

Fachhochschule  
Bielefeld

Fachbereich  
Pflege und Gesundheit

Workshop-Reader

Nr. 5  
Workshop  
Strukturen zur Vernetzung von Pflege-  
praxis und Pflegeausbildung  
21.Oktober 1999

Annette Nauerth



## Workshop-Reader

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld  
Fachbereich Pflege und Gesundheit  
Redaktion: Petra Blumenthal  
Copyright: Annette Nauerth, 2000

Nr. 5  
Workshop  
Strukturen zur Vernetzung von Pflege-  
praxis und Pflegeausbildung  
21. Oktober 1999

Annette Nauerth



## Inhaltsverzeichnis:

Vorwort .....	1
<b>Vortrag:</b>	
Struktur zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung Andreas Westerfellhaus .....	3
<b>Arbeitsgruppen zur Problemanalyse .....</b>	
9	
Gruppe 1: Die Situation der Schule Gertrud Leser.....	9
Gruppe 2: Die Situation der Schüler Andrea Kampmann.....	14
Gruppe 4: Die Situation der Mentoren Annegret Ackermann .....	17
Gruppe 5: Die Situation der Praxisanleiter Sylvia Schott, Andrea Lamers-Abdella .....	19
Gruppe 6: Die Situation der Pflegedienstleitung Gerda Merten, Claus-Henning Ammann.....	23
Gruppe 7: Die Situation des Betriebes Inge Horstkötter .....	27
<b>Vortrag:</b>	
Integration von Organisations- und Personalentwicklung in Gesundheitseinrichtungen - strategische und operative Bedeutung Werner Thomas .....	31
<b>Aspekte gelungener Praxis.....</b>	
37	
Strategien in Schulentwicklungsprozessen an Krankenpflegeschulen Dorothee Spürk.....	37
Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung Aspekte gelungener Praxis –Praxisanleitungskonzept- Kerstin Schönlau.....	47
Das Mosbacher Modell Jochen Kuhla .....	59
Das Ausbildungskonzept der Kinderkrankenpflegeschule Baden-Baden unter dem Blickwinkel der Praxis-Theorie-Verzahnung Andrea Senn-Lohr.....	92
Pflege nach Entlassung aus dem Krankenhaus - Projekt zur Pflegeforschung im Pflegeunterricht- Dieter Glaremin .....	101
Die Praktische Ausbildung in der Krankenpflegeschule des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Altona Barbara Reich-Bellmann, Manuela Darius.....	110
Einrichtung eines Projektes „Schulstation“ am Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung an der Westfälischen Klinik Gütersloh Marita Schlüter .....	116
<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	
Annette Nauerth.....	123



## Vorwort

Annette Nauerth

Die Diskrepanz zwischen schulischer und praktischer Ausbildung ist immer wieder das Thema vieler Diskussionen mit Pflegelehrern.

- Welche Mühe wird in der Schule investiert, um eine korrekte Praxis einzuüben und kaum sind die Schüler aus dem ersten Praxiseinsatz zurück, schon gibt es die berühmt-berüchtigte Doppelstrategie: In der Schule wird so gearbeitet, wie die Schule es für richtig hält und auf Station wird so gearbeitet, wie es dort üblich ist. Das schlechte Gewissen wird in Kauf genommen.
- In der Praxis ist klar, dass viel Schulwissen für die Praxis gar nicht relevant ist. Auf viele unwesentliche Dinge wird in der Schule viel Zeit verwandt! Zu viel Theorie im Kopf hindert das Funktionieren in der Praxis. Das Besserwissen der Nicht-mehr-Praktiker wird manchmal als weltfremd oder auch „nervig“ empfunden.
- Die LehrerInnen möchten die Schüler gern praktisch fit machen und merken doch, dass mit dem Abstand zur Praxis auch die praktische Expertise nachlässt, die Abläufe nicht mehr so glatt von der Hand gehen, neuere Pflegehilfsmittel erst spät in der Schule ankommen, sie der Praxis hinterherhinken.
- Die Mentoren sollen auf der Station den Schülern Praxis nach Schulnormen beibringen. Sie geraten genau in das Spannungsfeld der real existierenden und der von der Schule gewünschten Praxis.
- Aus der Sicht des Betriebes soll qualitativ hochwertige Arbeit zu günstigen Preisen geleistet werden, wobei sich Fragen der Personalentwicklung kontinuierlich stellen. Dies umschließt auch den Bereich der Ausbildung.

Das sind Aspekte des immer wieder gezeichneten Bildes. Für uns stellten sich die folgenden Fragen: Wie können Theorie und Praxis miteinander ins Gespräch kommen? Wie können die Schüler so ausgebildet werden, dass ihr Wissen in der Praxis anwendbar ist? Wie kann ein Austausch zwischen Schule und Praxis organisiert und gestaltet werden?

Diesen Fragen wollten wir uns mit diesem Workshop annähern. Dabei sollte es zunächst um eine Standortbestimmung zum Verhältnis von theoretischer und praktischer Ausbildung gehen, dann um die Auseinandersetzung mit einer organisations- und betriebswirtschaftlichen Sicht und schließlich um Austausch von Anregungen für eine verbesserte Praxis.

Die Beiträge und Arbeitsergebnisse dieses Workshops werden im Folgenden dargestellt und sollen so der gegenseitigen Anregung und Auseinandersetzung dienen.

## Programm des Workshops:

09:00 Uhr Begrüßung

09:15 Uhr Vortrag: Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung (Westerfellhaus, Gütersloh)

10:00 Uhr Arbeitsgruppen zur Problemanalyse

- Die Situation der Schule (Leser, Bielefeld)
- Die Situation der Schüler (N.N., Kampmann, Bielefeld)
- Die Situation der Praxis (Wolk, Bielefeld)
- Die Situation der Mentoren (Ackermann, Bielefeld)
- Die Situation der Praxisanleiter (Lamers-Abdella, Schott, Bielefeld)
- Die Situation der Pflegedienstleitung (Merten, Bielefeld)
- Die Situation des Betriebes (Diekmann, Bielefeld)

Kaffeepause

12:00 Uhr **Vortrag**  
Der Theorie-Praxis-Konflikt aus Sicht der Organisation und des Betriebes  
(Dipl. Kfm. W. Thomas, Limburg)

Mittagspause -

13:30 Uhr **Aspekte gelungener Praxis**

- Strategien für Schulentwicklungsprozesse in Krankenpflegeschulen (Spürk, Bielefeld)
- Praxisanleiterkonzept (Schönlau, Münster)
- Das Mosbacher Modell (Kuhla, Mosbach)
- Ausbildungskonzept Baden-Baden (Senn-Lohr, Baden-Baden)

Kaffeepause -

- Projekt zur Überleitungspflege (Glaremin, Meschede)
- Das Hamburger Modell zur praktischen Ausbildung (Reich-Bellmann, Darius, Hamburg)
- Planung einer Schulstation (Schlüter, Gütersloh)

17:00 Uhr **Abschlussplenum:**  
Runder Tisch mit allen Gruppenvertretern  
(Knigge-Demal, Bielefeld)

18:00 Uhr Ende der Veranstaltung

## Vortrag:

### Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung

Andreas Westerfellhaus

Als Einführung in das Thema „Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung“ wurde ich gebeten, ein Referat zur Ist-Situation der Pflegeausbildung und deren mögliche Auswirkungen auf eine qualifizierte Ausbildung in Theorie und Praxis zu halten.

Schon das Thema könnte implizieren, dass es zunächst einmalig notwendig erscheint, diese Strukturen aufzubauen.

Wie bekannt schreibt die Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung im § 1 vor: „während der praktischen Ausbildung nach Absatz 1 und 2 ist in allen nach § 4 des Gesetzes für die Berufsausbildung wesentlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu unterweisen. Es ist Gelegenheit zu geben, die im theoretischen und praktischen Unterricht erworbenen Kenntnisse zu vertiefen und zu lernen, sie bei der praktischen Arbeit anzuwenden.“

In den Erläuterungen von Kurtenbach/Golombek/Sievers von 1987 heißt es weiterhin: „Gesamtverantwortlich dafür, dass die genannten Ziele erreicht werden, ist wiederum der Träger der Ausbildung, repräsentiert durch die Schulleitung, die sich zur Wahrnehmung der aus dem Ausbildungsvertrag übernommenen Ausbildungsverpflichtung der Personen bedient, die die praktische Ausbildung vor Ort durchführen und die ihrerseits dem Ausbildungsträger gegenüber aufgrund ihres Arbeitsvertrages zur Erfüllung der Ausbildungsobliegenheiten verpflichtet sind. Rechtspartner des Schülers ist also stets der Träger der Ausbildung, repräsentiert durch die Schulleitung, Rechtspartner des Stationspersonals, das mit der Ausbildung auf der Station betraut ist, ist der Ausbildungsträger.“

Also war es schon **immer** für jede Ausbildungsstätte zwingend, eben diese Strukturen aufzubauen und nach ihnen zu handeln.

Nur ist der Ruf nach einer engeren Verzahnung von Theorie und Praxis in der Pflegeausbildung wahrscheinlich so alt wie die Ausbildung selbst.

Wer kennt nicht die Aussagen von Auszubildenden „die Lehrer in der Schule unterrichten Inhalte, die in der Praxis nicht umzusetzen sind“ – man nehme nur einmal das Beispiel der Pflegeplanung – oder die Aussagen der Kolleginnen und Kollegen in der Praxis „die Ausbildung ist zu theoretisch ausgerichtet und richtet sich nicht an den Realitäten der Stationen und deren Ausbildungsmöglichkeiten aus“.

Ein Spannungsfeld zwischen dem theoretisch Geforderten und den Angeboten der praktischen Ausbildung war somit schon immer existent. Vorwürfe beider Seiten führen nicht selten zu Frust bis hin zur fehlenden Bereitschaft, im Sinne einer professionellen Pflege an der praktischen Ausbildung mitzuwirken.

Modelle auf diese Missstände einzuwirken, hat es in der Vergangenheit viele gegeben.

So hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe vor einigen Jahren seinen Ausbildungseinrichtungen die Auflage gemacht, qualifizierte Praxisanleiterinnen und -anleiter zu beschäftigen.

Diese waren teilweise den Schulleitungen oder den Pflegedienstleitungen unterstellt, eine Praxis, die Ihnen auch aus anderen Einrichtungen bekannt sein dürfte. Diese Alternativen bargen natürlich neue Probleme in sich, je nach Qualität von Zusammenarbeit von Schule und Pflegedienst.

Andere Berufskolleginnen und -kollegen bestreiten die Notwendigkeit, die Verpflichtung oder die Aufgabe der Ausbildungsstätte auf die praktische Ausbildung im Betrieb einzuwirken, ähnlich dem Prinzip der dualen Ausbildung.

Mit der Gesamtverantwortung der Schulleitung für eine qualifizierte Ausbildung nach der Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung und im Sinne einer professionellen Pflege ist diese Einstellung meines Erachtens nicht zu vereinbaren.

Nachdenklich macht in diesem Zusammenhang eine Aussage der mittelständischen Unternehmen in Deutschland (Ergebnis einer Meinungsumfrage des Meinungsforschungsinstituts Emnid für die Bertelsmannstiftung), dass neben der Reformbedürftigkeit des dualen Systems vor allem auch eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Berufsschule und Ausbildungsbetrieb gefordert wird.

1994 beschreibt der Landesfachbeirat NRW in seiner Begründung für die Einführung von Mindeststandards für die Durchführung der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung „Defizite im Bereich gezielter Praxisanleitung und einer unzureichenden Verzahnung von Theorie und Praxis der Pflegeausbildung“. So werden im Weiteren Praxisanleiterinnen und -anleiter gefördert, mit dem Ziel die praktische Ausbildung zu strukturieren und somit die 800 geforderten Stunden praktische Ausbildung umzusetzen.

Im Juni 1999 ist in den Empfehlungen der Landesarbeitsgruppe „Zukunft der Pflegeausbildungen“ Folgendes zu lesen:

„Eine enge Verzahnung von theoretischem Unterricht, praktischem Unterricht und praktischer Ausbildung ist eine notwendige und unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung der Pflegeausbildungen und zentrales Kriterium für die Bewertung von Ausbildungstypen.

Die Verantwortung für die theoretische und praktische Ausbildung liegt bei der Schule. Die Lehrerin/der Lehrer für Pflegeberufe ist Lehrerin/Lehrer für die theoretische und praktische Ausbildung. Sie/er ist neben der Vermittlung der Fach- und Methodenkompetenz insbesondere verantwortlich für die Begleitung der Schüler in der praktischen Ausbildung im Sinne theoriegeleiteter Reflexion des Erwerbs der Personal- und Sozialkompetenz.

Ferner steuert sie/er die Umsetzung der Fach- und Methodenkompetenz in konkreten Pflegesituationen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lernortbedingungen der praktischen Ausbildung über die klinische Anleitung/Unterweisung auf der Grundlage curricularer Planungen der Schule, einschließlich der Anleitung und Fortbildung von Mentoren/Praxisanleitern, die für die klinische Anleitung zuständig sind.

Kooperationsverträge zwischen Schule und Praxiseinrichtungen legen die personelle und organisatorische Steuerung der Kooperation auf der Grundlage der Ausbildungsplanung fest. Dazu gehört u. a. auch die Klärung von Aufgaben und Einsatz der Mentoren bzw. Praxisanleiter.

Die ständige Fort- und Weiterbildung von Lehrerinnen und Lehrern, Mentoren, Praxisanleitern und von Vertretern der Lernorte ist Bestandteil von Ausbildungsplanung und Ausbildungspraxis.“

Neben der Frage nach der möglichen fachlichen Kompetenz der Lehrkräfte für Theorie und Praxis, deren Inhalte in den unterschiedlichen Fachdisziplinen einer teilweise rasanten Entwicklung unterliegen, ist allerdings auch die Frage zu stellen, welche betriebswirtschaftlichen Auswirkungen diese Anforderungen möglicherweise an eine Ausbildungsstätte stellen.

Es erscheint wohl mehr als fraglich, dass ein Stellenschlüssel von 1:20 (Lehrer/Schülerverhältnis) diese Anforderungen ermöglicht – zumal auch Veränderungen in der theoretischen Ausbildung diskutiert werden (wie integrativer Unterricht, Erhöhung der theoretischen Unterrichtsstunden durch Krpfl.gesetz Novelle etc.).

Und ob eine Stellenplanerhöhung - obwohl nach EU Richtlinien 1:15 anzustreben ist - unter den derzeitigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen realistisch ist, überlasse ich Ihrer Beurteilung.

### **Welche Konsequenzen können also überhaupt realistischer Weise in der jetzigen Situation gezogen werden?**

Aus meiner Sicht sind folgende Dinge festzulegen bzw. zu planen:

1. Gemeinsam mit dem Träger vertreten durch die Pflegedienstleitung müssen die Rahmenbedingungen der Ausbildung festgelegt werden, unter denen eine definierte und erreichbare Ausbildungsqualität erzielt werden kann. Das Interesse einer Pflegedienstleitung muss als existentiell unterstellt werden, ist doch die Qualität einer professionellen Pflege in der Praxis direkt abhängig von der Qualität der Ausbildung.
2. Ein ständiger Austausch zwischen Schule und Praxis muss sichergestellt sein (durch z. B. Ausbildungskonferenzen).
3. Neue Ausbildungskonzepte (z. B. Schulstationen) müssen erarbeitet werden.
4. Ausbildungsinstrumente wie Schülerhandbücher/Lernzielkataloge müssen er- oder überarbeitet werden.
5. Theorie- und Praxisphasen müssen als projektbezogene Lerneinheiten aufgebaut werden.

Herr Karl-Heinz Stolz beschreibt in seinem Artikel „Beziehung Krankenpflegeschule und Krankenhaus - ein Grundpfeiler zur Sicherung der Ausbildungsqualität in den Pflegeberufen“ im Buch Klinikmanagement, Erfolgsstrategien für die Zukunft (Verlag Urban und Schwarzenberg) einige weitere Thesen, die ich Ihnen zum Schluss nicht vorenthalten möchte, da sie aus meiner Sicht elementare Bedingungen der Ausbildung im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis ansprechen. Es heißt hier u. a. als Zielformulierung:

### **„Ziel ist eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Schule und Krankenhaus zur Reduzierung des ‚Theorie-Praxis-Gefälles‘“**

1. Umsetzung einer praxisgeleiteten Theorie und einer theoriegeleiteten Praxis
2. Überschaubare lernorientierte Theorie- und Praxisblöcke im Gesamtkonzept der Ausbildung
3. Entwicklung von Theorie- und Praxiscurricula, die aufeinander abgestimmt sind und ein vernetztes integratives Lernen ermöglichen
4. Fort- und Weiterbildung für examinierte Pflegekräfte, um berufliche, soziale und persönliche Kompetenzen zu erhalten und zu fördern
5. Umsetzung von Lernmethoden, die die Selbständigkeit der Schüler fördern

### **Ziel ist, die Station als Lernort und als Arbeitsort zu definieren**

1. Die Schule als Lernort der Theorie muss die Station als Lernort der Praxis mit ihren Möglichkeiten und Grenzen ernst nehmen und dies in ihrer Ausbildungsplanung mitberücksichtigen.
2. Die Station sollte als Ort des reflektierenden Lernens und Anleitens für den Schüler nutzbar gemacht werden; Lernziele und Lernangebote sollten transparent sein.
3. Der Prozess des lebenslangen Lernens als Antwort auf den Wandel der beruflichen Tätigkeiten sollte von allen dort Tätigen akzeptiert werden. Das Prinzip ‚Pflegeexperten unterstützen und beraten Pflegeexperten‘ sollte zur Anwendung kommen.
4. Die Station sollte sich als lernende Organisation begreifen. Dies bedeutet, voneinander zu lernen und Defizite und Fehler als Chance der Verbesserung nutzen.
5. Die anfallenden pflegerischen Tätigkeiten sind als Lernaufgabe zu nutzen. Der Pflegebedarf des Patienten steht damit in Beziehung zu dem Anleitungsangebot der Station.
6. Der Einsatz von berufspädagogisch ausgebildeten Mentoren und Praxisanleitern sollte forciert werden.“

Alles dieses sind Forderungen – so qualifiziert sie auch sein mögen – die sicher auch auf ihre Umsetzbarkeit überprüft werden müssen. Aber den Fragen „Wie können Theorie und Praxis miteinander ins Gespräch kommen?, Wie können die Schüler so ausgebildet werden, dass ihr Wissen in der Praxis anwendbar ist?, Wie kann die Expertise der Praxis gewinnbringend für die Ausbildung eingesetzt werden? und Wie kann ein Austausch zwischen Schule und Praxis konstruktiv organisiert und gestaltet werden?“ liefern diese Forderungen interessante Anregungen.

**Autor: Andreas Westfellhaus**

Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen an der Westfälischen Klinik Gütersloh



## Arbeitsgruppen zur Problemanalyse

### Protokoll der Arbeitsgruppe 1: Die Situation der Schule

Gertrud Leser

TeilnehmerInnen waren 6 LehrerInnen für Pflegeberufe aus den Bereichen Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege und eine Studentin des Fachbereiches.

Diskutiert wurden folgende Aspekte:

- 1) die heutige Situation/heutigen Probleme aus der Sicht der Schule,
- 2) Möglichkeiten, die der Verbesserung dienen (könnten),
- 3) Erwartungen an die anderen „Mitspieler“ (Praxisanleitung, MentorInnen, Pflegegedienstleitungen, Betrieb, PraxismitarbeiterInnen),
- 4) Welche Verbesserungen könnten von Seiten der Schule eingeführt werden?

#### 1 Vernetzung von Theorie und Praxis - die heutige Situation/die heutigen Probleme aus Sicht der Schule

Brainstorming, unkommentierte Wiedergabe in der Reihenfolge der Beiträge:

- Schüler nutzen Lernangebote der Praxisorte nicht genügend
- Zeitaufwand für pflegefremde Tätigkeiten (z. B. Hol- und Bringe-Dienste) zu hoch, es gibt keine Zeit zum Lernen
- Selbstverständnis der StationsmitarbeiterInnen nicht professionell genug
- Stationsorganisation ausgelegt auf Zeitverschwendung
- Stimmung vorherrschend, dass das Mitarbeiten der SchülerInnen im Vordergrund steht - praktische Ausbildung ist reduziert auf Praxisanleitung
- Interesse an der Ausbildung ist je nach Stationsleitung und Führungsstil entweder positiv oder negativ, die Ausbildung läuft dementsprechend entweder gut oder schlecht
- Mentoren der Station fühlen sich überfordert
- Wissensstand der PflegemitarbeiterInnen nicht aktuell
- Selbstbewusstsein der SchülerInnen entspricht „brav sein, funktionieren müssen“
- Konsumverhalten der SchülerInnen ausgeprägter als früher - geringere aktive Mitarbeit an der Ausbildung
- Klinik fordert ad hoc Anpassung, geplante Anleitungen sind nicht immer möglich
- Lernen braucht Zeit, diese ist in der Realität nicht vorhanden

- Theorie und aktueller Praxisort der SchülerInnen sind nicht aufeinander abgestimmt
- Praxisort erlebt Schule als Kontrolle
- für PraxismitarbeiterInnen unklar, ob SchulmitarbeiterInnen auf gleicher Hierarchieebene stehen wie Pflegedienstleitungen
- Kontrollerleben des Praxisortes wird verstärkt durch geringe strukturelle bzw. vertragliche Verbindungen zu einigen (externen) Praxisorten
- SchulmitarbeiterInnen sind „Fremdkörper“ in der Praxis
- SchülerInnen sind am Praxisort aufgrund der dortigen Patientenprofile überfordert, da diese nicht dem Ausbildungsstand entsprechen (auf die Einsatzorte kann aber nicht verzichtet werden)
- Stellenplan der Praxisorte erlaubt keine oder nur geringe Anleitung
- Arbeitsablauf/Tagesablauf lässt wenig Raum für Anleitung und Lernen
- SchülerInnen stehen „zwischen den Stühlen“ und entscheiden eigenständig über richtige/falsche Pflege
- Rollenmodelle in der Praxis fehlen „So pflegen wie die Schule es sagt, oder so wie es in der Praxis üblich ist?“
- Übungsfelder fehlen; Umsetzung des Gelernten ist weniger möglich, da Eltern aktiver eingebunden werden in die Pflege der Kinder - Eltern übernehmen Aufgaben, die auch von den Pflegenden eingeübt/gekonnt werden müssen

## 2 Möglichkeiten, die der Verbesserung dienen (könnten)

Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein erstes Brainstorming. Ob die Vorschläge tatsächlich einer Verbesserung dienen könnten, bedarf einer intensiven Auseinandersetzung mit den darin verborgenen Vor- und Nachteilen, einer Analyse möglicher Probleme, die bei der Umsetzung auftreten könnten bzw. die im Vorfeld der Umsetzung gelöst werden müssten und einer Überprüfung der Realisierbarkeit.

Als potentielle Möglichkeiten wurden genannt:

- Lernen auch durch Praxisreflexion ermöglichen
- Fortbildungen für Lehrkörper-Lehrkräfte müssen das Abgeben von Verantwortung, das In-Verantwortung-Nehmen der SchülerInnen lernen, um deren Selbstverantwortung durch entsprechende Methodenauswahl (Schule ist verantwortlich für das Gelingen der Ausbildung) zu fördern
- andere SchülerInnen auswählen für die Ausbildung - sollten mehr Bereitschaft zur Eigenverantwortlichkeit mitbringen
- langfristig in der Gesellschaft auf die Bedeutung „alter Werte“ neu hinwirken, sie wichtig machen, z. B. Verantwortung übernehmen

- Ausbildungen inhaltlich „entrümpeln“
- Ausbildung verlängern
- Praxiserfahrung der Lehrenden immer wieder punktuell aktualisieren
- Theorie und Praxis durch Ausbildungsplanung synchronisieren; z. B. der Chirurgie-Einsatz folgt nach dem Chirurgieblock
- Kontrollerlebnisse am Praxisort verringern, durch häufigere Kontakte der Schule mit der Praxis, dadurch dass Lehrende auch immer wieder als Lernende erlebt werden
- Fortbildungen für die StationsmitarbeiterInnen anbieten
- alternative Praxisorte (außerhalb des Trägerbereiches) nutzen, um Lernmöglichkeiten stufenweise aufbauen zu können
- Lernsituationen der Praxis besser vorstrukturieren
- SchülerInnen nicht auf dem Stellenplan anrechnen
- gemeinsames (Schule und Lernort) Professions- und Pflegeverständnis entwickeln; dem entgegenwirken, dass höhere Qualifikation in der Pflege einhergeht mit größerem Abstand zum Patienten
- Praktikumsorte sollen Bezugspflege durchführen
- Organisationsverbesserungen am Praktikumsort z. B. durch multiprofessionelle Teamarbeit
- Eigenverantwortlichkeit bei den SchülerInnen fördern, Eigenverantwortlichkeit durch Auswahl von Unterrichtsmethoden wie z. B. Lernaufträge lehren

### 3 Erwartungen von Seiten der Schule an die anderen „Mitspieler“ (Praxisanleitung, MentorInnen, Pflegedienstleitungen, Betrieb, PraxismitarbeiterInnen).

Da nur noch wenig Zeit zur Verfügung stand, konnte diesem Aspekt nicht so viel Aufmerksamkeit gegeben werden, wie von den TeilnehmerInnen gewünscht.

#### Erwartungen der Schule an die SchülerInnen:

- Begründungen in der Praxis bei Abweichungen vom Gelernten einfordern
- mit Abweichungen vom Gelernten umgehen können
- mehr Eigeninitiative zeigen
- mehr Verantwortungsbereitschaft

#### Erwartungen der Schule an die Mentoren:

- mehr Eigeninitiative
- mehr Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme
- Fortbildungen wahrnehmen
- Rollenmodell sein für die SchülerInnen

- Kontakt und Austausch mit der Schule suchen
- persönliches pädagogisches Geschick

#### Erwartungen der Schule an die Pflegedienstleitungen:

- positive Grundeinstellung gegenüber den SchülerInnen als Lernende
- „Rückendeckung“ geben für MentorInnen und PraxisanleiterInnen
- Verbindlichkeiten schaffen und einhalten: regelmäßige Treffen mit der Schule, Teilnahme an Besprechungen, Festlegung zu besprechender Inhalte, Regelung der Aufgaben und Kompetenzen von Schule und Praxisort
- Pflegequalität im eigenen Haus entwickeln, festlegen, überprüfen
- Pflegeleitbild entwickeln

#### Erwartungen der Schule an den Betrieb/Träger

- vertraglich Verpflichtung zur Ausbildung regeln (Kooperationsverträge)
- finanzielle Absicherung bestimmter mit der Schule festgelegter Ausbildungsqualität
- multiprofessionelle Teamarbeit strukturell (und persönlich) verankern und fördern
- kontinuierlich gezielte Fortbildungsangebote für die MitarbeiterInnen
- organisatorische Strukturen schaffen z. B. zentrale Dienste
- Kooperationen mit anderen Praxisorten zulassen und vertraglich absichern

#### **4 Welche Verbesserungen könnten von Seiten der Schule eingeführt werden?**

Aufgrund des nun bestehenden Zeitmangels werden von den TeilnehmerInnen auf der Liste der Möglichkeiten, die der Veränderung dienen (könnten) anhand einer Punktabfrage folgende Prioritäten ermittelt. Auf eine Diskussion zur Umsetzung Chancen und Hindernisse musste leider verzichtet werden.

- Eigenverantwortlichkeit bei den SchülerInnen fördern, Eigenverantwortlichkeit lehren durch Auswahl von Unterrichtsmethoden wie z.B. Lernaufträge (7 Pkt.)
- Fortbildungen für die StationsmitarbeiterInnen anbieten (6 Pkt.)
- Ausbildungen inhaltlich „entrümpeln“ (5 Pkt.)
- Kontrollerlebnisse am Praxisort verringern, durch häufigere Kontakte der Schule mit der Praxis, dadurch dass Lehrende auch immer wieder als Lernende erlebt werden (5 Pkt.)
- Schule und Lernort sollten gemeinsames Professions- und Pflegeverständnis entwickeln - dem entgegenwirken, dass höhere Qualifikation in der Pflege mit größerem Abstand zum Patienten einhergeht (4 Pkt.)

- Fortbildungen für die StationsmitarbeiterInnen anbieten (2 Pkt.)
- Lernsituationen der Praxis besser vorstrukturieren (2 Pkt.)
- Praxiserfahrung der Lehrenden immer wieder punktuell aktualisieren (2 Pkt.)

#### Zusammengefasste Kommentare der Gruppe zum Arbeitsergebnis:

- Es war ein interessanter Austausch, aber leider ohne wirklich neue Anregungen.
- Viele der erörterten Möglichkeiten sind vielleicht bei genauerer Betrachtung gar nicht wünschenswert oder/und realisierbar.
- Die Zeit für inhaltlich intensive Diskussionen fehlte.
- Vielleicht/hoffentlich kommen noch Anregungen im Gespräch mit den KollegInnen und den folgenden Beiträgen.

**Autorin: Gertrud Leser**

Ev. Ausbildungsstätte für Pflegeberufe, Bielefeld-Bethel

## Protokoll der Arbeitsgruppe 2: Die Situation der Schüler

Andrea Kampmann

Die Arbeitsgruppe 2 setzte sich aus sechs TeilnehmerInnen (5 LehrerInnen für Pflegeberufe und ein Praxisanleiter) und einer Studentin des Studienganges Pflegepädagogik zusammen. Die Studierende übernahm die Rolle der Moderatorin, ein Teilnehmer schrieb das Protokoll und ein weiterer Teilnehmer nahm am abschließenden „runden Tisch“ teil, um die Arbeitsergebnisse der Gruppe einzubringen. An Arbeitsmaterialien stand der Gruppe eine Pinnwand und ein Moderationskoffer zur Verfügung.

Eröffnet wurde die Arbeitsgruppe durch eine Vorstellungsrunde, die als Möglichkeit von den Anwesenden genutzt wurde, die Situation der eigenen Institution in Bezug auf die Vernetzung von theoretischer und praktischer Ausbildung darzustellen.

Die Erarbeitungsphase stand unter der Fragestellung: Welchen Problemen sehen sich SchülerInnen an der Schnittstelle von Theorie und Praxis ausgesetzt? Was erwarten SchülerInnen von einer „guten“ Ausbildung?

Die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe sollten die Perspektive der SchülerInnen einnehmen, was durch die Erinnerung an die eigene Ausbildung initiiert werden sollte.

Gearbeitet wurde mit der Methode des Brainstorming, wobei die Teilnehmenden ihre Stichpunkte auf Karten niederschrieben und diese in einem weiteren Arbeitsschritt an die Pinnwand hefteten und die Begriffe kurz erläuterten. Daraus ergaben sich für die Teilnehmenden keine zu klärenden Fragen. Es war vorgesehen, die einzelnen Begriffe noch näher zu bestimmen, sich aus den Begriffen ergebenden, Problembereichen zuzuordnen, um die Problematik eingrenzen zu können. Dieser Schritt fand nicht statt, da wiederum eine lebhafte Diskussion einsetzte. Es erwies sich zum Teil als schwierig, strikt an der SchülerInnen-Perspektive orientiert zu argumentieren und sich aus der Sichtweise der Lehrenden zu lösen.

### Brainstorming: SchülerInnen

- möchten praktische Qualifikationen erwerben,
- brauchen Vertrauen zur Anleitungsperson,
- gehen mit großem Vertrauen in die Fähigkeiten der Examinierten in die Praxis,
- stellen bald fest, dass diese Qualifikationen nicht ausgeprägt sind,
- orientieren sich dann an „guten Pflegenden“,
- sind mit einer riesigen Stoff-/Wissensmenge konfrontiert und mit extremen Lebenssituationen, „Ich habe Macht und deshalb Verantwortung.“,

- brauchen das Team und dessen Akzeptanz, um zu „überleben“,
- erleben, wie Qualifikation durch die „Examinierten“ exponiert oder unterdrückt wird,
- versuchen die Mängel der Einrichtung nach „außen“ (auch den Patienten gegenüber) zu decken,
- Individualarbeit, Gute/Schlechte Ausbildung.

#### Probleme in der Ausbildung:

- Angst (Eigen-, Fremderwartung),
- Lehrer sollten einen Monat pro Jahr auf der Station arbeiten,
- Abstimmung Praxis-Theorie-Curriculum,
- Umsetzung von Theorie in die Praxis ermöglichen (qualifizierte Anleiter),
- Methoden/Tätigkeiten sollten nicht funktionell verkürzt werden („Ankreuz Pflegepläne“),
- Zeit zum Lernen,
- Ansprechpartner bei Problemen,
- individuelle Schülerinteressen sollten ernst genommen werden,
- Pflege ist ein praktischer Beruf: führt auch zur Verdrängung des Theorie-Anspruchs,
- Lehrer und PDL werden nicht als integrativer Bestandteil, sondern als Außenstehende wahrgenommen,
- Lehrer haben keine Ahnung von der Praxis,
- Pflegeplanung machen nur Auszubildende,
- viel zu viel Theorie, Praxis macht mehr Spaß,
- Ich will nicht nur funktionieren, sondern üben und lernen.
- Ich möchte eine gute Ausbildung, sie darf schwierig sein; muss mich zur Aktivität motivieren und auch von Examinierten anerkannt werden.
- Steht der Patient im Vordergrund? Der Eindruck entsteht, als ob Konkurrenz und Ablauf im Vordergrund stehen.

In der abschließenden Diskussion wurden folgende Eckpunkte ermittelt, die aus SchülerInnen-Sicht die Vernetzung von Theorie und Praxisausbildung verbessern würden.

- Lernziele und Lernkataloge sind wichtige Leitschienen, die nicht in irgendwelchen Schubladen verschwinden sollten.
- Examierte als Anleiter sollten nicht auf die Umsetzung veralteter Verfahrensweisen drängen, sondern den Wissensaustausch mit der Schule, bzw. den SchülerInnen suchen. Wissensaustausch erleichtern, nicht blocken.
- Fachkenntnisse müssen unmittelbarer in die Praxis kommen.
- Zeitdruck in der Praxisausbildung/Praxisanleitung darf nicht sein.

- Laufende Examina während der Ausbildung könnten vom Theorieballast befreien und Auskunft über den Leistungsstand geben.
- „Schüler lernen mit Schülern“.
- SchülerInnen möchten Fakten und Lösungen vermittelt bekommen, scheuen sich vor „freien“ Lernmethoden.
- SchülerInnen müssen in der Praxis Verfahrensweisen kritisch überprüfen dürfen und in ihren Anmerkungen von den Examinierten ernst genommen werden.
- Wahrnehmung der SchülerInnen auch durch Vorgesetzte, z. B. PDL, als Mitglied der Institution.
- Keine Anrechnung auf dem Stellenplan.

Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit musste die lebhafteste Diskussion leider abgebrochen werden, um ein gemeinsames Statement für den „runden Tisch“ am Ende des Workshops zu erstellen. Eine Reflexion, z. B. in Form eines Blitzlichtes unterblieb aufgrund der fortgeschrittenen Zeit.

**Autorin: Andrea Kampmann**

Krankenschwester, Studentin Fachhochschule Bielefeld

**Protokoll der Arbeitsgruppe 3: Die Situation der Praxis**

fehlt

## Protokoll der Arbeitsgruppe 4: Die Situation der Mentoren

Annegret Ackermann

An dieser Arbeitsgruppe haben insgesamt 10 TeilnehmerInnen des Workshops teilgenommen. Davon waren 4 TeilnehmerInnen als Mentoren tätig, 1 Teilnehmerin hat früher eine Mentorentätigkeit wahrgenommen und studiert zur Zeit an der Fachhochschule, eine Teilnehmerin kam aus dem Bereich der Pflegedienstleitung und die verbleibenden 4 TeilnehmerInnen waren LehrerInnen an Krankenpflegeschulen. Die Moderatorin ist in der innerbetrieblichen Fortbildung des Ev. Johannes-Krankenhauses Bielefeld tätig und hat dort eine Mentorenfortbildung geleitet.

Um in das Thema einzusteigen und sich einer Problemanalyse der Situation der Mentoren anzunähern, nahmen wir zunächst eine Stoffsammlung vor. Hierbei wurden die TeilnehmerInnen gebeten, ihr Motiv an der Arbeitsgruppe teilzunehmen, mitzuteilen, aktuelle Probleme aus der Praxis darzustellen und in Form von „Wünschen“ mögliche Ziele zu formulieren. Im Rahmen dieser Stoffsammlung wurden folgende Punkte aufgeführt:

Problem	Wunsch
Es gibt einen Mentorenkreis, allerdings ist die Schule die treibende Kraft, die diesen Kreis „am Leben erhält“. Eigentlich „plätschert er vor sich hin“. Mangelndes Interesse am Mentorenarbeitskreis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich erhoffe mir Anregungen für die Belegung des Mentorenkreises.</li> <li>• Ich möchte Sichtweisen und Bedürfnisse von Mentoren besser verstehen, um gezielter zu motivieren und Interesse wecken zu können.</li> </ul>
Mangelnde Akzeptanz der Mentoren aufgrund einer unklaren Funktionsdefinition und Stellenbeschreibung	Stärkung und Unterstützung der Mentoren durch Schule, PDL und Stationsteam durch Maßnahmen wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stellenbeschreibung,</li> <li>• Formulierung konkreter Erwartungen,</li> <li>• regelmäßiges Feedback durch Schüler,</li> <li>• zeitliche Unterstützung durch Stationsorganisation.</li> </ul>
Mentoren sind „vogelfrei“ und bewegen sich aufgrund einer unklaren Rollendefinition in einem Spannungsfeld zwischen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollegen,</li> <li>• Schule,</li> <li>• Schüler,</li> <li>• Konkurrenz zur Leitung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eine deutliche und klare Definition der Rolle, auch in der öffentlichen Diskussion,</li> <li>• verbesserte und klarere Ausbildungsregelung</li> </ul>
In der Praxis sind Unsicherheiten in der Beurteilung von Schülern zu beobachten.	verbesserte Schulung der Mentoren hinsichtlich Beurteilungs- und Kritikgespräch

Nach dieser Stoffsammlung stieg die Arbeitsgruppe in die Überlegungen ein, was Mentoren für ihre Arbeit benötigen, um sich ihren Wünschen und Zielen anzunähern.

Als wichtigster und grundlegender Bestandteil der Mentorenarbeit wurde dabei die **Stellenbeschreibung**, die gemeinsam mit Mentoren, Schule und PDL erarbeitet werden muss, genannt. Mit einer präzisen Stellenbeschreibung können folgende Bedürfnisse und Aspekte abgedeckt werden:

- Die Rolle der MentorIn wird damit deutlich
- Sicherheit durch konkrete Erwartungen
- Anerkennung durch konkrete Unterstützung der PDL und der Schule
- Aufgaben werden transparent und das kann bedeuten, dass MentorInnen in Zusammenarbeit mit der Stationsleitung den Einsatz von Bezugspersonen planen und Aufgaben delegieren.

Als weiterer wichtiger Punkt wurde von den MentorInnen die Notwendigkeit eines regelmäßigen Kontaktes mit der Schule betont. Dabei kann ein solcher Kontakt auf unterschiedlichen Ebenen gepflegt werden:

- Direkt in der Station durch regelmäßige Besuche der Schule, in denen ein Informationsaustausch sowohl zwischen SchülerInnen, Mentor und Stationsleitung als auch zu den anderen MitarbeiterInnen der Station stattfinden kann. Kontinuierliche und geplante Kontakte werden dabei von den Mentoren als wünschenswert angesehen.
- Direktes Feedback zwischen Schule und MentorIn über die Arbeit mit und Beurteilung von SchülerInnen.
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der SchülerInnen durch die Schule.
- Informationsaustausch zwischen Schule und MentorInnen, einerseits indem über Unterrichtsinhalte informiert und somit Inhalte und Prinzipien der Ausbildung transparent gemacht werden und andererseits durch Information der Schule von Neuerungen, im Arbeitsbereich durch die MentorInnen.

Leider war nach Erörterung dieser Punkte die Zeit für die Arbeitsgruppe abgelaufen. Von einigen TeilnehmerInnen wurde sie als zu knapp empfunden, weil die Thematik letztlich nur angerissen werden konnte. Dennoch wurde die Möglichkeit, auf diesem Wege ins Gespräch zu kommen und Erfahrungen auszutauschen von allen als anregend und informativ empfunden.

**Autorin: Annegret Ackermann**

Diplompsychologin, Ausbildung von Praxisanleitern am Ev. Johanneswerk

## Protokoll der Arbeitsgruppe 5: Die Situation der Praxisanleiter

Andrea Lamers-Abdella, Sylvia Schott,

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus 19 TeilnehmerInnen (TN'Innen) des Workshops und zwei Studentinnen des Studienganges Pflegepädagogik der FH-Bielefeld zusammen. Die zwei Studentinnen, Frau Schott und Frau Lamers-Abdella, übernahmen die Rolle der Moderation. In einer kurzen Vorstellungsrunde wurde der direkte berufliche Bezug der Anwesenden zu dem Thema dieser Arbeitsgruppe deutlich. Eine Teilnehmerin, Frau Jopt, vermittelt in ihrer beruflichen Tätigkeit als Fachlehrerin in der Fachhochschule Bielefeld den Studierenden das Tätigkeitsfeld der Praxisanleitung. 18 TeilnehmerInnen sind in der Praxisanleitung tätig und zwar in den Bereichen der Altenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege, Krankenpflegehilfe und Intensivpflege. Die TN'Innen haben eine berufspädagogische Qualifikation oder absolvieren zur Zeit ein berufspädagogisches Fachseminar zur Praxisanleitung. Die berufliche Tätigkeit wird von den TN'Innen zum einen in einer 100-%igen Freistellung für den Bereich der Praxisanleitung ausgeführt. Zum anderen ist die berufliche Tätigkeit einiger TN'Innen gesplittet in einer 50-%igen Freistellung für die Praxisanleitung, die restlichen 50 % des Anstellungsverhältnisses verteilen sich z. B. auf den Bereich der pflegerischen Qualitätssicherung und stellvertretenden Pflegedienstleitung. Von den letztgenannten TN'Innen wurden die Schwierigkeiten der Splittung in zwei pflegerische Handlungsbereiche, jeweils gekennzeichnet durch unterschiedliche Entscheidungs- und Ausführungsaufgaben, kurz geschildert. Einige TN'Innen berichten von einer noch geringeren Freistellung für die Praxisanleitung.

Nach der Vorstellungsrunde schlugen die Moderatorinnen zu dem Thema der „Problem- und Situationsanalyse der praktischen Ausbildung aus der Sicht der Praxisanleitung(PA)“ die Brainstormingvariante der Parikulärteilung vor. So konnte jede TN'In der Arbeitsgruppe ihre Gedanken auf Kartonkarten schriftlich fixieren. Zur Anregung für diese Phase wurden von den Moderatorinnen folgende Fragen formuliert:

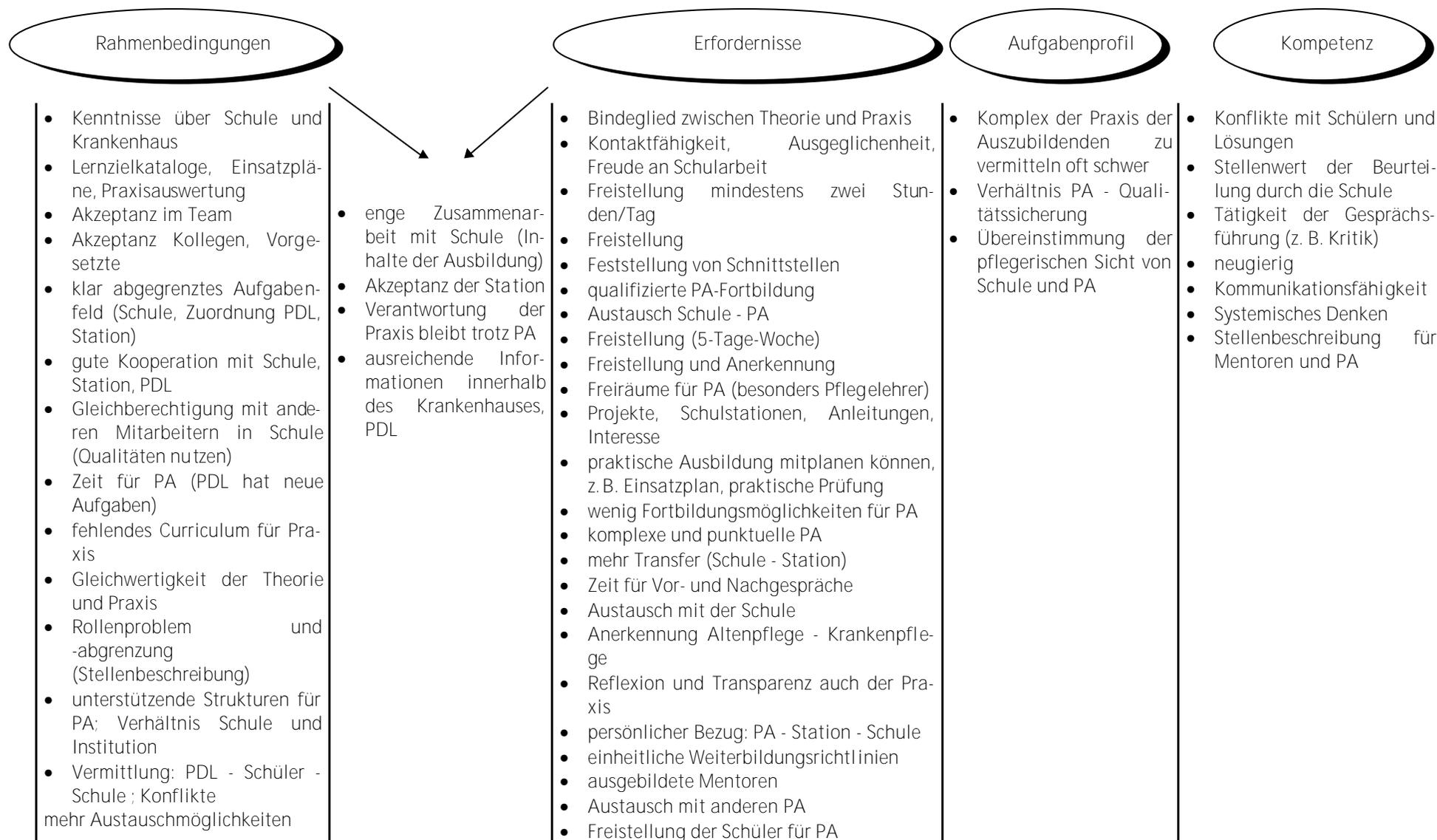
Ist für die PA eine gezielte und geplante praktische Ausbildungsphase notwendig? Welche Rahmenbedingungen, Erfordernisse, Kompetenzen, Qualifikation und Aufgabenprofil braucht die PA, um den Theorie-Praxistransfer zu gewährleisten? In welchem Spannungsfeld Schule und Praxis steht die PA? Welche qualitativen Vorteile bringt die PA für Schule und Praxis?

Nach der Brainstormingphase wurden die Kartonkarten als Diskussionspunkte an Pinnwänden visualisiert, gleichzeitig von den einzelnen TN'Innen erläutert und unter den Gliederungspunkten 'Rahmenbedingungen, Erfordernisse, Aufgabenprofil und Kompetenz' geclustert (siehe genaue Auflistung in Tabelle 1). Die je-

weils eingebrachten Gedanken regten einen Austausch und eine Diskussion in der Arbeitsgruppe an. Im Folgenden werden Diskussionsinhalte genannt, die von den TN'Innen im Hinblick auf das Aufgabenfeld der Praxisanleitung als schwierig empfunden werden (die Ausführungen erheben nicht den Anspruch der vollständigen Wiedergabe):

- eine Gleichwertigkeit von Theorie und Praxis scheint nicht vorzuliegen, die sich häufig darin auszeichnet, dass eine gleichberechtigte Stellung im Ausbildungssystem der PraxisanleiterInnen mit anderen MitarbeiterInnen der Schule nicht erfahren wird;
- ein Austausch und Transfer zwischen Ausbildungsstätte und Praxis und umgekehrt wird als mangelhaft empfunden;
- die Akzeptanz der Praxisanleitung wird häufig als ungenügend erlebt;
- das Vermitteln der Komplexität einer Pflegesituation im praktischen Handlungsfeld hat einen hohen Schwierigkeitsgrad;
- es besteht eine Rollenunklarheit aufseiten aller Beteiligten im Ausbildungssystem aufgrund von nicht klar ausgehandelten Entscheidungs-, Beratungs- und Ausführungsaufgaben;
- die Beurteilungen des Lernerfolges von den Auszubildenden im praktischen Handlungsfeld durch die Praxisanleitung haben seitens der Ausbildungsstätte einen niedrigen bis gar keinen Stellenwert (hier insbesondere ein Problem der Altenpflegeausbildung, vermutet wird dieses Problem aufgrund der erst seit 1994 bestehenden gesetzlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Altenpflege in NRW);
- eine Freistellung für Praxisanleitung seitens des praktischen Handlungsfeldes wird nicht immer gewährleistet;
- Möglichkeiten des beruflichen Erfahrungsaustausches der PraxisanleiterInnen untereinander sind kaum vorhanden;
- qualifiziertes Fortbildungsangebot für PraxisanleiterInnen nach dem berufspädagogischen Fachseminar und begleitend zu ihrer Tätigkeit werden kaum bis gar nicht angeboten.

Tabelle 1: Die Situation der PraxisanleiterInnen



Es zeigte sich, dass aufgrund der zur Verfügung stehenden Zeit viele Stellungnahmen nur andiskutiert und einige Bereiche der Praxisanleitung nicht mehr angesprochen werden konnten. Über das gemeinsame Gespräch wurde das Bedürfnis nach einem intensiven Erfahrungsaustausch deutlich. Von den Mitgliedern der AG wurden aus der vorangegangenen Diskussion zur Situationsanalyse der Praxisanleitung die Punkte gebündelt, die zur Zeit als Erfordernisse zur Verbesserung der praktischen Ausbildung als vorrangig betrachtet werden. Diese sind:

- Freistellung der PraxisanleiterIn für eine praktische Anleitung des/der Auszubildenden
- Freistellung der SchülerInnen für eine Praxisanleitung im Hinblick auf Dienstplangestaltung
- Anerkennung des Aufgabenbereiches im Hinblick der Vermittlung von Komplexität der Pflegesituation in der Praxisanleitung
- Gleichwertigkeit von Theorie und Praxis
- Curriculum für die Praxis (oder Rahmenkonzept)
- Einrichtung einer Schulstation zur praktischen Ausbildung
- Stellenbeschreibung
- PraxisanleiterIn als anerkanntes Mitglied der Prüfungskommission
- unterstützende Strukturen für die Praxisanleitung insbesondere im Hinblick auf das Verhältnis Schule und Institution
- Voraussetzung der berufspädagogischen Ausbildung (mindestens 360 Stunden) von PraxisanleiterInnen

Zwei TN'Innen erklärten sich bereit, als Vertreterinnen der Arbeitsgruppe diese Ergebnisse als Diskussionspunkte in das geplante Abschlussplenum einzubringen.

**Autorinnen:**

**Andrea Lamers-Abdella**

Praxisanleiterin für Intensivpflege, Studentin Fachhochschule Bielefeld

**Sylvia Schott**

Praxisanleiterin für Krankenpflegehilfe, Studentin Fachhochschule Bielefeld

## Protokoll der Arbeitsgruppe 6: Die Situation der Pflegedienstleitung

Gerda Merten, Claus-Henning Ammann

TeilnehmerInnen waren Pflegedienstleitungen, PflegepädagogInnen, PflegelehrerInnen sowie ein Unternehmensberater.

Das einleitende Kurzreferat von Frau Gerda Merten, leitende Pflegekraft im Städtischen Klinikum Bielefeld-Mitte, enthielt folgende Schwerpunkte:

- Mögliche Ausbildungsplätze werden nicht komplett besetzt, damit die weitgehende Übernahme von AbsolventInnen gewährleistet bleibt.
- Im Zusammenhang mit der Pflegeausbildung hat die Pflegedirektion in Bielefeld-Mitte unter anderen folgende Aufgaben:
  - Mitwirkung bei der Ermittlung und Begründung des Personalbedarfs für den Pflegedienst
  - Gestaltung der Dienstpläne, Urlaubspläne und Arbeitspläne für den Pflegedienst
  - Organisation, Gestaltung und Überwachung des Einsatzes der SchülerInnen der Krankenpflegeschule im Rahmen der praktischen Ausbildung in Abstimmung mit der Schulleitung
  - Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals in Kooperation und Abstimmung mit den anderen Betriebsleitungsmitgliedern.
- Erwartungen richtete die Referentin an die Unterrichtenden in der Krankenpflege und an die Auszubildenden.
  - Die Unterrichtenden sollten dafür sorgen, dass für die Krankenpflegeausbildung Bewerber mit guten Voraussetzungen in schulischer und gesundheitlicher Hinsicht ausgewählt werden. Es stellen sich die Fragen, wie eine „stationsfreundliche“ Einsatzplanung der Schüler aussehen soll und wie ein „qualifizierter Pfleger“ aussieht, zu der der Schüler ausgebildet werden soll. Daher ist es wichtig, dass die Lehrkräfte mit der Praxis kooperieren und sich selbst fortlaufend weiterbilden.
  - An die Auszubildenden stellte sie die Erwartung eines patientenorientierten Denkens und Handelns, die Bereitschaft zur ganzheitlichen Pflege und die Übernahme von Eigenverantwortung.

Um dieses zu erreichen, stehen beispielsweise den 25 Pflegestationen des Klinikums Bielefeld-Mitte zur Verfügung: hauptamtliche Praxisanleiter, ausgebildete Mentoren (möglichst für jeden Schüler), kompetente Leitungskräfte und nicht zuletzt ausgebildete Stationsleitungen.

Gute Bedingungen werden auch dadurch gewährleistet, dass die Mitarbeiter im Pflegedienst zu 90 % dreijährig ausgebildet sind.

Die anschließende Diskussion wurde mit der Frage eröffnet, ob Ergebnisse praktischer Examen schlechter würden, weil die Prüfenden sensibler geworden oder die Prüflinge weniger geeignet seien? Eine weitere Frage bezog sich auf Beobachtungen, dass sich trotz guter Voraussetzungen KrankenpflegeschülerInnen weniger dem Fach Krankenpflege widmen als beispielsweise medizinischen Themen. Was kann also die Pflegedienstleitung dafür tun, die Bewertung des Faches Krankenpflege zu verbessern? Hier ist insbesondere die Kooperation von Pflegedienstleitung und Krankenpflegeschule gefordert, um die beobachtete Diskrepanz der positiven Bewertung medizinorientierter Fächer und der geringeren Bewertung der Krankenpflege entgegenzuwirken. Dazu muss die Bedeutung der pflegeorientierten praktischen Krankenpflegeprüfung hervorgehoben werden; wichtig ist auch die bessere Anerkennung des Pflegebereiches in der Öffentlichkeit, beispielsweise durch die Fachhochschulausbildung für Pflegedienstleitung und Pflegepädagogen.

Während pflegerische Expertise auf den Stationen in eine Vielzahl von Projekten/Arbeitsgruppen, die Personal- und Organisationsentwicklung, in Gesundheitszirkel sowie in Veröffentlichungen eingeht, besteht die Schwierigkeit, diese in der Praxis der Krankenhäuser umzusetzen.

Kontrovers diskutiert haben die ArbeitsgruppenteilnehmerInnen, wie die Erfahrungen mit AltenpflegeschülerInnen zu bewerten sind. Auf der einen Seite wurden organisatorisch inhaltliche Defizite festgestellt. Diese äußern sich beispielsweise in fehlenden Lernzielkatalogen, im fehlenden ganzheitlichen Pflegeverständnis, das zwischen Behandlungspflege und offenbar niederen Tätigkeiten unterscheidet. Auf der anderen Seite entwickelt die Altenpflege ein neues Pflegeverständnis, das sogar beispielhaft für die Krankenpflege ist. Die Altenpflege bietet aber kaum Möglichkeiten zu dessen Umsetzung. Zwar hat auch die Krankenpflege Defizite, allerdings kann die Altenpflege ihr Selbstverständnis in Folge ihrer geringeren Medizinorientierung besser entfalten. Für den Krankenhausbereich ist jedoch festzustellen, dass die Erwartungen an die Medizin und insbesondere an die Pflege zunehmen, das die Pflege existenzsichernd für das Krankenhaus ist. Nicht nur Freundlichkeit, sondern auch Fachkompetenz ist vonnöten. Dabei darf sich ein ‚zu hoch‘ angesetztes Pflegeverständnis nicht als Hindernis erweisen, um beispielsweise auf einen älteren Schlaganfallpatienten ebenso adäquat einzugehen wie auf einen jungen Menschen mit einem gebrochenen Bein. Auf Auszubildende können auch Unannehmlichkeiten zukommen, wenn sie bei guter Pflege vermehrt Probleme des Patienten erfassen. In der Reflexion muss er daher lernen, mit Hilfe kommunikativen Handelns solche Probleme positiv zu wenden.

Ein weiterer Diskussionspunkt bezog sich auf den Widerspruch zwischen Pflege im Bezugssystem und der funktionellen Pflege. Patientennahe Tätigkeiten wie beispielsweise die Ermittlung von Essenswünschen werden durch Hostessen bzw. Verpflegungsassistenten vorgenommen, während die patientenferneren Tätigkeiten hochqualifizierten Pflegekräften zukommen! Wo bleibt hier die Beziehungspflege? Sind examinierte Pflegekräfte direkt am Patienten überfordert? Hier ist festzustellen, dass die Pflegepraxis nicht nur Pflegeausbildung transportiert, sondern aus organisatorischen Gründen funktionales Arbeiten erfordert. Die Frage ist, in welches Bezugssystem der Schüler auf den Stationen kommt.

Die Schule sollte innovativ werden, um Menschlichkeit und Ökonomie wieder aufeinander zu bewegen. Gemeinsame Entwicklungen zwischen Schule und Pflegedienst wie Pflegestandards und neue Patientendokumentationsbögen sind hierfür beispielhaft. Gute Möglichkeiten bestehen auch darin, Ausbildungsaufgaben direkt im Funktionsfeld zu installieren, allerdings sollte das Innovationspotential der Schüler nicht vom Krankenhaus „missbraucht“ werden. Knackpunkt bei all dem liegt jedoch in der Praxis, wenn das eigene Pflegeverständnis nicht mit funktionalen Elementen der Arbeitsorganisation in Übereinstimmung gebracht werden kann. Hier ist es sinnvoll, zwischen Pflegedienstleitung und Krankenpflegeschule eine gemeinsame Philosophie auszuarbeiten. Diese muss eine Antwort auf die Frage geben, welche Handlungs- und Entscheidungsspielräume Pflege hat und was unter den gegebenen Bedingungen eine qualitativ gute Pflege ist. Es ist daher wichtig, einen Konsens zu erzielen, der inhaltlich ausgefüllt werden muss.

Offen blieb die Frage, ob der Theorie-Praxis-Konflikt ein organisatorisches oder ein qualifikatorisches Problem darstellt oder auf fehlende Ressourcen zurückzuführen ist. Einigkeit bestand zwischen den TeilnehmerInnen jedoch darin, dass „wir viele kleine Schritte gehen“ müssen. In diesem Sinne wurde abschließend folgende Kartenabfrage durchgeführt:

1. Welche Bedingungen muss die Pflegedienstleitung schaffen, um auf der Station eine gute Ausbildung zu gewährleisten?
2. Welches sind die Kooperationsaufgaben für die Pflegedienstleitung mit der Krankenpflegeschule, um dieses Ziel zu erreichen?

**Bedingungen, die die Pflegedienstleitung schaffen kann:  
Ergebnisse der Kartenabfrage**

#### Station

- Lernförderndes Umfeld schaffen,
- Pflegekräfte auf den Stationen in ihrem Selbstbewusstsein und Pflegeverständnis stärken und unterstützen,

- Pflegekonzept, Leitbild, Standards,
- Gestaltung, Organisation, Überwachung der praktischen Ausbildung,
- Auszubildenden (...) mehr in die Stationsorganisation einbeziehen und übertragen Auszubildenden (...) immer einer Bezugsperson zuteilen,
- Vermittlung eines Pflegekonzeptes,
- Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation vor dem Hintergrund eines von examinierten Pflegekräften, Mitarbeitern der Schule und der Pflegedienstleitung erarbeiteten Pflegeverständnisses.

#### Schule/Kooperation

- Kontinuierlicher Austausch,
- PDL/KPS:
  - Projekte zur Kooperation,
  - „Werkzeuge“,
  - Leitbilder entwickeln: Was ist „gute Pflege“, was eine „gute Ausbildung“?
- einheitliches Pflegekonzept,
- regelmäßige Kommunikation zwischen Pflegedienstleitung und Schule über Ziele der praktischen und theoretischen Ausbildung und gemeinsame Reflexion (siehe Pflegeprozess) der Durchführung.

#### **AutorInnen:**

**Gerda Merten**

Pflegedirektorin im Klinikum Bielefeld-Mitte

**Claus-Henning Ammann**

Lehrer für Pflegeberufe/Dipl.-päd.

## Protokoll der Arbeitsgruppe 7: Die Situation des Betriebes

Inge Horstkötter

Die Arbeitsgruppe 7 bestand aus vier TeilnehmerInnen sowie dem Moderator Herrn F. Diekmann. In der Arbeitsgruppe wurden Überlegungen zu einem „Wunschprofil“ der Pflegeausbildung aus Sicht des Betriebes angestellt. Hierzu wurden zunächst

1. Zielvorstellungen in Bezug auf ein Wunschprofil entwickelt,
2. die eigenen notwendigen Schritte zur Erreichung dieser Zielvorstellungen analysiert,
3. Erwartungshaltungen an die weiteren Beteiligten eines antizipierten Qualitätszirkels in der Ausbildung (Schule, SchülerInnen, Praxis, Mentoren, Praxisanleiter, Pflegedienstleitung) in Bezug auf die Ausbildungsqualität und für die eigene Arbeit geklärt sowie
4. die hierzu notwendigen (Infra-)Strukturen zur Zielerreichung diskutiert.

Vorweg erschien es notwendig, zunächst einmal zu definieren, was unter dem Begriff „Betrieb“ verstanden wird. Die Beteiligten einigten sich darauf, dass hierunter der jeweilige Träger einer Einrichtung, bzw. die Geschäftsführung einer Einrichtung verstanden werden muss.

### 1 Ziele des Betriebes

Es wurden folgende Zielfeststellungen formuliert:

- Erreichung eines qualitativ hohen Ausbildungsniveaus unter kostengünstigem Ressourceneinsatz,
- Umsetzung des Trägerleitbildes auf die Ausbildungsebene.

Nicht übersehen und ausführlich diskutiert wurde von den TeilnehmerInnen im Rahmen der Zielformulierung die Tatsache, dass die Aspekte „Kosten der Ausbildung“ und „Qualität der Ausbildung“ stets in einem Spannungsfeld zueinander stehen, welches überwunden werden muss.

### 2 Eigene Beiträge zur Erreichung der Zielvorstellungen

Als eigene Beiträge zur Annäherung an die vorweg formulierten Zielvorstellungen entwickelten die TeilnehmerInnen folgende Aspekte:

- Notwendigkeit, Ausbildungsinhalte und Ziele wechselseitig (Gesamtbetrieb und Schule) transparenter zu gestalten,
- Initiierung regelmäßiger Gesprächsrunden,

- Förderung von Fort- und Weiterbildung,
- Einführung eines Vorschlagswesens,
- Förderung von Innovation,
- Offenheit für neue Konzepte,
- Budget-Vergabe.

### 3 Erwartungen an die weiteren Beteiligten eines Qualitätszirkels in Bezug auf die Ausbildungsqualität

Die TeilnehmerInnen formulierten ihre Erwartungen an die übrigen Beteiligten eines Qualitätszirkels wie folgt:

#### Erwartungen an die Schule:

- Übernahme der Verantwortung für ein Budget,
- gut strukturierte Ausbildungspläne.

#### Erwartungen an die SchülerInnen:

- Identifikation mit dem Trägerleitbild,
- Umsetzung des theoretisch erworbenen Wissens in die Praxis.

#### Erwartungen an die Praxis:

- Positive Unterstützung der Ausbildung.

#### Erwartungen an die Mentoren:

- Annahme des Status als Bezugspersonen,
- engagierte Begleitung der Auszubildenden.

#### Erwartungen an die Praxisanleiter:

- eine dem Ausbildungsstand angemessene Anleitung im Stationsbetrieb,
- Vermittlung qualitativ hochwertiger Arbeitsmethoden.

#### Erwartungen an die Pflegedienstleitung:

- Schaffung der Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige praktische Ausbildung.

#### 4 Erwartungen an die Beteiligten des Qualitätszirkels in Bezug auf die eigene Arbeit

Für die Arbeit des Trägers (und damit verbunden die Umsetzung der vorweg formulierten Ziele) formulierte die Arbeitsgruppe an die weiteren Beteiligten eines Qualitätszirkels folgende Wünsche und Erwartungen:

- differenzierte Rückmeldung über Zielerreichung und Schwierigkeiten der Umsetzung,
- grundsätzliche Kommunikationsbereitschaft,
- initiatives Handeln.

#### 5 Notwenige Strukturen

Um die vorweg geschilderten Ziele in Bezug auf die Anhebung des Ausbildungsniveaus zu erreichen und wechselseitige Erwartungen erfüllen und umsetzen zu können, bedarf es der Schaffung der hierzu notwendigen (Infra)Strukturen. Die TeilnehmerInnen sahen hier die Errichtung sogenannter „runder Tische“ sowie die Initiierung einer Zukunftswerkstatt zur Entwicklung neuer Konzepte bzw. zur Weiterentwicklung von Zielvorstellungen als geeignet an.

**Autorin: Inge Horstkötter**

Prof. i. V. für rechtliche Grundlagen der Pflege, Fachhochschule Bielefeld



**Vortrag:**

**Integration von Organisations- und Personalentwicklung in Gesundheitseinrichtungen - strategische und operative Bedeutung**

Werner Thomas

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr geehrten Damen und Herren,

zunächst einmal herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Tagung und zu diesem Vortrag.

Betriebliche Bildung führt angesichts knapper werdender Ressourcen in Gesundheitseinrichtungen ein schweres Dasein. Häufig fällt das Aus-, Fort- und Weiterbildungsbudget als erstes den Streichattacken der Geschäftsführung zum Opfer. Allerdings fällt mir dabei immer das Wort von Derek Bok, dem ehemaligen Präsidenten der Harvard Universität ein: „Wenn Du denkst, Bildung ist zu teuer, versuch es mit Dummheit“. Der Preis, der dafür dann zu zahlen ist, ist ungleich höher. Dies sehen wir jetzt aktuell im stationären Altenpflegebereich, der mit großen Qualifikationsproblemen seines Personals zu kämpfen hat und zur Zeit mit hohem Aufwand bemüht ist, diese Probleme aufzuarbeiten. Allerdings sind die Alten- und Pflegeheime nicht alleine. Auch in Krankenhäusern, Reha-Kliniken und ambulante Pflegediensten führt betriebliche Bildung häufig ein Schattendasein.

Der Budgetanteil für betriebliche Bildung ist eine Restgröße, wenn alle anderen Budgetposten bedient worden sind.

Die Art und der Umfang der Bildungsmaßnahmen hängt von den Vorlieben der Leitung, des IBF-Mitarbeiters oder vom lokalen Angebot der Fort- und Weiterbildungsinstitute ab.

Als wichtiges Planungsinstrument dient dabei ein Jahresprogramm eines Anbieters wie ich es hier habe. Das wird durchgeblättert und interessant-klingende oder „moderne“ Angebote werden herausgesucht. Anschließend werden die Mitarbeiter gebeten, sich für die Angebote, an denen sie teilnehmen möchten, in eine Liste einzutragen. So findet betriebliche Bildung statt. Am Rande sei erwähnt, dass dies sowohl auf externe wie auf interne Bildungsmaßnahmen zutrifft.

Neuberger bezeichnet dies als Bauchladen-Methode. Es wird ein Sammelsurium an Maßnahmen den Mitarbeitern angeboten, aus dem sie nach eigenem Gutdünken auswählen können. Dieses Vorgehen gibt dem Management das gute Gefühl, etwas für die Mitarbeiter zu tun. Bildungsarbeit stellt sich so als betriebliche Sozialmaßnahme dar. Diese Auffassung hat allerdings nichts mit Personal- und Or-

ganisationsentwicklung zu tun und auch nichts mit verantwortungsbewusstem unternehmerischen Handeln.

Im unternehmerischen Sinne handelt es sich bei der Personalentwicklung um eine strategische Zukunftsinvestition, deren Nutzen klar für das Unternehmen darstellbar sein muss. Damit dies gelingt, muss das Unternehmen eine klare Unternehmenspolitik verfolgen. Sie gibt die Entwicklung des Unternehmens für einen Zeitraum von beispielsweise 12 bis 36 Monaten vor – sowohl im Hinblick auf die Veränderungen im Dienstleistungsangebot als auch hinsichtlich der Organisation und des Personals. D. h. die Personalentwicklung dient der Umsetzung der Unternehmenspolitik – mehr noch: Sie wird zum Erfolgsfaktor unternehmerischen Handelns. Nach Heymann und Müller sind unter dem Begriff Personalentwicklung „alle Maßnahmen zu verstehen, die der individuellen beruflichen Entwicklung der Mitarbeiter aller Hierarchieebenen dienen und ihnen unter Beachtung ihrer persönlichen Interessen die zur Wahrnehmung ihrer aktuellen und auch zukünftigen Aufgaben notwendigen Qualifikationen vermitteln.“

Es geht also um einen Interessenausgleich zwischen betrieblich notwendigen und persönlich wünschenswerten Maßnahmen. So kann zwar eine Qualifizierungsmaßnahme in der Pflege von Langzeitbeatmungspatienten für den Mitarbeiter eines Altenheims persönlich wünschenswert sein, aber für das Altenheim nicht notwendig, wenn es nicht die Pflege dieser Patientengruppe in absehbarer Zeit beabsichtigt.

Trotzdem können folgende Ziele der Personalentwicklung festgehalten werden:

- Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit (z. B. durch Senkung der Mitarbeiterfluktuation, Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt)
- Erhöhung der Flexibilität (z. B. flexible Organisationseinheiten, Teamarbeit, Förderung der Innovationsfähigkeit der Mitarbeiter)
- Erhöhung der Motivation und Integration (Verbesserung der Arbeitsmotivation, der Zufriedenheit und des Organisationsklimas, Förderung der Integration des Mitarbeiters in das Unternehmen)
- Sicherung eines qualifizierten Mitarbeiterstamms (Nachwuchssicherung, Erhöhung des Qualifikationspotentials)
- Berücksichtigung individueller und bildungspolitischer Ansprüche (z. B. bessere Bezahlung, Vermeidung von Überforderung, Realisierung der Chancengleichheit)

Diese Definition wie auch die Ziele beziehen sich sowohl auf die Ausbildung als auch die Fort- und Weiterbildung. Es nützt allerdings die beste Qualifizierungsmaßnahme nichts, wenn sie nicht von einer entsprechenden Maßnahme begleitet wird, die sicherstellt, dass die erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Pra-

xisalltag eingesetzt werden können. In vielen Fällen bedeutet dies, dass sich die Organisation der Gesundheitseinrichtung verändern muss. Dies kann in mehr oder weniger großem Umfang der Fall sein.

Daher muss schon bei der Planung einer Qualifizierungsmaßnahme an die notwendigen Voraussetzungen der Umsetzung gedacht werden und entsprechende Veränderungen müssen begleitend oder im Vorfeld durchgeführt werden.

Was nützt es beispielsweise, eine neue Lagerungstechnik in einer Fortbildungsveranstaltung vorzustellen und zu üben, wenn auf den Stationen oder Wohnbereichen die notwendigen Hilfsmittel nicht oder nicht in ausreichender Anzahl vorhanden sind. Es erweist sich oft auch als Hindernis, wenn nicht alle Mitarbeiter der betroffenen Station oder des Wohnbereichs gleichermaßen qualifiziert worden sind und so unüberwindbarer Widerstand gegen die Einführung dieser neuen Techniken innerhalb des Teams entsteht.

Als Auslöser für die Veränderung einer Organisation sind jedoch nicht nur Veränderungen in der Qualifikation der Mitarbeiter denkbar. Vielmehr entsteht der Druck zur Veränderung häufig auf anderem Weg – beispielsweise durch veränderte Patientenanforderungen, neue gesetzliche Vorgaben u. a.

Hier entsteht der Bedarf nach Maßnahmen der Personalentwicklung durch eine sich verändernde Organisation. Es handelt sich dabei um einen geplanten Wandel, der sowohl die Organisation wie das Personal betrifft. Dieser geplante Wandel wird durch einen organisationsweiten Entwicklungs- und Veränderungsprozess initiiert und gefördert. Man spricht von Organisationsentwicklung. Es wird deutlich, dass Personalentwicklung und Organisationsentwicklung eng miteinander verwoben sind und sich gegenseitig bedingen. Dies gilt für die personalintensiven Gesundheitseinrichtungen besonders.

Lassen Sie mich versuchen, diesen Zusammenhang an einem praktischen Beispiel zu verdeutlichen. Stellen Sie sich bitte einmal vor, die Krankenhausleitung hat beschlossen, die Versorgung von Diabetespatienten zu verbessern, da sie das Versorgungsangebot ihrer internistischen Abteilung aufwerten will. Dies ist notwendig geworden, da das Konkurrenzkrankenhaus einen modernen Herzkathetermessplatz bekommen hat und eine Abwanderung von internistischen Patienten mit Herzproblemen zu befürchten ist. Die strategische Entscheidung wurde somit getroffen. Auf der operativen Ebene ist nun zu überlegen, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um die Versorgung von Diabetespatienten auf einem hohen qualitativen Niveau gewährleisten zu können. Es ist eine ganze Liste von Maßnahmen auf organisatorischer Ebene wie auf personeller Seite vorstellbar: So müssen zum einen Blutzuckermessgeräte in ausreichender Anzahl auf

den betroffenen Stationen vorhanden sein. Die organisatorische Abstimmung mit dem Labor muss überprüft und evtl. verändert werden, damit die Blutzucker-Kontrollen schnell und reibungslos erfolgen können. Darüber hinaus müssen ausreichende Beratungskapazitäten aufgebaut werden, damit die Patienten zu einem frühen Zeitpunkt im Umgang und der Bewältigung ihrer Krankheit trainiert und unterstützt werden können. Entsprechende Mitarbeiter müssen für diese Beratungen qualifiziert werden. Aber auch die Stationsmitarbeiter benötigen entsprechende Qualifizierung, um mit Krisensituationen der Patienten schnell und fachgerecht umgehen zu können. Auch hinsichtlich ihres Wissens zur adäquaten Ernährung ist an Qualifizierungsmaßnahmen zu denken. Es muss auch die Frage überlegt werden, wie man die Mitarbeiter für diesen neuen Arbeitsschwerpunkt begeistern kann und dadurch eine hohe Identifikation mit ihrer Tätigkeit erzeugen kann. Hier sind die verhaltenswissenschaftlichen Methoden der Organisationsentwicklung eine wichtige Hilfe.

Meine Liste von notwendigen Maßnahmen ist noch lange nicht vollständig. Dies ist auch im Rahmen dieses Vortrags nicht notwendig. Es sollte jedoch deutlich werden, dass es sich bei der Veränderung von Organisationen um einen komplexen Prozess handelt, in dem sowohl die Änderung der Aufbau- und Ablauforganisation als auch die Veränderung der Qualifikation der Mitarbeiter gleichermaßen von Bedeutung sind. In diesem Kontext gesehen erscheint auch eine einzelne Maßnahme in einem anderen Licht. Ihre Relevanz für die Gesundheitseinrichtung wird deutlich. Durch ihre Verknüpfung mit der strategischen Entscheidung und ihrem Einbezug in ein umfassendes Veränderungsprojekt wird sie erfolgsrelevant für die gesamte Einrichtung.

Diese Relevanz lässt sich auch im Rahmen eines Bildungscontrollings kostenrechnerisch nachweisen. D. h. es lassen sich Rentabilitätsberechnungen von Bildungsmaßnahmen anstellen und bekanntermaßen sind Kaufleute und Betriebswirte solchen Argumenten gegenüber immer aufgeschlossen.

In diesem Zusammenhang ist auch der Ausspruch „Bildung darf nichts kosten“ erwähnenswert. Gemeint ist, dass eine Bildungsmaßnahme eine Kosteneinsparung bewirken soll, die den Aufwand, der durch die Bildungsmaßnahme entsteht, übersteigen soll. Man darf aber hier nicht nur an die Einsparung von tatsächlichen Kosten denken, sondern an die Opportunitätskosten. Das heißt an Kosten, die vermieden werden, weil die Bildungsmaßnahme durchgeführt wird. Dies wären z. B. Kosten, die durch eine hohe Absenzquote durch Krankheit entstehen oder durch vermehrte Neueinstellungen durch eine hohe Fluktuationsrate.

Der eine oder andere von Ihnen wird jetzt den Kopf schütteln und denken, dass man nicht alles auf Heller und Pfennig nachrechnen und auf Rentabilität prüfen

kann. Ich behaupte jedoch, dass es häufiger machbar ist als man denkt. Man muss nur bereit sein, in dieser Richtung stärker nachzudenken und es als eine Begründungsalternative begreifen.

Für Gesundheitseinrichtungen ist dies sicherlich eine ganz neue Sichtweise der Personalentwicklung. Bedingt durch die knappen Ressourcen halte ich dies jedoch für einen überlegenswerten Weg. In jedem Fall ist die so begründete Bildungsmaßnahme auf eine Einbindung in die Organisation des Unternehmens angewiesen – sprich auf die Umsetzung in die betriebliche Praxis. Nur so lässt sich ihre Effizienz nachweisen.

In meinen bisherigen Ausführungen habe ich von betrieblicher Bildung gesprochen und damit Aus-, Fort- und Weiterbildung gleichermaßen gemeint. Hinsichtlich der Pflegeausbildung gilt jedoch die Besonderheit, dass aus der Sicht der Auszubildenden sicherlich das Erlernen grundlegender Fertigkeiten und Kenntnisse für den Beruf im Vordergrund steht.

Aus Sicht des Krankenhauses ist dies sicherlich auch eine Intention, die Ausbildung anzubieten, allerdings ist es nur eine von mehreren. Es geht selbstverständlich auch darum, einen betrieblichen Nutzen aus der Existenz der Auszubildenden im Betrieb zu ziehen.

Es ist dabei an den Transport neuen Wissens in die Arbeitspraxis der Stationen zu denken. Hier können kleinere Projekte in Zusammenarbeit mit der IBF oder der Abteilung Organisationsentwicklung initiiert werden, die sowohl die praktische Anleitung der Schülerinnen und Schüler als Ziel hat wie auch die Innovation auf der Station. Die Zeiten, in denen die Krankenpflegeschule eine isolierte Existenz im Krankenhaus führen kann, sind meines Erachtens schon längst vorbei. Sie muss in den Arbeitsalltag mit den Methoden der Organisations- und Personalentwicklung eingreifen. Allerdings ist sie hier nicht alleine in der Pflicht.

Ähnlich nutzbar ist die Fähigkeit von Auszubildenden, eingefahrene Routinen des Arbeitsalltags zu hinterfragen. Die Schülerinnen und Schüler sind quasi „Seismographen“ für überkommene Routinen. Ihre Unbefangenheit muss nur genutzt werden.

Es ist auch nicht wegzudiskutieren, dass Auszubildende das Stammpersonal in Belastungsspitzen unterstützen sollen. Damit sie dies adäquat tun können, ist es notwendig, sie gezielt und rasch mit den jeweiligen Techniken und dem entsprechenden Wissen auszustatten. Es ist auch eine Frage der Pflegequalität, ob die Arbeit der Auszubildenden dem Qualitätsniveau des Hauses entspricht.

Schließlich nimmt ein Krankenhaus auch eine gesellschaftliche Verantwortung wahr, indem es junge Menschen ausbildet. Es ist heute zu einer Imagefrage für ein Unternehmen geworden, ob und in welchem Ausmaß es Ausbildung anbietet. Somit ist die Ausbildung auch im Hinblick auf die öffentliche Meinung nützlich. Dadurch ist einer Krankenpflegeschule auch eine Möglichkeit der Einflussnahme gegeben – evtl. auch ein Druckmittel, um sich im Ringen um ein Stück aus dem Krankenhausbudget, Gehör zu verschaffen.

Sicherlich lassen sich mit diesen Hinweisen nicht alle Probleme der Ausbildung im Krankenhaus lösen. Allerdings wird sich die Krankenpflegeschule fragen lassen müssen, wie ihr Beitrag zum Unternehmenserfolg aussieht. Schließlich läuft die Ausbildung nicht in einem geschützten Raum einer Lehrwerkstatt ab, sondern in der betrieblichen Praxis. Die richtige Antwort auf diese Frage zu finden, wird meiner Ansicht nach auch ein Schlüssel dazu sein, die praktische Ausbildung qualitativ aufzuwerten und dem Theorie-Praxisgefälle zu begegnen.

Meine Damen und Herren, ich habe eingangs gesagt, dass betriebliche Bildung keine Sozialmaßnahme ist. Damit sie aber für das Gesundheitsunternehmen einen Beitrag zum Geschäftserfolg leisten kann, muss sie der Umsetzung der strategischen Unternehmenspolitik dienen. Damit sie dies tun kann,

- muss sie als Führungsaufgabe im Sinne der Personalentwicklung begriffen werden,
- muss sie von einer kontinuierlichen Entwicklung der Organisation begleitet werden,
- muss sie die praktische Arbeit der Mitarbeiter im Gesundheitsunternehmen qualitativ voranbringen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

## Literatur

Scholz, C.: Personalmanagement. (1993). München: Verlag Franz Vahlen.

Staehele, W.: Management, (1991). München: Verlag Franz Vahlen.

**Autor: Werner Thomas,**  
Dipl.-Kfm., Limburg

## Aspekte gelungener Praxis

### Strategien in Schulentwicklungsprozessen an Krankenpflegeschulen

Ergebnisse einer Diplomarbeit - einer explorativen Studie

Dorothee Spürk

#### Einleitung

Liebe Kollegen, ich freue mich, Ihnen heute Ergebnisse meiner Diplomarbeit präsentieren zu können, und ich hoffe gleichzeitig, dass sie zur Diskussion anregen. Gespannt bin ich auf Ihre Fragen und Anmerkungen, denen ich mich zum Schluss des Vortrages gerne stelle. Im Rahmen dieses Vortrags möchte ich auf umfassende theoretische Ausführungen zu den Begriffen Schule, Entwicklung und Schulentwicklung (SE) sowie Erläuterungen zu Konzepten von Schulentwicklung und genauere Angaben zum Forschungsdesign verzichten.

#### Ziel der Studie

In meiner Diplomarbeit habe ich Krankenpflegeschulen in den Blick genommen, die sich u. a. auf den Weg gemacht haben, den auf diesem Workshop aus verschiedenen Perspektiven betrachteten Theorie-Praxis-Konflikt zu lösen. Mich interessierten Schulen, die Gestaltungsmöglichkeiten zur Vernetzung von Pflegepraxis und theoretischer Ausbildung gesucht und gefunden haben. Oder genauer gesagt, mich interessierten die Strategien, die Entwicklungsprozesse an Krankenpflegeschulen bewirken. Die exakte Fragestellung lautete: Welche Strategien werden in Schulentwicklungsprozessen (SE) angewandt, halten den Prozess in Bewegung und bringen ihn voran? Darin sind implizit folgende beiden Fragestellungen enthalten: Wie beschreiten Schulen den Weg zu neuen Ausbildungszielen, -konzepten, -strukturen? Welche Schritte, Handlungskonzepte und Gestaltungsmerkmale werden in Veränderungs- und Innovationsprozessen an Krankenpflegeschulen angewandt?

#### Stichprobe

Welche Schulen und Schulprojekte konnte ich auf die o. g. Fragestellungen hin untersuchen? Es mussten Schulen sein, die den Kriterien einer gängigen Definition von Schulentwicklung entsprachen. Nach der Definition von Horstkemper (1997, S. 772) sind das Schulen, die auf Veränderungsanforderungen und -absichten mit offenen, innovativen, zielorientierten und langfristigen Vorhaben antworten. Das sind genau die Krankenpflegeschulen, die den Ausschreibungs-

kriterien des Förderpreises für Krankenpflegeschulen 1997 und 1998 der Robert Bosch Stiftung entsprachen. Deshalb habe ich mit sechs Schulleitungen von prämierten Schulen aus den Jahren 1997 und 1998 Interviews zu ihren preisgekrönten Projekten (pro Jahrgang drei) geführt.

Folgende Themen bzw. Konzepte haben die befragten und prämierten Schulen bearbeitet bzw. umgesetzt: Leitbildentwicklung, Umgang mit Leitbildern, Einführung in Pflegemodelle, Einführung in den Umgang mit dem Pflegeprozess, Förderung von Methodenkompetenz und Implementierung von Praxisanleitung.

## Ergebnisse der Studie

Nach der Inhaltsanalyse der Interviews konnte ich folgende Strategien herausfiltern:

1. Teamentwicklung voranbringen,
2. Lehr-/Lernformen gestalten,
3. pädagogisches Konzept/Leitlinien entwickeln,
4. Projektmanagement betreiben,
5. Betroffene beteiligen,
6. organisatorische Möglichkeiten einsetzen,
7. Gemeinschaft fördern,
8. ungewöhnliche Wege gehen.

Was sich hinter den aufgeführten Strategien verbirgt, dazu möchte ich nun einige Erläuterungen geben (vgl. Tabellen 1-7). Dabei handelt es sich in den meisten Fällen nicht um Interpretationen von Aussagen, sondern um anschauliche Zitate aus den Interviews.

Tabelle 1: Teamentwicklung voranbringen heißt für die Interviewten:

Umgangsformen, Streitkultur etablieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Position beziehen, Rückmeldungen geben</li> <li>• keine Angst haben, selbst in Frage gestellt zu werden</li> <li>• keine Angst haben, andere zu hinterfragen</li> <li>• durch Anerkennung und Verstärkung sich gegenseitig wertschätzen</li> </ul>
gemeinsame Basis entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>• den kleinsten gemeinsamen Nenner finden</li> <li>• Diskrepanzen bearbeiten und Subjektivität professionalisieren</li> <li>• in unklaren Situationen Orientierung, Kriterien haben</li> </ul>
Fort- und Weiterbildung ermöglichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit zur theoretischen Reflexion, z. B. durch Auseinandersetzung mit Literatur oder durch Praktikantenbetreuung</li> <li>• kollegiumsinterne Fortbildungen als Jour-Fix-Termine ansetzen</li> </ul>

Tabelle 2: Lehr-/Lernformen gestalten heißt für die Interviewten:

adäquate Unterrichtsformen wählen und praktizieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soziale Lernformen weiterentwickeln</li> <li>• erfahrungsbezogene Lernformen anwenden</li> <li>• schüleraktive Unterrichtssequenzen einbauen</li> <li>• Team-Teaching anwenden</li> <li>• fächerintegrierte Ideen zum Leben erwecken</li> </ul>
Praxisanleitung und -begleitung strukturieren und etablieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formen der Anleitung variieren, z. B. klinische Visiten, Gruppenanleitung oder punktuelle Anleitung anbieten</li> <li>• Präsenz der Lehrer in der Praxis ermöglichen, d. h. u. a. in der Praxis mit der Praxis Lösungsansätze zur Theorie-Praxis-Verzahnung erarbeiten</li> <li>• Strukturen schaffen, z. B. durch die Einrichtung von Modellstationen und Mentorensystemen. Das heißt aber auch Strukturen für individuelle, dem Ausbildungsstand entsprechende Lernbegleitung schaffen.</li> </ul>

Tabelle 3: Pädagogisches Konzept entwickeln heißt für die Interviewten

Begründungsrahmen für Lehrpläne u. Curriculamodule entwerfen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aus dem gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und beruflichen Kontext heraus Positionen zum Menschenbild, zum Pflegeverständnis und zum Bildungsverständnis formulieren</li> </ul>
Bildungsziele benennen und operationalisieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikatoren der genannten Ziele festlegen</li> <li>• (häufigstes Beispiel für Bildungsziele: kommunikative Kompetenzen)</li> </ul>
Bildungsinhalte festlegen, aktualisieren, theoretisch fundieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwerpunkte und Akzente setzen</li> <li>• Exemplifikation beachten</li> </ul>

Tabelle 4: Projektmanagement betreiben, prozessorientiert vorgehen heißt für die Interviewten

Ist-Zustand ermitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kontinuierliche Jahresauswertung mit den Schülern</li> <li>• verschiedene subjektive Sichtweisen objektivieren</li> <li>• Motivationen klären</li> </ul>
Ziele, Soll-Zustand festlegen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vorwärtsgerichtete Wirkung beachten</li> <li>• Kontinuität in der Zielsetzung beachten</li> </ul>
Maßnahmen planen und durchführen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stufenmodelle entwickeln</li> <li>• Instrumente praktisch ausprobieren</li> </ul>
Ergebniskontrolle, Evaluation durchführen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jahresauswertungen durchführen</li> <li>• Erfahrungen von Kollegen auswerten und nutzen</li> <li>• schriftliche und mündliche Befragungen</li> <li>• Analyse von Klausuren und Pflegedokumentationen</li> <li>• Beobachtungen in Praxisanleitungen</li> </ul>

Tabelle 5: Betroffene beteiligen heißt für die Interviewten

Transparenz, Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worüber soll informiert werden? Was sind die Themen?</li> <li>• Wer sind die Adressaten?</li> </ul>
Partizipation an Entscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wen soll man beteiligen?</li> <li>• Wobei kann jemand beteiligt werden?</li> </ul>
demokratischen Führungsstil leben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handlungsfreiheit und Rückendeckung geben</li> <li>• Kontakte pflegen</li> <li>• „Wenn Ideen kommen. muss man den Leuten freie Hand lassen, das funktioniert i. d. R. gut und setzt wahnsinnig viel Energie frei.“</li> </ul>

Tabelle 6: Organisatorische Möglichkeiten gewinnbringend einsetzen heißt für die Interviewten

Theorie und Praxis vernetzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Theorieblöcke und Praxiseinsätze abstimmen</li> <li>• Stellung der Praxisanleiter klären, Aufgabenprofil beschreiben</li> </ul>
Ressourcen erkennen, nutzen, erschließen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulse von außen wahrnehmen</li> <li>• Zusammenarbeit mit Qualitätsbeauftragten, Organisationsberatern</li> <li>• fachmännischen Rat holen</li> </ul>
Institutionsübergreifend arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentlichkeitsarbeit und berufspolitische Arbeit intensivieren</li> <li>• Netzwerke bilden</li> </ul>

Tabelle 7: Gemeinschaft fördern und ungewöhnliche Wege gehen heißt für die Interviewten

Gemeinschaft fördern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt zu ehemaligen SchülerInnen halten</li> <li>• klassenübergreifende Veranstaltungen planen und durchführen</li> <li>• Feste feiern</li> </ul>
ungewöhnliche Wege gehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• experimentieren, ausprobieren</li> <li>• Sprung ins kalte Wasser wagen</li> <li>• kreativ sein</li> </ul>

## Vergleich der Ergebnisse mit Ausführungen aus der Literatur

Die empirisch ermittelten Strategien der Schulentwicklung habe ich mit einigen zentralen Strategien der Schulentwicklung, die der Literatur aus dem allgemeinbildenden Bereich entnommen wurden, in Beziehung gesetzt. Dort werden u. a. folgende Strategien der Schulentwicklung genannt:

- Lehrerfortbildung als Qualifizierungs-, Kommunikations-, Kooperationsstrategie
- Schulprofil als Zielklärungsstrategie
- Schulprogramm als Umsetzungsstrategie
- Schülerpartizipation als Führungsstrategie und demokratisches Prinzip
- Evaluation als Bilanzierungs- und Reflexionsstrategie

Aus der Gegenüberstellung von empirisch und theoretisch ermittelten Strategien (s. Tabelle 8) ergeben sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede, aber auch weiterführende kritische Fragen. An dieser Stelle möchte ich nur einige Aspekte dazu ausführen.

Tabelle 8: Gegenüberstellung der empirisch und theoretisch ermittelten SE-Strategien

Empirisch ermittelte SE-Strategien	Theoretisch ermittelte SE-Strategien
Teamentwicklung voranbringen	Lehrerfortbildung
Lehr-/Lernformen gestalten	
Pädagogisch-didaktisches Konzept, Leitlinie	Schulprofil
Projektmanagement, Prozessorientierung	Schulprogramm
Betroffene beteiligen	Schüler-Partizipation
Organisatorische Möglichkeiten einsetzen	
Gemeinschaft fördern, ungewöhnliche Wege gehen	
	Evaluation

### Teamentwicklung voranbringen

Die Gemeinsamkeit in den Strategien Teamentwicklung und Lehrerfortbildung liegt im gemeinsamen Ziel, Methoden- und Fachkompetenz zu vermitteln sowie Kommunikation und Kooperation unter den Lehrenden anzubahnen bzw. zu in-

tensivieren. In dieser Studie besteht der Unterschied darin, dass der programmatische und konzeptionelle Ansatz, der der Lehrerfortbildung innewohnt, keine Entsprechung in der Strategie der Teamentwicklung an den Krankenpflegeschulen fand. Daher formuliere ich die Fragen: Gibt es an Krankenpflegeschulen einen Fortbildungsplan für das Gesamtkonzept der SE-Aktivitäten? Inwieweit gibt es Möglichkeiten, Qualifikationen zur Erforschung des eigenen Unterrichts zu erwerben?

#### Lehr-/Lernformen gestalten

In der Literatur gehört diese Kategorie eher zum Inhalt und zu den Handlungsfeldern der SE, nämlich der Weiterentwicklung des Unterrichts, aber nicht zu den benannten Strategien. Es gilt also zu klären, worin das innovative und strategische Element dieser Kategorie besteht. Das strategische Moment sehe ich in der Art und Weise, wie Schulen neue Lernformen ausprobieren, etablieren und weiterentwickeln. Sie könnten dieses z. B. in Qualitätszirkeln zur Unterrichtsgestaltung praktizieren.

#### Pädagogisches Konzept/Leitlinien entwickeln

Diese Strategie wird der Strategie Schulprofil zugeordnet. In Krankenpflegeschulen scheinen die Übergänge zum Schulprogramm aber fließend zu sein. Dennoch wird das Konzept im Vergleich zum Schulprogramm weniger als internes Planungs- und Arbeitsinstrument (vgl. Fleischer-Brinkmann/Marizen 1998, S.9 f) genutzt, sondern es dient eher der Beschreibung des Endproduktes. Die Schritte, die zum Zielpunkt, dem Leitbild, führen, werden an den Krankenpflegeschulen anscheinend noch nicht konkret benannt und festgehalten.

#### Projektmanagement betreiben

Diese Strategie wird der Strategie Schulprogramm zugeordnet. Wobei sich im Vergleich zur Literatur zeigt, dass nicht klar erhoben werden konnte, ob Krankenpflegeschulen nicht nur prozessorientiert und phasengesteuert vorgehen, sondern auch andere wichtige Elemente des Projektmanagements bedenken. Ich meine, es wurde nicht klar, ob sie

- den zu erwartenden Beratungs- und Bildungsbedarf erheben,
- systemische Einflussfaktoren auf die geplanten Projekte mitbedenken und ob sie
- regelmäßig Zeiten und Formen der Zwischenbilanzierung einplanen.

#### Betroffene beteiligen

Partizipation hat in allen Krankenpflegeschulen einen hohen Stellenwert. Verschiedene Autoren, wie z. B. Heffels (1998) und Borsi (1994) fordern, dass SchülerInnen ein Übungsfeld geboten werden muss, welches es ermöglicht, am eigenen Leib mitzuerleben, was es bedeutet, gegen bestehende Strukturen erfolgreich

zu intervenieren und Verantwortung zu übernehmen. Da drängt sich die Frage auf: Bieten heutige Krankenhäuser und Krankenpflegeschulen tatsächlich ein „partizipatives“ Übungsfeld für Auszubildende? Welche Gestaltungsmöglichkeiten werden Auszubildenden eingeräumt? Welche Anstöße zur Reflexion des eigenen Handelns erhalten sie?

#### Gemeinschaft fördern/ ungewöhnliche Wege gehen

Dieses sind beides wichtige Aspekte, die in SE-Prozessen eine Rolle spielen. Aber wendet man den Begriff Strategie i. S. einer umfassenden und langfristigen Interventionstechnik von Problemlösungs- und Entscheidungsprozessen an (vgl. Meyers Lexikon 1998), dann sind sie nicht mehr als eigenständige Kategorie haltbar.

#### Evaluation

Diese Strategie wird in Krankenpflegeschulen dem Projektmanagement untergeordnet, ist aber in der Literatur als eigenständige Strategie zur Sicherung von (Aus-)Bildungsqualität von entscheidender Bedeutung (vgl. hierzu auch Oetzl-Klöcker 1996 und Burkhard/Eikenbusch 1998, S. 267 f). Die Interviews lassen vermuten, dass verschiedene Formen und Methoden der Evaluation an Krankenpflegeschulen noch nicht bewusst geplant und eingesetzt werden. Das wäre aber gerade zur Wahrnehmung von potentiellen Handlungsmöglichkeiten und Handlungserfordernissen sowie zur Optimierung von SE-Prozessen sehr wichtig. Zudem werden sich Pflegeschulen als „Kostenstelle“ eines Trägers daran gewöhnen müssen, dass sie aufgrund der Verknappung finanzieller Ressourcen die Effizienz ihrer Leistungen ausweisen müssen.

#### **Fazit**

Die aufgrund dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse lassen sich nicht uneingeschränkt verallgemeinern, da sie anhand einer kleinen Stichprobe durchgeführt wurde, von der nicht genau gesagt werden kann, wie viele der Krankenpflegeschulen in Deutschland, die SE betreiben. Ferner erhebt diese Studie nicht den Anspruch, die Strategien der SE vollständig erhoben zu haben.

Dennoch war es möglich, sich aufgrund der Diplomarbeit ein „Bild“ von den Strategien und Gelingensbedingungen zur SE an Krankenpflegeschulen zu machen, mit deren Darstellung ich zum Schluss meines Vortrags kommen möchte.

Zu den wesentlichen Aspekten gelungener (SE)-Praxis gehört,

1. dass alle betroffenen Ebenen der SE bedacht werden. Dazu zählt eine ideelle Ebene (Leitbild, pädagogische Konzeption), eine programmatische Ebene

- (Schulprogramm) und eine praktische bzw. pragmatische Ebene (Projektmanagement).
2. dass bestimmte Haltungen bei den Beteiligten gefördert werden. Dazu zählen Kooperationsbereitschaft und professioneller Teamgeist, eine demokratische und eine forschende Grundhaltung (i. S. eines Evaluations- bzw. Qualitätsbewusstseins) sowie Kommunikationsorientierung und systemisches Verstehen.
  3. dass Handlungskompetenzen gefördert und gefordert werden. Dazu gehören Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz. Denn gerade Entwicklungsprozesse bieten Anreize und Möglichkeiten, diese Kompetenzen zu erwerben.

Aus den Interviews war ersichtlich, dass Schulentwicklungsprozesse einen Schneeball- bzw. Dominoeffekt auslösen und eine innere und äußere Öffnung der Schule mit sich bringen.

Als abschließende Hypothesen möchte ich in den Raum stellen:

- SE-Prozesse erfordern insbesondere Entwicklungskapazitäten personeller Art.
- Sie bedürfen einer längerfristigen Planung, Koordination und Vernetzung von Einzelprojekten zu einem sinnvollen und realistischen Gesamtkonzept.
- Sie erfordern die Ausdehnung des partizipativen Prinzips und aller anderen SE-Strategien auf den Bereich der praktischen Ausbildung.

Die letztgenannte Hypothese ist ganz besonders für die Pflegeausbildung von Bedeutung. Aus ihr ergibt sich die spannende Frage: „Wie wird die Pflegepraxis in konkrete Schulentwicklungsprojekte und -prozesse der Schule mit eingebunden?“

Dem Programm entnehme ich, dass die jetzt folgenden ReferentInnen Ihnen auf diese Frage konkrete Antworten geben werden! Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

## Literatur

Borsi Garbrielle, M. (1994). Das Krankenhaus als lernende Organisation - Zum Management von individuellen, teambezogenen und organisatorischen Lernprozessen. Heidelberg.

Burkhard, C., Eikenbusch, G. 1998. Das Schulprogramm intern evaluieren. In: Risse, Erika: Schulprogramm - Entwicklung und Evaluation. Neuwied. S. 267-283.

Fleischer-Brinkmann, W., Maritzen, N. Das Schulprogramm im Schulalltag. Sieben Praxistips als Wegweiser. In: PÄDAGOGIK, Heft 2/98, S. 9 f.

Heffels, W. Förderung von ethischen-moralischer Kompetenz von Pflegepersonen in Pflegeeinrichtungen, PflegePädagogik 2/98, S. 8-15.

Heffels, W. Pflegebildung an der Grenze - Grenzen der Pflegebildung. In: Krankendienst 8-9/1998, S. 265-274.

Horstkemper, M. (1997). Schulische Reformen unterstützen - Konzepte und Methoden der Schulentwicklungsforschung. In: B. Friebertshäuser, A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München. S. 769-784.

Meyers Grosses Taschenlexikon in 24 Bänden. (1998) 6. Auflage. Band 6 und 21. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich.

Oetzel-Klöcker, Margaretha: Die Merkmale von Qualitätssicherung für die Ausbildung als Beitrag der Professionalisierung. In: Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, Tagungsband. Bocholt 1996, S. 91-93.

**Autorin: Dorothee Spürk**

Mitarbeiterin in Lehre und Forschung, Fachhochschule Bielefeld

## Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung Aspekte gelungener Praxis - Praxisanleiterkonzept - Kerstin Schönlau

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich reihe mich ein in die Beispiele gelungener Praxis dieses Tages und möchte dies in vier Schritten tun:

In einem ersten Schritt greife ich zurück auf systemische Zusammenhänge der praktischen Ausbildung.

In einem zweiten Schritt stelle ich auf der Basis eigener empirischer Erhebungen Ergebnisse vor, die im Zusammenhang mit Ausbildung von Beteiligten gemacht wurden.

In einem dritten Schritt werden aus dieser Gegenüberstellung Konsequenzen gezogen und Vorschläge unterbreitet, wie durch die Pädagogisierung des Arbeitsplatzes - den Einsatz von PraxisanleiterInnen - scheinbare Gegensätze zwischen Theorie und Praxis überwunden werden können.

In einem letzten und vierten Schritt werden Erfahrungen mit dem „Strukturmodell zur praktischen Anleitung“ (bereits in „Pflege“, Band 6 und 7 1993/1994 veröffentlicht von Knigge-Demal, Rustemeier, Sieger & Schönlau) beschrieben.

### Hinführung

Eine Schülerin in der Ausbildung in der Altenpflege berichtet:

„Auf unserer ersten Fahrt in meinem neuen Ausbildungsfeld, dem ambulanten Pflegedienst fahren wir zu Herrn P. Meine Anleiterin berichtete mir im Vorfeld, dass der Patient 77 Jahre alt und alleinstehend ist, nach einem Schlaganfall benötigt er Unterstützung bei der Körperpflege.“

Meine Anleiterin stellt mich Herrn P. vor, bereits bei der Begrüßung erscheint mir Herr P. sehr unglücklich, er beginnt ohne einen für mich ersichtlichen Grund zu weinen, seine Worte kann ich nicht mehr verstehen. Herr P. nimmt mich als neue Mitarbeiterin des Pflegedienstes nicht wahr. Ich mache mir daraufhin Gedanken, was ihn wohl bedrücken könnte, ob er vielleicht schlecht geschlafen oder Schmerzen habe. An der Reaktion meiner Anleiterin merke ich, dass sie die Situation als

nicht außergewöhnlich betrachtet. Ich fühle mich jedoch wie ein Eindringling in eine Situation, die ich nicht richtig einordnen kann. Erst das im Anschluss geführte Gespräch mit der Anleiterin erklärt mir die Situation von Herrn P. und macht es mir möglich, anschließend den Kontakt aufzubauen.“

In diesem Beispiel spiegeln sich mehrere Probleme wider:

- Die Schwierigkeit von SchülerInnen, sich in neuen Situationen zu orientieren,
- die mangelnde Anleitung und Betreuung der Schülerin während der Pflegesituation,
- die Schwierigkeit, Lernen im Arbeitsalltag zielgerichtet zu gestalten,
- die Gestaltung der professionellen Beziehung.

Die zentralen Fragen, die sich hieraus ergeben, sind: Wie ist die komplexe Pflegesituation mit all ihren konstituierenden Merkmalen so zu reduzieren, dass sie zur Lernsituation für die SchülerInnen wird? Wie gelingt es, „routinierte“ Arbeitssituationen zu Lernsituationen zu gestalten – wie kann die explizite Ausrichtung auf die individuelle Situation von SchülerInnen und PatientInnen gewährleistet werden?

## I.

Im Rückgriff auf systemische Zusammenhänge, können die berufspädagogischen Überlegungen zu der Beziehung von Lernen und Arbeiten nach Adolf Kell (1989) eine Erklärungshilfe bieten.

„Im Prinzip haben Lernen und Arbeiten zwei gemeinsame Merkmale und ein unterscheidendes. Als menschliche Tätigkeiten bzw. Handlungen sind sie zum einen dem Individuum prinzipiell bewußt und sie sind zum anderen prinzipiell zielgerichtet. Das unterscheidende Merkmal ergibt sich aus den Situationen: Die lernenden bzw, arbeitenden Individuen stehen jeweils in unterschiedlichen Wechselbeziehungen mit mit spezifischen Lern- bzw. Arbeitsumwelten (...)

Eine Situation wird vom Individuum als Lernsituation wahrgenommen und definiert, wenn es diese bewusst und zielgerichtet dominant zur Veränderung der eigenen Person zu nutzen beabsichtigt (...)

Eine Situation wird vom Subjekt als Arbeitssituation wahrgenommen und definiert, wenn es diese dominant zur Veränderungen seiner Umwelt zu nutzen beabsichtigt.“ (Kell, 1989)

Kell führt weiter über die Wechselbeziehung aus,

1. dass es Lernsituationen ohne Arbeitsmöglichkeiten gibt (z. B. Student beim Selbststudium)

2. Arbeitssituationen ohne Lernmöglichkeiten (im weitesten Sinne zitiertes Eingangsbeispiel - eher aber: routinierte Tätigkeiten im Pflegealltag)
3. Lernsituationen, die zugleich Arbeitssituationen sind (Umformung der Pflegesituation in eine Lernsituation) - diese setzt voraus, dass eine Pädagogisierung des Arbeitsplatzes möglich wird.

## Divergierende Systeminteressen

Kell betrachtet das Beschäftigungssystem und Bildungssystem als divergierende Systeme. Während im Beschäftigungssystem ökonomische Zwecke verfolgt werden (Markt der Pflege, Wettbewerb), versucht das Bildungssystem, eine organisierte Form des Lernens sicherzustellen. Diese divergierenden Ziele konkurrieren und führen zu Spannungen.

Zurück zum Beispiel: Die Anleiterin hat die Pflegesituation als Arbeitssituation identifiziert - Veränderung der Umwelt, Pflege des Patienten standen im Mittelpunkt. Die Schülerin ist verunsichert, die Situation weiß sie offensichtlich weder als Lern- noch als Arbeitssituation zu deuten. Erst im reflektierenden Gespräch kann diese Spannung aufgelöst werden.

## II.

Aus diesem Blick heraus, haben wir Annahmen entwickelt, die für eine empirische Erhebung Grundlage waren:

- Während der klinischen Ausbildung erfahren die SchülerInnen primär eine Eingliederung in den Arbeitsprozess,
- somit wird es den SchülerInnen erschwert, ihre Lernmöglichkeiten in den Pflegesituationen zu entdecken,
- die Komplexität dieser Lernprozesse mit einer deutlichen Orientierung an den ausgewiesenen Zielen wirkt sich störend auf eine funktionelle Arbeitsorganisation aus.

Dieses Projekt galt der Qualifizierung von Pflegenden in der stationären Altenhilfe zu PraxisanleiterInnen vor dem Hintergrund systemrelevanter Bedingungen. Ziel war, die Qualifizierung zu PraxisanleiterInnen in den Kontext der Organisationsentwicklung zu stellen. Es sollte eine zielgerichtete Ausbildung gewährleistet sein, Reibungsverlust verringert werden sowie der Kommunikationsfluss verbessert werden. Diese Studie zum Verständnis von Lernen und Arbeiten in verschiedenen stationären Altenpflegeeinrichtungen hat ergeben, dass eine differenzierte Vorstellung von Lernvorgängen vorliegt. Beteiligt an dem Projekt waren mehrere

Schulen/Fachseminare für Altenpflege in unterschiedlicher Trägerschaft. Dazu fünf stationäre Einrichtungen der Altenhilfe sowie ambulante Einrichtungen überwiegend aus einer Trägerschaft. Es wurden Interviews nach einem entwickelten Leitfaden mit Lehrenden, SchülerInnen, Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen sowie Pflegenden der jeweiligen Stationen durchgeführt und qualitativ ausgewertet.

Von Pflegenden wird benannt, dass Lernen und Ausbildung nicht isoliert vom Arbeitsprozess zu betrachten ist, und somit während des ganzen Tages - insbesondere durch Beobachtung und Reflexion - stattfinden kann. Bewohner/Patienten allerdings bestimmen durch den Lebensrhythmus den Arbeitsablauf - und somit auch die Lernmöglichkeiten der SchülerInnen. Zusätzlich wird betont, dass für den Prozess des Lernens Sicherheit, Angstfreiheit und kein Lerndruck existieren darf. Es wird versucht, eine Lernbegleitung anzubieten, die dieses sicherstellt, wobei die Anwesenheit von PraxisanleiterInnen die notwendige vertrauensvolle Beziehungsebene am ehesten sicherstellen kann. PraxisanleiterInnen benötigen hierfür besondere persönliche Kompetenzen, die allerdings unspezifisch bleiben. Auch wenn einerseits die Anwesenheit von SchülerInnen und PraxisanleiterInnen in Bezug auf die personelle Besetzung eher als Belastung eingeschätzt wird, so wird andererseits benannt, dass die Anwesenheit von SchülerInnen für die eigene Reflexion der Arbeit wertgeschätzt wird und dass man von den SchülerInnen lernen will. Die dafür notwendigen arbeitsorganisatorischen Konsequenzen werden nicht zu Ende gedacht. Bemerkenswert, dass SchülerInnen im Ausbildungsprozess offensichtlich so sozialisiert werden, dass sie reale, sich bietende Lernchancen und -möglichkeiten nicht mehr entdecken und nutzen. Der Aspekt der Persönlichkeitsstärkung und Emanzipation muss zu Gunsten der verfrühten Schülersozialisation gestärkt werden.

Ein wesentlicher Beitrag ist dabei der Schule/dem Fachseminar zuzuschreiben, die in ihren Ansprüchen an praktische Ausbildung weit unter dem Ausbildungsziel bleiben. In den beruflichen Lernorten existiert die Wahrnehmung, dass aus dem Lernort Schule keine einheitlichen Aussagen zur praktischen Ausbildung kommen – Orientierungslosigkeit und Beliebigkeit resultieren. Den SchülerInnen ist nicht deutlich, welches Ausbildungsziel sie an welchem Lernort erreichen können. Erfahrungen der Praxisphasen werden zwar in der Schule thematisiert, doch eine curriculare Verankerung, diese Erfahrungen lernwirksam aufzubereiten, liegt nicht vor. Auch existiert bei den Lehrenden in den Schulen keine klare Vorstellung über spezifische Lernmöglichkeiten der Arbeitsbereiche, die somit nicht in die Gesamtplanung/Einsatzplanung der Ausbildung einfließen. Für den Bereich der Kooperation zwischen den Lernorten wird deutlich, dass kein gemeinsames Lernverständnis existiert und eine gemeinsame Zielsetzung auch nicht angestrebt wird. Ein Interesse an Ausbildung ist vorhanden, aber die Erwartungen sind un-

terschiedlich oder dem jeweiligen Partner nicht bekannt (Sieger, Schönlau, Teilveröffentlichung 1. Pflegekongress Nürnberg, 1997).

## Fazit

Diese Ergebnisse erweitern die dualisierende Sichtweise der beiden Systeme Beschäftigung und Bildung.

- Es gilt dem persönlichen Lernprozess der SchülerInnen im Sinne einer Persönlichkeitsstärkung und Emanzipation einen Stellenwert einzuräumen, der von beiden Lernorten initiiert und unterstützt wird.
- Es bedarf einer differenzierten Betrachtung der tatsächlichen Lernmöglichkeiten in den jeweiligen Lernorten, die curricular verankert werden.
- Das Potential der differenzierten Vorstellung zum Lernen im Lernort „Praxis“ muss Auswirkungen haben auf die Integration von Ausbildung in den Arbeitsprozess und somit auch auf die Arbeitsorganisation.
- Den SchülerInnen wird im betrieblichen Lernort ein Innovationspotential zugeschrieben, das durchaus erwünscht ist.
- Die Kommunikations- und Kooperationsformen bedürfen einer gemeinsamen inhaltlichen Zielsetzung – der jeweilige Nutzen solcher Kooperationsformen muss herausgearbeitet werden.

## III.

### Lernprozesse in den Arbeitsalltag integrieren oder: Die Pädagogisierung des Arbeitsplatzes

Folgt man o. g. Erkenntnissen der qualitativen Erhebung, bedarf es vor allem einer Festschreibung von Lernmöglichkeiten und eines weiteren Sensibilisierungsprozesses der Beteiligten, um Lernen im Arbeitsalltag zu ermöglichen. Dabei muss sowohl die Ebene der Einsatzplanung „Welcher Schüler wird auf welcher Station zu welchem Zeitpunkt eingesetzt?“ als auch die der zielgerichteten, situativen Umformung der Arbeitssituation betrachtet werden. Der Auswahl des Lernortes in der „Berufspraxis“ fällt eine besondere Bedeutung zu. Es gilt den individuellen Ausbildungsstand der SchülerInnen mit den Lernmöglichkeiten in der jeweiligen Praxisstätte abzustimmen, um eine zielgerichtete Planung der jeweiligen Phase der berufspraktischen Ausbildung zu erreichen.

Darüber hinaus ist es erforderlich, die Rahmenbedingungen der jeweiligen Praxisstätte dahingehend zu prüfen, inwieweit der Prozess der Pädagogisierung des Arbeitsplatzes umgesetzt ist. Pädagogisierung des Arbeitsplatzes bedeutet das

Herausfiltern individueller Lernsituationen aus der komplexen Arbeitssituation. Es werden folglich Ausschnitte aus der Arbeitssituation lernbar gemacht. Dieses geht einher mit der Gestaltung der Lernsituation unter pädagogischen Maximen, was z. B. Einfluss auf die zeitliche Gestaltung oder die Eingrenzung auf spezielle Aufgabenstellungen zur Folge hat. Nie wird jedoch die Lernsituation aus der Arbeitssituation isoliert.

Um in der Komplexität der Arbeitssituation den Prozess der Pädagogisierung anstoßen zu können, sind folgende Voraussetzungen unabdingbar: Zum einen ist die Qualifikation der pädagogisch Tätigen notwendig, zum anderen muss die Schaffung von strukturellen Voraussetzungen gegeben sein.

Qualitäten, die eine Pädagogisierung ermöglichen, sind u. a. reflexive Kompetenz, die es im Vorfeld erlaubt, Werthaltungen, Strukturen im Arbeitsfeld und Berufsbild zu hinterfragen. Hierzu benötigt der pädagogisch Tätige die Fähigkeiten zur Distanzierung und Analyse, um den Prozess der Pädagogisierung gedanklich vorwegnehmen zu können. Dies bedeutet das Erkennen von lernhemmenden Einflüssen, die in der Folge so weit minimiert werden sollen, dass in einem sanktionsfreien Raum aufbauendes, zielgerichtetes Lernen ermöglicht wird. Hemmende Einflüsse sind unter anderem Prüfungsangst, die Komplexität der Praxis, Zeitmangel, Funktionalität des Arbeitsprozesses sowie Einfordern eines Arbeitsergebnisses.

Notwendige strukturelle Voraussetzungen, die den Prozess der Pädagogisierung gelingen lassen, sind in Übereinstimmung mit einer genauen Aufgaben- und Positionsbeschreibung zu entwickeln, damit nicht Kompetenzstreitigkeiten, fehlende Absprachen etc. die pädagogische Arbeit blockieren.

Die Parallelität von Lern- und Pflegesituationen kann durch die Analyse des jeweiligen Komplexitätsgrades veranschaulicht werden.

Die Komplexität von Pflegesituationen ist von Fr. Prof. Knigge-Demal im Rahmen der Curriculararbeit für das Land NRW beschrieben mit den konstituierenden Merkmalen:

Tabelle 1: Konstituierende Merkmale der Pflegesituation (n. Prof. B. Knigge-Demal)

Pflegeanlass		Interaktionsstrukturen zwischen den an der Pflege Beteiligten
	Pflegesituation	
Subjektives Erleben und Verarbeiten der Pflegesituation aus PatientInnen Sicht		Institutionelle Einflüsse (Krankenhaus, häusliche Pflege...)

Analog können die strukturierenden Merkmale auf die Lernsituation übertragen werden:

Tabelle 2: Merkmale der Lernsituation

Objektiver Anlass: Lernwunsch, Lehranlass der SchülerIn		Interaktionsstrukturen der Station
	Lernsituation	
Lernvoraussetzung der SchülerIn		Institution - das spezifische Lernangebot „Was ist hier zu lernen? Was ist das spezifische Lernangebot dieser Station?“

Es muss also im Sinne der Pädagogisierung des Arbeitsplatzes gelingen, beide Situationen in ihrer Komplexität zu erfassen und sie unter pflegefachlichen und pädagogischen Maximen zu bewerten.

## IV

### Strukturmodell der geplanten, zielgerichteten praktischen Anleitung

Das Modell gliedert sich in die beiden großen Felder der Bedingungen und Entscheidungen, wie sie sich auch in dem handlungsorientierten Ansatz von H. Meyer und in den klassischen Modellen der didaktischen Schulen finden. Dieses Modell stellt ein Verfahren der Anleitung vor, das von einer gezielt ausgewählten und auf den punktuellen Lehr- und Lernbedarf hin ausgerichteten Ausbildungssituation ausgeht. Dabei bestimmt die jeweils spezifische Interessenlage der Beteiligten die Ausgangssituation für eine solche Anleitung (siehe dazu auch „Pflege“, Band 6 und 7, 1993/1994, Knigge-Demal, Rustemeier, Sieger & Schönlau).

#### Die Bedingungen

Die Analyse der konkreten Bedingungen soll die beeinflussenden wie die Lernsituation bestimmenden Faktoren der Lernorte klären. Diese müssen

1. sorgfältig analysiert,
2. reflektiert und
3. bewertet werden, damit sie in die Anleitungssituation einfließen können.

Bei den SchülerInnen gilt es, ihren persönlichen Lernbedarf sowie ihre individuellen Lernvoraussetzungen, die sich in Neigungen, Werthaltungen, Interessen, Aversionen und Belastungen äußern können, zu entdecken. Gerade diesem Schritt ist eine hohe Bedeutung zuzuschreiben. Um dem o. g. Prozess der verfrühten Sozialisation entgegenzuwirken, müssen Schüler in ihrer Position gestärkt werden und Verantwortung für ihren eigenen Ausbildungs-/Lernprozess übernehmen.

Erfahrungen im Umgang mit dem Modell bestätigen, dass es gelingt, über zielgerichtete Vor-, Zwischen- und Anschlussgespräche das Lernverhalten der SchülerInnen positiv zu beeinflussen.

Die Einbettung in die Gesamtausbildungsplanung oder spezifische Lernbedingungen zum Schüler sind im Kontakt mit der Schule zu klären - sowie spezifische Erwartungen oder Lernaufgaben/Praxisaufgaben für diesen Bereich.

Erfahrungen im Umgang mit dem Modell eröffnen die teils unspezifische Sicht der Schulen über tatsächliche Lernmöglichkeiten in dem jeweiligen Arbeitsbereich. In der Regel werden funktionalisierte, auf Tätigkeiten reduzierte Lernziele beschrieben. Zur Feststellung des individuellen praktischen Lernstandes der

SchülerInnen konnten keine durchgehend befriedigenden Formen benannt werden. Hier wäre die Frage nach der Kompetenz zur Prüfungsberechtigung zu vertiefen...

Die Bedingungen des Arbeitsbereiches stellen sich durch den jeweiligen pflegerischen Schwerpunkt dar und sollten unter der o. g. Fragestellung des Lernangebotes von den pflegerischen Experten des Arbeitsbereiches bereits analysiert werden.

Erfahrungen mit dem Modell belegen, dass gerade diese sorgfältige Analyse, die als „Lernangebot der Station – oder: die Station stellt sich vor“ auf der Station als Dokument verbleibt, eine wertvolle Einarbeitungs- und Strukturhilfe im Anleitungsprozess ist. Ein gestärktes pflegerisches Selbstverständnis stellt gleichzeitig einen Beitrag zur Professionalisierung dar.

Die konkrete Analyse einer einzelnen Pflegesituation durch die professionelle Erhebung des Pflegebedarfs ist Voraussetzung, um eine Pflegesituation herauszufiltern, die zum Lernbedarf der Schülerin stimmig ist.

Erfahrungen mit dem Modell zeigen, dass im pflegerischen Alltag verschiedene Formen der Bestimmung des Pflegebedarfs - dem Umgang mit dem Pflegeprozess als Instrument pflegerischen Handelns - vorliegen. Das Primat „Der Pflegebedarf bestimmt die Lernmöglichkeiten“ ist zwar einsichtig, doch entspricht das Vorgehen zur Erstellung einer Pflegeanamnese in der Regel nicht dem Pflegeverständnis, in dem der Patient/Bewohner als Experte seiner Lebenssituation betrachtet wird und aktiv an der Pflegeplanung beteiligt wird.

Nach der Analyse folgen Reflexion und Bewertung der Bedingungen unter der zentralen Frage: Wie stellt sich der Lernbedarf der SchülerInnen dar und in welchen Situationen des Arbeitsalltages oder in welchen pflegerischen Situationen - zu welchem Pflegebedarf - kann dieser gedeckt werden?

### **Entscheidungen - auslösendes Moment**

Das auslösende Moment - oder der Lehr-/Lernanlass kann verschieden begründet sein:

- durch den Lernwunsch der Schülerin,
- durch den Lehranspruch der Anleiterin,
- durch die Divergenz zwischen Lernwunsch und Lehranlass sowie
- durch die spezifische Pflegesituation, die sich durch den Fachanspruch der Station legitimiert.

Die Erfahrung im Umgang mit dem Modell zeigt: Je sorgfältiger die Analyse des Lernbedarfs, desto leichter fällt die Entscheidung zum Auslösenden Moment. Nicht immer ist der Lernwunsch der Schülerin bestimmend für die Themenwahl - die sorgfältige Analyse der Anleiterin führt häufiger zu dem Auslösenden Moment, welches im Lehranspruch oder in der Divergenz zwischen Wunsch der Schülerin und Anspruch der Anleiterin liegt.

Die pflegefachlichen Themen, die in den tradierten Lernzielkatalogen auftauchen oder als Lernerwartungen von SchülerInnen und LehrerInnen genannt wurden, sind fast immer zurückgeführt worden auf bewohner-/patientenbezogene Pflegeanlässe, die aus der Auseinandersetzung mit der spezifischen Lebenssituation oder der Bewältigung von Einschränkungen resultieren.

Die tätigkeitsorientierten Lernzielkataloge müssen kritisch überprüft werden.

### **Parallelisierung von Pflege- und Lernsituation**

Die Gestaltung der konkreten Pflege- und Lernsituation liegt in der Verantwortung der Anleiterin. Es gilt, die Ziele für die Lernsituation mit der Schülerin zu erörtern sowie die Pflegeziele mit dem Patienten/Bewohner abzustimmen. Die Aktivitäten innerhalb der Pflegesituation müssen vereinbart und im Sinne der Lernziele festgelegt werden. In dieser Phase gilt nochmals besonders: Die aktuelle Pflegesituation mit dem Patienten/Bewohner entscheidet über die tatsächlichen Lernchancen der Schülerin.

Erfahrungen im Umgang mit dem Modell zeigen, dass fast alle geplanten Situationen auch so umgesetzt werden konnten. In den meisten Fällen eröffnete die Anleitungssituation einen neuen Blick für die Möglichkeiten/Ressourcen des Patienten/Bewohners. Die intensive Beschäftigung im Vorfeld mit dem Pflegebedarf, sowie die ungeteilte Aufmerksamkeit auf seine Lebens-/Pflegesituation in der Anleitung führte häufig zu „Wunderheilungen“, zu außergewöhnlichen Aktivitätsformen, die im Kontext des routinierten Pflegeablaufes so nicht entstanden wären.

### **Auswertung - Reflexion der Erfahrungen**

Sowohl die Pflege- also auch die Lernsituation müssen durch den Reflexions- und Auswertungsschritt abgeschlossen werden. Erfahrungen, Dissonanzen, Unsicherheiten oder Erfolge werden benannt, nächste Lernziele vereinbart. Analog gilt

dieses Verfahren für die Auswertung der Pflegesituation, die mit aktiver Beteiligung des Patienten/Bewohners erfolgt.

Erfahrungen im Umgang mit dem Modell bestätigen die Notwendigkeit, diesen Schritt losgelöst vom Arbeitsablauf der Station auch einzufordern. Die Lernerfahrung muss bewusst gemacht werden - sowohl als Lernerfolg als auch als weitere Lernziele. Analog zur Schwierigkeit im Pflegeprozess die Evaluation fest zu verankern, muss der Gefahr vorgebeugt werden, die Pflegesituation zu funktionalisieren. Die Stärkung der Selbstverantwortung von Schülern und Patienten durch die aktive Beteiligung bei diesem Evaluationsschritt ist als Beitrag zur Persönlichkeitsstärkung und Emanzipation/Förderung der Autonomie zu werten und auch fortzusetzen.

Besonders wertvoll ist die gemeinsame Weiterbildung von Pflegenden aus den verschiedenen Handlungsfeldern - so wird der Blick auf pflegerische Zusammenhänge erweitert und ein Beitrag im Sinne der Vernetzung geleistet. Es existieren auch Erfahrungen in der gemeinsamen berufspädagogischen Weiterbildung von Pflegenden und Rettungsassistenten - Dimensionen der Kooperation im Sinne eines gemeinsamen Pflege- und Behandlungszieles mit den Patienten und der übergreifenden Anleitung von Auszubildenden (z. B. Rettungsassistenten zum Ausbildungseinsatz Krankenhaus).

### **Abschluss für die eingangs gestellten Fragen**

- Wie ist die komplexe Pflegesituation mit all ihren konstituierenden Merkmalen so zu reduzieren, dass sie zur Lernsituation für die den Schüler wird?
- Wie gelingt es, „routinierte“ Situationen immer wieder zum Lernanlass zu gestalten – wie kann die explizite Ausrichtung auf die individuelle Situation gewährleistet werden?

Sind Lösungsmöglichkeiten durch eine qualifizierte praktische Anleitung aufgezeigt worden? Diese gilt es unter dem systemischen Blickwinkel zu gestalten. Der situative Ansatz, der die individuelle Lern- und Pflegesituation berücksichtigt, eröffnet neue Chancen für Lernende und Lehrende und Pflegenden für das Verständnis des Ausbildungsprozesses und den fachlichen Austausch. Ergebnisse der empirischen Erhebung belegen, dass die jeweils vorhandenen, innovativen Potentiale in den verschiedenen Bereichen aufgedeckt und zielgerichtet genutzt werden müssen.

## Weitere Informationen zum Konzept oder zu den nächsten Kursangeboten

PÄDEA, Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen  
Kerstin Schönlau, Rostockweg 19  
48147 Münster  
Tel./Fax: 0251/281506  
e mail: [paedea@t-online](mailto:paedea@t-online.de). De.

## Literatur

Kell, A.: (1989) Berufspädagogische Überlegungen zu den Beziehungen zwischen Lernen und Arbeiten, in: A. Kell, A. Lipsmeier. Lehren und Arbeiten, Beiheft 8, Zeitschrift für Berufspädagogik und Wirtschaftspädagogik, Stuttgart

Knigge-Demal, B.; Rustemeier, A.; Sieger, M.; Schönlau, K. Strukturmodell der praktischen Anleitung, in „Pflege“, Band 6 und 7 1993/1994.

Sieger, M., Schönlau, K. (1998). Lernen und Arbeiten - ein Spannungsfeld. In: J. Osterbrink (Hrsg.), 1. Internat. Pflege-theorien Kongress Nürnberg

## Autorin: Kerstin Schönlau

PÄDEA, Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen, Münster

## Das Mosbacher Modell

zur Hebung der sozialen und praktischen Kompetenz von Krankenpflegeschülern durch die Nutzung planerischer Spielräume aus der gültigen Gesetzgebung über die Ausbildung der Berufe in der Krankenpflege

Jochen Kuhla

Der Einfachheit halber und zu Gunsten der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit bei Personen- und Professionsbezeichnungen jeweils die männliche Form verwendet. Es versteht sich von selbst, dass damit immer auch weibliche Personen- oder Professionsbezeichnungen gemeint sind.

Häufig benutzte Abkürzungen:

IPS = Intensivpflegestation

KLU = Klinischer Unterricht

KrPflAPrV = Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege

KrPflG = Krankenpflegegesetz

## 1 Einleitung

Im April 1996 begann an der Krankenpflegeschule am Kreiskrankenhaus Mosbach die Übergangszeit der Einführung eines neuen Theorie-Praxis-Verteilungsplanes. Wie oft zu beobachten stand am Anfang der Entwicklung nur ein kleiner Vereinfachungswunsch. Die Planung sollte leichter, flexibler werden. Einsatzspitzen sollten gekappt, Schülerunterbesetzungen vermieden werden.

Resultat war ein völlig neues Konstrukt, das maßgebliche Änderungen der Bildungsphilosophie erforderlich machte und alle Bereiche der Ausbildung in erheblicher Form betraf.

Solche planerischen Revolutionen sind riskant, da sie eine nicht rückgängig zu machende Tragweite für Krankenhaus, Krankenpflegeschule und Schüler erlangen. Ein „Probelauf“, der letztlich zurückgenommen werden muss, verschleißt nennenswerte personelle und finanzielle Ressourcen, gefährdet die ordnungsgemäße Ausbildung der Schüler und stört das organisatorische Gleichgewicht und das intrainstitutionelle Klima.

Nach fünfzehn Monaten Anwendung können wir die Einführung des neuen Systems als gelungen bezeichnen und auf breiter Basis - wenn auch gelegentlich nur dulddende - Akzeptanz feststellen.

Diese Arbeit beschreibt, vielleicht exemplarisch, den Weg von den ersten Ideen über Problemkonkretisierung, Zielsetzung, ideelle Hinterlegung, Planentwicklung, Aufbau von Ergänzungsstrukturen, „Public Relations“, rechtliche Absicherung, Implementierung bis hin zur Evaluation. Sie beschreibt auch, welchen bedeutenden Einfluss berufspolitische und soziale Grundeinstellungen der Planer haben. Sie versteht sich als Plädoyer für die Erhaltung der bestehenden liberalen Interdependenzen und gegen stringente Reglementierung.

## 2 Überblick

Was kann an einer Planung für die Verteilung praktischer und theoretischer Anteile der Krankenpflegeausbildung im Hinblick auf die Hebung der Ausbildungsqualität verändert werden?

Die Antwort scheint bisher einfach und sie findet einen breiten Konsens in der berufsständischen Diskussion. Sie lautet: Anhebung der Theorieanteile. Mehr Stunden in Form von Gemeinschaftsunterricht in der Krankenpflegeschule. War seit 1985 per Gesetz ein Minimum von 1600 Stunden vorgegeben, so entschlossen sich die meisten Schulen zu deutlichen Überschreitungen. Bis zu 2000 Schulstunden und mehr werden zu Lasten der praktischen Ausbildung in die Curricula geschrieben. Langfristig muss daraus folgend die Gesamtdauer der Ausbildung angehoben werden (die Vorschläge der Bildungsreformer pendeln sich bei vier Jahren ein), um ein ausreichendes praktisches Repertoire zu garantieren.

Durch diese Maßnahmen soll nicht zuletzt auch die Basis für eine weiterführende Qualifikation geschaffen werden, die Öffnung des Zuganges in die tertiäre Bildung (Hochschulausbildung).

Langjährige Beobachtungen der Ausbildungseffekte lassen darauf schließen, dass zwar eine ansehnliche theoretische Qualifikation aufgebaut werden konnte. Diese scheint aber mehr und mehr zu Lasten der Bereitschaft und Fähigkeit zur beruflichen Verwirklichung in den originären Aufgabengebieten der Pflegekräfte, der Bereitschaft zur Pflege am Bett, zu gehen.

Um in dieser Arbeit eine ideologiebetonte Diskussion zu umgehen, wird in ihrem Rahmen die Richtzielvorstellung des diese Ausbildung durchlaufenden Schülers ohne wertenden Vergleich mit den herkömmlichen oder daraus sich linear entwickelnden Pflegebildungsprogrammen beschrieben. Es wird lediglich auf das zuvor an unserer Schule etablierte System Bezug genommen.

Danach werden ein System der Verteilung von Theorie- und Praxisanteilen der Krankenpflegeausbildung sowie ein Methodenkatalog zur Durchführung, Überwachung und Unterstützung der Praxisausbildung dargestellt, die die Realisierung dieses Zielkonzepts in besonderem Maße fördern.

Da der Entwurf für die Krankenpflegeschule am Kreiskrankenhaus Mosbach entwickelt wurde und davon auszugehen ist, dass ein in allen Teilen und Konsequenzen gleichartiges System an keiner anderen Pflegebildungsinstitution angewendet wird, erhält es im Rahmen dieser Arbeit die Bezeichnung „Mosbacher Modell“.

Im Anhang wird eine Studie vorgestellt, die die Auswirkung des Plans auf die Auszubildenden einer Krankenpflegeschule in Hinsicht auf die Beeinflussung des Verhaltens und der Einstellungen der Auszubildenden untersucht.

### 3 Philosophie

Entgegen der aktuellen Hauptströmung in den Bildungskonzepten entwickelnden Vordenkergruppen baut das Mosbacher Modell auf die horizontale Gliederung. Das heißt, dass es Fachspezialisierung fördert und Hierarchien abbaut.

Neue Konzepte favorisieren die gemeinsame Grundausbildung der Gesundheitsberufe und die nachfolgende Spezialisierung auf die überwiegend Altersgruppenorientierten Aufbau-Ausbildungen. Wir sehen neben einem zwar vorhandenen, aber im Umfang begrenzten gemeinsamen Wissenspool einen großen Anteil spezialisierten Wissens und zielgruppengerichteter Fähigkeiten, in deren Zeichen die Ausbildung - gerade bei integrativer Sichtweise - von Beginn an stehen sollte.

Im Mosbacher Modell hat nach einem betont kurzen Einführungsteil die konsequente Praxisorientierung Vorrang. Einheitliche Grundausbildungskonzepte sind nicht geeignet, die Unterschiede der Berufswelten zu egalisieren, da unterschiedliche Erfahrungen aus den praktischen Arbeitsbereichen (Kinderkrankenpflege, Altenbetreuung, Akutpflege) einen konstruktiven Austausch nicht fördern, eher behindern.

Wird nach neuen Bildungskonzepten die Pflegegrundausbildung als Einstieg in die Karriere auf unterster Hierarchiestufe gesehen, geht das Mosbacher Modell von einem direkten Einstieg in die angestrebte Berufs- und Erfahrungswelt aus. Die Entscheidung zu Gunsten eines Pflegehauptbereiches (Kinderkrankenpflege, Krankenpflege, Altenpflege) ist vom Berufsinteressenten in aller Regel vorher getroffen, kann mit der Wahl des Ausbildungsinstituts auch direkt umgesetzt

werden. Nach der dreijährigen Ausbildung finden nur noch weitergehende funktionsbezogene Spezialisierungen statt. Damit ist Hierarchie nicht abgeschafft, Wurzeln und Verantwortlichkeiten bleiben aber überwiegend auf die gleichen Ziele geheftet. Ein „Ausstieg aus der Pflege“ durch Aufstieg ist nicht vorgesehen.

Damit sollen nicht qualitativ aufwertende Bestrebungen der Berufsangehörigen untergraben werden, sie sollen sich aber aus anderen Quellen als bloßem formalem Aufstieg speisen. Konsequente Förderung erfährt die Erweiterung beruflicher (theoretischer und praktischer) Qualifikationen. Nicht Umetikettierung, sondern überlegte Mischung, sachgerechte Reifungsunterstützung macht aus dem (guten) Wein den gefragten Champagner. Das Mosbacher Modell erklärt die Idee, affektive soziale Fähigkeiten durch kognitive Methoden zu erreichen, zum Trugschluss. Der direkte Kontakt zum systemtheoretisch verstandenen Patient-Umfeld-Gefüge bietet die erforderliche, stetem Wandel unterworfenen Erfahrungswelt, nicht das szenische Spiel, das Rollenspiel, die Theater- oder Videovorführung. Interaktionssituationen bauen sich extrem komplex und dynamisch auf. Sie zu beherrschen, positiv zu beeinflussen, erfordert die Beobachtung im realitätsnahen Wechselspiel. So wie der Flügelschlag des Schmetterlings in China einen Sturm über dem Atlantik auslösen kann (Beliebtes Beispiel aus der Chaostheorie) kann ein Krümel im Bett der Patientin P. die durchschnittliche Verweildauer eines ganzen Klinikgeschäftsjahres beeinflussen. Dafür gilt es bei den Auszubildenden Einsicht zu entwickeln.

So schnell und flexibel auf veränderte Bedingungen zu reagieren ist, so flexibel und dynamisch muss das „Behältersystem“ sein. In Mosbach wehrt man sich deshalb gegen stringente, vereinfachende curriculare Festlegung und erklärt die Vorgaben der KrPflAPrV als ausreichend. Darauf aufbauend erhält jeder Fachdozent die Freiheit (und den Auftrag), neueste Erkenntnisse, veränderte Schwerpunkte aus seinem Arbeitsbereich, in den Unterricht einzuführen und durchzusetzen. Das wird von der Institution beobachtet aber nur schwach gelenkt.

Stark begrenzend wirkt der zeitliche Faktor. Die Gründe dafür werden später ausgeführt. Die Fachdozenten müssen sich am zeitlichen Rahmen orientieren. Überschreitungen der eng festgelegten Terminverteilung sind nur unter besonderen Bedingungen möglich. Das zwingt zur Lehrökonomie und zur drastischen Reduzierung von Leerräumen und ineffektiver Methodenwahl.

Neben der Aktualität wirkt die Verwertbarkeit auf die Schwerpunktsetzung ein. Häufiges, Alltägliches hat Vorrang vor Extraordinärem, Seltenem. So betrachtet verbietet sich die curriculare Gleichschaltung, da sie beiden Basismotiven entgegensteht.

Maß bleibt der Lerneffekt. Also nicht der schnelle sondern der ergebnisreiche Unterricht ist Ziel. Das erfordert eine engmaschige und detailgenaue Leistungsanalyse im theoretischen und im praktischen Ausbildungsteil. Zu diesem Zweck wurde bereits lange vor Umstellung des Theorie-Praxis-Verteilungsplans ein umfangreiches Evaluationssystem mit auf Ausbildungsepochen bezogenen Dozentenkonferenzen und damit verbundenen Informations- und Beratungsgesprächen installiert.

Die genaue Beschreibung dieses Evaluations- und Korrektursystems bedarf wegen seiner Komplexität einer gesonderten Darstellung. Leitlinie ist die Gleichstellung und intensive Verbindung von theoretischer und praktischer Ausbildung, die theoretische Aspekte zum integralen evaluierten und zum quantitativ wie qualitativ dokumentierten Bestandteil der Praxisausbildung macht. Theorie wird nicht mit Praxis verknüpft, sondern wird Praxis und umgekehrt.

#### 4 Postulate

Das Modell bezieht aus dieser Philosophie Grundannahmen, Postulate, deren Anerkennung für eine Übernahme des Modells vorauszusetzen ist:

- **Postulat I:** Die Hebung der Ausbildungsqualität und der Kompetenz der Absolventen ist gänzlich ohne neue Gesetze oder Bildungsmuster zu erreichen. Auf diesem Weg ist die Verbesserung des öffentlichen Ansehens und der gesellschaftlichen Stellung des Pflegepersonals schnell und ohne weitere Zugeständnisse des Gesetzgebers oder möglicherweise konkurrierender Berufsgruppen im Gesundheitswesen erreichbar.
- **Postulat II:** Eine weitere Annäherung an das öffentliche Bildungswesen ist nicht wünschenswert, da dieses durch überzogene Reglementierung und Hierarchisierung unflexibel und statisch ist. Das entspricht Feststellungen vor allem aus akademischen Lehrer- und Erziehungswissenschaftler-Kreisen und von Gremien der Bildungsgewerkschaften, aber auch der praktizierenden Lehrerschaft.
- **Postulat III:** Aus denselben Gründen ist eine weitere Einengung durch curriculare Standards abzulehnen. Zwar wird derzeit eine Vereinheitlichung der Krankenpflegeausbildung auf breiter Basis gefordert, begründet wird das aber eher aus berufspolitischen als aus qualitätsbezogenen, praktischen Erwägungen. Ein schnellentwickelndes Berufsfeld muss ein schnell reagierendes Ausbildungssystem haben. Vor allem ist ein Hauptausbildungsziel, dass die Auszubildenden auch im Status examinierter Pflegekräfte entwicklungs-fähig und wandlungsmotiviert bleiben. Der Standard von heute ist bereits seit gestern veraltet. Das lernt und versteht nicht, wer im eigenen Bildungssystem und im beruflichen Umfeld mit einer unüberschaubaren Zahl von Regelwerken und immer dichter werdenden Standardvorgaben konfrontiert ist.

Die meisten Energien und zeitlichen Ressourcen erschöpfen sich im Abgleich der Tagesarbeit mit den Handlungsvorgaben. Von kritischer Reflexion und Erneuerung kann dann nur noch geträumt werden.

- **Postulat IV:** Die Pflegeberufe sind eine Profession mit überwiegend praktischem Tätigkeitsprofil. Das bedeutet, dass dem auch in der Ausbildung durch inhaltliche (nicht nur zeitliche) Nutzung der praktischen Ausbildungsphasen Rechnung zu tragen ist. Es entbehrt jeder Grundlage, dass das Verhältnis der lehrerbegleiteten Theoriestunde 1:1, das der lehrerbegleiteten Praxisstunde aber im Mittel 1:1000 (!) ist. Dadurch wird die Entwicklung der Mehrzahl der Berufsqualifikationen dem Zufall überlassen.

## 5 Problemstellungen und Lösungen

Eine Vielzahl von Gruppen inner- und außerhalb der ausbildenden Klinik haben Ansprüche an die Ausbildungsgestaltung und die Ziele, das „was hinten rauskommt“, anzumelden. Schüler sollen gut ausgebildet, qualifiziert sein. Sie sollen hohe und vor allem gleichmäßige Praxispräsenz haben, aber Höchsteinsatzdichten sollen nicht überschritten werden. „Gute“ Schüler will man länger, „schlechte“ nicht so lange (am liebsten gar nicht). Ein Fachgebiet ist interessant, das andere langweilig. Sie sollen theoretische Kenntnisse in der Praxis vertiefen, anwenden können, sollen aber nicht dieses ganze „praxisferne Schulzeugs“ einschleppen. Sie sollen selbstverantwortlich, kritisch aber auch leicht führbar sein und mal „fünfe grade sein lassen“. Sie sollen sich für ihr Fortkommen einsetzen, den Stress selbst aber nicht steigern, sollen außerdem, wenn schon im Dienstplan geführt, auch als Arbeitskraft verfügbar sein. Sie sollen klinikrelevant, aber auch für die weiterführenden Aufgaben ihrer beruflichen Zukunft ausgebildet sein.

Das ist trivial, so geht's nicht. Berechtigten Forderungen und Abneigungen der Stationen stehen berechnete Forderungen und Abneigungen der Schüler und solche der Ausbildungsstätte gegenüber.

Hier **müssen** Kompromisse eingegangen werden. Flexible Regelungen sind starren Festlegungen vorzuziehen, wobei natürlich immer der Gleichbehandlungsgrundsatz im Auge zu behalten ist.

In den folgenden Absätzen wird versucht, die Erfordernisse und konstruktiv motivierte Wünsche der Beteiligten in Form strategischer Problemlösungsprozesse zu ermitteln, darzustellen und zu gewährleisten.

## 5.1 Schüler

### 5.1.1 Bedeutung von Qualifikation und Einstellung für die Zielgruppe

#### Allgemeines

Als langjährig in der Ausbildung von Pflegekräften beschäftigter Lehrer stellt man vor allem eines fest: Die Problemstellungen, die Schüler vortragen, sind in Bezug auf den Inhalt der Forderungen heterogen, oft gegensätzlich und, so scheint es zumindest, stehen häufig prinzipiell oppositionell zu gegebenen Rahmenbedingungen.

Das ist eigentlich auch zu erwarten, da sie in aller Regel ja nur die Ausgestaltung der eigenen Schule kennen, sich Forderungen also auch nicht auf ein Spektrum an Erfahrungen beziehen können. Außerdem fehlt zumeist noch der ausgeprägte berufspolitische Hintergrund, der erheblichen Einfluss auf die Schwerpunktsetzung der Berufsausbildung hat.

Dies zu erkennen und damit konstruktiv umzugehen, ist sicherlich eines der Hauptmerkmale einer verantwortungsbewussten Ausbildungsplanung. Wie soll man beispielsweise mit der von Schülern in Kursstärke vorgebrachten Klage umgehen, es werde zu viel klinischer Unterricht gemacht, an anderen Schulen sei das unüblich, die Schüler dort hätten es bedeutend leichter. Desgleichen mit dem argumentativ ähnlich hinterfütterten Vorwurf, es würde so viel von den Schülern verlangt, dass sie von Anfang an zu Hause nachlernen müssten.

Sollen deshalb der klinische Unterricht und die Lernzielkontrollen abgeschafft werden?

Inwieweit auf Forderungen dieser Art eingegangen werden kann, liegt in der übergeordneten Selbstdefinition der Schule, dem Berufsbild der Lehrenden begründet.

Nur unter Berücksichtigung dieser Faktoren lässt sich die Richtung der Zielsetzung vereinheitlichen und nur so sind vernünftige Lösungsstrategien zu ermöglichen.

#### Problematisierung/Hypothesen

Die wichtigsten Problemstellungen im Zusammenhang mit der durch Ausbildung vermittelten Qualifikation.

- Die Unterrichtsangebote sind zwar in aller Regel umfassend und stark an zugrundeliegenden Curricula orientiert, aufgrund dessen können sie sich aber auch nur langsam zeitgemäßen Strömungen anpassen. Die Ausbildungsmuster sind zu wenig evaluierend und kaum individualistisch.
- Die Qualifizierung ist prüfungsorientiert, weniger auf die berufliche Weiterentwicklung ausgerichtet. Deshalb ist beispielsweise die Methodenwahl eher statisch, nicht dynamisch. Ergebnisse sind festgelegt, deterministisch, nicht offen und prozessgesteuert änderbar.
- Die Schüler nutzen kaum Unterrichtsmaterialien, die kurzfristig aktualisierend sind, wie Fachzeitschriften, Computernetz-gestützte Informationsmedien. Weder Einsicht noch Bereitschaft zur Hinterfragung und Aktualisierung ihrer Kenntnisse und Fertigkeiten, geschweige denn die Befähigung dazu wird so ausgebildet. Die immer noch (unter anderem auch deshalb) festzustellende Trägheit in der Entwicklung und Aktualisierung des methodischen Pools der examinieren Pflegenden wird wegen der an sie weitergegebenen Ausbildungsverantwortung praktisch unverändert oder nur minimal verändert an die Schüler „vererbt“. Kurze schulische Korrekturperioden verpuffen fast wirkungslos.
- Die stark formulargebundene Pflegeweise, die einst aus unhinterfragter Dokumentationswut und daraus folgender Überstandardisierung erwuchs, kanalisiert und verodet die Fähigkeit zur umfassenden, individuellen, patientenbezogenen Situationsanalyse. Wichtige Eigenschaften, Bedingungen und Zusammenhänge werden nicht erkannt, den resultierenden Problematiken nicht entgegengewirkt.
- Pflegerische Standardsituationen der Grundversorgung werden immer weniger zur Vervollständigung dieser Analysen genutzt, wirken dadurch belastend und werden an minder oder gar nicht qualifiziertes Personal abgegeben. Stattdessen werden scheinbar besser geachtete, meist aber patientenfernere Aufgabenstellungen bevorzugt.
- Wesentliche Aufgaben des sozialen, kommunikativen Bereiches werden nicht wahrgenommen. Die Schüler erwerben dadurch funktionelle Arbeitsorientierung, ein funktionalistisches Menschenbild, in dem menschliche Problematiken und Defizite störend wirken und deshalb vermieden oder unterdrückt werden. („Für mich ansprechbar war eigentlich nur die Putzfrau“).
- Ebenfalls folgernd aus dem funktionalistischen Management werden hierarchische Weisungsmuster verstärkt angewendet. Unzufriedenheit mit der Leistung des Schülers wird selten in begründete Zusammenhänge gestellt und pädagogisch aufgearbeitet, sondern durch unerklärte Strafmaßnahmen unterdrückt. „Gut“ ist der Schüler, der schnell, sicher und reibungslos, meist weit über seine Kompetenzen hinaus, funktioniert, „schlecht“ ist der vorsichtige, hinterfragende, gelegentlich Aufträge zurückweisende, neugierige Schüler.

- Echte Ausbildung und Prüfung erfordern dagegen veränderte, Zusammenhänge berücksichtigende, assoziative Denk- und Handlungsweisen. Die Schüler sind auf sich an diesem Prinzip orientierende praktische Leistungskontrollen/Prüfungen schlecht vorbereitet. Prüfungssituationen sind auch dadurch angstbesetzt.
- Konstruktive Beteiligung am Stationsgeschehen und der Weiterentwicklung der ausbildenden Abteilungen wird oft nicht gewünscht. Die Schüler bleiben während kurzer Einsatzphasen (mit individuellen Abweichungen) außenstehend.
- Überschreitet die Dauer eines Unterrichtsblocks die Zwei-Wochen-Marke, ist ein deutlicher Abfall der Auffassungsfähigkeit und der Nachlernbereitschaft der Schüler zu erkennen. Der Zeitaufwand für die Implantation von Fachwissen steigt ab diesem Zeitpunkt exponentiell. Der Abstand zur täglichen Arbeitsumwelt wächst, die Fähigkeit zur Übertragung des erworbenen Wissens in die Praxis wird geringer. Lange Praxiseinsätze vergrößern den empfundenen Abstand zur Theorie. Wieder lässt die Transferbereitschaft nach und die Motivation zu erhaltendem Lernen fällt.

## Ziele

- Die Schüler verfügen nach Abschluss des Lehrgangs über sämtliche Kenntnisse und Fertigkeiten, die durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgegeben sind, bzw. sich daraus in Anpassung an neuere wissenschaftliche Erkenntnisse aus Medizin, Natur- und Sozialwissenschaften und Technik ergeben haben. (Klassisches Ziel der theoretischen Ausbildung)
- Die Schüler setzen nach Abschluss des Lehrganges ihre theoretischen Kenntnisse reflektiert, verantwortlich und konsequent kooperativ in der praktischen Arbeit an den in ihrer Obhut befindlichen Patienten um.
- Die Schüler kennen die neuesten Methoden zur Ausführung von Pflegehandlungen. Sie wenden sie sicher und auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt an. Sie machen sich über das selbständige Studium von Fachliteratur, aktuellen Veröffentlichungen und Fortbildung über mögliche Neuerungen kundig, untersuchen sie auf Nutzen und Übertragbarkeit, betreiben im Kollektiv und in vorbestehenden Arbeitsgruppen die Anwendung an ihrem Arbeitsplatz.
- Die Schüler wenden auch in Standardsituationen ihre speziellen Fähigkeiten an, um beispielsweise gefährliche Veränderungen frühzeitig zu erkennen, Folgeschäden vorzubeugen, Gefahren durch falsche Ausführung einfacher Tätigkeiten abzuwenden, die sozialen Bedürfnisse der Patienten zu befriedigen.

- Standardsituationen und spezielle Maßnahmen werden grundsätzlich vor dem Zielaspekt der Befähigung des Patienten zur Selbsthilfe und seinem Bedürfnis nach Integrität und Unabhängigkeit seiner Person geplant und ausgeführt.
- Der Patient wird als bestimmender Faktor für die Planung und Ausführung der Pflegemaßnahmen anerkannt und berücksichtigt.
- Soziale Kompetenz befähigt die Schüler zur Krisenbegleitung, Motivierung, Unabhängigkeit während der Führung, personengerechten Kommunikation mit dem Patienten.
- Die Schüler tragen Kritik sachbezogen und argumentativ abgesichert vor, nehmen Kritik an und setzen sie konstruktiv in Verhaltensänderungen um.
- Schüler erkennen und übernehmen ihre Verantwortung für die Entwicklung eines Teams und eines Individuums im kollegialen Umfeld. Sie sind in der Lage, Leistungen zu analysieren, fachgerecht anzuleiten und zu fördern.
- Schüler sind in Theorie und Handlungskompetenz auf Leistungskontrollen (z. B. Abschlussprüfungen oder Nachgraduierungen) vorbereitet und in der Lage, Prüfungsstress zu beherrschen und in Leistungsverbesserung umzusetzen.
- Die Schüler übernehmen nach der staatlichen Anerkennung Verantwortung im neuen Arbeitsfeld, tragen zu dessen Entwicklung und zur eigenen Fortentwicklung im Sinne der Zielsetzung der eigenen Ausbildung bei.
- Während der Gesamtdauer der theoretischen Ausbildung bleiben die Schüler auch auf ihr praktisches Handlungsfeld bezogen. Während der Gesamtdauer der praktischen Ausbildung bleiben die Schüler auch auf ihr theoretisches Handlungsfeld bezogen.

## Lösungsansätze

### Allgemeines

Für die Schule am Kreiskrankenhaus Mosbach gilt, dass die Qualität der praktischen Ausbildung der theoretischen gleichzusetzen ist.

In beiden Teilen der Ausbildung sollen starke und schwächere Schüler intrinsisch aber auch extrinsisch so weit motiviert werden, dass sie nahe an das Maximum ihrer Leistungsfähigkeit gelangen. Schüler, die, aus welchen Gründen auch immer, eine untere „Schwellenleistung“ nicht erreichen, werden zunächst verstärkt gefördert, dann in Hinsicht auf eine berufliche Umorientierung beraten.

## Konkretisierung

Im Wesentlichen werden vier Eingriffe in die Ausbildungsplanung gemacht, die bereits zur Verwirklichung der Mehrzahl der Ziele führen.

- Die hochfrequenten Einsatz-Block-Wechsel mit hohen Gesamtverweildauern in Standardbereichen bewirken, dass sich der Schüler sowohl in der Schule als auch auf den Stationen assimilieren kann. Trotzdem kommt es nicht zur „mentalen Entkoppelung“. Neu erworbenes Wissen kann schnell in die Praxis übertragen, erprobt und im bald darauf folgenden Block hinterfragt werden. Über eine Woche bleibt die volle geistige Leistungsfähigkeit erhalten. Ermüdungserscheinungen treten nicht auf. Dadurch steigt die Blockausnutzung erheblich.
- Klinischer Unterricht wird als Standard-Ausbildungskomponente etabliert. Er verknüpft theoretischen und praktischen Teil zu einem festen Gewebe, in dem Trennlinien (Nähte) fast nicht mehr wahrzunehmen sind. Die Lehrkräfte vermitteln Ausbildungsinhalte und Werte, die im „normalen Stationsablauf“ in den Hintergrund gedrängt sind, wie individualisierte Förderung und Aktivierung, Empathie, situationsgerechte Kommunikation. Die Anwesenheit des Lehrers wird selbstverständlich, damit auch das Üben und Annehmen von Kritik, die Vorkommnis-bezogene Beratung, die Evaluation praktischer und theoretischer Leistungen.
- Die Anrechnung von Teilen des klinischen Unterrichts auf die theoretische Ausbildung. Das ist eines der ganz besonderen Merkmale des Mosbacher Modells. Nach Absprache mit der zuständigen Überwachungsbehörde, dem Regierungspräsidium, wurde vereinbart, dass überwiegend theoretische Inhalte des klinischen Unterrichts (z. B. Vor- und Nachgespräch), sofern dieser von einer speziell dafür pädagogisch-didaktisch geschulten Kraft abgehalten wird, auf die theoretischen Ausbildungsstunden angerechnet werden darf. Die KrPflAPrV spricht in §1 Abs 1 von der Anrechenbarkeit von „praktischem Unterricht“.
- Die Reduzierung der geplanten theoretischen Ausbildungsstunden auf das absolute Minimum des nach dem KrPflG vertretbaren. Von 1780 Unterrichtsstunden, nach dem alten System, wurde auf 1640 Stunden geplanten theoretischen Unterricht ohne Berücksichtigung von kalenderbedingten Ausfällen zurückgefahren. Unter normalen Bedingungen bedeutet dies, dass der Krankenpflegeschüler eine vorher nicht eindeutig zu bestimmende Anzahl theoretischer Ausbildungsstunden auf dem Weg über KLU erwerben muss, um sicherzugehen, das gesetzliche Minimum für die Zulassung zur staatlichen Prüfung zu erreichen. Diese Tatsache steigert die Motivation zur Inanspruchnahme klinischen Unterrichts natürlich ganz erheblich.

- Durch die Art der Gestaltung des KLU, dessen Vorbereitung und Evaluation werden gleich mehrere der vorgegebenen Ziele erreicht, wie aktive und passive Kritikfähigkeit, Entwicklungsmotivation, Patientenbezogenheit, soziale Kompetenz, systemtheoretischer Pflegeansatz.
- Die Ausführung dieser Zusammenhänge würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen und eine eigene Abhandlung rechtfertigen.
- Eines bleibt jedoch hervorzuheben. Klinischer Unterricht ist an Intensität und Wirksamkeit durch keine andere Methode zu überbieten. Ein Lehrer steht im unmittelbaren Kontakt und Austausch mit einem Schüler. Die Lehrsituation kann personenbezogen entwickelt, Störungen und Fehlentwicklungen erkannt und an Ort und Stelle bearbeitet und korrigiert werden.

### 5.1.2 Zielgerichtete Gestaltung der Ausbildungsrahmenbedingungen

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen verfolgt in Bezug auf die Schüler im Wesentlichen ein Richtziel: Bei höchster Flexibilität sollen die Schüler Entscheidungsfreiräume und planerische Freiheit erhalten. Dem sind durch eine Reihe organisatorischer und aus Gesetzesvorgaben resultierender Bedingungen Grenzen gesetzt. Das entspricht aber durchaus der Realität des Berufsalltages. Die Schüler lernen durch die weitgehend eigenverantwortliche Verteilung ihres Jahresurlaubs und die Planung und Vorbereitung ihr KLU den reflektierten Umgang mit zeitlichen Variablen und Dienstplichten. Bei sinnvoller Nutzung erfahren sie, dass Belastungen reduzierbar sind und vorausgreifende Planung Zufriedenheitsgewinn bringen kann.

## 5.2 Sichtweise der Einsatzstellen

### 5.2.1 Ansprüche an Qualifikation und Einstellungen der Schüler

#### Allgemeines

Wenn seitens der Einsatzabteilungen eine gewisse Eingangsqualifikation der Krankenpflegeschüler erwartet wird, so besteht nicht nur wegen der Anrechnung der Schüler auf den Stellenplan ein Anrecht auf diese Forderung.

Immerhin sollen ja auch die examinierten Pflegenden ihre Arbeitskraft, Qualifikation und Motivation in den Dienst der Ausbildung stellen. Im weiteren Sinne ist hier also durchaus von einem Tauschgeschäft zu sprechen, bei dem, um Gewinn einzubringen, investiert werden muss.

Die permanente Präsenz der Lehrenden auf den Stationen öffnet Kanäle für formelle und informelle Kommunikation, die der „Kopf-Schule“ verschlossen bleiben. Gespräche am Runden Tisch können ad hoc geführt werden. Sie tragen zur frühzeitigen Lösung von Problemen und Missverständnissen im Station-Schüler-Lehrer-Dreieck bei, die sich ohne Austausch zu zentralen Konflikten ausweiten.

Außerdem sollte eine Berufsausbildung auf sämtliche Aspekte der Berufstätigkeit vorbereiten. In künstlichen Umgebungen ist das nicht möglich. Sofern pädagogisch und didaktisch vertretbar, sollen die Alltagsbedingungen auch für den Auszubildenden gelten. Denn auch das ist Ausbildung.

Problematiken, die bereits unter 5.1 behandelt wurden, können auch die Einsatzstellen betreffen, werden aber hier, falls dort bereits Lösungsmöglichkeiten ausgeführt wurden, nicht mehr aufgegriffen.

### Problematisierung/Hypothesen

- Die Qualifikation eines Krankenpflegeschülers, versteht man darunter das Spektrum von Pflegetätigkeiten, die ihm mit wachsender Verselbständigung übertragen werden können und den organisatorischen und auf Fachwissen bezogenen Kenntnisstamm, ist nicht nur abhängig vom Ausbildungsstand, sondern auch von der Dauer seines Einsatzes auf einer Station. Erst nach einer längeren Einarbeitungszeit ist der Schüler also mit immer spezifischeren Aufgaben zu betrauen. Bei Einsätzen mit acht- bis zehnwöchiger Dauer erreicht er die dafür erforderliche Qualifikation nicht sicher. Ist er auf breiter Basis einsetzbar, wird er meist schon wieder versetzt.
- Die Aufgabenstruktur sollte sich am theoretischen Ausbildungsstand orientieren. Diese Forderung der Schulen ist sinnvoll und nachvollziehbar. Das Kenntnisprofil ändert sich aber von Kurs zu Kurs. Eine individuelle Zusammenstellung der Aufgaben- und Ausbildungsangebote in der Praxis ist unter diesen Bedingungen sehr schwierig.

### Ziele

- Die Schüler sind für die speziellen Aufgaben der Fachabteilung qualifiziert. Ihre Kenntnisse und Fertigkeiten stehen der Station, die sie vermittelt hat, eine ausreichende Zeit, während der sie auch weiter gefestigt und verfeinert werden, zur Verfügung.

- Die Beauftragten der Ausbildungsabteilungen sind genau über den Ausbildungsstand der einzelnen Schüler informiert und passen die Anleitung dieser Information an.

## Lösungsansätze

- Auf den Standardabteilungen dauert die Mehrzahl der Einsätze insgesamt mehr als 15 Wochen.
- Sämtliche Abteilungen werden in regelmäßigen Abständen detailliert über den Stand der theoretischen Ausbildung informiert. Zu diesem Zweck wird ein Rundlauf mit hohem Wiedererkennungswert, leicht lesbar und mit weiteren aktuellen Informationen verknüpft, etabliert.
- Vor Einsatzbeginn, im Rahmen eines Vorstellungsgesprächs, wird ein standardisiertes Informationsgespräch geführt, das sogenannte „Einsatzvorgespräch“. In dessen Rahmen werden weitere Angaben zum individuellen aktuellen Ausbildungsstand des Schülers und zum Ausbildungsangebot der Station ausgetauscht. Ein Vorplan für den Ausbildungsverlauf wird festgelegt.

### 5.2.2 Nivellierung der turnusbedingten Schwankungen der Schülerzahl

#### Allgemeines

Eines der größten Probleme der Einsatzplanung im Rahmen der Krankenpflegeausbildung ist die gleichmäßige Verteilung der Schüler auf die Einsatzbereiche ohne Einsatzspitzen und Einsatzlöcher. Da jeweils eine Kursstärke für den Unterricht abzuziehen ist, Urlaube, Außen- und Funktionseinsätze zu vergeben sind, ist das sehr schwer zu realisieren. Hinzu kommen Kapazitätsgrenzen der Einsatzstellen.

Je größer und variantenreicher die Elemente Unterrichtsblocks und Praxiseinsätze dimensioniert sind, desto schwieriger ist ihre kompakte, sinnvolle Anordnung. Vergleichbar ist das vielleicht mit dem Versuch, eine Kiste möglichst effektiv, das heißt ohne ungenutzte Zwischenräume, zu füllen. In Größe und Form verschiedene Komponenten, Findlinge, erschweren die Aufgabe ganz erheblich, während gleichförmige, klein und glatt dimensionierte Bausteine sehr flexibel, bedarfsgerecht und kompakt zusammengefügt werden können.

Durch die kurseinheitliche Vergabe des Jahresurlaubs, 26 Tage pro Schüler und Jahr, entstehen im Gesamtplan 15 Wochen, während derer jeweils ein kompletter

Kurs nicht zur Verfügung steht. Urlaub wird damit zum festen belastenden Bestandteil des Einsatzplanes.

### Problematisierung/Hypothesen

- Durch lange Blockphasen, eine Vielzahl von in Außeneinsätzen befindlichen Schülern und festgelegte Urlaubstermine schwankt die Zahl der Schüler, die auf den Abteilungen eingesetzt sind, erheblich. Eine gleichmäßige Personaldichte ist dadurch planerisch nicht zu erreichen.
- Bei knappen Besetzungen ist eine Freistellung von Schülern für den klinischen Unterricht nicht immer möglich. Klinische Unterrichte müssen deshalb gelegentlich verlegt oder abgesagt werden.
- In kleinen Abteilungen, wie Endoskopie, Säuglingszimmer, Kreißsaal und in Außeneinsätzen macht sich eine geringe Überschreitung der anzustrebenden Schüler-Höchstzahl sofort bemerkbar. Gerade diese Abteilungen sind aber Nadelöhre, durch die nach Möglichkeit alle Schüler durchgehen sollten.

### Ziele

- Die für die Station verfügbare Arbeitsleistung der Schüler bewegt sich stets innerhalb eines Toleranzbereiches, der erhebliche Über- und Unterbesetzungen ausschließt.
- Das Verhältnis zwischen verfügbaren Mentoren und anzuleitenden Schülern befindet sich im permanenten Gleichgewicht.
- Die Schüler können ohne erhebliche Störung des Tagesablaufs für Klinischen Unterricht mit den Lehrkräften freigesetzt werden.
- Die Schülerzahl auf kleinen Einsatzbereichen überschreitet nur in Ausnahmefällen die von den Abteilungsleitungen festgelegten Höchstwerte. Trotzdem erhält jeder Schüler die Gelegenheit, auch sehr spezielle Aufgabenbereiche kennenzulernen.
- Unterbesetzungen, die durch den gesamten Kurs betreffende Freistellungen entstehen, werden auf ein tragbares Minimum reduziert.

### Lösungsansätze

#### Schnellwirksame Instrumente zur Kompensation von Einsatzspitzen

- Die „men-power“ wird nicht nach Köpfen sondern nach verfügbarer Arbeitsleistung berechnet. Regulativ wirksam ist dann nicht mehr ausschließlich die

Planung freier Tage, sondern auch die Freisetzung zu Ausbildungszwecken. Prinzip: Was nützlich für die Station ist, wird gleichzeitig förderlich für die Ausbildung. Synergismus statt Konkurrenz.

- Einzel- und Gruppen-KLU: Während der planungsbedingten KLU-Wochen besteht ein erwünschter erheblicher Schülerüberhang auf den Stationen. Diese Überzahlen sind für die Ausbildung zu nutzen. Im Rahmen ihrer Kapazitäten übernimmt das Personal der Krankenpflegeschule klinischen Unterricht. Während in Blockwochen nur höchstens ein klinischer Unterricht pro Lehrkraft pro Tag ausgeführt werden kann, bietet in der KLU-Woche jeder Lehrer drei klinische Unterweisungen pro Tag an. In diesem Rahmen können auch mehrere Schüler zu Gruppen zusammengefasst werden.
- Paarbildungen: Soweit für die Stationsbesetzung vertretbar, werden verbleibende Schüler mit ihren Mentoren oder mit Schülern höherer Kursstufen zu einem „Dienstplan-Objekt“ zusammengefasst. Das heißt, zwei Personen wirken organisatorisch wie eine Person. Im Rahmen dieser Paarbildung soll Ausbildung betrieben werden. Die Schüler lernen Abläufe durchschauen und planen.
- Freistellungen für Projekte: In besonderen Fällen werden Schüler mit besonderen Interessen nach Absprache mit der Pflegedienstleitung für Projekte freigestellt, die der Ausbildung dienen und deren Ergebnisse auch vom Krankenhaus nutzbringend eingesetzt werden können. Beispielsweise wird eine auf Schülerinitiative gegründete Projektgruppe „Pflegeplanung“ während dreier hintereinander folgender KLU-Wochen von den Stationsaufgaben entbunden, um ein neues Konzept für die ganzheitliche Informationssammlung und die Umsetzung in Pflegeplanung zu entwickeln. Die Arbeit wird von den Unterrichtskräften betreut.

## Urlaubsflexibilisierung

Traditionell festgelegte Planungsteile können durch konsequente Freigabe und Überantwortung in die Planungskompetenz der Schüler zu allseitigem Nutzen eliminiert werden.

Konkret wurde dieses Konzept folgendermaßen umgesetzt. Aus dem urlaubsfreien Einsatzplan wurde die Besetzung der Allgeminestationen nach Kurszugehörigkeit abgelesen. Eine kursdifferenzierte Mindestbesetzung der Fachabteilungen wurde festgelegt. Die Differenz, ein Schülerüberhang, wird in Form dreiwöchiger Urlaubselemente in einem Urlaubsplan angeboten. Die Schüler können sich nun, sofern für ihren Kurs und ihre Einsatz-Fachabteilung ein Element frei ist, für zwei oder drei Wochen Urlaub eintragen. Außerhalb dieses Planes ist Urlaub in allen Funktionseinsätzen, die nicht auf die Mindesteinsatzzeiten der Gruppe 1 und 2

(Innere Medizin und Chirurgie) angerechnet werden, möglich. Generelle Urlaubssperre gilt für Blockzeiten und Einsätze der Gruppen 3 und 4 nach KrPflAPrV Anhang 1 (Gynäkologie/Urologie und Psychiatrie/Kinderkrankenpflege/Gemeindekrankenpflege).

Was vorher undenkbar war, dass Schüler Ihren Jahresurlaub auf zwei Saisons verteilen und auf die Urlaubsplanung eines Partners abstimmen, ist jetzt bei frühzeitiger Festlegung problemlos möglich. (Genauerer zur Urlaubsplanung unter „6.1.3 Urlaub“:)

### 5.2.3 Besondere Situation der externen Einsatzstellen

#### Problematisierung

Nach dem ursprünglichen Konzept wurden Einsätze auf den Außeneinsatzstellen so geplant, dass kleine Schülergruppen (Psychiatrie 5, Gemeinde je 2) perlschnurartig zur Außeneinsatzstelle abgeordnet wurden. Waren sämtliche Schüler eines Kurses auf einer Einsatzstelle, begannen die Einsätze des Folgekurses. Wie in „grobbausteinigen“ Plänen üblich, entstanden auf den Abteilungen Intervalle hoher Schülerdichte, die sich mit „Nullperioden“ abwechselten. Außerdem begann der Turnus jeweils im April mit Absolventen des Grundkurses, deren Qualifikation sich im Verlauf des zweiten Jahres erst nach und nach aufbaute.

#### Ziele

- Über das Ausbildungsjahr verteilt bleibt die Einsatzhäufigkeit bis auf kleinere Schwankungen gleich.
- Es sind permanent Schüler unterschiedlicher Ausbildungsstände eingesetzt.
- „Neulinge“ treffen jeweils auf einsatzerfahrene Schüler, die ihnen in der fremden Situation der externen Einsatzstelle Vertrautheit und Orientierung vermitteln.

#### Lösungsansätze

Einsätze in den Außeneinsatzstellen sind konsequent auf das zweite und dritte Ausbildungsjahr zu verteilen. Das heißt, dass in der Psychiatrie immer, in Sozialstationen überwiegend gleichzeitig Schüler aus zwei Ausbildungsstufen eingesetzt sind. Dadurch ist gewährleistet, dass, zwar in leicht variierender Dichte, stets Schüler vor Ort sind.

Am Beispiel der Psychiatrischen Abteilungen wirkt sich das Mosbacher Modell so aus: Die Einsätze werden insgesamt länger, da sie durch Theorieanteile unterbrochen sind. Durch eine Verkleinerung der Einsatzgruppen auf maximal 3 Schüler eines Kurses wird die Einsatzphase des Gesamtkurses auf fast zwei Jahre verlängert. So wird erreicht, dass jeweils zwei Schüler des Mittel- und des Oberkurses gleichzeitig vor Ort sind. Da sich deren Blockpläne an keiner Stelle überlagern, sind nun unterbrechungsfrei Schüler eingesetzt. Während der Unterrichtswochen allerdings für kurze Zeit in verminderter Dichte.

### 5.3 Lehrpersonal

#### 5.3.1 Allgemeines

Ein Ausbildungskonzept mit der Tragweite des Mosbacher Modells ist in Umstellung und Erhaltung in entscheidendem Maße von der Mitwirkung der beteiligten Lehrkräfte abhängig. Aber das ist keine Besonderheit des Mosbacher Modells. Überall steht und fällt die Qualität der Ausbildung mit der Motivation, dem Können, der Erfahrung und der Einsatzbereitschaft der Lehrenden. Sie sind einer beachtlichen Mehrbelastung ausgesetzt. Die Gewichtung affektiver Lernziele verlangt überzeugtes Einstehen für die angewandten Konzepte. Dies benennt man: nach innen gerichtete Identifikation.

Wie in allen „Aufbruchgesellschaften“ erfordert es Entschlossenheit, sich mitten im Strom aufzurichten und die Richtung zu ändern. Viele Aussagen und Konsequenzen aus der vorliegenden Arbeit enthalten Streitpotential. Um in dieser referenzlosen Umgebung nicht die Orientierung zu verlieren, braucht es andauernde Diskussion und Hinterfragung im konstruktiven Team. Dies benennt man: nach außen gerichtete Identifikation.

Die oben beschriebenen Ausbildungsziele, besonders wo sie den affektiven Bereich berühren, lassen sich nicht per Verordnung realisieren. Ein hohes Maß an persönlicher Kompetenz und, vielleicht etwas pathetisch, „Liebe zum Menschen“ sind Grundvoraussetzung.

Rein arithmetisch betrachtet verfügt die Krankenpflegeschule am Kreiskrankenhaus Mosbach über eine gute Ausstattung mit Lehrpersonal. Auf dem Stellenplan finden sich 4,13 Planstellen für Lehrer für Pflegeberufe bei 62 Auszubildenden. Aus verschiedenen Gründen werden die Stellen derzeit so verteilt: 3,5 voll ausgebildete Lehrer für Pflegeberufe (ausgebildet nach dem herkömmlichen Weiterbil-

dungssystem, die 0,5-Lehrkraft befindet sich in der berufsbegleitenden Nachqualifikation zur Medizinpädagogin), 0,5 Sekretärin, 0,13 Praxisanleiterin.

### 5.3.2 Problematisierung/Hypothesen

- Die Mehrbelastung durch Aufgaben in der theoretischen und der praktischen Ausbildung führt dauerhaft zu Verschleiß und Motivationsverlust.
- Lehrkräfte sind vorwiegend theoretisch orientiert. Das ist meist auch Grund für den Ausstieg aus der praktischen Pflege. Sie sind dann schwer für ein Modell, das praktische Aufgaben gleichstellt, zu gewinnen.
- Die berufspolitischen Grundauffassungen können stark voneinander abweichen. Es liegt auch nahe, dass Lehrkräfte einen Schwenk in der Pflege hin zu zunehmender Theoretisierung und/oder Akademisierung für richtig halten und anstreben.
- Die praktische Qualifikation der Lehrkräfte geht mehr und mehr zu Gunsten eines theoretischen Übergewichts verloren. Bei nachlassender Methodenbeherrschung leidet auch die Glaubwürdigkeit vor dem Schüler.

### 5.3.3 Ziele

- Die Lehrkräfte haben einen Konsens, der ein System der konsequenten Praxisorientierung favorisiert.
- Sie sind von lästigen Routinearbeiten wie Datenerfassung und Teilen der Kursverwaltung befreit.
- Die Mehrbelastung wird als Zugewinn an Freiheit zur Ausübung praktischer Teile des Berufsbildes verstanden.
- Auch Kenntnisse und Fertigkeiten aus den praktischen Aspekten des Pflegeberufs werden ständig hinterfragt und aktualisiert.

In Hinsicht auf die Beteiligung der Lehrkräfte lief die Umsetzung problemlos. Das ist wohl am ehesten in einem vorbestehenden Konsens über die Bedeutung der Praktischen Ausbildung begründet. Auch die Frage der Komprimierbarkeit der Lehrplaninhalte auf ein am gesetzlichen Minimum orientiertes Stundenmaß wurde gleichermaßen zustimmend betrachtet.

### 5.3.4 Lösungsansätze

Aus der Problemstellung wird deutlich, dass hier ein Schwergewicht an Überzeugungsarbeit und Abstimmung zu leisten ist. Nicht kalkulierbar sind Fragen des

Lehrerelbstbildes, der berufspolitischen Überzeugung und der Berufsethik. Sehr häufig liegt hier die Lösung in der simplen Frage, wer die besseren Argumente hat.

Was daneben noch gezielt beigetragen werden kann, ist:

- ·Abstimmung/Angleichung ideeller Berufs- und Lehrervorstellungen,
- ·intensive Absprachen, Konsensfindung in gemeinsamer und offener Planung,
- ·intensive permanente Fortbildung durch Nutzung sämtlicher Informationskanäle und Etablierung eines ausgeklügelten Systems der Verfügbarmachung von Informationen,
- ·häufige Aufenthalte auf den Stationen helfen ganz automatisch bei Neugewinn und Aktualisierung praktischer Qualifikationen und beim Erwerb von Handlungssicherheit.

## 6 Das Konzept

### 6.1 Beschreibung

#### 6.1.1 Blockverteilungsplan

siehe Abbildung GROBPLAN.XLS im Anhang

#### Erläuterung des Blockplanbildes

Der Blockübersichtsplan zeigt das regelmäßige kleinschrittige Muster des 3:1-Rhythmus. Nach jeweils drei Wochen Praxiseinsatz folgt 1 Woche Blockunterricht.

Blockwochen sind jeweils grau unterlegt. In der ersten Spalte sind die Kalenderwochen, orientiert am Ausbildungsjahr (April bis März), gelistet. Die Spalten 2-4 zeigen den Planverlauf für das 1. bis 3. Ausbildungsjahr.

Am Anfang steht der dreiwöchige Einführungsblock gefolgt vom nur zweiwöchigen ersten Praxiseinsatz, der der Kontaktaufnahme mit der Station und dem neuen beruflichen Umfeld dient. Die 13. Woche des 3. Ausbildungsjahres ist ebenfalls dem Theorieteil gewidmet. In dieser Woche wird traditionell die mündliche Prüfung als letzter Teil der staatlichen Prüfung abgenommen. Die Theoriedeklaration ermöglicht flexible Examensvorbereitung, -durchführung und Verabschiedung der Schüler.

„Arrhythmien“ werden verursacht vom Einführungsblock und von praktischen Schaltwochen im Übergang vom 3. zum 4. Quartal des ersten und des zweiten Ausbildungsjahres sowie vom 4. Quartal des ersten auf das 1. Quartal des zweiten Ausbildungsjahres. Es finden sich keinerlei feste Standardplanvorgaben für Urlaub oder Sammel-Außeneinsätze.

Das System kennt keine Studientage.

### **Dienstzeit-Anrechnung**

Weitere Häufungen von fest geplantem Unterricht sollten vermieden werden, da sie in die Gleichmäßigkeit des Verlaufs eingreifen würden und so besondere Planungsschritte erforderten.

Unter dem Strich bleiben dann aber bei der 38,5-Stunden-Woche nur 1578 Stunden theoretischen Unterrichts. Das soll zwar mit anrechenbaren Teilen aus dem KLU ausgeglichen werden, birgt aber doch noch erhebliches Restrisiko der Unterschreitung der gesetzlichen Mindestforderungen.

Aufgrund dessen wurde mit der Pflegedienstleitung eine Änderung der Arbeitsstundenverteilung abgesprochen. Die Blockwochen werden auf einen Regelstundensatz von 40 angehoben (lange Unterrichtsfreitage), die daraus entstehende Mehrarbeit würde während der nachfolgenden Praxisphase von den Einsatzabteilungen ausgeglichen. Mit dem Polster von 40 Stunden über dem gesetzlichen Minimum (40 Wochenstunden X 41 Blockwochen) und der Anrechenbarkeit von klinischem Unterricht ist jetzt ein sicherer Rückhalt geschaffen, der die Einhaltung der Vorgaben aus dem KrPflIG garantiert.

### **Erklärungsbedürftiges**

Die meisten Lehrpläne favorisieren heute lange Einführungsblocks mit bis zu 13 Wochen und mehr. Begründet wird das damit, dass der „Praxischock“, eine mit erheblicher psychischer Beeinträchtigung einhergehende Konfliktsituation im Spannungsfeld zwischen Erwartung und Real-Erfahrung, gemildert werden könnte. Der vergleichsweise kurze Erstblock im Mosbacher Modell wird mit der Annahme begründet, dass sich die Berufsneulinge mit einer offenen Erwartungshaltung leichter in das personelle Berufsfeld integrieren als durch lange Einflussnahme in ihren Berufsvorstellungen polarisierte Einsteiger. Der im Gegenzug verkürzte erste Stationseinsatz ermöglicht schon nach kurzer Zeit die Verarbeitung der Erlebnisse im Unterrichtsrahmen. So wird sukzessive akklimatisiert.

Die Ausbildungsbeauftragten der Einsatzstellen mit kurzen Verweildauern befürchteten zunächst, dass die unterbrechende Blockwoche Lernrückschritte verursachte. Das hat sich als unbegründet erwiesen. Im Gegenteil dazu wird festgestellt, dass die Schüler den Block auch zur mentalen Aufarbeitung der Einsatzerlebnisse nutzen und gelassener, selbstsicherer und neu motiviert aus dem Unterricht zurückkehren. Der gleiche Effekt tritt auch bei langfristigen Einsätzen auf, erlangt dort aber nicht die zentrale Bedeutung, da naturgemäß sowieso längere Einarbeitungszeiten gewährt werden.

### 6.1.2 Die Praxiseinsätze

Vergleiche GROBPLAN.XLS im Anhang

#### Allgemein

Die Praxiseinsätze sind in dreiwöchige Module aufgeteilt. Standardeinsätze mit größerer Dauer setzen sich aus mehreren aneinandergereihten Modulen zusammen. In den Funktionen „Gemeinde“ und „OP“ dauert der Einsatz zwei Module (6 Wochen Praxis/zwei Wochen Unterricht). In der Psychiatrie/Pädiatrie bleibt der Schüler für drei Module, die sich auf Abteilungen für klassische Psychiatrie, geistig Behinderte sowie geistig und körperlich schwerst mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche verteilen (insgesamt 9 Wochen Praxis / drei Wochen Unterricht).

#### Die Einsatzfelder

Geordnet nach Anlage 1 zu §1 Abs 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16.10.1985, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27.4.1993.

### 6.1.3 Urlaub

Die Schüler sollen möglichst viel Freiheit in der Festlegung ihrer 26 Tage Erholungsurlaub haben. Für die Stationen sollen keine Kurs-Totalausfälle entstehen. Der Blockrhythmus soll nicht durch Urlaub verzögert werden.

Hier bot sich die Flexibilisierung an, die als Nebeneffekt auch auf die Reduzierung von Einsatzspitzen wirkt, die durch KLU-Wochen und Außeneinsätze entstehen.

Der Einsatzplan wurde in der Art analysiert, dass für jede Kalenderwoche, bezogen auf einen Kurs, die Schülerzahl auf je einer Fachabteilung ermittelt wurde.

Es wurde festgelegt, dass Urlaub nur auf den Standardabteilungen Chirurgie und Innere Medizin genommen werden darf. (Andere Abteilungen unterliegen festen und knapp kalkulierten Zeitgrenzen. Darüber hinaus wurde den Schülern freigestellt, auch in Funktionsabteilungen, die auf Chirurgie und Innere Medizin angerechnet werden, Urlaub einzuplanen (Endoskopie, OP-Anästhesie, IPS)

Für die Fachabteilungen wurden Mindestbesetzungen für Schüler jeweils eines Kurses festgesetzt. Nun wurde ermittelt, wie viele Schüler nach dem Standardplan, der 20 Schüler umfasst, über diesen Mindestbesetzungen dort arbeiten. Das wurde in einer Plantabelle mittels grafischer Felder aufgezeigt.

Beabsichtigt nun ein Schüler, Urlaub zu nehmen, schaut er auf den Plan, ob im gewünschten Zeitraum auf seiner Fachabteilung ein Urlaubsfeld frei ist. Dort trägt er sich mit Namen und Zeitraum (ein drei- oder ein zweiwöchiger Urlaubsblock ist gewünscht, in Einzelfällen können aber auch einzelne Tage geplant werden) ein. Einträge können so lange vorgenommen werden, wie freie Felder im Angebot sind. Sind sie verbraucht, muss anders geplant oder getauscht werden. Freigestellte Funktionsabteilungen sind von dieser Bindung nicht betroffen.

Der Urlaub wird einen angemessenen Zeitraum vor Antritt der Stationsleitung und der Pflegedienstleitung angekündigt (Urlaubskarte). Die Schulleitung genehmigt ihn. Langfristig geplanter Urlaub kann nur mit triftigen Begründungen abgelehnt werden.

Wird der Jahresurlaub nicht bis zum Ablauf des Urlaubsjahres plus Nachfrist beansprucht, verfällt er.

## 6.2 Wirkungsindikatoren

### 6.2.1 Allgemeine Erwartungen

Im Rahmen seiner Ausbildung nach dem klassischen System am Kreiskrankenhaus Mosbach erwarb der Pflegeschüler durchschnittlich 15 geplante und evaluierte klinische Unterweisungen.

Das war im Vergleich zu vielen anderen Ausbildungsstätten schon relativ reichlich, ließ aber trotzdem noch Freiraum für unkontrollierte Entwicklungen. Mit dem neuen System wird nachhaltig in eine Vielzahl von prozesshaft verlaufenden Entwicklungen eingegriffen.

Verläufe sind, ganz im Sinne des kybernetischen Regelkreises, unter dauernder Überwachung und für Korrekturen zur Ausrichtung auf die definierten Sollvorgaben hin zugänglich.

Somit ist die Erwartung gerechtfertigt, dass eine größere Zahl von Absolventen in einem höheren Maße zum Abschluss eines Lehrgangs dem mit den Ausbildungszielen umrissenen Pflegeleitbild entspricht.

Die im Anhang einzusehende Untersuchung macht genau an diesem Punkt fest. Gegenstand der Erhebung sind erst in zweiter Linie Qualitäten wie „Gefallen“, „Missfallen“, „Wohlbefinden“, „Leistungsdruck“.

Der Fragebogen überprüft Beobachtungen des personalen Umfeldes, die in Kategorien der unter 5.1.1.3 definierten Ziele einzuordnen sind. Befragt werden Personen, die als Mitarbeiter und Ausbilder mit Evaluationsauftrag in engem Kontakt zum Auszubildenden stehen.

Aber auch das Empfinden der Schüler selbst in Hinsicht auf die eigene zielgerichtete Entwicklung wird abgefragt.

Trifft die Vorannahme der Planersteller zu, wird eine deutliche Korrektur der Entwicklung von Persönlichkeiten und Einstellungen eintreten.

Statt streng funktionalistischer Brauchbarkeit werden assoziative Vernetzung zwischen Theorie und Alltagserleben eintreten. Die Schüler werden die Fähigkeit zu offeneren und tragfähigeren Beziehungen entwickeln, sowohl zu Patienten als auch zu Mitarbeitern, sie werden zielgerichtet auf die Verselbständigung des Patienten und die Verbesserung der Arbeits- und Qualifikationsbedingungen hinarbeiten. Die Ausbildung an sich, mit Nutzung des Lernangebots und der Möglichkeiten zur Selbstkontrolle, wird einen höheren Stellenwert erhalten. Die Aufgaben am Patienten werden mit hohem Qualitätsbewusstsein und daraus erwachsendem Selbstwertgefühl wahrgenommen.

## 6.2.2 Absicherung mit Forschungsprojekt

Im Rahmen eines Forschungsauftrages erhielt ein Student, der während zweier Praxissemester in der Umstellungszeit anwesend war, den Auftrag, die Auswirkungen der Planumstellung unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu untersuchen. Hier die Ergebnisvorwegnahme des Forschungsberichtes, der im Anhang vollständig beigefügt ist.

Kapitel 2 der Untersuchung von Alexander Freyt, Ergebnisvorwegnahme:  
„Die Befragung von 22 Auszubildenden und 8 examinierten Vollkräften im Juni 1997 am Kreiskrankenhaus Mosbach zeigt, dass der von der Schulleitung veränderte Theorie-Praxis-Verteilungsplan von beiden befragten Personengruppen als ein Schritt zur Verbesserung der Ausbildungsqualität empfunden wird.“

In Form eines Fragebogens werden drei Themenkomplexe angesprochen: Aus dem ergebnisorientierten Blickwinkel, der den Verteilungsplan auf die Ausbildungsziele hin abfragt, sehen die examinierten Personen eine deutliche Verbesserung im Umgang des Schülers mit dem Patienten. Das Erreichen des übergeordneten Ausbildungszieles Handlungskompetenz wird, auch aus der Sicht der Schüler, durch den neuen Verteilungsplan verbessert.

Der neue Verteilungsplan wird vom examinierten Personal aus dem Blickwinkel der Erwartungen verschiedener Personen heraus als deutlich besser eingestuft. Auch die Schüler sehen im neuen Verteilungsplan durchgehend eine Verbesserung im Punkt Erfüllung von Erwartungshaltungen.

Die Fragenkomplexe „Ergebnis- und Bedürfnisorientierung“ zeigen deutliche Trends, die den neuen Verteilungsplan untermauern.

Der letzte Fragenkomplex, die „Interaktionsorientierung“ zeigt, wenn auch weniger deutlich, dass einige befragte examinierte Kräfte eine Interaktionsverbesserung durch den neuen Verteilungsplan erkennen. In dieser Gruppe sind jedoch die Mehrzahl der Leute der Meinung, dass diese Variable vom Verteilungsplan unberührt bleibt. An dieser Stelle wäre eine größere Probandenmenge hilfreich gewesen.

Dieser Bericht beschreibt eine Möglichkeit der effizienten Theorie-Praxis-Korrelation in der Krankenpflegeausbildung und belegt die Wichtigkeit und die Auswirkungen auf die Ausbildungsqualität, die examiniertes Personal und Schüler diesem Sachverhalt beimessen.

## 7 Einführung des neuen Systems

Vom Entschluss, eine grundlegende Planänderung durchzuführen, bis zum Abschluss der Überleitungsphase ist gewöhnlich ein langer Weg durch die Institutionen zurückzulegen.

Neben erheblichen Anstrengungen in der Erstellung und Prüfung des Planes sind Widerstände von vielen Seiten zu überwinden. Mit großer Sorgfalt wird nach einem Haar in der Suppe gesucht, das meistens auch schnell gefunden wird.

Da ist es schon günstig, wenn man allen Teilen einen unmittelbaren Profit nachweisen kann und daneben die positive Auswirkung auf die Ausbildungsqualität, nach wie vor ein gemeinsamer Strang, an dem alle ziehen, darlegt.

Aber nicht nur das leicht durchschaubare und klare Vorteile ausweisende System ist für die schnelle Annahme verantwortlich. Entscheidend fördernd wirkt die Offenheit und Annahmefähigkeit der Schüler, der Krankenhausmitarbeiter, der Pflegedienstleitung und der Aufsichtsbehörde.

### 7.1 Vorbereitungsphase

Am Anfang stand der Wunsch, ein leicht handhabbares Planungsverfahren zu haben, das schnelle und flexible Planung ermöglicht. Schnell war die Grundidee des modularen Aufbaus gefunden. Nun musste ein Grundmuster entwickelt werden, das die Einhaltung der Vorgaben der KrPfiAPrV ermöglicht, aber auch konsensfähig ist. Diesem Profil kam die 3:1-Lösung mit leichten Anpassungen am nächsten.

Das 3:1 Muster wiederum brachte die Erscheinung mit sich, dass bei drei Kursen jede vierte Woche kein Kurs im Block steht. Da klinischer Unterricht an unserer Schule längst etabliert, aber mit uneinheitlichem Fleiß angenommen war, bot sich die Nutzung dieser Woche als klinische Ausbildungswoche an. So konnten als Nebeneffekt sonst unvermeidliche Überbesetzungen abgebaut werden.

Die Anrechnung von Teilen des klinischen Unterrichts auf theoretische Ausbildung bot sich prinzipiell an. Hier konnte sie noch dazu zur Absicherung der Einhaltung gesetzlicher Mindestvorgaben verwendet werden.

Unter der Auflage, dass nur praktischer Unterricht zur Anrechnung kommt, der von ausgebildetem Fachpersonal abgehalten wird, konnte das Regierungspräsidium zur Zustimmung bewegt werden.

### 7.1.1 Planerstellung

Die eigentliche Planung erwies sich dann tatsächlich, wie erwartet, als bedeutend einfacher im Vergleich zum herkömmlichen System. Der sperrige Posten „Urlaub“ wurde eliminiert, hierfür wurde ein eigenes System zur freieren Planung installiert.

Mit Hilfe einer MS-EXCEL-Tabelle (Computer-Tabellenkalkulations-Programm der Firma Microsoft) wurde der Plan in der Horizontalen (Fragestellung: hat jeder Schüler die für ihn durch die KrPfiAPrV vorgeschriebenen Praxiseinsätze und erreicht er die theoretische Unterrichtsstundenzahl) und in der Vertikalen (Fragestellung: Werden die Minimal- und Maximalgrenzen für Schülereinsätze der verschiedenen Fachabteilungen eingehalten?) überprüft.

Selbst Feinheiten, wie der zeitlich versetzte Wechsel der Allgemein-Einsatzbereiche nach dem ersten Praxiseinsatz im ersten Ausbildungsjahr, ließen sich leicht realisieren, was vorher nicht denkbar, weil zu umständlich, war. Dadurch trat eine deutliche Entlastung der Stationen durch Verteilung von Einsatzabschlussgesprächen und Einarbeitungsaufgaben ein. Da sämtliche Einsätze mindestens ein Modul füllen, mussten Einsätze jetzt nicht mehr gesplittet werden. Musste ein Schüler beispielsweise in einer zwölfwöchigen Praxisphase auf Innerer Abteilung und Endoskopie eingesetzt werden, konnte das sinnvoll nur zu Beginn oder am Ende geschehen. Die Mitte, sechs Planwochen, war nicht nutzbar. Dieses Problem bot sich jetzt nicht mehr.

### 7.1.2 Vorlage in erweiterten Entscheidungsgremien

#### Pflegedienstleitung

Nach einem ersten geprüften Planungsdurchgang wurde das System der Pflegedienstleitung vorgelegt. Der höhere Praxisanteil, die bessere Planbarkeit, die gleichmäßigere Verteilung der Arbeitskraft, die Flexibilisierung von Urlaub und die höhere Praxispräsenz der Ausbildungsstätte waren für sie Argument genug, einem Probelauf zuzustimmen, der sich zunächst über ein Jahr erstrecken sollte. Klar war allen Beteiligten, dass sowohl die Umstellung auf das Mosbacher Modell, mehr noch aber die Rücknahme mit erheblichen Problemen verbunden war.

## Regierungspräsidium

Die Ansprechpartner in der für gewöhnlich sehr aufmerksam und kritisch arbeitenden Behörde folgten der Argumentation einer praktisch verbesserten Ausbildung bei Einhaltung der dahingehend interpretierbaren gesetzlichen Vorlage. Sie bestätigten die Anrechenbarkeit von Teilen der praktischen Ausbildung auf den theoretischen Teil.

### 7.1.3 Stationsleitungen

Als letzter Schritt vor der probeweisen Einführung wurde die Stationsleitungskonferenz mit dem Plan, seinen Besonderheiten und den damit verbundenen Verfahrensänderungen vertraut gemacht. Wichtigste Argumente für die Mitarbeiter in Leitungsfunktionen waren die Nivellierung und Verlängerung der Schülereinsätze und die Darstellung der Instrumente zur Reduzierung von Einsatzspitzen. An klinischen Unterricht hatte man sich im Laufe der Jahre gewöhnt, hieraus erwuchs kein Gegenargument. Inwiefern sich die Situation durch die regelmäßige Unterbrechung des Praxiseinsatzes wegen der Blockwochen änderte, war im Vorfeld noch nicht abzusehen. Da keine konkretisierbaren Befürchtungen bestanden, zeigte man sich gegenüber dem Testlauf offen.

## 7.2 Praktische Umsetzung

Ein planerisches Kleinod war die Überführung der drei laufenden Kurse in das neue System. Alle hatten unterschiedliche Voraussetzungen und Erwartungen, mussten dementsprechend individuell gehandhabt werden.

### 7.2.1 Oberkurs

Der Oberkurs stand zum Zeitpunkt der Umstellung 10 Monate vor Beginn der staatlichen Prüfung. Da durch das zweite Ausbildungsjahr, das traditionell wenige Unterrichtsanteile enthielt, ein Theoriestundendefizit aufgebaut wurde, das, ebenfalls nach dem herkömmlichen System, im dritten Ausbildungsjahr wieder aufgefüllt wurde, wäre das Erreichen der gesetzlichen Mindestvorgaben fraglich gewesen. Außerdem wären die zu leistenden praktischen Stundenziele nach Überstülpen der neuen Matrix nicht erreichbar gewesen.

Obwohl nur schlecht kalkulierbare Auswirkungen auf die Stationsbesetzung resultierten, entschlossen wir uns zum Verzicht auf eine Umstellung für die Rest-

ausbildung des Oberkurses. Das betraf auch die Theorieblocks, was im weiteren Verlauf zu Überschneidungen führte. Einzig die Tatsache, dass dieser Kurs der seit Jahren schülerärmste war, hielt die Auswirkungen für die Stationen im erträglichen Rahmen.

### 7.2.2 Unterkurs

Da der Zeitpunkt der Einführung auf den Beginn des Ausbildungsjahres festgesetzt wurde, konnte der Unterkurs als erste Gruppe ausschließlich nach neuem System geführt werden.

### 7.2.3 Mittelkurs

Schülerbezogene Individuallösungen waren für den Mittelkurs erforderlich. Günstig war, dass sie am Übergang auf das zweite Ausbildungsjahr vom neuen System erreicht wurden. So war sichergestellt, dass lediglich Einsätze auf chirurgischen und internistischen Normalstationen geleistet waren. In der horizontalen Planungsebene war also nur zu gewährleisten, dass Schüler mit überwiegend chirurgischen Voreinsätzen künftig einen internistischen Schwerpunkt erhielten und umgekehrt. Zwei Schülerinnen mit gynäkologischen Voreinsätzen wurden im weiteren Ausbildungsverlauf nicht mehr auf Gynäkologie eingesetzt.

Unmittelbar nach Übergang ins neue System war im alten Plan eine feste Urlaubsphase vorgesehen. Da einige Schüler bereits geplant oder gebucht hatten, musste dieser Urlaub gewährt werden. Hierdurch verblieben sie länger im herkömmlichen Plan. Andere hatten einen neuen Einsatz begonnen, wieder andere standen kurz vor einem Abschluss. Um überscharfe Brüche zu vermeiden, wurden Anfangs- und Endtermine übernommen, der neue Blockrhythmus wurde aber angewendet. Diese Gruppe, die beide Ausbildungssysteme kennenlernte, wurde in der Untersuchung zur Änderung des Einsatzplanes zu einer wichtigen Referenzklientel.

### 7.2.4 Information

Erheblicher Aufwand musste mit der Information über die flexibilisierten Bestandteile des Systems betrieben werden. Mehrere Informationsveranstaltungen waren für jeden Kurs erforderlich, bis sich die Schüler korrekt in Urlaubslisten eintrugen. Da die Schule hier jetzt die Überwachungsfunktion übernahm, wurde sie auch von der bloßen Melde- zur Genehmigungsstelle.

Auch die künftige Bedeutung des klinischen Unterrichts als unverzichtbare Stundenressource für die theoretische Ausbildung musste nachdrücklich ins Bewusstsein von Schülern und Stationspersonal gebracht werden.

### 7.2.5 Stufenplan

Um nicht alle Neuerungen auf einen Termin zu drängen, wurde ein Stufenplan entwickelt.

Nach Stufe 1, der Veröffentlichung der Planung und der Ankündigung des angestrebten Endzustandes, wurde in Stufe 2 der Mittelkurs umgestellt und als Stufe 2a der neue Kurs ins System eingesetzt.

Auf die Einhaltung der Vorgaben für den klinischen Unterricht wurde zunächst noch verzichtet. Rechnerisch bot das kein Problem, da der Mittelkurs aus dem ersten Ausbildungsjahr ein ausreichendes Stundenpolster mitbrachte und KLU ja im herkömmlichen Sinn, jetzt aber mit Anrechnung der Theoriezeit, weitergeführt wurde.

Stufe 3, acht Monate nach Stufe 2a, brachte die verbindliche Umsetzung der KLU-Vorgaben. Ab jetzt waren von den Stationen während der KLU-Wochen bis zu 45 KLU zu gewährleisten. Die Blockwochen werden seither mit 40 Stunden angerechnet.

Mit Stufe 4, die das Ausscheiden des Oberkurses und den nächsten Voll-Modell-Kurs brachte, war die Umstellung abgeschlossen. Erst jetzt sind sämtliche Auswirkungen der Planung voll zu erkennen. Es gibt keine Blocküberlagerung (mit Ausnahme einer einzigen Woche zu Beginn des Ausbildungsjahres) mehr.

Der systematische KLU ist etabliert und wird von den Schülern reichlich genutzt. Auch die Stationen beteiligen sich im Sinne der Planung an der Gewährung ausreichender Ausbildungsgelegenheiten. Schüler werden sogar von den Examinierten zur Inanspruchnahme aufgefordert.

Neben dem bisher üblichen „punktuellen System“ - 1KLU = 1 Pflegemaßnahme - wird jetzt vermehrt auch auf das System der „Standortklinischen Unterrichte“ zurückgegriffen. Eine Lehrkraft begleitet einen Schüler oder eine kleine Schülergruppe für eine komplette Schicht. Der Zuständigkeitsbereich ist dabei eingegrenzt.

## 8 Schluss

Eine wichtige Erfahrung aus der Reflexion der berufspolitischen Grundlagen dieser Arbeit bleibt nachzureichen:

Die Qualität einer Ausbildung und das Ansehen eines Berufsstandes hängt nur in zweiter Linie von der Stellung innerhalb des Bildungssystems ab. Von entscheidender Bedeutung sind Kompetenz im eigenen Aufgabenfeld und das Selbstbewusstsein, das daraus erwächst.

Um eine Aufwertung der Pflege nach innen und außen zu erreichen, bedarf es nicht zwangsläufig umwälzender Veränderungen. Vielmehr gilt es, die vorhandenen Ressourcen zu erkennen und konsequent auszuschöpfen, sich auf Wurzeln und ursprüngliche Aufgaben zurückzubedenken, diese aber mit Macht und unter Nutzung modernster technologischer, didaktischer und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse zu einem Netzwerk zu kultivieren, das für andere Erziehungssysteme Vorbild sein kann. Keinesfalls sollten die Fehler eines Hochschulbildungssystems übernommen werden, das heute schon laut hörbar unter der eigenen Trägheit ächzt. Kein Hochschulpolitiker, der nicht Reform, Flexibilisierung, Dezentralisierung und Mobilisierung fordert, um das Bildungssystem für das nächste Jahrtausend vorzubereiten.

Pflege ist längst schon frei, die Weichen zu stellen.

## Literatur

Freyt, A. (1997) Wirkt sich die Gestaltung eines Theorie-Praxis-Verteilungsplanes in der Krankenpflegeausbildung auf die Qualität der Ausbildung aus? Bericht zum Forschungsprojekt im 2. Praxissemester.

Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege mit Kommentar von Hermann Kurtenbach, Günter Golombek, Hedi Siebers. 4. Auflage (1994). Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer.

Manteltarifvertrag für Auszubildende in der Krankenpflege und Geburtshilfe. Erläuterungen der Gewerkschaft ÖTV/Herausgegeben vom Hauptvorstand der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr. Erschienen im August 1986.

Mügler, E. Klinischer Unterricht. (1982). Basel, Schweiz: ROCOM Verlag,

**Autor: Jochen Kuhla**  
Krankenpflegeschule am Kreiskrankenhaus Mosbach

Anlage:  
GROBPLAN.XLS

KW	AJ1	AJ2	AJ3
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

## Das Ausbildungskonzept der Kinderkrankenpflegeschule Baden-Baden unter dem Blickwinkel der Praxis-Theorie-Verzahnung

Andrea Senn-Lohr

### 1 Einleitung

Seit Mitte der 80iger-Jahre nahmen verschiedene Pflegemodelle aus dem anglo-amerikanischen Raum sowie Ansätze der Humanistischen Psychologie Einfluss auf die Denkweise in der deutschen Krankenpflege. Daraus erwuchs eine neue Vorstellung über das eigene berufliche Handeln, welches die umfassende Betreuung des kranken Menschen in den Vordergrund stellt.

Im Krankenpflegegesetz von 1985, 2. Abschnitt, § 4, wurde dieser Entwicklung Rechnung getragen und als ein Ausbildungsziel für die Krankenpflegeberufe formuliert. Das Gesetz und damit auch dessen Hintergrund fand seinen Niederschlag in den umgestalteten Lehrplänen der Krankenpflegeschulen.

Der Alltag in den Krankenhäusern weicht noch vielerorts von diesen Idealen ab: Sparmaßnahmen, medizinischer Fortschritt und betriebliche Funktionalität zwingen die praktisch tätigen Krankenschwestern in ihren traditionellen Tätigkeitsrahmen ein. Das Umsetzen des neu ausgerichteten Pflegedenkens und -handelns gestaltet sich in der Praxis auch heute noch schwierig. Aussagen wie: „...bei uns auf Station geht das aber leider nicht...“ sind keine Seltenheit und drücken die Ohnmacht aus, sich gegen den Einfluss der täglichen Anforderungen durchzusetzen.

Die Lehrinhalte der Krankenpflegeschule stimmen also mit der Realität am Krankenbett nicht immer überein. Das Leitbild in der Praxis heißt häufig „Arbeitsbewältigung“ und überdeckt das Ausbildungsleitbild „umfassende Pflege“. Dieser Konflikt ist meiner Meinung nach Ursache für die empfundene Kluft zwischen Theorie und Praxis.

Dabei kann es sehr schnell zu Kommunikationsstörungen und Missverständnissen zwischen den Institutionen „Schule“ und „Station“ kommen. Unausgesprochene Erwartungen oder Annahmen, die beiderseits vorhanden sind, können das Vertrauensverhältnis zwischen Lehr- und Stationspersonal empfindlich stören.

Nur durch einen kontinuierlichen Austausch sorgen wir für gegenseitiges Verständnis und überwinden das Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Das Ausbildungskonzept der Kinderkrankenpflegeschule Baden-Baden bietet eine Kultur, in der die Pflegenden aus unterschiedlichen Bereichen immer wieder Gelegenheit haben, miteinander ins Gespräch zu kommen.

## 2 Kurze Beschreibung unserer Kinderkrankenpflegeschule

Die Kinderkrankenpflegeschule Baden-Baden wurde am 01.10.1995 eröffnet und ist an die Klinik für Kinder und Jugendliche Baden-Baden mit insgesamt 35 Betten angeschlossen. Träger ist die Stadtklinik Baden-Baden, ein Haus der Zentralversorgung mit insgesamt 406 Betten. Hier ist auch die Krankenpflegeschule mit 70 Ausbildungsplätzen sowie seit 01.10.1997 die OTA-Schule mit 14 Ausbildungsplätzen angesiedelt.

Da aufgrund der Größe unserer Klinik ein Schulbetrieb mit jährlicher Neuaufnahme der Ausbildung nicht möglich ist, beginnen wir nur alle drei Jahre einen neuen Kurs. Somit sind wir eine der kleinsten Schulen im Bundesgebiet mit fünfzehn zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätzen und einer Lehrerin für Pflegeberufe im Fachbereich der Kinderkrankenpflege.

## 3 Das Ausbildungsleitbild

Zusammen mit dem Pflegeleitbild der Klinik für Kinder und Jugendliche bildet das Ausbildungsleitbild die Basis des Ausbildungskonzeptes. Der Einzelne kann sich daran orientieren und es ermöglicht ihm dadurch eine Evaluation.

Unser Ziel ist es, die angehenden Kinderkrankenschwestern\* zu befähigen, gesunde, kranke und behinderte Kinder jeden Alters selbständig und eigenverantwortlich zu pflegen und deren Eltern professionell zu beraten und zu betreuen. Die examinierte Kinderkrankenschwester ist eine Persönlichkeit, die innerhalb des medizinischen Fachteams in kollegialer Zusammenarbeit eine denk-, entscheidungs- und handlungsaktive Rolle zu erfüllen hat.

Um diese Ziele zu erreichen, benötigen die Auszubildenden nicht nur Fachkompetenz, sondern immer mehr auch Persönlichkeits- und Sozialkompetenzen wie z. B. Selbstbewusstsein, Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Beziehungsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kreativität, Eigeninitiative, Engagement.

Die von uns ausgewählten Berufsanfängerinnen sind durch das Vorhandensein dieser Kompetenzen aufgefallen. Eine wichtige Aufgabe während der Ausbildung sehe ich darin, diese Kompetenzen zu nutzen und zu trainieren.

\* wenn im Text von der weiblichen Form die Rede ist, so sind die männlichen Kollegen immer mit einbezogen

Um dieses Training systematisch zu organisieren, ist der Lernzielnachweis-Katalog entstanden. Er ist das Herzstück des Ausbildungsplans und Motor für die Aktivitäten an unserer Schule.

#### 4 Der Lernzielnachweis-Katalog

Als Lernzielnachweis-Katalog bezeichnen wir die Zusammenstellung von Lernsituationen, um die Persönlichkeits- und Sozialkompetenzen der Auszubildenden zu erweitern. Die jeweiligen Lernziele werden in Form von formulierten Schlüsselqualifikationen für die Auszubildenden transparent dargestellt, was sich motivierend auf die Bewältigung der Aufgaben auswirkt. In anschließenden Feed-Back-Runden kann sich jede Auszubildende selbst einstufen und sich ihren „Nachweis“ einholen.

Lernzielnachweise sind u. a.:

- Referate
- Projekte
- Seminare
- Workshops
- Praktikumaufgaben
- Klinische Visiten

Alle genannten Lernsituationen sind mit einer sozial- und persönlichkeitsbildenden Wirkung ausgestattet. Inhaltlich erarbeiten sich die Auszubildenden dabei selbst gewählte Themen, die im Krankenpflegegesetz festgelegt sind. Für die Lernenden ergibt sich dadurch die Chance, sich ihren Schwerpunkten zu widmen, eigene Ideen umzusetzen und die Ausbildung selbst aktiv mitzugestalten.

Die initiierten Lernsituationen sind über die gesamte Ausbildungsdauer verteilt und fest in unserem Drei-Jahresplan verankert. Die Impulse gehen aus den Lernfeldern Schule und Klinik hervor, so dass der Lernzielnachweis-Katalog in die theoretische und in die praktische Ausbildungsphase unterteilt ist.

Im Folgenden werde ich zunächst über Lernzielnachweise der theoretischen Ausbildungsphase berichten und im Weiteren Lernzielnachweise aus der praktischen Ausbildungsphase beschreiben.

## 5 Lernzielnachweise der Theorie-Phase

### 5.1 Referate

Laut unserem Lernzielnachweis-Katalog hat jede Auszubildende während der Ausbildungszeit insgesamt drei Referate auszuarbeiten und in einem unterschiedlichen Rahmen vorzutragen:

- im 1. Ausbildungsjahr vor dem Kursplenum,
- im 2. Ausbildungsjahr vor den Mentorinnen aller Einsatzstationen,
- im 3. Ausbildungsjahr vor den Mitarbeitern der Stadtklinik Baden-Baden.

Das dritte dieser Referate bearbeitete der Kurs 1995/98 als Gemeinschaftswerk, die Wahl des Themas fiel in das Fach Krankenhausbetriebslehre mit dem Titel: „Wir gestalten unsere eigene Pflegestation“. Es war ausdrücklicher Wunsch der Auszubildenden, ihr theoretisch erarbeitetes Wissen in Form einer kompletten Stationsübernahme für drei Tage in der Praxis unmittelbar anzuwenden.

Nachdem uns das Team der Kleinkinderstation grünes Licht gab, erarbeiteten wir uns die Grundbegriffe der Krankenhausbetriebslehre und entwickelten daraus die Gliederung des gesamten Themas in fünfzehn Einzelthemen. Danach folgten weitere Schritte:

- Aufstellen eines Organisations- und Zeitplans, um Informationen auszutauschen, Doppelbearbeitung zu vermeiden, den „roten Faden“ nicht zu verlieren und ein Ineinanderfügen der Themen zu gewährleisten.
- Benennung sowie Information der jeweiligen „Experten“. Dies sind Fachleute aus allen Abteilungen unseres Hauses, die als Ansprechpartner fungierten, z. B. Geschäftsleitung, PDL, Stationspersonal, Ärzte, Wirtschafts-, Personal-, Finanz-, EDV-Abteilung, Personalrat.
- Eine Auszubildende erstellte zunächst das Pflegeleitbild, das sich durch alle anderen Arbeiten wie ein „roter Faden“ ziehen sollte. In der Form eines Fragebogens äußerten alle Schülerinnen ihre Meinung, woraus der erste Entwurf erstellt wurde. Diese Arbeit wurde solange verändert, bis sich der gesamte Kurs in den Aussagen wiederfand und als Grundlage für die eigene Arbeit diente.
- Alle waren angehalten, Literatur selbst zu suchen und zu sichten, um aus diesen Vorkenntnissen einen Fragenkatalog zu erstellen. Damit wandten sich die Projektmitglieder an ihre jeweiligen „Experten“.
- Nach vielen kleineren „check-ups“ führten wir im Kursplenum eine Generalprobe durch, wobei die Inhalte zum letzten Mal aufeinander abgestimmt und auf den logischen Aufbau sowie die Stimmigkeit des Ganzen überprüft wurden.
- Im Rahmen einer öffentlichen und festlichen Vortragsveranstaltung wurden die Referate dem interessierten Publikum präsentiert. Dazu waren u. a. alle Experten eingeladen.

- Zeitgleich wurde die praktische Übernahme der Kleinkinderstation vorbereitet und eine Woche später umgesetzt.
- Zum Schluss erfolgte die Analyse der praktischen Erfahrungen und Auswertung der aufgestellten Pflegeziele im Rahmen des Unterrichts.

Nach Beendigung dieses Projekts, das sich von Sept. 97 bis Mai 98 über insgesamt 9 Monate hinzog, haben alle Projektbeteiligten bestätigt, dass sich der immense Arbeitsaufwand gelohnt hat. Während der Ausarbeitung der oft trockenen und schwierigen Thematik entdeckten die Auszubildenden viele Inhalte, die ihnen interessant und wissenswert erschienen. Diese formulierten sie in eigenen Worten, so dass sie die „Neuigkeiten“ ihren Kommilitonen anschaulich vermitteln konnten.

Zudem führte der gezielte Austausch zwischen den Experten und den Auszubildenden häufig zu intensiven Gesprächen, aus denen beiderseits oft mehr Verständnis füreinander gewonnen wurde.

Motivierend wirkte auch die Aussicht auf die praktische Umsetzung des schriftlich Erarbeiteten im Rahmen der Stationsübernahme. Die Theorie konnte auf ihren „brauchbaren Wert“ für die Praxis überprüft bzw. die alltägliche Praxis durch das theoretische Wissen geklärt und angereichert werden.

## 5.2 Projektarbeiten

Wie im Lernzielkatalog vorgesehen, bekam der Kurs 1998/2001 die Aufgabe, sich ein Projekt-Thema zu wählen. Nach dem Durchlesen unseres Pflegeleitbildes der Klinik für Kinder und Jugendliche\* ist die nachfolgend beschriebene Idee entstanden.

Mit dem Ziel, ein Arbeitsinstrument zu schaffen, das diesen Ansprüchen gerecht wird, wollen die Auszubildenden ein „Bilderbuch“ zusammenstellen, das häufig vorkommende medizinische Eingriffe anschaulich und leicht verständlich darstellt. Dazu sollen Fotoserien mit entsprechend unterlegten Texten zum Einsatz kommen. Das Bilderbuch wird für drei unterschiedliche Altersgruppen (Kleinkind, Schulkind und Jugendliche) konzipiert und wird somit in drei Kapitel aufgeteilt. Jedes Kapitel enthält Hinweise für die Benutzung des Buches, die auch den Er-

\* Auszug aus unserem Pflegeleitbild:

Den Kindern sollten die notwendigen Informationen entsprechend ihrem Alter und ihrem Verständnis weiter gegeben werden, so dass sie die Entscheidungen bezüglich ihrer pflegerischen und medizinischen Versorgung nachvollziehen und ggf. mitentscheiden können.

wachsenen dienen sollen, die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in der jeweiligen Entwicklungsstufe besser zu verstehen.

Nach dem Festlegen eines Organisations- und Zeitplans haben die Auszubildenden ihre Arbeitsschritte folgendermaßen geplant und teilweise bereits durchgeführt:

Sie haben sich in sechs Autorengruppen und eine Herausgebergruppe aufgeteilt und die jeweiligen Kompetenzen abgeklärt:

#### Autorengruppen:

- Erarbeitung der Stoffsammlung zu den sechs ausgewählten Themen:
  1. Blutentnahme,
  2. Lumbalpunktion,
  3. Infusionstherapie,
  4. Röntgen,
  5. Inhalation,
  6. postoperative Betreuung eines Kindes.
- Erarbeitung von entwicklungspsychologischen Konzepten über kognitive, affektive und motorische Fähigkeiten von Klein- und Schulkindern sowie Jugendlichen,
- Erarbeiten von Grundannahmen über Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in den genannten Altersstufen,
- aus diesem Vorwissen formuliert jede Gruppe für ihr Thema drei altersentsprechende Texte, die im Anschluss dem Kapitel „Kleinkind“, „Schulkind“ und „Jugendliche“ zugeordnet werden,
- abschließend werden während eines Foto-Seminars die Fotoserien zu den jeweiligen Texten altersentsprechend aufgenommen.

#### Herausgebergruppe:

- Suche nach einer Schirmherrin, die in der Person der Oberbürgermeisterin der Stadt Baden-Baden gefunden wurde,
- Festlegen des Lay-out und Ermitteln eines Kostenvoranschlags,
- Suche nach Sponsoren, die dieses Projekt finanziell unterstützen,
- Formulieren des Vorworts, der Hinweise für die Buchbenutzung und der Schlussworte,
- Erstellen eines Fragebogens, der später für die Auswertung des Projekts eingesetzt werden soll.

Die „Bilderbücher“ werden voraussichtlich im Herbst 2000 in einem festlichen Rahmen an die Mitarbeiter der Einsatzstationen übergeben. In dem darauffolgenden Zeitraum von drei Monaten soll der Einsatz der Bücher kritisch beobachtet

tet werden. Dies geschieht mittels des erstellten Fragebogens der Herausgebergruppe. Nach Ablauf der gesetzten Frist werden wir das gesamte Projekt in der Schule auswerten.

### 5.3 Workshop

Unter „Workshop“ verstehen wir das Vermitteln eines Themen-Komplexes unter folgenden Merkmalen:

- Unterteilung eines Themas in Teilthemen,
- die Teilthemen werden methodisch als Erfahrungs-Lernen aufbereitet,
- das jeweilige Teilthema wird von einer Mentorin geleitet,
- die Teilthemen werden während des Workshops parallel angeboten,
- Einteilung der gesamten Kursgruppe in Kleingruppen, wobei jede Gruppe nacheinander alle angebotenen Teilthemen durchläuft.

Die Lernsituation „Workshop“ hat mehrere Vorteile:

- Durch die vorhergehenden inhaltlichen sowie methodischen Absprachen zwischen den Mentorinnen und der Lehrerin werden Wissensinhalte aufeinander abgestimmt. Es entsteht eine innovative Arbeitsgruppe, die für die Berücksichtigung der unterschiedlichen Aspekte aus der Praxis und der Theorie sorgt.
- Die Ausbilder-Kompetenz der Mentorinnen wird erhöht, wodurch sie Anerkennung durch ihr Stationsteam ernten.
- Die gegenseitige Akzeptanz wird gefördert.
- Durch die Erfahrungen am eigenen Körper werden alle Lernebenen angesprochen, durch die emotionale Beteiligung wird mehr Verständnis für betroffene Patienten aufgebracht.

Die Vorbereitung eines Workshops ist zwar sehr zeitintensiv, spart aber letztendlich Unterrichtsstunden ein und ist im Ergebnis sehr effektiv.

Nachdem die Auszubildenden mehrere Workshops als Teilnehmer durchlaufen haben, wird ihnen die Aufgabe gestellt, im Gegenzug selbst einen Workshop anzubieten, wozu alle Pflegenden eingeladen werden.

Die Kursgruppe 95/98 stellte dazu vier alternative Pflegemethoden zusammen:

- Babymassage
- Betreuung eines Kindes mit Neurodermitis
- Wickel und Auflagen im Kindesalter
- Aromatherapie

Der Rollentausch von der „Lernenden zur Lehrenden“ soll die Auszubildenden auf ihre künftigen Aufgaben des Anleitens, Beratens und Unterrichtens vorbereiten.

## 6 Lernzielnachweise der Praxis-Phase

### 6.1 Praktikumaufgaben

Die Praktikumaufgaben werden aus dem theoretischen Unterrichtsstoff aller Fachbereiche entwickelt und in der Praxis durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Anschluss von dem betreffenden Dozenten einzeln kommentiert und als Gesamtergebnis im Unterricht wieder aufgenommen. Dadurch erhalten die Auszubildenden Gelegenheit, theoretisches Wissen exemplarisch in der Praxis zu erproben.

Die Mentorinnen werden auf die jeweiligen Praktikumaufgaben hingewiesen, diese wiederum informieren ihr Stationsteam, so dass eine Unterstützung der Auszubildenden durch das examinierte Personal in der Ausarbeitungsphase ermöglicht wird.

Das gemeinsame Lösen der Praktikumaufgaben auf den Stationen transferiert Denkanstöße in beide Lernfelder und sorgt für einen regen Austausch zwischen den Dozenten, den Auszubildenden und den Pflegenden.

### 6.2 Klinische Visiten

Eine Klinische Visite ist der durch eine Auszubildende selbst organisierte Unterricht direkt am Krankenbett. Eine Ärztin und eine examinierte Kollegin aus dem Pflorgeteam unterweisen die Lernenden unmittelbar vor Ort.

Pro Ausbildungsjahr plant jede Auszubildende mindestens zwei Klinische Visiten nach folgendem Ablaufschema:

- Auswahl eines Kindes, Einholen der Einverständniserklärung durch die Eltern,
- Festlegen eines Termins mit der Stationsärztin und der examinierten Schwester,
- Information aller Auszubildenden auf den Nachbarstationen, um ihnen die Teilnahme an der geplanten Veranstaltung zu ermöglichen.

Nach der praktischen Durchführung verfassen die Auszubildenden gemeinsam eine Zusammenfassung, die in der Schule durchgesprochen und ggf. ergänzt wird.

Durch die Klinischen Visiten schaffen sich die Auszubildenden die Möglichkeit, durch praktischen und anschaulichen Unterricht einen persönlichen Bezug zu ihrem theoretischen Wissen herzustellen. Das „Bild der Erkrankung“ wird durch das kranke Kind „personifiziert“ und kann im Schulunterricht als erlebtes Beispiel herangezogen werden.

Als weiteres wesentliches Lernziel erfahren die Schülerinnen, dass sie für ihre Ausbildung mitverantwortlich sind und sich dafür engagieren müssen.

## **7 Fazit**

Ein kontinuierlicher Austausch zwischen den Ausbildungsverantwortlichen in der Schule und in der Klinik sowie den Auszubildenden selbst ist die strukturelle Grundlage für eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis. Dafür hat sich der Lernzielnachweis-Katalog als konstruktives Instrument bewährt. Die jeweiligen Lernsituationen sind immer wieder Ausgangspunkte für Diskussionen und weiterführende Überlegungen im Streben nach gemeinsamen Zielen. Sie tragen entscheidend dazu bei, Auszubildende zu befähigen, in kollegialer Zusammenarbeit ihre denk-, entscheidungs- und handlungsaktive Rolle im medizinischen Fachteam zu erfüllen.

**Autorin: Andrea Senn-Lohr**  
Leiterin der Kinderkrankenpflegeschule Baden-Baden

## Pflege nach der Entlassung aus dem Krankenhaus - Ein Projekt zur Pflegeforschung im Pflegeunterricht

Dieter Glaremin

### „Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung“

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung, Arbeiten an dem Theorie-Praxiskonflikt - ein Dauerthema in der Krankenpflegeschule aber auch in der Pflegepraxis.

Es ist oft mit Frustrationsgefühlen verbunden, mit Unverständnis für die Situation, in der der andere steckt, oft auch mit gegenseitiger Schuldzuweisung.

Solche Konflikte werden viele von Ihnen kennen, so wie ich sie auch aus meinem Arbeitsbereich kenne. Neben den negativen Folgen für die Patienten, für die Pflege an sich, sind natürlich die SchülerInnen die Leidtragenden dieser Konflikte. Hin- und hergerissen stehen sie da zwischen den Erkenntnissen aus dem Pflegeunterricht und dem Stationsalltag. Da wird dann leicht unterschieden zwischen Unterrichtsinhalten, „die mir in der Station helfen bei meiner täglichen Arbeit“ und Unterrichtsinhalten, die für den Pflegealltag ihrer Meinung nach irrelevant sind.

Ich denke, vielen meiner KollegInnen sind Diskussionen über Unterrichtsinhalte wie z. B. Geschichte der Krankenpflege, Pflegetheorien, oder auch Pflegeforschung bestens bekannt. Diese Diskussionen waren es, die mich dazu gebracht haben, gerade bei einem solchen Thema die enge Zusammenarbeit mit den KollegInnen im Pflegedienst, aber auch mit anderen Berufsgruppen zu suchen. Konkret stand das Thema Pflegeforschung zum Unterricht an.

#### **Vorgaben des Curriculums zu der Unterrichtseinheit:**

1. Exemplarische Darstellung eines Forschungsprojektes,
2. Darstellung verschiedener Verfahren zur Pflegeforschung,
3. Einführung in die Projektarbeit  
→ Planung und Durchführung eines Forschungsprojektes.

Für die gesamte Unterrichtseinheit sind 16 Stunden veranschlagt. (Diese sollten auch in etwa eingehalten werden.)

## 1 Exemplarische Darstellung eines Forschungsprojektes

Um überhaupt Interesse zu wecken, haben wir zunächst im Unterrichtsgespräch Pflegemaßnahmen gesammelt, die aufgrund von Erkenntnissen aus der Pflegeforschung eine Veränderung erfahren haben oder neu hinzu gekommen sind. (Bsp. Bobath-Konzept, Basale Stimulation, Atemstimulierende Einreibungen usw.) Anschließend wurde ein konkretes Forschungsprojekt vorgestellt. Dadurch konnte der Nachweis erbracht werden, dass bei Anwendung neuer, wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse eine deutliche Qualitätssteigerung der Pflege erreicht werden kann. Durch diese Beispiele konnte aufgezeigt werden, wie auch solche, zunächst sehr theoretisch erscheinenden, Aspekte die Pflegepraxis beeinflussen, ja sogar entscheidend verbessern können.

## 2 Darstellung verschiedener Verfahren zur Pflegeforschung

Gemäß den curricularen Vorgaben wurde zunächst das klassische Schema eines Forschungsprozesses im Lehrervortrag vorgestellt und durch Beispiele belegt:

- These/Behauptung,
  - Literaturanalyse,
  - Projektentwicklung,
  - Datenverarbeitung,
  - Ergebnis/Analyse ,
  - Interpretation
- Bestätigung/Modifikation oder Rücknahme der These.

Diesem Verfahren wurde das Konzept der „gegenstandsbezogenen Theorieentwicklung“ (siehe Abbildung 1) gegenübergestellt.



dann auch Akzeptanz sowohl bei SchülerInnen wie auch beim examinierten Pflegepersonal, sich mit dem Thema Pflegeforschung zu beschäftigen.

In der Gegenüberstellung beider Verfahren ließ sich der größere Bezug zur Pflegepraxis der zweiten Methode leicht herausstellen, so dass ein Vorgehen nach dieser Methode vorgeschlagen wurde.

### 3 Einführung in die Projektarbeit

#### Rahmenbedingungen für das Forschungsprojekt

1. Eine Integration in den Unterrichtsplan muss möglich sein (Zeitvorgaben des Curriculums, Studientage/Blockunterricht).
2. Alle 25 SchülerInnen des Kurses müssen gleichermaßen beteiligt werden können. Der Inhalt des Forschungsprojektes muss so gewählt werden, dass in Kleingruppen gearbeitet werden kann.
3. Der Gegenstand der Untersuchung muss einen engen Praxisbezug haben. Die Ergebnisse sollen das Pflegehandeln beeinflussen können.
4. Außer den üblichen Lehr- und Arbeitsmitteln steht kein Geld zur Verfügung.

#### Inhalt des Forschungsprojektes

Im AKOD-Curriculum sind mehrere Vorschläge für ein im zweiten Ausbildungsjahr vorgesehenes Forschungsprojekt beschrieben. Wir entschieden uns für ein Projekt zur Überleitungspflege. Auf diese Weise konnten zuvor vermittelte Unterrichtsinhalte gleichzeitig gefestigt und teilweise auch ganz praktisch geübt werden. Gemäß der gewählten Forschungsmethode musste zunächst die konkrete Pflegepraxis untersucht werden.

Fragestellungen:

1. Wie stellt sich die Situation der Patienten vor der Entlassung dar ?
2. Wie ist die Situation der Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus,
  - wenn der Patient in häuslicher Umgebung von einem ambulanten Pflegedienst gepflegt wird?
  - wenn der Patient in ein Altenheim verlegt wird?
  - wenn der Patient in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wird?

Diese Fragestellungen erfüllten einerseits die Rahmenbedingungen wie:

- die Möglichkeit der Arbeit in Kleingruppen,
- die Beteiligung aller SchülerInnen an dem Projekt,
- die große Praxisrelevanz.

Außerdem bot sich so die Möglichkeit, das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln zu bearbeiten. Neben dem Kontakt zu den Patienten und ihren Angehörigen war auch die enge Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal sowohl im Krankenhaus wie auch im nachstationären Bereich wichtig. Auch mit den SozialarbeiterInnen des Krankenhauses waren viele Absprachen nötig, so dass die SchülerInnen auch in deren Arbeitsbereich einen Einblick erhielten.

Arbeitsauftrag an die Gruppen :

1. Erstellung einer Pflegeanamnese
2. Einschätzung der Situation im Krankenhaus vor der Entlassung
3. Einschätzung der Situation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus
  - im Altenpflegeheim
  - zu Hause (Pflege durch Angehörige und einen ambulanten Pflegedienst )
  - in einer Rehabilitationsklinik
  - bei teilstationärer Pflege im Krankenhaus und Pflege in häuslicher Umgebung durch Angehörige
4. Abschließende Bewertung des Verlaufes und Evaluation der Entscheidung über die Organisationsform der Pflege
5. Vorstellung der Ergebnisse im Plenum

Nach der Vorstellung der Gruppenergebnisse wurde dann eine allgemeine theoretische Aussage über die wichtigen Aspekte bei der Entlassung pflegebedürftiger Patienten getroffen. Diese Aussage muss dann, den Kriterien genügend, das Pflegehandeln beeinflussen und ggf. auch verändern. Nachfolgend werden die Einschätzungen von zwei Arbeitsgruppen (AG 1 und 5) vorgestellt.

### 3.2 Vorstellung der Ergebnisse

#### Arbeitsgruppe 1 : Pflegeanamnese Herr E.

Herr E. (84 Jahre) wurde wegen massiven Bluterbrechens und einer Tachykardie (120/min) stationär aufgenommen. Durch eine Gastroskopie wurde ein *ulcus ventriculi* diagnostiziert. Weiterhin besteht seit Tagen eine Appetitlosigkeit bei anhaltendem Gewichtsverlust. Herr E. wirkt sehr erschöpft, ist blass, klagt über Schwindel, Nachtschweiß und eine Nykturie. Der Allgemeinzustand ist deutlich reduziert. Bis zu seiner Krankenhauseinweisung versorgte er sich mit Unterstüt-

zung eines Pflegedienstes (Grundpflege 2 x täglich) und seine pflegebedürftige, seit 2 1/2 Jahren bettlägerige Frau. Frau E. wurde ebenfalls stationär aufgenommen. Die Eheleute E. belegen zusammen ein Zweibettzimmer. Zu Hause bereitete Herr E. Frühstück und Abendbrot und konnte die Wohnung wegen ständiger Betreuungsbedürftigkeit seiner Frau während der letzten 2 1/2 Jahre kaum verlassen. Das Ehepaar E. bewohnt eine Wohnung im eigenen Mehrfamilienhaus, ein Sohn erledigte Einkäufe, die Schwiegertochter putzt einmal im Monat, Herr E. sieht trotz einer starken Brille sehr schlecht.

	Situationseinschätzung vor der Krankenhauserlassung	Situationseinschätzung im Alten- und Pflegeheim
Körperliche Konstitution/ Körperpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgung anfänglich komplett durch das Pflegepersonal</li> <li>• Zunächst Magensonde, dann Kostaufbau</li> <li>• Bei der Einweisung Stuhl- und Urininkontinenz, später kontinent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• weitgehend selbständig</li> <li>• hilft teilweise bei der Versorgung seiner Frau</li> <li>• Spaziergänge möglich, jedoch Unsicherheit und Angst wegen des schlechten Sehvermögens</li> </ul>
Psychische Situation und Bewusstseinslage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zunächst zeitlich und örtlich desorientiert</li> <li>• zeitweise aggressives Verhalten</li> <li>• später orientiert, aber sehr deprimiert</li> <li>• Sorge um die Pflege seiner Frau (Zukunftsangst)</li> <li>• Angst vor Unterbringung im Altenheim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hat sich nach zwei Wochen gut eingelebt</li> <li>• empfindet das Leben im Heim leichter</li> <li>• Äußerungen zur Zukunftsperspektive gegensätzlich: keine Zukunftsangst wegen der gesicherten Versorgung, sagt aber auch: „er lebe von Mahlzeit zu Mahlzeit“</li> <li>• muss Einschränkungen persönlicher Wünsche und Gewohnheiten hinnehmen</li> </ul>
soziale Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation mit der Ehefrau wegen der gestörten Bewusstseinslage zunächst stark eingeschränkt, später jedoch bei der Unterbringung im gleichen Zimmer gut möglich</li> <li>• Besuch vom Sohn und Schwiegertochter</li> <li>• Besuch vom Pflegepersonal des ambulanten Pflegedienstes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenleben mit seiner Frau möglich</li> <li>• Treffen mit Mitbewohnern</li> <li>• Besuch vom Sohn und Schwiegertochter</li> <li>• gelegentlicher Besuch ehemaliger Nachbarn</li> </ul>
Beschäftigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zunächst kaum Beschäftigungsmöglichkeiten, später Beschäftigung durch Mobilisations- und Gehübungen</li> <li>• sitzt im Sessel am Fenster</li> <li>• hilft seiner Frau bei der Nahrungsverabreichung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an „Beschäftigungsnachmittagen“ (Sing- und Spielrunden)</li> <li>• tägliche Treffen mit den Mitbewohnern</li> <li>• Radio, Fernsehen</li> </ul>

## Evaluation/Bewertung des Verlaufes

Nach 6-wöchigem Krankenhausaufenthalt wurde Herr E. in ein Alten- und Pflegeheim entlassen. Hier bewohnt er mit seiner Frau jetzt ein Appartement. Die Lebensqualität von Herrn E. hat sich unserer Meinung nach gebessert. Sein Tagesablauf war früher bestimmt von der Pflege und Betreuung seiner Frau. Er hat jetzt wieder mehr Möglichkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen und mit seinen Mitmenschen zu kommunizieren. Durch die Unterbringung im Alten- und Pflegeheim wurde ihm die Belastung der alleinigen Verantwortung für sich selbst, aber vor allem für die Pflege und Betreuung seiner Frau genommen. Herr E. hat ein Gefühl größerer Sicherheit und kann weiterhin mit seiner Frau zusammenleben. Allerdings muss er auch auf ein Stück Unabhängigkeit verzichten und seine persönlichen Gewohnheiten und Wünsche der Heimordnung anpassen. Er wirkt jedoch insgesamt zufrieden und ausgeglichen.

## Arbeitsgruppe 5: Pflegeanamnese Frau J.

Frau J. wurde in der Nacht mit einer Rauchgasinhalation ins Krankenhaus gebracht. Sie berichtete, sie habe sich Zwiebäcke rösten wollen, zuvor jedoch schon 2 Schlaftabletten genommen, die Zwiebäcke schließlich vergessen und sich schlafen gelegt. Nachbarn hätten schließlich Feuerwehr und Rettungswagen verständigt und ihre Einweisung veranlasst.

Frau H. ist vor 17 Jahren aus Polen nach Deutschland übersiedelt, sie ist verwitwet und hat eine Tochter. Sie lebt in ihrer Wohnung alleine, Tochter und Schwiegersohn kümmern sich zwar um Frau J., sind jedoch beide berufstätig und können eine ununterbrochene Betreuung nicht sicherstellen. Frau J. wurde die Verlegung in ein Alten- und Pflegeheim vorgeschlagen, in die sie schließlich „schweren Herzens“ einwilligte.

	Situationseinschätzung vor der Krankenhausentlassung	Situationseinschätzung im Alten- und Pflegeheim
Körperliche Konstitution/ Körperpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegung mit dem Gehstock</li> <li>• Körperpflege selbständig</li> <li>• Nahrungsaufnahme und</li> <li>• Ausscheidungen selbständig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. Z. Bewegung nur mit dem Gehwagen aufgrund ihres Sturzes mit Hilfe möglich</li> <li>• urininkontinent</li> <li>• Anhalten zum Trinken</li> </ul>
Psychische Situation und Bewusstseinslage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit Schlafmitteln war Nachtruhe möglich</li> <li>• Frau J. war gut orientiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nach eigenem Empfinden schläft Frau J. schlecht trotz Schlafmittel</li> <li>• öfter zeitlich und örtlich desorientiert</li> </ul>
Soziale Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gute Kommunikation mit Partner und Pflegepersonal</li> <li>• Tochter und Schwiegersohn kümmern sich gut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im eigenen Zimmer keine Kommunikation möglich (Desinteresse)</li> <li>• nur die Tochter kommt noch, da der Schwiegersohn schwer krank ist</li> </ul>
Beschäftigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handarbeiten, Lesen, Fernsehen und Kommunikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jegliches an Beschäftigungsmöglichkeiten verloren</li> </ul>

## Evaluation/Bewertung des Verlaufes

Frau J. gewöhnt sich nur sehr langsam an das Altenheim, weil sie jahrelang allein gelebt und sich versorgt hat. Sie weiß, dass sie auf fremde Hilfe angewiesen ist. Sie redet nur wenig, hat Angst zur Toilette zu gehen und schränkt daher ihre Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr stark ein. Der Alltag im Altenheim blieb ihr fremd und ungewohnt. Nach unserer Einschätzung ist die Unterbringung in einer Einrichtung, in der die kontinuierliche pflegerische Betreuung gewährleistet ist, erforderlich. Eine kleinere Wohngruppe, die den Charakter einer Wohnung hat, wäre jedoch bestimmt für Frau J. geeigneter.

## Auswertung

Nach der Vorstellung der Gruppenergebnisse wurde nun jede SchülerIn aufgefordert, aufgrund ihrer eigenen Einschätzung sowie auch der Einschätzung der MitschülerInnen eine Aussage zum Pflegeverhalten bei der Entlassung pflegebedürftiger Menschen zu machen.

Die genaue Fragestellung lautete:

Welche Aspekte sind bei der Vorbereitung auf die Entlassung eines pflegebedürftigen Menschen von besonderer Bedeutung ?

**Aussagen:**

- Die Entscheidung über die zukünftige Organisationsform der Pflege muss in enger Zusammenarbeit mit dem Patienten erfolgen. (14)
- Wichtig ist die enge Zusammenarbeit der an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen. (13)
- Wichtig ist, dass das Pflegeteam gut über den Patienten informiert ist. (4)
- Wichtig ist, dass alle an der Pflege Beteiligten ein gemeinsames Ziel verfolgen. (2)
- Die gefundene Lösung muss in angemessenen Abständen überprüft und ggf. korrigiert werden. (6)

Abschließend muss noch eines klargestellt werden: Das hier beschriebene Projekt erfüllt sicher nicht die an eine professionell durchgeführte Forschungsarbeit geknüpften Bedingungen. Trotzdem wurde das Ziel, eine allgemein gültige Aussage über konkrete Pflegesituationen zu treffen, erreicht. Darüber hinaus wurden die Vorbereitung und die Durchführung eines Pflegeforschungsprojektes dargestellt. Vor allem aber lernten die SchülerInnen die Situation der Patienten, ihre Sorgen, aber auch ihre Hoffnungen kennen, so dass die wichtigste Bedingung an die Pflegeforschung - sich auf die Pflegepraxis auswirken zu müssen - erreicht wurde.

**Autor: Dieter Glaremin**

Krankenpflegeschule am St. Walburga Krankenhaus Meschede

## Die praktische Ausbildung in der Krankenpflegeschule des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Altona

Barbara Reich-Bellmann, Manuela Darius

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über die Möglichkeit, bereits zum zweiten Mal in diesem Rahmen Ihnen nunmehr die Entwicklung unseres praktischen Ausbildungskonzeptes vorzustellen. Zu Beginn möchte ich zunächst einige Worte zu unserer Krankenpflegeschule sagen, dann erläutere ich zum besseren Verständnis grob die Inhalte und pädagogischen Prinzipien unseres theoretischen Ausbildungskonzeptes, um Ihnen dann das Praxiskonzept vorzustellen.

Die Krankenpflegeschule des Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg Altona umfasst 179 Ausbildungsplätze, aufgeteilt in acht Klassen. Zum Team der Schule gehören 10,5 Stellen für PflegelehrerInnen (10 Personen), 3 PraxisanleiterInnen, 0,5 Stelle Ärztin und 1 Stelle Sekretärin.

Die Krankenpflegeschule ist einem Krankenhaus der zentralen Versorgungsstufe mit 965 Betten angeschlossen. Das Krankenhaus Altona ist mit 7 weiteren Krankenhäusern in einer gemeinsamen Trägerschaft des Landesbetrieb Krankenhäuser der Stadt Hamburg verbunden.

In Hamburg gab und gibt es kein einheitliches Ausbildungskonzept, diesbezügliche Erwartungen und Forderungen Anfang der 90er Jahre wurden von dem zuständigen Ministerium nicht erfüllt.

## 1 Einleitung

### 1.1 Theoriekonzept

In unserer Krankenpflegeschule haben wir im Herbst 1994 mit der Erarbeitung unseres Konzeptes begonnen. Dieses basiert auf folgenden inhaltlichen und pädagogischen Prinzipien:

- Der Ausbildungskonzeption liegt ein Pflegeverständnis als Grundlage vor.
- Das Pflegemodell von Roper et al. bildet den Rahmen für die Gestaltung aller Lerneinheiten für die Ausbildung.
- In den Lerneinheiten orientieren sich alle Inhalte der Bezugswissenschaften fächerintegrativ an dem Hauptfach Pflege.
- Die Integration von Schlüsselqualifikationen soll eine Handlungsfähigkeit im Pflegeberuf fördern.

- Das fünfte Prinzip ist die Theorie-Praxis-Verknüpfung und beinhaltet Lernaufgaben für die Praxis, praktische Anleitungen von PraxisanleiterInnen und PflegelehrerInnen und die Praxis als Lernort.

Grundsätzlich haben wir unser Ausbildungskonzept in den ersten und zweiten Ausbildungsabschnitt unterteilt (Dauer jeweils 1,5 Jahre). Der erste Ausbildungsabschnitt orientiert sich an den Lebensaktivitäten, der zweite Ausbildungsabschnitt hingegen an speziellen Pflegesituationen in den unterschiedlichen Fachabteilungen des Hauses.

Bereits mit Beginn der Umsetzung des Ausbildungskonzeptes Ende 1995 wurde die Notwendigkeit für die Entwicklung eines Praxisbegleitbuches, welches auf unser Ausbildungskonzept ausgerichtet ist, deutlich, um ein weiteres Instrument für eine sichere Dokumentation der praktischen Ausbildung zu schaffen.

## 2 Ein Praxisbegleitbuch entsteht

### 2.1 Situation Lernort Station

In unserer Krankenpflegeschule war das Praxisbegleitbuch des Verlages LAU-Ausbildungssysteme GmbH für die Dokumentation der praktischen Ausbildung die Grundlage. Die Handhabung war für die SchülerInnen, die KursleiterInnen und die Pflegekräfte der Stationen schwierig, weil die in der Theorie und auf der Station einzuübenden Lerninhalte über viele Seiten verstreut einzutragen waren. Das war sehr zeitaufwendig und führte häufig zu unvollständigen Dokumentationen. Dass hier eine grundlegende Veränderung geschaffen werden sollte, wurde u. a. von den PraxisanleiterInnen forciert.

Zeitgleich entwickelten einige Pflegekräfte der Stationen Lernangebote für ihren jeweiligen Bereich, um ihr Tätigkeitsfeld kompakter darzustellen.

### 2.2 Vorgehensweise

Zunächst wurde eine Praxis-AG, bestehend aus zwei Lehrerinnen für Pflege und zwei Praxisanleiterinnen, gegründet. Wie eingangs erwähnt ist unser Ausbildungskonzept in zwei Abschnitte (1. Ausbildungsabschnitt und 2. Ausbildungsabschnitt) unterteilt. Deshalb hielten wir diese Struktur auch für das Praxisbegleitbuch für sinnvoll.

Für den 1. Ausbildungsabschnitt erarbeiteten wir gemeinsam mit den jeweiligen

FachlehrerInnen die Praxisbegleitkarten, welche sich an den Lebensaktivitäten orientieren.

Die Inhalte des zweiten Ausbildungsabschnittes wurden mit den MentorInnen der Station für die jeweiligen Fachabteilungen unter Zuhilfenahme der bereits erarbeiteten Lernangebote erstellt, diese wiederum beziehen sich auf spezielle Pflegesituationen.

### **3 Aufbau und Beschreibung des Praxisbegleitbuches**

Das Praxisbegleitbuch ist in fünf Kapitel unterteilt:

1. Kapitel: Lernaufgaben,
2. Kapitel: Legende zur Handhabung, Handzeichenliste, Praxisbegleitkarten zu den Lerneinheiten,
3. Kapitel: Lernangebote der Station, diagnostische Verfahren,
4. Kapitel: Gesprächsprotokolle, Leitfaden zu dem Gesprächsprotokoll,
5. Kapitel: Anleitungsprotokolle.

#### **3.1 Lernaufgaben**

Die Lernaufgaben greifen Unterrichtsinhalte der vorangegangenen Lerneinheit auf und werden an die SchülerInnen am Ende des Blockes von der Kursleitung verteilt. Die SchülerInnen bearbeiten diese in der folgenden Praxisphase selbständig und eigenverantwortlich. Die Ergebnisse werden in dem darauffolgenden Block zu Beginn diskutiert, korrigiert und zumeist in Einzelterminen ausgewertet.

#### **3.2 Legende zur Handhabung, Handzeichenliste, Praxisbegleitkarten zu den Lerneinheiten**

Das zweite Kapitel beinhaltet zunächst die Legende zur Handhabung des Praxisbegleitbuches, diese dient zur Information der SchülerInnen und des anleitenden Pflegepersonals. Auf der nachfolgenden Handzeichenliste dokumentiert jeder, der an der praktischen Ausbildung beteiligt ist, den Namen, das Handzeichenkürzel und den Einsatzort, damit zu einem späteren Zeitpunkt Eintragungen nachvollziehbar sind.

Die Praxisbegleitkarten werden den SchülerInnen zum Abschluss jeder vorangegangenen Lerneinheit ausgehändigt und von ihnen in das Praxisbegleitbuch eingefügt. So ist gewährleistet, dass im folgenden Praxiseinsatz nur Tätigkeiten aus-

geführt werden, die vorher theoretisch vermittelt wurden. Den MentorInnen obliegt die Entscheidung entsprechend zur Handhabung des Praxisbegleitbuches, ob die SchülerInnen eine Fähigkeit erreicht haben oder ob die Tätigkeit weiter unter Anleitung geübt werden muss. Durch dieses Verfahren ersparen sich sowohl die SchülerInnen als auch die MentorInnen die zeitaufwendige Suche nach erlernten Pflegemaßnahmen.

Am Ende des Einsatzes müssen die SchülerInnen überprüfen welche Fähigkeiten bzw. Tätigkeiten sie erlernt haben und damit nun selbständig ausführen dürfen oder welche sie noch weiterhin unter Anleitung üben müssen. Im nächsten Praxiseinsatz kümmern sich die SchülerInnen eigenverantwortlich um Tätigkeiten, die vertieft werden sollen, mit dem Ziel die Fähigkeit zu erreichen.

### **3.3 Lernangebote der Station, diagnostische Verfahren**

In diesem Kapitel befinden sich sowohl die speziellen Lernangebote der Stationen, z. B. Innere Medizin und der Funktionsabteilungen, z. B. Endoskopie.

Hätten beispielsweise die SchülerInnen nun die Möglichkeit eine Patientin mit Colitis ulcerosa unter Anleitung zu pflegen, wird dieses durch das anleitende Krankenpflegepersonal durch ein Handzeichen bestätigt. Entsprechend dem jeweiligen Facheinsatz erhalten die SchülerInnen wieder nur den Teil der Praxisbegleitkarten, welche für die Stationen vorgesehen sind. Zusätzlich erhalten die SchülerInnen eine alphabetisch gegliederte Übersicht aller diagnostischen Verfahren im Krankenhaus. Wir erachten die Begleitung von Patienten zu diagnostischen Verfahren für sinnvoll, da sie zu einem besseren Verständnis der Krankheitsbilder beitragen.

### **3.4 Gesprächsprotokolle, Leitfaden zu dem Gesprächsprotokoll**

Das vierte Kapitel beinhaltet Gesprächsprotokolle und den dazugehörigen Leitfaden. Die Notwendigkeit von Vor-, Zwischen- und Abschlussgesprächen wurde von den Stationen sehr unterschiedlich bewertet, so dass keine Kontinuität im Führen der Gespräche bestand. Als Gründe hierfür wurden mangelnde Transparenz über Ziele und Inhalte der Gespräche angegeben. Aus diesem Anlass entwickelten wir einen Leitfaden, der Ziele und Inhalte der Gespräche verdeutlicht, und das dazugehörige Gesprächsprotokoll. Um die Planung der Gesprächstermine zu vereinfachen, wird das Gesprächsprotokoll von der Kursleitung vor Beginn des Einsatzes mit dem Beurteilungsbogen den Stationen zugesandt. Der Leitfaden ist ein fester Bestandteil des Praxisbegleitbuches.

### 3.5 Anleitungsprotokolle

Das fünfte Kapitel beinhaltet die Anleitungsprotokolle der PraxisanleiterInnen. Die Inhalte der praktischen Anleitungen beziehen sich auf die vorangegangene Lerneinheit, die Komplexität der Anleitungen steigert sich im Laufe der Ausbildungszeit. Die praktischen Anleitungen werden von den hauptamtlichen PraxisanleiterInnen geplant, durchgeführt und ausgewertet.

Zum Abschluss jeder Anleitung wird die Anleitungssituation gemeinsam mit den SchülerInnen reflektiert und im Auswertungsbogen dokumentiert. Aus Datenschutzgründen entscheiden die SchülerInnen selbst, ob dieses Protokoll im Praxisbegleitbuch oder davon getrennt aufbewahrt wird. Den LehrerInnen für Pflege kommt eine Kopie des Auswertungsbogens zu.

## 4 Auswirkungen/Evaluation

### 4.1 SchülerIn

Die SchülerInnen äußern sich durchweg positiv und sind motiviert die Praxisbegleitkarten verantwortlich zu führen. Sie überblicken ihren Lernstand in der Praxis schnell und wissen, in welchen Bereichen sie eigenverantwortlich arbeiten können. Auch die Gesprächsbereitschaft auf den Stationen ist durch das Führen der Gesprächsprotokolle angestiegen.

### 4.2 MentorInnen

Die MentorInnen fühlen sich durch den übersichtlichen Aufbau deutlich sicherer bei der praktischen Ausbildung. Dieses resultiert zum einen daraus, dass sie Fachinhalte ihrer Station wiederfinden, des Weiteren ist die Dokumentation nicht mehr so zeitaufwendig und hat dadurch die Akzeptanz zur Dokumentation erhöht.

### 4.3 LehrerInnen

Es kommt zu einem zügigen Rücklauf der Praxisbegleitbücher in die Krankenpflegeschule. Die Ergebnisse bieten eine individuelle Gesprächsgrundlage, um den praktischen Lernstand jedes Schülers zu ermitteln.

## 5 Schlusswort

Das Praxisbegleitbuch wurde im Mai 1998 fertiggestellt. Derzeitig arbeiten sechs Kurse mit diesen Büchern. Neben den positiven Ergebnissen, wie erhöhte Verantwortungsübernahme bei den SchülerInnen und ein schneller Überblick über den Lernstand der SchülerInnen, zeigte sich hier ein positiver Effekt im wirtschaftlichen Bereich. Abzüglich der Anschaffung von Ordnern, Registern und Kopien erzielen wir eine Einsparung von DM 29,00 pro SchülerIn. Bei insgesamt 156 SchülerInnen beläuft sich diese Einsparung auf DM 4524,00.

Mit dem Instrument Praxisbegleitbuch haben wir einen weiteren Schritt zur Beschreibung unserer Ausbildungsqualität und damit die Möglichkeit der Qualitätsüberprüfung und -sicherung getätigt.

Noch für dieses Jahr ist eine Zusammenlegung der acht städtischen Krankenpflegeschulen in ein Ausbildungszentrum mit 1200 Ausbildungsplätzen geplant. Wir erhoffen uns, dass große Anteile dieses Konzeptes übertragen werden können.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

### AutorInnen:

**Barbara Reich-Bellmann**  
Lehrerin für Pflege, Krankenhaus Hamburg-Altona

**Manuela Darius**  
Praxisanleiterin, Krankenhaus Hamburg-Altona

## Einrichtung eines Projektes „Schulstation“ am Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung an der Westfälischen Klinik Gütersloh

Marita Schlüter

Aufgrund verschiedener Sachzwänge, aber auch aufgrund der steten Bemühungen unsererseits, die Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis in der Krankenpflege- und Krankenpflegehilfeausbildung so effektiv wie möglich zu gestalten, haben wir in Anlehnung an ein bereits erprobtes Konzept aus Rotenburg an der Wümme die Planung eines Projektes „Schulstation“ in Angriff genommen.

### 1 Der Verlauf

Die SchülerInnen des laufenden Oberkurses sollen in Eigenverantwortung einen Teil einer Station übernehmen (ca. 8-12 Patienten). Sie sind hier für die gesamten administrativen und pflegerischen Aufgaben zuständig. Abgedeckt werden der Früh- und der Spätdienst sowie der Wochenend- und Feiertagsdienst. Der Nachtdienst wird von den Mitarbeitern der Station erfüllt. Die SchülerInnen werden pro Schicht von einer Pflegekraft der Station sowie einer Lehrkraft der Schule unterstützt.

Die Dauer des Projektes richtet sich nach der Größe des Kurses. In diesem Fall wird es 4 Wochen in Anspruch nehmen, dabei wird es in dieser Zeit keinen Studientag geben.

Die Einteilung erfolgt wie folgt:

- 7 SchülerInnen des OK plus 2 SchülerInnen des KPH-Kurses übernehmen den Dienst einer 7-Tage-Woche
- Am Montag der Folgewoche verbleiben je 1 SchülerIn aus dem OK und je 1 SchülerIn aus dem KPH-Kurs im Früh- bzw. Spätdienst, um der jeweils nächsten Gruppe eine ausführliche Übergabe machen zu können. (s. Dienstplanbeispiel)

### 2 Die Inhalte

Generelle Inhalte des Projektes sollten sein:

- Pflegeplanung,
- Übergaben,
- Durchführung der allgemeinen und speziellen Pflege,
- gezielte Anleitung durch Mentor oder Lehrkraft auf Anforderung durch die SchülerInnen,
- Anleiten der KPH-SchülerInnen durch die OK-SchülerInnen,

- Organisationsaufgaben,
- Visiten,
- etc.

### 3 Die Ziele

Mit diesem Projekt soll der praktische Teil der Ausbildung abschließen. Es dient vor allem dem Zweck Angst zu nehmen a) vor dem bevorstehenden praktischen Examen, b) vor dem bevorstehenden Sprung in das examinierte Berufsleben, wo häufig von einem auf den anderen Tag die komplette Verantwortung getragen werden muss. Sowohl die Lehrkräfte der Schule als auch die SchülerInnen und die Mitarbeiter der Station, die unmittelbar an der Projektarbeit beteiligt sind, formulieren im Vorfeld Lernziele, die in dem Projekt erreicht werden sollten. Die könnten etwa wie folgt lauten:

#### Schule:

Sch. sollen pflege- und patientenorientiert arbeiten lernen,  
Sch. sollen Eigeninitiative und Handlungskompetenz erwerben,  
Sch. sollen Pflegetechniken konsequenter üben können,  
Sch. sollen ihr theoretisches Wissen sinnvoll umsetzen können,  
Sch. sollen ihre Sozialkompetenz untereinander verbessern,  
etc... .

#### SchülerInnen:

Sch. wollen Sicherheit in der eigenverantwortlichen Pflege erlangen,  
Sch. wollen sich gezielt auf das Examen vorbereiten,  
Sch. wollen Pflegeplanung üben und umsetzen,  
Sch. wollen noch einmal mit den KurskollegInnen zusammenarbeiten,  
etc... .

#### Mitarbeiter der Station:

wollen üben, SchülerInnen eigene Kompetenzen zuzutrauen,  
wollen üben, sich selbst einmal zurückzunehmen und den Sch. die Verantwortung zu überlassen.  
wollen mit Hilfe der SchülerInnen die Erstellung und die Umsetzung der Pflegeplanung üben,  
etc... .

## 4 Die Vorbereitungen

Ca. ein halbes Jahr vor Beginn des Projektes werden die SchülerInnen in das anstehende Projekt grob eingeweiht, so dass sie in der Lage sind, eigenständig Lernziele für sich zu formulieren.

Im gleichen Zeitraum sollte auch der Kontakt zu der in Frage kommenden Station aufgenommen werden. Bei der Auswahl der Station sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Bietet die Station die Möglichkeit für eine Gruppenpflege?
- Sind die Krankheitsbilder so, dass die SchülerInnen nicht überfordert werden?
- Ist die Motivation der Mitarbeiter so, dass sie sich auf dieses Projekt vollständig einlassen können?
- Sind die Ärzte bereit, mit den SchülerInnen zusammenzuarbeiten?
- etc... .

Um den SchülerInnen den Einstieg so leicht wie möglich zu machen, sollte die Station einen detaillierten Aufgabenplan für den Früh- und Spätdienst erstellen, den die Schüler ca. 2 Monate vor Beginn des Projektes bekommen sollten.

Kurz vor Beginn des Projektes sollten sich dann noch einmal alle Beteiligten zusammensetzen, um gemeinsam Ziele, Erwartungen und mögliche Ängste zu formulieren und um alle auf den gleichen Kenntnisstand zu setzen, damit das Projekt nicht aufgrund mangelnder Kommunikation, falscher Erwartungen etc... scheitert.

## 5 Reflexion

Während des Projektes liegt auf der Station eine Kladde aus, in die alle möglichen Dinge, die nicht richtig verlaufen sind, oder Anregungen für das Folgejahr von allen an dem Projekt Beteiligten eingetragen werden können, so dass in der anschließenden Reflexion nichts verloren geht.

Die Reflexion sollte unmittelbar nach Abschluss des Projektes erfolgen. Ziel ist es, das Projekt so zu verfeinern, dass daraus eine Dauereinrichtung werden könnte.

### **Autorin: Marita Schlüter**

Lehrerin an der Krankenpflegeschule der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie Gütersloh







#### 4. Woche

Name	Montag 01.05.	Dienstag 02.05.	Mittwoch 03.05.	Don. 04.05.	Freitag 05.05.	Samstag 06.05.	Sonntag 07.05.	Montag 08.05.
OK 15	Früh	x	x	x	x	x	x	x
OK 19	Spät	x	x	x	x	x	x	x
KPH 5	Spät	x	x	x	x	x	x	x
KPH 6	Früh	x	x	x	x	x	x	x
OK 22	Früh	Früh	Früh	Spät	Spät	Spät	Spät	
OK 23	Früh	Früh	Früh	Spät	Spät	Spät	Spät	
OK 24	Früh	Früh	Früh	Früh	Früh	Spät	Spät	Spät
OK 25	Spät	Spät	Spät	Früh	Früh	Früh	Früh	Früh
OK 26	Spät	Spät	Spät	Früh	Früh	Früh	Früh	x
OK 27	Spät	Spät	Spät	Früh	Früh	Früh	Früh	x
KPH 7	x	Schule	Früh	Früh	Früh	Spät	Spät	x
KPH 8	x	Schule	Spät	Spät	Spät	Früh	Früh	x
Mentor 1								
Mentor 2								
PraxisanleiterIn								
Lehrer 1								
Lehrer 2								

Legende:

Frühdienst
Wochenende
Feiertag

## Zusammenfassung der Ergebnisse

Annette Nauerth

In diesem Beitrag soll versucht werden, die Ergebnisse des Workshops zusammenzufassen. Es wird dabei darum gehen, im Hinblick auf das gestellte Thema Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung aufzuzeigen.

Dazu wurden die Berichte der einzelnen Arbeitsgruppen auf drei Aspekte hin analysiert:

- Wie wird die bestehende Situation beschrieben?
- Welche Verbesserungsmöglichkeiten werden vorgeschlagen?
- Welche Beiträge erfordert das von den unterschiedlichen Beteiligten?

## Beschreibung des Ist-Zustandes

In den verschiedenen Arbeitsgruppen (siehe Berichte) wurde zunächst versucht, die Defizite der bestehenden Situation herauszuarbeiten. Je nach Perspektive der Arbeitsgruppe fiel die Analyse sehr unterschiedlich aus. Die folgenden Poster listen die verschiedenen Punkte, grob nach Kategorien geordnet, auf. Dabei wurde nicht danach differenziert, wer diese Aussage über den jeweiligen anderen getroffen hat. Dies wäre eine weitere Analyse wert.

Wenn man diese verschiedenen Aspekte durchsieht, erkennt man, dass Defizite auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden.

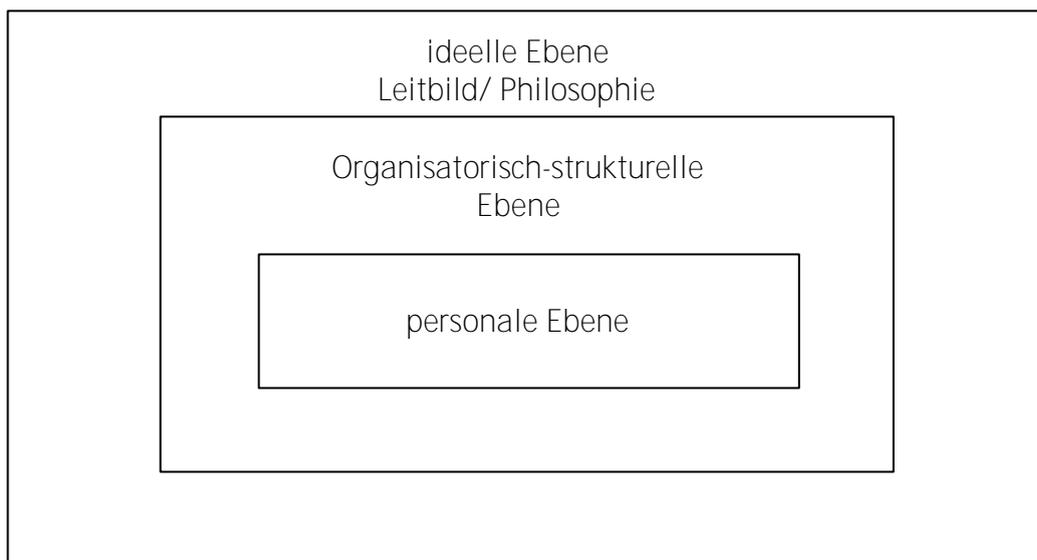


Abbildung 1: Analyseebenen

### Leitbild/Ziele

Es fehlen:

- gemeinsame Philosophie
- gemeinsames Verständnis der Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Pflege

### Organisation und Strukturen

- fehlende Abstimmung von Theorie und aktuellem Praxisort
- fehlende strukturelle Verbindungen zw. Schule und Praxisort
- Kinderkrankenpflege: Übungsfelder fehlen.
- Ausbildung und betriebliche Fortbildung laufen oft ungeplant und beliebig aus Sicht des Betriebes, sind nicht eingebunden in gezielte Personalentwicklungskonzepte

### Praxis

Professionalität

- es fehlen Rollenmodelle
- Selbstverständnis der Pflegenden nicht professionell genug
- Wissensstand der Pflegemitarbeiterinnen nicht aktuell
- funktionelle Verkürzung von Methoden/Tätigkeiten
- fehlende Beziehungspflege, patientennahe Tätigkeiten werden delegiert
- Pflegeplanung machen Auszubildende

Organisation

- Stationsorganisation auf Zeitverschwendung ausgelegt
- Arbeitsablauf, Tagesablauf lässt wenig Raum für Anleitung
- Stellenplan lässt wenig Raum für Anleitung

Verhältnis Schule/Praxis

- Interesse an Ausbildung gering:
- Praxis erlebt Schule als Kontrolle
- Praxis zeigt der Ausbildung keine Anerkennung

### Schülerinnen/Schüler:

Lern-/Arbeitshaltung

- Schülerinnen nutzen Lernangebote der Praxis nicht genügend
  - Selbstbewusstsein der Schülerinnen entspricht „brav sein, funktionieren müssen“
  - Konsumverhalten der SchülerInnen
- Zeit/ Organisation/Betrieb
- Zeitaufwand für pflegefremde Tätigkeiten zu hoch
  - keine Zeit zum Lernen
  - versuchen, die Mängel der Einrichtung nach außen zu decken
- Bedürfnisse/Wünsche/Probleme
- möchten praktische Qualifikationen erwerben
  - brauchen Vertrauen zur Anleitungsperson
  - vermissen die Patientenorientierung
  - sind mit Stofffülle und extremen Lebenssituationen konfrontiert
- Rolle
- stehen zwischen den Stühlen

### Mentoren

Rollen-/Aufgabenbeschreibung

- unklare Funktionsdefinition und Stellenbeschreibung
- mangelnde Akzeptanz
- unklare Rollendefinition verursacht Spannungen: Kollegen-Schüler-Schule-Leitung
- Mentoren fühlen sich überfordert
- mangelndes Interesse an Mentorenarbeitskreis
- Unsicherheit in der Schülerbeurteilung

### Lehrende/ Schule

- sind Fremdkörper in der Praxis
- haben keine Ahnung von der Praxis
- werden nicht als integrativer Bestandteil sondern als Außenstehende wahrgenommen

### PraxisanleiterInnen

Rolle/Aufgabe/Akzeptanz

- nicht als gleichwertige Lehrkräfte anerkannt
- mangelnde Akzeptanz der Praxisanleitung
- Rollenunklarheit
- Beurteilung des Lernerfolges durch PA hat geringen Stellenwert

Organisation

- Freistellung für Praxisanleitung nicht immer gewährleistet
- fehlende Austauschmöglichkeiten
- fehlendes Fortbildungsangebot

Da wird zum einen die ideelle Ebene herausgestellt:

Diese ist in zweifacher Weise betroffen: Es fehlt zunächst eine gemeinsame Pflegephilosophie, ein Pflegeleitbild. Ein Indikator dafür ist, dass über ein fehlendes Professionsverständnis bei den Mitarbeitern geklagt wird. Dieses gilt ebenso in Bezug auf das Lernen. Bei den Schülern wird eine „richtige“ Lernhaltung vermisst, bei den Praktikern ebenfalls die Bereitschaft, Innovationen positiv aufzunehmen. Das Konzept des „lebenslangen Lernens“ scheint sich noch nicht durchgesetzt zu haben (Ludwig 1995). Somit könnte auch von Defiziten im Bereich der Lernphilosophie, der Lernhaltung gesprochen werden. Im Rahmen des BWL-Vortrages von Herrn Thomas wurde im gleichen Zusammenhang von einer fehlenden Konzeption für Personalentwicklung gesprochen, die die Aus-, Fort- und Weiterbildung umfasst.

Zum anderen wird die Organisationsebene angesprochen:

Hier wird eine auf die Ziele der Pflege und die Ziele der Aus-, Fort- und Weiterbildung abgestimmte Organisation vermisst. Explizit erwähnt wird in diesem Bereich das Thema Zeit (fehlende Zeit zum Lernen, Arbeitsorganisation auf Zeitverschwendung ausgelegt, fehlende Zeit für Anleitung). Diese Faktoren stehen der Entwicklung einer Organisation im Sinne einer lernenden Organisation entgegen. Somit kann das vorhandene Expertenwissen auf den Stationen nicht weitergegeben werden, weder an Schüler noch an jüngere Kollegen. Organisationsmängel werden jedoch auch im Bereich Schule als dem zuständigen Bereich für die Organisation der Ausbildung in Theorie und Praxis benannt (z. B. fehlende strukturelle Abstimmung zwischen Schule und Praxisort). Ferner werden Defizite im Bereich der internen Kommunikation zwischen Schule und Praxis, der gegenseitigen Abstimmung von Praxis und Ausbildung etc., der genauen Aufgaben- und Rollendefinition der unterschiedlichen Beteiligten beschrieben.

Schließlich werden Defizite auf der personalen Ebene erwähnt:

Dies gilt zum einen für den Lernort Praxis, zum anderen für den Lernort Schule. Bezogen auf den Lernort Praxis wird die mangelnde Akzeptanz der Schüler in der Praxis, die Unsicherheit von Beurteilungskriterien für Schüler bei der praktischen Anleitung, die fehlenden Modelle in der Praxis, das fehlende Interesse an Ausbildung beklagt. Bezogen auf den Lernort Schule heißt es z. B. Lehrer sind weit entfernt von der Praxis, Konsumverhalten der SchülerInnen, fehlendes Selbstbewusstsein der Schülerinnen.

## **Verbesserungsmöglichkeiten**

In einem zweiten Schritt wurden die Berichte der Arbeitsgruppen auf die vorge-schlagenen Verbesserungsmöglichkeiten hin analysiert.

Im Zentrum der Beiträge steht die Frage nach der Gestaltung und Organisation von Lernprozessen. Ergänzend dazu wurde auch ein Einigungs- und Entwicklungsbedarf auf den anderen Ebenen deutlich. Das modifizierte Schaubild (Abb. 2) verdeutlicht die sich abzeichnenden Strukturen.

#### 1. Ideelle Ebene:

Für den Bereich der Praxis wird die Einigung auf ein Pflegeleitbild, eine Pflegephilosophie eingefordert. Wenn eine Einigung auf gemeinsame Ziele erfolgt, lässt sich die Qualität in eine einheitliche Richtung verbessern. Auf der anderen Seite benötigen alle Beteiligten eine Einigung auf ein Mitarbeiterleitbild und eine Lernphilosophie als Grundlage für Ausbildung, Weiterbildung sowie Personalentwicklungsprozesse. Aspekte, die hier benannt werden, betonen z. B. die Förderung der Selbständigkeit der Auszubildenden, die Entwicklung von Möglichkeiten zur Praxisreflexion und zu reflektierendem Lernen (vgl. Ludwig 1995).

#### 2. Organisationsebene:

Es wird eine Abstimmung über die Aufgaben, Erwartungen und Rollen der unterschiedlichen Beteiligten für nötig gehalten. Die Themen sind jedoch jeweils unterschiedlich, je nachdem ob es um Praxisfragen oder Ausbildungsfragen geht. Bei Praxisfragen wurden Themen aufgegriffen wie gemeinsame Entwicklung von Standards und Dokumentationssystemen durch Vertreter der Schule und der Praxis. Um auf diesen Bereich des Austausches hinzuweisen, wurde im Schaubild der Ausdruck Praxiskonferenz gewählt. Einigung über Fragen der Ausbildung und Anleitung sollten durch den Ausdruck „Ausbildungskonferenz“ symbolisiert werden. Hier geht es um die Einigung über Stellenbereiche und Aufgabenbereiche für alle beteiligten Personengruppen, wie auch die Abstimmung über Inhalte der praktischen Ausbildung bis hin zu Curricula, die theoretische und praktische Ausbildung verzahnen. Weiterhin wurde ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen den Beteiligten, insbesondere den beiden Lernorten Schule und Praxis gewünscht.

Darüber hinaus wird eine Weiterentwicklung der beiden Vermittler von Bildungsprozessen (Schule und Praxis) also Organisationsentwicklung auf der Station und Schulentwicklung in der Schule für notwendig gehalten, damit die Organisationsstrukturen die angestrebten Ziele (z. B. Patientenorientierung bzw. Schülerorientierung) ermöglichen und zu diesem Zweck die notwendigen Personalentwicklungsprozesse verwirklicht werden können.

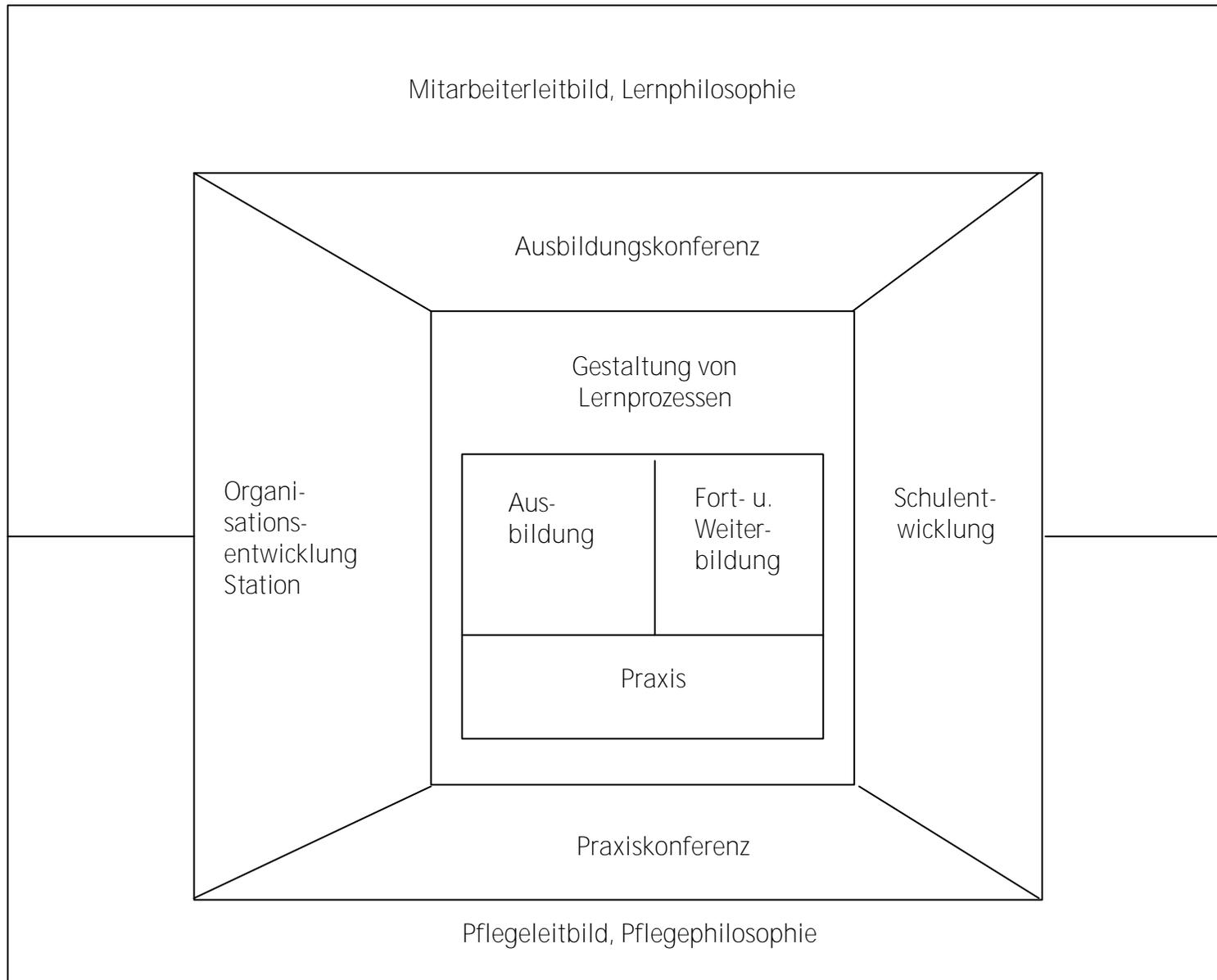


Abbildung 2: Strukturen der Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung

### 3. Ebene der Gestaltung von Lehr/Lernprozessen.

Im Unterschied zur Analyseebene ist hier nicht ausschließlich die personale Ebene im Blick der Arbeitsgruppen, sondern es geht um die Gestaltung von Lehr/Lernprozessen, die wiederum unterschiedliche Ebenen einbezieht. (s. Abb. 3)

Bei der Gestaltung der Lernprozesse geht es zentral um die Vermittlung von Fachkompetenz, personaler Kompetenz und Sozialkompetenz. Dies gilt sowohl für die Ausbildung wie auch für Fort- und Weiterbildung und sonstige Personalentwicklungsprozesse.

Das Ausbildungsangebot der Schule wird bestimmt durch die Qualifikation der Lehrenden, Lernbedarf der Schüler, Organisationsstruktur der Einrichtung. In den Arbeitsgruppen werden vor allem die ersten beiden Bereiche bedacht: Auf die Aktualisierung der Qualifikation der Lehrenden zielen Vorschläge wie Weiterbildung der Lehrer und Praxiserfahrungen der Lehrenden. Das Lernverhalten der SchülerInnen mit den Stichworten Aktivierung der Schüler, Förderung der Eigenverantwortlichkeit der Schüler ist ebenfalls Thema.

Wenn das Ausbildungsangebot der Schule verändert werden soll, muss die Qualifikation der Lehrer berücksichtigt werden (Was können sie unterrichten? Wie können sie unterrichten). Andererseits muss der Lernbedarf der Schülerinnen erhoben werden, der sich ergibt aus den für eine professionelle Berufsgestaltung notwendigen Qualifikationen und den Ausgangsvoraussetzungen der Schülerinnen. Der Bereich der Organisationsstruktur der Schule ist nicht vorrangig im Blickfeld der Arbeitsgruppen gewesen (vgl. aber Spürk in diesem Band). Auch die Organisationsstruktur der Schule bestimmt das Ausbildungsangebot. (Wie viele hauptamtliche Lehrkräfte sind vorhanden? Wie viel Zeit wird für Organisationsaufwand benötigt? Gibt es eine zentrale Stundenplangestaltung? Wie werden die nebenamtlichen Mitarbeiter eingesetzt? etc.

Das Ausbildungsangebot der Praxisorte wird ebenfalls bestimmt durch Qualifikation der Mitarbeiter, Pflegebedarf der Patienten und die Organisationsstruktur des Praxisortes. In den Arbeitsgruppen werden hier vor allem die Bereiche Qualifikation der Mitarbeiter und Organisationsstruktur der Praxis in den Blick genommen. Es wird eine bessere Qualifikation der Mitarbeiter gefordert (Fort- und Weiterbildung, anfallende Tätigkeiten als Lernaufgabe nutzen). Die Organisationsstruktur sollte auf Bezugspflege umgestellt werden, eine Organisationsverbesserung am Praktikumsort angestrebt werden, pflegefremde Tätigkeiten delegiert werden, etc. Nicht explizit im Blick ist hier, den Pflegebedarf der Patienten und Klienten als Lernaufgaben und Lernanlässe wahrzunehmen (vgl. aber Schönlaue in diesem Band, vgl. Ludwig 1995).

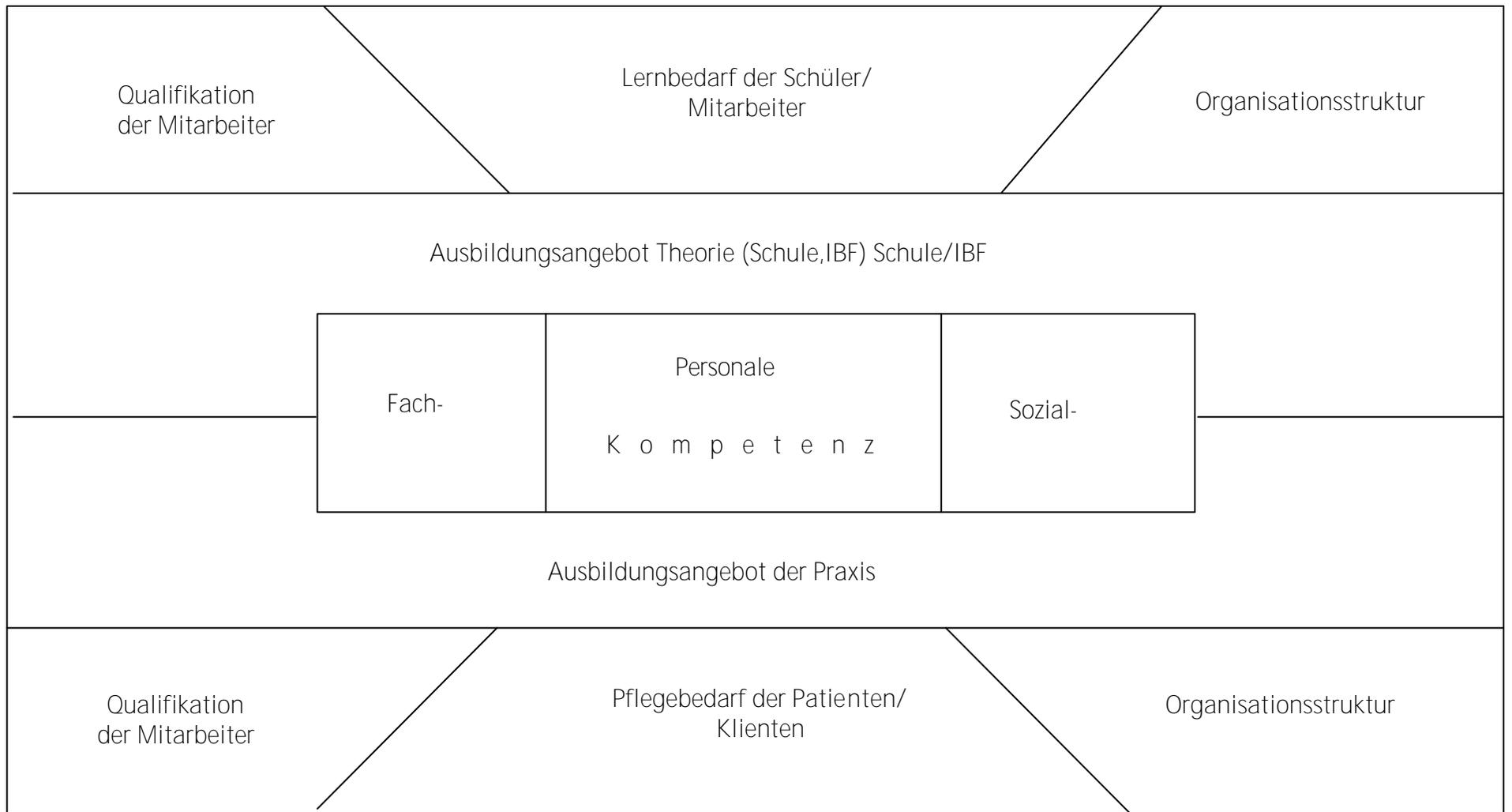


Abbildung 3: Gestaltung von Lernprozessen

Fazit dieser Verbesserungsvorschläge könnte sein:

Eine Verbesserung der Vernetzung von Theorie und Praxis kann nicht lediglich infolge von Änderungen auf der personalen Ebene der Verständigung der im Lehr-/Lernprozess direkt Beteiligten in Gang gesetzt werden. Alle Beteiligten erarbeiteten heraus, dass es immer um die Veränderung von Strukturen insgesamt gehen muss und vorgängig die Frage nach den Zielen zu klären ist, hier artikuliert als Erarbeiten eines Leitbildes für die Pflegepraxis wie für das Lehren und Lernen. Lehren und Lernen sind nicht allein institutionell durch Schule, Fort- und Weiterbildung zu sichern, sondern sollten integraler Bestandteil des Arbeitsalltags werden, damit Lernen durch Praxisreflexion, Lernen durch reflektierte Erfahrung möglich werden kann. Dies könnte auch zu einer neuen Rolle der Schüler in der Praxis führen, als Anlässe, den Alltag neu zu reflektieren.

Ein zu erarbeitendes Curriculum der jeweiligen Einrichtung sollte ein Curriculum für Theorie und Praxis sein und beide Ausbildungsangebote berücksichtigen, wobei sofort deutlich wird, dass eine gegenseitige Abhängigkeit der verschiedenen Ebenen besteht. Ansatzpunkte für Veränderung müssen deshalb immer auf den verschiedenen Ebenen stattfinden und in den verschiedenen Bereichen aufgegriffen werden, haben somit Konsequenzen für alle Beteiligten.

### **Beitrag der einzelnen Beteiligten**

In einem dritten Schritt möchte ich die Aufgaben für die verschiedenen Beteiligten, wie sie von den Arbeitsgruppen entwickelt wurden, vorstellen. In der Zusammenstellung wurde wiederum nicht danach differenziert, ob diese Aufgabenstellung von der betroffenen Gruppe selbst gesehen wurde oder ob diese Aufgabe von den anderen Beteiligten formuliert wurde. Die Aspekte, die sich aus den notwendigen Verbesserungen ergeben, sind für alle Beteiligten sehr vielfältig. Sie beziehen sich in der Regel auf verschiedene Ebenen: Es geht erneut um Aspekte einer Lehr/Lernphilosophie ( Selbständigkeit und Selbstverantwortung fördern, gegenseitig voneinander lernen, Lernen durch Praxisreflexion). Es geht um die strukturellen und organisatorischen Aspekte (Gesamtkonzept für theoretische und praktische Ausbildung, Organisationsverbesserung, Stellen- und Aufgabenbeschreibungen) und auch immer wieder um Aspekte der innerbetrieblichen Kommunikation (Austausch, Formulieren von Erwartungen, Feed-back). Die folgenden Übersichten vermitteln einen Eindruck der Vielfältigkeit.

### Schule

#### Struktur und Organisation

- Verantwortlichkeit für Theorie und Praxis
- Entwicklung eines Gesamtkonzeptes für Theorie und Praxis
- Ausbildung inhaltlich entrümpeln
- Theorie und Praxisblöcke synchronisieren
- Lernsituationen der Praxis besser vorstrukturieren (Lernziele und Lernkataloge)
- stationsfreundliche Einsatzplanung
- Budgetübernahme

#### Lehrende

- Lehr/Lernmethoden verwenden, die Selbstständigkeit der Schüler fördern
- Bewerberauswahl
- Praxiserfahrungen der Lehrenden aktualisieren
- Fortbildungen der Stationsmitarbeiterinnen (Mentoren)
- Fachkenntnisse in die Praxis transportieren: Fort- und Weiterbildung
- Schule lehrt Praxis, Praxis lehrt Schule

### Mentoren

- Eigeninitiative
- Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung
- Stellenbeschreibung
- Fortbildung wahrnehmen
- Kontakt und Austausch mit Schule pflegen
- Formulieren von Erwartungen
- regelmäßiges Feed-back
- zeitliche Unterstützung durch die Station
- bessere Schulung

### Praxisanleiter

- Stellenbeschreibung
- Freistellung für Anleitung d. Schüler
- Einbezug in Prüfungskommission
- Ausbildung

### Betrieb

- finanzielle Absicherung der Ausbildungsqualität
- Ausbildung, Fort- und Weiterbildung als Teil von Personalentwicklung sehen
- Fortbildungsangebote abstimmen, Gesamtkonzept
- Organisationsstrukturen entwickeln

### Schüler

- Verantwortung übernehmen/geben für die eigene Ausbildung, das eigene Lernen
- Selbstverantwortung fördern
- Einführung in patientenorientiertes Denken
- Reflektieren der Praxis einüben, Lernen durch Praxisreflexion ermöglichen
- Schüler/Schüler-Anleitung

### Praxis

#### Lernphilosophie

- Praxis verstehen als Ort reflektierender Praxis,
- Praxis verstehen als Ort reflektierenden Lernens und Anleitens
- Station als Lernende Organisation
- anfallende Tätigkeiten als Lernaufgabe nutzen
- Lernen durch Praxisreflexion

#### Organisation

- Bezugspflegesystem durchführen
- Organisationsverbesserung am Praxisort

#### Fort- und Weiterbildung

- Fachkenntnisse in die Praxis transportieren: Schule lehrt Praxis, Praxis lehrt Schule

### PDL

- Schüler nicht auf Stellenplan anrechnen
- Pflegequalitätsentwicklung
- Pflegeleitbild
- positive Einstellung gegenüber Schülern
- hohe Qualifikation der Mitarbeiter
- Öffentlichkeitsarbeit, Bild von Pflege in der Öffentlichkeit

## Schlussbetrachtung

Zum Ende soll noch einmal den sich abzeichnenden Strukturen nachgegangen werden, so zeigt sich folgendes Bild in einer Gesamtschau der Beiträge des Workshops:

Aufgaben auf verschiedenen Ebenen	Beteiligte	Ziele	Organisationsform
Leitbilder entwickeln	Betrieb, PDL, Schule, Mitarbeiter	Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung	Arbeitsgruppe
Organisation/Strukturen in der Praxis entwickeln	PDL, Mitarbeiter, Schüler, Mentoren evtl. Schule	patientenorientierte Pflege, Bezugspflegesystem, Pflegegruppe als lernende Organisation	Praxiskonferenz
Organisation/Strukturen in der Schule entwickeln	Schulleitung, Lehrer, Schüler, Mentoren, Praxisanleiter	praxisorientierte, schülerorientierte Ausbildung, Vermittlung von praktischen Kompetenzen, Gesamtkonzept für theoretische und praktische Ausbildung	Ausbildungskonferenz
Kompetenzen auf der personalen Ebene entwickeln	alle	Förderung von Eigeninitiative, Interesse, Lernbereitschaft, Kommunikation und Beratung, Einübung eines Arbeits- und Lernstiles, der Praxis reflektiert	Teamgesprächen, Teamfortbildungen

Es wurde deutlich, dass zur besseren Vernetzung von Theorie und Praxis Entwicklungen auf verschiedenen Ebenen erfolgen müssen. Diese können von unterschiedlichen Beteiligten angestoßen werden. Immer ist eine Kommunikation der Beteiligten auf unterschiedlichen Ebenen zu fördern und zu organisieren, um die Vielfalt der Perspektiven für ein Gesamtkonzept nutzen zu können.

Es konnte im Rahmen dieses Workshops nicht gelingen, die verschiedenen Aspekte und die Methoden und Instrumente zu einer verbesserten Vernetzung von Theorie und Praxis umfassend zu diskutieren. Sie bedürfen der weiteren Vertiefung und gemeinsamen Diskussion der Beteiligten jeweils vor Ort.

Dass es gelingen kann, Schritte zur Verbesserung der Vernetzung von theoretischer und praktischer Ausbildung zu gehen, wurde am Nachmittag während der Vorstellung verschiedener Projekte deutlich. Dadurch entstanden viele Anregungen auf unterschiedlichen Ebenen mit je unterschiedlicher Reichweite. Dabei wurde deutlich, dass zu allen guten Ideen vor Ort der mühsame Weg der Abstimmung, der Gespräche und der Konzeptentwicklung mit allen Beteiligten immer neu zu suchen und zu finden ist.

## Literatur

Ludwig, I. (1995). Berufsbildungsmodell „Pflege“. Vom Arbeitsort zum Lernort. Aarau: Kaderschule für Krankenpflege.

### **Autorin: Dr. Annette Nauerth**

Professorin für biomedizinische Grundlagen der Pflege an der Fachhochschule Bielefeld, Krankenschwester und Ärztin