mich selbst zu korrigieren, allmählich vollzieht sich eine Verwandlung in mir.

Kunst hat mit der Art und Weise zu tun, wie uns die Dinge um uns herum berühren, wie wir sie wahrnehmen und wie wir mit ihnen umgehen. Im Alltag sind wir bestrebt, Wahrgenommenes einzuordnen und begrifflich festzulegen. Wir schaffen uns damit Orientierung und Sicherheit. Augenblicke, in denen wir das Gegenteil erleben, beunruhigen uns oder erzeugen Angst. Der künstlerisch arbeitende Mensch stellt sich bewusst solch verunsichernden Situationen. Gelingt es, den automatischen Prozess des Einordnens von Wahrnehmungen zu unterbrechen und in Zwiesprache mit den Dingen zu treten, kann Neues entstehen. Das ist das Moment der Kreativität.

6.3.4 Der künstlerische Prozess

Die innerlich stattfindenden Prozesse im künstlerischen Tun vollziehen sich nach einer gewissen Gesetzmäßigkeit, die sich natürlich in jeder Situation, in jeder künstlerischen Disziplin und bei jedem Menschen individuell äußern. Dennoch sind im Verlauf jeder künstlerischen Arbeit allgemeingültige, typische Abläufe zu beobachten, deren Phasen charakteristische Merkmale aufweisen. Insofern kann von einem künstlerischen Prozess gesprochen werden, welcher in der Folge theoretisch dargestellt wird (vgl. Ulrich-Gerber 2002b, 6f.). Wirklich nachvollziehen kann man diesen Prozess jedoch am besten im Vollzug eigener künstlerischer Tätigkeit. Jeder Mensch kann künstlerisch tätig werden, insofern er sich auf diese Prozesse einzulassen vermag und gestaltend tätig wird.

Wahrnehmen

Der Ausgangspunkt bzw. Impuls für künstlerisches Arbeiten liegt in einem Moment des „Berührt-seins“. Ein Erlebnis findet äußerlich-sinnlich und innerlich-seelisch statt. Eindrücke (z.B. in Verbindung mit Materialien, Themen, Ideen) entstehen, indem man sich der „Welt“ mit Offenheit, wahrnehmend und empfänglich zuwendet. Wachheit und ein gewisses Interesse sind nötig, um den Prozess in Gang zu setzen.

Sich verbinden

Am Beginn der künstlerischen Tätigkeit steht ein Zustand größtmöglicher Offenheit. Das Gegenüber oder gar ein Ziel sind noch nicht erkennbar. Es ist Mut notwendig, um zu beginnen, irgendwo anzufangen und sich auf das eigene Tun einzulassen. Erste Impulse werden gesetzt, so manches wird eher willkürlich ausprobiert. Allmählich wird man warm, schwingt sich ein, wird vertrauter mit dem Material und der Technik. Unter Umständen wird diese Phase auch langatmig erlebt, es kann sich Lustlosigkeit oder Langeweile einstellen. Geduld und Ausdauer sind gefordert, um diese „Durststrecke“ zu überstehen.

Schaffende Auseinandersetzung

Im fortschreitend intensiver werdenden Tun, häufig begleitet von starken Gefühlsprozessen, entsteht in der künstlerischen Arbeit suchend, forschend ein Wechselspiel aus Handlung, Anschauung und denkerischer Auseinandersetzung. Der Ausgangsimpuls beginnt sich zu verwandeln, erste „Bilder“ und Ideen leuchten auf, Konzepte und Arbeitsskizzen entstehen, die im Stofflichen, im Material, in den Klängen oder der Bewegung eine Form finden. Sie zielen auf eine Begegnung, einen Dialog mit dem „Gegenüber“ im weitesten Sinn. Der künstlerisch arbeitende Mensch versucht, diesen Dialog in lauschender, zugewandter, offener Haltung zu führen, in der Art, dass das Andere in seiner Eigenart wahrgenommen und erkannt werden kann. Glückt diese Begegnung, kann sich Neues einstellen.

Individualisieren – Entdecken des Motivs

Urplötzlich ist es da: das Motiv! Völlig unerwartet taucht es auf, oft nur in einer ersten Andeutung, einer Ahnung. Der künstlerisch Schaffende entdeckt in seinem Gegenüber plötzlich etwas Neues, etwas Wesentliches und findet dadurch sein „Thema“ oder sein eigenes Anliegen. Auch wenn eine gewisse Unsicherheit bleibt, so ist nun Klarheit gefordert. Es müssen Entscheidungen getroffen werden: was muss verstärkt und wo muss reduziert werden, um das Motiv deutlicher herauszuheben. Um hier weiter zu kommen, ist vom Künstler Urteilsfähigkeit, Entscheidungsfreudigkeit und Verantwortungsbereitschaft gefordert.

Übendes Gestalten

Zunächst vorsichtig, allmählich immer kraftvoller wird das Thema zunehmend weiter ausgestaltet. Auf der Suche nach der „richtigen“ Form werden Impulse aufgegriffen oder verworfen, dem Wechsel von Ein - und Ausatmung ähnelnd. Es vollzieht sich ein Übungsprozess mit dem ständigen Wechsel zwischen Aktivität und Momenten des „Ruhelassens“, in denen der künstlerisch arbeitende Mensch Abstand zu seiner Arbeit nimmt und das Werk von außen betrachtet. Traut sich dieser hier nicht, zu seinen Entschlüssen zu stehen und manchmal schmerzvolle Entscheidungen durchzutragen oder verliert er sich in pingeligen Details ohne das Ganze zu sehen, gerät der Prozess ins Stocken.

Wachstum – Ausarbeiten

Das Ziel vor Augen folgt die letzte Phase intensiven Schaffens. Mit Konzentration und Feuereifer treibt der schöpferisch Tätige sein Werk der Vollendung entgegen. Hier ist Genauigkeit und Exaktheit gefordert sowie die Fähigkeit, Begonnenes vollständig abzuschließen. Es existiert ein „...deutliche(s) Gefühl von stimmig und unstimmig, angemessen oder unangemessen, also das Bewusstsein von einer dem zu Gestaltenden selbst innewohnenden Gesetzmäßigkeit“ (Brater u.a. 1989, 59). Durch dieses intensive Eintauchen entsteht in der Regel ein eindeutiges ästhetisches Urteilsvermögen, wann das Werk fertig ist.

Begegnung mit der Welt

Das Ergebnis dieses Prozesses kann nun präsentiert werden. Etwas Neues ist entstanden und tritt nun in eine Begegnung mit dem Betrachter, dem Zuschauer, dem Zuhörer, der sich sinnlich mit dem Kunstwerk auseinandersetzt. Dieses wird in seiner Unvollkommenheit hinterfragt, bewertet, gelobt oder kritisiert und der künstlerisch Tätige muss zu seinem Ergebnis stehen. Insofern ist die Ausstellung, die Darbietung, die Performance, das Konzert o.ä. notwendiger Teil eines vollständigen künstlerischen Prozesses. Das konkrete Leben des schöpferisch Tätigen, seine Erfahrungen, sein Wissen fließen als „Handschrift“ in den kreativen Prozess und in das Werk selbst ein. Daher ist ein wirklich schöpferisches Werk auch immer ein zutiefst individuell durchdrungenes Werk.

Im Gegensatz zum technisch-instrumentalen Handeln, dem zielgerichteten Vorgehen bei einem planbaren Ablauf sind diese inneren Prozesse im künstlerischen Tun bezüglich Zeitpunkt und Intensität nicht wirklich vorhersehbar (vgl. Brater u.a. 1989, 60). Ob und wann die Phase des Dialogs mit dem Gegenüber beginnt oder der Moment der Individualisierung erreicht wird, kann nicht vorhergesagt werden, es geschieht einfach. Das unerwartete, situative Handeln ist elementarer Bestandteil des künstlerischen Arbeitens. Hier muss man bereit sein, sich unmittelbar auf die Situation einzulassen, offen sein, wechselweise sich anpassen und dann wieder Impulse setzen. Ein ausschließlich planerisches, konstruiertes Vorgehen ohne den Dialog mit dem Gegenüber bleibt beim Alten, Bekannten stehen, statt Neues zuzulassen und ermöglicht keinen kreativen Prozess.

6.3.5 Die Integration von künstlerischem Unterricht in die Pflegeausbildung

Diese dem künstlerischen Tun eigene Charakteristik der „Unsteuerbarkeit“ erschwert die curriculare Verankerung im Rahmen einer Ausbildung. Es lässt sich im Gegensatz zum Erwerb von Fachwissen eben gerade nicht exakt vorherbestimmen, welche Fähigkeiten jeder Auszubildende beispielsweise im Rahmen einer Zeichenepoche im zweiten Semester der Ausbildung erwerben soll. Künstlerischer Unterricht stellt ein Angebot zur Entwicklung dar und bringt in seiner freilassenden Art ein vollständig anderes Element in die Ausbildung hinein. Der Erwerb von Kompetenzen kann nicht erzwungen werden. Eine Ausbildung kann jedoch den Rahmen für solche Entwicklungsmöglichkeiten gestalten.

Für den Kunstunterricht in der Pflegeausbildung bedeutet dies keinesfalls Willkürlichkeit. So lässt sich bis zu einem gewissen Punkt vorhersagen, mit welchen künstlerischen Mitteln und Disziplinen bestimmte Prozesse besonders gut angeregt werden können. Ob und in welcher Intensität diese Anregung dann tatsächlich von den Lernenden aufgegriffen wird, liegt nicht mehr in der Verantwortung der Ausbildungsstätte, sondern beim Lernenden selbst (Prinzip der Erwachsenenbildung). Allenfalls die verpflichtende Teilnahme am künstlerischen Unterricht wird im Rahmen der Ausbildung vorgegeben.

Die Prozesse, welche sich im künstlerischen Üben vollziehen, seien anhand einiger Beispiele, zunächst an den bildenden Künsten dargestellt. Das exakte Abzeichnen von Händen, Ohren oder Gesichtern schult in umfassender Weise die Wahrnehmungsfähigkeit (Beobachtungsschulung), die Auseinandersetzung mit dem im Rahmen eines Praxisauftrags portraitierten Patienten fordert zusätzlich ein gewisses Maß an Selbstbewusstsein und regt die Fähigkeit zum Blick nach innen an (Selbstreflexion). Das Formen einer Plastik aus Ton ist eine unmittelbar schöpferisch gestaltende Tätigkeit. Hier sind alle Sinne beteiligt; das, womit man es zu tun hat, ist greifbar, spürbar und in allen seinen Eigenschaften irdisch. Ton ist ein formbares Material, welches individuelle Kompositionen ermöglicht. Die Form ist korrigierbar, weich und fügt sich ganz dem Gestaltenden. Ganz anders ist das künstlerische Arbeiten mit Stein. Er hat Charakter, ist ein Eigenwesen, das sich dem Bildhauer entgegenstellt und sein Eigensein so schnell nicht aufgibt. Jedes zuviel Weggenommene ist weg – es kann nicht

wieder angefügt werden. So fordert Stein eine deutlichere Vorgehensweise als Ton. Stein zwingt zu Entscheidungen, die Gültigkeit und Konsequenz haben. Hier wird in besonderem Maße die eigene Willenstätigkeit angesprochen (vgl. von Freytag 2002, 9ff.).

Eurythmie als Bewegungskunst ermöglicht einerseits eine umfassende Schulung der Wahrnehmung (Bewegung, Gleichgewicht, Rhythmus, Raumgefühl, Eigen- und Fremdwahrnehmung), andererseits kann ihre Wirksamkeit als soziale Kraft erlebt werden. Im Üben und Betrachten von verschiedenen Haltungen des Menschen werden Qualitäten wahrnehmbar: Wie stehe ich? Wie gehe ich? Welche seelischen Qualitäten drücken sich in den jeweiligen Haltungen oder Bewegungen aus? Rhythmische Übungen wie das Weitergeben von Kugeln im Kreis mit geschlossenen Augen erfordern große Konzentration. Stabwerf-übungen benötigen Mut und Geistesgegenwart, denn der Stab muss so geworfen werden, dass der Nächste den Stab auffangen kann. Gleichzeitig muss man sich auf den zugeworfenen Stab konzentrieren. Dies erfordert innerliches Loslassenkönnen, sich vom Eigenen befreien, so dass man sich unbefangen dem Neuen öffnen kann (vgl. Auad 2002, 15f.).

Musik mit ihren drei Hauptelementen Melodie, Harmonie und Rhythmus berührt jeden Menschen. Im gemeinsamen musikalischen Üben in der Gruppe, beispielsweise beim Singen oder bei Improvisationsübungen mit Trommeln und anderen Instrumenten, muss aktives Zuhören geübt werden. Ein Zusammenklang entsteht nur, wenn sich die alle in der Gruppe gegenseitig wahrnehmen, sich aufeinander einlassen und an der richtigen Stelle eigene gestalterische Impulse einbringen. Diese Form der nonverbalen Kommunikation schult Teamfähigkeit und fördert die Bereitschaft, Verantwortung für eine gemeinsame Aufgabe zu übernehmen. Nicht zuletzt weckt die Musik Lebensfreude, setzt neue Kräfte frei und hat eine seelisch-hygienische Wirkung auf den ganzen Menschen (vgl. Bindelli 2002, 17).

6.3.6 Künstlerischer Unterricht als Projektarbeit

Künstlerischer Unterricht lässt sich sehr gut mit schülerorientierten Lernmethoden, beispielsweise mit der Projektmethode verbinden. So nimmt jeder Pflgende in Ausbildung im Verlauf der drei Jahre an zwei Projektarbeiten teil. Die künstlerische Herausforderung, sich im dritten Ausbildungsjahr zum Thema „Der Mensch“ ein Kunstwerk zu erarbeiten, kann als Zumutung oder als Möglichkeit zu eigenständiger Gestaltung in Freiheit verstanden werden. Von den Pflgenden in Ausbildung wird jetzt erwartet, dass sie zu diesem Thema eine Konzeptidee entwickeln, dass sie Ausführungsmöglichkeiten und die konkrete Umsetzung ihres Vorhabens planen. Hier braucht es von Seiten des Pflgenden in Ausbildung Vertrauen in sich selbst, Entwicklungsfähigkeit einer eigenen Vorstellung und schließlich Bereitschaft, sich der Umsetzung seiner Ideen zu stellen. So kann ein ganz individuell geplantes und gestaltetes Kunstwerk entstehen, zwar angeregt durch das Thema, aber frei in der künstlerischen Idee und im Material. Den Abschluss bildet die Ausstellung der Werke. Eine solche Ausstellung erfordert Bekenntnis zum eigenen Kunstwerk in seiner ganzen Unvollkommenheit, ein Zu-sich-selbst-stehen, es aushalten zu können, dass andere Kritik üben oder auch Wohlwollen äußern. In einer Ausstellung ist Selbstbegegnung im Kontext der Welt von Mitgestaltern und Betrachtern möglich und erfahrbar (vgl. von Freytag 2002, 12).

Alle drei Jahre wird die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik für eine Woche zur künstlerischen Werkstatt. Kursübergreifend und ohne die klassischen Lehrer-Schüler-Rollen arbeitet die gesamte Schulgemeinschaft in sechs Projektgruppen mit externen Künstlern zusammen. Diese einwöchige kontinuierliche Arbeit ermöglicht ein intensives Eintauchen in den künstlerischen Prozess. In Projektgruppen wie beispielsweise Improvisationstheater, Objektkunst, Arbeiten mit Naturmaterialien, Musik, Clownwerkstatt, Tanz oder kreatives Schreiben verändern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre gewohnten Sichtweisen und entdecken ihre eigenen gestalterischen Fähigkeiten. Die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Auszubildenden und Lehrenden ermöglicht eine neue Qualität der Begegnung. Die Arbeit an sich selbst erleben viele als intensiven Prozess, als innerliches Ringen aber auch als echte

Glücksmomente. In einer großen öffentlichen Abschlussveranstaltung am Freitag werden die künstlerischen Ergebnisse der Projektwoche vor über hundert Gästen präsentiert. Manches davon ist sichtbar und „begreifbar“, anderes vergänglich und nur im Moment erlebbar. Die „Werkstattatmosphäre“ und das intensive soziale Miteinander trägt viel dazu bei, dass in einer solchen Projektwoche die Schulgemeinschaft neu erlebbar wird (vgl. von Freytag 2002, 12).

6.3.7 Resümee

Künstlerischer Unterricht in der Pflegeausbildung stellt eine Besonderheit dar, welche zur Förderung der Kompetenzentwicklung aus berufspädagogischer Sicht berechtigt erscheint. Die nunmehr fast 28-jährigen Erfahrungen mit künstlerischem Unterricht an der FKS zeigen den Erfolg dieses Konzepts deutlich auf, wenngleich die Kompetenzentwicklung im Rahmen des Gesamtkonzepts der Ausbildung gesehen werden muss. Die These der Bildungswirkung von künstlerischem Unterricht wird von verschiedenen Seiten und durch vielfältige Erfahrungen – nicht nur in anthroposophischen Bildungseinrichtungen – bestätigt. In diesem Zusammenhang sei auf die Arbeit der Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung (GAB München) verwiesen (vgl. Brater 2008; vgl. Büchele 2007). Seit 1980 erprobt und erforscht die GAB Konzepte zur Integration von künstlerischem Unterricht im Rahmen der beruflichen Bildung. Aus diesen Erfahrungen bestätigen sich die persönlichkeitsbildenden Effekte des künstlerischen Übens. Umso erstaunlicher ist es, dass dieses Element in der beruflichen Bildung bisher geradezu stiefmütterlich behandelt wird und seine Wirkungen so wenig genutzt werden. Die Diskussion, ob hierfür kurzsichtiges ökonomisches Nützlichkeitsdenken (siehe die eingangs genannten Fragen) oder weltanschauliche Gründe verantwortlich sind oder ob es sich um ein Phänomen des Zeitgeistes handelt („Kunst gehört in die Freizeit und hat mit Arbeit nichts zu tun“) soll hier nicht geführt werden.

7 Kompetenzmodell der generalistischen Pflegeausbildung

(Monika Kneer, Ulrike Gubba-Hoke, Gernot Adolphi)

Die „Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusminister-konferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe“ (KMK 2007) haben einen Paradigmenwechsel in der beruflichen Bildung bewirkt. Der umfassend formulierte Bildungsauftrag legt nahe, Berufsausbildungen so zu konzipieren, dass sie neben den fachlichen Anteilen vor allem weiterführende, übergeordnete und allgemeine Fähigkeiten und Qualifikationen vermitteln (vgl. KMK 2007, 9). Die KMK schließt mit diesen Aussagen an die Diskussion über die Ausbildung von Schlüsselqualifikationen und Schlüsselkompetenzen an.

7.1 Kompetenzbegriff und Kompetenzmodelle

Seit den KMK-Handreichungen steht die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz als wichtiges Ziel im Zentrum der Berufsbildung. Unter beruflicher Handlungskompetenz wird laut KMK verstanden: „die Bereitschaft und Fähigkeit des einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (KMK 2007, 10). Das Konzept der beruflichen Handlungskompetenz wird in den Handreichungen der KMK und in der berufspädagogischen Literatur formuliert (vgl. u.a. KMK 2007, 11; Schelten 2004, 172; Bader/Müller 2002, 176 ff.).

Die berufliche Handlungskompetenz wird unterteilt in Fach-, Personal-, Sozial- und Methodenkompetenz. Die Bedeutung der einzelnen Kompetenzen wird nachfolgend allgemein und für den Bereich der Pflege beschrieben.

Fachkompetenz bezeichnet die Bereitschaft und Fähigkeit, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbstständig zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen. (KMK 2007, 11)

Für die Lernenden in der Pflege bedeutet dies, dass sowohl theoretische Kenntnisse als auch praktische Fertigkeiten ausgebildet und in der Praxis angewendet und weiterentwickelt werden. Des Weiteren sollen die Auszubildenden lernen, ihr professionelles Handeln mit den Wünschen und Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen und allen an der Pflegesituation Beteiligten abzusprechen und abzustimmen (vgl. Falk 2003, 10).

Bei der Personalkompetenz - bei der KMK auch Humankompetenz genannt - geht es um die individuelle Persönlichkeitsentwicklung der Lernenden. Sie sollen die Anforderungen und Einschränkungen des eigenen und des öffentlichen Umfelds mit in ihr Lernen und ihren Beruf einbinden und dabei Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein sowie die Bindung an eigene Wertvorstellungen entwickeln (vgl. KMK 2007, 11). Falk (2003) überträgt die Personalkompetenz auf die Pflegeausbildung wie folgt:

Lernende erhalten Gelegenheit, sich ihrer eigenen biographischen Entwicklung zu vergewissern. Sie lernen ihre eigenen Interessen, Grenzen und Möglichkeiten zu artikulieren und ihre Erlebnisse und Verhaltensweisen in der Beziehung zu den zu pflegenden Menschen und den Angehörigen zu reflektieren. Sie lernen, die lebensgeschichtlich erworbenen und sozialen und kulturellen Einstellungen, Verhaltensweisen und Lebensstile der zu pflegenden Menschen zu akzeptieren. (Falk 2003, 11)

Die Sozialkompetenz bezieht sich auf die Ausbildung von sozialer Verantwortung und Solidarität. Hier geht es vor allem um die verantwortungsvolle Auseinandersetzung innerhalb sozialer Beziehungen und um die Begründung und Reflexion ethisch-moralischer Entscheidungen, sowohl im Berufsalltag als auch im täglichen Leben (vgl. KMK 2007, 11). Falk (2003) betont hier die „gesellschaftliche Verantwortung und Parteinahme für diejenigen, die ihre Rechte auf Leben und Unversehrtheit nicht selber formulieren können“ (Falk 2003, 10). Methoden- und Lernkompetenz sowie die kommunikative Kompetenz sind Bestandteil der oben genannten Kompetenzbereiche (vgl. KMK 2007, 11).

Die KMK unterscheidet in der älteren Version der Handreichung den Begriff Kompetenz, bezogen auf den Lernerfolg des Einzelnen und die Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Handeln, vom Begriff Qualifikation, die auf die Verwertbarkeit der Fähigkeiten aus Sicht der Gesellschaft abzielt (vgl. KMK 2000, 9). Das beschriebene Kompetenzmodell gilt allgemein als Grundlage in der Berufspädagogik und Berufsausbildung. Es geht auf die Schlüsselqualifikationen von Mertens (1974) zurück. Als Schlüsselqualifikationen werden übergeordnete Bildungsziele und Bildungselemente bezeichnet, die den Schlüssel für ein schnelles und reibungsloses Durchdringen von sich ständig veränderndem Spezialwissen bilden (vgl. Mertens 1974, 3). Der Autor stellt das Konzept im Rahmen der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung vor. Erst später wird es in die Berufspädagogik übernommen. Schlüsselqualifikationen sind übergeordnete Qualifikationen hoher Reichweite mit berufsfeld- und berufsübergreifendem Charakter. Sie sollen Menschen in die Lage versetzen, sich neue Inhalte selbstständig zu erschließen und lebensbegleitend zu lernen (vgl. Schelten 2004, 1). Folgende Schlüsselqualifikationen werden häufig genannt:

- Denken in Zusammenhängen
- Flexibilität
- Kommunikationsfähigkeit
- Kreativität
- Problemlösefähigkeit
- Selbstständigkeit
- Teamfähigkeit
- Transferfähigkeit
- Zuverlässigkeit

(Schelten 2004, 1)

Die einseitig kognitiv begründeten Schlüsselqualifikationen von Mertens entwickelten sich in pädagogischen und lernpsychologischen Diskussionen - durch Anreicherung mit sozialen, motivationalen, emotionalen Komponenten der Persönlichkeit - zum Konzept der Schlüsselkompetenzen weiter (vgl. Reetz 1989 und Arnold 1997 in Kerngruppe Curriculum 2006, 85). Dies ist der Tatsache geschuldet, dass der Begriff der Qualifikation sich eher am Output orientiert, wohingegen der Begriff Kompetenz an der eigenen Person ansetzt, und danach fragt, welche Fähigkeiten und Möglichkeiten die Person selber mitbringt bzw. entwickeln kann. Das heißt, der Begriff der Kompetenz beinhaltet die Entwicklungsperspektive. Laut Bischoff-Wanner (2003) umfasst der Begriff Kompetenz die Bereiche Qualifikation, Bildung, Persönlichkeitsentwicklung und Schlüsselqualifikation. Eine ganzheitliche Berufsausbildung beinhaltet alle diese Aspekte (vgl. Bischoff-Wanner 2003b, 13). In der Kompetenzdiskussion gibt es folglich eine unterschiedliche Verwendung der Begriffe, die ein sehr breites Spektrum von angeborenen bis erworbenen Fähigkeiten umfassen. Die Definition des Kompetenzbegriffs nach Weinert (2001) lautet:

Kompetenzen sind die bei Individuen verfügbaren oder von ihnen erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können. (Weinert 2001 in BMBF 2007, 72)

Kompetenzen sind also die Dispositionen und erlernten Fähigkeiten, die Personen zur Verfügung haben, um Problem- und Aufgabenstellungen zu bewältigen. Die jeweilige Ausprägung der Kompetenz ist von vielen Faktoren abhängig wie z.B. Fähigkeit, Wissen, Können, Verstehen, Handeln, Erfahrung, Motivation. Die Berücksichtigung dieser Aspekte kann bei der Lernberatung und Lernförderung nützlich sein. Weitere wichtige Aspekte, die bei der Entwicklung von Kompetenzmodellen beachtet werden müssen, sind: Kompetenzen können nur leistungsbezogen erfasst und gemessen werden und sind daher immer an konkrete Handlungssituationen gebunden. Die Leistungserfassung muss in unterschiedlichen Kontexten stattfinden und ein möglichst breites Anforderungsspektrum (verschiedene, exemplarische Pflegesituationen) abbilden, da die Entwicklung von Kompetenzen durch die verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Kompetenzmodelle beschreiben das Gefüge der Anforderungen, also das was die Auszubildenden in der Ausbildung erwartet, und zum anderen beschreiben sie mithilfe eines Stufenmodells verschiedene Grade und Niveaus der Kompetenzentwicklung (vgl. Weinert 2001 in BMBF 2007, 71ff.).

Die Kerngruppe Curriculum des Stuttgarter Modells© stellt in ihrem Begründungsrahmen dem Konzept der Schlüsselqualifikationen das Konzept der beruflichen Handlungskompetenz gegenüber und entwickelt ein eigenes Kompetenzmodell. Die Kritik am Modell der Schlüsselqualifikation bezieht sich darauf, dass es nicht durch ein theoretisches Modell fundiert und außerdem so allgemein gehalten sei, dass es auf alle Berufe zuträfe. Das Stuttgarter Modell konzentriert sich daher auf die von Weidner (1995) beschriebenen Kompetenzen von professionellem Pflegehandeln:

- (pflege-)wissenschaftliche Begründungskompetenz
- Entscheidungs- und Handlungskompetenz
 - Praktisch-technische Kompetenz
 - Klinisch-pragmatische Kompetenz
 - Ethisch-moralische Kompetenz

(Weidner 1995 in Kerngruppe Curriculum 2006, 84)

Das Stuttgarter Modell modifiziert das Modell professioneller Handlungskompetenz, da es sich bei der Integrativen Pflegeausbildung um eine berufliche Erstausbildung und nicht um eine akademische Ausbildung handelt (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 84). Die Kompetenzen professionellen Pflegehandeln von Weidner (1995) beziehen sich auf das Modell professioneller Handlungskompetenz von Raven (1995) (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 84).

Die Kompetenzdimensionen des Stuttgarter Modells© sollen mit einem kurzen Auszug aus dem Begründungsrahmen dargestellt und diskutiert werden. Das Kompetenzmodell umfasst sieben Kompetenzbereiche. Im Mittelpunkt steht die Pflegesituation, die in einem gesellschafts- und berufspolitischen sowie organisations- bzw. systembezogenen Kontext gegeben ist. Zur Bewältigung der Pflegesituation ist eine berufliche Handlungskompetenz erforderlich, die sich aus folgenden Kompetenzen bildet:

- Analytisch-reflexive Begründungskompetenz
- Praktisch-technische Kompetenz
- Interaktive Kompetenz
- Ethisch-moralische Kompetenz
- Planungs- und Steuerungskompetenz
- Gesellschafts- und berufspolitische Kompetenz
- Organisations-/systembezogene Kompetenz

(Kerngruppe Curriculum 2006, 89ff.)

Nach jeder Kompetenzdimension sind beobachtbare Verhaltensweisen, also die Performanz der Kompetenz beschrieben. Die Beschreibung der Performanz (Nachweis der Kompetenz in

sichtbaren Handlungen) ermöglicht eine differenzierte Überprüfung des Grads der erreichten Kompetenz (Beurteilung) bzw. kann für die Pflegenden in Ausbildung und die an der praktischen Ausbildung Beteiligten hilfreich sein, z.B. bei der Formulierung von Lernintentionen und Lernzielen für den praktischen Einsatz.

Die Gesellschafts- und berufspolitische sowie die organisations- und systembezogene Kompetenz gelten im Stuttgarter Modell© als grundlegende Kompetenzen, die wie ein Rahmen um die anderen fünf Kompetenzen stehen. Dies wird folgendermaßen begründet: „Pflugesituationen sind immer beeinflusst von einem institutionellen Rahmen, strukturellen Bedingungen, gesellschaftlichen und politischen Einflüssen. Daher benötigen Pflegenden Kompetenzen, um mit diesen Gegebenheiten und Einflussfaktoren kritisch und konstruktiv umzugehen“ (Kerngruppe Curriculum 2006, 87). Eine Performanzbeschreibung bleibt hier aus.

Auffallend an den Kompetenzbereichen des Stuttgarter Modells© ist, dass hier zwar eine klarere Zuordnung von Verhaltensweisen und Verhaltensmustern möglich ist, das Modell aber gleichwohl sehr komplex und abstrakt wirkt und dass die Begriffe der KMK den Kompetenzen im Stuttgarter Modell© zu- bzw. untergeordnet werden können. Die praktisch-technische Kompetenz beispielsweise kann der Fachkompetenz zugeordnet werden, da die Fachkompetenz fachlich-theoretisches sowie fachlich-praktisches Wissen und Können vereint. Dies ist deshalb nicht zu trennen, da in der Ausübung von Pflgetechniken immer Fachwissen benötigt wird. Eine solche Zuordnung wird auch durch die Ausführungen von anderen Autoren untermauert (vgl. Geppert 2005a, 36). Eine eigene Kategorie der Selbstkompetenz wird im Stuttgarter Kompetenzmodell nicht ausgewiesen.

Die Projektgruppe der generalistischen Pflegeausbildung an der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik (FKS) setzte sich gründlich mit dem Kompetenzmodell des Stuttgarter Modells© auseinander und konnte die Kompetenzbereiche fast vollständig den Kompetenzen der KMK zuordnen:

- Analytisch-reflexive Begründungskompetenz → Fachkompetenz
- Praktisch-technische Kompetenz → Fachkompetenz
- Interaktive Kompetenz → Sozialkompetenz
- Ethisch-moralische Kompetenz → fehlt bisher beim KMK-Modell
- Planungs- und Steuerungskompetenz → Lern- und Methodenkompetenz
- Gesellschafts- und berufspolitische Kompetenz → Sozialkompetenz, Teil des Berufsverständnisses und der Fachkompetenz
- Organisations-/systembezogene Kompetenz → Selbst-, Methoden-, Fach- sowie Sozialkompetenz

In der intensiven Auseinandersetzung mit dem Kompetenzmodell im Stuttgarter Modell© erschienen die Begrifflichkeiten sehr abstrakt und komplex. Es wurde deutlich, dass die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik ein etabliertes, eingängiges und sich selbst erschließendes Kompetenzmodell benötigt, dies nicht zuletzt wegen der Vielzahl an Kooperationspartnern.

7.2 Kompetenzmodell der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik

Das Kompetenzmodell liegt dem gesamten Curriculum zugrunde und wird auch in der praktischen Ausbildung genutzt. Die Projektgruppe entwickelte in Anlehnung an das Modell der KMK ein eigenes Kompetenzmodell. Das KMK-Modell ist weit verbreitet und etabliert. Es gilt als einschlägige Grundlage in der Berufspädagogik. Die Begriffe sind bereits überall bekannt. Mit ihnen wurde schon vor Beginn der Projektlaufzeit an der Schule und in der Klinik gearbeitet, ohne dass ein spezielles Kompetenzmodell eingeführt wurde und eine Auseinandersetzung mit den Begriffen stattgefunden hat. Auch ist es bei der Vielzahl an Kooperationspartnern notwendig, eine einheitliche und bekannte Sprachregelung zu finden. Die Begriffe müssen konkretisiert und als Handlungsweisen formuliert werden.

Das Modell der KMK ist sehr auf den Menschen bezogen; alle Bereiche werden angesprochen: Denken, Fühlen, Wollen, soziale Umgebung, Phantasie und Lebenswelt des Menschen. Im Kompetenzmodell des Stuttgarter Modells[©] sind die Kompetenzbereiche überwiegend auf das professionelle Handeln der Pflegenden bezogen, die Persönlichkeitsentwicklung der Auszubildenden wird nicht explizit beachtet. Ein Kompetenzmodell für die berufliche Bildung sollte unseres Erachtens jedoch immer beides beinhalten, die professionelle Fachausbildung im Hinblick auf ein professionelles Handeln in allen Pflegesituationen, aber auch die Berücksichtigung der Lebenswelt und Entwicklungsphase der Auszubildenden. Die Persönlichkeitsentwicklung, die Entwicklung der Fähigkeit des lebenslangen Lernens, die Entwicklung von Emanzipation und Mündigkeit sind wesentliche Ziele der Berufsausbildung an der Freien Krankenpflegeschule und somit sind die Selbst-, Sozial- sowie Methoden- und Lernkompetenz wesentliche Kompetenzbereiche in der generalistischen Pflegeausbildung. In den Ausführungen von Bertram (1999) wird auch deutlich, dass im Mittelpunkt der Berufsausbildung die Kompetenzentwicklung und damit das sich bildende Individuum stehen muss und nicht ausschließlich die aktuellen Erfordernisse der Berufswelt. Das Ziel ist die aktive Mitgestaltung und Weiterentwicklung des Berufs (vgl. Bertram 1999, 78). Das Kompetenzmodell für die generalistische Pflegeausbildung sieht folgende Kompetenzbereiche vor:

- Fachkompetenz
- Sozialkompetenz
- Selbstkompetenz
- Ethische Kompetenz
- Lern- und Methodenkompetenz

Die ethische Kompetenz spielt im Pflegeberuf eine wichtige Rolle, da es sich in Pflegesituationen häufig um ethisch schwierige Situationen handelt, der Umgang mit dem Menschen im Vordergrund steht und sich häufig ein Spannungsfeld zwischen ethisch-moralischen Grundsätzen, Werten und Normen aufbaut. Pflegenden haben mit Menschen zu tun, die häufig in der Pflegebeziehung in einer gewissen Abhängigkeit sind. Dieser Dimension müssen sie sich immer bewusst sein und ihr Handeln an ethisch-moralischen Werten und Übereinkünften ausrichten (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 35f.). Daher ist diese Kompetenz dem KMK-Modell ergänzend hinzugefügt.

7.3 Berufliche Handlungskompetenz

Unter beruflicher Handlungskompetenz wird verstanden „...die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Handlungskompetenz entfaltet sich in den Dimensionen von Fachkompetenz, Humankompetenz und Sozialkompetenz“ (KMK 2007, 10).

Der Bezug der einzelnen Kompetenzen zueinander ist wesentlich. Eine Kompetenz bedingt die andere bzw. alle stehen in einem Zusammenhang, können aber auch für sich selber betrachtet werden. Die Ausbildung der beruflichen Handlungskompetenz ist eingebettet in gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen und zielt auf das lebenslange Lernen ab.

Die Darstellung der fünf Kompetenzbereiche erfolgt in Form eines Fünfsterns der die Verbindungslinien nachzeichnet und somit den Zusammenhang darstellt.

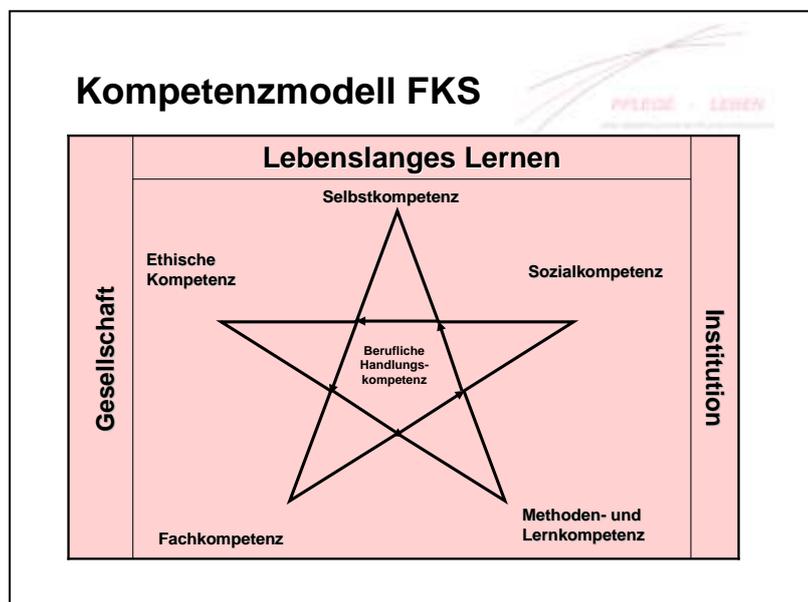


Abb. 4: Kompetenzmodell der generalistischen Pflegeausbildung (Eigene Darstellung 2008)

Die berufliche Handlungskompetenz der generalistischen Pflegeausbildung an der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik (FKS) setzt sich demnach aus den genannten fünf Kompetenzbereichen zusammen. Die Kompetenz, die bei der Pflegeausbildung an der FKS im Vordergrund steht ist die Selbstkompetenz. Das heißt: Die Persönlichkeitsentwicklung der Pflegenden in Ausbildung steht an oberster Stelle. Die berufliche Handlungskompetenz fußt auf der Fach- sowie Methoden- und Lernkompetenz. Beide Kompetenzen bilden sozusagen das Fundament. Die Sozialkompetenz und die ethische Kompetenz bilden das Zentrum der beruflichen Handlungskompetenz und stehen daher an den beiden mittleren Sternspitzen auf gleicher Ebene.

Nachfolgend beschreiben wir die ausgearbeiteten Kompetenzen im Detail. Bei den Kompetenzbeschreibungen wurde mit den Konzepten von Bader/Müller (2002), der KMK (2007), Geppert u.a. (2005) und der Kerngruppe Curriculum (2006) gearbeitet und durch eigene Gedanken und Vorstellungen ergänzt. Die Kompetenzen werden durch Verhaltensweisen konkretisiert, an denen sie sichtbar werden.

7.3.1 Selbstkompetenz

Selbstkompetenz bezeichnet die Bereitschaft und Fähigkeit, als individuelle Persönlichkeit die eigenen Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen in Beruf, Familie und öffentlichem Leben zu klären, zu durchdenken und zu beurteilen, eigene Begabungen zu entfalten sowie Lebenspläne zu entwickeln (vgl. KMK 2007, 11). Darüber hinaus ermöglicht Selbstkompetenz an den eigenen Schwächen zu arbeiten, die eigene Rolle als Pflegende/r im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft zu finden, zu definieren und im Hinblick auf die Professionalisierung des Pflegeberufs weiterzuentwickeln. Die Selbstkompetenz zeigt sich u.a. in folgenden Verhaltens- bzw. Handlungsweisen:

- Interesse am Menschen, am beruflichen Kontext und an sich selbst haben und entwickeln.
- Durchdachte Wertvorstellungen entwickeln und eine selbst bestimmte Bindung an Werte leben.
- Eine eigene Haltung entwickeln und diese sich selbst bewusst machen und reflektieren.
- Den eigenen Lebenslauf reflektieren und Lebenspläne anpassen.
- Sich das eigene Selbstbild bewusst machen, reflektieren und eine Weiterentwicklung anstreben.
- Authentisch sein.
- Einen förderlichen Umgang mit Nähe und Distanz entwickeln.
- Ein gesundes Selbstvertrauen ausbilden, nach Selbstständigkeit streben und dabei eigene Stärken, Schwächen und Grenzen erkennen, akzeptieren und ggf. verändern.
- Die Fähigkeit haben, plötzliche Impulse und Stimmungen zu beherrschen oder in eine andere Richtung zu lenken sowie vorschnelle Urteile zu vermeiden.
- Verantwortlich, pflichtbewusst und zuverlässig handeln.
- Misserfolge, Belastungssituationen sowie krisenhafte Situationen aushalten und adäquate, gesunderhaltende Bewältigungsstrategien entwickeln.
- Eine pflegeberufliche Position im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft einnehmen, vertreten und sich des damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Auftrags bewusst sein.
- Sich an der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Pflegeberufs z.B. durch berufspolitisches Engagement, Nachwuchsförderung etc. beteiligen.
- Bereitschaft zum lebenslangen Lernen entwickeln.

(vgl. u.a. Kerngruppe Curriculum 2006, 90; Geppert 2005a, 26ff; Geppert 2005b, 45f.)

7.3.2 Fachkompetenz

„Fachkompetenz bezeichnet die Bereitschaft und Befähigung, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbstständig zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen“ (KMK 2007, 11). Die Fachkompetenz zeigt sich u.a. in folgenden Verhaltens- bzw. Handlungsweisen:

- Pflegerisches Fachwissen in der Pflegepraxis gezielt anwenden.
- Die Schritte des pflegediagnostischen Prozesses kennen, pflegediagnostische Aussagen formulieren und daraus den Pflegebedarf ableiten.
- Pflegesituationen und pflegerische Problemstellungen erfassen, analysieren und bewerten, daraus begründetes Handeln ableiten und reflektieren.
- Den Pflegeprozess sinnvoll strukturiert, systematisch sowie geplant, organisiert und koordiniert gestalten und für Kontinuität sorgen.
- Die Pflege an den Bedürfnissen der Pflegeempfänger und deren Bezugspersonen sowie an den fachlichen Erkenntnissen der Pflege- und Bezugswissenschaften ausrichten.

- Strukturen im Gesundheitswesen wie z.B. Beratungs- und Betreuungsangebote kennen und Pflegeempfänger und ihre Bezugspersonen fachgerecht beraten.
- Die Kontinuität im Pflegeprozess beim Übergang in neue Pflegesituationen gewährleisten.
- Praktisch-technische Pflegehandlungen manuell geschickt, kreativ, sensibel, vollständig durchführen und dokumentieren.
- Richtlinien, Prinzipien, Standards kennen, beachten und anwenden.
- Pflegefachsprache sach- und situationsgerecht einsetzen und in mündlichen sowie die schriftlichen Berichterstattung anwenden.
- Die Pflegedokumentation vollständig, aussagekräftig, zeitnah, fachsprachlich und inhaltlich korrekt führen.
- Die Bedeutung von Pflegequalität kennen und Instrumente der Qualitätssicherung im pflegerischen Handeln nutzen.

(vgl. u.a. Kerngruppe Curriculum 2006, 88ff; Geppert 2005a, 26ff; Geppert 2005b, 45f.)

7.3.3 Sozialkompetenz

„Sozialkompetenz bezeichnet die Bereitschaft und Befähigung, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten, Zuwendungen und Spannungen zu erfassen und zu verstehen sowie sich mit Anderen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen“ (KMK 2007, 11). Die Sozialkompetenz zeigt sich u.a. in folgenden Verhaltens- bzw. Handlungsweisen:

- Situationsangemessen unter Berücksichtigung von Alter, Biografie, Entwicklungs- und Lebensphasen, Kultur, Einschränkungen usw. kommunizieren.
- Eine auf Verständigung zielende Interaktion anstreben und sich dabei möglicher Vorurteile und Wahrnehmungsfehler sowie eigener Wertvorstellungen bewusst sein.
- Sich situationsangemessen über Sachverhalte und Befindlichkeiten verbal, nonverbal und formal austauschen.
- Interaktionsmodelle und Kommunikationstechniken kennen und anwenden.
- Konstruktive, wertschätzende und respektvolle Gespräche und Diskussionen führen.
- Die Fähigkeit entwickeln, Gefühle, Bedürfnisse und Absichten bei anderen und bei sich selbst wahrzunehmen.
- Die Fähigkeit entwickeln, Beziehungen einzugehen, zu unterhalten und Netzwerke aufzubauen.
- In beruflichen Situationen Empathiefähigkeit entwickeln.
- Die Fähigkeit entwickeln, eine gemeinsame Basis zu schaffen und dabei ein Zusammengehörigkeitsgefühl zu entwickeln, gemeinsame Ziele und Interessen zu verfolgen und füreinander einzustehen.
- Verantwortung in einer sozialen Gemeinschaft übernehmen und Solidarität entwickeln.
- In Gruppen konstruktiv und zielgerichtet zusammenarbeiten.
- Im Interesse der Pflegeempfänger/Bezugspersonen interprofessionell zusammenarbeiten und kooperieren.
- Finden, Aushandeln und Akzeptieren von Kompromissen.
- Kritik situationsangemessen anbringen und entgegennehmen.

(vgl. u.a. Kerngruppe Curriculum 2006, 88 ff; Geppert 2005a, 26 ff; Geppert 2005b, 45f.; vgl. KMK 2007, 11)

7.3.4 Ethische Kompetenz

Ethische Kompetenz bezeichnet die Bereitschaft und Fähigkeit zu verantwortungsvollem und begründetem Handeln auf der Basis berufsethischer Übereinkünfte sowie in der Anwaltschaft für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf (vgl. Kerngruppe Curriculum 2006, 89). Die ethische Kompetenz zeigt sich u.a. in folgenden Verhaltens- bzw. Handlungsweisen:

- Allen Menschen mit Achtung, Respekt und Würde begegnen.
- Eine auf gesellschaftlich akzeptierten Werten und Normen basierende Grundhaltung entwickeln.
- Sensibilität zeigen für moralische und ethische Aspekte im pflegerischen Berufsalltag.
- Das eigene berufliche Handeln kontinuierlich reflektieren unter Berücksichtigung verschiedener, für die Pflegepraxis relevanter ethischer Konzepte (Fürsorge, Verantwortung, Autonomie, Gerechtigkeit etc.).
- Eine begründete Position entwickeln zu ethischen Fragestellungen in der Gesellschaft, die für die Berufsausübung von Relevanz sind (z.B. aktive Sterbehilfe etc.).
- „Sich ethischer Dilemmata in Pflegesituationen bewusst werden und in diesen besonnen und verantwortungsvoll handeln.“ (Kerngruppe Curriculum 2006, 90).
- „Die für den Pflegeberuf geltenden ethischen Übereinkünfte, Kodizes, Werte und Normen einhalten.“ (Kerngruppe Curriculum 2006, 90)
- „Die Interessen und Anliegen der Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf im intra- und interprofessionellen Dialog und auf gesellschaftlicher Ebene vertreten“ (Kerngruppe Curriculum 2006, 90)

(vgl. u.a. Kerngruppe Curriculum 2006, 88 ff; Geppert 2005a, 26 ff; Geppert 2005b, 45f.)

7.3.5 Methoden- und Lernkompetenz

Methoden- und Lernkompetenz bezeichnet die Fähigkeit, eigenständig Lösungswege für komplexe Aufgabenstellungen zu finden, anzuwenden und zu reflektieren sowie das Vermögen, sich selbstständig neue Kenntnisse und Fertigkeiten anzueignen und dabei Lerntechniken zu nutzen (vgl. Geppert 2005a, 37). Die Methoden- und Lernkompetenz zeigt sich u.a. in folgenden Verhaltens- bzw. Handlungsweisen:

- Den Lern- und Pflegealltag mit Eigeninitiative und Kreativität gestalten.
- Geeignete Methoden und Instrumente der Pflege- und Bezugswissenschaften kennen, auswählen, einsetzen und auswerten.
- Die Pflegeprozessplanung methoden- und theoriegeleitet durchführen.
- Eigene Denk- und Lernprozesse reflektieren.
- Arbeitsverfahren und Lösungsstrategien zielgerichtet und planmäßig anwenden und weiterentwickeln.
- Geeignete Methoden zur Erschließung von Fachwissen anwenden (Lesetechniken, Erstellen von Exzerpten etc.).
- Allgemein anerkannte Methoden (der Präsentation, der Moderation, des Zitierens etc.) für die mündliche und schriftliche Darstellung und zur Bearbeitung von Erkenntnissen pflegefachlicher Themen, von Ergebnissen und Argumenten anwenden.
- Sachverhalte und Zusammenhänge selbstständig und/oder gemeinsam mit anderen verstehen, auswerten und in die eigenen gedanklichen Strukturen einordnen.
- Unterschiedliche Lernwege und Denkstrukturen wahrnehmen und akzeptieren.
- Lerntechniken und Lernstrategien entwickeln und nutzen.
- Arbeits- und Lernpläne z.B. zur Lernprozessplanung und Prüfungsvorbereitung erstellen und umsetzen.

(vgl. u.a. Geppert 2005a, 37; Kerngruppe Curriculum 2006, 88)

8 Lernort Schule und Lernort Praxis

(Monika Kneer)

Wie in anderen dualen Berufsausbildungen wird auch bei der Pflegeausbildung von zwei Lernorten gesprochen, dem Lernort Schule und dem Lernort Praxis. Das Konzept des problembasierten Lernens (PBL) nennt noch den so genannten dritten Lernort, das Skills-Lab oder die pflegerische Lernwerkstatt. Hier üben die Auszubildenden ihre praktischen Fertigkeiten ein, und es wird möglich, das Lernen über Transferleistungen wirksam zu machen (vgl. Radke 2008, 144).

In diesem Kapitel geht es um die Lernorte Schule und Praxis und die sich darauf beziehenden Besonderheiten an der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik.

8.1 Organisation der generalistischen Pflegeausbildung

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) sind die Mindestanforderungen an die Ausbildung und das Vorgehen bei der staatlichen Prüfung geregelt. Die Gesamtverantwortung für die Pflegeausbildung trägt die Schule. Sie hat die Aufgabe, die Ausbildung entsprechend dem Ausbildungsziel zu organisieren und zu koordinieren. Dies betrifft den theoretischen und praktischen Unterricht sowie die praktische Ausbildung (§4 Abs. 5 KrPflG). Die Gesamtstundenzahl der Ausbildung beträgt mindestens 4600 Stunden (§1 KrPflAPrV). Für den theoretischen und praktischen Unterricht ist eine Mindeststundenzahl von 2100 Stunden und für die praktische Ausbildung von 2500 Stunden vorgeschrieben (§1 KrPflAPrV). Auch die Verträge und weiteren Vereinbarungen, die Pflichten des Auszubildenden und des Ausbilders, die Vergütung sowie Beginn und Beendigung des Ausbildungsverhältnisses sind im Krankenpflegegesetz geregelt (§§9-18 KrPflG).

Die Stundenzahl des theoretischen und praktischen Unterrichts in der generalistischen Pflegeausbildung an der FKS beträgt 2390 Stunden. Die inhaltliche Gliederung erfolgt anhand der 12 Themenbereiche (Anlage 1A KrPflAPrV):

- TB 1 Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten
 - TB 2 Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten
 - TB 3 Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten
 - TB 4 Bei der Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten mitwirken und diese in das Pflegehandeln integrieren
 - TB 5 Pflegehandeln personenbezogen ausrichten
 - TB 6 Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten
 - TB 7 Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten
 - TB 8 Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken
 - TB 9 Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes einleiten
 - TB 10 Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen
 - TB 11 Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen
 - TB 12 In Gruppen und Teams zusammenarbeiten
- (Anlage 1 A KrPflAPrV)

Die Inhalte der Themenbereiche ergeben sich aus folgenden Wissensgrundlagen:

1. Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften	950 Stunden
2. Pflegerelevante Kenntnisse der Naturwissenschaften und der Medizin	500 Stunden
3. Pflegerelevante Kenntnisse der Geistes- und Sozialwissenschaften	300 Stunden
4. Pflegerelevante Kenntnisse aus Recht, Politik und Wirtschaft	150 Stunden
<u>Zur Verteilung</u>	<u>200 Stunden</u>
Stundenzahl insgesamt	2100 Stunden

(Anlage 1 A zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV)

Die Zuordnung zu den Wissensgrundlagen und Themenbereichen der KrPflAPrV im generalistischen Curriculum der FKS erfolgt in der Beschreibung der Curriculumelemente. Eine Übersichtstabelle findet sich im Anhang (siehe Anhang 5/6). Eine zeitliche Reihenfolge innerhalb der Themenbereiche wurde im Gesetz nicht festgelegt und bleibt jeder Schule selbst überlassen.

Die praktische Ausbildung findet an einem oder mehreren Krankenhäusern, ambulanten Pflegeeinrichtungen und sonstigen geeigneten stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen statt (§ 4 Abs. 2 KrPflG). Sie erfolgt in präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Bereichen (Anlage 1 B KrPflAPrV). Die für die praktische Ausbildung vorgesehenen 2500 Stunden verteilen sich laut Gesetz wie folgt:

I. Allgemeiner Bereich:

Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der stationären Versorgung in verschiedenen Fachgebieten	800 Stunden
Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der ambulanten Versorgung in verschiedenen Fachgebieten	500 Stunden

II. Differenzierungsbereich:

Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege: Stationäre Pflege in verschiedenen Fachgebieten	700 Stunden
---	-------------

III. Zur Verteilung auf die Bereiche I. und II.	500 Stunden
--	--------------------

Stundenzahl insgesamt	2100 Stunden
------------------------------	---------------------

(Anlage 1 B KrPflAPrV)

In der generalistischen Pflegeausbildung an der FKS stehen für die praktische Ausbildung annähernd 3000 Stunden zur Verfügung, die sich auf die o.g. Bereiche verteilen. Eine genaue Aufstellung der Kooperationspartner im Rahmen der praktischen Ausbildung findet sich in Kapitel 8.3.1.

Mithilfe der Praxisanleitung, die durch berufserfahrene Pflegefachkräfte mit einer 200-stündigen berufspädagogischen Zusatzqualifikation erfolgt, sollen die Schülerinnen schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben herangeführt und die Theorie-Praxis-Verknüpfung gewährleistet werden (§ 2 Abs. 2 KrPflAPrV). Die Einrichtungen stellen die Praxisanleitung durch die genannten Fachkräfte sicher (§ 4 Abs. 5 Satz 3 KrPflG). Die Zahl der Fachkräfte für die Praxisanleitung ist mit der Formulierung „angemessenes Verhältnis zwischen Zahl der Schülerinnen und Schüler zu der Zahl der Praxisanleiterinnen und –anleiter ...“ (§ 2 Abs. 2 KrPflAPrV) nicht genauer präzisiert. Dielmann (2004) geht davon aus, dass zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Anleitung pro Einsatzbereich (z.B. Pflegegruppe) mindestens eine qualifizierte Fachkraft zur Verfügung stehen müsse (vgl. Dielmann 2004, 149).

8.1.1 Anforderungen an die Schule

Wie bereits erwähnt, wurde die Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination der Ausbildung auf die Schule übertragen. Die Schulen müssen staatlich anerkannt und an Krankenhäusern (an-)gebunden sein (§ 4 Abs. 2 und 5 KrPflG). Damit nimmt der Gesetzgeber auf die vergangenen Entwicklungen Rücksicht, „in denen immer mehr Krankenhäuser gemeinsam eine Schule betreiben und trägerübergreifende Verbünde gebildet werden“ (Dielmann 2004, 95).

Im Krankenpflegegesetz von 2003 sind erstmals die Mindestanforderungen, die an eine staatlich anerkannte Schule gestellt werden, wie folgt geregelt: Für die hauptberufliche Leitung der Schule wird eine „entsprechend qualifizierte Fachkraft mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung verlangt“ (§ 4 Abs. 3, Nr. 1 KrPflG). Über die konkrete Qualifikation und die Art des Hochschulabschlusses wird im Gesetzestext nichts ausgesagt. Für die Lehrkräfte hingegen wird eine pädagogische Qualifikation mit entsprechendem Hochschulabschluss gefordert. Die Regelung des Hochschulabschlusses (Universität oder Fachhochschule) bleibt den Ländern überlassen (vgl. Dielmann 2004, 96 ff.). Mit Aufnahme dieser Regelung wurde das bis dahin bestehende Qualitätsdefizit in der Lehrerbildung – im Vergleich zum Dualen System oder den Berufsfachschulen, wo alle Lehrkräfte ein entsprechendes Lehramtsstudium Sekundarstufe II vorweisen müssen – behoben (vgl. Dielmann 1999, 19). Damit die Schule eine staatliche Anerkennung erhält, muss die Zahl von entsprechend qualifizierten Lehrkräften und Ausbildungsplätzen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Da dieses Verhältnis im Gesetzestext offen bleibt, befürwortet Dielmann (2004) eine Orientierung am europäischen Übereinkommen von 1972, in dem ein Verhältnis von 1:15 empfohlen werde (vgl. Dielmann 2004, 97).

Während die praktischen Ausbildungseinrichtungen für die Praxisanleitung zuständig sind, ergeht an die Schule der Auftrag, die Praxisbegleitung sicherzustellen (§4 Abs. 5 Satz 2 KrPflG). In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege wird diese Vorgabe jedoch nur zum Teil konkretisiert:

Die Schulen stellen die Praxisbegleitung der Schülerinnen und Schüler in den Einrichtungen der praktischen Ausbildung nach §4 Abs. 5 Satz 2 des Krankenpflegegesetzes sicher. Aufgabe der Lehrkräfte der Schulen ist es, die Schülerinnen und Schüler in den Einrichtungen zu betreuen und die für die Praxisanleitung zuständigen Fachkräfte zu beraten. Dies ist auch durch regelmäßige Anwesenheit in den Einrichtungen zu gewährleisten (§2 Abs. 3 KrPflAPrV).

Die konkrete Umsetzung dieser Vorgaben an der Freien Krankenpflegeschule wird im Kapitel 8.3 beschrieben.

8.1.2 Status der Pflegenden in Ausbildung

Die Pflegenden in Ausbildung sind bei der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik angestellt. Das Ausbildungsverhältnis wird mit einem Ausbildungsvertrag geregelt. Vor Aufnahme des Modellprojekts waren die Pflegenden in Ausbildung nicht auf dem Stellenplan der Filderklinik angerechnet. Sie galten als Lernende und nicht primär als Arbeitskräfte. Daher wurden sie zusätzlich auf dem Dienstplan des jeweiligen Einsatzortes geführt. Durch eine neue Kooperationsvereinbarung mit der Filderklinik aus dem Jahre 2009 hat sich dies dahingehend verändert, dass die Schülerinnen und Schüler jetzt entsprechend den Regelungen des §17a KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) auf dem Stellenplan der Filderklinik anteilig angerechnet sind. Die Anrechnung erfolgt, anders als in den gesetzlichen Bestimmungen benannt, in einem Verhältnis von 11,5 Auszubildenden zu einer examinierten Pflegekraft. Mit dieser Regelung wird den Besonderheiten der anthroposophischen Pflegeausbildung Rechnung getragen (§ 1 Abs. 4b Kooperationsvertrag). In diesem Kooperationsvertrag sind alle wichtigen Details zur praktischen Ausbildung in der Filderklinik geregelt. Ein Auszug aus dem Kooperationsvertrag erläutert, welche Vereinbarungen getroffen wurden:

Gemeinsames Ziel der Filderklinik und der Freien Krankenpflegeschule ist es, Menschen im Pflegeberuf auszubilden und diese auf ihrem Weg der fachlichen und persönlichen Entwicklung zu unterstützen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, anthroposophisch orientierte Pflege in der Filderklinik und an anderen Institutionen durch eine entsprechende Qualifizierung von Nachwuchs zu fördern.

Die Kooperationspartner betrachten eine auf hohem fachlichen Niveau durchgeführte Ausbildung in der Pflege als ihre gemeinsame Aufgabe. Sie arbeiten in gegenseitiger Ergänzung und Verantwortung zusammen und verpflichten sich, in allen auftretenden Fragen und Problemen einvernehmliche Lösungen zu finden. (Präambel Abs. 2 und 3, Kooperationsvertrag)

Die Filderklinik trägt in Abstimmung mit der FKS dafür Sorge, dass die Pflegenden in Ausbildung in den Pflege- und Funktionsbereichen der Filderklinik auf Basis des Krankenpflegegesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ausgebildet werden.

Die Filderklinik ist gemeinsam mit der FKS dafür verantwortlich, dass die praktische Ausbildung auf hohem fachlichen Niveau durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte an der Filderklinik durchgeführt wird. Näheres regelt das „Konzept zur praktischen Ausbildung in der Pflege an der Filderklinik“, welches in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Kooperationsvertrages ist.

Die für die praktische Ausbildung notwendige Einsatzplanung der Pflegenden in Ausbildung für die Abteilungen der Filderklinik wird durch die FKS unter Berücksichtigung der Belange der Filderklinik in Abstimmung mit der Pflegedienstleitung vorgenommen. (§1 Abs. 2 a-c, Kooperationsvertrag)

Dieser Kooperationsvertrag wurde auf der Basis der Selbstverwaltungsebene abgeschlossen. Das heißt, die Schule ist rechtlich und wirtschaftlich selbstständig und kann die Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) selbst verwalten. Die Finanzierungsvereinbarung zwischen Schule und Klinik ist auch Gegenstand des genannten Vertrags (§ 2 Kooperationsvertrag).

8.2 Generalistische Pflegeausbildung am Lernort Schule

Nachfolgend ist der Rahmenplan für die dreijährige Ausbildung abgebildet:

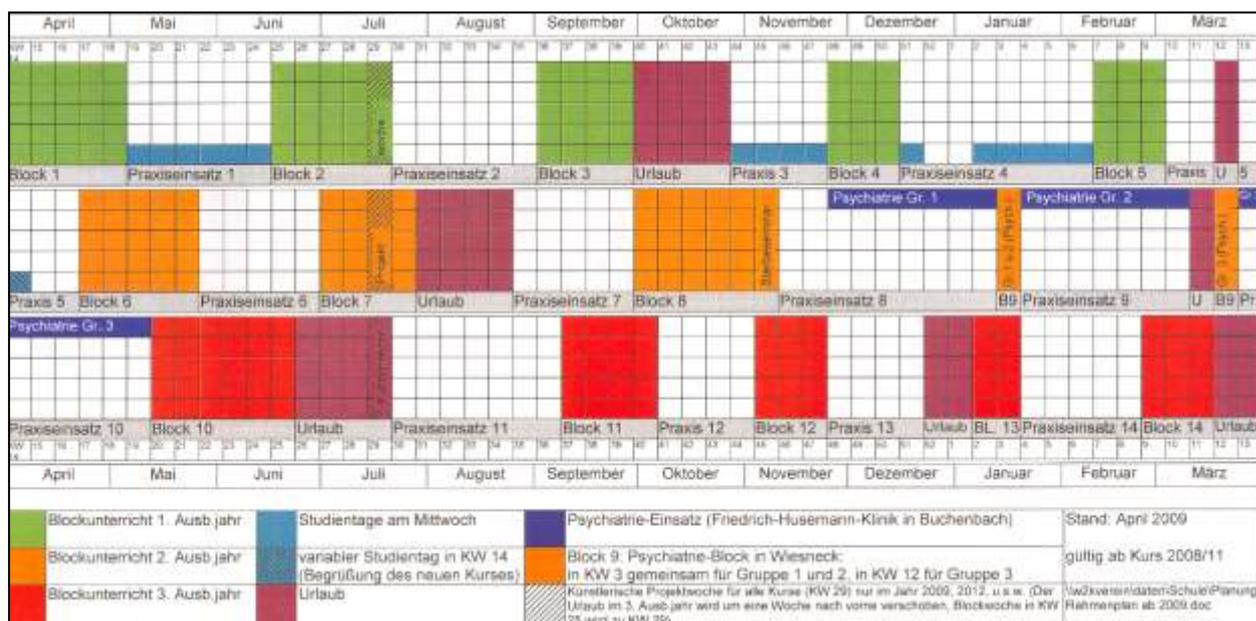


Abb.5: Rahmenplan für die generalistische Pflegeausbildung (Eigene Darstellung 2009)

Die Organisation der theoretischen Ausbildung erfolgt überwiegend im Blockunterricht. Nur im ersten Ausbildungsjahr sind einmal pro Woche (jeden Mittwoch) Studientage vorgesehen. Eine Unterrichtswoche umfasst 43,3 Unterrichtsstunden. Der Rahmenplan findet sich auch im Anhang (siehe Anhang 2).

Grundlage für die kontinuierliche Planung der theoretischen Ausbildung ist die Dreijahresplanung. Die Lernsituationen sind in der Regel einem bestimmten Unterrichtsblock zugeordnet. Die Module oder Epochen hingegen erstrecken sich teilweise über die gesamte Ausbildungsdauer. Zudem erfolgt der Unterricht im ersten Ausbildungsjahr auch an den wöchentlichen Studientagen, sodass sich dadurch automatisch eine Verteilung über einen längeren Zeitraum ergibt. Die Studientage fördern sowohl den kontinuierlichen Lernprozess der Pflegenden in Ausbildung als auch das Zusammenwachsen der Lerngruppe. Zusätzlich unterstützen sie die Kontinuität des künstlerischen Unterrichts, da eine längere Unterbrechung durch mehrere Praxiseinsatzwochen für den künstlerischen Prozess nicht förderlich ist.

Aufgrund der Komplexität der Dreijahresplanung ist eine Kontinuität bei der Stunden- und Blockplanung wichtig. Eine Lehrkraft ist mit der Planung der Blöcke und Unterrichtstage anhand der Dreijahresplanung beauftragt. Die entsprechende Lehrkraft gibt in den Blockkonferenzen einen Überblick über die geplanten Blöcke und bespricht anstehende Leistungsnachweise, Besonderheiten des Blocks und der Unterrichtsgestaltung. Dabei sind die internen Evaluationen der vorangegangenen Blöcke als Grundlage für mögliche Veränderungen in der Blockplanung wesentlich. In der Regel sind diejenigen aus dem Schulkollegium, die für das entsprechende Curriculelement zuständig sind, Ansprechpartner für die Planung der Stunden und die Vergabe der einzelnen Themen an externe Dozenten. Aufgrund der starren Vorgaben aus der Dreijahresplanung können in der Stunden- und Blockplanung dann Probleme entstehen, wenn ein geplanter Dozent wegen Krankheit oder sonstigen Schwierigkeiten ausfällt. In diesem Fall ist eine Verschiebung notwendig und die Dreijahresplanung muss unter großem planerischem und zeitlichem Aufwand abgeändert werden.

8.2.1 Die Rolle der Lehrenden

Im Rahmen des Modellversuchs: „Pflege – Leben: Eine generalistische Pflegeausbildung“ wurde das Schulcurriculum auf den Lernfeldansatz umgestellt und damit neben dem berufsfachlichen auch der berufspädagogische Paradigmenwechsel eingeleitet.

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. (BMFSFJ 2008, 26)

Aus diesem Zitat werden die Anforderungen und die Herausforderung deutlich, die sich in einem Modellprojekt an alle Beteiligten ergeben. Die Erfahrungen, die andere Modellprojekte mit dieser Herausforderung machen, kann die FKS weitestgehend teilen. Die wichtigsten Aspekte hierbei sind:

- Umstellung auf selbstorganisierte und handlungsorientierte Unterrichtsmethoden
- Ausrichtung der Unterrichtskonzeptionen an dem Konzept der vollständigen Handlung
- Umsetzung der Situationsorientierung im Unterricht
- Zeitnahe Bearbeitung von Themenkomplexen und die damit einhergehende höhere Zahl an zusammenhängenden Unterrichtsstunden pro Woche
- Integration der Inhalte der drei Pflegeberufe
- Erweiterung des Pflegebegriffs auf gesundheitsfördernde, rehabilitative und palliative Anteile

Dank der Drittmittelförderung durch die genannten Stiftungen konnten für das gesamte Schulkollegium einige Angebote an unterstützender Fortbildung gemacht werden. Folgende Fortbildungsangebote zur berufspädagogischen Fortbildung wurden wahrgenommen:

Für das gesamte Kollegium:

- Curriculumtheorien und Curriculumentwicklung
- Lernfeldansatz
- Kompetenzorientierung und Kompetenzmodell
- Entwicklung von Lernsituationen und vollständige Handlung
- Problembasiertes Lernen (3tägiger Grundkurs)
- Didaktische Jahresplanung anhand der entwicklungslogischen Struktur (Rauner 2007)
- Erwachsenenbildung als Willenserweckung
- Unterrichtsevaluation
- Bolognaprozess in der Pflege und Zukunft der Pflegeausbildung in Deutschland
- Lernberatung

Einzelfortbildungen:

- Situationen verstehen und mit Fällen arbeiten
- Selbstorganisiertes Lernen
- Praxisanleitung als Kompetenzförderung

Die Inhalte der aufgeführten Fortbildungen müssen nach der Projektlaufzeit weiter vertieft und gefestigt werden. Vor allem im Bereich Unterrichtsentwicklung sind bisher zwar erste Schritte getan, die bei der Weiterentwicklung des Curriculums noch intensiviert werden müssen. So ist es beispielsweise unabdingbar, im Bereich von selbstorganisierten Lernmethoden, problembasiertem Unterricht und situationsorientiertem Lernen die Kompetenzen von Lehrern und Schülern weiter auszubauen. In diesem Zusammenhang kann die Auseinandersetzung mit und die Orientierung an einem fachdidaktischen Modell bei der Entwicklung und Umsetzung von Lernsituationen eine Hilfe sein. Dies konnte bisher aufgrund der genannten Rahmenbedingungen nicht verwirklicht werden. Weiterhin ist es der Schule ein Anliegen, das entwickelte Kompetenzmodell verstärkt in die theoretische und praktische Ausbildung einzubinden. Dazu gehören die Entwicklung von kompetenzorientierten Prüfungsformen, eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Kompetenzbegriff und seiner Relevanz für die Unterrichtsvorbereitung.

Zur Erweiterung der berufsfachlichen Kompetenz sind alle Mitglieder des Schulkollegiums aufgefordert, den eigenen Fortbildungsbedarf kontinuierlich selbst einzuschätzen. Auffallend ist, dass das Lehrerkollegium während der Projektlaufzeit ausschließlich die Fortbildungsangebote auswählte, die das eigene Fachgebiet betreffen. Es wurden Fortbildungen besucht, die den erweiterten Pflegebegriff abbilden (z.B. Palliativpflege, Gesundheitsförderung usw.). Allerdings wurden keine Fortbildungsangebote wahrgenommen, die dem Einzelnen eher eine Erweiterung der fachlichen Kompetenz hinsichtlich der drei Pflegeberufe ermöglicht hätten. Vor diesem Hintergrund ist es im weiteren Verlauf der Schulentwicklung sicher notwendig, den Fortbildungsbedarf des Lehrerkollegiums, aber auch der PraxisanleiterInnen, im berufspädagogischen und berufsfachlichen Bereich genauer zu analysieren.

8.2.2 Ausbildungsbegleiter

Eine Besonderheit in der Schulorganisation ist, dass es kein Kursleitersystem, sondern ein Ausbildungsbegleitersystem gibt. Dies bedeutet, dass alle Lehrenden der Schule eine bestimmte Anzahl an Pflegenden in Ausbildung, und zwar aus allen drei Ausbildungskursen, über den gesamten Ausbildungsverlauf hinweg begleiten und unterstützen. Die Pflegenden in Ausbildung wählen sich „ihren“ Ausbildungsbegleiter anhand der eigenen Anforderungen und Bedürfnisse in Bezug auf die Begleitung aus. Die Aufgabe des Ausbildungsbegleiters ist es, den individuellen Lernweg in der Regel über die gesamte Ausbildungszeit hinweg zu begleiten. Darüber hinaus ergeben sich neben den schülerbezogenen administrativen Aufgaben, das Führen von Lernstandsgesprächen, regelmäßige Praxisbesuche nach Bedarf, Lernberatung, Beratung und Unterstützung in besonderen Situationen wie Krisensituationen oder Krankheitsphasen.

Die Entscheidung für ein Ausbildungsbegleitersystem wurde aus dem Konzept der Erwachsenenbildung nach van Houten (1999) abgeleitet (siehe Kapitel 5.4) und begründet sich zudem auch mit der anthroposophischen Ausrichtung der Schule (siehe Kapitel 6).

8.3 Generalistische Ausbildung am Lernort Praxis

Das Ziel der praktischen Ausbildung ist, die Entwicklung von für den Beruf wichtigen und notwendigen Problemlösungsstrategien zu ermöglichen und zu unterstützen. Um diese nutzen zu können müssen die Pflegenden in Ausbildung die Strategien zunächst kennen lernen und dann in der Lage sein, geeignete auszuwählen (vgl. Müller 2008, 34). Der Kompetenzerwerb für komplexe und individuelle Pflegesituationen steht damit im Mittelpunkt der praktischen Ausbildung.

Die praktische Pflegeausbildung konnte im Rahmen des Modellprojekts „PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“ deutlich weiterentwickelt und das Angebot auf eine Vielzahl an Kooperationspartnern erweitert werden. Die wichtigste Veränderung ergab sich durch die besondere Finanzierung in der Filderklinik. Hierdurch konnten erstmals hauptamtliche Praxisanleiterinnen angestellt, eine umfassende Struktur für die Praxisanleitung geschaffen und somit die Theorie-Praxisvernetzung an der Freien Krankenpflegeschule deutlich verbessert werden. Die nachfolgende Abbildung (Abb. 6) gibt einen Überblick über die Elemente der praktischen Ausbildung, welche die Theorie-Praxisvernetzung unterstützen und zu ihrer Verbesserung beitragen sollen. Die jeweiligen Elemente werden im Weiteren beschrieben.

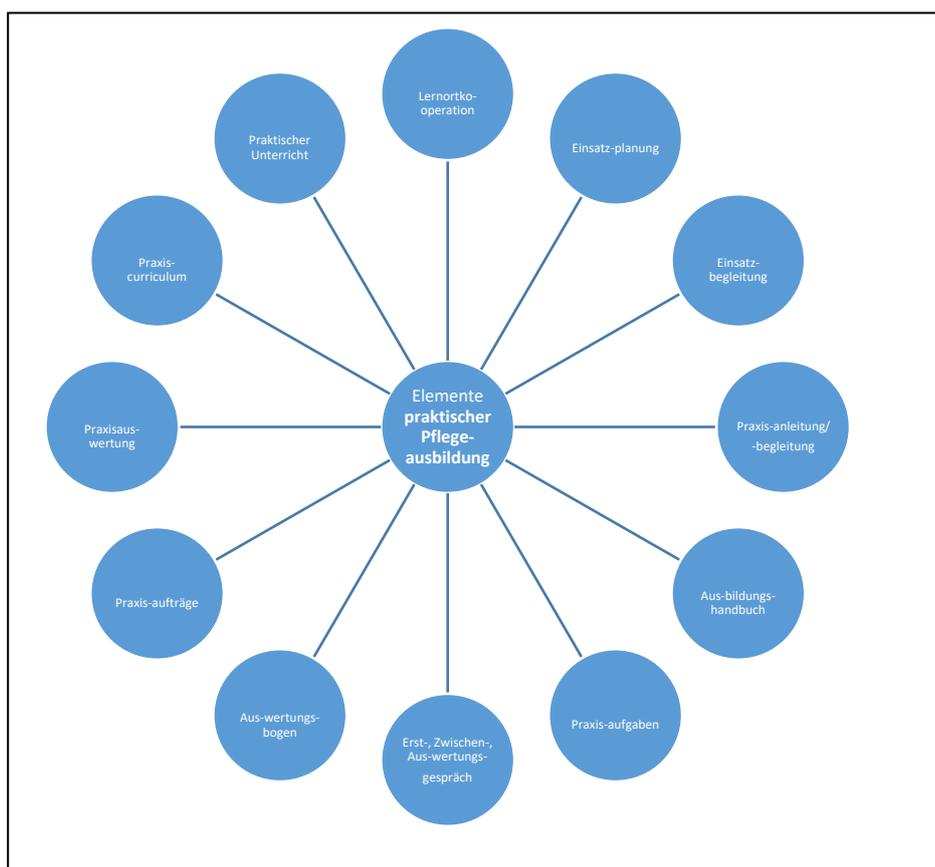


Abb. 6: Elemente der praktischen Pflegeausbildung (Eigene Darstellung 2009)

Der praktische Unterricht, der hier zu den Elementen der praktischen Ausbildung gezählt wird, ist laut Krankenpflegegesetz Teil der theoretischen Ausbildung. Im Mittelpunkt des erfahrungsbezogenen Unterrichts stehen praktische Übungen, die mit den jeweiligen Unterrichtsthemen verknüpft sind. Der Unterricht wird von den Lehrenden in Zusammenarbeit mit den beiden Praxisanleitern der Schule vorbereitet und durchgeführt. Die Auszubildenden haben darüber hinaus jederzeit die Möglichkeit, die praktischen Anteile der Ausbildung außerhalb der regulären Unterrichtszeit selbstständig zu üben.

8.3.1 Theorie-Praxisvernetzung in der generalistischen Pflegeausbildung

Bei der Theorie-Praxisvernetzung kommt insbesondere der Lernortkooperation, d.h. der Vernetzung der Lernorte für die praktische Ausbildung und der Schule eine wichtige Bedeutung zu. Unter einem Lernort werden alle Orte verstanden, deren Ziel es ist, geplantes oder auch beiläufiges Lernen zu ermöglichen. Es handelt sich um Bildungseinrichtungen, um weitere Institutionen und Situationen, in denen sowohl zum theoretischen als auch praktischen Lernen angeregt wird (vgl. Köck/Ott 1994 in BMFSFJ 2008, 108).

Im Modellprojekt „PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“ konnte die Theorie-Praxisvernetzung an der Freien Krankenpflegeschule deutlich verbessert werden. Ein wesentlicher Aspekt hierbei war die Intensivierung der Praxisanleitung in der Filderklinik und der kontinuierliche Austausch der Schule mit den PraxisanleiterInnen der Klinik, z.B. bei den regelmäßigen Konferenzen für praktische Ausbildung.

Lernortkooperation

Damit durch die Unterschiede zwischen den beiden Lernorten Schule und Praxiseinrichtung kein Theorie-Praxis-Konflikt hervorgerufen wird, ist eine gute Verzahnung und Kooperation der beiden Lernorte notwendig. Hierbei stellt sich die Frage, „...ob und gegebenenfalls wie sich die Lernorte Schule und Praxis aktuell darüber verständigen, was sie unter Pflegekompetenz verstehen und auf welchem Wege diese auszubilden (ist)“ (Radke 2008, 127). Da beide Bereiche von den Organisationsstrukturen her unterschiedlich sind und auch nicht die identischen Ziele verfolgen, ist es umso wichtiger, dass die Pflegenden in Ausbildung beide Bereiche als gut verknüpft erleben (vgl. Radke 2008, 127). Um dies zu gewährleisten, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- gute allgemeine und fachliche Begleitung
- funktionierendes Bezugspersonensystem in allen praktischen Einsatzbereichen
- enge Kooperation von Bezugspersonen und Pflegenden in Ausbildung in Bezug auf die Planung und die Reflexion des praktischen Einsatzes
- Frei- und Zeiträume für individuelle Gespräche mit der Bezugsperson während des Praxiseinsatzes
- strukturiertes Vorgehen, organisatorisches Geschick und Motivation für eine qualitativ hochwertige Ausbildung durch die Verantwortlichen

(vgl. Koepe 2008, 7)

Zur Umsetzung dieser Bedingungen erarbeitete die Freie Krankenpflegeschule in Absprache mit der Filderklinik die Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung. Mit dem neuen Kooperationsvertrag von 2009 ist eine Anrechnung der Pflegenden in Ausbildung auf den Stellenplan der Filderklinik erfolgt. Mit dem „Konzept zur praktischen Ausbildung in der Pflege an der Filderklinik“ (FKS 2009) wurden in den Kooperationsvertrag auch konkrete Vereinbarungen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung aufgenommen. Laut diesem Konzept sind die Aufgaben und Verantwortlichkeiten wie folgt aufgeteilt:

- Praxisanleiter/innen mit der entsprechenden Weiterbildung koordinieren die Ausbildung. Sie entwickeln die Strukturen der Ausbildung in den Einsatzbereichen.
- Einsatzbegleiter/innen sorgen für Kontinuität während des gesamten Einsatzes.
- Schichtbegleiter/innen tragen im aktuellen Tagesablauf die Verantwortung für die jeweils zugeordneten Auszubildenden

(vgl. FKS 2009, 1)

Zur Verbesserung der Qualität der praktischen Ausbildung wurde im Jahr 2007 für den Bereich Praxisanleitung an der Schule eine Vollzeitstelle geschaffen. Die Praxisanleiter der Schule,

derzeit zwei Personen zu je 50%, sind für die konzeptionelle Entwicklung der praktischen Ausbildung verantwortlich.

Ein weiterer Schritt zur Qualitätsverbesserung und zur Sicherung des o.g. Konzepts war die Entscheidung der Schule, die Freistellung der Praxisanleitung in der Filderklinik vor Ort zu finanzieren und gemeinsam mit der Klinik zu implementieren. Ein Auszug aus dem Konzept macht die Umsetzung dieser Idee deutlich:

Vor dem Hintergrund der Verantwortung für die Regelung und Sicherung der praktischen Ausbildung stellt die Filderklinik zusätzlich jeweils eine(n) fachkompetente(n) PraxisanleiterIn für die besonders arbeitsintensiven Bereiche Innere Medizin, Chirurgie, zu je 50 Prozent für die Aufgabe der klinischen Anleitung frei. Für die Bereiche Onkologie und ZA (zentrale Aufnahme) zusammen ebenfalls 50 Prozent Freistellung für Praxisanleitung gewährt.

Stationsübergreifend haben diese die Aufgabe, gezielte Anleitungen in realen Praxissituationen zu planen, durchzuführen, zu reflektieren und zu dokumentieren. Sie legen in Absprache mit den EinsatzbegleiterInnen und in Abstimmung mit den PraxisanleiterInnen der Freien Krankenpflegeschule die Termine für Praxisanleitungen fest.

Besonders authentisch kann die Arbeit der freigestellten Praxisanleiter dadurch bleiben, dass sie selbst im Rahmen ihrer Anstellung als Gesundheits- und KrankenpflegerInnen regelmäßig Arbeit am Krankenbett leisten. Dadurch sind sie fachlich und organisatorisch auf einem aktuellen Stand. Die Einsatzbereiche im Überblick:

Abteilung	Klinische Anleitung
Erwachsenen-Psychosomatik	im Arbeitsablauf integriert
Jugendpsychosomatik	
Kreißsaal, Wöchnerinnen (Schwerpunkt Stillberatung)	
Neonatologie	
Pädiatrie	
Gynäkologie	
OP/Anästhesie	
Intensivstation	
Anrechnung integrierte Leistung (Anleitung, Einsatzbegleitung, Schichtbegleitung)	
Innere Medizin	0,5 Stellen
Chirurgie	0,5 Stellen
Zentrale Aufnahme (ZA)	0,2 Stellen
Onkologie	0,3 Stellen
Summe	2,3 Stellen

(FKS 2009, 3)

Die beiden Praxisanleiter der Schule unterstützen und beraten die Praxisanleiterinnen der Filderklinik bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und führen v.a. in den externen Kooperationseinrichtungen Praxisanleitungen und –begleitungen durch.

Sie übernehmen Koordinationsaufgaben, organisieren und leiten die Konferenz für praktische Ausbildung, die einmal pro Monat an der Schule stattfindet. Hierzu lädt die Schule auch die Praxisanleiter der externen Kooperationspartner ein, soweit diese räumlich in der Nähe und an einer Teilnahme interessiert sind.

Kooperationsverbund – Übersicht über die Kooperationspartner

Die Filderklinik ist für die Pflegeausbildung an der FKS der wichtigste Kooperationspartner. Zur Sicherung des generalistischen Kompetenzprofils in der praktischen Ausbildung war es entscheidend, weitere Kooperationspartner zu finden. So sorgen zusätzlich zur Filderklinik 28 Einrichtungen für ein umfangreiches Ausbildungsangebot:

Stationäre Akutpflege in der Gesundheits- und Krankenpflege

- Filderklinik (alle Pflegegruppen, OP/Anästhesie, Röntgen, Endoskopie, Entbindung)
- Paracelsus-Krankenhaus, Bad Liebenzell/Unterlengenhardt (Innere Medizin)

Stationäre Altenhilfe

- Haus am Fleinsbach, Filderstadt-Bernhausen
- Haus Morgenstern, Stuttgart
- Nikolaus-Cusanus-Haus, Stuttgart-Birkach

Kinder- und Jugendmedizin

- Filderklinik (alle Pflegegruppen und Abteilungen der Kinder- und Jugendmedizin))
- Kinderklinik Esslingen
- Klinikum Stuttgart - Olgahospital
- Therapeuticum Raphaelhaus, Stuttgart

Rehabilitation

- Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
- SRH Klinikum, Karlsbad-Langensteinbach
- Rehabilitationsklinik, Bad Sebastiansweiler
- Geriatrische Rehabilitation – Aerpah-Klinik Esslingen

Psychiatrie

- Friedrich-Husemann Klinik, Buchenbach/Freiburg i.Br.
- Klinikum Stuttgart - Bürgerhospital (Klinik für Suchtmedizin)
- Hilde und Eugen Krempel Haus, Stuttgart (Gerontopsychiatrie)

Ambulante Pflege in der Altenpflege und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

- Diakoniestation Aich-Erms-Neckartal
- Diakoniestation auf den Fildern (Filderstadt und Leinfelden-Echterdingen)
- Diakoniestation Stuttgart-Filder, Plieningen/Birkach
- Häusliche Kinderkrankenpflege Stuttgart
- Dialyse Filderstadt

Palliativ- und Hospizpflege

- Hospiz Stuttgart
- Hospiz St. Martin, Stuttgart-Degerloch
- Gemeinschaftshospiz Christophorus, Berlin
- Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin
- Klinik Öschelbronn, Niefern-Öschelbronn

Ambulante Hilfe und Beratung

- Vesperkirche, Stuttgart
- Betriebsmedizinischer Dienst, Mahle GmbH, Stuttgart
- Chirurgische und Innere Ambulanz, Filderklinik
- Physiotherapie, Filderklinik
- Pro Familia, Stuttgart
- Beratungsstelle für Suchtfragen, Klinikum Stuttgart – Bürgerhospital

Mit allen Kooperationspartnern wurde ein Kooperationsvertrag abgeschlossen, der die Details der Zusammenarbeit (Anzahl der Auszubildenden pro Jahr, Haftpflichtversicherung, gegenseitige Rechte und Pflichten, ggf. Unterbringung der Auszubildenden während eines Praxiseinsatzes) festlegt. Die Einrichtungen wurden nach ihrem speziellen Angebot für die generalistische Pflegeausbildung ausgewählt. Zudem spielte das Vorhandensein von Praxisanleitern sowie die Gewährleistung einer kontinuierlichen Einsatzbegleitung eine Rolle.

Die Lernortkooperation stellt insbesondere bei denjenigen Einrichtungen eine besondere Herausforderung dar, die räumlich weiter entfernt sind. Ein wichtiges Instrument zur Kommunikation und Kooperation sind regelmäßige Konferenzen, in denen Informationen ausgetauscht und Anforderungen an die Einsätze transparent gemacht werden können. Im Rahmen des Modellprojekts hat aus zeitlichen Gründen leider nur eine große Fachtagung für alle Kooperationspartner stattgefunden. Eine weitere überregionale Tagung ist geplant. Die regionalen Kooperationspartner werden auf Wunsch und bei Interesse zu den monatlichen Konferenzen für praktische Ausbildung an die Schule eingeladen.

Die Kommunikation und Kooperation gestaltet sich mit denjenigen Einrichtungen schwierig, in denen die Pflegenden der jeweiligen Einsatzbereiche vor der Aufnahme der Kooperation nicht oder nicht ausreichend von der Pflegedirektion oder der zuständigen Pflegedienst-, Abteilungs- oder Hausleitung über die Kooperation im Grundsatz und den damit verbundenen Anforderungen an die Einsatzbereiche informiert wurden. Die FKS hat sich vorgenommen, im weiteren Verlauf der Curriculumimplementierung die Beratung und Praxisbegleitung im Hinblick auf die externen Kooperationspartner zu intensivieren. Eine Ausbildungsqualität auf hohem Niveau kann dennoch nur teilweise erreicht werden. Dies mag sicher teilweise an der räumlichen Entfernung liegen. Offensichtlich ist dies aber vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Schule kaum bzw. keinen Einfluss auf die Rahmenbedingungen oder die zur Verfügung stehenden Ressourcen der Verantwortlichen in den externen Kooperationseinrichtungen nehmen kann.

8.3.2 Praxisphasen im Ausbildungsverlauf

Die Planung der Praxiseinsätze erfolgt in der Schule. Eine Lehrerin ist zuständig für die Einsatzplanung aller drei Kurse. Vor Aufnahme des Modellprojekts war es üblich, dass die Einsatzplanung sehr individuell gestaltet war, je nach Entwicklungsweg der einzelnen Auszubildenden, den jeweiligen Vorerfahrungen und Wünschen. Aufgrund der Ausweitung der Kooperationspartner und der Bitte der Einsatzorte um möglichst frühzeitiger Planung, ist eine derart individuelle Einsatzplanung nicht mehr in diesem Maße umsetzbar. Es werden die genannten Gesichtspunkte so weit möglich berücksichtigt, doch die Wahlmöglichkeiten sind nur in einzelnen Bereichen möglich. Weiterhin steht die Ausbildungsrelevanz des Einsatzortes und nicht der mögliche Nützlichkeitsaspekt für die Pflegegruppe im Vordergrund der Planung.

Organisation und Gestaltung der Praxisphasen im Ausbildungsverlauf

Der gesamte Einsatzplan für die dreijährige Ausbildung erfolgt individuell für jeden Kurs und wird in fünf Planungszeiträume unterteilt:

- A. Praxiseinsatz 1-2: Probezeit
- B. Praxiseinsatz 3-5: Vollständigkeit des generalistischen Spektrums (bzgl. Lebensalter)
- C. Praxiseinsatz 6-7: Zeitraum für die praktische Zwischenprüfung
- D. Praxiseinsatz 8-10: Zeitraum der Außeneinsätze u.a. in der Psychiatrie
- E. Praxiseinsatz 11-13: Vorbereitung auf das Examen
- F. Praxiseinsatz 14: Examenseinsatz

Die ersten beiden Einsätze finden während der Probezeit statt und werden bereits vor Aufnahme der Ausbildung geplant. In der Regel ist die Verteilung der 20-22 Auszubildenden bereits ohne Namen an die Einsatzorte gemeldet. Sobald die Auszubildenden eine Einführung in die praktische Ausbildung im Rahmen des Unterrichts im Modul „M.II.1 Mit der Pflegeausbildung beginnen“ bekommen haben, werden die Vorerfahrungen der einzelnen Pflegenden in Ausbildung gesammelt und die Auszubildenden namentlich den Einsatzorten zugeordnet. So kann verhindert werden, dass Auszubildende in denselben Einsatzbereichen eingesetzt werden, in denen sie oft bis kurz vor Ausbildungsbeginn ein längeres Praktikum oder ein freiwilliges soziales Jahr (FSJ) absolviert haben.

So weit möglich wird darauf geachtet, dass alle Auszubildenden bis zum fünften Praxiseinsatz einen Einsatz in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, im Bereich der stationären Altenhilfe und im Akutbereich der Gesundheits- und Krankenpflege haben, sodass das generalistische Spektrum in Bezug auf die Lebensalter vollständig ist. Dies ist wegen der begrenzten Kapazitäten der Kooperationspartner nicht immer möglich. In diesem Fall wird versucht, diese Vorgabe möglichst zeitnah zu erreichen.

Der dritte Einsatzzeitraum ist geprägt von der praktischen Zwischenprüfung, die als Ausgangspunkt für eine Hausarbeit auch eine Bewertung des theoretischen Lernstandes beinhaltet. Die Zwischenprüfung wird überwiegend von den hauptamtlichen Praxisanleitern durchgeführt und so wird bei der Einsatzplanung darauf geachtet, dass die Auszubildenden in diesem Zeitraum mindestens einen Einsatz in der Filderklinik haben. Die Zwischenprüfung kann darüber hinaus auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder der stationären Altenhilfe erfolgen.

Der Unterricht zum Thema Schwangerschaft und Geburtshilfe ist im vierten Unterrichtsblock verortet, sodass ab dem vierten Praxiseinsatz auch der Einsatz in der Geburtshilfe und Wochenbettpflege möglich ist. Die Einsätze in der Ambulanz, der ambulanten Pflege sowie der Intensivpflege müssen für einige Auszubildenden bereits zu einem frühen Einsatzzeitraum (ab dem vierten Praxiseinsatz) geplant werden. Bei der Wahl der geeigneten Auszubildenden kommen wieder individuelle Kriterien zum Tragen (Vorerfahrungen, Lern- und Entwicklungsstand).

Der vierte Einsatzblock (Praxiseinsatz 8-10) ist vorwiegend geprägt von den Außeneinsätzen. Der Kurs wird in drei Gruppen zu je sechs bis acht Auszubildende eingeteilt. Die Gruppen gehen nacheinander für einen Zeitraum von sieben Wochen zum Psychatrieeinsatz in die Friedrich-Husemann-Klinik (Buchenbach/Freiburg i.Br.). In dieser Zeit sind häufig auch die Außeneinsätze in der Rehabilitationsklinik, der Palliativ- und Hospizpflege sowie der ambulanten Pflege geplant.

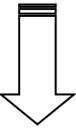
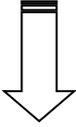
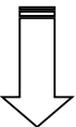
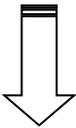
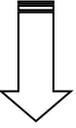
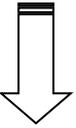
Im fünften Planungszeitraum (Praxiseinsätze 11-13) steht die Vorbereitung auf das Examen im Vordergrund. Für jeden Pflegenden in Ausbildung wird in einem der letzten beiden Einsätze vor dem Examen (Praxiseinsatz 12 oder 13) ein Probeexamen eingeplant, das in der Regel von einem Lehrenden der Schule zusammen mit einem Praxisanleiter durchgeführt wird.

Der letzte Praxiseinsatz ist der Examenseinsatz. Die Pflegenden in Ausbildung können sich den Einsatzort für den Prüfungseinsatz nach Abstimmung mit dem gesamten Kurs und je nach Kapazität der Praxisorte frei wählen. Im Sinne des generalistischen Prüfungskonzeptes kann die Examensprüfung auch in der stationären Altenhilfe, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder der Wochenbettpflege erfolgen (FKS 2010b, 3).

Jeder Praxiseinsatz ist in mehrere Phasen eingeteilt und sollte durch ein Erst-, ein Zwischen- sowie ein Auswertungsgespräch strukturiert und gestaltet werden. Ein erfolgreicher Einsatz ist gekennzeichnet durch eine sinnvolle Vorplanung, eine gute Struktur sowie einen hohen Lerngewinn. Die Auszubildenden ihrerseits können durch rechtzeitig eingeholte Informationen

über den Einsatzort und die Vorstellung bei den Pflegenden sowie eine offene, interessierte und konstruktive Grundhaltung wesentlich zum Gelingen eines Praxiseinsatzes beitragen.

Die folgende Übersicht macht deutlich, welche Schritte und Voraussetzungen im Rahmen der Lernortkooperation für eine erfolgreiche praktische Ausbildung ausschlaggebend sind.

	<p>Einsatzplanung → Erst- und Zwischengespräch auf der Basis eines differenzierten Kriterienkataloges; geplant und im Schülerdienstplan vermerkt.</p>
	<p>Lernzielkataloge → systematische Zusammenstellung der im jeweiligen Fachbereich/Einsatzgebiet zur Verfügung stehenden Lernangebote</p>
 	<p>Praxisanleitung → Anleitungstag: Der/Die Lernende organisiert (orientiert am aktuellen Ausbildungsstand und bezogen auf einen fest umrissenen Pflegebereich mit einer angemessenen Anzahl von Patienten) die Arbeitsabläufe einschließlich deren fachlich korrekter selbstständiger Durchführung. Die Anleitung ist verbunden mit einem vorbereiteten Arbeitsauftrag unter Einbezug von Pflegeprozessplanung und der zeitlichen Ressource für gezielte kritische Reflexion zum Arbeitshandeln während der Arbeitsprozesse sowie im Anschluss an die Anleitung. Die Anleitungstage werden langfristig geplant und im Schülerdienstplan vermerkt.</p> <p>→ Gezielte Anleitung zu einzelnen, fest umrissenen Pflorgetechniken; verbunden mit einem vorbereitenden Arbeitsauftrag und der zeitlichen Ressource für gezielte kritische Reflexion zum Arbeitshandeln im Anschluss an die Anleitung.</p>
	<p>Theoretische Fundierung → Durchdringen von Pflgethemen, die unmittelbar im praktischen Einsatzfeld verortet sind, sich am Beispiel eines konkreten Patienten in Form eines Falls bearbeiten lassen und den Lernenden als Probleme im Sinne neuartiger, mit dem bisherigen Wissen oder Können nicht zu bewältigender Aufgaben begegnen.</p>
	<p>Einsatzende → Abschlussgespräch auf der Basis eines differenzierten Kriterienkatalogs; geplant und im Schülerdienstplan vermerkt.</p>

Tab. 8: Qualitätsstufen praktischer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Radke 2008, 57)

Alle Qualitätsstufen sind an der FKS durch das „Konzept zur praktischen Ausbildung in der Pflege an der Filderklinik“ (FKS 2009) konzeptionell verankert.

Für die Ablaufplanungen des Einsatzes auf den einzelnen Pflegegruppen und Abteilungen sind die jeweiligen Einsatzbegleiter zuständig. Jedem Auszubildenden wird ein solcher Einsatzbegleiter zugeteilt, der sich verantwortlich fühlt, die Gespräche plant und durchführt sowie die Auswertung des Einsatzes vornimmt.

Die jeweiligen Einsatzbereiche erarbeiten einen Lernziel-/Lernangebotskatalog. Ebenso erstellen die Einsatzbereiche, entsprechend dem Lernangebotskatalog, geeignete Praxisaufgaben, die dann zu Einsatzbeginn oder während des Einsatzes den Auszubildenden zur Bearbeitung angetragen oder empfohlen werden. Lernziel- bzw. Lernangebotskatalog sowie die Praxisaufgaben sind Inhalt des jeweiligen Ausbildungs-handbuchs der Pflegegruppen. Der Einsatzbegleiter stellt im Erstgespräch das Ausbildungs-handbuch der jeweiligen Pflegegruppe vor und legt gemeinsam mit dem Auszubildenden die Lernziele für

den Einsatz fest. Hierbei sind die vorangegangenen Lernerfahrungen wichtig. Das Lernangebot und die Festlegung der Lernziele dienen dazu, dem Einsatz eine inhaltliche Struktur zu geben. Ein wesentlicher Aspekt bei der Gestaltung der Ausbildung ist, dass die Auszubildenden grundsätzlich jede Lernmöglichkeit nutzen sollten, die sich bietet. Die Einsatzbegleiter und Praxisanleiter legen die Lernaufgaben und Anleitethemen je nach individuellem Lern- und Ausbildungsstand fest. So gilt an der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik das häufig gängige Konzept nicht, dass Auszubildende nur diejenigen Tätigkeiten durchführen dürfen, die zuvor im theoretischen Unterricht behandelt wurden.

Die freigestellten Praxisanleiterinnen sind hauptsächlich für Anleitungstage, teilweise aber auch für die einzelnen, gezielten Anleitungen zuständig. Gezielte Anleitungen erfolgen aber auch durch die jeweiligen Einsatz- oder Schichtbegleiter.

Mit dem Instrument der Praxisaufgaben und der so genannten Lernzeit soll die Möglichkeit der theoretischen Fundierung gewährleistet werden. Zu Beginn oder im Verlauf des Einsatzes wird gemeinsam eine Praxisaufgabe ausgewählt. Den Pflegenden in Ausbildung wird pro Schicht eine Lernzeit von 30 Minuten eingeräumt. Die Lernzeit kann für die Bearbeitung der Praxisaufgabe und für eine intensive Auseinandersetzung mit sonstigen Problemstellungen und Fragen genutzt werden. Dabei ist es Sache der Lernenden, diese Zeit einzufordern und sinnvoll zu nutzen. Die Belange und Arbeitsanforderungen auf der jeweiligen Pflegegruppe sind bei der Einteilung der Lernzeit in Betracht zu ziehen.

Das Abschluss- oder Auswertungsgespräch erfolgt im Idealfall am Ende des Einsatzes und sollte rechtzeitig geplant und mit dem Pflegenden in Ausbildung abgesprochen werden. Grundlage für das Gespräch ist der Auswertungsbogen, der sich am Kompetenzmodell orientiert und in zwei Teile gegliedert ist. Der erste Teil dient der Einschätzung des Lernstandes und des Lernerfolgs durch die Einsatzbegleiter oder Praxisanleiter; durch den zweiten Teil erfolgt die Rückmeldung der Auszubildenden an die jeweiligen Einsatzbereiche. Das Formular für das Auswertungsgespräch wurde im Rahmen einer Praxisanleiterweiterbildung neu entwickelt und bezog sich auf die Wünsche und Anregungen aller an der praktischen Ausbildung Beteiligten. Der Auswertungsbogen ist nach dem Kompetenzmodell strukturiert und bietet neben vorgefertigte Aussagen zum Ankreuzen auch ausreichend Platz für frei formulierte Beschreibungen. Die Formulare für Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräch sind im Anhang beigelegt (siehe Anhang 7 und 8).

Wie eingangs bereits erwähnt, obliegt den Lehrerinnen und Lehrern der Pflegeschule die Aufgabe der Praxisbegleitung. Für diese Aufgabe gibt es bisher kein detailliertes Konzept. Jedem Einsatzbereich ist eine Person aus dem Lehrerkollegium zugeteilt, die als Ansprechpartner zuständig ist. Die Lehrenden besuchen „ihre“ Einsatzbereiche in unregelmäßigen Abständen zu konkreten Anlässen (Probleme und Schwierigkeiten im Rahmen eines Praxiseinsatzes, Veränderungen in der Einsatzplanung usw.) und organisieren Praxisbesuche oder Praxisanleitungen bei den dort eingesetzten Pflegenden in Ausbildung. Ein Konzept zur Praxisbegleitung soll nach Ablauf der Modellphase als Weiterentwicklung des Modells erarbeitet und implementiert werden.

Ausbildungshandbuch

Zur Information und Orientierung am Einsatzort erhalten die Pflegenden in Ausbildung auf jeder Pflegegruppe der Filderklinik ein Ausbildungshandbuch, in dem sie eine Kurzbeschreibung des Einsatzortes und fachspezifische Informationen finden. Das Ausbildungshandbuch beinhaltet weiterhin den Lernziel- bzw. Lernangebotskatalog der Pflegegruppe sowie die Praxisaufgaben.

Praxisaufgaben

Für die Einsatzorte wurden teilweise bereits vor Aufnahme des Modellprojekts Praxisaufgaben erarbeitet. Diese sind eher tätigkeitsorientiert und nur teilweise situations- oder kompetenzorientiert ausgerichtet. Alle Praxisaufgaben werden fortlaufend überarbeitet. Anregungen hierzu kommen aus der Konferenz für praktische Ausbildung, von den Pflegenden in Ausbildung und den Lehrenden der FKS. Die Auswahl der zu bearbeitenden Praxisaufgaben erfolgt durch die Praxisanleiter bzw. Einsatzbegleiter zusammen mit den Auszubildenden. Die Durchführung der Aufgabe wird im Auswertungsbogen bestätigt und das Ergebnis gemeinsam reflektiert und ausgewertet.

Praxisaufträge

Neben den Praxisaufgaben erteilen die Lehrenden in manchen Unterrichtseinheiten Praxisaufträge, die in der Praxis bearbeitet und wieder in den Unterricht eingebracht werden. Die Praxiserfahrungen sind dann Beispiel und Grundlage für die weitere Bearbeitung des Themas im Unterricht. In der Regel werden Praxisaufträge in den Unterrichten erteilt, die als Epochen oder Module gestaltet sind. Beispiele für Praxisaufträge sind:

- Erstellen einer Pflegeplanung
- Übungen zur Kinästhetik
- Rhythmische Einreibungen
- Hygieneaufgaben

Praxisauswertung

Zu jedem Blockbeginn findet die Auswertung des vorangegangenen Praxiseinsatzes statt. Die Auswertung wird methodisch und zeitlich unterschiedlich gestaltet und beinhaltet formale Aspekte und Schwerpunkte wie z.B.

- das Stattfinden und die Gestaltung von Erst-, Zwischen- und Auswertungsgesprächen,
- die Organisation und Umsetzung der Anleitung,
- die Betreuung durch und die Zusammenarbeit mit Einsatzbegleitung und Bezugspersonen,
- die Reflexion des eigenen Lernprozesses sowie
- das Bewusstmachen der eigenen Verantwortung für das Gelingen eines Praxiseinsatzes.

Mit der Praxisauswertung wird das Ziel verfolgt, die positiven und negativen Erfahrungen aus der praktischen Ausbildung aufzugreifen und einen Eindruck vom Verlauf der praktischen Ausbildung zu erhalten. Die ersten beiden Praxisauswertungen sind in Form eines Kurzreferates zu einer Praxisaufgabe gestaltet und zeitlich sehr umfangreich. Dabei wird die Bedeutung der Praxisaufgaben für das individuelle Lernen betont und versucht, dem möglichen Phänomen des „Praxisschocks“ zu begegnen. Weitere Formen der Praxisauswertung sind:

Schriftlich zu beantwortende Fragestellungen zum eigenen Lernprozess (Fragebögen):

- Wie bewerte ich den eigenen Lernprozess?
- Welche Faktoren im Lernprozess waren förderlich/hinderlich?
- Was habe ich selbst unternommen, um einen Lernfortschritt zu erzielen?

Auswertung im Hinblick auf den Kompetenzerwerb (Zielscheibe):

- eigene Einschätzung der Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz

Blitzlicht:

- Stimmungsbarometer mit Begründungen
- Punkte- bzw. Kartenabfragen

Schreibgespräch:

- spezielle Frage- und Problemstellungen zum Praxiseinsatz

Sprüchewand:

- Wahrheiten und Weisheiten zum Praxiseinsatz

Praxisauswertung in Form einer Fallbesprechung

- a) Praxisauftrag: Formulierung einer Fallsituation, die im Praxiseinsatz erlebt wurde.
- b) Fallbearbeitung in Gruppen während der Praxisauswertung im darauf folgenden Block.

8.4 Lernerfolgsbewertungs- und Prüfungskonzept

In Bezug auf das kompetenzorientierte Lernen in Theorie und Praxis sowie das Ausbildungsziel müssen detaillierte und handhabbare Konzepte zur Verfügung stehen, die es möglich machen, den Lernerfolg der Pflegenden in Ausbildung einzuschätzen. Hierbei sind sowohl die Fremd- als auch die Selbsteinschätzung zu berücksichtigen. Erste Überlegungen für ein solches Konzept ergaben sich in den regelmäßigen Blockkonferenzen, in denen die Leistungsnachweise wie Klausuren, Referate usw. abgestimmt wurden. Im Laufe des Modellprojekts wurde mit dem Auswertungsbogen zunächst für die praktische Ausbildung ein neues Instrument entwickelt, um die erreichten Kompetenzen während eines Praxiseinsatzes auszuwerten und Lernempfehlungen zu geben (siehe Anhang 8).

Während der Projektlaufzeit wurde immer mehr der Wunsch nach veränderten Prüfungsmodalitäten am Ende der dreijährigen Ausbildung deutlich. Wichtige Kriterien hierbei waren die erwachsenengerechte Prüfungsform und eine Kompetenzmessung, die praktische, schriftliche und mündliche Prüfung besser verbinden sollte. Um ein solches Konzept entwickeln zu können, wurde zunächst eine veränderte Zwischenprüfung zur Mitte der Ausbildung eingeführt, die dann in eine ähnliche Form der Abschlussprüfung münden soll. Dabei wurde deutlich, dass vor der Entwicklung eines Lernerfolgsbewertungskonzeptes, das Konzept der Lernerfolgskontrollen und Prüfungen im Ausbildungsverlauf entwickelt werden muss. Aus Sicht der FKS kann so die kontinuierliche Bewertung des Lernerfolgs auf eine umfassende Kompetenzprüfung am Ende der Ausbildung vorbereiten.

Folgende Aspekte waren für die Zwischenprüfungskonzeption ausschlaggebend:

- Orientierung an den gesetzlichen Bestimmungen zur Abschlussprüfung (KrPflAPrV, Sozialministerium Baden-Württemberg, LAG Baden-Württemberg)
- Integration des erwachsenenpädagogischen Ansatzes in die Zwischenprüfung
- statt eines theoretischen Falls bildet die real erlebte Pflegesituation in der praktischen Prüfung die Ausgangssituation für die schriftliche Zwischenprüfung
- Einbindung der Praxisanleiter in die Zwischenprüfung
- fallorientierte Prüfungsform in der mündlichen Zwischenprüfung

Neben diesen Aspekten diskutiert die Schule außerdem eine Anrechnung der Noten des gesamten Ausbildungsverlaufs auf die zukünftige Abschlussprüfung, ähnlich wie das in der Altenpflegeausbildung der Fall ist (§9 AltPflAPrV).

Das Konzept der Zwischenprüfung sieht folgende Struktur vor:

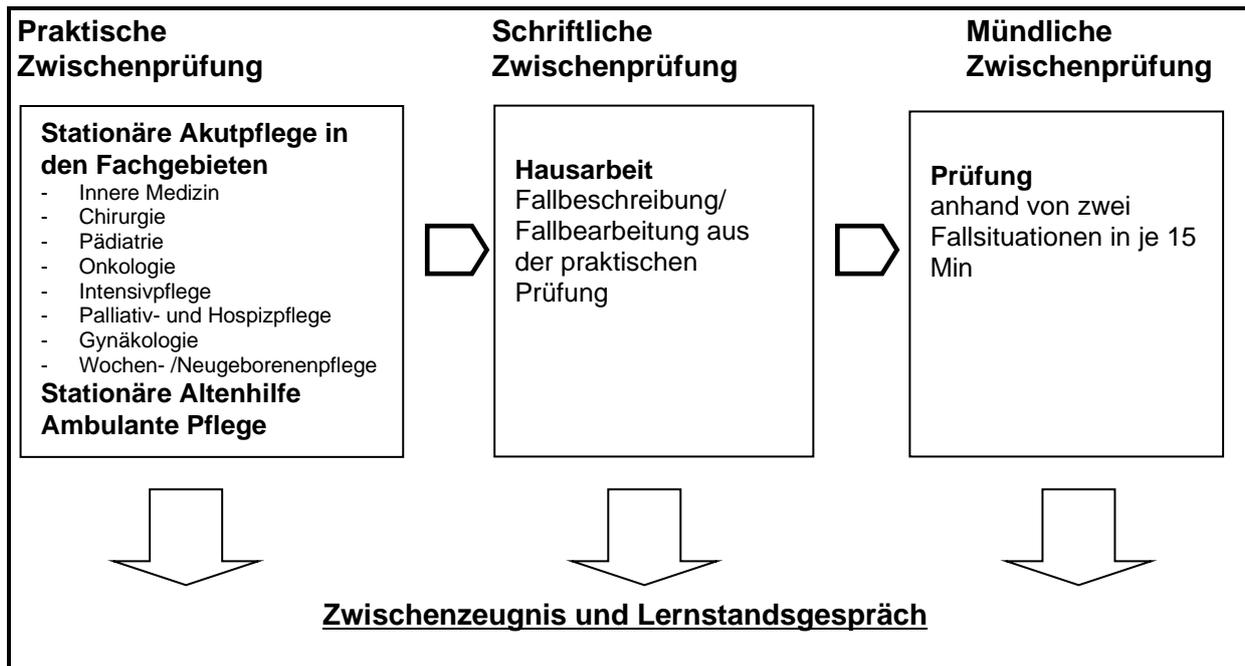


Abb. 7: Prüfungsmodell für die generalistische Zwischenprüfung (FKS 2010a, 1)

Der Vorschlag für eine generalistische Abschlussprüfung sieht eine ähnliche Struktur vor:

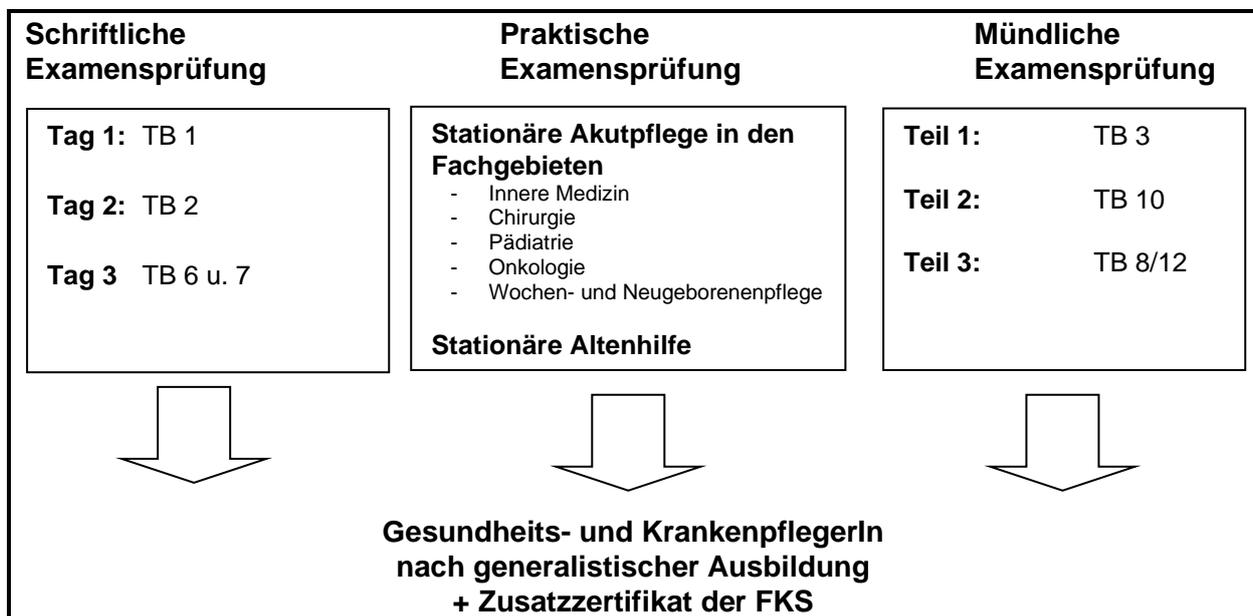


Abb. 8: Prüfungsmodell für die generalistische Abschlussprüfung (FKS 2010b, 1)

Da solche Prüfungsmodalitäten den gesetzlichen Bestimmungen nicht entsprechen, wurde im März 2009 ein neuer Antrag an das Ministerium für Arbeit und Soziales in Baden-Württemberg gestellt, der die Weiterführung der Modellphase und die Erprobung einer neuen Abschlussprüfung zum Inhalt hat. Da der Antrag noch in Bearbeitung ist, kann das Konzept bisher nicht erprobt werden. Zur weiteren Bearbeitung entwickelt ein Lehrer des Schulkollegiums im Rahmen seiner Masterarbeit ein Lernerfolgsbewertungskonzept, das den Kerngedanken des Curriculums entspricht und auf die Abschlussprüfung adäquat vorbereiten soll. Im Rahmen der generalistischen Ausbildung werden die Lernenden dann in der E II.3 „Das eigene Lernen verantwortlich gestalten“ mit beiden Konzepten vertraut gemacht und auf die Inhalte vorbereitet werden.

Teil C: Evaluation und Schlussbetrachtung

9 Evaluation und Revision des Curriculums

(Monika Kneer)

Die letzte Phase der Curriculumentwicklung besteht aus der Evaluation und sofern notwendig, einer Curriculumrevision. Die Entwicklung eines Curriculums ist ein dynamischer Prozess. Die Offenheit des Curriculums wird durch die Möglichkeiten von Anpassung und Veränderung gekennzeichnet. Deshalb fanden während der Projektlaufzeit sowohl eine Prozess- als auch eine Ergebnisevaluation in Form einer Selbst- und Fremdevaluation statt.

9.1 Selbstevaluation

Ein Teil der Prozessevaluation wird punktuell, fortlaufend und auch weiterhin als interne Selbstevaluation durchgeführt. Nach Abschluss jeder Lernsituation erfolgt eine Evaluation des Lehr-Lernprozesses durch die Lernenden (mit wechselnden Methoden) sowie durch die Lehrenden (anhand eines Evaluationsbogens). Gleichzeitig erfolgt eine Auswertung des Unterrichtsblocks in den Blockkonferenzen des Lehrerkollegiums. Die Lernenden werten jeden Block im so genannten Blockabschluss³ aus.

Neben diesen Evaluationsformen wurde während der Projektlaufzeit in weiteren Konferenzen mit den Auszubildenden, Dozenten, Lehrenden, Praxisanleitern und Kooperationspartnern der Prozess der Curriculumentwicklung und –implementierung diskutiert und bewertet. Eine systematische Evaluation auf interner Ebene fand hier nicht statt. Die Erkenntnisse aus der internen Evaluation können zeitnah in die Curriculumrevision eingearbeitet werden. So wurden beispielsweise einzelne Lehr-Lernarrangements inhaltlich und methodisch verändert und die Dreijahresplanung angepasst.

9.2 Fremdevaluation

Die externe Fremdevaluation erfolgt durch die Hochschule Esslingen und startete zum 01. April 2008, also erst ein Jahr nach dem Ausbildungsbeginn des Modellkurses. Die zeitliche Verzögerung begründet sich durch die kurze Vorlaufzeit im Modellprojekt sowie personelle und finanzielle Schwierigkeiten bei der Auswahl des evaluierenden Instituts. Die Leitung des Evaluationsprojekts haben Frau Prof. Dr. Claudia Bischoff-Wanner und Herr Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann. Sie werden in der Durchführung der Evaluation durch Frau Sybille Rommel (Dipl.-Pflegepädagogin), Frau Monika Stach (M.A. Pflegewissenschaft), Frau Morawietz (B.A. Pflegepädagogin) unterstützt. Die Evaluation bezieht sich auf folgende Bereiche:

- a) Die Evaluation der Konzeption der generalistischen Ausbildung: Entwicklungsprozess und didaktische Entscheidungen in der Konzeptionsphase.
- b) Die Evaluation des Curriculums als laufender Prozess.
- c) Die punktuelle Evaluation des Lernerfolgs durch Befragungen relevanter Zielgruppen zur Umsetzung des Curriculums (Selbst- und Fremdeinschätzung ausgewählter Aspekte des Ausbildungserfolgs).

(Bischoff-Wanner 2008b, 4)

³ E II.3 Das eigene Lernen verantwortlich gestalten

Da sich die Evaluation schwerpunktmäßig auf den Kern der pädagogischen Arbeit im vorliegenden Modellprojekt bezieht, nämlich auf die Curriculumentwicklung, stand die fortlaufende Dokumentenanalyse im Vordergrund. Zusätzlich wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der Projektlaufzeit mündliche und schriftliche Befragungen durchgeführt. Die Inhalte und Ergebnisse der Evaluation sind nach der Beendigung der Projektlaufzeit in einem separaten und ausführlichen Evaluationsbericht der Hochschule Esslingen nachzulesen.

9.3 Curriculumrevision

Die Ergebnisse der internen und externen Evaluation münden in eine Curriculumrevision. Diejenigen Ergebnisse bzw. Rückmeldungen aus der internen Evaluation, die sich während der Projektlaufzeit zeigten, wurden im laufenden Prozess bereits eingearbeitet. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Stundenzuordnungen, inhaltliche Veränderungen, methodische Aspekte und vor allem zeitliche Veränderungen in der Dreijahresplanung. Bei diesem Vorgehen wurde bereits deutlich, dass Änderungen am Curriculum, vor allem Veränderungen in der Dreijahresplanung und Stundenzuordnungen schwierig in der Umsetzung sind und immer auch eine Auswirkung auf die gesamte Planung haben. Es ist daher immens wichtig, Ideen und Veränderungswünsche gut vorzubereiten und abzuwägen.

10 Projektergebnisse und Schlussbetrachtung

(Monika Kneer)

Mit der Entwicklung und Umsetzung des Modellprojekts: PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung hat die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik eine große Herausforderung angenommen und mit sehr viel Energie, Motivation und Innovationskraft umgesetzt. Durch die großzügige finanzielle Förderung der genannten Stiftungen konnten eine Vielzahl an Ideen verwirklicht, ein umfassendes anthroposophisch erweitertes, generalistisches Curriculum entwickelt sowie eine kontinuierliche Projektleitung gewährleistet werden.

Die Herausforderung innerhalb des Modellprojekts bezieht sich auf die gesamte Schul-, Unterrichts- und Ausbildungsorganisation. Nicht zuletzt wird deshalb von dem so genannten zweifachen Paradigmenwechsel gesprochen, der in der Abbildung 9 dargestellt ist.

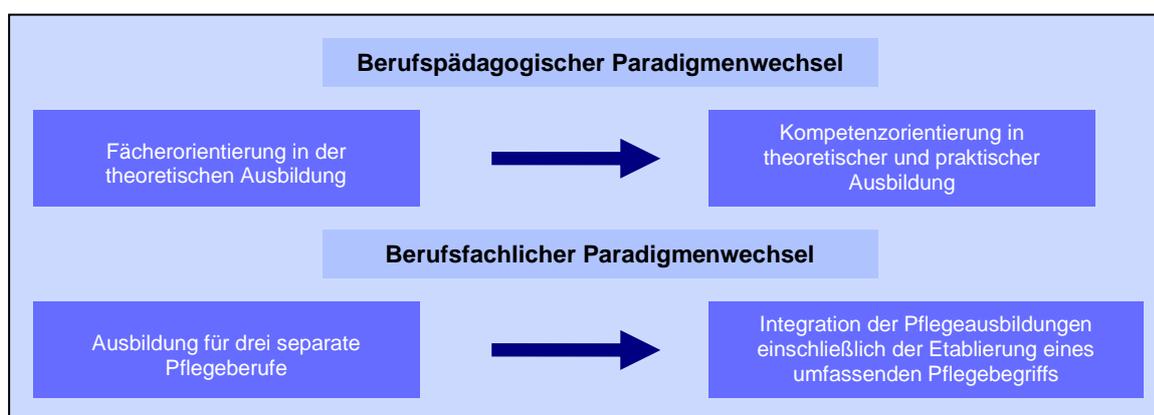


Abb. 9: Der zweifache Paradigmenwechsel (vgl. BMFSFJ 2008, 25)

Der Begriff des zweifachen Paradigmenwechsels wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geprägt, das im Abschlussbericht zum Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ diese Herausforderungen in allen der dort evaluierten acht Modellprojekten beschreibt (vgl. BMFSFJ 2008, 24). Der Paradigmenwechsel in der Berufspädagogik bezieht sich auf die strukturellen Veränderungen in der Curriculumentwicklung und –konstruktion von der Fächerorientierung hin zur Kompetenzorientierung:

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. (...). Für die Modellprojekte entsteht dementsprechend die Verpflichtung, ihre Konzeptionen am Modell der vollständigen Handlung auszurichten und eine entsprechende Situationsorientierung in den Unterrichten umzusetzen (BMFSFJ 2008, 24).

Den Paradigmenwechsel auf berufsfachlicher Ebene beschreiben die Autoren so:

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 Inhalt gerecht zu werden und eine Angleichung an europaweite pflegerische Qualifikationen zu erreichen (BMFSFJ 2008, 24f.).

Auch die Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik hat im Rahmen ihres Modellprojekts die Erfahrung gemacht, dass dieser zweifache Paradigmenwechsel bei der Entwicklung und Umsetzung einer generalistischen Pflegeausbildung eine wesentliche Rolle spielte. Die Herausforderungen für die Schule und die Lehrenden wurden bereits näher erläutert. Rückblickend auf den Projektverlauf ist zu sagen, dass durch diesen zweifachen Paradigmenwechsel enorme Anstrengungen notwendig waren, um die Ausbildung inhaltlich und methodisch neu zu konzipieren. Die Entwicklung und Erprobung einer neuen Ausbildungskonzeption erfasst und berührt alle Teilbereiche einer Ausbildungsstätte:

- Ausbildungsplanung in theoretischer und praktischer Ausbildung
- Interne und externe Kommunikations- und Kooperationsstrukturen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Bewerberauswahl und Bewerbermanagement
- Schul- und Kursorganisation
- Schul- und Lernkultur
- Unterrichtsorganisation und Unterrichtsplanung
- Unterrichts- und Schulentwicklung
- Ausbildungsbegleitung und Persönlichkeitsentwicklung
- Mitarbeiterqualifizierung und Personalentwicklung
- Qualitätssicherung
- Finanzierung

Bei der Planung solch umfangreicher Projekte muss dies unbedingt bedacht und über Möglichkeiten der Stellenausweitung für das Lehrerkollegium nachgedacht werden.

10.1 Abschluss des Modellprojekts

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Modellkurses beendeten im März 2010 ihre Ausbildung mit der generalistischen Abschlussprüfung. Der Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege wurde durch die „Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung“ (Anlage 4 KrPflAPrV zu § 19 KrPflG) bestätigt. Auf dem generalistischen Abschlusszeugnis findet sich zur Kennzeichnung der Modellausbildung folgender Vermerk: „Die Ausbildung erfolgte im Rahmen des Modellprojekts Generalistische Pflegeausbildung (genehmigt vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg).“

10.1.1 Verlauf und Ergebnisse der Abschlussprüfung

Zur generalistischen Abschlussprüfung sind insgesamt nur 20 Auszubildende angetreten. Zwei Pflegende in Ausbildung konnten aufgrund einer Überschreitung der gesetzlich festgelegten Fehlzeiten (§ 7 KrPflG) nicht am Examen teilnehmen und mussten die Ausbildung um ein Jahr verlängern. Von diesen 20 Prüflingen haben alle an der schriftlichen Prüfung teilgenommen. Der Notendurchschnitt im schriftlichen Examen lag bei 2,6. Eine der schriftlichen Prüfungen wurde nicht bestanden und muss wiederholt werden.

An den praktischen Examen in der generalistischen Abschlussprüfung haben nur 17 Prüflinge teilgenommen. Der Notendurchschnitt der 17 Generalisten liegt derzeit bei 2,2. Eine Auszubildende hat aus persönlichen Gründen die Anmeldung zum praktischen und mündlichen Examen zurückgezogen und hat den Abschluss der Ausbildung auf unbestimmte Zeit verschoben.

Eine Schülerin ist nach der schriftlichen Abschlussprüfung krank geworden und musste ebenso von der praktischen wie mündlichen Prüfung zurücktreten. Auch hier ist das Ende der Ausbildung noch nicht absehbar. Eine weitere Schülerin durfte schon seit längerer Zeit (ca. halbes Jahr) wegen ihrer Schwangerschaft nicht an der praktischen Ausbildung teilnehmen und muss daher den Abschluss der praktischen Ausbildung und die Prüfung nach ihrer Entbindung nachholen.

An der mündlichen Prüfung zur generalistischen Ausbildung haben 18 Prüflinge teilgenommen. Der Notendurchschnitt lag bei 2,3. Nachdem eine Schülerin die Prüfung nicht bestanden hatte, wurde die Prüfung zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt. Danach lag der Notendurchschnitt bei 2,2.

Ob der Notendurchschnitt besser ist als bei den anderen Kursen wurde im Detail noch nicht geprüft. Es war auffallend, dass es einige Prüflinge mit sehr guten Ergebnissen gab. Die Note „sehr gut“ konnte von den einzelnen Prüferinnen und Prüfern insgesamt neun Mal vergeben werden. Zwei der Kursteilnehmer absolvierten die generalistische Ausbildung mit der Note „sehr gut“ in allen drei Prüfungsteilen.

10.1.2 Verbleib der Absolventen

Nach Abschluss der Modellausbildung soll der Kontakt zu den Schülerinnen und Schülern des Modellkurses aufrechterhalten werden. Hier interessiert insbesondere der Verbleib der Absolventinnen und Absolventen im Berufsfeld und die einzelnen Erfahrungen, welche sie mit der generalistischen Ausbildung (Akzeptanz, Handlungsfähigkeit im Berufsfeld etc.) machen können.

Alle Absolventinnen und Absolventen, die eine Arbeitsstelle im Berufsfeld der Pflege anstrebten konnten direkt nach der Ausbildung eine Arbeitsstelle finden. Die meisten, insgesamt 16 Absolventinnen und Absolventen, sind in der Gesundheits- und Krankenpflege in den Bereichen der Inneren Medizin, der Chirurgie, Onkologie, Gynäkologie, Ambulanz und Notaufnahme oder Rehabilitation tätig. Die Aufgabenfelder der Gesundheits- und Kinderkranken bzw. Altenpflege wurden bisher nicht gewählt.

Eine große Anzahl von 12 Absolventinnen und Absolventen hat gezielt eine Anstellung im anthroposophischen Umfeld gewählt. Von diesen zwölf haben insgesamt neun eine Arbeitsstelle in der Filderklinik angenommen. Des Weiteren wurde innerhalb des anthroposophischen Umfelds eine Klinik der Inneren Medizin, ein Akutkrankenhaus in der Schweiz, ein Hospiz sowie eine psychosomatische Rehabilitationsklinik als Arbeitsplatz gewählt.

10.2 Kritischer Rückblick auf das Modellprojekt

Um zum Abschluss des Modellprojekts ein gemeinsames Resümee zu ziehen, erfolgte ein Rückblick innerhalb des Lehrerkollegiums anhand folgender Fragestellung: „Welche Aspekte in Bezug auf die Curriculumentwicklung, den Projektablauf und die generalistische Ausbildung wurden als zufriedenstellend, als schwierig und/oder problematisch und welche als Gelegenheit und/oder Chance erlebt?“ Diese Fragestellung wurde in einer Klausurtagung zum Ende der Projektlaufzeit von allen Lehrenden des Kollegiums schriftlich bearbeitet. Die Aussagen der Lehrenden beziehen sich im Wesentlichen auf folgende Punkte:

- Prozess und Umsetzung der Curriculumentwicklung
- Gleichgewichtung der drei Pflegezweige
- Zeitumfang einzelner Themen und Inhalte im theoretischen Curriculum
- Organisation und Qualität der praktischen Ausbildung

Alle Aussagen der Lehrenden sind nachfolgend anonymisiert zusammengefasst. Sie sind als individuelle Erfahrungen der Beteiligten im Modellprojekt: „PFLEGE - LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“ zu sehen und können aufgrund der geringen Anzahl der Befragten nicht als repräsentativ angesehen werden, sondern nur als Anhaltspunkte für die Planung und Umsetzung ähnlicher Modellprojekte gelten.

10.2.1 Zufriedenstellendes

In den Aussagen der Lehrenden spiegelt sich im Rückblick auf die Modellphase hinsichtlich der Curriculumentwicklung eine große Zufriedenheit wider. Das Curriculum bietet den Lehrenden eine klare und nachvollziehbare Struktur. Es sei in kürzester Zeit gelungen, ein neues und umfassendes Curriculum zu entwickeln, das sehr breit und ausgewogen sei, alle Bereiche der Pflege aufgreife und weiterhin Spielraum für Entwicklungen ermögliche. Zugleich wird das Curriculum als sehr komplex und vielschichtig wahrgenommen. Zufriedenstellend bewertet wird auch, dass der Lernfeldansatz eingeführt und damit auch neue berufspädagogische Ansätze wie beispielsweise das „Problembasierte Lernen“ genutzt werden. Besonders hervorgehoben wird, dass es gelungen sei, die bisherigen Leit- und Bildungsziele vor dem Hintergrund der Anthroposophie beizubehalten, die Ausbildung im Ganzen aber zu modernisieren und zu verbessern. Der Ansatz der Erwachsenenpädagogik werde besonders durch den vermehrten Einsatz von schülerorientierten Lernmethoden deutlich besser als vor dem Modellprojekt umgesetzt.

Die Dreijahres- und Blockplanung erleben die Lehrenden als sehr übersichtlich und hilfreich für die Unterrichtsplanung. Das Curriculum wird durch die zeitliche Strukturierung transparent und gibt Orientierung darüber, was welcher Dozent wann unterrichtet. Dies ermöglicht den Lehrenden und Lernenden, Vernetzungen, Querverbindungen und Bezüge zwischen den einzelnen Inhalten, Themen und Unterrichten herzustellen und Überschneidungen von Klausuren, Referaten oder Gruppenarbeiten zu vermeiden. Gleichwohl wird auch Verbesserungsbedarf an der Dreijahresplanung angesprochen (siehe nächstes Teilkapitel). Für die praktische Ausbildung scheint die Dreijahresplanung sekundär, da laut den Aussagen in der Praxis überwiegend am individuellen Lern- und Erfahrungsstand sowie am bereichsspezifischen Lernangebot angeknüpft wird und weniger an der zeitlichen Strukturierung der theoretischen Inhalte.

In Bezug auf den Projektablauf äußern die Lehrenden im Großen und Ganzen Zufriedenheit. Dass ein Projektleitungsteam als Kerngruppe für die Curriculumentwicklung zuständig war, wird allgemein positiv beurteilt, da die konstante Arbeitsgruppe und Arbeitsweise ein umfassendes Erkennen und Durchdenken ermöglichte. Das Projektleitungsteam wird als „stetigen Motor für die Weiterentwicklung der ganzen Schule“ erlebt, das unter den gegebenen

Rahmenbedingungen den Informationsaustausch innerhalb des Projekts ermöglichte. Das Lehrerkollegium erlebte insgesamt eine große Offenheit des Projektleitungsteams für Ideen und Veränderungswünsche.

Die generalistische Ausbildung sehen die Lehrenden insgesamt positiv und zukunftsfähig, da die Entwicklung eines vertieften und umfassenden Pflegeverständnisses und die Sichtweise auf den Menschen als Entwicklungswesen im Mittelpunkt stehen. Die Lehrenden sind überzeugt, dass den zukünftigen Anforderungen in der professionellen Pflege mit der generalistischen Ausbildung besser entsprochen werden kann. Sie sehen, dass die Auszubildenden durch diese Form der Ausbildung zu aktiv und kreativ handelnden Pflegenden herangebildet werden können. Der Ansatz der Kompetenzentwicklung bietet dabei die Möglichkeit, den vielfältigen und wachsenden Anforderungen gerecht zu werden.

Die deutliche Ausweitung des Pflegebegriffs und die neuen Handlungsfelder wie Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention, Palliativ- und Hospizpflege, ambulante Pflege, lebensalterübergreifende Pflege bewerten die Lehrenden als Bereicherung. Sie sehen aber gleichzeitig in Bezug auf die Zusammenführung der drei Pflegeberufe auch das größte Problem. Die Integration der Kinderkrankenpflege scheint aus Sicht der Lehrenden sowohl in der Theorie als auch in der Praxis noch nicht zufriedenstellend gelungen. Die Verbesserungen, die im Rahmen der praktischen Ausbildung erreicht werden (Intensivierung der Praxisanleitung), sind hauptsächlich auf die veränderte Finanzierung und nur teilweise auf das Modellprojekt zurückzuführen (siehe Kapitel 8).

10.2.2 Schwierigkeiten und Probleme

In Bezug auf den Projekttablauf wird zusammenfassend deutlich, dass sich Schwierigkeiten und Probleme vor allem auf der Ebene der Beteiligung der unterschiedlichen Akteure ergaben. Obwohl das Kollegium die Notwendigkeit eines Projektleitungsteams deutlich machte, erlebten es manche Lehrende als Problem, dass es nicht möglich war, den Prozess der Curriculumentwicklung intensiver zu begleiten und mitzuverfolgen. Aus zeitlichen Gründen verlief die Curriculumentwicklung nur bedingt mit dem Team, was zur Folge hatte, dass einige aus dem Lehrerteam den Prozess inhaltlich nur von der Ferne begleiten konnten. Dies wird vor allem daran deutlich, dass sie Verunsicherungen im Umgang mit der Curriculumstruktur und mit den Inhalten äußern. Dass sich dadurch Probleme ergeben könnten, wurde vom Projektleitungsteam bereits zu Beginn der Projektlaufzeit vermutet. Doch aufgrund der sehr kurzen Vorlaufzeit (6 Monate) konnte nicht das gesamte Lehrerkollegium an der Curriculumentwicklung beteiligt werden, da in sehr kurzer Zeit sehr intensiv an dieser Aufgabe gearbeitet werden musste. Die mehr oder weniger regelmäßigen Teambesprechungen, in denen über die Inhalte und den Verlauf der Curriculumentwicklung berichtet wurde, reichten rückblickend beurteilt nicht aus, um den Prozess zu verdeutlichen und inhaltlich nachzuvollziehen. Hier wäre es wünschenswert gewesen, mehr Detailsicht, mehr fortlaufende Information und damit mehr Transparenz zu ermöglichen. Das Kollegium äußert, dass trotz der verbesserten personellen Bedingungen sich kaum Freiraum für die Entwicklungsarbeit, wie ursprünglich angedacht, ergab. Eine Teamsitzung pro Monat war in der Projektkonzeption vorgesehen, doch das Kollegium fordert rückblickend einen Tag pro Monat zur Arbeit am Curriculum ein.

Auch das Projektleitungsteam erlebte ein Spannungsfeld zwischen der Beteiligung des Kollegiums auf der einen Seite und den zeitlichen Ressourcen jedes Einzelnen auf der anderen Seite. Die hohe Arbeitsbelastung und das aus diesem Grund geäußerte Unbehagen ergaben, dass das Projektleitungsteam die Gremien nicht wie geplant einsetzte und auch teilweise auf das Einplanen von gemeinsamen Teamsitzungen oder das Festlegen von Abgabeterminen für Ausarbeitungen am Curriculum verzichtete. Es entstand insgesamt die Schwierigkeit, alle Mitglieder des Lehrerkollegiums entsprechend ihrer Vorkenntnisse zur Curriculumentwicklung und Umsetzung des Lernfeldansatzes adäquat einzubeziehen.

Vermutlich wären mehr und auch vorbereitende pädagogische Fortbildungen notwendig gewesen, um in Bezug auf die Curriculumtheorien und neuen berufspädagogischen Konzepte einen einheitlichen Wissensstand zu erreichen.

Die Unsicherheit der Lehrenden mit dem Curriculum spiegelt sich unserem Erachten nach auch in Aussagen beim Ausbildungsrückblick des Modellkurses wider. In einer Kartenabfrage wurden folgende Fragen gestellt:

- Was sollte an der FKS unbedingt beibehalten werden?
- Was kann an der FKS eventuell verändert werden?
- Wenn ich die Ausbildung noch einmal beginnen würde, dann...
- Was ich schon immer mal sagen wollte, ist...

In den Antworten auf die Frage: „Was kann an der Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik auch mal verändert werden?“ gibt es einen Hinweis darauf, dass die Struktur des Curriculums für die Auszubildenden nicht wirklich transparent geworden ist und sie deshalb auch nicht als hilfreiche Struktur wahrgenommen wurde. Damit die Auszubildenden das Curriculum verstehen und sich darin zurechtfinden können, ist unabdingbar, dass die Lehrenden ein vertieftes Verständnis für das Curriculum und den Lernfeldansatz entwickeln. Um dies zu erreichen und um den Lernfeldansatz in der Umsetzung weiter zu verbessern, ist daher ein gemeinsames Weiterarbeiten an der Curriculumstruktur unabdingbar. Nur so können die Lehrenden ihr Wissensdefizit aufholen und bei der Umsetzung des Lernfeldansatzes besser mitgestalten und eigene Ideen einbringen.

Das Curriculum ist jetzt, nach einmaligem Erproben, in der Grundstruktur fertig gestellt und teilweise ausgearbeitet. Die Inhalte der Ausbildung sind in den Unterrichtsblöcken durch die entwickelte Dreijahresplanung aufeinander aufgebaut. Leider stellen wir immer wieder fest, dass es innerhalb der Dreijahresplanung kaum Spielräume z.B. für zusätzliche Klausuren und Leistungsnachweise, Projekte, Exkursionen oder Kompensation von Verschiebungen und Unterrichtsausfällen bestehen. Im Rückblick kann dies mit der Verknüpfung des bisherigen mit dem neuen Ausbildungskonzept erklärt werden. Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, wurden die für die Ausrichtung der Ausbildungsstätte wesentlichen Konzepte, Hintergründe und Ideen beibehalten und ließen sich sehr gut in den generalistischen Grundgedanken integrieren. Dennoch waren (vielleicht auch aus diesem Grund?) die zeitlichen Ressourcen innerhalb des Curriculums für die generalistisch erweiterten Inhalte gering. Der in der Umsetzung des Curriculums, bei der konkreten Unterrichtsvorbereitung erlebte Mangel an Zeit für einzelne berufliche Handlungssituationen spiegelt genau diese Problematik der generalistischen Ausbildung wieder.

Aus diesem Grund sehen die Lehrenden die größten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der generalistischen Ausbildung im Bereich der theoretischen und praktischen Ausbildung. Sie beschreiben das Curriculum einerseits als umfassend und breit, was sich aber gleichzeitig als Schwierigkeit in der Umsetzung herausstellt. Sie bemängeln, dass sie und auch viele der externen Dozenten regelmäßig feststellen, dass für einige Inhalte zu wenig Zeit für den Unterricht zur Verfügung stehe. In der Ausgestaltung der theoretischen Ausbildung festigt sich insgesamt der Eindruck, dass ein großer Schwerpunkt bei der Gesundheits- und Krankenpflege im Handlungsfeld Krankenhaus liegt. Gleichzeitig wird dennoch ein Mangel an Themen und Unterrichtszeit in der speziellen Krankheitslehre und medizinspezifischen Pflege beklagt. Die Rückmeldungen aller an der Ausbildung Beteiligten ergeben, dass auch im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein Mangel sowohl in der Theorie als auch in der Praxis erlebt wird. In Bezug auf die Altenpflege wird dies nicht so gesehen, da die Begegnungen und die Pflege von alten Menschen auch in den Einsatzbereichen der Gesundheits- und Krankenpflege zunehmen.

Das immer wieder erwähnte Problem mit der mangelnden Zeit ist bei einer Curriculumrevision unbedingt zu berücksichtigen. Das Problem wird teilweise auch verschärft durch die

Heterogenität der Kursteilnehmer. So beklagten manche Absolventen des Modellkurses im bereits erwähnten Ausbildungsrückblick das verschulte Lernen und forderten mehr selbstgesteuerte Lernmethoden und eigene Vertiefungsmöglichkeiten ein, andere wiederum wünschten sich mehr Frontalunterricht und mehr Steuerung und Vorgaben durch die Lehrkräfte. Weil in dieser Heterogenität immer wieder von den Lehrenden Über- und Unterforderung wahrgenommen wird, entwickelte ein Befragter die Idee, eine Art Vorausbildung von einem halben Jahr mit Inhalten wie Anthroposophie, Lernen- und Lerntechniken, Lesen, Schreiben und Rechnen anzubieten. Eine andere Lehrkraft beschreibt diese Not mit der Aussage: „Eine generalistische Pflegeausbildung braucht Erwachsenenbildung, doch das ist nicht für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer möglich und sinnvoll.“

Auch die Lehrenden erleben bei der Umstellung auf handlungsorientierte und schülerzentrierte Lern- und Unterrichtsmethoden noch Unsicherheiten und Schwierigkeiten. Hier wird vor allem die Unzufriedenheit der Schüler als Grund angeführt und auf die Notwendigkeit von mehr Team-Teaching und pädagogischen Fortbildungen hingewiesen.

Die Problematik in der praktischen Ausbildung beschreiben alle Lehrenden einheitlich mit der Schwierigkeit, geeignete Praxisorte zu finden, die eine kontinuierlich hohe Ausbildungsqualität anbieten können. Hier wird das Problem einerseits in den schwierigen Rahmenbedingungen und andererseits bei einem Mangel an Qualifikation und Motivation in den Kooperationseinrichtungen vermutet. Eine Aussage fasst die Problematik wie folgt zusammen: „Die Schwierigkeiten sind Engpässe in der Altenpflege und Standesdünkel in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“. Neben den Rahmenbedingungen und der inhaltlichen Umsetzung der praktischen Ausbildung werden auch die Vielzahl an Kooperationspartner im Hinblick auf die organisatorische Umsetzung sowie eine kontinuierliche Lernortkooperation als Schwierigkeit genannt. In Bezug auf die praktische Ausbildung ist es den Lehrenden auch ein Anliegen, baldmöglichst die wichtigen und fehlenden Elemente der praktischen Ausbildung zu bestimmen, konzeptionell zu verankern und ein Praxiscurriculum zu formulieren. Hierbei sollte insbesondere auf die Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie auf die spezifischen Pflegeaufgaben bei älteren Menschen geachtet werden. Insgesamt wird eine noch engere Verzahnung der theoretischen mit der praktischen Ausbildung eingefordert.

Die Zufriedenheit mit der Dreijahresplanung wurde im vorangegangenen Kapitel beschrieben. Hier ergibt sich nur eine Schwierigkeit, nämlich die Frage nach der sinnvollen Ausgestaltung der letzten beiden Theorieblöcke. Hier sind im Moment neben einer hohen Anzahl an Wiederholungsstunden auch neue inhaltliche Themen verortet. Dies wird sowohl von den Lehrenden als auch von den Lernenden als schwierig beurteilt, da der Zeitraum doch sehr von den Prüfungen und der Abschlusssituation geprägt ist.

10.2.3 Gelegenheit und Chancen

Das Modellprojekt und das neu entwickelte Ausbildungskonzept werden insgesamt als gute und wichtige Gelegenheit und Chance der Weiterentwicklung der Schule begriffen. Das Curriculum wird als entwicklungsfähig angesehen, vor allem auch im Hinblick auf Überlegungen zur Anrechnung von Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge. Für eine Curriculumrevision sehen die Lehrenden folgende Aspekte im Vordergrund:

- Stundenverteilung und Schwerpunktsetzung überdenken
- Spezialwissen kritisch hinterfragen
- Zeitrahmen für Pflegeunterricht, speziell Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erweitern
- Mehr Spielraum für Selbstlernphasen und didaktisch-methodische Veränderungen ermöglichen
- Rahmenplan im Hinblick auf den letzten Block überdenken
- Methode des Problembasierten Lernen weiter implementieren und im Ausbildungsverlauf verankern
- Praxiseinsätze und Anzahl der Kooperationspartner überdenken
- Öffentlichkeitsarbeit intensivieren und Konzept zur Verfügung und zur Diskussion stellen
- Inhalte des Lehrplans zugunsten einer Vertiefung der Inhalte reduzieren
- Kompetenzorientierte Prüfungsformen einführen
- Weiterbildungsangebote entwickeln
- Differenzierte Angebote für Ausbildungsvorbereitung entwickeln
- Praxisbegleitungskonzept erstellen
- Kriterien für eine qualitativ hochwertige Lernortkooperation weitergestalten
- Schul- und Unterrichtsentwicklung verbessern

10.3 Abschließendes Fazit

Abschließend sollen die Erfahrungen, die im Rahmen der Projektlaufzeit gemacht wurden, noch einmal kurz zusammengefasst werden: Grundsätzlich schätzen wir das Ausbildungskonzept der generalistischen Ausbildung als sinnvoll und notwendig ein. Das Kollegium der FKS konnte ein Curriculum entwickeln, das eine breite und umfassende Grundqualifikation für die Handlungsfelder der Pflege vermittelt. Gerade aufgrund der hohen inhaltlichen Dichte und der speziellen, anthroposophischen Ausrichtung der Schule ist es wichtig, die bisher etablierten Konzepte und Grundgedanken wie die Projektwoche „Tod und Sterben“, das Konzept der Erwachsenenbildung sowie das Konzept des künstlerischen Unterrichts zur Unterstützung der Persönlichkeitsbildung, beizubehalten und zu integrieren.

Bei der Curriculumentwicklung für ein generalistisches Ausbildungskonzept muss darauf geachtet werden, dass die Inhalte der einzelnen Ausbildungsberufe nicht additiv zusammengeführt werden, sondern, dass jeweils hinterfragt wird, was die grundlegenden und spezifischen Handlungen und damit verbundenen Inhalte sind. Den Auszubildenden muss immer wieder der Hintergrund und das Ziel der Ausbildung transparent gemacht werden.

Die Notwendigkeit der Transparenz drückte sich im Verlauf des Projekts immer wieder an unterschiedlichen Stellen aus. Den Auszubildenden Sicherheit im Ausbildungsverlauf und im Umgang mit dem Curriculum zu vermitteln, kann nur gelingen, wenn das Curriculum für alle an der Ausbildung Beteiligten nachvollziehbar und transparent ist. Eine besondere Rolle hierbei spielen neben den Lehrenden auch die Praxisanleiter in den praktischen Ausbildungseinrichtungen. An dieser Stelle will das Kollegium der FKS nach Ablauf der Modellphase intensiv weiterarbeiten, sodass eine gute Verzahnung von theoretischer und praktischer Ausbildung erfolgen kann.

Bei der abschließenden Auswertung im Lehrerkollegium wird deutlich, dass das Modellprojekt und die Projektlaufzeit als wesentliche Bereicherung für die Schulentwicklung gesehen werden. Die Herausforderungen waren immens, doch das Kollegium hat diese Aufgabe aufgrund einer hohen Identifikation mit der Schule, den Auszubildenden, der anthroposophischen Ausbildung und nicht zuletzt dem Pflegeberuf selbst, sehr gut gemeistert. Die entstandenen Spannungen und Schwierigkeiten entstanden hauptsächlich aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen, also durch die Gleichzeitigkeit von Entwicklung und Implementierung. Das Ausarbeiten des Curriculums war und ist eine große Aufgabe. Zu Beginn war vor allem die Umstellung auf die neue Struktur prägend. Hier stand im Vordergrund, das Bewusstsein bei allen an der Ausbildung Beteiligten für das Neue zu entwickeln.

Die Curriculumentwicklung für die generalistische Pflegeausbildung und der damit verbundene zweifache Paradigmenwechsel erforderte einen hohen Zeit- und Kraftaufwand, sodass manche Teilkonzepte wie das Lernerfolgsbewertungskonzept, ein Praxisbegleitungs-konzept sowie ein Praxiscurriculum nicht oder nicht vollständig realisiert werden konnten. Die übergeordneten Projektziele (siehe Kapitel 1) wurden dennoch vollständig bearbeitet und überwiegend erreicht.

Zur Weiterentwicklung der praktischen Ausbildung fordern die Lehrenden das stärkere und kontinuierliche Einbeziehen von Praxisanleitern, Praxiseinrichtungen, Lehrenden und Auszubildenden in die Curriculumrevision. Im weiteren Verlauf sollen die Gremien und deren Arbeitsinhalte noch einmal neu überdacht und berücksichtigt werden.

Eine große Schwierigkeit bei der Weiterentwicklung ist und bleibt die Unsicherheit, wie es mit dem Pflegeberuf weitergeht und wie die Pflegeausbildung in Zukunft aussehen wird. Doch wie und wohin sich die Pflegeausbildung auch entwickelt, es bleibt wichtig, den zukünftigen Anforderungen durch eine entsprechend konzipierte Ausbildung zu begegnen. Für diese Aufgabe ist die anthroposophisch erweiterte, generalistische Pflegeausbildung des Modellprojekts: „PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“ der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik eine gute und fundierte Grundlage. Der Grundsteinspruch der Freien Krankenpflegeschule weist für die Weiterentwicklung auch künftig den Weg:

**Suchet das wirklich praktische materielle Leben,
aber suchet es so, dass es euch nicht betäubt
über den Geist, der ihn im wirksam ist.
Suchet den Geist,
aber suchet ihn nicht in übersinnlicher Wollust, aus
übersinnlichem Egoismus,
sondern suchet ihn,
Weil ihr in selbstlos im praktischen Leben,
in der materiellen Welt anwenden wollt.
Wendet an den alten Grundsatz:
„Geist ist niemals ohne Materie, Materie niemals
Ohne Geist“ in der Art, dass ihr sagt:
Wir wollen alles Materielle im Lichte des Geistes tun,
Und wir wollen das Licht des Geistes so suchen,
Dass es und Wärme entwickle für unser praktisches Tun...
(Rudolf Steiner)**

Literaturverzeichnis

- Auad, Lucrecia (2002): Eurythmie in der Krankenpflegeausbildung. In: Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS): Kunst in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichtes Manuskript, 15. November 2002, Filderstadt,, S. 15-16.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers. Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (AltPflAPrV) vom 26. November 2002.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003.
- Bader, Reinhard; Müller, Martina (2002): Leitziel der Berufsbildung: Handlungskompetenz. In: Die berufsbildende Schule, Jg. 54, H. 6, S. 176–182.
- Bader, Reinhard (2003): Lernfelder konstruieren – Lernsituationen entwickeln. Eine Handreichung zur Erarbeitung didaktischer Jahresplanungen für die Berufsschule. In: Die berufsbildende Schule (BbSch), Jg. 55, H. 7-8, S. 210-217.
- Bader, Reinhard; Sloane, Peter F.; Sloane, Peter F. E. (Hg.) (2000): Lernen in Lernfeldern. Theoretische Analysen und Gestaltungsansätze zum Lernfeldkonzept. Theoretische Analysen und Gestaltungsansätze zum Lernfeldkonzept; Beiträge aus den Modellversuchsverbänden NELE & SELUBA; Fachtagung vom 25. - 26. November 1999 in Magdeburg. Markt Schwaben: Eusl-Verlagsgesellschaft mbH.
- Becker, Wolfgang (Hg.) (2006a): Ausbildung in den Pflegeberufen - Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Empirische Begründung, theoretische Fundierung und praktische Umsetzung der "dualisierten" Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege. Bd. 1. Bielefeld: Bertelsmann.
- Becker, Wolfgang (Hg.) (2006b): Ausbildung in den Pflegeberufen - Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Die Materialien zur Ausbildung: Ausbildungsrahmenpläne, Lernsituationen und Erläuterungen zur praktischen Ausbildung der "dualisierten" Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege. Bd. 2. Bielefeld: Bertelsmann.
- Becker, Wolfgang; Meifort, Barbara (2006): Die Systematik der Berufe - Trends und Veränderungen im Berufsfeld Gesundheit. In: Becker, Wolfgang (Hg.) (2006a): Ausbildung in den Pflegeberufen - Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Empirische Begründung, theoretische Fundierung und praktische Umsetzung der "dualisierten" Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege. Bd. 1. Bielefeld: Bertelsmann.
- Bertram, Mathias (1999): Entwicklungsorientierte Berufsbildung. 1. Aufl. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD) (2009): Stellungnahme des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) und der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen Deutschland (GKinD) zum Beschlussvorschlag der Amtschefinnen und Amtschefs der Gesundheitsressorts der Länder zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe vom 22./23. April 2009. Online unter http://www.bekd.de/dokumente/GMK_0609_BeKD_GKinD.pdf am 08.07.2010.
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD) (2001): Prinzip Pflegekompetenz. BeKD: Hannover.
- Bindelli, Marco (2002): Musik in der Krankenpflegeausbildung. In: Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS): Kunst in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichtes Manuskript, 15. November 2002, Filderstadt, S. 17.
- Bischoff-Wanner, Claudia (2003a): Der Lernfeldansatz - eine kritische Auseinandersetzung. In: Pflegemagazin, Jg. 4, H. 4, S. 4–13.

- Bischoff-Wanner, Claudia (2003b): Der Lernfeldansatz. Veranstaltung vom 25. September 2003, aus der Reihe "LAG-Fortbildung". Neuhausen. Veranstalter: Die Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Baden-Württemberg e.V.
- Bischoff-Wanner, Claudia (2008a): Empfehlungen zur zukünftigen Lehrerbildung in der Pflege mit Blick auf ein Gesamt-Berufsbildungskonzept. In: Bischoff-Wanner, Claudia.; Reiber, Karin. (Hg.): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. 1. Aufl. Weinheim: Juventa, S. 149–187.
- Bischoff-Wanner, Claudia (2008b): Evaluationsprojekt: Evaluation der generalistischen Pflegeausbildung an der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. anhand ausgewählter Aspekte. Unveröffentlichtes, internes Projektdokument. Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege.
- Bischoff-Wanner, Claudia; Reiber, Karin (2008): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. 1. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Brändle, Gerda (2008): Wo der Mensch im Mittelpunkt steht. Pflegeausbildung in der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik. Schulportrait. Unveröffentlichtes Manuskript. Filderstadt.
- Brater, Michael (2008): Formen der Integration von künstlerischem Üben in der Berufsbildung. Online unter http://www.gab-muenchen.de/media/downloads/formen_der_integration_von_knstlerischem_ben_in_der_berufsbildung.pdf am 09.03.2010.
- Brater, Michael; Büchele, Ute; Fucke, Erhard; Herz, Gerhard (1989): Künstlerisch handeln. Die Förderung beruflicher Handlungsfähigkeit durch künstlerische Prozesse. Stuttgart: Verl. Freies Geistesleben.
- Brendel, Sabine; Dielmann, Gerd (1998): Reform der Pflegeausbildung. Versuch einer Standortbestimmung im Bildungssystem. Zur Reformdiskussion aus bildungsstrukturellem und geschlechtsspezifischem Blickwinkel. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 3, H. 1, S. 7–19.
- Büchele, Ute (2007): Arbeitshandeln muss künstlerisch werden. Veranstaltung vom 28. Juni 2007, aus der Reihe "Geometrie der Arbeit 3". Leipzig. Veranstalter: Burg Giebichenstein, Hochschule für Kunst und Design Halle. Online unter http://www.gab-muenchen.de/media/downloads/20070723_vortrag_arbeitshandeln_muss_knstlerisch_ub_v1.pdf am 05.08.2010.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2007): Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Expertise. (Bildungsforschung Band 1). Online unter http://www.bmbf.de/pub/zur_entwicklung_nationaler_bildungsstandards.pdf am 16.04.2009.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin: Publikationsversand der Bundesregierung.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (Hg.) (2007): Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Deutscher Bildungsrat - Empfehlungen der Bildungskommission (1974): Zur Förderung praxisnaher Curriculum-Entwicklung. Verabschiedung auf der 35. Sitzung der Bildungskommission am 15./16. November 1973 in Saarbrücken. Stuttgart: Klett.

- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2010): Pflege-Thermometer 2009. „Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus.“ Kurzfassung. Online unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009_Kurzfassung.pdf am 08.07.2010.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2001): Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Unter Mitarbeit von Erika Schulz, Reiner Leidl und Hans-Helmut König. (Diskussionspapier, 240). Online unter <http://www.diw.de/documents/publikationen/73/38583/dp240.pdf> am 08.07.2009.
- Dielmann, Gerd (2004): Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Dubs, Rolf (2000): Lernfeldorientierung: Löst dieser neue curriculare Ansatz die alten Probleme der Lehrpläne und des Unterrichts an Wirtschaftsschulen. In: Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter; Busian, Anne (Hg.): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Steiner, S. 15–32.
- Duden (2003): Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. 3. Aufl. Mannheim: Dudenverlag.
- Die Filderklinik (1998): Pflegeleitbild der Filderklinik. Unveröffentlichtes, internes Dokument. Online nicht mehr verfügbar.
- Die Filderklinik (2004): Die Filderklinik – Anthroposophische Medizin: Akut und Ganzheitsmedizin. Informationsbroschüre, 1. Aufl. Filderstadt.
- Die FREIEN - Verband freigemeinnütziger Krankenhäuser in Hamburg® (2007): Hamburger Modell der FREIEN®. Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten. Online verfügbar unter http://www.die-freien-hh.de/fileadmin/user_upload/downloads/Hamburger_Modell_Werkstattbericht.pdf am 04.08.2009.
- Falk, Juliane (2003): Was ist das Besondere der Pflegeausbildung? - Eine Einstimmung. In: Falk, Juliane; Kerres, Andrea (Hg.): Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich. Weinheim: Juventa, S. 7–16.
- Falk, Juliane; Kerres, Andrea (Hg.) (2003): Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich. Weinheim: Juventa.
- Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS) (2002a): Ausbildungskonzept der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik. Unveröffentlichtes Manuskript, 15. November 2002, Filderstadt.
- Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS) (2002b): Kunst in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichtes Manuskript, 15. November 2002, Filderstadt.
- Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS) (2009): Konzept zur praktischen Ausbildung an der Filderklinik. Unveröffentlichtes Manuskript, 26.11.2009, Filderstadt.
- Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS) (2010a): Konzept für eine zukünftige Abschlussprüfung. Unveröffentlichtes, internes Projektdokument. Filderstadt
- Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS) (2010b): Konzept der generalistischen Zwischenprüfung. Unveröffentlichtes, internes Projektdokument. Filderstadt.

- Geppert, Susanne (2005a): Handlungsfähigkeit, Handlungskompetenz, berufliche Kompetenz. In: Geppert, Susanne; Geppert, Cornelia; Füg, Lydia; Eidam, Dorothea (2005): Lernfelder in der Pflegeausbildung. Theorie und praktische Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 26-39.
- Geppert, Susanne (2005b): Schlüsselqualifikationen: In: Geppert, Susanne; Geppert, Cornelia; Füg, Lydia; Eidam, Dorothea (2005): Lernfelder in der Pflegeausbildung. Theorie und praktische Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 40-49.
- Geppert, Susanne; Geppert, Cornelia; Füg, Lydia; Eidam, Dorothea (2005): Lernfelder in der Pflegeausbildung. Theorie und praktische Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege. Altenpflegegesetz - AltPflG, vom 4. September 2003. In: Bundesgesetzblatt Teil I Nr.44.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze. Krankenpflegegesetz – KrPflG, vom 16. Juli 2003. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil 1 Nr. 36.
- Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 29. Juni 1972, zuletzt geändert am 25. März 2009.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG): vom 23. Mai 1949. Online unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf> am 18.07.2010.
- Hasseler, Martina; Görres, Stefan (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen...: Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Hannover: Schlütersche.
- Hochscheid, Diana (2008): Professionelle Pflege. In: Hoehl, Mechthild (Hg.): THIEMEs Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 1–17.
- Hoehl, Mechthild (Hg.) (2008): THIEMEs Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 3., Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Huisinga, Richard; Lisop, Ingrid; Speier, Hans D. (1999): Lernfeldorientierung - Konstruktion und Unterrichtspraxis: Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter Forschung und Bildung.
- Humbert, Hartwig; Müller-Seng, Gabi; Schaller, Tanja (2008): Curriculum für eine gemeinsame Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege. Herausgegeben von Pflegerische Schulen am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer. Online unter http://www.pflegeausbildung.de/ergebnisse_und_materialien/RP-Curriculum_mit_Begrueendungsrahmen.pdf am 26.11.2009.
- Hundenborn, Gertrud (2009): Gesundheits- und Krankenpflege - Ausbildung und Beruf. In: Schewior-Popp, Susanne (Hg.): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung;. 11. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 4–27.
- Ingwersen, Ruth (2003): Die Verbindung von allgemeiner Bildung und Berufsbildung in Pflege und Gesundheit. In: Falk, Juliane; Kerres, Andrea (Hg.): Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich. Weinheim: Juventa, S. 19–50.
- Jacob, Christiane (2006a): Im Zeichen des Ypsilon. Die Perspektive der Fachschulen. In: Padua, Jg. 1, H. 4, S. 58–59.
- Jacob, Christiane (2006b): Generalistische Pflegeausbildung. "Berliner Modell". Lehrveranstaltung vom 03.11.2006. Esslingen. Veranstalter: Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege.

- Jacob, Christiane (2008): Generalistische Pflegeausbildung. Modellprojekt an der Berliner Wannseeschule. In: Padua, Jg. 3, H. 3, S. 57–65. Online verfügbar unter <http://www.wannseeschule.de/download/heft32008.pdf>, zuletzt geprüft am 04.08.2009.
- Kerngruppe Curriculum (2006): Pflegeberuflicher und pädagogischer Begründungsrahmen. 1. Aufl. Darmstadt: Winklers Verlag.
- Keuchel, Regina (2005): Lernsituationen entwickeln und gestalten – das Lernfeldkonzept auf seinem Weg von der Theorie in die Praxis. In: Pflegemagazin Jg. 6, H. 3, S. 31-38.
- Kloas, Peter-Werner (1997): Modularisierung in der beruflichen Bildung. Modebegriff, Streitthema oder konstruktiver Ansatz zur Lösung von Zukunftsproblemen? Bielefeld: Bertelsmann.
- Kloas, Peter-Werner (2001): Modulare Berufsausbildung: Eine Perspektive für die Benachteiligtenförderung. Online unter http://www.bibb.de/dokumente/pdf/pr_pr-material_2002_benachteiligte_kloas.pdf am 15.12.2006.
- Kneer, Monika; Schmid, Catrin (2006): Neue Ausbildungskonzepte der Pflege im Vergleich. Entwicklung von Kriterien für eine zukunftsfähige Ausbildung in den Pflegeberufen. Unveröffentlichte Masterarbeit. Betreut von Claudia Bischoff-Wanner. Hochschule für Sozialwesen, Hochschule Esslingen.
- Knigge-Demal, Barbara (1999): Grundsätzliche Fragen an eine fächerübergreifende Didaktik der Pflegeberufe. In: Koch, Veronika (Hg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. 1. Aufl. Bern: Huber, S. 31–44.
- Knigge-Demal, Barbara (2001): Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In: Sieger, Margot (Hg.): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. 1. Aufl. Bern: Huber, S. 41–55.
- Koch, Veronika; Jong, Anneke de (Hg.) (1999): Bildung und Pflege. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Köck, Peter; Ott, Hanns (2002): Wörterbuch für Erziehung und Unterricht. 7. Aufl.: Auer Donauwörth.
- Köther, Ilka (Hg.) (2005): Thiemes Altenpflege. Zeitgemäß und zukunftsweisend. Stuttgart: Thieme.
- Köther, Ilka (2005): Beruf Altenpflegerin/Beruf Altenpfleger. In: Köther, Ilka (Hg.): Thiemes Altenpflege. Zeitgemäß und zukunftsweisend. Stuttgart: Thieme, S. 807–823.
- Koeppe, Armin (2008): Instrumente zur Planung, Begleitung, Reflexion und Evaluation von Lernprozessen. In: Müller, Klaus; Koeppe, Armin: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Handbuch für die praktische Ausbildung. Berlin: Cornelsen, S. 7-29.
- Kooperationsvertrag zwischen dem Verein Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. und der Filderklinik gGmbH. Unveröffentlichtes Manuskript, 1.10.2009, Filderstadt.
- Kremer, H. Hugo (Hg.) (2005): Themenbereiche und Lernfelder im Pflegeunterricht. 1. Aufl. München: Urban & Fischer in Elsevier.
- Kremer, H. Hugo; Sloane, Peter F. (2001): Lernfelder implementieren. Zur Entwicklung und Gestaltung fächer- und lernortübergreifender Lehr-/Lernarrangements im Lernfeldkonzept. Markt Schwaben: Eusl-Verlagsgesellschaft mbH.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hg.) (2002): (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Unter Mitarbeit von Sowinski, Christine; Behr, Renate Köln: KDA.
- Lauber, Annette (2001): Leitbild und Pflege. In: Lauber, Annette; Fickus, Petra (Hg.): Grundlagen beruflicher Pflege. Stuttgart: Thieme, S. 4–21.
- Lauber, Annette; Fickus, Petra (Hg.) (2001): Grundlagen beruflicher Pflege. Stuttgart: Thieme.

- Lipsmeier, Antonius (2000): Systematisierungsprinzipien für berufliche Curricula. In: Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter; Busian, Anne (Hg.): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Steiner, S. 54–71.
- Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter; Busian, Anne (2000): Vorwort der Herausgeber. In: Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter; Busian, Anne (Hg.): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Steiner, S. 7.
- Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter; Busian, Anne (Hg.) (2000): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Steiner.
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2004): Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zur "Gesundheits- und Krankenpflegerin" oder zum "Gesundheits- und Krankenpfleger" und zur "Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin" oder zum "Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger", vom 16. Juni 2004.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen in NRW. Online unter http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf am 09.01.2009.
- Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2010): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Online unter <https://services.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/download/70582/lbg2010.pdf> am 06.08.2010.
- Mertens, Dieter (1974): Schlüsselqualifikationen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Jg. 7. Online unter http://doku.iab.de/mittab/1974/1974_1_MittAB_Mertens.pdf am 16.04.2009.
- Müller, Klaus (2008): Das Instrument der Lernaufgaben. In: Müller, Klaus; Koeppel, Armin: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Handbuch für die praktische Ausbildung. Berlin: Cornelsen, S. 34-37.
- Müller, Klaus; Koeppel, Armin (2008): Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Handbuch für die praktische Ausbildung. Berlin: Cornelsen.
- Nickolaus, Reinhold (Hg.) (2008): Didaktik - Modelle und Konzepte beruflicher Bildung. Orientierungsleistungen für die Praxis. 3. Aufl. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Oelke, Uta (1999): Kriterien zur Beurteilung und Konstruktion von Curricula. In: Koch, Veronika; Jong, Anneke de (Hg.): Bildung und Pflege. 1. Aufl. Bern: Huber, S. 15–30.
- Oelke, Uta; Menke, Marion (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Pätzold, Günter; Rauner, Felix (2006): Die empirische Fundierung der Curriculumentwicklung - Annäherung an einen vernachlässigten Forschungszusammenhang. In: Pätzold, Günter; Rauner, Felix (Hg.): Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Sonderheft Nr. 19. Stuttgart: Steiner, S. 7–28.
- Pressemitteilung (2006): „Altenpflegeausbildung wird in der EU nicht anerkannt“. Pflegezeitschrift. Jg. 59, H 3, S. 142.
- Radke, Karin (2008): Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.

- Rauner, Felix (2007): Berufliche Kompetenzentwicklung. Vom Novizen zum Experten. In: Padua, Jg. 2, H. 1, 22–28.
- Reiber, Karin (2004): Neuregelungen Berufsbildung Pflege. In: Pflegemagazin, Jg. 5, H. 1, S. 45–51.
- Riedel, Annette (2009): Altenpflege. Ein Berufsbild mit offenen Perspektiven. In: Padua, Jg. 4, H. 2, S. 51–57.
- Salvage, Jane; Wesemann, Monika (1995): Pflege im Aufbruch und Wandel. Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens zur Unterstützung der "Gesundheit für alle". München: MMV.
- Schewior-Popp, Susanne (Hg.) (2009): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung;. 11. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Schelten, Andreas (2004): Schlüsselqualifikationen. In: Wirtschaft und Berufserziehung, Zeitschrift für Berufsbildung, Jg. 56, H. 4, S. 11–13. Online verfügbar unter <http://www.lrz-muenchen.de/~scheltenpublikationen/pdf/schlueselqualschelten2004wub.pdf>, zuletzt geprüft am 02.02.2007.
- Schneider, Kordula (2005): Das Lernfeldkonzept - zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. In: Schneider, Kordula; Brinker-Meyendriesch, Elfriede u.a. (Hg.): Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. 2. Aufl. Berlin: Springer, S. 79–113.
- Schneider, Kordula u.a. (2001): Vom Lernfeld zum konkreten Unterricht – ein Leitfaden. In: Unterricht Pflege, Jg. 2, H.1, S. 20-28.
- Schneider, Kordula; Brinker-Meyendriesch, Elfriede u.a. (Hg.) (2005): Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Schneider Kordula; Muster-Wäbs, Hannelore (1999): Vom Lernfeld zur Lernsituation. Strukturierungshilfe zur Analyse, Planung und Evaluation von Unterricht. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (1991): Rahmenvereinbarungen über die Berufsschule. (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.03.1991). Online verfügbar unter http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1991/1991_03_15-Rahmenvereinbarung-Berufsschule.pdf am 12.06.2007.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (2000): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Online nicht mehr verfügbar.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Online verfügbar unter <http://www.kmk.org/doc/publ/handreich.pdf> am 28.03.2008.
- Sieger, Margot (Hg.) (2001): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Steiner, Rudolf (1976): Anthroposophische Leitsätze. Der Erkenntnisweg der Anthroposophie. Das Michael-Mysterium. Rudolf-Steiner-Gesamtausgabe. Bd. 26. Dornach/Schweiz: Rudolf Steiner Verlag.
- Stöcker, Gertrud (2002): Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung: Schlütersche.

- Stöcker, Gertrud (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, Margarete; Knoll, Martin (Hg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche, S. 25–77.
- Stöhr, Monika (2005): Handlungsfeld, Lernfeld, Lernsituation - Begriffsklärung. In: Kremer, Hans Hugo (Hg.): Themenbereiche und Lernfelder im Pflegeunterricht. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 13–20.
- Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung – TIP (2009): Positionen zur Ausbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen. Stand: September 2009. Online unter <http://www.tip-netzwerk.de/pdf/Positionspapier-TiP-2009.pdf> am 18.07.2010.
- Ulrich-Gerber, Bettina (2002): Kunst und künstlerisches Handeln. In: Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS): Kunst in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichtes Manuskript, 15. November 2002, Filderstadt, S. 6-8.
- van Houten, Coenraad (1996): Erwachsenenbildung als Willenserweckung. 2. Aufl. Stuttgart: Verl. Freies Geistesleben.
- von Freytag, Dagmar (2002): Der künstlerische Unterricht in der Krankenpflegeausbildung. In: Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. (FKS): Kunst in der Pflegeausbildung. Unveröffentlichtes Manuskript, 15. November 2002, Filderstadt, S. 9-14.
- Wittneben, Karin (1999): Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik. In: Koch, Veronika (Hg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. 1. Aufl. Bern: Huber, S. 1–13.

Internetquellen

- <http://www.bekd.de>
- <http://www.bmfsfj.de>
- <http://www.dip.de>
- <http://www.filderklinik.de/>
- <http://www.fks-filderklinik.de/>
- <http://www.gab-muenchen.de/>
- <http://www.kda.de>

Weiterführende Literatur

- Heisterkamp, Jens (2000): Was ist Anthroposophie. Einladung zur Entdeckung des Menschen. Dornach/Schweiz: Verl. am Goetheanum.
- Landenberger, Margarete; Knoll, Martin (Hg.) (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche.
- Steiner, Rudolf (2006): Einführung in die Anthroposophie – Ausgewählte Texte, TB. Nr. 656. 5. Aufl. Dornach/Schweiz: Rudolf Steiner Verlag.
- Widmer, Josef (1998): Grundsätze eines Baukastensystems. In: Panorama, H. 2. Online unter http://www.edudoc.ch/static/infopartner/periodika_fs/1998/Panorama/Heft_2_1998/pan8206.pdf am 31.12.2009.

Anhang

Anhangsverzeichnis

- Anhang 1:** Projektzeitplan 2006-2010
- Anhang 2:** Rahmenplan
- Anhang 3:** Überblick über das Curriculum
- Anhang 4:** Leitfaden zur Entwicklung einer Lernsituation
- Anhang 5:** Zuordnung zu den Wissensgrundlagen der KrPflAPrV
- Anhang 6:** Zuordnung zu den Themenbereichen der KrPflAPrV
- Anhang 7:** Formulare für das Erst- und Zwischengespräch
- Anhang 8:** Auswertungsbogen