

## Werkstattbericht

Hamburger Modell der Freien

### **Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten**

Das vorliegende Konzept ist das Ergebnis eines langen und intensiven Arbeitsprozesses der LehrerInnen für Pflegeberufe aus den Bereichen Kinderkranken-, Kranken-, und Altenpflege der freigemeinnützigen Krankenhäuser Hamburgs.

Aufgeschlossene und kritische Auseinandersetzungen machten es möglich, die Ausbildungen der drei Pflegeberufe so zu vereinen, dass die Besonderheiten erhalten bleiben und Gemeinsamkeiten verbindend wirken. Dies geschah zur Generierung einer zukunftsweisenden, die aktuellen gesetzlichen Entwicklungen berücksichtigenden, generalisierten Pflegeausbildung, in der jede Schülerin/ jeder Schüler ihren/ seinen Schwerpunkt von Anfang an verfolgen kann. Gesundheitsentwicklung und -förderung, Handlungsorientierung und Verständigungsorientierung sind dabei wichtige Stichworte.

Das Curriculum ist in Module gegliedert, die in einem idealtypischen Verlauf dargestellt ist. Darüber hinaus sind die Motivation, der Prozess, die Werte und Begründungen des Hamburger Modells deutlich gemacht.

Herausgeber: Die FREIEN – Verband freigemeinnütziger Krankenhäuser in Hamburg e.V.

**VerfasserInnen:**

Amend, Thomas	Lehrer für Pflegeberufe	Klemann-Dannecker, Gisela
Bernhard, Hartmut	Dozent für Altenpflege	Lehrerin für berufl. Schulen,
Börner, Hartmut	Lehrer für Pflegeberufe	Lehrplanreferentin
Brell, Susanne	Lehrerin für Pflegeberufe	
Claus, Ivonne	Lehrerin für Pflegeberufe	
Dammann, Christine	Lehrerin für Pflegeberufe	
Dierksen, Wiebke	Lehrerin für Pflegeberufe	
Dobritzsch, Bernd	Schulassistent	
Feldtkeller, Renate	Lehrerin für Pflegeberufe	
Freitag, Monika	Gewerbelehrerin für Gesundheit	
Gagelmann, Michael	Lehrer für Pflegeberufe	
Glöckl, Marianne	Lehrerin für Pflegeberufe	
Graage, Cordula	Gewerbelehrerin	
Grunde, Renate	Lehrerin für Pflegeberufe	
Hackmann, Mathilde	MSc ( nursing&education)	
Hartz, Sabine	Lehrerin für Pflegeberufe	
Heming, Karin	Lehrerin für Pflegeberufe	
Jungclaus, Delphine	Lehrerin für Pflegeberufe	
Kandora, Gudrun	Diplom Pflegepädagogin (FH)	
Knigge, Christa	Lehrerin für Pflegeberufe	
Krebs, Silvia	Lehrerin für Pflegeberufe	
Lorenzen, Stefan	Lehrer für Pflegeberufe	
Mai, Carsten	Diplom- Pädagoge	
Manthey- Lenert, Simone	Lehrerin für Pflegeberufe	
Mikoleit, Mirjam	Lehrerin für Pflegeberufe	
Möhring, Petra	Lehrerin für Pflegeberufe	
Müller, Christine	Lehrerin für Pflegeberufe	
Niehusen, Ingrid	Lehrerin für Pflegeberufe	
Plath- Clever, Birgit	Lehrerin für Pflegeberufe	
Rentzel, Brigitte	Lehrerin für berufliche Schulen	
Röhmeier, Leanne	Lehrerin für Pflegeberufe	
Rolf, Karsten	Lehrer für Pflegeberufe	
Schiller, Karin	Lehrerin für Pflegeberufe, Diplom Pädagogin	
Schleith, Monika	Diplom- Pflegepädagogin	
Schopf, Maria	Lehrerin für Pflegeberufe	
Schwonke- Beinlich, Angela	Fachaltenpflegerin für klin. Geriatrie & Rehabilitation	
Starke, Elisabeth	Lehrerin für Pflegeberufe	
Stecher, Angela	Lehrerin für Pflegeberufe	
Steinert, Cornelia	Lehrerin für Pflegeberufe	
Steinicke, Karin	Lehrerin für Pflegeberufe	
Steinmeier, Anke	Lehrerin für Pflegeberufe	
Stöhr, Monika	Lehrerin für Pflegeberufe	
Strass, Katharina	Diplom- Pflegepädagogin (FH)	
Theuerkauf- Reuß, Michael	Lehrer für Pflegeberufe	
Venhaus, Brigitte	Lehrerin für Pflegeberufe	
Walkling, Maren	Lehrerin für Pflegeberufe	
Weppen v.d., Beate	Lehrerin für Pflegeberufe	
Woldmann PhDr., Renata	Dipl. Pädagogin, Lehrerin für Pflegeberufe	

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Vorwort**

### **Geleitwort**

## **I Ausgangssituation und Anlass für die Entwicklung eines neuen Ausbildungsmodells**

1. Die Motivation
2. Die Werte
  - 2.1 Unser pädagogisches Verständnis
  - 2.2 Unser pflegerisches Verständnis
  - 2.3 Unser Verständnis von Gesundheitsförderung und –  
entwicklung
3. Generalisierung
  - 3.1 Die Position der Kinderkrankenpflege
  - 3.2 Die Position der Krankenpflege
  - 3.3 Die Position der Altenpflege

## **II Verlauf der Entwicklung**

1. Der Weg
2. Die Arbeitsgruppen und ihre Aufgaben

## **III Begründungsrahmen für das neue Ausbildungsmodell**

1. Das Ziel der Ausbildung
2. Pflege theoretische Überlegungen
3. Pädagogische Begründung
  - 3.1 kritisch-konstruktive Didaktik im Anwendungsfeld Pflege-  
pädagogik
  - 3.2 Handlungs- und Kompetenzorientierung
  - 3.3 Lernfeld- und Modulkonzept

#### **IV Das Curriculum des Hamburger Modells**

1. Modulkonstruktion und strukturelle Komponenten
2. Theorie-Praxis-Verknüpfung
3. Modulabschlüsse und Examina

#### **V Evaluation (Ursula Brucks)**

1. Evaluation als Praxisbegleitung
2. Methodik
3. Evaluation der Modellkonzeption
4. Entwicklung der Kriterien für die Ergebnisevaluation
5. Evaluation der Rahmenbedingungen und Ressourcen
6. Prozessbegleitende Evaluation des Curriculum

#### **VI Ausblick**

#### **Literaturliste**

#### **Anhang**

## **Vorwort**

Seit 1999 arbeiten wir an der Konzeption einer zukunftsweisenden Pflegeausbildung.

Ermuntert durch den Verbund der „FREIEN“ (freigemeinnützige Krankenhäuser in Hamburg), die Direktorien der beteiligten Institutionen, BehördenvertreterInnen, ein großes Echo innerhalb des KollegInnenkreises und auch durch gesellschaftliche Entwicklungen haben wir uns auf den Weg gemacht, zu überprüfen, welche Form der Ausbildung den zukünftigen Anforderungen an Pflegende gerecht werden kann.

Für jede Einzelne/ jeden Einzelnen in unseren Reihen bedeutete dies auch eine Chance, sich persönlich weiterzuentwickeln.

So hatte unser Weg vielerlei verschiedene Facetten:

- wir haben uns intensiv und kritisch mit den bestehenden Systemen der Pflege beschäftigt
- wir haben gemeinsam überlegt, was die Pflege der Zukunft benötigt, um in Zeiten sich wandelnder Perspektiven, Schwerpunkte und Menschenbilder handlungsfähig zu sein
- jede/jeder war zunächst in seiner Profession gefragt zu überprüfen, was eine generalisierte Ausbildung mit Schwerpunkten für den eigenen Bereich bedeutet
- jede/jeder war aufgefordert, für die anderen beiden Bereiche aufmerksam zu sein und den Blick für zunächst anders anmutende Welten zu öffnen
- jede/ jeder musste ihren/seinen Platz in einem großen Team finden; zum einen galt es sich zu verbinden, zum anderen aber auch die Individualitäten zu wahren und zu nutzen
- es ging darum herauszufinden, wie sowohl die vielen Erfahrungen der LehrerInnen in ihrem beruflichen Alltag als auch wissenschaftliches Wissen in den Prozess integriert werden konnten
- jede/jeder war persönlich gefordert, sich mit gelegentlichen Zweifeln, Rückschlägen, Unsicherheiten und Unklarheiten auseinanderzusetzen

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

und darin immer wieder die eigenen Position zu überprüfen; daraus sind wir gestärkt, klarer und mit neuer Sicherheit hervorgegangen

- in den verschiedenen Institutionen fanden intensive Prozesse statt, in denen es insbesondere darum ging, die Entscheidungsträger mit den Ideen und Inhalten des Hamburger Modells vertraut zu machen und für eine Realisierung zu gewinnen
- früh entstanden Kontakte zu den PraxisanleiterInnen und MentorInnen der einzelnen Praxiseinsatzorte, um von vornherein von deren Erfahrungen und Ideen zu profitieren und sie kontinuierlich zu integrieren
- von Anfang an fanden regelmäßige Gespräche mit BehördenvertreterInnen statt, um auch von dieser Seite so viel Unterstützung wie möglich zu haben

Somit ist die Entstehung des hier vorliegenden Werkes nicht nur von inhaltlich- fachlichem und methodischem Wissen, sondern auch von Kontinuität, Zuversicht, hohen kommunikativen Kompetenzen und von der Bereitschaft zu konstruktiven Auseinandersetzungen getragen.

Wir befinden uns weiter im Prozess...

Den LeserInnen und möglicherweise AnwenderInnen wünschen wir gute Erfahrungen mit dem Hamburger Modell und Mut, der Pflegeausbildung und damit auch der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland ein immer professionelleres Image zu geben.

## I Ausgangssituation und Anlass für die Entwicklung eines neuen Ausbildungsmodells

### 1. Die Motivation

Gesellschaftliche Veränderungen stellen neue Anforderungen an die professionell Pflegenden. Obwohl der Trend der Veränderungen durch mehr Prävention und Gesundheitsentwicklung umkehrbar ist, steigt zur Zeit noch der Teil der Bevölkerung, der auf professionelle pflegerische Hilfe angewiesen sein wird. Diese Entwicklung betrifft alle Altersgruppen, z.B. durch die Zunahme von Frühgeborenen mit Handicaps, von chronisch Kranken und von alten und sehr alten Menschen. Hinzu kommt das Wegbrechen der intrafamiliär generationsübergreifenden unterstützenden Strukturen.

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland bewirkt die Begrenzung der finanziellen Mittel eine Entwicklung neuer Behandlungsstrukturen wie z. B. ambulante vor stationärer Versorgung, zunehmende Eigenbeteiligung der zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen. In der Berufspädagogik vollzieht sich der Paradigmenwechsel von der Fächerorientierung des Wissens hin zur Handlungsorientierung. Die Pflegewissenschaft ist in einer ebenso raschen Entfaltung begriffen, wie es die Medizin und z.B. die Gentechnologie sind. Im Rahmen der Europäisierung ist die Herausforderung groß, eine attraktive, zukunftsorientierte Ausbildung zu entwickeln, die grenzüberschreitend Maßstäbe setzt und einen Vergleich nicht scheuen muss, da auch die demographischen Voraussagen aufzeigen, dass es immer weniger junge Menschen geben wird, die in das Berufsleben einsteigen werden.

Diese Entwicklungen haben die Initiatorinnen und Initiatoren des Hamburger Modell der FREIEN zur Erkenntnis geführt, dass weitreichende Veränderungen und grundlegende Reformen in den Pflegeausbildungen entwickelt werden müssen.

## 2. Die Werte

Mit der Entscheidung für die Konzeption einer zukunftsorientierten generalisierten Pflegeausbildung und der gleichzeitigen Planung für eine gemeinsame Schule für Gesundheitsentwicklung und Pflege begann ein Prozess der Begegnung auf vielen verschiedenen Ebenen.

Die freigemeinnützigen Träger der beteiligten Pflegeschulen, die drei verschiedenen Berufsgruppen und die initiativ gewordenen LehrerInnen für Pflegeberufe / Schulteams begegneten sich in gegenseitiger Toleranz mit dem Bestreben, das Verbindende zu stärken ohne die individuelle Einzigartigkeit der Beteiligten in Frage zu stellen.

Der Gedanke der Nächstenliebe, der vorurteilsfreien Annahme eines jeden Menschen, ist in der Vielfalt der christlichen, jüdischen und humanistischen Werte und der caritativen Traditionen der freien Träger die zentrale und verbindende Position; der Mensch mit seiner individuellen Persönlichkeit steht immer im Mittelpunkt des Handelns.

Das Hamburger Modell der FREIEN an sich und das Vorgehen bei der Entwicklung dieses Modells entsprechen genau dieser Haltung.

Alle Schulteams waren von Anfang an aktiv beteiligt; die Arbeitsweise war von einer demokratisch ausgerichteten Basisorientierung geprägt.

In einer vertrauensvollen Zusammenarbeit konnten eigene Überzeugungen offen vertreten werden. Ängste und Befürchtungen hatten ihren Raum, „Bewährtes“ blieb erhalten.

Dieses Vorgehen spiegelt sich in allen Teilen des Modells wieder: vom zeitlichen Rahmen seiner Entstehung bis zu einer gewissen Uneinheitlichkeit im Sprachstil der schriftlichen Darlegungen.

Die Basisorientierung findet auch in der wissenschaftlichen Herangehensweise während des Entwicklungsprozesses ihren Ausdruck: verschiedene ExpertInnen hatten eine beratende Funktion. Es gab jedoch keine herausgehobene ExpertInnengruppe, die alleinig an der Konzeption und Umsetzung des Modells beteiligt war. Die zu treffenden Entscheidungen wurden immer in den beteiligten Schulteams diskutiert.

Gerade in der geschilderten Arbeitsweise liegt die Stärke des Hamburger Modells der FREIEN; jede/r Lehrer/in konnte sich im Rahmen ihrer/ seiner Möglichkeiten einbringen.

Die gemeinsamen, verbindlichen Werte, die für das Modell die Grundlage darstellen, sind in einem intensiven Prozess der Verständigung entstanden und im „Pädagogischen und Pflegerischen Verständnis“ niedergelegt. Das Modell wurde in einer sehr lebendigen Begegnung entwickelt. Genau dadurch sind seine zentralen Werte lebendig geworden.

## **2.1 Unser pädagogisches Verständnis**

### **Vorwort**

Das pädagogische Verständnis wurde von Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern der Ausbildungsstätten der FREIEN gemeinsam unter Berücksichtigung der Vielfalt der beteiligten Institutionen mit ihren christlichen, humanitären und sozialen Traditionen und Werten entwickelt.

Wir achten einander gemäß Artikel 1 des Grundgesetzes:

- 1. Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.*
- 2. Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit der Welt.*

Grundsätzlich orientieren sich die an der Ausbildung Beteiligten an diesem pädagogischen Verständnis. Manche Situationen erfordern es, dass die Auszubildenden eine besondere Rolle in der individuellen Förderung und Unterstützung der Schülerinnen / Schüler einnehmen. Dieses wird an entsprechenden Stellen deutlich gemacht.

Durch die Gestaltung einer kommunikationsunterstützenden und lernfördernden Atmosphäre sorgen wir gemeinsam für die Möglichkeit der individuellen Entwicklung aller an der Ausbildung Beteiligten.

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

In den Zeiten ständigen Wandels ist es uns wichtig, auch in unserem Pädagogischen Verständnis überlegt Anpassungen an sich verändernde Situationen vorzunehmen. Entsprechend befindet es sich in kontinuierlicher Entwicklung.

Die nachstehend aufgeführten Gesichtspunkte decken sich mit unserer Auffassung einer zukunftsorientierten Pflegeausbildung.

Die gewählte Reihenfolge soll diese nachvollziehbar machen und stellt keine Hierarchisierung dar.

### **Wertschätzung**

Um eine reflektierte Haltung zu entwickeln, vermitteln wir Grundwerte und die Bedeutung der Menschenrechte.

Dabei achten wir die Wertvorstellungen anderer Menschen und unterstützen die darauf basierenden Lebensäußerungen.

In dem Bewusstsein des ökologischen Gleichgewichtes schützen wir die Umwelt als Grundlage des Lebens.

Wir sind offen und bereit, uns in andere einzufühlen, um zu versuchen, deren Erleben zu verstehen.

Als wichtigen Faktor einer erfolgreichen Teamarbeit unterstützen wir die Entwicklung und das Bewusstwerden des Selbstwertes.

### **Professionalität**

Die Grundlage unserer Professionalität ist die berufliche Eigenständigkeit.

Wir formulieren klare Bewertungsmaßstäbe, geben kontinuierlich Rückmeldung und üben Selbsteinschätzung.

Die Akademisierung der Lehrerinnen / Lehrer unseres Modells schafft die Voraussetzung für eine wissenschaftlich fundierte Pflegeausbildung.

Die Lehrerinnen / Lehrer sehen hierbei unterschiedliche Anforderungen: patientinnen- / patientenorientierte Pflegewissenschaftsinhalte in der Schulpraxis verfügbar zu haben und sie schülerinnen- / schülerorientiert, nach neuesten unterrichtswissenschaftlichen Erkenntnissen zu vermitteln.

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Mit dem Ziel der Qualitätssicherung evaluieren wir unsere Arbeit kontinuierlich.

Abläufe und Entwicklungsprozesse sind nachvollziehbar.

Die für die Ausbildung Verantwortlichen schaffen die Grundlage dafür, dass die Schülerinnen / Schüler ihren Pflegeberuf kompetent ausüben und vertreten können.

### **Entwicklung**

Wir begreifen Entwicklung als fortwährenden Prozess. Dazu gehört die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen für

- die eigene Entwicklung,
- die des jeweiligen Teams,
- des Hamburger Modells

Der Focus wird gerichtet auf die Förderung und Begleitung der individuellen Entwicklungsprozesse der Schülerinnen und Schüler.

Wir reflektieren die gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Veränderungen und handeln entsprechend der Ziele und der Interessen unserer Berufe.

### **Persönlichkeit**

Persönlichkeitsentwicklung ist für uns neben der fachlichen Qualifikation von zentraler Bedeutung. Wir haben das Ziel, dass die an der Ausbildung Beteiligten zu einem sozialen, kritisch-emanzipatorischen und kreativen Denken und Handeln fähig sind.

Diesen Prozess fördern wir durch Entdecken und Gebrauch von individuellen Stärken und konstruktiven Umgang mit Schwächen.

### **Motivation**

Wir verstehen Lernen als lustvollen kreativen Prozess.

### **Kooperation Theorie / Praxis - Transfer**

Der Schwerpunkt ist für uns, dass die an der Ausbildung Beteiligten beider Lernorte (Schule/Praxiseinsatzorte) das Curriculum umsetzen und es weiterentwickeln.

Es besteht Transparenz zwischen Schule und Praxis bezüglich der neuesten pflegewissenschaftlich gesicherten theoretischen und praktischen

Lerninhalte, -ziele und des Lernstandes der Schülerin / des Schülers.

Erlebte Handlungssituationen werden im Unterricht unter theoretischen Aspekten lösungsorientiert reflektiert und sollen theoriegeleitetes Handeln ermöglichen.

### **Visionen**

Die Professionalität der Pflege findet gesellschaftliche Anerkennung.

Pflege ist an der Gestaltung und Entwicklung des Gesundheitswesens und gesellschaftlicher Prozesse entscheidend beteiligt.

## **2.2 Unser pflegerisches Verständnis**

### **Haltung**

Berufliche Pflege verstehen wir in ihrem zentralen Element als einen achtsamen, solidarischen Findungsprozess – gestaltet in einem wahrhaften Dialog zwischen den Pflegenden und den PflegeempfängerInnen und ggf. deren Bezugspersonen.

Dieser Dialog ist gekennzeichnet durch das aufmerksame Ernstnehmen der PflegeempfängerInnen und ggf. deren Bezugspersonen und hat Verständigung zum Ziel.

Verständigung im Dialog bedeutet für uns aus der Perspektive der Pflegenden: „ich will verstehen, was Du willst“ und „ich kann meine Sichtweise deutlich machen“.

In diesem Zusammenhang meint Verständigung ein gemeinsames (Heraus-) Finden des pflegerisch Gewünschten bzw. Erforderlichen. Dieses geschieht durch differenziertes Analysieren der aktuellen Situation, dem Finden

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

gemeinsamer Ziele und dem Bestreben, diese durch pflegerische Maßnahmen zu erreichen. Diese beinhalten u.a. Anleiten, Beraten, Fördern, Begleiten und Interessen vertreten sowie die aktive Übernahme von unterstützenden Handlungen. Dabei ergänzen sich regelgeleitetes und kreatives Handeln und Denken. Dieser Weg wird kontinuierlich evaluiert und ggf. neu definiert.

Verständigung bedeutet auch das bewusste Eingehen von Kompromissen; Kompromisse, die immer wieder in Bezug auf ihre Vertretbarkeit reflektiert werden.

Die Initiative zu diesem Findungsprozess geht von den Pflegenden aus. Sie sind bereit und fähig, individuelle Angebote zur Verständigung zu machen, die sich an den Kommunikationswegen (verbal / nonverbal) der PflegeempfängerInnen und ggf. deren Bezugspersonen orientieren.

So verstandene Pflegeangebote unterstützen die Emanzipation der PflegeempfängerInnen und ggf. deren Bezugspersonen durch Förderung ihrer Entwicklung bzw. Autonomie.

### **Ziel der Pflege**

Gesunde und kranke Menschen jeden Alters erhalten die im gemeinsamen Verständigungsprozess ermittelte Pflege, um in ihrer Lebenssituation sicherer, autonomer, gesünder und- / -oder entlasteter zu sein.

### **Professionalität und Eigenständigkeit**

Beruflich Pflegenden haben eine drei oder dreieinhalbjährige staatlich anerkannte Pflegeausbildung bzw. ein Pflegestudium absolviert.

Die Pflege findet in präventiven, curativen, rehabilitativen oder palliativen Pflegesituationen und Bereichen statt.

Die Pflegenden sind sich ihres jeweiligen Kompetenzbereiches sowie ihrer Profession bewusst. Sie initiieren eine multiprofessionelle Betreuung und

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

koordinieren die Zusammenarbeit; dabei sind sie sich ihrer Eigenständigkeit bewusst und grenzen sich klar zu Bezugsberufsgruppen ab.

Sie gestalten die Arbeitsprozesse und zunehmend deren Rahmenbedingungen unter Einbeziehung pflegetheoretischer, ökologischer und ökonomischer Kriterien.

Dabei orientiert sich das eigene berufliche Handeln konkret an aktuellen Erkenntnissen der (Pflege) Forschung und trägt durch kontinuierliche Reflexion zur systematischen Erweiterung des Pflegewissens bei.

### **Pflege und Gesellschaft**

Pflege steht in einem wechselseitigen Beziehungsprozess mit der Gesellschaft, in der sie ausgeübt wird. Sie leistet für das Wohlergehen der Gesellschaft einen volkswirtschaftlich relevanten, eigenständigen Beitrag und wird von deren Entwicklungen beeinflusst.

Auch für die Gestaltung dieser Beziehung ist die dialogische Verständigung von zentraler Bedeutung.

Pflegende sind bereit und fähig, in den verschiedenen Arbeitsbereichen und Positionen, sowie in der Öffentlichkeit ihren Standpunkt deutlich zu machen und zu vertreten. Sie wollen VerhandlungspartnerInnen verstehen, hinterfragen und sind an transparenten Entscheidungen gleichberechtigt beteiligt.

Die klare Positionierung der Pflege und die Gestaltung des Verständigungsprozesses erfordert ein hohes Maß an Handlungskompetenz.

Im Zeichen sich verknappender finanzieller Ressourcen und rasanter Fortschritte in Wissenschaft und Technik bedeutet Verständigung auch und gerade in diesem Dialog das bewusste Eingehen von Kompromissen, die permanenter ethischer Reflexion bedürfen und hier ihre deutlich zu machenden Grenzen finden.

## **2.3 Unser Verständnis von Gesundheitsförderung und - entwicklung**

Auf der Basis einer Definition von Gesundheit als einer Balance, die dann gegeben ist, wenn eine Person sich in ihrer physischen, psychischen und sozialen Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen befindet erscheint Gesundheitsförderung, in Anlehnung an die Ottawa-Charta der WHO, als ein emanzipatorischer Ansatz, der für ein selbstbestimmtes Gesundheitshandeln eintritt.

In der Zieldefinition der Charta heißt es gleich zu Anfang:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO,1986).

Im Zentrum stehen der prozesshafte Charakter von Gesundheit und Gesundheitsförderung und die Selbstbestimmung der Menschen. Daraus folgert einerseits, dass die Maßnahmen der Gesundheitsförderung dem einzelnen, sich entwickelnden Individuum in seiner spezifischen Umwelt angepasst sein müssen; andererseits zielt Selbstbestimmung auf aktive Beteiligung an der Planung und Gestaltung von gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Die Ottawa-Charta (vgl. WHO,1986) benennt drei erforderliche Handlungsstrategien für Gesundheitsförderung:

- „Interessen vertreten“ (advocacy) - Gemeint ist das aktive Eintreten für Gesundheit durch Beeinflussung von politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, biologischen sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren. Das Ziel ist die Schaffung von Lebensbedingungen, die für das Gesundsein und das Erlangen gesunder Lebensweisen förderlich sind.
- „Befähigen und ermöglichen“ (enable) - Um das größtmögliche Gesundheitspotential entfalten zu können, bedarf es einer unterstützenden sozialen Umwelt, Information und praktischer

Fähigkeiten, in einer Atmosphäre, die eine eigene Entscheidungsfindung ermöglicht. Betont wird die Kompetenzförderung durch Mobilisierung von Ressourcen.

- „Vermitteln und vernetzen“ (mediate) - Gemeint ist die aktive und dauerhafte Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens zur Sicherung einer effektiven Gesundheitsförderung.

Faltermaier (1994; vgl. Trojan/Legewie, 2001, S.124) formuliert - in Erweiterung der Theorien des Gesundheitsverhaltens - eine Theorie des Gesundheitshandelns zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit. Für ihn impliziert Gesundheitshandeln einen aktiven Menschen, der – im Zusammenhang mit seiner Lebensweise und seiner Biographie - nicht unwillkürlich und unbewußt, sondern zielgerichtet absichtlich entsprechend seiner subjektiven Sinnggebung handelt. Hierbei können den Handlungsweisen, die der Gesundheit, dem persönlichen Wachstum und der Entwicklung förderlich sind, Intentionen zugrunde liegen wie „Freude, Abwechslung und Interesse, Herausforderung, Konsequenzen für die Ich-Vorstellung und soziale Beziehungen, Anteilnahme an Mitmenschen, politische Beiträge zur unmittelbaren Umwelt oder Gemeinschaft“ (Anderson, 1984; in Trojan/Legewie, 2001, S.93).

Für eine gezielte Gesundheitsförderung lassen sich folgende Ansatzpunkte ableiten (Trojan/ Legewie, 2001, S.125):

- „Verminderung von Risiken und Belastungen
- Stärkung personaler, sozialer und materieller Ressourcen
- Einwirken auf das Gesundheitsbewußtsein und -handeln
- Einwirken auf das Laiengesundheitssystem
- Einwirken auf das professionelle Gesundheitssystem“

Gesundheitsförderung ist also nicht nur auf die Verhinderung bestimmter Erkrankungen gerichtet, sondern zielt auch darauf ab, die körperliche, seelische, soziale und personale Gesundheit von Menschen aller Altersstufen zu stärken.

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Mit diesem Anspruch erweitert sich der Blick von den potentiellen Risiken zu den gesunderhaltenden Ressourcen bzw. salutogenetischen Faktoren. Ressourcen können einerseits bereits vorhanden und nutzbar sein oder müssen erst (wieder)entdeckt werden, andererseits können sie aber auch neu geschaffen werden.

Gesundheitsförderung in der Pflegeausbildung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten der Schüler/innen durch Information und gesundheitsbezogene Bildung sowie die Stärkung sozialer Kompetenzen und Entwicklung lebenspraktischer Fertigkeiten. Gesundheitsförderung möchte die Schülerinnen und Schüler befähigen, einerseits positiv Einfluss auf ihre eigene Gesundheitsentwicklung und ihre Lebenswelt auszuüben und andererseits als professionell Handelnde, Menschen aller Altersgruppen in ihrer Gesundheitsentwicklung und ihrem Gesundheitshandeln unterstützen zu können (vgl. WHO, 1986).

### **3. Generalisierung**

Mit der Richtungsentscheidung für die generalisierte Pflegeausbildung – also eine Ausbildung, die die drei bisher getrennten Ausbildungen im Bereich der Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege in **einer** 3+1/2-jährigen Ausbildung zusammenführt – entstanden ganz unterschiedliche Entscheidungsprozesse für die VertreterInnen der jeweiligen Ausbildungsform.

Die generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten sieht im Gegensatz zu einer integrierten Ausbildungsform **eine gemeinsame** Pflegeausbildung vor, die überwiegend die Gemeinsamkeiten der drei Ausbildungsformen betont und die Menschen in ihren verschiedenen Lebensphasen berücksichtigt.

Um auch bezogen auf die speziellen Pflegesituationen der Lebensphasen handlungsfähig sein zu können, gibt es die Spezialisierungsanteile der Ausbildung in dem jeweils gewählten Schwerpunkt.

Im Folgenden haben die LehrerInnen der drei an der generalisierten Pflegeausbildung beteiligten „Berufsgruppen“ ihre Positionen in Bezug auf die Entscheidung für eine solche gemeinsame Ausbildung dargestellt.

### **3.1 Position der Kinderkrankenpflege - Prozess der Entwicklung im „Hamburger Modell“**

#### **Einstieg**

Als sich 1999 abzeichnete, dass die Überlegungen bei den „FREIEN“, eine gemeinsame Schule gründen zu wollen, konkreter wurden, wurde es für die LehrerInnen aus der Kinderkrankenpflege im Verlauf des Prozesses notwendig, die Entscheidung für eine generalisierte Ausbildung genauestens zu überprüfen und abzuwägen.

#### **Überlegungen zur Position**

Was müsste von Seiten der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester,-pfleger aufgegeben, wovon könnte profitiert werden, was kann sie zur Weiterentwicklung der Pflege beitragen? Kann man der Pflege kranker Kinder gerecht werden, auch wenn die Ausbildung sich so verändert? Gibt es im Hamburger Modell Wege zur Weiterentwicklung der Kinderkrankenpflege in Deutschland? Lauter Fragen, die nicht von heute auf morgen beantwortet werden konnten und genauer Überlegungen bedurften.

Gleich zu Beginn des gemeinsamen Prozesses wurde deutlich, wie wichtig es war, auch die KollegInnen der Kranken-, und Altenpflege auf die besondere Situation der Kinderkrankenpflege aufmerksam zu machen, die geprägt ist durch eine fast 100-jährige Ausbildungs-Geschichte. Eine Zeit in der deutlich wurde, dass es immer altersspezifische Besonderheiten geben würde in der Versorgung und Betreuung kranker Kinder, denkt man z.B. an

die eingangs erwähnte aufwendige Versorgung und Begleitung frühgeborener und kranker neugeborener Kinder und deren Eltern.

Durch die sich verändernden Anforderungen in der Pflege stellt sich die Frage, ob nicht gerade immer speziellere Handlungsfelder für eine professionelle Kinderkrankenpflege benötigt werden, als die Generalisierung in drei Berufen es zulässt.

### **Entscheidung**

Zügig zeichnete sich ab, dass dem Modell nur dann zugestimmt werden konnte, wenn der „Schwerpunkt Kinderkrankenpflege“ von vornherein eine wichtige Rolle spielen und durchgehend in der Ausbildung berücksichtigt werden würde. Als dies gemeinsam von allen LehrerInnen beschlossen wurde, stand die Entscheidung fest. Die Ausbildung zur Kinderkrankenschwester,- pfleger soll in der Zukunft im „Hamburger Modell-generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten“ sowohl unter Nutzen der Synergieeffekte der drei Pflegeberufe, als auch unter Wahrung autonomer Bereiche durchgeführt werden.

### **Vorgehen**

Die genaue Überprüfung der Gemeinsamkeiten der Inhalte des theoretischen Unterrichts von Krankenpflege und Kinderkrankenpflege durch die LehrerInnen der Kinderkrankenpflege hat zunächst eine 75 - prozentige Übereinstimmung ergeben. Einerseits war das überraschend, andererseits aber auch ermutigend, in Richtung „Hamburger Modell“ weiterzugehen. Größere Differenzen hätten weitere Überlegungen überflüssig gemacht.

Durch die Erarbeitung von Zielen und Inhalten unter Beteiligung aller drei Berufsgruppen kristallisierte sich in intensiven, kritischen Diskussionen heraus, dass letztendlich 92% der Inhalte des theoretischen Unterrichts übereinstimmen.

Voraussetzung dafür ist aber die Arbeit mit den im Curriculum beschriebenen Modulen. Die Idee, alle Inhalte durch ein Team vorbereiten und unterrichten zu lassen, in dem alle drei Berufsgruppen vertreten sind, macht es durchgehend möglich, auch die Interessen und Schwerpunkte der

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Kinderkrankenpflege zu vertreten und für die anderen beiden Berufe exemplarisch einzubringen.

### **Integration**

Die inhaltliche Differenzierung ergab, dass insbesondere in der Betreuung von Frühgeborenen, kranken Neugeborenen und Kindern mit Fehlbildungen die Besonderheit der Kinderkrankenpflege bestehen bleibt. Diese Inhalte gehören ausschließlich zum Ausbildungsplan der SchülerInnen der Kinderkrankenpflege. In allen anderen Bereichen können die drei Ausbildungsberufe voneinander profitieren und die Kinderkrankenpflege immer wieder auch ihre Maßstäbe setzen, denkt man z.B. an den Stellenwert der Krankenbeobachtung.

### **Den Dialog fördern**

In der Ambivalenz zwischen dem Wunsch, den Fortschritt auf diese Weise mitgestalten zu wollen und dem Wissen um die Einstellung des BeKD (Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland), der eine integrierte Ausbildung befürwortet, stehen die LehrerInnen für Kinderkrankenpflege im Hamburger Modell für den Dialog und die sich ergänzende Verbindung zwischen den Berufsgruppen. Es wird interessant sein, die verschiedenen Ausbildungsmodelle in der Bundesrepublik Deutschland nach ihrer Evaluation zu betrachten.

Letztlich geht es darum herauszufinden, welche Inhalte der Ausbildung für die sich entwickelnden Bedarfe in unserer Gesellschaft erforderlich sind.

Ausbildung heißt: Bewegung bewirken!

## **3.2 Position der Krankenpflege**

Ausgangspunkt für die Mitarbeit im Hamburger Modell war die Erkenntnis/ Erfahrung, dass die derzeitige Ausbildung den Anforderungen an die Pflege heute und erst recht den Anforderungen an die Pflege der nahen Zukunft

nicht gerecht wird. Dies ist auch mit moderaten Anpassungen der gegenwärtigen Ausbildung an den Bedarf nicht zu verwirklichen.

Die aufgrund der demographischen Veränderungen notwendigen gravierenden Umstrukturierungen im Gesundheitssystem, weisen der Krankenpflege eine verantwortliche Position an den Schnittstellen der versorgenden Einrichtungen und besonders in der ambulanten Betreuung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen zu. Die momentanen Ausbildungsstrukturen sind nicht geeignet, in diesen sich wandelnden Tätigkeitsbereichen- speziell in der ambulanten Pflege-, handlungskompetent und eigenverantwortlich zu agieren.

Die von den Berufsverbänden geforderte Aufhebung der Unterteilung der Pflege nach Altersgruppen, die Anpassung an europäische Standards und die Initiative des Gesetzgebers, eine integrierte Ausbildung zur Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Novellierung des Krankenpflegegesetzes zu implementieren, förderten die Bereitschaft, die Handlungsfelder der Krankenpflege in den größeren Rahmen der generalisierten Pflegeausbildung zu stellen.

Die Vorstellung, dass nach 3,5 Jahren ein gemeinsamer Abschluss zur generalisierten Pflegekraft erlangt würde, konnte nicht realisiert werden (siehe auch Kapitel II.1).

Dies erforderte einen für die VertreterInnen der Krankenpflegeausbildung schwer zu tragenden Kompromiss: erster qualifizierender Berufsabschluss zur Gesundheits- und Krankenpflegerin / zum Gesundheits- und Krankenpfleger (Staatsexamen) für alle TeilnehmerInnen der generalisierten Pflegeausbildung bereits nach 3 Jahren. Im siebten Halbjahr vertiefen die SchülerInnen mit dem Schwerpunkt Krankenpflege ihre Kompetenzen in einem Teilbereich der Pflege (mit der Möglichkeit der Zertifizierung). Die SchülerInnen mit dem Schwerpunkt Kinderkranken- oder Altenpflege erwerben einen zweiten berufsqualifizierenden Abschluß in ihrem jeweiligen Schwerpunkt.

Diese Kompromisslösung führt formal zu einem Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und unterstreicht das Postulat nach **einem** gemeinsamen generalisierten Berufsabschluß für die AbsolventInnen einer generalisierten Pflegeausbildung nach 3,5 Jahren.

### **3.3 Position der Altenpflege**

Psychosoziale Betreuung und Tagesgestaltung im letzten Lebensabschnitt kennzeichnen Altenpflege bis heute. Durch den demografischen Wandel und demzufolge älteren, aber auch multimorbiden Menschen nähert sich Altenpflege der Krankenpflege inhaltlich mehr und mehr an. Medizinisch pflegerisches Wissen wird in der Altenpflege immer unverzichtbarer. Die Betreuung hochbetagter und kranker, alter Menschen verlagert sich weg aus den nur kurzzeitig notwendigen Krankenhäusern hin zu Heimen oder der eigenen Häuslichkeit mit unterstützender Versorgung durch ambulante Dienste. Darum sind Vorsorge, Beratung und Anleitung- auch der Angehörigen- bei den sich verändernden Versorgungsstrukturen heute mehr denn je gefordert.

Diesen Entwicklungen trägt unsere neue Pflegeausbildung mit dem hier vorgelegten Curriculum Rechnung. Die Einbindung des Schwerpunktes Altenpflege stellt diesen Beruf endlich gleichberechtigt neben Kranken-, und Kinderkrankenpflege. Bei gleichen Zugangsvoraussetzungen und einem vergleichbaren Gesetzeshintergrund werden Grundlagen geschaffen, die den AbsolventInnen dieser Ausbildung einen flexiblen Zugang zu allen drei Berufsfeldern erlauben.

Dies war AltenpflegerInnen bisher nicht möglich. Es ist zu erwarten, dass TeilnehmerInnen des Schwerpunktes Kranken-, und Kinderkrankenpflege durch den theoretischen Unterricht einen anderen Blickwinkel für die Altenpflege bekommen. Durch die praktischen Einsätze kommen alle SchülerInnen mit Altenpflege in Berührung und erfahren aus erster Hand, was Pflege in Langzeitbeziehungen bedeutet. Hier eröffnen sich Bereiche zur Erlangung pflegerischen Grundlagenwissens, wie sie derzeit in Krankenhäusern durch zunehmende Spezialisierung und kurze Verweildauer für Berufsanfänger immer weniger gegeben sind.

## **II Verlauf der Entwicklung**

Die Realisierung des Vorhabens wurde von Beginn an durch engagierte ideelle und finanzielle Unterstützung der FREIEN ermöglicht. Die FREIEN ist der Verband freigemeinnütziger Krankenhäuser in Hamburg e.V. mit zehn Krankenpflege-, zwei Kinderkrankenpflege-, einer Altenpflege- und zwei Krankenpflegehilfeschulen.

### **1. Der Weg**

Im Mai 1999 gründeten die Schulleitungen der FREIEN die Arbeitsgemeinschaft integrierte/ generalisierte Pflegeausbildung

Von Anfang an stimmten die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft darin überein, dass sie eine neue Ausbildung gestalten wollen, in der die bisher getrennt durchgeführten Ausbildungsgänge der Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege zu einer gemeinsamen Ausbildung zusammengeführt werden.

In einer Phase bundesweit geführter berufspolitischer Diskussionen, ob einer integrierten, also nur im ersten Ausbildungsabschnitt gemeinsam organisierten oder einer generalisierten, d.h. einer durchgehend zusammengefassten Pflegeausbildung, der Vorzug zu geben sei (siehe auch Kapitel 1.3), entschied sich die Arbeitsgemeinschaft für ein analytisches praxisnahes Vorgehen. Dies geschah durch die Identifizierung von pflegerischen Handlungsfeldern und deren pädagogischer Bearbeitung (Verweis auf Narrativanalyse). Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten und Spezifika der traditionell getrennten drei Pflegeberufe (Kinderkrankenpflege, Krankenpflege, Altenpflege) zeigten sich unerwartet große Übereinstimmungen.

Zeitgleich fand eine intensive Auseinandersetzung mit berufspädagogischen und pflegedidaktischen Ansätzen und Entwicklungen statt, während der gezielt wissenschaftliche Beratung in Anspruch genommen wurde.

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Die außerordentlich positive Resonanz aus den beteiligten Institutionen und das Vertrauen in die Innovationsfähigkeit der Schulen, trugen wesentlich zu einer Intensivierung der Planungsarbeit bei.

Ein wichtiger Schritt zur Realisierung des Modells war die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Vertreterinnen / dem Vertreter der zuständigen Behörden.

Insbesondere die Behörde für Umwelt und Gesundheit zeigte weitsichtige Lösungsmöglichkeiten für die Genehmigung im Rahmen der Experimentierklausel des Krankenpflegegesetzes (§ 5 Abs. 3 + 2004 ) auf.

Innerhalb dieses Prozesses entschieden sich die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft für eine generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten. Sie gaben der neuen Ausbildungsform den Namen: **Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten .**

Für die weitere Entwicklung des Hamburger Modells war es wichtig, die folgenden zwei Fragen zu beantworten, die die Grundlage für das Curriculum bilden:

- Welche aktuellen und zukünftigen Anforderungen werden an die drei Ausbildungsberufe gestellt?
- Mit welchen Methoden lassen sich deren Gemeinsamkeiten und Spezifika erfassen?

Es bildete sich eine Gruppe, die sich mit der Entwicklung des Curriculums beschäftigte.

Parallel dazu wurden die Schritte zur Zusammenlegung der Pflegeschulen vorbereitet. Dazu gaben DIE FREIEN ein Gutachten in Auftrag bezüglich

- einer möglichen Rechtsform ,
- von Finanzierungswegen und
- einer Einordnung in das allgemeine System beruflicher Bildung (in Hamburg)

Während der Konzeptualisierungsphase wurde deutlich, dass sich für die geplante Ausbildungsdauer von 3,5 Jahren momentan von behördlicher Seite

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

in der Freien und Hansestadt Hamburg keine Zustimmung erreichen läßt, obwohl alle auf berufspolitischer Ebene entwickelten Modelle für eine generalisierte Pflegeausbildung (*u.a. Modell Bildungsrat, Robert Bosch „Pflege neu denken“ => Literaturangaben??*) eine Ausbildungszeit zwischen 3,5 und 4 Jahren vorsehen.

Gemeinsam mit den BehördenvertreterInnen wurde folgende Kompromisslösung entwickelt:

Nach den ersten drei Jahren der generalisierten Pflegeausbildung mit Schwerpunkten absolvieren **alle** SchülerInnen das Staatsexamen für den Erwerb des berufsqualifizierenden Abschlusses „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“ (*Paragraphen und Gesetzesangaben*) mit dem Zusatz „generalisiert“.

In einem weiteren Vertiefungshalbjahr (7. Halbjahr) erwerben die SchülerInnen umfassendere Handlungskompetenzen in ihrem jeweiligen Schwerpunktbereich.

Dieses Vertiefungshalbjahr schließen die SchülerInnen, die entweder den Schwerpunkt „Kinderkrankenpflege“ oder „Altenpflege“ gewählt haben, mit einem weiteren berufsqualifizierenden Abschluß (Staatsexamen „Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn“ oder „AltenpflegerIn“ => *hier wieder die entsprechenden Gesetzesangaben*) ab.

Die SchülerInnen mit dem Schwerpunkt „Krankenpflege“ erweitern in dem Vertiefungshalbjahr ihre Kompetenzen in einem Teilbereich der „Gesundheits- und Krankenpflege“ (wie z.B. Wundmanagement, familienorientierte ambulante Pflege, Pflege im Bereich der Intensivmedizin, siehe Anlage 4) und erhalten dafür ein Zertifikat.

Diese Zertifizierung wird anrechnungsfähig gestaltet (credit point – System), so dass sie für die Absolvierung von Studiengängen und Fachweiterbildungen genutzt werden kann.

Im Hamburger Modell ist die Möglichkeit des Erwerbs der Fachhochschulreife vorgesehen; die Fachhochschulreife kann als Zusatzbildungsangebot erst nach 3,5 Jahren Ausbildungszeit erlangt werden. Durch diesen Kompromiss ist aus der ursprünglich 3,5-jährigen Ausbildung eine Ausbildung mit der Dauer 3+1/2 Jahr geworden (siehe Anlage 1).

Die begleitende Evaluation (siehe Kapitel V) wird u.a. auch Aufschluß über den notwendigen Zeitrahmen einer generalisierten Ausbildung geben und dann ein entscheidender Argumentationsbaustein in Richtung einer mindestens 3,5-jährigen Ausbildungszeit für die generalisierte Pflegeausbildung sein.

## **2. Die Arbeitsgruppen und ihre Aufgaben**

Bereits zu Beginn des Weges wurde deutlich, dass nicht nur ein kleiner Kreis von LehrerInnen dieses Modell vorantreiben konnte, sondern gleich von vornherein alle Teammitglieder der beteiligten Schulen involviert werden sollten. Dies diente nicht nur dem Prozess der Identifikation sondern wurde auch der Vielfalt der zu klärenden und zu entwickelnden Aufgaben gerecht. Aus den Kollegien der Pflegeschulen der FREIEN bildeten sich durch die Initiative der Schulleitungen Arbeitsgruppen zu den verschiedenen Themenbereichen, die sich z.T. während der konkreten Arbeit weiterentwickelten oder modifizierten (siehe Anlage 2).

### **III Begründungsrahmen für das neue Ausbildungsmodell**

#### **1. Das Ziel der Ausbildung**

Das Hamburger Modell der FREIEN qualifiziert die Absolventinnen und Absolventen gesunde und kranke Menschen jeden Alters – und ggf. deren Bezugspersonen – auf der Basis von Verständigungsorientierung selbständig und eigenverantwortlich zu betreuen, zu beraten und sie in ihrer individuellen Lebensführung zu unterstützen. Dabei beziehen die Pflegenden im Rahmen der Gesundheitsentwicklung das familiäre und soziale Umfeld

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

der angesprochenen Menschen ein, nutzen aktiv die Möglichkeiten des Gesundheits- und Sozialsystems und haben dabei ihre eigene Gesundheit stets im Blick..

Es wird ein Weg beschritten, der von medizinorientierten Assistenzaufgaben und dem reinen Erlernen von Fertigkeiten weg und hin zur Gestaltung und Bewältigung umfassender Pflegesituationen mit vermehrten Beratungs-, Anleitungs- und Steuerungsaufgaben führt.

Folgende berufspädagogische und pflegetheoretische Ansätze kennzeichnen das Hamburger Modell der FREIEN:

- ein verständigungsorientierter pflegetheoretischer Ansatz (Abschn. 2)
- eine gemäßigt pragmatisch-konstruktivistische Auffassung von Lernen, begründet durch Wertvorstellungen einer kritisch-konstruktiven Pflege-Pädagogik (Kapitel 3.1)
- Handlungs- und Kompetenzorientierung der Didaktik und demzufolge eine Strukturierung des Curriculum im Sinne des Lernfeld- und eines Modulkonzeptes (Kapitel 3.2).

### **3. Pflegetheoretische Überlegungen**

Ein verständigungsorientierter pflegetheoretischer Ansatz

In Deutschland liegen neben Wittnebels Ansatz der multidimensionalen Patientenorientierung (Wittneben 1994a) noch keine weiteren, dem kritisch-konstruktiven Grundverständnis des Hamburger Modells der FREIEN entsprechende, Pflegemodelle vor. Das Wesentliche der Entwicklungsschritte und der inhaltlichen Ausgestaltung aller lernfeldorientierten Module im Hamburger Modell ist aus pflegetheoretischer Sicht die **Verständigungsorientierung**. Darunter wird in Anlehnung an

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Ingrid Darmann<sup>1</sup> - abgrenzend gegenüber pflegetheoretischen Ansätzen mit expertokratischer oder autonomistischer Orientierung - ein achtsamer, solidarischer, gleichberechtigter Findungsprozess des pflegerisch Gewünschten bzw. Erforderlichen zwischen den professionell Pflegenden und den Pflegeempfängerinnen und –empfängern und ggf. deren Bezugspersonen verstanden.

Die Pflegenden sind dabei bereit und fähig, den Verständigungsprozess auf Basis ihrer eigenen Handlungskompetenz und der subjektiven Kompetenz der PatientInnen/KlientInnen/BewohnerInnen zu entwickeln.

Die **Verständigungsorientierung** in einem demokratischen Interaktionsprozess zwischen Pflegekräften und Patientinnen und Patienten wird für Darmann von der Auffassung und Anforderung des kommunikativen Handelns geprägt. „Kommunikatives Handeln meint, dass die Beteiligten bereit und fähig sind, sich über die ihrem Handeln zugrundeliegenden Geltungsansprüche in Diskursen mit guten Argumenten zu verständigen.“ Das Konzept der Verständigungsorientierung fußt somit auf Habermas „Theorie des kommunikativen Handelns“, 1981, Frankfurt/Main, in der er davon ausgeht, dass verständigungsorientierte Kommunikation das Ziel hat, einen gegenseitigen und gemeinsam akzeptierten Konsens zu erreichen. Im pflegerischen Bereich bedeutet dies, dass Pflegende und PflegeempfängerInnen sich über die Pflegeziele, Maßnahmen und Wirksamkeiten auseinandersetzen und einigen. Wittneben empfiehlt in einem Interview mit Franz Obex (PflegePädagogik 3/1995 S. 30) Habermas Verständigungsorientierung zunächst als ein Modell „ ..., in dem von einer radikal symmetrischen Kommunikation, einer Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit der den Subjekten eigenen Rationalität ausgegangen wird.“ Demnach wird in der Verständigungsorientierung keiner Perspektive oder Wirklichkeit, d.h. nicht der professionell pflegerischen und nicht der pflegeempfängerischen, der Vorzug gegeben – und sie bleiben auch nicht getrennt nebeneinander bestehen, sondern sie werden im Prozess der Verständigung, hier im Diskurs, einander nähergebracht, verbunden. Wittneben (a. a. O., S. 30) fordert allerdings noch die pflegewissenschaftliche

---

<sup>1</sup> Darmann, Ingrid (2000)

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Überprüfung der Theorie, ob diese die Patientinnen und Patienten nicht u.U. überfordert. Diesbezüglich gibt Darmann zu bedenken, dass es bei der Verständigungsorientierung bzw. dem kommunikativen Handeln ja um einen für beide Seiten annehmbaren Konsens geht. Hierbei wird ähnlich den Vorstellungen des von Mead geprägten symbolischen Interaktionismus davon ausgegangen, dass Verhaltenserwartungen, Bedürfnisse und Normen nicht statisch sind, sondern zwischen den Interaktionspartnern ausgehandelt werden. Richter<sup>2</sup> (S. 77) betont, dass das Aushandlungsergebnis nicht nur als Kompromiss, dem die Partner notgedrungen zustimmen, sondern vielmehr als ein neues Verständnis, ein neues Begreifen von Sachverhalten zu verstehen sei. Die Frage nach der Grenze dieser Haltung, z.B. bei gesundheits- oder selbstschädigenden Entscheidungen von Klientinnen und Klienten, beantwortet Richter (S. 44ff) „... mit dem liberalistischen Grundsatz, dass Schutz vor Selbstschädigung, also davor, dass eine andere Person sich selbst schädigt, kein ausreichender Grund ist, um die Freiheit dieser Person einzuschränken. Dies ist nur dann legitim, wenn damit auch die Schädigung weiterer Personen, z.B. der eigenen Person, verbunden ist.“

Weitere Fragen, die Darmann einer noch ausstehenden gründlichen wissenschaftlichen Untersuchung anheim stellt, sind die nach dem konkreten verständigungsorientierten Pflegeverhalten, wenn die Voraussetzungen für Diskurse nicht gegeben sind und in Situationen, in denen noch kein Konsens erreicht werden konnten. Auch sei die Freiwilligkeit in der pflegerischen Interaktion oft nicht gegeben, d.h. weder Pflegeempfänger und -empfängerinnen noch Pflegende können einfach gehen, wenn ihnen die Gesundheitsinstitution oder die Person nicht passt.

Verständigungsorientierung wird im Hamburger Modell der FREIEN als Verständigungsprozess verstanden<sup>3</sup>, der ein gründliches Verstehen und sich Verständigen zwischen Pflegenden und Pflegeempfängerinnen und

---

<sup>2</sup> Richter, Helmut (1998): Sozialpädagogik –Pädagogik des Sozialen. Frankfurt/Main:Laing zit. nach Darmann 1998 S. 149

<sup>3</sup> Wittneben (2003 S.127) bezeichnet Verständigungsorientierung „im Anschluss an Habermas (1982) als Verständigungsprozess unter sprach- und handlungsfähigen Personen“

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

-empfänger, auch wenn diese nicht vollständig sprach- und handlungsfähig sind, anstrebt. Dabei **suchen**, wie beschrieben, die professionell Pflegenden in kritisch-konstruktiver Haltung nach Wegen, sowohl die Pflegeempfänger und -empfängerinnen als auch die eigenen Motive zu verstehen, die Probleme kennenzulernen und/oder zu klären. Sie unterstützen die Interaktionspartnerinnen und –partner bei eventuell notwendigen Klärungsprozessen.

Dieser Prozess meint nicht - oder nicht nur - ein demokratisches Aushandeln zwischen gleichen Partnern. Pflegeempfängerinnen und –empfänger verstehen beinhaltet auch deren Schwäche, Sprachlosigkeit, Regressionswünsche und –verhalten, Hilflosigkeit u.a. mehr zu berücksichtigen. Innerhalb des Verständigungsprozesses bestehen Unterschiede hinsichtlich der Informationen bezogen auf das Regelwissen auf Seiten der professionell Pflegenden einerseits und bezüglich der subjektiven Kompetenz der Pflegeempfängerinnen und –empfänger andererseits. (Dieses Informationsgefälle bezogen auf das Regelwissen kann sich im Fall chronischer Erkrankung oder zunehmend besser informierter Patientinnen und Patienten auch zu Ungunsten der Pflegenden umkehren.) Der von Darmann erwähnten „erhebliche(n) Informationsdifferenz (der Patientinnen und Patienten) hinsichtlich gesundheitsbezogenen Wissens“ (a.a.O. S. 150) stellen sich subjektives Wissen und Erfahrungen der pflegeempfangenden Menschen im Umgang mit ihrem gesundheitlichen Problem entgegen. Vielleicht könnte im Rahmen einer radikal emanzipatorischen Begegnung von einer doppelten Asymmetrie gesprochen werden. Mit der Formulierung „die Pflegenden sind dabei bereit und fähig, den Verständigungsprozess (...) zu entwickeln“ wird auch der ggf. notwendig aktivere, über verbale Kommunikation hinausgehende Part der Pflegenden im pflegerischen Interaktionsprozess angesprochen. Dies ist in der Begegnung mit z.B. schwerstkranken, komatösen, bewusstseinsingeschränkten, schwer behinderten oder schwer psychisch erkrankten Menschen besonders notwendig, da die Pflegenden die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegeempfängerinnen und -empfängern mittels ihrer pflegerischen Handlungskompetenz ermitteln und zu verstehen versuchen.

Es bedeutet, dass die Pflegenden nicht nur einer doppelseitigen Handlungslogik folgend, zwei „gleichrangig nebeneinander bestehenden normativen Ansprüchen“ gerecht werden, nämlich dem sicheren Umgang mit wissenschaftlich fundiertem Regelwissen auf der einen Seite und dem hermeneutischen Einzelfallverstehen andererseits ( Remmers 2000 S. 170) – sondern als weitere, gleichfalls gleichrangige Forderung gilt es, die eigene Stellung in der pflegerischen Konstellation reflektierend zu verstehen – und darüber zu entscheiden, wie das persönliche pflegerische Verhalten, die Performanz sein soll – um dieses letztlich handelnd auszuführen.

### **3. Pädagogische Begründung**

#### **3.1 Kritisch konstruktive Didaktik im Anwendungsfeld der Pflegepädagogik**

Eine **gemäßigte, pragmatisch-konstruktivistische Auffassung von Lernen**<sup>4</sup> umfasst erkenntnistheoretische Vorstellungen, demzufolge der Mensch die Wirklichkeit individuell und innerhalb sozialer Bezüge interpretiert, entwirft und zusammenfügt. Wissen kann nicht durch Instruktion, Indoktrination oder Konditionierung weitergegeben und vom Lernenden gewissermaßen als Kopie aufgenommen werden, sondern wird in einem selbstgesteuerten, biographisch und lebensweltlich verankerten Lernprozess aktiv konstruiert. Daraus ergibt sich der Auftrag der Schule, den Schülerinnen und Schülern eine Umgebung anzubieten, die Konstruktionsarbeit der einzelnen/des einzelnen bestmöglich unterstützt. Ein pragmatischer, gemäßigter konstruktivistischer Ansatz vertritt nicht allein Konstruktionsvorstellungen sondern erkennt die Notwendigkeit einer achtsamen, sinnvollen Hilfestellung und Instruktion in Unterricht und Ausbildungsverlauf. Ziel ist es, eine Balance zwischen Konstruktionsaktivitäten der Lernenden und Instruktion durch die eher beratenden, begleitenden Lehrenden sowie die Berücksichtigung unterschiedlicher Motivations-, Belastungs- und persönlicher Problemlagen

---

<sup>4</sup> Wie sie am ehesten im gemäßigten oder sozialen Konstruktivismus beschrieben ist; deutliche Skepsis bis strikte Ablehnung besteht hingegen gegenüber radikal konstruktivistischen Auffassungen

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

sowie Kompetenz- und Disziplinfragen von Schülerinnen und Schülern – und Lehrerinnen und Lehrern zu finden.

Die Wertvorstellungen einer kritisch-konstruktiven Pflegepädagogik basieren auf der von Wolfgang Klafki (1994) entwickelten kritisch-konstruktiven Didaktik. Der kritisch-konstruktive Ansatz zielt darauf ab, Lernenden zum Verstehen ihrer historischen, ökonomischen, gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Situation zu verhelfen und sie zu befähigen, ihr Handeln zu reflektieren und zu begründen. In diesem Aufklärungs- und Erkenntnisprozess sollen die Schülerinnen und Schüler darin unterstützt werden, die **Fähigkeit zur Selbstbestimmung, die Fähigkeit zur Mitbestimmung und die Solidarisierungsfähigkeit** zu entwickeln. Klafki führt sowohl Grundbegriffe als auch Bedingungskomponenten auf, die für die Erlangung dieser Fähigkeiten wesentlich sind; das sind einerseits u.a. Selbstvertrauen, Eigenidentität, lustvoller und verantwortlicher Umgang mit dem eigenen Leib, Verantwortungsfähigkeit, Empathiefähigkeit, Kritik- und Urteilsvermögen, Frustrationstoleranz, kognitive und handwerklich-technische Möglichkeiten und andererseits die unhintergehbare Bezogenheit von Bildung und Gesellschaft. Zur Erreichung der kritisch-konstruktiven Ziele schlägt Klafki die Bearbeitung *epochaler Schlüsselprobleme*<sup>5</sup> und die Einbeziehung folgender miteinander vernetzter Unterrichtsprinzipien und –grundsätze vor:

- exemplarisches Lehren und Lernen
- methodenorientiertes Lernen
- handlungsorientierter Unterricht
- Verbindung von sachbezogenem und sozialem Lernen
- Veränderung oder Betonung des Leistungsbegriffes und der Leistungsbeurteilung i. S. einer *Prozessorientierung vor Ergebnisorientierung* (a.a.O. S. 67-76).

Die kritisch-konstruktive Pflegepädagogik befindet sich, wie die gesamte Pflegepädagogik in Deutschland noch in den Anfängen ihrer Entwicklung und

---

<sup>5</sup> Für Klafki sind das die *Friedensfrage, die Umweltfrage, die gesellschaftlich produzierte Ungleichheit, die Gefahren u. Möglichkeiten der neuen technischen Medien, die Ich-Du-Beziehung* (a.a.O. S. 56-60)

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten setzt sich mit den gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen einerseits und der vorhandenen Pflegepraxis sowie den Gegebenheiten und Anforderungen der Pflegeausbildung andererseits auseinander. In Deutschland sind es insbesondere die Arbeiten Wittnebens, Darmanns, Bischoffs<sup>6</sup> und Sahlmels, die sich auf die kritisch-konstruktive Tradition beziehen. Die Arbeiten fokussieren und analysieren zum einen den historischen und berufspädagogischen Sonderweg der Pflege, der durch ideologische (Stellung der Frau), gesellschaftliche (Stellung der Pflege gegenüber der Medizin, universitären Bildungsmöglichkeiten) und religiöse (kirchlich-christliches Selbstverständnis) Entwicklungen geprägt ist. Zum anderen bearbeiten sie das konkurrierende Selbstverständnis von Theorie und Praxis und deren Kombination bzw. gegenseitige Bezogenheit. Darmann (2001 S. 236) hebt noch einmal hervor, dass Unterrichtsgegenstände aus kritisch-konstruktiver Didaktik „Gegenwarts-, Zukunfts- und exemplarische Bedeutung haben und anhand dieser Gegenstände funktionale und vor allem extrafunktionale Kompetenzen im Sinne der Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit und damit Bildung gefördert werden können“. Analog zu Klafkis epochalen Schlüsselproblemen der kritisch-konstruktiven Allgemein-Didaktik deklariert Darmann die Identifizierung beruflicher Schlüsselprobleme als wesentliche Aufgabe der Pflegeausbildung (1998 S. 122 u. 2001 S. 236).

### 3.2 Handlungs- und Kompetenzorientierung

Die Handlungsorientierung ist ein Kerngedanke in aktuellen erziehungswissenschaftlichen Konzepten, insbesondere auch Klafkis kritisch-konstruktiver Didaktik und des Lernfeldkonzeptes. Der Begriff selber ist insgesamt nicht eindeutig definiert. Es gibt zahlreiche, sehr unterschiedliche Auslegungen und Einteilungen. Seyd (1995, S.4) fragt, ob es sich um einen Begriff, einen besonderen pädagogischen Anspruch oder „gar ein Konzept“ handelt. Bader (1998, S.1f) unterscheidet gar sieben Ausprägungen von Handlungsorientierung. Lisop bezeichnet sie als wissenschaftlich umstritten.

---

<sup>6</sup> Bischoff, Claudia (1994): Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt a.M.-New York zit. nach Sahlmel (1999)

Es gibt zwei grundsätzlich unterschiedliche Interpretationen: Wird Handlungsorientierung im Sinne von Handlungsfähigkeit des Subjektes, also als Bildungsziel eines jeden Menschen ( seiner Fähigkeit zu Denken, Fühlen, Tun und Wollen) und als weitgefasste Humankompetenz verstanden, dann gilt es, diese durch komplexe Lernprozesse kognitiver, experimenteller, technischer, kreativer, ästhetischer, operationaler und affektiver Art zu fördern.

Die andere - aktuelle und weitverbreitete - Art Handlungsorientierung aufzufassen, ist es, sie als Methode oder methodisches Kernprinzip einzusetzen (Lisop 1999, S. 33 ff).

Für konkrete Unterrichtssituationen bedeutet Handlungsorientierung aber stets, das Handeln von Schülerinnen und Schülern in den Mittelpunkt zu stellen und den Dualismus von Denken und Tun aufzuheben. Jank und Meyer (1991, S. 354) haben dafür die Arbeitsdefinition geschaffen:

„Handlungsorientierter Unterricht ist ein ganzheitlicher und schüleraktiver Unterricht, in dem die zwischen dem Lehrer/der Lehrerin und den SchülerInnen vereinbarten Handlungsprodukte die Gestaltung des Unterrichtsprozesses leiten, so dass Kopf- und Handarbeit der SchülerInnen in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander gebracht werden können.“

Für die beiden Autoren basiert handlungsorientierter Unterricht auf ‚einem kritischen pädagogischen Optimismus‘, weist evtl. teilweise utopische Züge auf und wird durch ein bestimmtes Welt- und Menschenbild getragen, das sich in fünf Sätzen wiedergeben lässt:

1. Handlungsorientierter Unterricht geht davon aus, dass der Mensch zur Vernunft und Freiheit, aber auch zur Selbstzerstörung befähigt ist.
2. Handlungsorientierter Unterricht geht davon aus, dass Lernen grundsätzlich ganzheitlich, also mit Kopf, Herz, Händen und allen Sinnen abläuft.
3. Handlungsorientierter Unterricht baut darauf, dass junge Menschen neugierig sind, dass sie fragen und staunen können, dass sie ihre Umwelt erfahren und experimentierend erproben wollen.
4. Handlungsorientierter Unterricht rechnet damit, dass weder Lehrerinnen und Lehrer noch Schülerinnen und Schüler perfekte

Wesen sind, sondern Fehler machen und versagen, dass sie aber aus Fehlern lernen können.

5. Handlungsorientierter Unterricht berücksichtigt, dass ein nicht-entfremdetes Leben und Lernen in der Schule nur ansatzweise und widersprüchlich möglich ist. (ebd. S. 355)

Die Kerngedanken und Merkmale des handlungsorientierten, also eines von offener Begegnung geprägten Unterrichts, werden u.a. von Gudjons ergänzt durch die Betonung der fördernden Funktion des Handelns für die Gedächtnisleistung, der sinnlichen Erfahrung und der Bewegung für das Lernen. Neuroanatomische und neurophysiologische Untersuchungen haben die „hohe Bedeutung“ ausreichender Beanspruchung der „Sinnes- und Bewegungsorgane im Rahmen einer anregungsreichen“ Lern- und Lebensumwelt bewiesen. Gudjons zit. u.a. Möller<sup>7</sup>, der Untersuchungen aufführt, die den Zusammenhang vom Erregungsgrad der Formatio reticularis (Hirnstammteilgebiet) durch beispielsweise Tast-, Geruchs-, Geschmacks-, Gehör- und Sichteize mit dem Aktivitätsniveau des Großhirns und des Maßes an freigesetzter Energie belegen. Müdigkeit sei demnach nicht nur die Folge von Anstrengungen sondern evtl. von zu niedriger Beanspruchung. Die gleichen Reize sind bekanntlich entscheidend für die frühkindliche - und wie die Hirnforschung inzwischen herausgefunden hat wahrscheinlich lebenslange Entwicklung umschriebener Gehirnstrukturen wie „Zahl der Nervenzell-Synapsen und Dendriten-Verzweigungen“. D.h. nicht benutzte Gehirnstrukturen können sich zurückbilden. Weit verbreitet sind Untersuchungsergebnisse, die den Behaltenswert von Neugelerntem durch die Nutzung unterschiedlicher bzw. mehrerer Eingangskanäle belegen – und solche, die den Zusammenhang von Bewegungen und Lernerfolg zeigen. „Das ‚Bewegungsgedächtnis‘ ist phylogenetisch und ontogenetisch die früheste Form des Gedächtnisses“. ( Vester, F. 1978 )

---

<sup>7</sup> Möller, K. (1987): Lernen durch Tun. Frankfurt/Main S. 113 u. 126

## Kompetenzorientierung

In Analogie zur Handlungsorientierung kann auch die Handlungskompetenz in zweierlei Weise aufgefasst werden:

- a) als **universale Potentiale** autonomer, erkenntnis-, kommunikations- und sozial handlungsfähiger Subjekte und
- b) als **berufliche Handlungsfähigkeit**.

Die Ausformung der unter (a) genannten Potentiale geschehen in der adaptiven und zugleich konstruktiven Auseinandersetzung des Subjekts mit seiner Umwelt. Um die (b) **berufliche Handlungskompetenz** erwerben zu können, muss die allgemeine Kompetenzentwicklung sowie deren Performanz-<sup>8</sup> d.h. Darstellungs- oder Anwendungsmöglichkeiten, einen gewissen Ausprägungsgrad erreicht haben. In der beruflichen Bildung gilt es, Bedingungen zum Erwerb einer berufsbezogenen Handlungsfähigkeit parallel zu einer weiteren Entfaltung der Strukturen der allgemeinen Handlungskompetenz (des sozialisierten Subjektes) zu schaffen. In den "Handreichungen der Kultusministerkonferenz" (2000 S. 8f) wird als *Ziel der Berufsschule* angegeben:

- 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.“

Die aufgeführten Ziele sind auf die Entwicklung von **Handlungskompetenz** gerichtet.

---

<sup>8</sup> Die Kompetenzentwicklung wird unterschiedlich strukturiert, i.d.R. werden operative (auf Jean Piagets Theorie der Intelligenzentwicklung zurückgehend), sprachlich-kommunikative (Chomsky, Habermas) und moralisch/soziale (Piaget, Kohlberg, Döbert/Nummer-Winkler) Kompetenzen unterschieden (Krüger/Lersch (S. 105-142)

Die im nachfolgenden aufgeführten Kompetenzen aus den „Handreichungen der Kultusministerkonferenz“ ( 15.09.2000, S.9) haben wir für den Pflegeberuf konkretisiert<sup>9</sup>:

„**Handlungskompetenz** als Bereitschaft und Fähigkeit *der einzelnen/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, Personalkompetenz und Sozialkompetenz.

**Fachkompetenz** bezeichnet die Bereitschaft und Fähigkeit, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet, selbständig *und kreativ* zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen. *Dazu zählen wir speziell die kommunikative Fähigkeit, die Empathiefähigkeit, die Fähigkeit, reflektiert mit Nähe, Distanz und eigener Betroffenheit umzugehen.*

**Personalkompetenz** bezeichnet die Bereitschaft und Fähigkeit, als individuelle Persönlichkeit die Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen in Familie, Beruf und öffentlichem Leben zu klären, zu durchdenken und zu beurteilen, eigene Begabungen zu entfalten sowie Lebenspläne zu fassen und fortzuentwickeln. Sie umfasst personale Eigenschaften wie Selbständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein. Zu ihr gehören insbesondere auch die Entwicklung durchdachter Wertvorstellungen und selbstbestimmte Bindung an Werte.

**Sozialkompetenz** bezeichnet die Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten, Zuwendungen und Spannungen zu erfassen, zu verstehen sowie sich mit anderen rational, verantwortungs- *und selbstbewusst* auseinander zusetzen und zu verständigen. Hierzu gehört insbesondere auch die Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität. Eine ausgewogene Fach-, Personal-, Sozialkompetenz ist die Voraussetzung für **Methoden- und Lernkompetenz**“

---

<sup>9</sup> Vorgenommene Veränderungen sind kursiv gedruckt

Welche Kompetenzen sollen Schülerinnen und Schüler generell in einer Pflegeausbildung erlangen, wie sollen sie handeln können und welche Potentiale sollen sie entwickeln? Wie wird **Handlungskompetenz in der Pflege** definiert – und wie entwickelt?

Auf die ersten Fragen versuchen Pflegeetheoretikerinnen seit ca. fünfzig Jahren eine Antwort zu geben. Zu der letzten Fragestellung findet wissenschaftliche Forschung erst seit einigen Jahren statt; wir beziehen uns hier im wesentlichen auf die Arbeiten Benners, Rolfes, Olbrichs und aktuell Holochs. Über allen noch so unterschiedlichen Ansätzen<sup>10</sup> könnte Oevermanns Einschätzung für professionelles Handeln<sup>11</sup> angesiedelt werden: Pflegende müssen über zwei im Gegensatz zueinander stehende Prinzipien professionellen Handelns verfügen - über wissenschaftliche und über hermeneutische Kompetenz. Unter wissenschaftlicher Kompetenz versteht Oevermann die Fähigkeit des Verständnisses von Theorien und der Logik ihrer strikten Anwendung. Hermeneutische Kompetenz dagegen bezeichnet die Fähigkeit zum Verstehen eines Falles aus der Sicht derjenigen/desjenigen, die/der professionelle Hilfe sucht.

In den Ausführungen zur Handlungskompetenz in der Pflege bzw. in den Überlegungen Benners, Rolfes, Holochs und Olbrichs klingt an, dass zur Entwicklung von pflegerischer Handlungskompetenz ein breites Spektrum an klinisch-praktischer Erfahrung, ein umfangreiches, sicheres Wissen über Pflegeatheorien und die Fähigkeit – und Motivation - sowohl zum Reflektieren als auch zum (angeleiteten und autonomen) Ausprobieren und Experimentieren in den komplexen Pflegesituationen notwendig ist. Expertentum kann sich nur durch reflektierte vielfältige berufsspezifische Erfahrungen und Zeiträume für individuelles Fallverstehen entwickeln – und nicht wie aktuell zunehmend , speziell in der Pflegepraxis und im Bereich des Pflegemanagements, gefordert wird, durch Pflege-Problemlösungen

---

<sup>10</sup> *Über allen...* nicht als vorgelagert, sondern eher im Sinne von alle Ansätze berührend, quergeschrieben

<sup>11</sup> Oevermann, U.: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, W. (Hrsg. – 1999): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 3. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp S. 70-182 zitiert nach Thiel, Volker (2001): Der Pflegeprozess – ein Instrument professioneller Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 40.Jahrgang 4/2001 S. 338-342

ausschließlich anhand standardisierter Handlungsanweisungen.

„Pflegekompetenz umfasst also auch die Fähigkeit, sich forschend und (neue) Konzepte generierend im (Berufs-)Alltag zu bewegen (...) das heißt mit der Einstellung zu handeln, dass es eigentlich keine Gewissheiten gibt und dass die Dinge, von denen man annimmt, sie seien gewiss, einem den Blick auf das „wirkliche“ Problem, den tatsächlichen Bedarf eines pflegebedürftigen Menschen verstellen können.“ (Holoch S. 116). Diese Erläuterung entspricht wiederum einem wesentlichen Grund-Gedanken der *Verständigungsorientierung* .

### **3.3. Lernfeld- und Modulkonzept**

Aus Gründen der Parallelität zum allgemeinen Berufsbildungssystem und aus Gründen der analytischen Vergleichbarkeit aktueller und künftiger Pflegebedarfe wurde für das neue Pflegecurriculum die Lernfeld-Struktur gewählt.

In den Handreichungen der KMK ( 2000, S 14 / 15) werden Lernfelder definiert: „Lernfelder sind durch Zielformulierung, Inhalte und Zeitrichtwerte beschriebene thematische Einheiten, die an beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsabläufen orientiert sind. Aus der Gesamtheit aller Lernfelder ergibt sich der Beitrag der Berufsschule zur Berufsqualifikation. ( ... ). In den Lernfeldern sind die beruflichen Tätigkeitsfelder didaktisch aufzubereiten; dabei ist unbedingt darauf zu achten, dass der Bildungsauftrag nach den Zielen der Rahmenvereinbarungen der KMK über die Berufsschule umgesetzt wird. Der Unterricht ( ... ) soll handlungsorientiert und möglichst nach Lernsituationen gestaltet werden. Lernsituationen sind exemplarische curriculare Bausteine, die fachtheoretische Inhalte in einen Anwendungszusammenhang bringen; sie sollen die Vorgaben der Lernfelder in Lehr-/Lernarrangements präzisieren.“ In der Berufsschule wird die traditionelle Fächersystematik durch an beruflicher Wirklichkeit orientierte Lernfelder abgelöst.

Wie in den Handreichungen der KMK gefordert, zeichnen sich die lernfeldorientierten Module des Hamburger Modells der Freien durch Ziele, Inhalte und Zeitrichtwert aus. Anstelle einer vollständigen Übernahme der

Ordnung und der Bezeichnung **Lernfelder** entschieden sich die Verfasserinnen und Verfasser für **lernfeldorientierten Module** und erklären dies u.a. damit, dass anstelle eines einheitlichen Lernfeldertyps fünf unterschiedliche **Modultypen** (Basis-, Zentral-, Schwerpunkt-, Projekt- und Vertiefungs-Modul) entwickelt wurden ( Anlage 3 ), auch um der vieldiskutierten Problematik der Aufgabe jeglicher Fächersystematik und des teilweise unlogischen Hineinzwängens von Grundlagen-Informationen oder Wissen in einzelne Lernfelder, zu begegnen<sup>12</sup>.

Hinzu kommt, dass Lernfelder im Wesentlichen auf gewerblich-technische Produktions- und Geschäftsprozesse ausgerichtet sind<sup>13</sup>. Für die Pflege und ein neues Pflegecurriculum sind aber pflegerische und soziale Interaktionsprozesse von grundlegendem Belang und inhaltlich hat die (gefühlslabororientierte bzw. –geprägte) Selbstreflexivität einen wesentlich höheren Stellenwert.

Weitere Gründe für ein Abweichen von Vorgaben für das Lernfeldkonzept der KMK sind:

- KMK-Rahmenlehrpläne bauen grundsätzlich auf dem Niveau des Hauptschulabschlusses (KMK 2000 S. 5) auf – für die drei betroffenen Pflegeberufe ist hingegen die Mittlere Reife als Eingangsqualifikation vorgeschrieben
- die vorgesehene curriculare Einheit von theoretischer und betrieblicher Ausbildung ist im Hamburger Modell der FREIEN von zentraler Bedeutung, während dies in den Ausbildungsberufen des Dualen Systems üblicher Weise nicht der Fall ist
- der KMK-Rahmenlehrplan schreibt für die theoretische Ausbildung 880 Stunden – die Pflegegesetze schreiben 2100 Stunden vor
- der KMK-Rahmenlehrplan gibt als **Zeitrichtwert** „im Hinblick auf die organisatorischen Gegebenheiten der Berufsschule“ einen Lernfeldumfang von „in der Regel 80 Unterrichtsstunden“ vor, die nicht überschritten und durch 20 teilbar sein sollen (KMK 2000 S. 17), im Hamburger Modell der

---

<sup>12</sup> dies entspricht Dubs (2000 S. 31) Forderung nach einer Abschwächung eines absoluten Lernfeld-Anspruches durch die Suche nach Kombinationslösungen

<sup>13</sup> Wittneben 2003 S. 129

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

FREIEN orientiert sich der zeitliche Umfang der einzelnen Module an ihren Inhalten.

Diese Auffassung entspricht der Einschätzung Wittnebens (2002 S. 34): „Die Anzahl der in einem Lernfeld zu unterrichtenden Stunden ergibt sich aus der Anzahl der Inhalte der ein Handlungsfeld konstituierenden Handlungssituationen sowie der Art, der Anzahl und dem Anspruchsniveau der zur Erreichung einer breiten beruflichen Handlungskompetenz formulierten Ziele. Soweit sich bisher absehen lässt, muss die Stundenzahl eines Lernfeldes diskursiv ermittelt werden.“

Der Begriff des Moduls ist weder eindeutig noch umfassend definiert Peter-Werner Kloas ( Bundesinstitut für Berufsbildung ) unterscheidet die gebräuchlichen Moduldefinitionen im Bereich der beruflichen Bildung in drei Varianten: Erstens Zerlegung des gesamten Lernprozesses – Lernsequenzen, -formen, -orte - in einzelne ‚Bausteine‘, die im Sinne von „input“-Modulen benutzt werden; zweitens sog. „output“-Module ‚als in sich abgeschlossene Teilqualifikationen‘ und drittens ebenfalls „output“-Module als einzelne, in sich abgegrenzte, abprüfbare, also zertifizierbare Teile einer Berufsausbildung, deren Gesamtheit zu der Möglichkeit einer Berufsabschluss-Prüfung führt (Kloas 1997 S. 11-12). Dieser dritte Variante entsprechen die im Hamburger Curriculum benutzten Module am ehesten, d.h. es handelt sich um abgeschlossene, einzeln benotete oder zertifizierbare lernfeldorientierte Module. Die Vorteile einer solchen modularen Struktur, die die Ausbildung in überschaubare, sinnvoll zusammengefasste, dem Lernfeldkonzept entsprechend praxisnahe und einzeln zerifizierbare Themenkomplexe einteilt, liegen in der großen Klarheit und Transparenz der einzelnen Ausbildungsteile – nicht zuletzt für die Auszubildenden. Es ist besonders wichtig, da die geplante generalisierte Ausbildung ein deutlich verbreitertes Spektrum an Berufsbereichen, Themen und Einsatzorten anbietet bzw. zur Bewältigung aufgibt. Die einzelnen entwickelten Module können nach ersten Erprobungen und Evaluation verändert werden, ohne dass die Gesamtausbildung reformiert werden muss, d.h. sie bieten ein Höchstmass an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an aktuelle Berufs- und Gesellschaftsentwicklungen. Zudem war dies zu Beginn der Entwicklung des Hamburger Modells der FREIEN ein großer Vorteil, da

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten in der bestehenden gesetzlichen Neuregelungsunsicherheit im Bereich der Pflegeberufen schnell auf eventuell kurzfristig ergehende Gesetzesvorgaben hätte reagiert werden können.

Im Hinblick auf die sehr unterschiedlichen Bildungs- und Berufsbildungssysteme und die vielfältigen Ansprüche an berufliche Handlungsfähigkeit in Europa wird es künftig höchstwahrscheinlich keine europaweit übereinstimmenden Berufsabschlüsse geben, aber die auf einer niedrigeren Ebene angesiedelten Module haben weitaus größere Chancen der Anerkennung. Kloas hat zwei Versionen identifiziert: einmal ist der Einsatz „ausländischer“ Module in national unregulierten Bereichen möglich und zum anderen können europaweit identische Module - ggf. sogar gemeinschaftlich - entwickelt werden (Kloas S. 29).

Im Hamburger Ausbildungsmodell bieten Module die Möglichkeit, Aus- und Weiterbildung miteinander zu verknüpfen, indem einzelne Ausbildungs-Module auch als Weiterbildungsmodule, beispielsweise für Auszubildende die nach Berufsabschluss zusätzlich einen zweiten Schwerpunkt absolvieren möchten, angeboten werden. Examinierbare Berufstätige können künftig einige Module als Weiterbildungsbausteine belegen. Oder einzelne Module können anderen Berufsgruppen evtl. sogar Laien, wie pflegenden Angehörigen, angeboten werden. Eventuell sind – und darüber werden gegenwärtig Verhandlungen geführt - differenziert zertifizierte Module auch in einer Weiterbildung oder einem Studium beispielsweise an einer Berufsakademie, Fachhochschule oder auch Universitäten, anerkenbar<sup>14</sup>.

Für die Träger der generalisierten Pflegeausbildung mit Schwerpunkten besteht in diesem Rahmen die Chance sich als regionales Pflegezentrum zu etablieren.

---

<sup>14</sup> Spez. Module des siebten Halbjahres (Anlage 4) sollen anerkennungsfähig formuliert und z.B. geriatrischen, intensivpflegerischen Weiterbildungen angerechnet werden können s. Robert-Bosch-Stiftung S. 54.

<sup>1</sup> Spez. Module des siebten Halbjahres (Anlage 4) sollen anerkennungsfähig formuliert und z.B. geriatrischen, intensivpflegerischen Weiterbildungen angerechnet werden können s

## **V Das Curriculum des Hamburger Modells**

Nach den Ausführungen im Begründungsrahmen, der die theoretische Verortung des Modells aufzeigt, stellt sich die Frage, wie die VerfasserInnen und Verfasser des Hamburger Modells bei der Konstruktion lernfeldorientierter Module vorgegangen sind.

Am Beginn steht ein Erfassen der Handlungsfelder, aus denen durch didaktische Bearbeitung Lernfelder und Lernsituationen entwickelt werden.

Bader ( 2000, S.5 ) stellt diesen Prozess in acht Schritten dar:

1. Die Sichtung des Zusammenhangs zwischen dem Beruf und Arbeitsprozessen  
Sichten von Ordnungsmitteln wie Ausbildungsverordnung, Berufsbeschreibung; Betriebsbesichtigung, Expertenbefragung
2. Erfassen der Ausbildungsbedingungen im Beruf  
Sichten des Berufsbildungsberichts und einschlägiger Informationen des Bundesinstituts für Bildung, Expertenbefragung
3. Erfassen von Handlungsfeldern  
Welche Handlungsfelder charakterisieren den Beruf, sind Grundbestand?  
Unternehmensbesichtigung, Expertenbefragung, Sichten von Ordnungsmitteln
4. Beschreiben der Handlungsfelder  
Funktion im gesamten Arbeitsprozess, erforderliche Kompetenzen/ Qualifikationen, theoretische Fundierung, Auswahl bedeutsamer und exemplarischer Tätigkeiten
5. Beurteilen und Auswählen der erfassten Handlungsfelder als Grundlage zur Konstruktion der Lernfelder  
prüfen der Gegenwarts- und Zukunftsbedeutung und der Eignung zur Transformation
6. Transformation der ausgewählten Handlungsfelder zu Lernfeldern

Erweiterung der Handlungsgebiete zur zusätzliche Förderung der Human- und Sozialkompetenz

7. Ausgestalten und Formulieren der Lernfelder

8. Ausgestalten und Formulieren der Lernsituationen

welche Lernsituationen konkretisieren das Lernfeld, fördern Kompetenzen

Dubs ( 2000,S.21 ) sieht hier die Gefahr der einseitigen Ausrichtung des Lernens auf das Nützliche unter Vernachlässigung des Bildungsauftrages. Wittneben ( 2002,S.21 ) beschreibt einen anderen Weg, Lernsituationen zu identifizieren. Eine große Zahl von teilnehmenden Beobachtungen, narrativen Berichten und Eigenberichten aus der Praxis führen zu authentischen Handlungssituationen, die in einem späteren Schritt zu Lernsituationen ausgearbeitet werden. Wie viele Handlungssituationen ein Handlungsfeld ausreichend charakterisieren wird mit dem Begriff der „Sättigung“ beschrieben – d.h. alle neu hinzukommenden Beobachtungen und Berichte, also Handlungssituationen, bringen keine neuen Aspekte eines Handlungsfeldes sondern passen sich in die vorhandenen Strukturen ein. Kriterien für die Abgrenzung der Handlungsfelder voneinander und ein Hinweis, wie eine didaktisch relevanten Gewichtung der Handlungsfelder nach ihrer exemplarischen Bedeutung für die Ausbildung, vorzunehmen sei, fehlen. Als Frage blieb weiterhin, ob nur die Herausstellung des Kernproblems eines Narrativs oder ob alle Aspekte für die Identifizierung von Handlungsfeldern zu berücksichtigen seien.

## **1. Konstruktion der lernfeldorientierten Module**

Unter Beratung von Prof. Dr. K.Wittneben begann die Curriculumgruppe des Hamburger Modells der Freien 1999 mit der Analyse von Narrativen aus allen drei Berufsfeldern ( Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege ) mit dem Ziel Handlungsfelder zu identifizieren.

Die Analyse der Narrative in 4 Schritten erfolgte indem

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

- das Kernproblem in einer Paraphrase dargestellt wird
- die Handlung in Handlungstypen ( pflegerisch handeln, wirtschaftlich organisiert handeln, sozial begründet handeln, u.a. ) differenziert wird
- die isolierten Handlungsabschnitte mit einer pflegerischen Norm aus dem Modell der multidimensionalen Patientenorientierung von K. Wittneben ( Verrichtungs-, Symptom-, Krankheits-, Verhaltens- und Handlungsorientierung ) bewertet werden
- die isolierten Handlungsabschnitte bildungstheoretisch mit den Dimensionen der Handlungskompetenz ( Fach-, Sozial- und Personalkompetenz; KMK, 2000) belegt werden.

Von der Analyse der Handlungssituation zur Lernsituation:

Nach der IST-Analyse der Handlungssituation erfolgte die SOLL-Bestimmung: In Bezug auf die pflegerische Norm war zu prüfen, welche Stufe der multidimensionalen Patientenorientierung – hier: welche pflegerische Norm – für diese Pflegesituation im Interesse der Pflegeempfängerinnen und -empfänger handlungsleitend sein soll. Die isolierten Handlungsabschnitte, belegt mit den Dimensionen der Handlungskompetenzen und formuliert unter dem Eindruck der anzustrebenden pflegerischen Norm hoben sich deutlich von der oben erwähnten Paraphrase des Kernproblems des Narrativs ab und beschreibt die Lernsituation.

Aus Zeitgründen erstellte die Curriculumgruppe vor dem Eintritt einer Sättigung unter Zuhilfenahme von Ordnungsmitteln ( siehe Bader, in diesem Kapitel) und unter dem Eindruck der gesichteten Narrative, eine vorläufige Liste der Lernfelder.

Hier endete die Beratung von Prof. K.Wittneben und die Erarbeitung wurde , begleitet von der mittlerweile hinzugezogenen Lehrplanreferentin G. Klemann-Dannecker, in einem eher deduktiven Vorgehen fortgesetzt. Die Erarbeitung erfolgte in 5 Schritten ( Anlagen 5+6 ) wobei hier wieder die Sichtung von Ordnungsmitteln und eine Befragung von Berufstätigen, Praxisanleiterinnen, Lehrerinnen, Schülerinnen und Schülern und auch Dozentinnen erfolgte. Außerdem wurden auch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige befragt, welche Kompetenzen bzw. Themen in einer künftigen Pflegeausbildung anzustreben bzw. mit aufzunehmen seien. Diese

Daten sind weder ausreichend dokumentiert noch nach wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet worden. Ebenso lassen sich Beobachtungen der Verfasserinnen und Verfasser während Anleitungen und Prüfungen in der Praxis einordnen.

Folgende Lernfeldorientierten Module wurden identifiziert :

<b>Lernfeldorientierte Module - Stundenübersicht</b>	
<b>Basismodule</b>	<b>Std.</b>
B 01 In den Pflegeberuf eintreten	58
B 02 In unterschiedlichen pflegerischen Bereichen handeln	46
B 03 Wahrnehmen und Beobachten	48
B 04 Kommunikationsstrukturen erkennen und bewusst kommunizieren	30
B 05 Beziehungen zu Menschen aufnehmen, gestalten und aufgeben	28
B 06 Biographieorientiert pflegen	30
B 07 Pflege planen und Qualität sichern	45
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern	144
B 09 Sich und andere vor Infektionen schützen	37
B 10 Verantwortungsbewusst mit Arzneimitteln umgehen	24
B 11 Ethisch reflektiert handeln	21
B 12 Pflegebewusstsein entwickeln	40
B 13 Mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zusammenarbeiten	14
B 14 Mit Macht und Gewalt umgehen	21
B 15 Mit Fremdheit umgehen	21
B 16 Beraten und Anleiten	30
<i>Summe Basismodule</i>	637
<b>Zentralmodule</b>	<b>Std.</b>
Z 01 Sich und andere bewegen	66
Z 02 Essen und Trinken	66
Z 03 Beim Ausscheiden unterstützen	37
Z 04 Körperpflege und Kleiden gestalten	30
Z 05 Erholsamen Schlaf fördern	21
Z 06 Schmerzen vorbeugen, lindern und bewältigen helfen	37
Z 07 Menschen mit Demenz und Verwirrheitszuständen pflegen und deren Angehörige unterstützen	45
Z 08 Lebensbedrohliche Gesundheitszustände verhüten, erkennen und darauf reagieren	44
Z 09 Betroffene bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen begleiten und unterstützen	22
Z 10 Menschen mit akuten organischen Störungen pflegen	45
Z 11 Menschen mit Verletzungen und operativen Eingriffen pflegen	36
Z 12 Menschen mit langfristigen organischen Störungen pflegen	140
Z 13 Sterbende pflegen und deren Bezugspersonen begleiten	30
Z 14 Menschen mit Infektionen pflegen	21

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Z 15 Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen pflegen	21
Z 16 Menschen mit psychischen Störungen pflegen	42
Z 17 Menschen mit eingeschränkten Sinnesleistungen pflegen	14
Z 18 Wohnen/Umgebung gestalten	14
Z 19 Zeit gestalten	37
Z 20 Sexualität leben und sexuellen Missbrauch verarbeiten und vorbeugen; Menschen mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane pflegen	37
Z 21 Während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und in der Neugeborenenperiode pflegen	31
Z 22 Säuglinge und Kleinkinder pflegen und deren Angehörige unterstützen	14
<i>Summe Zentralmodule</i>	<i>850</i>
<b>Projektmodule</b>	
<b>Std.</b>	
P 1 Fragestellung zu einem pflegerelevanten Forschungsthema entwickeln	30
P 2 Quantitative Erhebungsmethoden in einer eigenen Untersuchung einsetzen und reflektieren	30
P 3 Qualitative Erhebungsmethoden in einer eigenen Untersuchung einsetzen und reflektieren	30
<i>Summe Projektmodule</i>	<i>90</i>
<b>Schwerpunktmodule</b>	
<b>Std.</b>	
S KiKP 1 Frühgeborene und kranke Neugeborene pflegen und deren Angehörige begleiten	30
S KP 1 Wechselwirkungen im sozialen Umfeld erkennen und darauf reagieren	30
S AP 1 Menschen im Alter begegnen und pflegen	30
<i>Summe Schwerpunktmodule</i>	<i>30</i>
<b>Summe Module</b>	<b>1607</b>
<b>Studienzeit</b>	<b>39</b>
<b>Didaktische Reserve</b>	<b>371</b>
<b>FHR-Ergänzung</b>	<b>121</b>
<b>Gesamtstunden in 3 Jahren Ausbildung</b>	<b>2138</b>
<b>Vertiefungshalbjahr</b>	
<b>Std.</b>	
Z 23 Gesundheitsförderung in Gruppen initiieren und gestalten	75
P 04 Gesundheitsförderung in Gruppen evaluieren und das Ergebnis anderen zugänglich machen	
P 05 Pflegewissen anhand einer eigenen Fallstudienarbeit erweitern und anderen zugänglich machen	75
S KiKP 2 Früh- und Neugeborene mit Fehlbildungen pflegen und deren Angehörige begleiten	
S KP 2a* Menschen mit chronischen Wunden pflegen und diese Kompetenz weitergeben	
S AP 2 Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen und deren Bezugspersonen unterstützen	
<i>Summe Vertiefungshalbjahr</i>	<i>150</i>
<b>Summe Module</b>	<b>150</b>
<b>Studienzeit</b>	<b>22</b>
<b>Didaktische Reserve</b>	<b>146</b>
<b>FHR-Ergänzung</b>	<b>30</b>
<b>Stunden Vertiefungshalbjahr</b>	<b>348</b>
<b>Gesamtstunden in 3,5 Jahren Ausbildung</b>	<b>2486</b>
S KiKP - Schwerpunktmodul Kinderkrankenpflege	
S KP - Schwerpunktmodul Krankenpflege	

S AP - Schwerpunktmodul Altenpflege		
* weitere Schwerpunktmodule Krankenpflege sind geplant		

Ziele und Inhalte der Lernfeldorientierten Module siehe Anlage 7

Die Bearbeitung und auch Überarbeitung der Lernfelder erfolgte anhand eines Kriterienkatalogs, der die Bezugnahme auf die pädagogischen wie pflegetheoretischen Grundsätze unterstützen sollte ( Anlage 8 ).

In der weiteren Arbeit wurden die Lernfelder in einen idealtypischen Ablauf ( Anlage 9 ) geordnet, wobei sowohl inhaltliche ( Wie bauen Lernfelder aufeinander auf ? Welche Lernfelder sind für berufliches Handeln unabdingbar ) wie strukturelle Kriterien ( Umfang der Unterrichtsblöcke und Studienphasen ) Berücksichtigung fanden.

## 2. Theorie-Praxis-Verknüpfung

Die Verteilung der Ausbildungsstunden in der Praxis für die ersten 6 Halbjahre gestalten sich wie folgt: Die Schülerinnen und Schüler lernen je 25 Wochen, das sind 25% der Ausbildungsdauer, in **jedem** der drei traditionell getrennten Bereiche der Pflege. Das heißt, dass 75 Praxiswochen ( also 75% der Ausbildungsdauer in der Praxis) für alle Schülerinnen und Schüler unabhängig von dem gewählten Schwerpunkt gleich sind. Die verbleibenden 25 Wochen werden dann im gewählten Schwerpunkt, also der Kinderkranken-, der Kranken- oder Altenpflege abgeleistet (Anlage 10). Daraus ergibt sich, dass jede Schülerin und jeder Schüler während der ersten 6 Halbjahre zu 50% im Schwerpunkt und zu je 25% in den anderen Bereichen eingesetzt ist.

Das abschließende siebte Halbjahr ist ganz dem gewählten Schwerpunkt gewidmet.

Dem pädagogischen Leitgedanken der Handlungsorientierung folgend erleben die Schülerinnen die enge Verbindung zwischen Theorie und Praxis durch das Ineinandergreifen folgender Aspekte:

die Auswahl von Modulen, die in einem inhaltlichen und zeitlichen Zusammenhang zu den praktischen Einsätzen stehen

- einen Studientag pro Woche in den Praxisphasen, dessen Schwerpunkt auf zeitnahe Reflexion und gezielter Begleitung des Praxiseinsatzes und der gestellten Praxisaufgaben liegt
- > Studientage könnten wie folgt strukturiert sein:
  - 90 Minuten      Organisatorisches- Aktuelles, Supervision  
aktuelle Praxisaufträge bearbeiten
  - 180 Minuten    aktuelle Module bearbeiten  
Gesundheitsentwicklung und -förderung
  - 90 Minuten      Sprachen- allgemeinbildende Fächer
- Die Verständigung aller an der Ausbildung Beteiligten auf pädagogische und pflegerische Werte
- die frühzeitige Einbeziehung der Mentorinnen und Mentoren/Praxisanleiterinnen in die Vorbereitung der Umsetzung des Modells (bereits angelaufen)
- die regelmäßige Präsenz jeder Lehrerin und jedes Lehrers als KontaktlehrerInnen in mindestens zwei Praxisinstitutionen an festgelegten Tagen

Die Aufgabenbereiche der KontaktlehrerInnen sehen wie folgt aus:

- AnsprechpartnerInnen der Schule für Pflegedirektion, MentorInnen und Stationsleitungen
- Coachen von MentorInnen bei Anleitungen
- Begleiten und Abnehmen von Modul- Abschlüsse in der Praxis gemeinsam mit den MentorInnen der beteiligten Einrichtung
- Abnehmen praktischer Examensprüfungen
- Überprüfen, inwieweit die Ausbildungsverträge zwischen den Lernorten erfüllt werden

Die Ausbildungsverträge zwischen der Schule und den Einsatzorten in der Praxis regeln:

- Schulungsumfang und Stellenbeschreibung der MentorInnen/PraxisanleiterInnen

- Teilnahme der MentorInnen an Fortbildung/ MentorInnentage
- Verhältnis von MentorInnen und SchülerInnen auf einer Station
- Struktur der praktischen Ausbildung mit Festlegung der
  - Einarbeitungszeit beim Wechsel des praktischen Einsatzortes
  - Planung und Organisation von Zielfindungs- und Beurteilungsgesprächen
  - Organisation der Pflege im SchülerInnenzimmer
  - Organisation und Durchführung von Anleitungen

#### **4. Modulabschlüsse und Examina**

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass die folgenden Ausführungen und Gedanken der Abstimmung mit der Behörde für Umwelt und Gesundheit bedürfen. Es gibt noch keine Genehmigung für ein etwaiges Vorgehen in diese Richtung .

Dennoch ist es uns wichtig, die an dem Hamburger Modell orientierten Gedanken zu den Abschlüssen darzulegen.

So folgen die Erläuterungen zu den Modulabschlüssen und den Examina .

##### **Die Modulabschlüsse**

Um den Grundlagen der Ausbildung wie Handlungsorientierung, Verständigungsorientierung und Gesundheitsentwicklung und –förderung neben den Ideen des lebenslangen und exemplarischen Lernens gerecht zu werden, dienen die Modulabschlüsse nicht nur einer punktuellen Leistungsbemessung. Viele Module dienen der Zulassung zum Examen und gehen in die Vornote mit ein. In welchem Umfang die Vornote mit in die Endnote eingehen wird, ist noch zu entscheiden. Damit wird den Leistungen des gesamten Zeitraums der Ausbildung Rechnung getragen. Die SchülerInnen werden in ihren individuellen Lernprozessen gesehen und deren Leistungen nicht auf einzelne Handlungen am Ende der Ausbildung reduziert. (Modulabschlüsse- Anlage 11)

##### **Die Examina**

Das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege von 1985 und in der Neufassung von 2003 legt fest, dass die Ausbildung mit dem Ablegen der Prüfung endet. Der Entwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 15.08.2003 sieht einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil für den Abschluss der Ausbildung in der Kinderkranken- und Krankenpflege vor.

KrPflAPrV § 13 (Auszug)

- (1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Themenbereiche:
  1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten,
  2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten,
  3. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten.

KrPflAPrV § 14 (Auszug)

- (1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Themenbereiche der Anlage 1 Buchstabe A:
  1. Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten
  2. Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen
  3. bei der medizinischen Therapie und Diagnostik mitwirken und in Gruppen und Teams zusammenarbeiten.

KrPflAPrV § 15 (Auszug)

- (1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Pflege einer Patientengruppe von höchstens vier Patientinnen und Patienten. Der Prüfling übernimmt....., alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation und Übergabe. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling sein Pflegehandeln zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden sowie befähigt ist, die Aufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes eigenverantwortlich auszuführen..

### Unser geplantes Vorgehen

Um den SchülerInnen zu ermöglichen, ihr in drei Jahren erworbenes Wissen und die erworbenen Fähigkeiten in einen komplexen Zusammenhang zu stellen, sieht der Rahmen der praktische Prüfung einen Zeitraum von drei Tagen vor. Es geht darum eine Patientengruppe über mehrere Tage zu betreuen, um damit zu zeigen, wie weit sie eigenverantwortlich vorausschauend, individuell und vernetzt Pflege planen, organisieren, durchführen, dokumentieren und reflektieren können. Hier sollen sie deutlich machen, wie Theorie und Praxis u.a. im Sinne der Gesundheitsentwicklung – und förderung zum Wohle der beteiligten PatientInnen in ihrem individuellen Prozess und des eigenen Wohls miteinander verbunden werden können.

Dies wird lt. KrPflAPrV §15 insbesondere auch nach der dreistündigen praktischen Prüfung am dritten Tag sowohl im Patientengespräch als auch in der schriftlichen Prüfung am vierten Tag dargestellt, weiter ausgeführt und reflektiert.

#### *Praktische Prüfung*

##### Erster Tag (Montag)

Auswahl der PatientInnengruppe ( höchstens vier PatientInnen) durch eine/einen Fachprüferin/ Fachprüfer.

Die SchülerInnen haben jetzt den Raum und die Zeit, sich umfassend über die PatientInnen und deren Umstände zu informieren, Recherchen über die Hintergründe zu beginnen, die Pflege zu planen, durchzuführen und zu dokumentieren.

##### Zweiter Tag ( Dienstag)

Die SchülerInnen sind weiterhin damit beschäftigt, die Situationen der PatientInnen zu erfassen und in ihre Informationen aufzunehmen, um daraus Rückschlüsse auf ihre pflegerischen Tätigkeiten zu ziehen.

##### Dritter Tag ( Mittwoch)

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

An diesem Tag findet die praktische Prüfung über drei Stunden statt. Die SchülerInnen verrichten alle in diesem Zeitraum anfallenden Aufgaben in der PatientInnengruppe.

Anschließend wird ein Prüfungsgespräch geführt, das sich inhaltlich auf die betreute Gruppe bezieht ( siehe KrPflAPrV § 15). Beteiligt sind die beiden PrüferInnen und die SchülerIn .

Vierter Tag ( Donnerstag)

#### *Schriftliche Prüfung*

An diesem Tag findet die schriftliche Prüfung statt. Sie bezieht sich auf die Situation EINER/EINES in den Tagen zuvor betreuten Patientin/Patienten.

( Es empfiehlt sich sicher hier die /den PatientIn mit dem umfangreichsten Pflegebedarf zu wählen)

In dieser Aufsichtsarbeit geht es darum, der KrPflAPrV §13 folgend, dass die SchülerInnen zeigen, inwieweit sie die Pflegesituation eines der betreuten PatientInnen beurteilen, daraus Rückschlüsse ziehen können und auch alle dafür relevanten Bereiche im Blick haben. Die im allgemeinen in Frage kommenden Themen ( wie z.B. Pflege, Krankheitslehre, Anatomie/ Physiologie, Psychologie, rechtliche Rahmenbestimmungen, pflegewissenschaftliche Aspekte, wirtschaftliche und ökologische Prinzipien...) liegen in Stichworten vor. Die SchülerInnen entscheiden dann selbst, welche Themen für ihre/ihren PatientIn relevant sind.

Darüberhinaus erfordern richtungsweisende Fragen eine Transferleistung zu anderen Krankheitsbildern, Personengruppen oder/ und Situationen .

#### *Mündliche Prüfung*

Die mündliche Prüfung findet am Ende der Ausbildung ( März oder September d.J.) für alle SchülerInnen an einem gemeinsamen Tag statt, so dass die SchülerInnen alle am gleichen Tag ihr Staatsexamen absolvieren.

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Die Inhalte, die in der Prüfung bearbeitet werden sind nicht mehr auf die praktische und schriftliche Prüfung bezogen. Sie sind weitgreifender und berücksichtigen die gesamte Ausbildung.

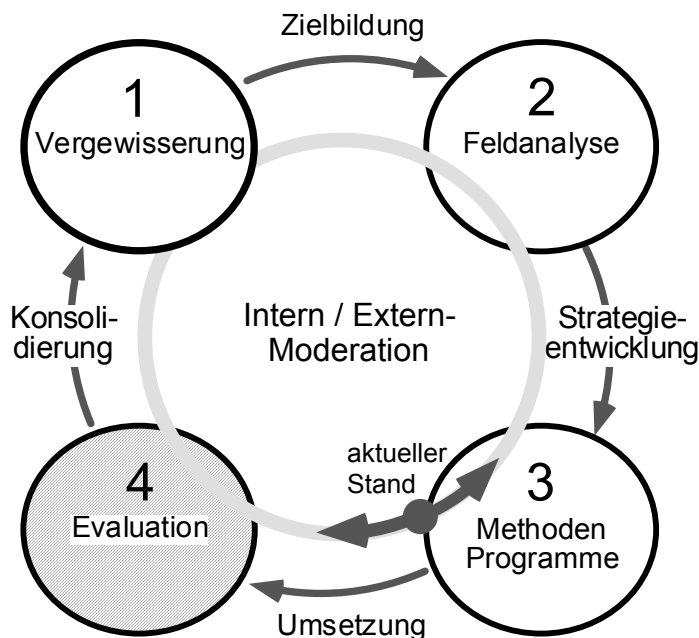
## Evaluation

Ursula Brucks

### 1. Evaluation als Praxisbegleitung

Evaluationsforschung folgt einer allgemeinen Systematik, die in der Regel als Kreis dargestellt wird, aber eher als Spirale zu denken ist. Am Ende eines Durchgangs beginnt ein neuer Zyklus, aber unter Erhaltung der bereits erfolgten Veränderungen. Ein solches zyklisches Modell ist in Abbildung 1 dargestellt. Es handelt sich dabei um eine Zusammenfügung und Weiterentwicklung aus der Aktionsforschung nach K. Lewin (1947a und b) und ihren Anwendungen in verschiedenen Bereichen (z. B. Schein, 1999).

Abbildung 1: Allgemeines Modell des Handlungsablaufs in einem geplanten Veränderungsprozess



In dem Modell wird eine Unterscheidung zwischen der Handlungsebene (= Pfeile in der neben stehenden Abbildung) und der Ebene der Analyse und Reflexion (= Kreis 1 bis 4) getroffen. Damit ist es möglich, die Aufgaben der internen Moderation (= Handlungsebene) und der externen Begleitung (= Analyse und Aufbereitung der Befunde für eine gemeinsame Reflexion) voneinander abzugrenzen. Die gemeinsame Verantwortung für die Steuerung wird durch den ständigen Austausch (Intern / Extern-Moderation) sicher gestellt.

Im Sommer 2002 – in der Abbildung gekennzeichnet als "aktueller Stand" – war das Curriculum für die generalisierte Pflegeausbildung im wesentlichen

fertig. Auch die Eckdaten für die Schul- und Ausbildungsorganisation, die Auswahl der Schülerinnen und Schüler, die Qualifikation der Lehrkräfte und die Kooperation zwischen allen Beteiligten lagen vor, wenn auch noch nicht in allen Details. Zu diesem Zeitpunkt begann die Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung hinsichtlich einer externen wissenschaftlichen Begleitung des Modells. Als erster Schritt fand eine Evaluation der Modellkonzeption statt (Brucks 2002). Mit diesem Schritt ist es möglich, die Stringenz eines Vorhabens zu prüfen und die Kriterien und Methoden für die Evaluation festzulegen. Damit liegt zugleich ein "Fahrplan" für die tatsächliche Evaluation vor, wie sie die spätere Umsetzung begleiten soll.

Die Evaluation der Modellkonzeption richtet sich auf die praktisch bereits durchlaufenen ersten drei Kreise, blickt also zurück. Die Planung der eigentlichen Evaluation hingegen blickt nach vorne auf die Phasen der Umsetzung und der Konsolidierung. Im Zentrum des Kreises 4 steht die Ergebnisevaluation. Die Beurteilung des Ergebnisses nach der Durchführung des Modells ist der wichtigste Beitrag der Evaluation, denn letztlich soll die Frage beantwortet werden: Ist die neue Ausbildung besser als die alte?

Um diese Frage zu beantworten, ist es aber erstens nötig festzulegen, worin das "besser sein" bestehen und sich zeigen soll, also Kriterien und Indikatoren zu finden. Zweitens ist es wichtig zu wissen, warum das Ergebnis erreicht oder nicht erreicht wurde; man möchte eine Aussage darüber haben, ob dem Modell bzw. seinen Bestandteilen, z. B. der Lernfeldorientierung des Curriculum oder der Theorie-Praxis-Integration die erwarteten Wirkungen auf das Ergebnis tatsächlich zugeordnet werden können. Auf diese Frage bezieht sich die begleitende Prozessevaluation. Weil auch außerhalb des Curriculums liegende Einflußfaktoren darüber entscheiden, ob Erfolge eintreten oder nicht eintreten, müssen die Rahmenbedingungen und ihre Veränderungen dokumentiert werden, die den Erfolg der Ausbildung beeinflussen können.

Evaluationsforschung unterscheidet sich von Grundlagenforschung in einem wichtigen Punkt: Sie ist zugleich Praxisberatung. Während man sich in der analytischen und explorativen Forschung darum bemüht, das Forschungsfeld oder den Forschungsgegenstand möglichst wenig durch die eigentliche

Forschungsaktivität zu beeinflussen, versucht man in der Evaluationsforschung die Handelnden im Forschungsfeld aktiv und in vorher geregelter Form am Forschungsprozess zu beteiligen. Diese Arbeitsteilung wird als Intern-/Extern-Moderation bezeichnet. Im Modell der FREIEN hat die Arbeitsgruppe "Evaluation" den Part der internen Moderation übernommen (vgl. Kap. II.2 und Anlage 2).

Die internen Moderatoren und Moderatorinnen bringen einerseits ihr Praxiswissen in die Evaluation ein; andererseits entwickeln sie selbst durch die aktive Beteiligung an der Evaluation methodische Qualifikationen, die sie für eine kontinuierliche Qualitätssicherung nutzen können.

Die Art und Weise, in der die Evaluation vorgenommen werden soll, fördert zudem die Erreichung der gewünschten Lernziele für die Auszubildenden.

Die Evaluation gibt den Auszubildenden die Möglichkeit, eigene Wünsche und Bedürfnisse in bezug auf Inhalte und Umsetzung der Ausbildung einzubringen. Dieser eigene Einfluss erhöht Motivation, Einsatz und Selbstständigkeit derjenigen, die sich in der Ausbildung befinden, und macht die Ausbildung für folgende Jahrgänge attraktiver.

## **2. Methodik**

Evaluation benötigt Gütekriterien, an denen der Erfolg gemessen werden kann. Es wird unterschieden zwischen allgemeinen Gütekriterien, denen ein Programm genügen sollte, und den Erfolgs- oder Wirksamkeitskriterien, die im engeren Sinne darüber Auskunft geben, ob die Ziele oder Teilziele des Programms erreicht werden (vgl. Hager & Hasselhorn, 2000, S. 76ff.).

Zu den allgemeinen Gütekriterien gehören Fragen wie die folgenden: Ist das Modell ethisch legitimierbar? Ist das Modell theoretisch oder empirisch fundiert? Ist das Modell übertragbar? Ist das Modell wirtschaftlich in Relation zu den Zielen? Wird das Modell von den Beteiligten akzeptiert und sind sie mit den Ergebnissen zufrieden? Das Kriterium gibt jeweils an, wann man die Frage mit ja oder nein beantworten will. Besonders die beiden ersten Fragen nach der ethischen und theoretischen Fundierung sind vor allem argumentativ zu beantworten, eventuell unter Beteiligung von Findungsgremien wie Ethikkommissionen oder wissenschaftlichen Beiräten. Hingegen können für Wirtschaftlichkeit, Akzeptanz und Zufriedenheit

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Mindeststandards festgelegt werden, die aussagen, wann man das Kriterium für erfüllt ansehen will.

Die Erfolgs- oder Wirksamkeitskriterien sind die zentralen empirischen Kriterien, die festlegen, ob die mit dem Modell angestrebten Veränderungen erreicht worden sind oder nicht. Dabei ist es wichtig, auch darauf zu achten, ob negative oder schädliche Neben- und Folgewirkungen vermieden werden können. Eine nicht erwünschte Nebenwirkung könnte z. B. der Abbruch der Ausbildung sein.

Nicht alle in den Zielen und Kriterien verwendeten Begriffe sind direkt beobachtbar oder gar quantifizierbar. Daher müssen Indikatoren definiert werden, die es ermöglichen, die Kriterien empirisch zu erfassen. Z. B. können Indikatoren für ein generalisiertes Pflegeverständnis sein, dass die Schüler/innen folgenden Aussagen zustimmen: – Ich traue mir zu, in der stationären Kinderkrankenpflege zu arbeiten. – Ich traue mir zu, in der ambulanten Altenpflege zu arbeiten.

Die eingesetzten Methoden sollten nach Ansicht einiger Autoren den Anforderungen an diagnostische Tests entsprechen. Das ist bisher in der Evaluationsforschung durchgängig nicht der Fall. Nur verhältnismäßig begrenzte Programme, die zu allgemein anwendbaren Routineverfahren werden sollen (z. B. die Durchführung eines Hygiene-Checks auf einer Station) können soweit standardisiert werden, dass die Prüfung einem diagnostischen Test entspricht. Komplexe, für weitere Veränderungen jederzeit offene Programme bedürfen in höherem Maße einer kommunikativen Validierung. Dies entspricht dem oben dargestellten Vorgehen der Praxisberatung. Die Methoden müssen offen sein für Veränderungen, die während des Prozesses notwendig werden. Zugleich muss jedoch nachvollziehbar sein, in welchem Verhältnis sie zu den Zielen, den Kriterien und den Indikatoren stehen, so dass auch angegeben werden kann, wie die Daten ausgewertet und die Ergebnisse interpretiert werden sollen.

### **3. Evaluation der Modellkonzeption**

Die Vergewisserung über die Ausbildungssituation in der Pflege hat die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform deutlich gemacht. Diese innere

Entwicklung des Modells wird in Teil I beschrieben. Sie hat zur Ausarbeitung der leitenden Werte (vgl. Kapitel I.2 ) und der allgemeinen Ziele des neuen Ausbildungsmodells geführt (vgl. Kapitel III.1).

Der Schritt "Feldanalyse" bezieht sich hier auf die Frage, welche Trends in der Reform der Pflegeausbildung es gibt und wo Verbündete für eine Reform zu finden sind. Mit der Gründung des Ausbildungsverbands der FREIEN hat sich eine hinreichend große Gruppe zusammen gefunden, die eine gemeinsame Schule für eine generalisierte Ausbildung tragen kann. Die Entwicklung des Curriculums und des gesamten Ausbildungsmodells ist eine strategische Antwort auf die festgestellten Mängel der jetzigen Ausbildung. Insoweit ist die Entwicklung des Ausbildungsmodells transparent und schlüssig.

Das im Sommer 2002 vorliegende Curriculum ist in den Begriffen der Evaluationsforschung das Programm, das nun in die Phase der Umsetzung geht (vgl. Abbildung 1). Es erfüllt die Gütekriterien, die aus Sicht der Evaluationsforschung von einem Programm zu erwarten sind:

- Das neue Ausbildungsmodell ist ethisch legitimiert, weil die leitenden Werte angegeben und überprüfbar sind (vgl. Kapitel I. 2).
- Das Modell ist theoretisch und teilweise auch empirisch fundiert, weil auf Entwicklungstrends in der Epidemiologie und Demografie sowie in den relevanten Wissenschaften Bezug genommen wird (vgl. Teil III).
- Die Übertragbarkeit des Modells wird angestrebt. Dabei ist insbesondere der Anschluss an die europäischen Trends in der Berufsentwicklung hervorzuheben.
- Das Modell wird von den beteiligten Schulteam akzeptiert, was sich besonders an der kontinuierlichen Arbeit der verschiedenen Arbeitsgruppen ablesen lässt (vgl. Teil II). Weniger eindeutig ist die Akzeptanz bei den verantwortlichen Führungskräften in den Krankenhäusern und Einrichtungen der Altenpflege. Hier haben spät geltend gemachte Einwände die Schulgründung verzögert, während zugleich die Entwicklung des Modells ohne die praktische Unterstützung der Krankenhäuser gar nicht möglich gewesen wäre.

- Das neue Ausbildungsmodell ist voraussichtlich teurer als die alte Ausbildung. Die Kosten der alten Ausbildung sind jedoch nur teilweise erfaßt worden, so dass ein Kostenvergleich nur eingeschränkt möglich ist. Das neue Modell hat eine höhere Kostentransparenz. Dadurch wird auf längere Sicht die Kosten–Nutzen–Effizienz überprüfbar und bisher verdeckte Kosten entfallen.

Auf dieser Grundlage sind die Kriterien und Indikatoren für die Erfolgsüberprüfung festgelegt worden, die sich auf die jetzt beginnende Umsetzung des Modells beziehen. Dabei ist die Ergebnisevaluation der wichtigste Teil und bildet zugleich die zeitliche Klammer: Sie vergleicht die alte Ausbildung mit der neuen und hat daher ihren ersten Erhebungszeitpunkt vor dem Start der neuen Schule. Sie wird daher hier zuerst dargestellt.

#### **4. Entwicklung der Kriterien für die Ergebnisevaluation**

Die Ergebnisevaluation bezieht sich auf die Erreichung der allgemeinen Ziele. Das "Hamburger Modell" hat sechs allgemeine Ziele:

1. Verständigungsorientierung im pädagogischen und pflegerischen Handeln
2. Professionelle Selbständigkeit auf der Basis eines sicheren fachlichen Wissens
3. Entwicklung der eigenen Gesundheit und Gesundheitsförderung als Fähigkeit, Ressourcen zu erkennen und zu entwickeln
4. Lernfeldorientierte Ausbildung im Sinne eines übergreifenden Curriculums für die theoretische und die praktische Ausbildung
5. Generalisierte Ausbildung im Sinne der gemeinsamen Ausbildung in der Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege
6. Übertragbarkeit des „Hamburger Modells“ in die Zukunft und an andere interessierte Träger und Teilnehmer/innen.

Um die Frage zu beantworten, ob die genannten Ziele tatsächlich durch das Curriculum erreicht werden – oder vielleicht für Lernende und Lehrende in der Krankenpflege auch ohne besondere Bemühungen selbstverständlich sind – wird die herkömmliche Ausbildung in Form eines Vorher–Nachher–Vergleichs herangezogen: Die Absolventinnen und Absolventen des letzten

Kurses vor der Einführung des Modells werden mit denjenigen des ersten Durchgangs der neuen Ausbildung verglichen hinsichtlich der Frage, wieweit auch sie die ersten drei Ziele erreicht haben. Sie werden auch danach gefragt, wieweit sie die Verbindung zwischen theoretischem Unterricht und Praxiseinsätzen realisieren konnten (im Sinne des vierten Ziels) und ob sie es sich zutrauen, in den benachbarten Pflegeberufen tätig zu werden (im Sinne eines generalisierten Berufsbildes). Das bedeutet, dass bereits die Examensgruppe, deren Abschluß vor dem Start des Modells stattfindet, nach denselben Kriterien bewertet wird wie der erste Durchgang des Modells. Lediglich die Frage der Übertragbarkeit ist nicht mithilfe eines Vorher–Nachher–Vergleichs zu beantworten, sondern wird sich an der Akzeptanz und Nachfrage nach Abschluss der Erprobungsphase zeigen. Die Evaluation der Examenskurse 2003 erfolgt durch eine Befragung der Schüler und Schülerinnen, durch eine Auswertung der Examensunterlagen und ein Interview mit den Prüfungspatient/innen sowie durch ein Auswertungsgespräch mit den Schul- und Kursleiter/innen. Abbildung 2 stellt den Ablauf der Erhebung dar.

Abbildung 2: Ablauf der Evaluation (vorher)

Vorbereitung seitens der Schule

- Information des Teams. An diesem Informationstermin nehmen wir gerne teil, wenn Sie es wünschen.
- Patientenbefragung mit den Mentor/innen bzw. Zweitprüfern der praktischen Prüfung vorbesprechen. Mentor/innen bzw. Zweitprüfer werden gebeten, dass Interview mithilfe des anliegenden Leitfadens persönlich durchzuführen. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.
- Termin festlegen für die Evaluation in der Gruppe im letzten Unterrichtsblock 10 bis 20 Tage vor der mündlichen Prüfung (vgl. anliegendes Programm)
- PDL und Mitarbeitervertretung informieren
- Schüler/innen informieren
- Für die Durchführung der Gruppenevaluation Flipchart bereit stellen

#### Nachbereitung und Auswertung

- Sammeln der Patientenfragebögen
- Bereitstellen der Protokolle der praktischen Prüfung und der Prüfungsnoten der drei Teile (schriftlich und mündlich möglichst differenziert)
- Bereitstellen der Beurteilungen der Praxiseinsätze. Diese werden in der Schule ausgewertet, so dass die Unterlagen die Schule nicht verlassen.
- Auswertungs- und Rückmeldegespräch mit dem Team

#### Datenschutz

Der Datenschutz wird dadurch gewährleistet, dass alle Fragebögen eine Code-Nummer erhalten. Diese persönliche Code-Nummer ist auch auf der Einverständniserklärung zur Auswertung der Prüfungsunterlagen vermerkt, die die Schüler/innen unterschreiben. Die Einverständniserklärungen bleiben in der Schule. Die Kursleitung anonymisiert alle Unterlagen, die zur Auswertung an uns weiter gegeben werden, und versieht sie mit dieser Code-Nummer.

Da das Diskussionsklima bereits jetzt durch die Ideen des „Hamburger Modells“ geprägt ist, ist der Vorher-Nachher-Vergleich ein strenger Maßstab, d. h. der zu erwartende Unterschied ist nicht so groß wie möglicherweise im Vergleich zu einer herkömmlichen Ausbildung eines anderen Trägers.

Dennoch ist dieser Vorher-Nachher-Vergleich methodisch das am besten geeignete Vorgehen, da die Ausbildung zur Zeit auch bei anderen Trägern im Fluss ist und weitere schwer zu kontrollierende Unterschiede hinzu kämen (Größe der Schule, Struktur der Krankenhäuser etc.).

Das Abschlußexamen des ersten Modelljahrgangs als Vergleich zu wählen, ist damit begründet, dass der Ausbildungsvertrag im Rahmen des Modells zwar auf 3 1/2 Jahre abgeschlossen wird, im Prinzip aber die Möglichkeit besteht, die Ausbildung mit dem Examen zu beenden und auf das Vertiefungshalbjahr zu verzichten. Vom Konzept her ist zu erwarten, dass die nach dem neuen Modell Ausgebildeten ihre volle berufliche Handlungsfähigkeit erst durch das Vertiefungshalbjahr entwickeln werden.

Da die Frage der Ausbildungsdauer für das Modell und seine Übertragbarkeit und auch für die weitere Reform der Berufsgesetze von entscheidender Bedeutung ist, ist das Abschlußexamen als Evaluationszeitpunkt zentral. Hier muss der Vergleich zu der herkömmlichen Ausbildung stattfinden.

## **5. Evaluation der Rahmenbedingungen und Ressourcen**

Die Rahmenbedingungen werden zu Beginn und am Ende des ersten Durchgangs erhoben sowie wichtige Veränderungen während des Ablaufs dokumentiert. Die Erfassung der Rahmenbedingungen ist methodisch notwendig, um bei der Interpretation der Curriculumevaluation beurteilen zu können, ob Erfolge oder Mißerfolge bei der Umsetzung der neuen Pflegeausbildung durch veränderte Rahmenbedingungen beeinflusst worden sind.

Dabei sind folgende Dimensionen zu unterscheiden:

1. rechtliche Rahmenbedingungen
2. finanzielle Ressourcen
3. räumliche / technische Voraussetzungen und Ressourcen
4. organisatorische Voraussetzungen und Ressourcen
5. personelle Voraussetzungen und Ressourcen

Hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen mußten bereits bei der Modellentwicklung Kompromisse eingegangen werden. Dass die Ausbildung nach drei Jahren zu einem Abschluss in der allgemeinen Krankenpflege führt und anschließend in der halbjährigen Vertiefung zusätzlich den Abschluss in der Kinderkranken- oder Altenpflege ermöglicht, ist keine ideale Umsetzung der angestrebten Generalisierung, sondern eine Anpassung an die geltenden Berufsgesetze. Zudem besteht Skepsis, ob 3 1/2 Jahre wirklich ausreichen, um hinreichende Handlungssicherheit in der Praxis zu erlangen.

Die Einbeziehung der Fachhochschulreife in die Ausbildung wirft hinsichtlich der Lehrqualifikationen Probleme auf. Wünschenswert sind Lehrkräfte, die in der Lage sind, die allgemeinbildenden Inhalte in die Module einzuordnen, weil sonst die Gefahr besteht, dass die Lernfeldorientierung als didaktisches Prinzip mit dem Ziel der Vorbereitung auf die Fachhochschulreife kollidiert.

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Hier besteht zur Zeit ein Mangel an Lehrpersonal, das die gewünschte Doppelqualifikation mitbringt.

Hinsichtlich der finanziellen Ressourcen fehlen Erfahrungswerte über erfolgsgefährdende Untergrenzen. In Modellversuchen, die von hohem Engagement getragen werden, wird eine finanzielle Unterausstattung häufig nicht direkt erkennbar; jedoch zeigt sich die Überbeanspruchung mittelfristig durch einen - manchmal rapiden - Motivationsverlust. Daher ist es sehr wichtig, die aufgewendeten Zeiten und die Finanzierung gut zu dokumentieren, um Zielanpassungen vornehmen und Gratifikationskrisen vorbeugen zu können.

Die räumlichen und technischen Voraussetzungen und Ressourcen sind Sollwerte mit Spielraum. Eine gut ausgestattete Schule in einem zentralen Gebäude ist wünschenswert, aber es wird erwartet, dass Mängel in diesem Bereich ausgeglichen werden können. Von den Schülerinnen und Schülern wird ein hohes Maß an Flexibilität gefordert, dass sich auch in ihrer Fähigkeit zeigt, die Schule und den Verbund der beteiligten Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen trotz großräumiger Verteilung als Einheit zu erleben. Bei den organisatorischen Voraussetzungen und Ressourcen sind die Soll-Positionen bereits klar definiert; es gibt Aufwandskalkulation für die einzelnen Funktionen, so dass es möglich ist, Plan und Realisierung zu vergleichen. Hinsichtlich der personellen Voraussetzungen und Ressourcen ist besonders die gute Betreuung der Praxiseinsätze für den Erfolg des neuen Curriculum wichtig. Es ist absehbar, dass die Einsatzzeiten der Mentoren ein Unsicherheitsfaktor sind, so dass hier Hindernisse bei der Umsetzung auftreten können

Weil die Rahmenbedingungen teilweise erst als Soll-Vorstellungen vorliegen, ist es unbedingt notwendig, sie bei Start der neuen Ausbildung zu dokumentieren und ihre Entwicklung über die Laufzeit des ersten Curriculumdurchgangs zu verfolgen. Die Verantwortung dafür soll zu Beginn bei der externen Evaluation liegen. Ihre Aufgabe ist es, die Rahmenbedingungen zu erfassen und die Leitung des Modells auf erkennbare - positive oder negative - Folgen für die Ergebnisse des Modells aufmerksam zu machen, so dass gegebenenfalls Korrekturen möglich sind. Zunehmend soll die Beobachtung der Rahmenbedingungen in die interne

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Evaluation beziehungsweise kontinuierliche Qualitätssicherung übergeleitet werden.

## **6. Prozessbegleitende Evaluation des Curriculum**

Gegenstand der prozessbegleitenden Evaluation sind die Module des Curriculum sowie die zugehörigen Praxiseinsätze.

Da bei der Curriculumentwicklung bereits Feinziele für die Module bzw. Praxiseinsätze und Lernzielkontrollen (= Aufgaben) für deren Erreichung erarbeitet worden sind, bietet es sich an, die vorgesehenen Lernzielkontrollen soweit wie möglich als Evaluationsinstrument zu nutzen. Die Anbindung an die Lernzielkontrollen (Aufgaben) hat den doppelten Vorteil, dass Aufwand gespart wird und die Aufgaben selbst mitevaluiert werden. Es gibt aber auch einen potentiellen Nachteil: Die Anbindung erfordert, dass alle Beteiligten (Schüler/innen und Lehrende) bereit sein müssen, diesen sensiblen Teil der Leistungsüberprüfung für die Evaluation – in anonymisierter Form – zur Verfügung zu stellen. Dieser Nachteil kann dadurch aufgewogen werden, dass die Evaluation selbst ein Medium der Selbstreflexion bietet und insofern ein zentrales Ziel der Ausbildung unterstützt. Über hilfreiche Rückmeldungen kann die prozessbegleitende Evaluation dazu beitragen, den Prozess für alle Beteiligten transparent zu gestalten und mögliche Kurskorrekturen rechtzeitig vorzunehmen. Die Abschlussaufgaben sind an den Stellen um andere Methoden der Evaluation ergänzt worden, wo die Aufgabe nicht alle Ziele des Moduls abdeckt. Außerdem ist es notwendig, durchgängig neben der Leistungsebene (Lernziele) auch die Bewertungsebene (Erwartungen / Enttäuschungen, Zufriedenheit / Unzufriedenheit, zusätzliche Erfahrungen und Schlussfolgerungen) der Schüler und Schülerinnen und aller an der Lehre Beteiligten einzubeziehen. Dafür sollen vor allem drei Arten von Instrumenten eingesetzt werden:

- ein "Ausbildungstagebuch" der Schüler und Schülerinnen. Die Ausbildungstagebücher knüpfen an die bisherigen Praktikumsberichte an, beziehen sich aber nicht nur auf die Praxiseinsätze. Sie enthalten den Ausbildungsplan und vorstrukturierte Fragen zur Bewertung und Reflexion der einzelnen Ausbildungsabschnitte. Ein solches

Ausbildungstagebuch wird allen Schüler und Schülerinnen zum Start übergeben. Im Zuge der Prozessevaluation wird eine Kopie der jeweils abgeschlossenen Schritte der externen Begleitforschung zur Auswertung übergeben.

- ein Protokollbuch der Kursleiter und Kursleiterinnen. Unterstützt durch die interne Evaluationsgruppe sollen hier ebenfalls mithilfe vorstrukturierter Fragen der Verlauf der Kurse dokumentiert werden. Dabei geht es auch um die Rolle der Kursleiter und Kursleiterinnen als kontinuierliche Ansprechpartner für alle anderen Beteiligten. Wie aufwändig ist die notwendige Kommunikation mit den verschiedenen Beteiligten? Wie einfach oder schwierig sind Planung und Koordination der Praxiseinsätze für die einzelnen Kurse? Wie groß ist die inhaltliche Flexibilität der Modulreihenfolge? Dies sind beispielhafte Fragen, die durch die kontinuierliche Bewertung und Reflexion der Kursleiter und Kursleiterinnen beantwortet werden sollen.
- spezifische Instrumente zu einzelnen Modulen bzw. Praxiseinsätzen, die die Abschlussaufgaben ergänzen, z. B. Fragebögen, Gruppendiskussionen.

Wie oben begründet, wird vor allem die Prozessevaluation auch deswegen so gestaltet, weil sie selbst die Erreichung der gewünschten Lernziele für die Auszubildenden fördert. Die Evaluation gibt den Auszubildenden die Möglichkeit, eigene Wünsche und Bedürfnisse in bezug auf Inhalte und Umsetzung der Ausbildung einzubringen. Sie ermöglicht Lehrenden und Lernenden eine kontinuierliche Selbstreflexion in einem Prozess, der hohes Engagement und Kreativität von ihnen verlangt.

#### Literatur

Brucks, U. (2002) Programmevaluation des Hamburger Modell der FREIEN für eine generalisierte Pflegeausbildung. Gutachten im Auftrag der Behörde für Umwelt und Gesundheit Hamburg (unveröffentlicht)

Hager, W. & Hasselhorn, M. (2000) Psychologische Interventionsmethoden: Was sollen sie bewirken können? In: Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.) Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen (S. 41-85). Bern: Hans Huber.

Lewin, K. (1947a) *Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change.*

*Human Relations*, 1 (1), 5-41.

Lewin, K. (1947b) *Frontiers in Group Dynamics: II. Channels of Group Life; Social Planning and Action Research.* *Human Relations*, 1 (2), 143-153.

Schein, E. (1999) *Kurt Lewin's Change Theory in the Field and in the Classroom: Notes toward a Model of Managed Learning.* *The Society of Organizational Learning.* <http://learning.mit.edu/res/wp/10006.html>

## **VI Ausblick**

Nach einer intensiven Phase der inhaltlichen, strukturellen und organisatorischen Konzeptionalisierung mit den begleitenden Prozessen des gegenseitigen Zusammenwachsens beginnt nun eine Phase der Umsetzung und Erprobung.

Die Phasen sind nicht getrennt voneinander zu sehen, sondern verlaufen zum Teil parallel – bezogen aufeinander und mit der begleitenden Rückkoppelung durch die Evaluation.

Es wird sich erweisen, ob die Entscheidung für 3+1/2 Jahre eine gangbare Übergangslösung zu einer generalisierten Pflegeausbildung mit einer Ausbildungsdauer von mindestens 3,5 Jahren darstellt.

Die Herausforderungen der nahen Zukunft liegen in der Gestaltung der Umsetzung des Curriculums in Theorie und Praxis und in der Gestaltung der gemeinsamen Schule.

Folgende Fragen begleiten uns in die Zukunft:

- Wie werden sich die AbsolventInnen einer generalisierten Pflegeausbildung mit Schwerpunkten in die bestehenden Handlungsfelder von Pflege integrieren und welche Stärken und damit auch Handlungskompetenzen werden sie einbringen?
- Werden die generalisiert ausgebildeten Pflegenden nach der Ausbildung den eigenen Lernprozess fortsetzen ?
- Werden sie ihre Kenntnisse und Kompetenzen durch Transferleistungen in den verschiedensten Handlungssituationen anwenden können?
- Werden die AbsolventInnen des Hamburger Modells z.B. im präventiven Bereich, der ambulanten Pflege und Beratung neue Handlungsfelder und damit auch Berufsfelder für Pflegenden erschließen und so aktiv an der Gestaltung des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland beteiligt sein?

## Literatur

- ADS** (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (2003): Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Februar 2003
- Arnold, Doris** (2000): „Aber in die Praxis umzusetzen ist es dann halt schwierig“. In: Pflege 2000; 13: 53-63
- Bader, Reinhard** (1997): Handlungsorientierung – akzeptiert und variiert. In: Die berufsbildende Schule (BbSch) 49.4  
<http://www.blbs.de/bpolitik/zeit01/blbsvz01.htm> (19.02.01)
- Bader, Reinhard** (1999): Handlungsfeld – Lernfeld – Lernsituation. In: Die berufsbildende Schule (BbSch), 51,5; S.177
- Bader, Reinhard** (2000):Entwickeln von Rahmenlehrplänen nach dem Lernfeld-Konzept- Handreichung zum Referat im Rahmen einer Fachtagung der KMK für Mitglieder von Rahmenlehrplan-Ausschüssen, ausgerichtet vom Landesinstitut /LISA) Sachen-Anhalt am10.04.2000 in Halle  
[de/angebote/seluba/publik/vortrag/bader.hmt](http://de/angebote/seluba/publik/vortrag/bader.hmt) (06.10.00)
- Bader, Reinhard; Schäfer, Bettina** (1998): Lernfelder gestalten – Vom komplexen Handlungsfeld zur didaktischen strukturierten Lernsituation. In: Die berufsbildende Schule (BbSch), 50, 7-8; S. 229-234
- Bartholomeyczik, Sabine** (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege. In: PflegeAktuell 5-7/8. 2001 S. 284-287; 344-347; 412-414
- Becker, Wolfgang; Meifort, Barbara** (1995): Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung- Bielefeld: Bundesinstitut für Berufsbildung, Bertelsmann 2. Auflage
- BeKD e.V.** (Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. – 2001): Prinzip Pflegekompetenz. 4/2001
- Benner, Patricia** (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Berliner Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen**(2001): 44. Schriftenreihe – LebensLangesLernen.Berlin
- Blankertz, Herwig** (2000): Theorien und Modelle der Didaktik. München: Juventa 14.Auflage
- BrainStorm** Zeitschrift der Deutschen Hirntumorhilfe. <http://www.hirntumor.net> (01.02.03)
- Brucks, Ursula** (2001): Berufsbildung in Gesundheitsberufen. Berufs- und Wirtschaftspädagogik, bwp Fernuniversität Hagen
- Brucks, Ursula** (2002):Programmevaluation des Hamburger Modells der FREIEN für eine generalisierte Pflegeausbildung (unveröffentlichte Behördenvorlage)
- Büssing, André; May, Simone** (1997): Erwartungen und Kompetenzen von PflegeschülerInnen im Vergleich USA–Deutschland. In: Pflege 10, S. 234-239
- Bundesausschuss** der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (Hrsg. 1997): Bildung und Pflege. Wuppertal: Schlütersche

- Bundesministerium** für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001):  
Fachrecherche zum Thema 'Weiterentwicklung der Ausbildung in den  
Pflegeberufen'. Durchgeführt von der Privaten Universität Witten/Herdecke  
gmbH. Projektleitung: Kersting, Karin
- Bundesverfassungsgericht** (2002): Leitsätze zum Urteil des Zweiten Senats vom  
24. Oktober 2002. BverfG 2BvF 1/01 vom 24.10.2002 Absatz Nr. 1-392)  
<http://www.bverfg.de/cgi-bin/link.pl?entscheidungen> (15.06.2003)
- BLK** – Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und  
Forschungsförderung  
(1998): Modernisierung des dualen Systems. Problembereiche,  
Reformvorschläge, Konsens- und Dissenslinien. Untersuchung von  
Prof. Dieter Euler, Universität Erlangen-Nürnberg, Bonn
- Darmann**, Ingrid (2000): Kommunikativen Kompetenz in der  
Krankenpflegeausbildung. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer
- Darmann**, Ingrid (2001): Situations-, wissenschafts- und interaktionsorientierter  
Pflegeunterricht. In: PflegePädagogik - PR-Internet 11/2001 S. 235-241
- Darmann**, Ingrid (2002): Lernfeldorientierung in Berufsfeldern Gesundheit und  
Pflege. In: Darmann, Ingrid; Wittneben, Karin (2002): Gesundheit und  
Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Wissensbestände und  
Wissenstransfer. Tagungsband – 12. Hochschultage Berufliche Bildung  
2002. Bielefeld: Bertelsmann S. 3 und 83-90
- Darmann**, Ingrid (2003): Wie erreichen wir unsere Lernziele? Arbeitsunterlagen  
einer Fortbildung für Lehrerinnen und Lehrer der FREIEN, 30.01.2003 in  
Hamburg
- Darmann**, Ingrid; **Wittneben**, Karin (Hrsg. 2002): Gesundheit und Pflege:  
Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Wissensbestände und  
Wissenstransfer. Tagungsband – 12. Hochschultage Berufliche Bildung  
2002. Bielefeld: Bertelsmann
- Darmann**, Ingrid; **Schneider**, Juliane; **Walkling-Stehmann**, Irma; **Wittneben**,  
Karin (2002): Bericht aus den Workshops. In: Darmann, Ingrid;  
Wittneben, Karin (Hrsg.): Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von  
Lernfeldern. Wissensbestände und Wissenstransfer. Tagungsband – 12.  
Hochschultage Berufliche Bildung 2002. Bielefeld: Bertelsmann S. 105-108
- Dehnbostel**, Peter (2001): Erfahrungslernen im Kontext beruflich-betrieblicher  
Kompetenzentwicklung und lebensbegleitenden Lernens.  
In: Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (2001):  
Lebenslanges Lernen. Berlin Band 44 S.251-267
- Deutscher Bildungsrat** für Pflegeberufe (Hrsg. – 1994): Bildungskonzept.  
Göttingen, Eschborn
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe** (2002): Berufskompetenzen professionell  
Pfleger. Bericht über eine Delphi-Studie zur Ermittlung von  
Anhaltspunkten für eine Pflegeausbildung. Mainz
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung** (2001): Diskussionspapier Nr. 240  
- Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle.  
Berlin – Internet: <http://www.diw.de/deutsch> (15.06.2003)

**Die in der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vertretenen**

**Pflegeorganisationen** (Hrsg.- 1998): Pflegerischer Fortschritt und Wandel. Basispapier zum Beitrag „Wachstum und Fortschritt in der Pflege“ im Sondergutachten 1997 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Göttingen: Druckhaus Göttingen

**Diskussionspapier** zur Novellierung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG -) <http://www.dip-home.de/downloads/Diskussionspapier.pdf> (17.04.2002)

**Dokumentation** (1999) von Arbeitsauftrag und Zwischenbericht der Landeskommission zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

**Dokumentation** (2001) Fachtagung Evaluationsergebnisse. Caritas im Ruhrbistum. Dokumentation Gemeinsame Grund-Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Essen 2001

**Dubbels, Uwe** (2000): Kompetenzentwicklung – aber wie denn nun? Benner versus Olbrich. In: Pflegen-online.de – Der Pflegebrief. Ausgabe 4/2000 Nr. 47 September 2000

**Dubs, Rolf** (2000): Lernfeldorientierung: Löst dieser neue curriculare Ansatz die alten Probleme der Lehrpläne und des Unterrichts an Wirtschaftsschulen? In: Lipsmeier, Antonius u. Pätzold, Günter (Hrsg. – 2000) Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Beiheft 15 zur ZBW (Zeitschrift für Berufs- und

**Dukes Hess, Joane** (1996): The Ethics of Compliance: A Dialectic. In: Advances of Nursing Science, 19, 1, 18-27 zit. nach Darmann 1998

**Edelmann-Dietz, Eva-M./Walter, Claudia** (2003): [http://www-campus.uni-regensburg.de/material/mtl/Handout\\_Theorie\\_Konstruktivismus\\_I\\_28.11.02.doc](http://www-campus.uni-regensburg.de/material/mtl/Handout_Theorie_Konstruktivismus_I_28.11.02.doc) (27.04.2003)

**Emshoff, Gerda** (2000): Pflegeausbildung hat viel zu bieten – Ausbildung in sich verändernden Strukturen. In: Die Schwester/Der Pfleger 39. Jahrgang; Heft 8/2000, S. 636-640

**Faulstich, Peter** (1999): Organisationsansätze für ein reformiertes Bildungssystem. In: Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, Berlin: Expertisen für ein Berliner Memorandum zur Modernisierung der Beruflichen Bildung Nr. 38, Berlin: BBJ Verlag S. 127-138

**Faulstich, Peter** (2003): Weiterbildung. Hand- und Lehrbuch der Pädagogik. München: Oldenbourg

**Faulstich, Peter/Zeuner, Christine** (1999): Erwachsenenbildung. Eine handlungsorientierte Einführung. Weinheim, München: Juventa

**Fawcett-Henesy, Ainna** (2000): Die Strategie für die Pflege- und Hebammen-Ausbildung. Kurzfassung eines Referates auf der BA-Fachtagung am 25.05.2000 in Potsdam.

**Franken, Ulla** (2000): Fächerintegration in Curriculumentwürfen – eine kritische Auseinandersetzung. In: PFLEGEMAGAZIN 2/2000, S. 20-32

- Gesetz** über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz –AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes. Vom 17. November 2000.  
In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2000 Teil I Nr. 50, ausgegeben zu Bonn am 24. November 2000  
[http://www.bmfsfj.de/download/2907/Gesetz\\_ueber\\_die\\_berufe\\_in\\_der\\_Altenpflege.pdf](http://www.bmfsfj.de/download/2907/Gesetz_ueber_die_berufe_in_der_Altenpflege.pdf)  
(17.04.2002)
- Goller**, Dorothea (2001): Konturen einer Ethik des pflegerischen Blicks. In: PflegePädagogik/PR-Internet 4/2001, S. 82-91
- Grams**, Wolfram (1998): Pflege ist und braucht Bildung. In: Pflege 1998; 11:43-48
- Greb**, Ulrike (2002): Strukturgitter zur Generierung von Lernfeldern am Beispiel der Pflege in der Psychiatrie. In: Darmann, Ingrid; Wittneben, Karin (Hrsg. 2002): Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Wissensbestände und Wissenstransfer. Tagungsband – 12. Hochschultage Berufliche Bildung 2002. Bielefeld: Bertelsmann S. 37-46
- Grimm**, Karl-Heinz (2002): Die strukturelle Kopplung zwischen Pflegenden und Patient als Basis pflegerischen Denkens und Handelns. In: angewandte PflegeForschung/PR-Internet 2/02 S. 1-6
- Gudjons**, Herbert (2001): Handlungsorientiert lehren und lernen. Bad Heilbronn/Obb.: Klinkhardt 6. Auflage
- Habermas**, Jürgen (1981): Theorie des kommunikativen Handelns (2 Bände) Frankfurt/Main
- Handreichungen** für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsverordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe (Stand 15.09.2000)  
<http://www.kmk.org/doc/pupl/handreich/pdf> (28.02.2002)
- Herrmann**, Gernot G. (2001): Zum Lernfeldkonzept in Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz. In: Unterricht Pflege 1/2001, S. 2-9, Prodos
- Hessisches** Sozialministerium (1990): Hessisches Curriculum Krankenpflege. 1. und 2. Ausbildungsabschnitt. Frankfurt: DBfK
- Heursen**, Gerd (2001): Kompetenz-Performanz. In: Lenzen, Dieter (2001) S. 877-884
- Holoch**, Elisabeth (2002): Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Hoppe**, Birgit (2002): Entschlossene Nichtwahrnehmung der Altenpflege und anderer Realitäten. In: PFLEGEMAGAZIN 3.Jg. Heft 3/2002 S. 59-60
- Huber**, Johann (2002): Pflegeausbildungen im berufsbildenden System der Länder. In: Stöcker, Gertrud (2002): Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. Hannover : Schlütersche 2. Auflage S.167-176
- Hülksen-Giesler**, Manfred (2002): Selbstpflegekompetenz als Leitidee einer Ausbildung in der Pflege? In: PR-Internet PflegePädagogik 12/2002 S. 236-242
- Huisinga**, Richard (1999): Das Lernfeld-Konzept der KMK – ein bildungspolitischer Reformvorschlag? In: Huisinga, R./Lisop, I./ Speier, H.-D. (Hrsg): Lernfeldorientierung. Konstruktion und Unterrichtspraxis. Frankfurt am Main, S. 49-83

Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

**Igl**, Gerhard (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Göttingen: Druckhaus Göttingen

**Jank**, Werner; **Meyer**, Hilpert (1991): Didaktische Modelle. Frankfurt am Main: Cornelsen, S. 346-352

**Käppeli**, Silvia (2001): Pflegewissenschaft im Kontext der Medizin. In: Hochschulforum Pflege 5. Jg. Nr. 1 S. 7-10

**Klafki**, Wolfgang (1994): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik, Weinheim, Basel: Beltz, 4. Auflage

**Klauser**, Fritz (2000): Faktenwissen – eine vernachlässigte Dimension im handlungsorientierten Wirtschaftlehreunterricht. In: Erziehungswissenschaft und Beruf 3/2000, S.263-280

**Klie**, Thomas (2001): Die Zukunft der Pflege – Zwischen Mythos und Modernisierung. In: Dr. med. Mabuse 130; März/April 2001 S. 51-56

**Kloas**, Peter-Werner(1997): Modularisierung in der beruflichen Bildung. Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin u. Bonn, Bielefeld: W. Bertelsmann

**KMK**-Handreichungen 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. Stand: 15.09.2000

**KMK**-Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.02.1997 i.d.F. vom 15.03.2002. <http://www.kmk.org/doc/beschl/rvbfs.pdf> (10.02.2003)

**KMK**-Rahmenvereinbarung über die Berufsschule – Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12./15.03.1991

**KMK**- Überlegungen zur Weiterentwicklung der Berufsbildung vom 23.10.1998 <http://www.kmk.org/beruf/ueberleg.htm> (10.02.2003)

**Kollak**, Ingrid; **Pillen**, Angelika (Hrsg.-1998): Pflege-Ausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich. Frankfurt am Main: Mabuse

**Krankenpflegegesetz** BGBl I 1985 S. 893

**Krankenpflegegesetz** Drucksache

**Krüger**, Heinz-Hermann (1999): Einführung in Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Opladen: Leske+Budrich

**Krüger**, Heinz-Hermann; **Lersch**, Rainer (1993): Persönlichkeitsentwicklung als Prozess des Kompetenzerwerbs. In: dies. Lernen und Erfahrung. Opladen: Leske+Budrich S. 105-142

**Kruse**, Anna-Paula (1978): Die Krankenpflegeausbildung in ihrer unklaren Stellung zwischen dualer Ausbildung und Berufsfachschulbildung. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift Beilage September 1978

**Kruse**, Andreas (2001): Wege zu einem erweiterten Pflegeverständnis – eine fachliche, politische und ethische Auseinandersetzung . In: Förderpreis Pflege alter Menschen 1999. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart S. 12-29

**Kruse**, Andreas (2002): Pflege als Zukunftsaufgabe. In: PFLEGEMAGAZIN 3.Jg. Heft 3/2002 S. 55-56

- Kuklinski, Peter; Wehrmeister, Frank** (1999): Lernfeldstrukturierte Lehrpläne. Chancen und Risiken für die Berufsschule am Beispiel Sachsen. In: Die berufsbildende Schule (BbSch) 51 S. 47-53
- Kurtenbach, Hermann; Golombek, Günter; Siebers, Hedi** (1992): Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege und Kommentar. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Auflage
- Kutscha, Günter** (2001): Berufsausbildung als Start ins lebenslange Lernen. Zur Verbindung von beruflicher Aus- und Weiterbildung – Problemskizze und Perspektiven. In: Berliner Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen(2001): 44. Schriftenreihe – LebensLangesLernen.Berlin S. 19-28
- Lahmann,Nils;Pieper,Edda;Otto,Gerdina** (1998): Modell Niederlande. In:Kollak/Pillen S. 249-266
- Lancaster, Jeanette** (2001): The Nurse as a Change Agent – Examples from Management 2001. Main lecture - 3<sup>rd</sup> International Conference of Nursing and Nursing Science – Pflege und Pflegewissenschaft in Nürnberg 26.-28. April 2001
- Laubach, W; Brosig, C.E.M.** (1998): „Die ganze Zeit arbeiten wir Hand in Hand...“ Eine vergleichende Studie über die Auswirkungen von Professionalisierung am Beispiel von deutschen und US-amerikanischen Intensivpflegekräften. In: Pflege 1998; 11 S. 21 – 26
- Laur-Ernst,Ute** (1989): Handlungsorientiertes Lernen in Schule und Betrieb. Dokumentation – Neuordnung Metall- und Elektronberufe. Tagesschulung Hamburg. Zusammengefasste Tonbandaufzeichnung durch Hartmut Schulze.
- Lehr, Ursula** (1991): Psychologie des Alterns. Heidelberg: Quelle & Meyer. 7.Auflage
- Lennartz, Dagmar** (1992): Evaluierung als integraler Bestandteil wissenschaftlicher Ordnungsarbeit – Ein Weg zur Dynamisierung von Ausbildungsordnungen. In: BWP(Berufsbildung und Praxis) 21/1992/5 S. 143-148
- Lenzen, Dieter** (Hrs. 2001): Pädagogische Grundbegriffe. Band 1 und 2. Reinbek bei Hamburg: rowohlt 6.Auflage
- Lipsmeier, Antonius** (2000): Systematisierungsprinzipien für berufliche Curricula. In: Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter(Hrsg. – 2000):Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Beiheft 15 zur Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Stuttgart: Steiner S. 54-71
- Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter**(Hrsg. - 2000):Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Beiheft 15 zur Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Stuttgart: Steiner
- Lisop, Ingrid** (1999):Bildungstheoretische und didaktische Dimensionen der Lernfeldorientierung – eine kritische Systematik. In: Huisinga, R./Lisop, I./ Speier, H.-D. (Hrsg): Lernfeldorientierung. Konstruktion und Unterrichtspraxis. Frankfurt am Main, S. 15-48
- Mandl.,Heinz; Gruber, Hans; Renkl, Alexander** (1993): Das träge Wissen. Psychologie heute, September 1993 S. 64-69
- Maisonneuve, Jean-Louis** (2000): Pflege ist die beste Medizin. Wenn Pflegenden Patienten heilen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

- Mayer**, Christine (2001): Deficits of Professionalisation in the Field of Nursing in Germany – an Historical Analysis. In: Philipp Gonon (ed.): Gender perspectives on vocational education – historical, cultural and policy aspects, Bern/Berlin/Bruxelles/Frankfurt am Main/New York/Oxford/Wien: Lang S. 125-144
- Meier-Baumgartner**, Hans-Peter; **Dapp**, Ulrike; **Anders**, Jennifer (2002a): Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte. Unveröffentlichter Abschlussbericht für die Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart
- Meier-Baumgartner**, Hans-Peter; **Dapp**, Ulrike; **Anders**, Jennifer (2002b): Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Teil 2: Curriculum für Kräfte der Alten- und Krankenpflege auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. Unveröffentlichter Abschlussbericht für die Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart
- Meifort**, Barbara (1999): Berufsbildung im Gesundheitswesen. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg. - 2000): Gesundheit : Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied: Luchterhand
- Meifort**, Barbara (2001): Eliten brauchen Heloten - Heiteres Berufebasteln in der Krankenpflege. In: Dr. med. Mabuse 130, März/April 2001 S. 40-44
- Meifort**, Barbara; **Becker**, Wolfgang (1995): Berufliche Bildung für Pflege- und Erziehungsberufe. Reform durch neue Bildungskonzepte. Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin: Bertelsmann-Verlag
- Meifort**, Barbara; **Becker**, Wolfgang (2001): Die Zukunft personenbezogener Dienstleistungen – Weiterbildung und berufliche Entwicklungschancen. In: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin: LebensLangesLernen. Expertisen zu Lebenslangem Lernen – Lebensarbeitszeiten – Lebensweiterbildungskonten. Berlin S. 155-184
- Middendorf**, William (1997): Erste Betrachtungen zur Umsetzung der Lernfeldorientierung in den Lehrplänen der Berufsschule am Beispiel Nordrhein-Westfalen. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 93.Band Heft 5 (1997) Stuttgart: Steiner Verlag S. 521-531
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen**(1994) Arbeitsauftrag an die Landeskommission zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung, Düsseldorf
- Mischo-Kelling**, Maria; **Wittneben**, Karin (Hrsg. - 1995): Pflegebildung und Pflege-theorien. München: sUrban & Schwarzenberg
- Mollenhauer**, Klaus (1970): Erziehung und Emanzipation, München 2. Aufl.
- Muster-Wäbs**, Hannelore u. **Schneider**, Kordula (1999): Vorm Lernfeld zur Lernsituation. Bad Homburg: Gehlen
- Oelke**, Uta (1991 a): Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung: Begründungsrahmen und Entwicklung eines offenen, fächerintegrativen Curriculums für die theoretische Ausbildung. Basel, Baunatal: Recom.
- Oelke**, Uta (1991 b): Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung: Ein offenes, fächerintegratives Curriculum für die theoretische Krankenpflegeausbildung. Basel, Baunatal: Recom.

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

- Oelke, Uta** (1998): Gemeinsame (Grund-)Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Ein Testcurriculum für die theoretische Ausbildung in der gemeinsamen Grundstufe. Essen: Caritasverband für das Bistum Essen e.V.
- Oelke, Uta** (2001): Dokumentation Gemeinsame (Grund-)Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Ein Testcurriculum für die theoretische Ausbildung in der gemeinsamen Grundstufe. Essen: Caritasverband für das Bistum Essen e.V.
- Olbrich, Christa** (1999): Pflegekompetenz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Pichotta, Gudrun** (2000): Weiblich oder kompetent?  
Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Pressemittlung** Bundesgesundheitsministerium Nr. 90 vom 30. August 2001:  
Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt stellt den 3. Teil des Gutachtens 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vor. <http://www.bgesundheit.de> (02.09.2001)
- Rauner, Felix** (1999): Entwicklungslogisch strukturierte berufliche Curricula: Vom Neuling zur reflektierten Meisterschaft. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 95. Band, Heft 3 S. 424-446
- Referentenentwurf** – Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) Stand 20. Februar 2002  
<http://www.bmgesundheit.de/themen/berufe/krankenpflege/krpfl.htm>  
(16.04.2002)
- Remmers, Hartmut** (1997): Normative Dimensionen pflegerischen Handelns  
- Zur ethischen Relevanz des Körpers. In: Pflege 1997; 10:279-284
- Remmers, Hartmut** (2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschaft- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris** (Hrsg. - 2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa
- Robert-Bosch-Stiftung**, (Hrsg. - 2000): Pflege neu denken. Stuttgart: Schattauer
- Rothgang, Heinz** (2000): Demographische Entwicklung und sozialstruktureller Wandel. Auswirkungen auf die Finanzierung des Gesundheits- und Pflegewesens. In: Materialien – Entwicklungen des Gesundheitssystems bis zum Jahr 2020. Expertenpapier im Auftrag der Robert- Bosch-Stiftung. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Public Health
- Sahmel, Karl-Heinz** (1999): Umriss einer kritisch-konstruktiven Pflegepädagogik.  
In: Pflegepädagogik 1/99 S. 22-30
- Sahmel, Karl-Heinz** (Hrs.-2001a): Grundfragen der Pflegepädagogik. Stuttgart: Kohlhammer
- Sachverständigenrat** für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Gutachten – Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/sq97.htm>  
(16.04.02)
- Sachverständigenrat** für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.  
<http://www.svrgesundheit.de/gutacht/gutalt/sq01.htm> (16.04.02)

- Schelten**, Andreas (2002): Über den Nutzen der Handlungsregulationstheorie für die Berufs- und Arbeitspädagogik. In: Pädagogische Rundschau 56 (2002) [http://www.lrz-muenchen.de/~scheltenpublikationen/pdf/hareg\\_schelten2002.pdf](http://www.lrz-muenchen.de/~scheltenpublikationen/pdf/hareg_schelten2002.pdf) (30.03.2003)
- Schlömer**, Gabriele (2000): Evidence-based nursing. In: Pflege 2000;13: 47-52
- Schröck**, Ruth (1997): Des Kaisers neue Kleider? In: Dr.med. Mabus Frankfurt a.Main Nr. 107 S. 39-45
- Senatsverwaltung** für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (1999):Expertisen für ein Berliner Memorandum zur Modernisierung der Beruflichen Bildung. Berlin Band 38
- Senatsverwaltung** für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (2001): LebenslangesLernen. Berlin Band 44
- Seyd**, Wolfgang (1995) Auf dem Prüfstand: Handlungsorientierung in der Ausbildung. In: PflegePädagogik 6/1995 S. 4-10
- Siebert**, Horst (2002): Zur Rezeption des Konstruktivismus in der Erwachsenenbildung. <http://www.kath-eb.at/Siebert.pdf> (06.10.2002)
- Sieger**, Margot (Hrsg. – 2001): Pflegepädagogik. Handbuch zur beruflichen Bildung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Sloane, Peter F.E.** (2000): Lernfelder und Unterrichtsgestaltung. In: Die berufsbildende Schule (BbSch), 52,3; S. 79 – 85
- Sozialgesetzbuch (SGB) XI**: Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz-PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I 1994 S. 1014)<http://pflegeversicherung.info/> (17.04.2002)
- Spirig**, Rebecca et. al. (2001): Visionen für die Zukunft – Die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz. In: Pflege 2001- Heft 3;14; 141-151
- Steinke**, Rudolf; **Stellmacher**, Thorsten (1999): Aspekte der Modernisierung der Beruflichen Bildung. In: Expertisen für ein Berliner Memorandum zur Modernisierung der Beruflichen Bildung. Heft 38 Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen. Berlin
- Stöcker**, Gertrud (2002): Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. Hannover : Schlütersche 2. Auflage
- Stöcker**, Gertrud; **Boucsein**, Markus (2002): Dilemma der Pflege(ausbildung) – Strategien für eine sichere Zukunft – In: Die Schwester/Der Pfleger 3/2002 S. 184-185
- Störmer**, Michael (2000): Die Krankenpflegeausbildung in Deutschland. Begründungsaspekte und Optionen einer bildungsstrukturellen Reform. In: Pflegezeitschrift –PflegeDokumentation 52.Jhg. Heft 7
- Stommel**, Axel (1998): Lernfeldstrukturierte Rahmenlehrpläne: Amtlich verordnetes Durcheinander als neue Ordnung des Unterrichts?. In: Beilage zu Winklers Flügelstift 2/98. Darmstadt: Winklers, S. 3-28
- Stommel**, Axel (1999): Direkt durch die Lernfelder – Kann die Berufsausbildung Einfach der Berufstätigkeit folgen? In: HAB-Express 30.Mai 1999 <http://www.hab-frankfurt.de/hab-expr/express.htm> ( 27.02.01)

- Thiel**, Volker; **Steger**, Kai-Uwe; **Josten**, Cornelia; **Schemmer**, Eckhard (2001): Evidence-based Nursing – missing link zwischen Forschung und Praxis. In: Pflege August 2001; 14:267-276
- Traufetter**, Gerald u. **Zuber**, Helene (2002): Planet der Alten. In: Der Spiegel Nr. 16/15.04.2002 S. 198-200
- van Dijk**, Lutz (1993): Freie Arbeit – Offener Unterricht – Projektunterricht – Handelnder Unterricht – Praktisches Lernen – Versuch einer Synopse. In: Bastian, Johannes u. Gudjons, Herbert (Hrsg): Das Pädagogik-Studium. Weinheim und Basel: Beltz, S. 46-56
- Vester**, Frederic: Denken, Lernen, Vergessen, 11.Auflage, München 1984
- Weidner**, Frank (2002): Qualität durch Qualifikation – eine Qualifizierungsoffensive in der Pflege. In: PFLEGEMAGAZIN 3.Jg. Heft 3/2002 S. 57-58
- WHO**- DECLARATION OF ALMA-ATA International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html> (08.02.03)
- WHO**- DECLARATION OF OTTAWA First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html> (10.05.2003)
- WHO** (1997): Jakarta Erklärung. <http://www.weltgesundheitsstag.de> (15.06.2003)
- WHO** (1999): The World Health Report 1999: Making a difference. Geneva: WHO
- WHO-Regionalbüro für Europa**: Gesundheit für alle – 21 Ziele für das 21. Jahrhundert. Online im Internet: <http://www.gesundheit-psychologie.de/who-gfa21.htm> und <http://www.who.dk/cpa/h21/HFA21g.pdf> (06.01.2002)
- Wilsch-Ammann**, Florian (2002): Neue Ausbildungsform: Mit einer modularisierten Ausbildung zur Krankenschwester. In: Focus/PR-Internet 2/02 S. 44-45
- Wittneben**, Karin (1994a): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Frankfurt/Main: Lang 3.Auflage
- Wittneben**, Karin (1994b): Pflegedidaktik als Integrationswissenschaft. In: Schwarz-Govaers, Renate (Hrsg.): Standortbestimmung Pflegedidaktik. Referate zum 1. Internationalen Kongress zur Didaktik der Pflege. Aarau S. 23-35.
- Wittneben**, Karin (1995): Die Entwicklung der beruflichen und wissenschaftlichen Pflegeausbildung in den USA von 1872-1990. In: Mischo-Kelling, Maria, Wittneben, Karin (Hrsg.): Pflegebildung und Pflegetheorien. München: Urban & Schwarzenberg, S. 11-33.
- Wittneben**, Karin (1995): Zur Situation der Weiterbildung von Pflegekräften zu Pflegelehrkräften in Deutschland von 1903-1993. In: Mischo-Kelling, Maria, Wittneben, Karin (Hrsg.): Pflegebildung und Pflegetheorien. München: Urban & Schwarzenberg, S. 252-291.
- Wittneben**, Karin (1998): Einführung in Forschungsgegenstände und Forschungsansätze der Pflege. In: Wittneben, Karin (Hrsg.): Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege. Stuttgart: Thieme S. 1-15

**Wittneben, Karin (2002):** Entdeckung von beruflichen Handlungsfeldern und didaktische Transformation von Handlungsfeldern zu Lernfeldern – Ein empirischer Zugriff für Bildungsgänge in der Pflege. In: Darmann, Ingrid; Wittneben, Karin (2002): Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Wissensbestände und Wissenstransfer. Tagungsband – 12. Hochschultage Berufliche Bildung 2002. Bielefeld: Bertelsmann S. 19-36

**Wittneben, Karin (2003):** Handlungsfelder – Lernfelder – Bildungsinhalte. In: PR-Internet 4/03 PflegePädagogik S. 124-136

Anlage 1



## Anlage 2

### **Zentral-Gruppe:**

- Übergeordnete Gruppe der Schulleitungen der sich beteiligenden Einrichtungen.
  - Koordination des Projektes,
  - Benennung aller anderen Arbeitsgruppen
- Entscheidungsorgan für alle Beschlüsse, die aus den anderen Arbeitsgruppen vorgelegt wurden

TeilnehmerInnen der AG: R. Feldtkeller, M. Glöckl, R. Grundei, S. Hartz, S. Krebs, C. Müller, K. Schiller, A. Steinmeier

### **Curriculum-Gruppe:**

- Erarbeitung aller Module in punktueller Zusammenarbeit mit allen Teammitgliedern
- Stundenaufteilung der theoretischen Ausbildung
- Erstellung des Idealtypischen Verlaufs für 3,5 Jahre
- Vorübergehende Unterstützung durch:  
Prof. Dr. Karin Wittneben (Universität Hamburg, Berufspädagogisches Institut)  
Gisela Klemann-Dannecker (Lehrplanreferentin der Behörde für Bildung und Sport)  
(beschäftigt mit 50%der Wochenarbeitszeit für 2 Jahre )

TeilnehmerInnen der AG:  
T. Amend, M. Gagelmann, B. Plath-Clever, L. Röhmeier, M. Stöhr, K. Schiller,  
B.v.d.Weppen

### **Struktur-Gruppe:**

- Verteilung der praktischen Ausbildungsstunden in 3,5 Jahren
  - Erarbeitung der Modul-Abschlüsse  
→ aus dieser Gruppe entstanden
    - **BewerberInnen-Gruppe** ( Erstellen eines Assessment-Verfahrens und von Auswahlkriterien für BewerberInnen )
    - **Prüfungs-Gruppe** (Entwicklung der Examensmodalitäten)
- TeilnehmerInnen der AG:  
R. Grundei, S. Hartz, S. Krebs, C. Müller, L. Röhmeier, K. Schiller, A. Steimeier

### **Organisations-Gruppe:**

- Name der Schule
  - Aufgabenspektrum der LehrerInnen
  - Inhalte für einen Ausbildungsvertrag
  - Räumliche Ausstattung der Schule
- TeilnehmerInnen der AG: M. Glöckl, R. Grundei, S. Hartz, S. Krebs, C. Müller, K. Schiller, K. Strass

Zentral-Gruppe

**MentorInnen-  
Praxisanleiter  
Innen-  
Gruppe**

- Ausbildungsstruktur für die praktische Ausbildung
- Anleitungskonzepte

M. Gagelmann

**Evaluations-  
Gruppe**

- Externe Evaluation durch PD Dr. Ursula Brucks seit August 2002
- Organisation, Koordination, Begleitung der Evaluation durch interne Evaluationsverantwortliche

TeilnehmerInnen der AG:  
T. Amend, K. Strass, M. Stöhr

**Kooperations-  
Gruppe**

- Kontakt und Arbeitsfeld für PflegedirektorInnen und Schulleitungen
- Austausch über Ziele und Erwartungen

**Veröffentlichung  
Gruppe**

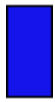
Textbearbeitung  
Texterarbeitung

TeilnehmerInnen  
der AG:  
M. Gagelmann  
S. Hartz,  
K. Strass

**Kontakte zu:** Behörde für Umwelt und Gesundheit, Behörde für Familie und Soziales , Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Hamburger Krankenhausgesellschaft, anderen Modellprojekten in Deutschland, *Wannsee-Schule e.V. in Berlin, Schulzentrum für Krankenpflegeberufe am Klinikum Nürnberg*

## Lernfeldorientierte Module:

## Anlage 3



### Basismodul

Die Basismodule haben grundlegende Bedeutung für pflegerisches Handeln und enthalten zentrale Elemente, die für die persönliche Entwicklung der Schülerinnen und Schüler von Bedeutung sind. Sie fördern in besonderer Weise den Eintritt in die Pflegeausbildung und den neuen Lebensabschnitt und bilden die unverzichtbare Voraussetzung für spezifisch notwendige Vertiefungen, Differenzierungen und Erweiterungen in mehreren Zentral- und Schwerpunktmodulen.



### Zentralmodul

Die Zentralmodule fördern die Entwicklung von Handlungskompetenz für spezifische Situationen, denen Pflegende in ihren beruflichen Umfeld begegnen.



### Schwerpunktmodul

Die Schwerpunktmodule fördern eine Vertiefung und Erweiterung der Handlungskompetenz der Schülerinnen und Schüler bezogen auf die Pflege von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen.



### Projektmodul

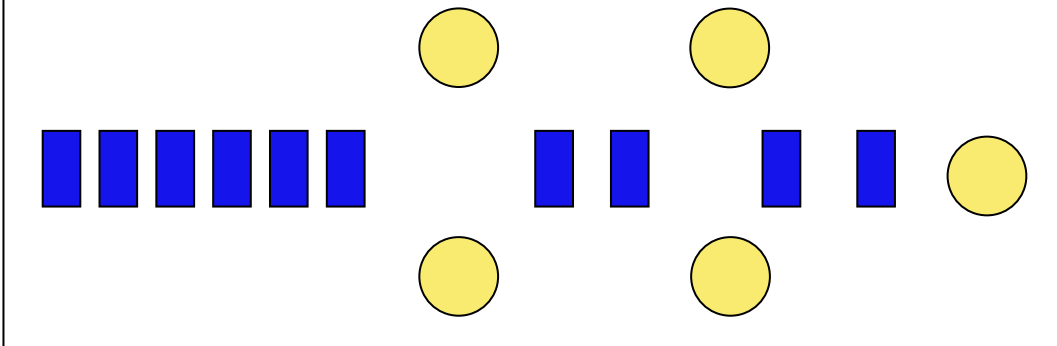
Die Projektmodule ermöglichen den Schülerinnen und Schülern, ausgewählte Methoden der Pflegeforschung kennen zu lernen und im Rahmen begrenzter Forschungsaufgaben anwenden zu können.

### Vertiefungshalbjahr

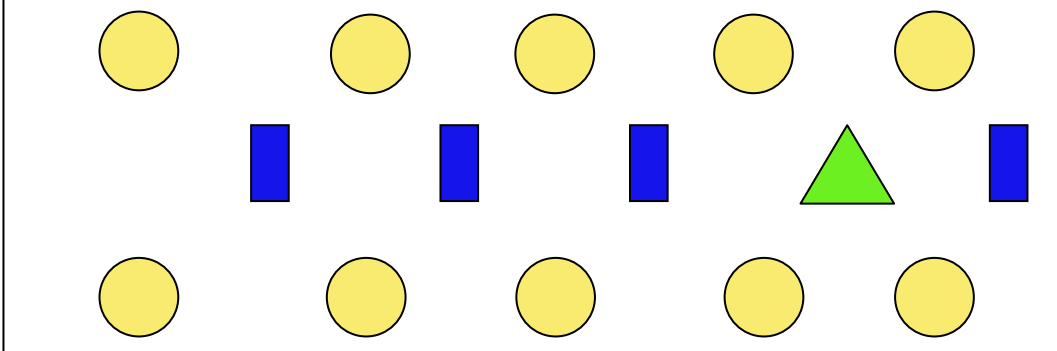
Da davon ausgegangen werden muss, dass die Handlungskompetenz in allen Bereichen der Pflege nach drei Jahren nicht befriedigend ausgeprägt sein kann, bieten wir ein Vertiefungshalbjahr an. Die Ausbildung dauert mindestens 3,5 Jahre.

## Strukturmodell

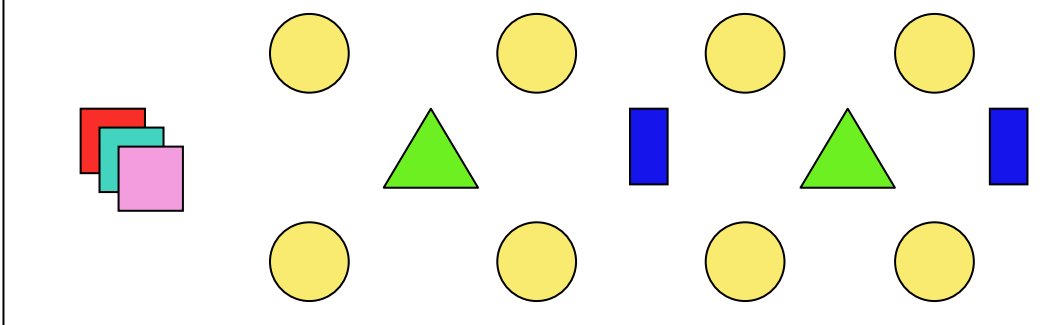
1. Ausbildungsjahr



2. Ausbildungsjahr :



3. Ausbildungsjahr:



Vertiefungshalbjahr



## Anlage 4

### **Mögliche Themen (und Module) für das Vertiefungshalbjahr (7.Halbjahr):**

- Krankenhausinterne Akutpflege
  - Überwachungs- und Notfallversorgung
  - Wundmanagement
- Casemanagement
  - Überleitung
- Präventive und rehabilitative Pflege
- Onkologische Pflege
- Psychiatrische Pflege
- gerontopsychiatrische Pflege
- Ambulante – familienorientierte/gesundheitsorientierte – Pflege
- Naturheilkundliche Pflege<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Fritz, Christoph /Beer, André-Michael (2002): Alternative Pflege – Leitlinien zur Weiterbildung

„Naturheilkundliche Pflege“ In: Die Schwester/Der Pfleger 9/2002 S. 770-775

## Anlage 5

### Schritte der Curriculum-Entwicklung

#### 1. Reflexion der Gründe für die Revision des bestehenden Curriculums

*Warum soll die Ausbildung verändert werden?*

#### 2. Formulierung zentraler Zielsetzungen

*Was wird mit der Curriculumrevision beabsichtigt?*

*Wer wird an der Zielformulierung beteiligt?*

*Wie werden die Entscheidungsprozesse strukturiert?*

#### 3. Phase der Analyse

*Wie lassen sich die alltäglichen Arbeitsanforderungen beschreiben, und wie bereitet sich die derzeitige Ausbildung darauf vor?*

*Was muss Ausbildung hinsichtlich gegenwärtiger und zukünftiger Berufsanforderungen leisten?*

- Analyse beruflicher Merkmale/Tätigkeiten/Situationen (z.B. über Tagesberichte aus der alltäglichen Pflegepraxis) und kritische Reflexion dieser Berufspraxis
- Befragung z.B. von SchulleiterInnen, LehrerInnen, DozentInnen, Abnehmern von Qualifikation, von SchülerInnen, von FachwissenschaftlerInnen, von Erziehungs- und SozialwissenschaftlerInnen hinsichtlich ihrer Erwartungen an eine Curriculumrevision und systematischer Vergleich/kritische Reflexion der Befragungsergebnisse
- Sichtung der Fachliteratur und Diskussion zentraler Aspekte
- Reflexion gesellschaftspolitischer, sozialer und kultureller Aspekte beruflichen Handelns

#### 4. Gestaltungsphase

- Präzise Formulierung angestrebter Kompetenzen
- Entscheidung über curriculare Strukturen
- Ermittlung von Lerninhalten
- Entwicklung der übergeordneten Curriculumstruktur
- Differenzierte Planung der Teilcurricula in Arbeitsgruppen, Diskussionen und Entscheidungen im Plenum

#### 5. Stufenweise Erprobung mit ständiger Evaluation

## Anlage 6

### Lernfeld-Gruppen - Einstiegsfragen/- ModeratorInnenaufgaben:

#### 1. Impulsfragen:

- 1.1. Was sind die alltäglichen Aufgaben in der Praxis?
- 1.2. Welche persönlichen Erfahrungen/Einstellungen beeinflussen das Handeln?
- 1.3. Wie ist der gesellschaftliche Einfluss auf das Handeln?
- 1.4. Wie ist das Handeln der Pflegenden gesellschaftlich wirksam?

#### 2. Alle Nennungen der Fragen 1 und 4 bewerten:

- a) Nennung hat auch für die zukünftige Ausbildung Bedeutung
- b) Nennung soll zukünftig nicht mehr berücksichtigt werden
- c) es müssen noch Ergänzungen vorgenommen werden

Muster: *krankte Menschen beraten hinsichtlich.... ✓*

~~*Betroffene Menschen beobachten.....*~~

*Eigene Gefühle reflektieren... ✓*

*Konzepte entwickeln....*

#### 3. Welche **Ziele** formulieren wir?

#### 4. Welche Inhalte benötigen wir?

Anlage 7 A

Theoretische und praktische Ausbildungsstunden

	AltPflG KrPflG			Hamburger Modell der FREIEN		
	v.2000	v. 1985	v. 2003	3 Jahre	0,5 Jahre	3,5 Jahre
<b>1. Theorie</b>						
Module						
Basismodule				637		
Zentralmodule				850	45	
Schwerpunkt- module				30	45	
Projektmodule				90	60	
Gesamt-Module				1607	150	1757
Didakt.Reserve				371	146	517
FHR-Ergänzung				121	30	151
Studienzeit				39	22	61
<b>Theorie gesamt</b>	<b>2100</b>	<b>1600</b>	<b>2100</b>	<b>2138</b>	<b>348</b>	<b>2486</b>
<b>2. Praxis</b>	<b>2500</b>	<b>3000</b>	<b>2500</b>	<b>3062</b>	<b>511</b>	<b>3572,8</b>
			99,4x 30,8 Std.=		16,6x 30,8St d.=	116x 30,8 Std.=
<b>Insgesamt</b>		<b>4600</b>		<b>5200</b>	<b>859</b>	<b>6058,8</b>

Anlage 7 B

Lernfeldorientierte

# Module

## Anlage 8

Kriterien zur Überarbeitung der lernfeldorientierten Modul

Zielformulierung (handlungsorientiert )

realistische Anforderungen ( Einbeziehung der Rahmenbedingung )

Reflexion ( eigenes Bewusstsein / eigenes Handeln, etc. )

Perspektive / Bedürfnisse der KlientInnen / Bezugspersonen

ethische Aspekte

Faktenwissen ( anatomisch, biologisch, physio- und pathophysiologisch,

pharmakologisch, diagnostisch, therapeutisch, gesetzlich u.a. )

Gesundheitsförderung bezogen auf Schülerinnen und Schüler

Gesundheitsförderung bezogen auf KlientInnen / Bezugspersonen

altersspezifische Besonderheiten

Zielformulierung aus emanzipatorischer Sicht

gesellschaftliche und politische Aspekte

allgemeine Bildungsziele

aktuelle / zukünftige Relevanz

Exemplarität

Komplexitätsgrad

Fachhochschulreife ( anrechenbare Anteile )

Erstellt von Gisela Klemann-Dannecker, ergänzt von Karin Schiller

Anlage 9

<b>Idealtypischer Ablauf für 3,5 Jahre</b>		
<b>1. Ausbildungsjahr</b>		
<b><u>Block 1</u></b>		
Inhalte	Stunden	Sonstiges
<b>Gesamtstunden Soll</b>	242	7 Wochen à 38 Std. - 3 Feiertage
B 01 In den Pflegeberuf eintreten	58	
B 02 In unterschiedlichen pflegerischen Bereichen handeln - Teil 1	16	weiter in Block 5
B 03 Wahrnehmen und Beobachten - Teil 1	36	weiter in Block 2
B 04 Kommunikationsstrukturen erkennen und bewusst kommunizieren - Teil 1	16	weiter in Studienphase 1
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 1	29	weiter in Studienphase 1
B 09 Sich und andere vor Infektionen schützen - Teil 1	20	weiter in Block 8
Z 01 Sich und andere bewegen Teil 1	16	weiter in Studienphase 1
Z 04 Körperpflege und Kleiden gestalten - Teil 1	14	weiter in Block 2
<b>Studienzeit</b>	7	
<b>Didaktische Reserve</b>	30	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	242	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Studienphase 1</u></b>		
Inhalte	Stunden	Sonstiges
<b>Gesamtstunden Soll</b>	64	8 Tage à 8 Stunden (1 Feiertag)
B 04 Kommunikationsstrukturen erkennen und bewusst kommunizieren - Teil 2	14	
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 2	12	weiter in Studienphase 2
Z 01 Sich und andere bewegen - Teil 2	22	weiter in Block 5
<b>Didaktische Reserve</b>	16	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	64	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Block 2</u></b>		
Inhalte	Stunden	Sonstiges
<b>Gesamtstunden Soll</b>	152	4 Wochen à 38 Std.
B 03 Wahrnehmen und Beobachten - Teil 2	12	
B 05 Beziehungen zu Menschen aufnehmen, gestalten und aufgeben	28	
B 07 Pflege planen und Qualität sichern - Teil 1	20	weiter in Studienphase 2
Z 02 Essen und Trinken - Teil 1	46	weiter in Block 4
Z 04 Körperpflege und Kleiden gestalten - Teil 2	16	
<b>Studienzeit</b>	4	
<b>Didaktische Reserve</b>	26	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	152	
<b>Differenz</b>	0	

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

<b><u>Studienphase 2</u></b>			
Inhalte	Stunden	Sonstiges	
<b>Gesamtstunden Soll</b>	72	9 Tage à 8 Std. (1 Feiertag)	
B 07 Pflege planen und Qualität sichern - Teil 2	9	weiter in Studienphase 8	
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 3	16	weiter in Studienphase 3	
B 12 Pflegebewusstsein entwickeln - Teil 1	15	weiter in Studienphase 7	
Z 08 Lebensbedrohliche Gesundheitszustände verhüten, erkennen und darauf reagieren - Teil 1	16	weiter in Studienphase 4	
<b>Didaktische Reserve</b>	16		
<b>Gesamtstunden Ist</b>	72		
<b>Differenz</b>	0		
<b><u>Block 3</u></b>			
Inhalte	Stunden	Sonstiges	
<b>Gesamtstunden Soll</b>	174	5 Wochen à 38 Std. - 2 Feiertage	
B 06 Biographieorientiert pflegen	30		
B 10 Verantwortungsbewusst mit Arzneimitteln umgehen	24		
Z 03 Beim Ausscheiden unterstützen	37		
Z 09 Betroffene bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen begleiten und unterstützen	22		
Z 10 Menschen mit akuten organischen Störungen pflegen - Teil 1	22	weiter in Studienphase 4	
<b>Studienzeit</b>	5		
<b>Didaktische Reserve</b>	34		
<b>Gesamtstunden Ist</b>	174		
<b>Differenz</b>	0		
<b><u>Studienphase 3</u></b>			
Inhalte	Stunden	Sonstiges	
<b>Gesamtstunden Soll</b>	72	9 Tage à 8 Std.	
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 4	12	weiter in Studienphase 4	
B 13 Mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zusammenarbeiten	14		
Z 06 Schmerzen vorbeugen, lindern und bewältigen helfen	37		
<b>Didaktische Reserve</b>	9		
<b>Gesamtstunden Ist</b>	72		
<b>Differenz</b>	0		
<b><u>Block 4</u></b>			
Inhalte	Stunden	Sonstiges	
<b>Gesamtstunden Soll</b>	106	3 Wochen à 8 Std. - 1 Feiertag	
B 11 Ethisch reflektiert handeln - Teil 1	10	weiter in Block 6	
B 16 Beraten und Anleiten	30		
Z 02 Essen und Trinken - Teil 2	20		
Z 05 Erholsamen Schlaf fördern - Teil 1	12	weiter in Studienphase 4	
Z 22 Säuglinge und Kleinkinder pflegen und deren Angehörige unterstützen	14		
<b>Studienzeit</b>	3		
<b>Didaktische Reserve</b>	17		

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

<b>Gesamtstunden Ist</b>	106	
<b>Differenz</b>	0	
<b>2. Ausbildungsjahr</b>		
<b><u>Studienphase 4</u></b>		
<b>Inhalte</b>	<b>Stunden</b>	<b>Sonstiges</b>
<b>Gesamtstunden Soll</b>	88	11 Tage à 8 Std. (1 Feiertag)
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 5	14	weiter in Studienphase 5
Z 05 Erholsamen Schlaf fördern - Teil 2	9	
Z 08 Lebensbedrohliche Gesundheitszustände verhüten, erkennen und darauf reagieren - Teil 2	28	
Z 10 Menschen mit akuten organischen Störungen pflegen - Teil 2	23	
<b>Didaktische Reserve</b>	14	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	88	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Block 5</u></b>		
<b>Inhalte</b>	<b>Stunden</b>	<b>Sonstiges</b>
<b>Gesamtstunden Soll</b>	152	4 Wochen à 38 Std.
B 02 In unterschiedlichen pflegerischen Bereichen handeln - Teil 2	30	
Z 01 Sich und andere bewegen - Teil 3	28	
Z 11 Menschen mit Verletzungen und operativen Eingriffen pflegen - Teil 1	16	weiter Studienphase 5
Z 13 Sterbende pflegen und deren Bezugspersonen begleiten	30	
Z 20 Sexualität leben u. sexuellen Missbrauch verarbeiten u. vorbeugen; Menschen mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane pflegen - Teil 1	21	weiter Studienphase 5
<b>Studienzeit</b>	4	
<b>Didaktische Reserve</b>	23	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	152	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Studienphase 5</u></b>		
<b>Inhalte</b>	<b>Stunden</b>	<b>Sonstiges</b>
<b>Gesamtstunden Soll</b>	88	11 Tage à 8 Std. (1 Feiertag)
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 6	6	weiter in Studienphase 6
Z 11 Menschen mit Verletzungen und operativen Eingriffen pflegen - Teil 2	20	
Z 17 Menschen mit eingeschränkten Sinnesleistungen pflegen	14	
Z 20 Sexualität leben u. sexuellen Missbrauch verarbeiten u. vorbeugen; Menschen mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane pflegen - Teil 2	16	
Z 21 Während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neugeborenenperiode pflegen - Teil 1	21	weiter in Block 6
<b>Didaktische Reserve</b>	11	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	88	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Block 6</u></b>		

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

Inhalte	Stunden	Sonstiges
<b>Gesamtstunden Soll</b>	182	5 Wochen à 38 Std. - 1 Feiertag
B 11 Ethisch reflektiert handeln - Teil 2	11	
B 14 Mit Macht und Gewalt umgehen	21	
Z 12 Menschen mit langfristigen organischen Störungen pflegen - Teil 1	48	weiter in Studienphase 6
Z 18 Wohnen/Umgebung gestalten	14	
Z 21 Während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neugeborenenperiode pflegen - Teil 2	10	
Schwerpunktmodul 1            AP, KP oder KiKP	30	
Fachenglisch - Teil 1	13	weiter in Block 8
<b>Studienzeit</b>	5	
<b>Didaktische Reserve</b>	30	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	182	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Studienphase 6</u></b>		
Inhalte	Stunden	Sonstiges
<b>Gesamtstunden Soll</b>	112	14 Tage à 8 Std. (1 Feiertag)
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 7	6	weiter in Block 8
Z 12 Menschen mit langfristigen organischen Störungen pflegen - Teil 2	40	weiter in Block 8
Z 19 Zeit gestalten	37	
Statistik -Teil 1	10	weiter in Studienphase 7
<b>Didaktische Reserve</b>	19	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	112	
<b>Differenz</b>	0	
<b>3.Ausbildungsjahr</b>		
<b><u>Block 7</u></b>		
Inhalte	Stunden	Sonstiges
<b>Gesamtstunden Soll</b>	144	4 Wochen à 38 Std. - 1 Feiertag
Z 07 Menschen mit Demenz und Verwirrheitszuständen pflegen und deren Angehörige unterstützen	45	
Z 16 Menschen mit psychischen Störungen pflegen - Teil 1	25	weiter in Block 8
P 1 Fragestellung zu einem pflegerelevanten Forschungsthema entwickeln	30	
P 2 Quantitative Erhebungsmethoden in einer eigenen Untersuchung einsetzen und reflektieren - Teil 1	10	weiter in Studienphase 7
<b>Studienzeit</b>	4	
<b>Didaktische Reserve</b>	30	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	144	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Studienphase 7</u></b>		
Inhalte	Stunden	Sonstiges
<b>Gesamtstunden Soll</b>	72	9 Tage à 8 Stunden (2 Feiertage)
B 12 Pflegebewusstsein entwickeln - Teil 2	25	
P 2 Quantitative Erhebungsmethoden in einer eigenen Untersuchung einsetzen und reflektieren - Teil 2	20	
Statistik - Teil 2	17	weiter in Studienphase 8

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

<b>Didaktische Reserve</b>	10	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	72	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Block 8</u></b>		
<b>Inhalte</b>	<b>Stunden</b>	<b>Sonstiges</b>
<b>Gesamtstunden Soll</b>	190	5 Wochen à 38 Std.
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 8	9	weiter in Studienphase 8
B 09 Sich und andere vor Infektionen schützen - Teil 2	17	
B 15 Mit Fremdheit umgehen	21	
Z 12 Menschen mit langfristigen organischen Störungen pflegen - Teil 3	52	
Z 15 Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen pflegen	21	
Z 16 Menschen mit psychischen Störungen pflegen - Teil 2	17	
Fachenglisch - Teil 2	18	weiter in Studienphase 8
<b>Studienzeit</b>	5	
<b>Didaktische Reserve</b>	30	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	190	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Studienphase 8</u></b>		
<b>Inhalte</b>	<b>Stunden</b>	<b>Sonstiges</b>
<b>Gesamtstunden Soll</b>	152	19 Tage à 8 Std. (2 Feiertage)
B 07 Pflege planen und Qualität sichern - Teil 3	16	
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 9	22	weiter in Block 9
Z 14 Menschen mit Infektionen pflegen	21	
Statistik - Teil 3	20	
Fachenglisch - Teil 3	43	
Schriftliches Examen		
Praktisches Examen		
<b>Didaktische Reserve</b>	30	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	152	
<b>Differenz</b>	0	
<b><u>Block 9</u></b>		
<b>Inhalte</b>	<b>Stunden</b>	<b>Sonstiges</b>
<b>Gesamtstunden Soll</b>	76	2 Wochen à 38 Std.
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern - Teil 10	18	
P 3 Qualitative Erhebungsmethoden in einer eigenen Untersuchung einsetzen und reflektieren	30	
Mündliches Examen		
<b>Studienzeit</b>	2	
<b>Didaktische Reserve</b>	26	
<b>Gesamtstunden Ist</b>	76	
<b>Differenz</b>	0	

## Hamburger Modell der FREIEN – generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten

<b>Vertiefungshalbjahr</b>			
<b><u>Block 10</u></b>			
Inhalte	Stunden	Sonstiges	
<b>Gesamtstunden Soll</b>	68	2 Wochen à 38 Std. - 1 Feiertag	
Schwerpunktmodul 2                      AP, KP, KiKP - Teil 1			
P 5 Pflegewissen anhand einer eigenen Fallstudienarbeit erweitern und anderen zugänglich machen	30	weiter in Studienphase 10	
Fachhochschulreife (Statistik/Fachenglisch)	15	weiter in Studienphase 11	
<b>Studienzeit</b>	2		
<b>Didaktische Reserve</b>	21		
<b>Gesamtstunden Ist</b>	68		
<b>Differenz</b>	0		
<b><u>Studienphase 10</u></b>			
Inhalte	Stunden	Sonstiges	
<b>Gesamtstunden Soll</b>	80	10 Tage à 8 Std. (2 Feiertage)	
Z 23 Gesundheitsförderung in Gruppen initiieren und gestalten			
P 4 Gesundheitsförderung in Gruppen evaluieren und das Ergebnis anderen zugänglich machen - Teil 1	8	weiter in Block 11	
Schwerpunktmodul 2                      AP, KP, KiKP - Teil 2			
P 5 Pflegewissen anhand einer eigenen Fallstudienarbeit erweitern und anderen zugänglich machen	45		
<b>Studienzeit</b>	10		
<b>Didaktische Reserve</b>	17		
<b>Gesamtstunden Ist</b>	80		
<b>Differenz</b>	0		
<b><u>Block 11</u></b>			
Inhalte	Stunden	Sonstiges	
<b>Gesamtstunden Soll</b>	76	2 Wochen à 38 Std.	
Z 23 Gesundheitsförderung in Gruppen initiieren und gestalten			
P 4 Gesundheitsförderung in Gruppen evaluieren und das Ergebnis anderen zugänglich machen - Teil 2	51	weiter in Studienphase 11	
<b>Studienzeit</b>	2		
<b>Didaktische Reserve</b>	23		
<b>Gesamtstunden Ist</b>	76		
<b>Differenz</b>	0		
<b><u>Studienphase 11</u></b>			
Inhalte	Stunden	Sonstiges	
<b>Gesamtstunden Soll</b>	48	6 Tage à 8 Std.	



## Anlage 10

Verteilung der theoretischen und praktischen Stunden in einer **3** jährigen Ausbildung

Theoretische Ausbildung		
Lernfeldorientierte Module siehe Anlage		
Summe Theorie		<b>2138 Stunden</b>
Praktische Ausbildung		25 % als Schwerpunkt gewählt
	75 % verbindlich für alle	
Pädiatrie, Säuglinge Pädiatrie, Kinder Pädiatrie, Rehabilitation Pädiatrie, Prävention/amb.Pflege Wochen- und Neugeborenenpflege Frühgeborene Chirurgie - Säuglinge u. Kinder Wunscheinsatz	369,6 Std. = 12 Wochen 123,2 Std. = 4 Wochen 154,0 Std. = 5 Wochen 123,2 Std. = 4 Wochen	184,8 Std. = 6 Wochen
Innere u. innere Fachgebiete Chirurgie u. chir. Fachgebiete Wahleinsatz: stationär od. ambul. Rehabilitation/Prävention Psychiatrie Wahleinsatz, z.B. Notaufnahme, Op	215,6 Std. = 7 Wochen 246,4 Std. = 8 Wochen 184,8 Std. = 6 Wochen 123,2 Std. = 4 Wochen	oder: 184,8 Std. = 6 Wochen 184,8 Std. = 6 Wochen
Ambulante geriatr. Pflege Rehabilitation/Prävention -geriat. Stationäre Altenpflege Gerontopsychiatrie Teilstationäre Altenpflege	246,4 Std. = 8 Wochen 123,2 Std. = 4 Wochen 184,8 Std. = 6 Wochen 215,6 Std. = 7 Wochen	246,4 Std. = 8 Wochen 154,0 Std. = 5 Wochen oder: 277,2 Std. = 9 Wochen 308,0 Std. = 10 Wochen 184,8 Std. = 6 Wochen
Summe	2310 Std.= 75 Wo	751,52 Std.=24,4 Wo
Summe Praxis	<b>3061,52 Std. = 99,4 Wochen</b>	
<b>Insgesamt - Theorie und Praxis - :</b>		<b>5200 Stunden</b>

# Anlage 11

## Lernfeldorientierte Module

Basismodule	Abschlussaufgabe	Praktisch	Schriftlich	Mündlich	LehrerIn	o. MentorIn	Lehr. u. Ment.	Zulassung	Examen	Stunden
	Die Schülerinnen/die Schüler									
B 01 In den Pflegeberuf eintreten	Erarbeiten ein Thema mit Hilfe der erlernten Techniken		x		x					58
B 02 In unterschiedlichen pflegerischen Bereichen handeln	Verfassen eine schriftliche Arbeit		x		x					46
B 03 Wahrnehmen und Beobachten	Erfüllen einen Beobachtungsauftrag in der Praxis und werden dazu befragt	x		x			x	x		48
B 04 Kommunikationsstrukturen erkennen u. bewusst kommunizieren	Führen ein fachliches Gespräch mit einer Pflegeempfängerin/einem Pflegeempfänger und/oder ggf. deren/dessen Bezugsperson	x			x	x				30
B 05 Beziehungen zu Menschen aufnehmen, gestalten u. aufgeben	Führen ein Aufnahmegespräch	x			x	x		x		28
B 06 Biographieorientiert pflegen	Führen ein biographieorientiertes (Gruppen) -Gespräch	x			x	x				30
B 07 Pflege planen und Qualität sichern	Planen und dokumentieren die Pflege einer Pflegeempfängerin/eines Pflegeempfängers über eine Woche	x	x				x	x		45
B 08 Gesundheit entwickeln und fördern	1. Vermitteln einem Menschen gesundheitsförderliches Verhalten u. schreiben darüber e. Bericht 2. Führen ein Projekt zur individuellen Stressbewältigung durch	x	x	x	x					144
B 09 Sich und andere vor Infektionen schützen	Schreiben eine Klausur		x		x				x	37
B 10 Verantwortungsbewusst mit Arzneimitteln umgehen	Schreiben eine Klausur		x		x				x	24
B 11 Ethisch reflektiert handeln	Präsentieren ein Gruppenarbeitsergebnis und beantworten Nachfragen		x	x	x				x	21

B 12	Pflegebewusstsein entwickeln	Bereiten in einer Gruppe eine Unterrichtssequenz vor und führen diese durch		x	x	x				x		40
B 13	Mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zusammenarbeiten	Analysieren eine interdisziplinäre Zusammenarbeit anhand eines selbsterlebten Beispiels		x			x					14
B 14	Mit Macht und Gewalt umgehen	Reflektieren erlebte Machtsituationen und entwickeln Verhaltensalternativen (mündl. o. schriftl.)		x	x	x						21
B 15	Mit Fremdheit umgehen	Beschreiben Konfliktsituationen aus konkurrierenden Wertvorstellungen und suchen Lösungen		x	x	x						21
B 16	Beraten und Anleiten	Führen eine Anleitung oder Beratung durch	x						x	x		30
<b>Zentralmodule</b>		<b>Abschlussaufgabe</b>	<b>Praktisch</b>	<b>Schriftlich</b>	<b>Mündlich</b>	<b>LehrerIn</b>	<b>o. MentorIn</b>	<b>Lehr. u. Ment.</b>	<b>Zulassung</b>	<b>Examen</b>	<b>Std.</b>	
Z 01	Sich und andere bewegen	Pflegen einen Menschen mit Bewegungseinschränkung über einen Zeitraum von einer Woche	x	x				x	x			66
Z 02	Essen und Trinken	Analysieren die Ernährungssituation eines von ihnen gepflegten Menschen und erstellen gemeinsam mit ihm ein passendes Ernährungskonzept	x	x				x	x			66
Z 03	Beim Ausscheiden unterstützen	Bearbeiten ein vorgegebenes Fallbeispiel schriftlich		x		x			x			37
Z 04	Körperpflege und Kleiden gestalten	Unterstützen einen Menschen bei der Körperpflege	x					x	x			30
Z 05	Erholsamen Schlaf fördern	Beobachten und dokumentieren die Auswirkungen von drei Nachtdiensten auf das eigene Leben	x	x		x						21
Z 06	Schmerzen vorbeugen, lindern und bewältigen helfen	Schreiben eine Klausur		x		x			x			37
Z 07	Menschen mit Demenz u. Verwirrheitszuständen pflegen u. deren Angehörige unterstützen	Pflegen einen Menschen mit Demenz über einen Zeitraum von einem Tag	x	x			x		x			45
Z 08	Lebensbedrohliche Gesundheitszustände verhüten, erkennen u. darauf reagieren	Bewältigen eine gestellte Notfallsituation	x		x	x						44
Z 09	Betroffene bei diagnostischen u. therapeutischen Maßnahmen begleiten und unterstützen	Beschreiben eine selbsterlebte Begleitsituation und bewerten den Erfolg/Misserfolg der Pflegehandlungen schriftlich		x		x						22
Z 10	Menschen mit akuten organischen Störungen pflegen	Verfassen eine schriftliche Arbeit über die Pflege eines Menschen mit einer akuten Erkrankung		x		x			x			45
Z 11	Menschen mit Verletzungen und operativen Eingriffen pflegen	Führen die prä - und postoperative Pflege eines Menschen durch	x	x				x	x			36

Z 12	Menschen mit langfristigen organischen Störungen pflegen	Pflegen einen Menschen mit langfristiger organischer Störung über einen Zeitraum von 2 Wochen	x	x					x	x		140
Z 13	Sterbende pflegen u. deren Bezugspersonen begleiten	Keine Abschlussaufgabe vorgesehen										30
Z 14	Menschen mit Infektionen pflegen	Schreiben eine Klausur		x		x						21
Z 15	Menschen mit geistigen u. körperlichen Behinderungen pflegen	Pflegen einen Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung über einen Zeitraum von einem Tag	x	x			x					21
Z 16	Menschen mit psychischen Störungen pflegen	Schreiben einen Bericht über einen Menschen mit psychischen Störungen nach vorgegebenen Kriterien		x		x						42
Z 17	Menschen mit eingeschränkten Sinnesleistungen pflegen	Bearbeiten ein vorgegebenes Fallbeispiel schriftlich		x		x						14
Z 18	Wohnen/Umgebung gestalten	Analysieren die Wohn-/Umgebungssituation eines von ihnen gepflegten Menschen, machen Optimierungsvorschläge und dokumentieren Absprachen und Umsetzungsversuche	x	x				x				14
Z 19	Zeit gestalten	Organisieren gemeinsam mit den Adressatinnen/Adressaten ein Fest unter festgelegten Kriterien	x			x	x					37
Z 20	Sexualität leben und sexuellen Missbrauch verarbeiten u. vorbeugen; Menschen mit Erkrankungen d. Geschlechtsorgane pflegen	Schreiben eine Klausur		x		x				x		37
Z 21	Während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und in der Neugeborenenperiode pflegen	Führen ein Beratungs oder Anleitungsgespräch	x				x					31
Z 22	Säuglinge und Kleinkinder pflegen u. deren Angehörige unterstützen	Pflegen einen Säugling über einen Zeitraum von einem Tag (inkl. Pflegeplanung)	x	x				x		x		14
<b>Projektmodule</b>		<b>Abschlussaufgabe</b>	<b>Praktisch</b>	<b>Schriftlich</b>	<b>Mündlich</b>	<b>Lehrerin</b>	<b>o. MentorIn</b>	<b>Lehr. u. Ment.</b>	<b>Zulassung</b>	<b>Examen</b>	<b>Std.</b>	
P 1	Fragestellung zu einem pflegerelevanten Forschungsthema entwickeln	Entwickeln eine Forschungsfrage	x	x		x						30
P 2	Quantitative Erhebungsmethoden in einer eigenen Untersuchung einsetzen und reflektieren	Präsentieren das Ergebnis einer quantitativen Untersuchung	x	x	x	x						30
P 3	Qualitative Erhebungsmethoden in einer eigenen Untersuchung einsetzen und reflektieren	Führen einen qualitative Untersuchung zur Stressbewältigung durch	x	x	x	x						30

Schwerpunktmodule	Abschlussaufgabe	Praktisch	Schriftlich	Mündlich	LehrerIn	o. MentorIn	Lehr. u. Ment.	Zulassung	Examen	Std.
	Die Abschlüsse der Schwerpunktmodule werden mit dem Abschluss von Z 18 kombiniert									
S KiKP 1 Frühgeborene und kranke Neugeborene pflegen und deren Angehörige begleiten	Pflegen ein Frühgeborenes oder krankes Neugeborenes und begleiten deren Angehörige über den Zeitraum von einer Woche	x	x				x			30
S KP 1 Wechselwirkungen im sozialen Umfeld erkennen und darauf reagieren	Pflegen einen Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen sozialem Umfeld und Gesundheit über den Zeitraum von einer Woche	x	x				x			30
S AP 1 Menschen im Alter begegnen und pflegen	Unterstützen einen alten Menschen im Umgang mit den Veränderungen des Alters über den Zeitraum von einer Woche	x	x				x			30
Vertiefung	Abschlussaufgabe	Praktisch	Schriftlich	Mündlich	LehrerIn	o. MentorIn	Lehr. u. Ment.	Zulassung	Examen	Std.
Z 23 Gesundheitsförderung in Gruppen initiieren und gestalten	Führen eine Gruppenveranstaltung zur Gesundheitsförderung durch und präsentieren das Evaluationsergebnis (Gruppenleistung)	x	x	x	x					75
P 4 Gesundheitsförderung in Gruppen evaluieren und das Ergebnis anderen zugänglich machen										
P 5 Pflegewissen anhand einer eigenen Fallstudienarbeit erweitern und anderen zugänglich machen										
S KIKP 2 Früh- u. Neugeborene mit Fehlbildungen pflegen und deren Angehörige begleiten	Erstellen eine Fallstudienarbeit über die Pflege von Früh- oder Neugeborenen mit Fehlbildungen und stellen diese in einem Kolloquium vor	x	x	x			x			75
S KP 2a Menschen mit chronischen Wunden pflegen und diese Kompetenz weitergeben	Erstellen eine Fallstudienarbeit über die Pflege einer Patientin/eines Patienten mit einer chronischen Wunde und stellen diese in einem Kolloquium vor									
S AP 2 Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen und deren Bezugspersonen unterstützen	Erstellen eine Fallstudienarbeit über die Pflege einer/eines gerontopsychiatrisch Erkrankten und stellen diese in einem Kolloquium vor									



