

# Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen«

Stefan Görres, Stefanie Bohns, Martina Stöver, Antje Krippner

Im folgenden Artikel wird das Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« vorgestellt. Die Konzeption des Praxisprojekts beruht auf einer zweijährigen gemeinsamen Ausbildung der Berufe Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege mit einer anschließenden einjährigen Spezialisierungsphase. Ausgehend von den Innovationsdimensionen (Curriculare Dimension, Assessmentdimension, AusbilderInnendimension, Kooperationsdimension, Praxis-einsätze) wird die Konzeption und praktische Umsetzung im Bereich der curricularen Dimension und der Kooperationsdimension dargestellt sowie Zwischenergebnisse der Evaluation zur Bewertung des Curriculums und der Praxis-einsätze.

*The following article presents the »model project for integrated nursing training«. The concept of the project is based on two years of a common education of geriatric nursing, nursing and paediatric nursing and one year of special training. Starting with the innovations (curriculum, assessment, trainers cooperation, cooperation of the facilities, work in practice) the concept and the realisation of the dimensions curriculum and cooperation are presented. Furthermore first results on the evaluation of the curriculum and the practical work are discussed.*

## Übersicht

- Einführung
- Innovationen des Modellprojekts
- Projektentwicklung
- Evaluation des Modellprojekts:  
Design, Methoden und Ergebnisse
- Zusammenfassung und Ausblick

## Einführung

Seit Jahren steht die Qualifizierung der Pflegeberufe im Blickfeld fach- und berufs-politischer Diskussionen. Hintergrund dafür sind die veränderten pflegfachlichen, strukturellen und arbeitsorganisatorischen Anforderungen an Praxis und Ausbildung. Weitreichende Konsequenzen sind vor allem aus dem Bundesaltenpflegegesetz und dem novellierten Krankenpflegegesetz (ver.di 2003) zu erwarten.

Unterschiedliche Überlegungen liegen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in den Pflegeberufen vor. Gemeinsam ist diesen Konzeptionen die Intention, die klassische Trennung der Pflegeausbildung in Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege teilweise oder ganz (Görres et al. 2001) aufzuheben. Damit sollen Unterschiede im Qualifikationsniveau beseitigt, die horizontale und vertikale Mobilität der Berufsangehörigen gefördert sowie Chancen auf dem europäischen Arbeitsmarkt erhöht werden. Gemeinsame Intention aller Reformbemühungen ist zudem eine Verbesserung der

Ausbildungsqualität und -attraktivität, die sich nicht zuletzt aufgrund der derzeit sinkenden Bewerbernachfrage als dringend notwendig erweist.

Bremen hat diesen Entwicklungen Rechnung getragen. Im Oktober 2000 startete das Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen«<sup>1</sup>. Ziel des Projektes ist es, ein Ausbildungsprofil zu entwickeln, dass zum einen dem zukünftigen veränderten gesellschaftlichen Bedarf Rechnung trägt und zum anderen mit den Vorstellungen des Gesetzgebers konform geht. Die Ausbildung begann am 1. Oktober 2000 mit 24 TeilnehmerInnen, jeweils 8 Auszubildende aus den Bereichen Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege. Sie durchliefen gemeinsam eine zweijährige berufsfeldweite Grundausbildung mit anschließender einjähriger fachlicher Spezialisierung, welche die Auszubildenden mit den geschützten Berufsbezeichnungen: »Krankenschwester/-pfleger«, »Kinderkranken-schwester/-pfleger« und »Altenpflegerin/-pfleger« im September 2003 abschließen.

Die TeilnehmerInnen des Modellprojekts »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« befinden sich zur Zeit im dritten Ausbildungsjahr. Seit März 2001, dem Ende der Probezeit, nehmen 21 Personen am Modellprojekt teil.

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts erfolgt durch das Institut für angewandte Pflegeforschung (iap) der Universität Bremen für die Dauer von 3,5 Jahren. Dies umfasst die Unterstützung der Lehrenden bei der Curriculumentwicklung und Evaluation des Konzepts und seiner Umsetzung.

Der folgende Beitrag informiert über die Innovationen des Modellprojekts, die Projektentwicklung im Sinne des Konzipierungs- und Umsetzungsprozesses sowie über die Evaluation und Methoden der wissenschaftlichen Begleitung.

## I. Innovationen des Modellprojekts

Das Konzept orientiert sich an den Vorschlägen zur integrierten Pflegeausbildung, die im Rahmen der Bildungskonzepte des DBfK 1997, des BA (1997) und vom Deutschen Bildungsrat (Zopf 1997) erarbeitet wurden. Das Bremer Praxisprojekt weist mehrere innovative Dimensionen auf:

### • Curriculare Dimension

Die Struktur des Curriculums stellt sich in Form einer lernfeldorientierten Teilmodularisierung dar, inhaltlich werden zukünftige Aufgabenzuschnitte und Anforderungen an die Pflege mit eingebunden. Ausgehend vom Perspektivenwechsel – weg von der Pathogenese hin zur Salutogenese (An-

tonovsky 1997) – richtet sich das Curriculum am didaktischen Prinzip vom Gesunden zum Kranken aus: So ist z.B. das Thema »Gesundheit und Wohlbefinden« an den Anfang der Ausbildung gestellt. Ebenso gehört die Vermittlung und Förderung von Kompetenzen, die das berufliche Handeln der Pflege bestimmen, dazu.

#### • Assessmentdimension

Zu dem bisher üblichen Bewerbungsverfahren für einen Ausbildungsplatz in der Pflege wurde ein zusätzliches Instrument – das Assessmentcenter (AC) – von den drei beteiligten Pflegeschulen entwickelt und umgesetzt (Guski/Scholz 2001). Leitende Faktoren für das Auswahlverfahren waren das Konzept der Schlüsselqualifikationen nach Oelke (1998) sowie das »Leitideenfeld« nach Gloor (1993).

#### • AusbilderInnendimension

Es findet eine Zusammenarbeit von erfahrenen Lehrpersonen aus den beteiligten Schulen und PraxisvertreterInnen der beteiligten Einrichtungen statt. Eingebunden werden darüber hinaus AbsolventInnen des Lehramtsstudienganges der beruflichen Fachrichtung Pflege an der Universität Bremen.

#### • Kooperationsdimension

Zentrale Bestandteile des Modellprojekts »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« sind eine sehr enge Kooperation der beteiligten Schulen sowie ein Verbund der Praxisfelder, der ebenso für die betrieblichen Praxiseinsätze verantwortlich ist. Dazu kommt eine Verzahnung der Lernorte in Theorie und Praxis und gleichzeitig eine Verstärkung der Lernortkooperation (Görres et al. 2002).

#### • Praxiseinsätze

Aufgrund des neuen Aufgabenspektrums der zukünftig Pflegenden, wurde eine Vielfalt betrieblicher Einsatzorte während der Ausbildung durchlaufen. Neben den klassischen ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege wurden die Auszubildenden in Einrichtungen der Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Prävention eingesetzt.

## II. Projektentwicklung

Im folgenden wird der Konzipierungs- und Umsetzungsprozess auf der Ebene des Curriculums und in bezug auf den Theorie-Praxis-Transfer im Projekt näher beschrieben.

### Struktur des Curriculums

Die gemeinsame curriculare Arbeit im Modellprojekt erfolgt im Sinne einer praxisnahen Curriculumentwicklung (Blau 2000) über die gesamte Projektdauer (7/2000 bis 10/2003). Der curriculare Konstruktionsprozess orientiert sich an den Ansätzen von Robinsohn (1972) und Klafki (1975) und weist als weiteres Strukturmerkmal die Einteilung in drei Lernbereiche (vorläufige Arbeitstitel) auf, die in Orientierung an Berufs- und Handlungsfeldern der Pflege entwickelt wurden:

- **Lernbereich I:** Konzepte und Aufgaben der Pflege;
- **Lernbereich II:** Menschen in besonderen Lebenssituationen und Problemlagen begleiten und pflegen;
- **Lernbereich III:** Pflege als Beruf

Zur Strukturierung der Lernbereiche wurde in Anlehnung an Dubs (2000) eine Kombination von Lerngebieten in Form von disziplinentorientierten Fächern und interdisziplinären, mehrdimensional orientierten Modulen (Muijsers 1998) entwickelt und das Curriculum in Form einer »Teilmodularisierung« konzipiert. Die Module sind nach dem didaktischen Prinzip der Fächerintegration aufgebaut, d. h. Themen und Inhalte der Ausbildung werden nicht nach der Systematik einzelner Fächer bestimmt, sondern anhand beruflich relevanter Handlungsfelder der Pflege. Inhaltlich-didaktisch lehnt sich die Modularisierung somit an die Lernfeldkonzeption an (Sloane 2000; Bader/Schäfer 1998). Die Modularisierung im Modellprojekt versteht sich strukturell als Binnendifferenzierung unter Berücksichtigung des deutschen Berufskonzeptes<sup>3</sup> (Input-Modularisierung) (Kloas 1997; 1998) mit Blick auf Arbeitsmarktflexibilisierung und Europäisierung. Der zeitliche Umfang eines Moduls liegt zwischen 30 und 60 Stunden. Im Hinblick auf die Konstruktion besteht ein Modul aus folgenden Grundelementen: Begründung/

Lernintention, Lerninhalte, Lernformen, Lernunterlagen, Selbststudium, Stundenzahl und Lernkontrolle.

Für alle drei Lernbereiche wurden bisher Module entwickelt, die momentan in mehreren Workshops (Lehrende, Mitarbeiterinnen des wissenschaftlichen Teams) überarbeitet werden.

### Didaktische Prinzipien

Ein besonderer Schwerpunkt der Ausbildung liegt in der Vermittlung und Förderung von Kompetenzen, die das berufliche Handeln in der Pflege bestimmen: fachliche Kompetenz, soziale/kommunikative Kompetenz, personale Kompetenz, sowie Methodenkompetenz (Oelke 1998/Landesfachbeirat Pflege 2000). Diese Kompetenzbereiche wurden innerhalb einer themenzentrierten Arbeitsgruppe zum Thema »Schlüsselqualifikationen« von den Lehrenden der beteiligten Schulen operationalisiert und fließen, neben der Vermittlung über methodisch-didaktische Elemente wie Projektunterricht und erfahrungsorientiertes/exemplarisches Lernen, sowohl in die Leistungsbewertung der Auszubildenden im Unterricht als auch in die Beurteilung der praktischen Einsätze ein. Für die Leistungsbewertung im Unterricht und die Beurteilung der praktischen Einsätze wurden von den Lehrenden, teilweise ebenfalls im Rahmen einer Arbeitsgruppe, entsprechende Instrumente entwickelt. Zusätzlich soll der Theorie-Praxis-Transfer über spezifische Praxisaufgaben für die Auszubildenden während ihres stationären Einsatzes und den Praxisbesuch der Lehrenden in den Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden. Des Weiteren ergeben sich aus der dargestellten curricularen Konzeption Konsequenzen für Inhalt und Form der Prüfungen. Diese sind in einer Projektarbeitsgruppe modifiziert worden. So erfolgt z.B. im schriftlichen Teil der Prüfung eine Klausur, die die Ausbildungsinhalte des integrierten Ausbildungsteils umfasst und für jeden Ausbildungsgang der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege eine weitere Klausur, die die Inhalte aus dem speziellen Ausbildungsteil abprüft. Die Prüfungsfragen für diese Klausuren werden fächerintegrativ und fallorientiert gestellt. Für die praktische Prüfung wurde das Prüfungsprotokoll überarbeitet, so dass damit

die im Modellversuch erworbenen Kompetenzen der Prüflinge in der Bewertung berücksichtigt werden können.

### Theorie-Praxis-Vernetzung

VertreterInnen der beteiligten Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen arbeiten gemeinsam in der sogenannten Praxis-AG, um die Theorie-Praxis-Vernetzung zu sichern und die Anleitung der TeilnehmerInnen geplant und strukturiert zu gestalten. An den Sitzungen dieser Arbeitsgruppe, die sich in sechswöchigem Abstand trifft, nehmen Pflegedienstleitungen, PraxisvertreterInnen (PraxisanleiterInnen, MentorInnen, Pflegekräfte), VertreterInnen der Ausbildungspersonalräte, die Auszubildenden des Modellprojekts, LehrerInnen der beteiligten Pflegeschulen und die MitarbeiterInnen des iap der Universität Bremen teil.

Die Praxis-AG hat sich als Forum für einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch bewährt. Hier wurden z.B. Instrumente zur Leistungserfassung vorgestellt und bearbeitet (Beurteilungsbogen für die Praxis/Praxisaufträge der Auszubildenden). Zur Zeit wird anhand einer Matrix zur Kompetenzvermittlung (Muster-Wäbs/Schneider 2001) mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe geprüft, welche methodischen Handlungen sich zur Förderung und Erweiterung von Fachkompetenz, personaler Kompetenz und sozialer/kommunikativer Kompetenz eignen. Besonders wird hierbei auf Lernhilfen, Lerntechniken sowie verbale und nonverbale Kommunikationsprozesse geachtet.

### III. Evaluation des Modellprojekts: Design und Methoden

Im Mittelpunkt der Evaluation steht die Frage, ob sich das integrierte Ausbildungsmodell bezüglich Dauer, curriculärer Konzeption und Akzeptanz sowohl für die Auszubildenden als auch für die am Modellprojekt beteiligten Kooperationspartner bewährt hat. Sie ist zunächst darauf ausgerichtet, die Nachhaltigkeit der Innovationen und deren Synergieeffekte, die transferfähigen Elemente sowie die Bündelung der Ergebnisse zu dokumentieren. Hierzu werden die innovativen Projektanteile zeit- und praxisnah analysiert, um diese im Hinblick auf eine nachhaltige Übertragbarkeit

bzw. Transferfähigkeit zu überprüfen. Des Weiteren werden im Rahmen der Evaluation förderliche und hinderliche Umsetzungsfaktoren im Prozessverlauf sichtbar gemacht und ggf. Maßnahmen zur Gegensteuerung ergriffen. Die Ergebnisse der Evaluation bilden die Grundlage für eine abschließende Formulierung von Optimierungsempfehlungen, u.a. zur Übertragbarkeit des Modellprojekts in eine Regelausbildung.

Die Evaluation besteht aus den Phasen einer Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation und basiert auf dem Forschungsansatz der experimentierenden Evaluation<sup>3</sup> (Heiner 1998, Rossi et al. 1988). Im Rahmen der Evaluation kommen unterschiedliche qualitative und quantitative Verfahren bei unterschiedlichen Zielgruppen und zu unterschiedlichen Messzeitpunkten zum Einsatz. Eine differenzierte Darstellung des Designs und Methoden zeigt der Evaluationsplan in der nachfolgenden Abbildung (vgl. Abb. 1).

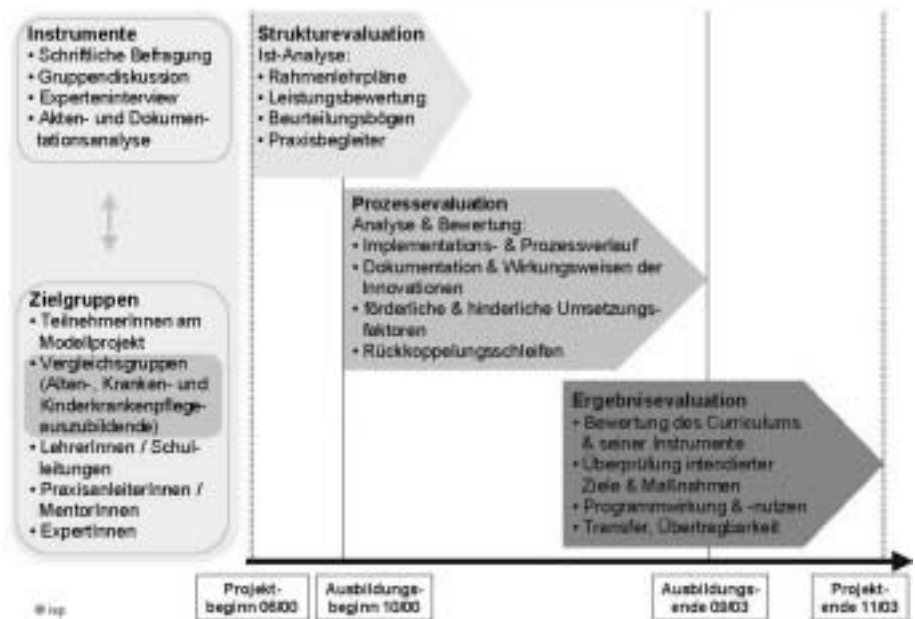


Abbildung 1: Evaluationsplan

Die folgende Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die Bewertung der Prozess- und Ergebnisevaluation und hier insbesondere auf die Innovationsdimensionen Curriculum und Praxiseinsätze.

#### Bewertung der curricularen Dimension

Die positive Bewertung des »didaktischen Prinzips vom Gesunden zum Kranken«

zum Ende des Modellprojekts macht deutlich, dass der intendierte Perspektivenwechsel im Sinne der Salutogenese im Verlauf der Ausbildung erreicht werden konnte: Zum Ende des 12-wöchigen Einführungsblockes (12/2000) werden noch traditionelle medizin- und krankheitsorientierte Unterrichtsthemen, wie z.B. Krankheitslehre und -bilder sowohl von den Auszubildenden als auch von den Lehrenden vermisst. 1,5 Jahre nach Ausbildungsbeginn (4/2002) hat der Stellenwert von pflegebezogenen Unterrichtsinhalten deutlich zugenommen: Bei der Einschätzung spezifischer Lerninhalte (naturwissenschaftlich/medizinisch, sozialwissenschaftlich und pflegebezogen) beurteilen 71,4% der Auszubildenden den Umfang von pflegebezogenen Lerninhalten in der integrierten Pflegeausbildung als zu gering/viel zu gering (vgl. Görres et al. 2002). Zum Ende der Ausbildung (3/2003) sind insgesamt 90% der Lehrenden und Schulleitungen (n=10) der Meinung, dass sich das didaktische Prinzip »sehr bewährt«

bzw. »bewährt« hat. Zudem können sich 50% der befragten Lehrenden vorstellen, dieses Prinzip an ihrer Pflegeschule zu übernehmen. Deutlich wird, dass ein Abweichen vom traditionell medizin- und krankheitsorientierten Unterricht einen längeren Umdenkungsprozess erforderlich macht. Eine frühzeitige Einbeziehung aller Projektbeteiligten (Auszubildende, Lehrende, PraktikerInnen) in die theoretische Ar-

beit, z.B. durch Schulungen im Bereich der Salutogenese, könnte diesen Prozess verkürzen.

90% der befragten Lehrenden sehen durch die integrierte Pflegeausbildung vor allem Fähigkeiten aus dem Bereich der sozialen/kommunikativen Kompetenz vermittelt, 60% der Befragten Fähigkeiten aus dem Bereich der personalen Kompetenz und 50% Fähigkeiten, die sich dem Bereich der Fachkompetenz zuordnen lassen. Die Ergebnisse einer Befragung der PraxisanleiterInnen (3/2001, n=21) bestätigen vor allem die Förderung im Bereich der sozial/kommunikativen und personalen Kompetenzen (Görres et al. 2002). Die Kompetenzvermittlung geschieht für die Hälfte der befragten Lehrenden/Schulleitungen mit Hilfe von geeigneten Unterrichtsmethoden, z.B. »Rollenspiel«, »Gespräche üben und fördern«, sowie »Reflexion der Praxiseinsätze im Unterricht«. Eine deutliche Rolle spielt auch »die Verknüpfung von Theorie und Praxis«. Optimierungsbedarf besteht dagegen für den Bereich der Methodenkompetenz, da gerade Fähigkeiten und Kompetenzen aus diesem Bereich, z.B. Pflegeziele systematisch und planmäßig anzustreben und geeignete Methoden und Techniken zur Lösung praktischer und theoretischer Arbeit zu entwickeln, für zukünftig Pflegende mehr als bisher gefordert werden.

Die »Gründung einer Praxis-AG« mit dem Ziel, die Lernortkooperation zu verstärken und die Theorie-Praxis Vernetzung zu sichern, wird von insgesamt 80% der Lehrenden/Schulleitungen als positiv bewertet. Um die ambulante Pflege in der Ausbildung stärker zu berücksichtigen, sollten zukünftig auch ambulante Pflegeeinrichtungen in die Praxis-AG mit einbezogen werden.

Nicht ganz so positiv werden die »Struktur des Curriculums in Form einer Teilmodularisierung« (50% bewährt) und »die Beurteilungsbögen für die praktische Ausbildung« (40% bewährt) eingeschätzt. Als Gründe für die geringere Akzeptanz werden eine zu »kurze Vorbereitungszeit« und »nicht ausreichende Schulungen« bezüglich der Modulthematik und der Beurteilungsbögen genannt. Auf die Frage: »Wenn die Möglichkeit bestünde, das Modellpro-

jekt noch einmal neu zu beginnen, was würden Sie anders machen?« wünschen sich jeweils die Hälfte der Befragten eine zu Beginn der Ausbildung vorliegende Ausbildungsstruktur bzw. ein vollständiges Curriculum und eine längere Vorbereitungszeit (40% der Lehrenden/Schulleitungen).

### **Bewertung der Dimension der Praxiseinsätze**

Die integrierte Pflegeausbildung begann mit einem dreimonatigen Einführungsblock, dessen Kernstück das Projekt »Gesundheit und Wohlbefinden« bildete. Ausgangspunkt ist der gesunde Mensch mit seinen Möglichkeiten, die eigene Gesundheit als solche bewusst wahrzunehmen, zu unterstützen und zu erhalten. Gestützt wurde dieses Projekt durch eine zweiwöchige Hospitation in Institutionen der Gesundheitsförderung<sup>4</sup>, in der die TeilnehmerInnen Menschen aller Lebensaltersstufen in ihren natürlichen Lebenszusammenhängen, ihren Arbeits- und Freizeitaktivitäten kennen lernen konnten. Diese Einsätze haben sich sowohl aus Sicht der TeilnehmerInnen als auch aus Sicht der Lehrenden bewährt. Optimierungsempfehlungen für die Hospitationseinsätze betreffen die eigenverantwortliche Organisation der Einsatzorte. Hierdurch kann der Planungsaufwand der LehrerInnen und Schulleitungen reduziert werden und die Auszubildenden lernen Verantwortung für die eigene Ausbildung zu übernehmen.

Zum Ende des ersten Ausbildungsjahres (Aug./Okt. 2001) erfolgten zwei vierwöchige Einsätze der TeilnehmerInnen in den jeweilig anderen Berufsfeldern, d.h. die Auszubildenden mit dem Berufsziel »Altenpflege« wechselten in die Berufsfelder »Krankenpflege« und »Kinderkrankenpflege« usw. Ein Beobachtungsauftrag, basierend auf dem Konzept der Salutogenese, mit dem Ziel Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Pflege von Menschen verschiedener Lebensalter und Institutionen heraus zu arbeiten, verband die Einsatzwechsel. Die Einsätze wurden anhand der Beobachtungsbögen im Unterricht reflektiert und vor der »Praxis-AG« präsentiert. Die TeilnehmerInnen beurteilen die Berufsfeldwechsel als sehr positiv: So konnten sie z.B. Unterschiede in der Organisationsstruktur, der personellen Teamzusammensetzung, der Teamarbeit und der Pflegeorg-

anisation der einzelnen Institutionen feststellen, dazu Unterschiede in der Pflege und in der Angehörigenarbeit. Die positiven Erfahrungen der TeilnehmerInnen mit dem Berufsfeldwechsel regten zudem die PraxisvertreterInnen in der Arbeitsgruppe an, ebenfalls in den anderen Berufsfeldern zu hospitieren.

Die Wahleinsätze<sup>5</sup> in unterschiedlichen Institutionen differenzieren zwischen traditionellen und innovativen Einsatzorten. Die Ergebnisse zeigen, dass nur der Bereich »Rehabilitation« von allen drei Berufsgruppen gewählt wurde. Die Einrichtungen der Kategorie »Dienstleistungszentrum/ambulante Pflege« werden ausschließlich von TeilnehmerInnen mit dem Berufsziel Altenpflege, die Einsatzorte aus dem Bereich »Bildung« sowie »Prävention/Förderung von Kindern«, die auf die Zielgruppe Kinder und Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind, von TeilnehmerInnen aus dem Berufsfeld Kinderkrankenpflege gewählt. Bei der Auswahl der Einsatzorte scheint der angestrebte Berufsabschluss eine große Bedeutung zu haben.

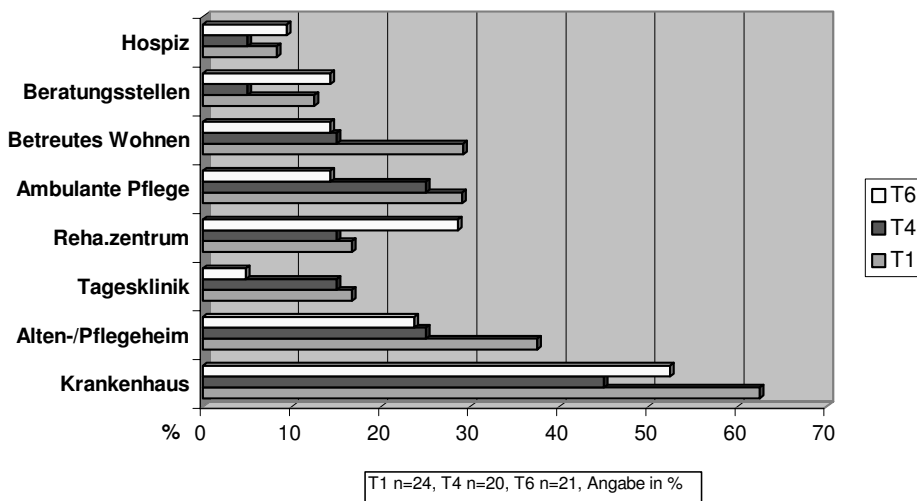
Als zukünftiger Arbeitsbereich steht das »Krankenhaus« an erster Stelle. Die anderen Bereiche wie »Alten- und Pflegeheim«, »Tagesklinik«, »Ambulante Pflege«, und »Betreutes Wohnen« haben deutlich im Verlauf der Ausbildung an Attraktivität verloren. Lediglich der Bereich »Rehabilitationszentrum« ist für die Auszubildenden in Hinsicht auf einen zukünftigen Arbeitsbereich attraktiver geworden (vgl. Abb. 2).

## **IV. Zusammenfassung und Ausblick**

Insgesamt betrachtet hat sich das Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« in seinen Innovationsdimensionen nach den bisherigen Ergebnissen und Erfahrungen bewährt. Deutlich wird, dass Teilelemente der curricularen Dimension einer weiteren Bearbeitung bedürfen, die Entwicklung und Implementation innovativer Curriculumelemente eine längere Vorlaufzeit erfordern und mit entsprechenden Schulungen für Lehrende und PraktikerInnen begleitet werden muss. Im Zusammenhang mit der Evaluation der Dimension der Praxiseinsätze zeigt sich, dass



### Einschätzung über zukünftige Arbeitsbereiche zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten - ganz sicher/ziemlich wahrscheinlich



**Abbildung 2: Einschätzung über zukünftige Arbeitsbereiche**

T1 = Ausbildungsbeginn,  
T4 = Ende des 1. Ausbildungsjahres,  
T6 = Ende des 2. Ausbildungsjahres

trotz vielfältiger, innovativer Einsatzorte in der integrierten Pflegeausbildung eher traditionelle und für die jeweilige Berufsgruppe typische Einsatzbereiche als zukünftige Arbeitsfelder von den Auszubildenden der jeweiligen Berufsgruppe (AP, KP, KKP) genannt werden. Andere Bereiche in denen Pflege stattfindet, wie z.B. Beratungsstellen, werden kaum als zukünftiger Arbeitsbereich in Betracht gezogen. Eine stärkere Beachtung erfordert aufgrund der Ergebnisse der ambulante Pflegebereich, der im Verlauf der Ausbildung bei den Auszubildenden deutlich an Attraktivität verloren hat, obwohl gerade hier zukünftig ein hoher Bedarf an qualifiziert ausgebildeten Pflegenden prognostiziert wird. Inwieweit zum Ende des 3. Ausbildungsjahres, d.h. in der Spezialisierungsphase, Verschiebungen hinsichtlich der zukünftigen Arbeitsbereiche stattfinden, bleibt offen und wird neben anderen Themen Gegenstand eines Abschlussworkshop im November 2003 sein. Des weiteren ist eine Veröffentlichung in Form eines Readers des Modellprojekts mit allen beteiligten Akteuren geplant.

In der Beantragungsphase findet sich ein Follow-Up des Modellprojektes »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« mit dem Ziel, durch eine frühzeitige Anschluss-

studie für die weitere (bildungs-) politische Planung bundesweit Daten zur Verfügung zu stellen, die insbesondere im Zusammenhang mit einer Modernisierung und zur Stärkung der Innovationsfähigkeit von Pflegeschulen einen wichtigen Beitrag leisten können. Im Mittelpunkt der Studie steht die Frage der Bewährung und Akzeptanz einer integrierten Pflegeausbildung auf dem Arbeitsmarkt. Die Ergebnisse des Follow-Up sind auch übertragbar auf laufende und zukünftige Projekte und können dazu beitragen, in anderen Projekten – etwa kommuniziert über das Transfernetzwerk »Innovative Pflegeausbildung« (TIP)<sup>6</sup> – entsprechende Umsteuerungen vorzunehmen bzw. die Diskussion um zukunftsfähige Ausbildungsmodelle für Pflegeberufe fortzuführen.

*Prof. Dr. Stefan Görres*

Hochschullehrer, Leiter des Instituts für angewandte Pflegeforschung (iap)  
*Stefanie Bohns*

Soziologin M.A., Kinderkrankenschwester  
*Martina Stöver*  
Dipl. Berufspäd. Pflegewiss., Fachkrankenschwester für den Operationsdienst

*Antje Krippner*

Dipl. Berufspäd. Pflegewiss., Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege

Adresse:

Institut für angewandte  
Pflegeforschung (iap)  
Universität Bremen  
Grazer Str. 6  
28359 Bremen  
sgoerres@uni-bremen.de  
www.iap.uni-bremen.de

#### Anmerkungen

- 1 Projektnehmer: Schule für Altenpflege der Bremer Heimstiftung; Kinderkrankenpflegeschule des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Strasse; Krankenpflegeschule des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord; Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen. Das Projekt wird vom ZKH Bremen-Nord, dem ZKH St.-Jürgen-Straße, der Bremer Heimstiftung, dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen, dem Europäische Sozialfond, dem Arbeitsamt Bremen, der Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart und der Universität Bremen gefördert.
- 2 Unter dem Begriff »Berufskonzept« wird im Hinblick auf die im Berufsbildungsgesetz (BBiG) beschriebene außerschulische berufliche Bildung das System der staatlich anerkannten Ausbildungsberufe verstanden (Brenner 1996: 3)
- 3 Der Ansatz der experimentierenden Evaluation zeichnet sich vor allem durch eine enge Verknüpfung von Praxishandeln und Praxisforschung aus, verbunden mit einer responsiven und partizipativen Ausrichtung, insbesondere mit dem primären Ziel, Praxis zu optimieren.
- 4 Hospitationseinsatzorte: Kindertagesheim; Einrichtungen zur öffentlichen Gesundheitsförderung, (z.B. Gesundheitsamt); Initiativen/Einrichtungen im Bereich Sport und Selbsthilfe, (z.B. Sportvereine, Fraueninitiativen); Bildungseinrichtungen, (z.B. VHS-Bildungsurlaub zum Thema Lebensqualität und Gesundheit); Betriebsräte in Krankenhäusern; Kirchengemeinden, (z.B. Spielkreise, Seniorentreffs, Begegnungsstätten); Wohnen mit Service; Zirkus Tohuwabohu.
- 5 Wahleinsatzorte: Rehabilitationszentrum; Dienstleistungszentrum/ambulante Pflege; Präambulantes Zentrum; Sozialpsychiatrischer Dienst; Kreissaal; Prävention/Förderung, (z.B. Verein für integrative Erziehung und Frühförderung); Bildung, (z.B. Sonderschule) Geriatrie.
- 6 Grundlage des »Transfernetzwerks Innovative Pflegeausbildung« (tip) sind die inzwischen vielfältigen Modellprojekte an Pflegeschulen, die sich durch einen hohen Innovationsgehalt auszeichnen und inhaltlich und strukturell unterschiedliche Ansätze erproben. Das Transfernetzwerk hat das Ziel, die Nachhaltigkeit und Verbreitung der Modellvorhaben zu unterstützen. Das Institut für angewandte Pflegeforschung (iap) der Universität Bremen übernimmt die Netzwerksteuerung und Koordination des Transfernetzwerkes »Innovative Pflegeausbildung (TIP), das für 3 Jahre von der Robert Bosch Stiftung gefördert wird.

**Literatur**

- Antonovsky, A. (1997) Salutogenese zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, dgvt-Verlag
- Bader, R.; Schäfer, B. (1998): Lernfelder gestalten. Vom komplexen Handlungsfeld zur didaktisch strukturierten Lernsituation. In: Die berufsbildende Schule. Heft 3: 73-74 und <http://www.lernfelder.schule-bw.de/aufsaezte>
- Blau, H.-J. (2000): Curriculares Arbeiten als Element der Schulkultur. In: Pflegemagazin, Jg. 2, H1: 30-33
- Brenner, H. (1996): BIBB -Positionen zu aktuellen Herausforderungen in der beruflichen Bildung. I. Beruf und Berufskonzept. In: BWP Jg. 25 Heft 3, Bielefeld, S. 3-4
- Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (1997): Bildung und Pflege, Stuttgart, Thieme Verlag
- DBfK (1997) (Hrsg.): Ausbildung in den Pflegeberufen. Dokumentation eines Expertengesprächs am 14.3.1997 in Eschborn.
- Dubs, R. (2000): Lernfeldorientierung: Löst dieser neue curriculare Ansatz die alten Probleme der Lehrpläne und des Unterrichts an Wirtschaftsschulen? In: Lipsmeier, A.; Pätzold G. (Hrsg.): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Beiheft 15 zur Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik: 15-32
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes. <http://www.gewerkschaft-big.de/apflg.htm>
- Gloor, A. (1993): Die AC-Methode. Führungskräfte beurteilen und fördern. Zürich, Verlag Orell Füssli
- Görres, S. et al. (2001): Organisationskulturen gestalten. Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen«. In: Pflegemagazin 2/2001 1:48-55
- Görres, S. et al. (2002): Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen«, Entwicklungen und erste Ergebnisse der Evaluation. In: Pflegemagazin 6/02, S. 35-45
- Guski, E.; Scholz, P. (2001): Das Assessment-Center zur BewerberInnenauswahl in der Pflegeausbildung. Erste Erfahrungen im Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen«. In: »Pfleagemagazin« 1/2002, S. 22-28
- Heiner, M. (Hrsg.) (1998): Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München, Juventa Verlag
- Klafki, W. (1975): Handlungsforschung im Schulfeld. In: Haft, H. / Hameyer U. (Hrsg.): Curriculumplanung – Theorie und Praxis. München, Koesel, S. 69-97
- Kloas, Peter-Werner (1997): Modularisierung in der beruflichen Bildung: Modebegriff, Streitthema oder konstruktiver Ansatz zur Lösung von Zukunftsproblemen? Bundesinstitut für Berufsbildung, Bielefeld
- Kloas, Peter-Werner (1998): Modularisierung unter Beibehaltung des Berufskonzepts. In: Davids, Sabine (Hrsg.): Modul für Modul zum Berufsabschluss. Berufsbegleitende Nachqualifizierung zwischen Flexibilität und Qualitätssicherung. Berichte zur beruflichen Bildung. Heft 216. Bundesinstitut für Berufsbildung: 199-220
- Landesfachbeirat Pflege (LFP) 2000: Grundsatzpapier »Professionelle Pflege«, Bremen.
- Muijsers, P. (1998): Modularisierung des Pflegeunterrichts. Wiesbaden, Ullstein Medical
- Muster-Wäbs, Hannelore; Schneider, Kordula (2001): Chancen und Risiken des Lernfeldkonzeptes. In: Unterricht Pflege. 6. Jahrgang. Heft 1:37-40
- Oelke, U. (1998): Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflegende. Ein Systematisierungsversuch im Rahmen der bundesdeutschen berufspädagogischen Diskussion. In: PflegePädagogik. Heft 2, S.42 ff
- Robinson, S., B. (1972): Bildungsreform als Revision des Curriculums und ein Strukturkonzept für Curriculumentwicklung. Neuwied, Luchterhand
- Rossi, P. H.; Freeman, H. E.; Hofmann, G. (1988): Programm-Evaluation: Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart, Enke Verlag
- Sloane, P. F.E. (2000): Lernfelder und Unterrichtsgestaltung. In: Die berufsbildende Schule. (BbSch) 52 (2000) 3: 79-95
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di (2003) (Hrsg.): Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 25.10.2002. In: Gesundheits- und Krankenpflege – Neues Gesetz in der Beratung. Das Recht der Ausbildung in der Krankenpflege, Bd.2, Berlin
- Zopf, I. (1997): Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. In: DBfK (1997) (Hrsg.), Ausbildung in den Pflegeberufen. Dokumentation eines Expertengesprächs am 14.3.1997 in Eschborn, S.27-31.