

Kasseler Gerontologische Schriften

Band 49

Begründet von R. Schmitz-Scherzer, H. Radebold
Und W. Tokarski

Hrsg. Von B. Jansen und F. Karl

Gabriele Herzig-Walch

Kommunikation in der Pflege

Ein Ansatz zur Verbesserung der
kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.) angenommen.

Erster Gutachter: Prof. Dr. Fred Karl

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Kaiser

Tag der mündlichen Prüfung

29. Juni 2009

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2009

ISBN print: 978-3-89958-742-5

ISBN online: 978-3-89958-743-2

URN: urn:nbn:de:0002-7437

© 2009, kassel university press GmbH, Kassel

www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Heike Arend, Unidruckerei der Universität Kassel

Druck und Verarbeitung: Unidruckerei der Universität Kassel

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	9
I. Teil	11
1. Problemstellung und Ziele	11
1.1 Problemstellung	11
1.2 Ziel der Arbeit.....	11
1.3 Abgrenzungen.....	12
1.4 Wissenschaftstheoretische Einordnung	16
1.5 Konzeptioneller Rahmen.....	17
2. Gegenwärtiger Stand der Kommunikationskompetenz in der Pflege	21
3. Gegenwärtiger Stand der Pflege und das sich daraus ergebende Ausbildungsproblem	26
3.1 Demografische Entwicklung.....	26
3.2 Veränderung der Klientel	28
3.3 Ort der Pflege.....	29
3.4 Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen.....	31
3.5 Veränderungen der Leitbilder in der Pflege.....	33
3.6 Pflege als Dienstleistung.....	34
3.7 Multikulturelle Pflege	38
3.8 Änderungen in der Verweildauer im Krankenhaus.....	40
3.9 Institutionelle Verschiebungen	41
3.10 Zusammenfassung und Bezug zur Kommunikationskompetenz.....	43
4. Gegenwärtiger Stand der Pflegeausbildung	45
4.1 Ausbildungsformen	45
4.1.1 Grundlegende Informationen	45
4.1.2 Bundesgesetze	48
4.1.3 Pflegeausbildung (sekundäres System)	50
4.1.3.1 Schulen	50
4.1.3.2 Praktische Ausbildung	53
4.1.4 Weiter- und Fortbildungen.....	57
4.1.5 Akademisierung	60
4.1.6 Pflegeausbildung in Europa	64
4.1.7 Bewertung und Forderung	66
4.2 Qualität der Ausbildung.....	69
4.2.1 Kriterien der Ausbildungsqualität.....	70
4.2.1.1 Formaler Abschluss	71
4.2.1.2 Zufriedenheit der Lehrenden/ Lernenden	71
4.2.1.3 Berufliche Verwertbarkeit.....	73
4.2.1.4 Erwerb von Schlüsselqualifikationen.....	74
4.2.2 Bedeutung dieser Kriterien.....	75
4.3 Resümee: Schlüsselqualifikationen und das Problem der kommunikativen Defizite	77
5. Wege zur Verringerung der kommunikativen Defizite.....	79
5.1 Allgemeine Qualitätsüberlegungen	79

5.1.1 Einführung und Begriffsbestimmung	79
5.1.2 Bisherige Ansätze	81
5.1.2.1 Gesetzliche Bestimmungen	81
5.1.2.2 Aktivitäten von Einrichtungen und Kostenträgern.....	81
5.1.2.3 Ausbildungsgesetze.....	82
5.1.2.4 Zertifizierungen und Gütesiegel	83
5.1.2.5 MDK und Krankenkassen	84
5.1.2.6 Kuratorium Deutsche Altershilfe und weitere Professionelle ...	86
5.1.2.7 Qualitätszirkel (QZ)	87
5.1.3 Zusammenfassung	88
5.1.4 Qualitätsmanagement- und Pflegemessverfahren als neue Ansätze.....	88
5.1.4.1 EFQM	89
5.1.4.2 TRI:.M.....	90
5.1.4.3 RAI	91
5.1.4.4 PLAISIR.....	92
5.1.5 Zusammenfassung und Ausblick	93
5.2 Forschungen zur Pflegeausbildung	94
5.2.1 Impulse einer konstruktivistischen Didaktik	95
5.2.2 Bremer Modellversuch von Roes	97
5.2.3 Kompetenzentwicklung in der Pflege	98
5.2.4 Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz	100
5.2.5 Integrierte Pflegeausbildung in Bremen	103
5.2.6 Integrierte Ausbildung von Kranken- und Altenpflege.....	104
5.3 Neue Ansätze der Didaktik der Pflege.....	105
5.3.1 Begriffsbestimmung	105
5.3.2 Kritisch- konstruktive Pflegelernfeldidaktik	106
5.3.3 Subjektorientierter Ansatz	109
5.3.4 Deutungslernen.....	111
5.3.5 Pflegedidaktische Grundlagentheorie.....	113
5.4 Pflegeberufliche Bildungsansätze	114
5.4.1 Beispiel für ein neues Ausbildungsmodell	116
5.4.2 Neue Curricula	117
5.4.2.1 Schülerhandlungsproblemorientiertes Curriculum.....	117
5.4.2.2 Am christlichen Menschenbild orientiertes Curriculum	118
5.5 Weitere Ansprüche an die Pflegeausbildung	119
5.6 Resümee: Verringerung der kommunikativen Defizite.....	122
6. Schlüsselqualifikationen	124
6.1 Allgemeine Betrachtungen	124
6.1.1 Herkunft des Begriffs.....	124
6.1.2 Begriffsbestimmung	124
6.1.3 Wissenschaftliche Bedeutung	126
6.2 Schlüsselqualifikationen in der Pflegeausbildung.....	128
6.2.1 Konzept von Becker	128
6.2.2 Konzept von Ital und Knöferl	129
6.2.3 Konzept von Brandenburg & Klie	131
6.2.4 Vergleich und Bewertung	132
6.2.5 Kritische Anmerkungen	134
6.3 Erfahrungen von zwei Modellversuchen.....	135
6.3.1 Modellversuch zur theoretischen Ausbildung	135
6.3.2 Modellversuch zur praktischen Ausbildung	144
6.4 Modellversuch aus dem kaufmännischen Berufsfeld.....	148
6.5 Zusammenfassung	150

7. Schlussfolgerungen und Darlegung des Forschungsinteresses.....	152
II. Teil	154
1. Entwurf eines eigenen Konzeptes zur Kommunikationskompetenz	154
1.1 Kommunikationskompetenz als grundlegende Kompetenz.....	154
1.2 Aneignung und Realisierung von Kommunikationskompetenz	157
1.3 Eigenes Konzept zur Kommunikationskompetenz	161
1.3.1 Reflektiertheit.....	161
1.3.2 Kommunikationssituationsdifferenzierung	167
1.3.3 Deutungs- und Interpretationskompetenz	170
1.3.4 Zusammenfassung	175
1.4 Bedeutung dieses Konzepts	175
1.4.1 Arbeitszufriedenheit der Pflegenden	175
1.4.2 Lebenszufriedenheit der Gepflegten	178
1.5 Verknüpfungen und Implikationen.....	179
1.5.1 Verknüpfungen	179
1.5.2 Ethische Verantwortung	181
2. Erste Überlegungen zur Umsetzung.....	187
2.1 Erste Gedanken	187
2.2 Wertediskussion.....	189
2.3 Assessment Center.....	193
2.4 Szenisches Spiel.....	196
2.5 Praxisbegleitung	203
2.6 Zusammenfassung.....	209
3. Erwerb von Kommunikationskompetenz	210
3.1 Menschenbild	210
3.2 Inhaltliche Bestimmungen und deren Begründungsrahmen.....	211
3.2.1 Curriculare Erläuterungen.....	211
3.2.2 Didaktische Konzeption von Klafki	215
3.2.3 Didaktische Überlegungen für die Pflegeausbildung	216
3.2.4 Kommunikative Handlungsfelder.....	218
3.3 Methodisches Vorgehen	223
3.3.1 Merkmale guten Unterrichts	223
3.3.2 Szenisches Spiel.....	224
3.3.3 Theorie- Praxis- Transfer	227
3.3.4 Praxis- Theorie- Transfer	229
3.3.5 Praxisbegleitung	230
3.3.6 Induktiv- deduktive Lernschleife	236
3.3.7 Zusammenfassung	239
3.4 Organisatorische Voraussetzungen	241
4. Weiterbildungsaspekte	243
4.1 Einführung.....	243
4.2 Weiterbildungsaspekte für Pflegekräfte.....	246
4.3 Weiterbildungsaspekte für Führungskräfte.....	248
5. Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung	252

5.1 Einführung	252
5.2 Übersicht zum Handbuch „Kommunikation und Gesprächsführung ..	256
5.3 Kurzzusammenfassung des Handbuchs	261
6. Zusammenfassung	263
III. Teil: Versuch einer ersten Evaluation	266
1. Forschungsmethodische Vorüberlegungen	266
2. Voraussetzungen und Forschungsfrage.....	270
3. Übersicht zur Evaluationsstudie.....	275
4. Erster Kommunikationsunterricht (7/2006)	276
4.1 Stichprobenbeschreibung	276
4.2 Kommentierte Zusammenfassung des Unterrichtsprotokolls	277
4.3 Evaluationsstudie zum ersten Unterricht	278
4.3.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments.....	278
4.3.2 Durchführung mit Fragebogen 2	282
4.3.3 Auswertung von Fragebogen 2	282
4.4 Ergebnisse	288
5. Zweiter Kommunikationsunterricht (4/2008).....	292
5.1 Stichprobenbeschreibung	292
5.2 Kommentierte Zusammenfassung des Unterrichtsprotokolls	292
5.3 Evaluationsstudie zum zweiten Unterricht	293
5.3.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments	293
5.3.2 Durchführung mit Fragebogen 1	293
5.3.3 Auswertung von Fragebogen 1	294
5.3.4 Durchführung mit Fragebogen 2	298
5.3.5 Auswertung von Fragebogen 2	299
5.4 Ergebnisse	305
5.4.1 Ergebnisse von Fragebogen 1	305
5.4.2 Ergebnisse von Fragebogen 2	307
5.4.3 Vergleich der Ergebnisse von Fragebogen 1 und Fragebogen 2.....	309
6. Diskussion der Ergebnisse beider Unterrichte.....	311
7. Ausblick.....	315
Literaturverzeichnis	317
Anhang	338
Anhang A: Einteilung und Gliederung von Kommunikation/ Gesprächsführung nach Oelke & Menke (2002)	338
Anhang B: Grobüberblick der Lernfelder nach Oelke & Menke (2002)	340
Anhang C: Bogen zur Abschlussbeurteilung im Praktikum der Berufsfachschulausbildung für Altenpflege.....	341
Anhang D: Interviewleitfaden	344
Anhang E: Herleitung der kommunikativen Handlungsfelder.....	346
Anhang F: Darstellender Vergleich von drei Lehrbüchern bzgl. Kommunikation/ Gesprächsführung	348
Anhang G: Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung..	351
Anhang H: Beispiele für Übungsmaterial zum Kommunikationsseminar.	383

Anhang I:	Niederschrift des Kommunikationsseminars 7/2006.....	384
Anhang J:	Niederschrift des Kommunikationsseminars 4/2008.....	398
Anhang K:	Fragebogen 1	411
Anhang L:	Fragebogen 2	413
Abkürzungsverzeichnis	416
Verzeichnis der Tabellen	417
Verzeichnis der Abbildungen	418
Erklärung	419

Vorwort

Die hier vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob und in welcher Weise dem Fachpersonal in Pflegeberufen bereits während ihrer Ausbildung kommunikative Kompetenzen vermittelt werden können.

Der Impuls für diese Arbeit stammt aus meiner jahrelangen Tätigkeit als Dozentin für Kommunikation und Gesprächsführung an Berufsfachschulen für Pflege. Mit jedem neuen Jahrgang von Auszubildenden vertiefte sich mein Eindruck, dass die Vermittlung von Kommunikationstheorien und Gesprächstechniken in der Ausbildung nicht zu einer erfolgreichen Bewältigung der kommunikativen Aufgaben in der beruflichen Praxis führt. Durch viele Feedback-Gespräche gelangte ich zu der Einschätzung, dass die Kommunikationsausbildung in der herkömmlichen Form defizitär ist. Gesprächsführung, so erkannte ich, ist eben keine Fertigkeit, die im theoretischen Unterricht angeleitet und danach in der praktischen Tätigkeit erfolgreich umgesetzt werden kann. Vielmehr verbirgt sich dahinter ein Kompetenzgeflecht, das einer angemessenen Ausbildungsform bedarf. Mit diesem Erfahrungshintergrund traf ich mich mit Prof. Dr. Heinz Jürgen Kaiser vom Institut für Psychogerontologie der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, dem Dozenten für Gesprächsführung aus meinen eigenen Studienjahren. In konstruktiven Gesprächen mit ihm gelangte ich zu Überlegungen, die das hier vorgelegte Konzept konstituierten.

Mein Anliegen ist es, mit dieser Arbeit dazu beizutragen, die Brücke zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung in der Pflege, im Bereich sozial-kommunikativer Kompetenzen, zu verbreitern und im Fundament mit theoretischen Grundlagen zu festigen.

Ich danke Prof. Dr. Heinz Jürgen Kaiser und Prof. Dr. Fred Karl für die gute Zusammenarbeit. Ich danke weiterhin dem Kollegium der Krankenpflegeschule in Schwabach für die Offenheit und Bereitschaft, das neue Konzept in der Kommunikationsausbildung erproben zu können und ich danke den Schülerinnen und Schülern, die daran teilgenommen haben.

Großen Dank sage ich auch meiner Familie, die mit Rücksichtnahme und Unterstützung die Erstellung dieser Arbeit begleitet hat. Ganz besonders danke ich meinen Freundinnen, Claudia Häßlein, die mich stets darin bestärkt hat, die Herausforderung einer wissenschaftlichen Arbeit anzunehmen, Charlotte Haake, die mich mit viel Zuspruch unermüdlich motiviert hat und Jutta Endreß, die als konstruktive Korrekturleserin die Fertigstellung der Arbeit vorangebracht hat.

Gaby Herzig-Walch im Januar 2009

I. Teil

1. Problemstellung und Ziele

1.1 Problemstellung

„Schätzle hinsitze“, eine liebevolle Aufforderung an eine(n) Herzensdame (-buben) in einem verträumten schwäbischen Dorf? Nein! Es handelt sich hierbei um eine praktizierte Art der Kommunikation mit Pflegebedürftigen, die Brandenburg (2004a) seinem Aufsatz „Überlegungen zur Kommunikation in der Altenpflege“ vorangestellt hat. Kein Einzelfall, wie Brandenburg schreibt, sondern ein Phänomen, das in der Literatur als „Babyltalk“ bezeichnet wird und als Zeichen einer defizitären Kommunikation gelten mag.

„Babyltalk“ als Hinweis auf eine mangelhafte Qualität in der Pflege? Mit Brandenburg (2004 a) kann man die Behauptung aufstellen, „*dass die Qualität der Pflege durch gelingende Formen der Kommunikation erheblich verbessert werden kann. Aber dies hängt ... eben nicht nur von bestimmten skills ab. Das bedeutet, dass Kommunikationstrainings und andere Maßnahmen nur einen Beitrag leisten können – nicht mehr und nicht weniger. Darüber hinaus müssen Einstellungen und Werthaltungen, konkrete Verhaltensmuster sowie personale und organisatorisch/ institutionelle Aspekte in ihrer Auswirkung auf die Kommunikation im Alltag beachtet werden*“ (Brandenburg 2004a, S.137-138). Also müssen, so die Schlussfolgerung, zur Steigerung der Qualität in der Pflege, Maßnahmen eingeleitet werden, um Kommunikationsdefizite auszugleichen.

Vor diesem Hintergrund entwickelt die Autorin ein Konzept zur Verbesserung der Kommunikation, mit dem **Titel „Kommunikation in der Pflege – Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal“**. Dabei sollen einerseits die Erstausbildung und andererseits auch Fort- und Weiterbildung mit einbezogen werden.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit besteht darin, aus einer konzeptionellen Überlegung heraus, eine für die Praxis nutzbare Ausbildungsform zur Kommunikation vorzustellen. Bereits vorhandene Ansätze wie das Szenische Spiel (Scheller 2002, Oelke, Scheller & Ruwe 2000), Bestandteile von Assessment Centern des

Personalmanagements, innovative Lernkonzepte anderer Disziplinen, wie die Induktiv-Deduktive Lernschleife (Schirmer 1997, 2006) und die Neuorganisation von Praxisbegleitung werden auf ihre Verwendbarkeit zur Kommunikationsausbildung geprüft und weiter entwickelt.

Erreicht werden soll damit die Erstellung eines Handbuches für Lehrende in der Kommunikationsausbildung und es soll eine innovative Form der Praxisbegleitung in der praktischen Ausbildung vorgeschlagen werden, die sowohl die LehrerInnen der Schulen, als auch die PraxisanleiterInnen mit einbezieht.

1.3 Abgrenzungen

Pflegewissenschaft als einen einheitlichen Gegenstandsbereich aufzufassen macht einerseits seine Begriffsbestimmung kompliziert, deutet aber andererseits auf ein verändertes Verständnis hin, das relativ neu in die Betrachtung gerückt ist und auf eine Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von anderen Disziplinen verweist. Neu ist dieses Verständnis deshalb, weil erst vor knapp 20 Jahren begonnen wurde, Pflege als einheitliche und eigenständige Wissenschaft zu verstehen. „*Erst in den achtziger Jahren kam – angeregt durch die Auslandserfahrungen deutscher Pflegender überwiegend an englischen Hochschulen – eine Bewegung in Gang die Pflegewissenschaft zu institutionalisieren*“ (Brandenburg 2004, S.16-17).

Der eigenständige Weg der Pflegewissenschaft war gekennzeichnet durch die Gründung eines deutschsprachigen Publikationsorgans, der Zeitschrift „Pflege“, im Jahr 1988. Eine Schubwirkung erzielten die Tätigkeiten der Robert Bosch Stiftung bezüglich ihrer Projektförderungen (seit 1986) und bezüglich der Veröffentlichung ihrer Denkschriften (1992, 1996, 2000). Die Organisation von Pflegekongressen, auch internationaler Art, wie der erste im April 1997 in Nürnberg, verbreitete die wissenschaftliche Basis rasch. Als Zeichen dafür mag die Gründung vieler Institute (IAP, IPP, dip u.v.m.) und die Einrichtung von Lehrstühlen an Hochschulen dienen (nach Brandenburg & Klie 2003).

Dieser Verweis auf die kurze Geschichte der Pflege als wissenschaftliche Disziplin dokumentiert auch ihre Eigenständigkeit, um als Wissenschaft akzeptiert zu sein und nachhaltigen Einfluss auf die Inhalte ausüben zu können. Diese Eigenständigkeit der Pflege als Wissenschaft ist eng mit der

Eigenständigkeit der praktischen Pflege von anderen Fachgebieten verbunden. Emanzipationsbemühungen werden mit Nachdruck verfolgt, auch wenn sie noch längst nicht abgeschlossen sind. Nach wie vor steht Kranken- und Kinderkrankenpflege im Schatten der Medizin, während Altenpflege sehr von den Sozialwissenschaften (Pädagogik, Psychologie, Soziologie) vereinnahmt wird. Scheinbar berufscharakteristische Zuordnungen, von Altenpflege als sozialpflegerischer Beruf und Krankenpflege als Gesundheitsberuf, werden zunehmend in Frage gestellt. „*Die Kategorisierung in sozial- und gesundheitspflegerische Berufe hat sich innerhalb der einschlägigen Fachliteratur durchgesetzt und wird beispielsweise auch vom Statistischen Bundesamt vorgenommen, das einen Teil der Pflegeberufe als dem Sozialwesen und den anderen als dem Gesundheitswesen zugehörig definiert. Inhaltlich ist die begriffliche Trennung jedoch zu hinterfragen*“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, kurz BMFSFJ 2001, S.144).

Die Nähe von Pflege und Medizin leitet sich aus der geschichtlichen Entwicklung ab. Pflege wurde erst im vergangenen Jahrhundert zur Profession erhoben. Bis dahin galt das Pflegen von Angehörigen überwiegend als Akt der Nächstenliebe, im christlichen Verständnis und wurde nahezu ausschließlich Frauen abverlangt, als Ausdruck der weiblichen Persönlichkeit. Erst als sich die Medizin professionalisierte und institutionalisierte, benötigte der medizinische **Fachmann** Unterstützung und so entstand das Berufsbild der **Krankenschwester**, als medizinischer Assistenzberuf. Andere Pflegeaufgaben, wie beispielsweise die Pflege alter Menschen, waren auf Grund der kurzen Lebenserwartung der Menschen eher selten nötig und wurden, wenn dann von Frauen und Müttern eingefordert. Das, was vom 14. bis zum 18. Jahrhundert noch am ehesten an professionelle Pflege erinnern könnte, sind die in manchen mittelalterlichen Städten entstandenen Spitäler, die von wohlhabenden Bürgern aus Nächstenliebe und zum Wohl des eigenen Seelenheils, gestiftet wurden. Allerdings hatten diese frühen Spitäler nichts mit den späteren Krankenhäusern zu tun, da es sich dabei lediglich um Existenznischen für „arme und elende“ Menschen handelte, die ihren Lebensunterhalt wegen Krankheit, Verwitwung oder Verarmung nicht alleine bestreiten konnten (Herzig- Walch 2004).

Pflege als Assistenzberuf der Medizin erhielt sich bis weit ins 20. Jahrhundert und auch heute ist die endgültige Emanzipation der Pflege von der Medizin

noch nicht abgeschlossen. Zu denken ist z.B. an Arztdaten im Krankenhaus, die das Pflegefachpersonal oftmals zu Statisten degradieren.

Der Ruf mangelnder Professionalität haftete vor allem der Altenpflege lange Zeit an und ist wohl auch heute noch nicht ganz überwunden. Altenpflege bezog und bezieht sich weniger auf die medizinische Nachbarwissenschaft, wie dies die Krankenpflege tut, sondern mehr auf die Pädagogik, die Psychologie, die Soziologie und Bereiche wie z.B. die Beschäftigungstherapie. Wegen der kürzeren, mit weniger qualifizierenden Zugangsvoraussetzungen belegten und z.T. sehr uneinheitlichen Ausbildung, sprach man der Altenpflege lange Zeit Ernsthaftigkeit und Wissenschaftlichkeit ab. Altenpflege als etwas, das jeder tun kann, insbesondere Frauen, die Kinder groß gezogen haben, war und ist leider ein hartnäckiges Vorurteil. Die bundesgesetzlichen Regelungen im Altenpflegegesetz (AltPfG 2003), z.B. bezogen auf Ausbildungsdauer und die Integration der Altenpflege in die Pflegewissenschaft, führten unzweifelhaft zu einer Aufwertung.

Eine indirekte Aufwertung erfuhr die Altenpflege auch durch die Expansion der Gerontologie und dabei vor allem der sozialen Gerontologie, da dadurch fachliches und methodisches Wissen generiert wurde, das über die verschiedenen Aus- und Weiterbildungszweige wiederum der praktischen Altenpflege zufloss.

Besondere Bedeutung, als gerontologisches Basiswissen, erhalten die Arbeiten von Hans Thomae und Ursula Lehr, die die erste deutschsprachige Längsschnittstudie, die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (1965 bis 1983), vorlegten und der gerontologischen Forschung eine Vielzahl von wichtigen Impulsen lieferten¹. Die Einrichtung von Lehrstühlen der Gerontologie, wie beispielsweise in Heidelberg durch Andreas Kruse oder der Aufbaustudiengang „Psychogerontologie“ an der Universität Erlangen/Nürnberg, sind deutliche Kennzeichen der Expansion.

Pflegewissenschaft und Gerontologie stehen sich nahe, sowohl was die wissenschaftstheoretische Auffassung betrifft, die Orientierung an empirischen und heuristischen Positionen, als auch das Instrumentarium wissenschaftlicher Methoden und die Nähe zu den Bezugswissenschaften Pädagogik, Psychologie

¹ Beispiele dafür sind die Kognitive Alternstheorie von Thomae; das Lehrbuch „Psychologie des Alterns“ von Lehr in der mittlerweile 11.Aufl; das Aufgreifen von Themen wie „Lebenszufriedenheit im Alter“ und „Altern als soziales Schicksal“

und Soziologie. Trotz Übereinstimmungen grenzen sich die beiden Wissenschaften bezüglich ihrer Forschungsbereiche aber auch erkennbar voneinander ab. Brandenburg (2003) hat anhand von Veröffentlichungen in den jeweiligen Fachzeitschriften, von 1994 bis 1998, Forschungsthemen beider Disziplinen gegenübergestellt. „*Es dominieren im Bereich der Pflegewissenschaft Untersuchungen zur Einstellung und zum Verhalten in Pflegeinteraktionen, zum Stand und Stellenwert der Pflegewissenschaft und zur Umsetzung von Pflegekonzeption und Pflegetechniken in der klinischen Praxis.* ... *Im Unterschied zum Spektrum der pflegewissenschaftlichen Veröffentlichungen beschäftigt sich die Gerontologie mit z.T. völlig anderen Fragestellungen und Themenbereichen. ... Im Vordergrund stehen Beiträge zur Versorgungssituation älterer Menschen in Kliniken und Heimen und zur Entwicklung und Profilierung von teilstationären und ambulanten Diensten*“ (Brandenburg 2003, S.44-45). Der Vergleich der beiden Wissenschaften, Pflegewissenschaft und Gerontologie, mündet in die Überzeugung, dass es Übereinstimmungen gibt, die allerdings gering ausfallen und in erster Linie aus dem Gegenstandsbereich „Interaktion mit älteren Menschen“ bestehen. Dort könnte nach Brandenburg & Klie (2003) eine Verschränkung disziplinspezifischer Perspektiven Erfolg versprechende Ergebnisse für Forschung und Lehre liefern. Als Resümee halten Brandenburg & Klie die Schaffung eines Lehr- und Forschungsprogramms „Gerontologische Pflege“¹ für sinnvoll.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Pflegewissenschaft durch mehrere Schnittstellen mit einer Reihe anderer Wissenschaften verbunden ist, wobei es keine Überschneidungen gibt, die die Eigenständigkeit der Pflegewissenschaft gefährden könnte. Eine eigenständige Pflegewissenschaft schafft die Grundlage, durch Theoriebildung und Forschung, die praktische Pflege auf ihrem Weg zur Professionalität voran zu bringen.

¹ Zum WS 1999/ 2000 begründeten Prof. Hermann Brandenburg von der katholischen Fachhochschule Freiburg und Prof. Thomas Klie von der evangelischen Fachhochschule Freiburg eine Kooperation für den Studiengang „Gerontologische Pflege“, als Schwerpunktsetzung für Studierende von Pflegepädagogik und Pflegemanagement (Brandenburg & Klie 2000).

1.4 Wissenschaftstheoretische Einordnung

Die wissenschaftstheoretische Einordnung der Pflegewissenschaft ist, wie Dornheim, van Maanen, Meyer, Remmers, Schöniger, Schwerdt & Wittneben (1999) beschreiben, ein herausforderndes Unternehmen. „*Pflegewissenschaft ist auf die Praxis der Pflege verwiesen. Sie untersucht Praxissituationen, indem sie diese beschreibt, analysiert und deutet*“ (Dornheim et al. 1999, S.73). Trotzdem schränken die AutorInnen ein: „*Der Theorie- Praxis- Graben ist nicht einfach einzuebnen. Die Praxis folgt eigenen Gesetzmäßigkeiten, entwickelt eigenes Regelwissen, das durch Wissenschaft kaum je umfassend einholbar ist*“ (Dornheim et al. 1999, S.73).

Diese wissenschaftstheoretische Diskussion wurde schon vor mehr als 40 Jahren in den USA geführt. Conant konstatierte bereits 1966 in einer ihrer Reden: „*Theory and practice operate in both directions. Too often the importance of theory to practice is overemphasized at the price of underestimating the usefulness of practice in developing theory. Theory helps determine practice, but practice is itself essential in developing theoretical concepts in nursing*“ (Conant 1997, S.538).

Pflegewissenschaft steht durch ihren Praxisbezug zwischen praktischer und theoretischer Wissenschaft. Zwar geht es in den Pflegewissenschaften nicht um allgemeingültige, räumlich und zeitlich unabhängige Aussagen, wie es die theoretischen Wissenschaften für sich fordern, sondern es geht auch um Einzelfälle und um zu Erkenntnis führende Hinweise für künftige Handlungen. Trotzdem genügt Pflegewissenschaft den Ansprüchen an Wissenschaftlichkeit. Dornheim et al. (1999) plädieren deshalb dafür, Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft mit einem erweiterten Handlungsbegriff, einzuordnen und als spezifische Praxiswissenschaft zu betrachten.

Pflegewissenschaft in ihrem Gegenstandsbereich umfassend zu definieren, stößt an Grenzen. „*Im Hinblick auf den Gegenstandsbereich der Pflegewissenschaft sind aus meiner Sicht darüber hinaus zwei Aspekte bedeutsam: Der erste bezieht sich auf die Unmöglichkeit einer abschließenden theoretischen Definition und Abgrenzung...*“ (Brandenburg 2004, S.15). Ein Versuch Pflegewissenschaft zu definieren stammt von Brandenburg selbst. Pflegewissenschaft ist die „*Beschreibung, Analyse, Kritik und Überprüfung der Bedingungen und Auswirkungen des Phänomens ,Pflege’*“ (Brandenburg 2003,

S.38). Ein weiterer Versuch wurde von der Arbeitsgruppe „Wissenschaftstheorie“ des Dachverbandes „Pflegewissenschaft“ unternommen, dem die AutorInnen Dornheim et al. angehören. „*Pflegewissenschaft ist auf die Praxis der Pflege verwiesen. Sie untersucht Praxissituationen, indem sie diese beschreibt, analysiert und deutet*“ (Dornheim et al. 1999, S.73).

An der Zaghaftigkeit beider Definitionsversuche lässt sich ablesen, dass sich die eindeutige Festlegung der Pflegewissenschaft noch in einem Arbeitsprozess befindet und daher nicht abgeschlossen ist. Darauf verweist auch die Gründung der Arbeitsgruppe „Wissenschaftstheorie“, die in Fachgesprächen renommierter WissenschaftlerInnen diesen Prozess fördern will.

1.5 Konzeptioneller Rahmen

Der konzeptionelle Rahmen der Arbeit leitet sich aus der qualitativen Forschung ab. Im Vordergrund stehen Handlungsorientierungen von Auszubildenden, die es gilt durch geeignete Ausbildungsformen positiv zu beeinflussen.

Der Ansatz, Handlungsorientierungen von alten Menschen zu erfassen und gegebenenfalls zu beeinflussen, stammt von Kaiser (1989). Ausgehend von einem Menschenbild, das jedem Individuum das Vorhandensein subjektiver, naiver Theorien, als Grundlage ihres jeweiligen Handelns, zuschreibt, definiert Kaiser menschliches Handeln als zielgerichtet, bewusst, willentlich, absichtlich, geplant und kontrolliert (nach Kaiser 1989, S.54). Er bezeichnet menschliches Handeln als sinnhaft und begründet den **Begriff des sinn rationalen, menschlichen Handelns**. Um diese Auffassung methodisch zugänglich zu machen, greift Kaiser auf Verfahren zur Deutung und Interpretation der subjektiven, naiven Theorien zurück. Zentraler Bestandteil ist dabei der „rationale Diskurs“, der in dialogischen Settings die Sinnhaftigkeit menschlichen Handelns aufdeckt. Dieser Forschungsansatz, den Kaiser als umgangsorientiert und als nicht interventionistisch bezeichnet, gilt als ein Konzept interpretativer Forschung. Kaiser (1989) bezieht das Konzept der interpretativen Forschung auf die Handlungsorientierungen von AltenheimbewohnerInnen, während in dieser Arbeit die Auszubildenden diejenigen sind, deren Handlungsorientierungen relevant sind. „*Die wichtigsten Zielvorstellungen einer qualitativen (sozialen) Gerontologie könnte man also sehen in der Schaffung*

von „Folien“ zur Beschreibung von Verhalten und Interaktionsprozessen, der Analyse von Bedeutungen, Werthaltungen und Zielen, die mit dem Verhalten (von älteren Menschen bzw. von Menschen gegenüber Älteren) verbunden sind, in der Darstellung und Analyse der Lebenswelt des älteren Menschen ganz allgemein und ihrer subjektiven Repräsentation“ (Kaiser 1995, S.245).

Das Verfahren, das Kaiser verwendet, um die Handlungs- und Lebensorientierung älterer Menschen zu erfassen, ist das biografische Gespräch. Dieses Konzept ist auf Menschen jeden Alters übertragbar, also auch auf Jüngere. Dabei verkürzt sich lediglich die Zeitspanne, über die die Deutung erfolgen soll (nicht über die Lebensspanne, sondern auf näher zurückliegende Ereignisse) und es erfolgt eine Fokussierung auf bestimmte Lebensbereiche oder Themen.

Nah an dem Konzept der Handlungsorientierungen liegen die ebenfalls in der qualitativen Forschung angesiedelten „Subjektiven Theorien“ (König 1995, Bd.2).

„Subjektive Theorien“ sind Forschungsgegenstände, die sich deutlich von behavioristischen Vorstellungen abgrenzen wollen und von König als die so genannte „kognitive Wende“ bezeichnet werden (König 1995, Bd.2, S.11). Im engen Zusammenhang damit steht der amerikanische Psychologe George A. Kelly (1905-1966), der in seiner Persönlichkeitskonstrukttheorie die Auffassung zum Ausdruck brachte, dass Menschen all ihre Erlebnisse kognitiv konstruieren, um Umweltpheomene vorhersagen und kontrollieren zu können. Kelly nennt dies ein wissenschaftliches Vorgehen. Als Konstruktionsbausteine und Erklärungen dienen den Menschen so genannte Konstrukte, die als subjektive Theorien beschrieben werden können (Kelly zitiert in: Pervin 1981, S.304). König definiert „Subjektive Theorien“ folgendermaßen: „Unter ‚Subjektiven Theorien‘ wird hier verstanden:

- *Kognitionen der Selbst- und Weltsicht*
- *als komplexes Aggregat mit (zumindest impliziter) Argumentationsstruktur*
- *das auch die zu objektiven (wissenschaftlichen) Theorien parallelen Funktionen*

- *der Erklärung, Prognose, Technologie erfüllt*“ (König 1995, Bd. 2, S.12)¹.

Methodische Verfahren um Subjektive Theorien erfassbar zu machen, sind die Methoden der freien Beschreibung, Leitfaden- Interviews, Methoden des lauten Denkens, Struktur- Lege- Verfahren und Kombinationen davon (König, 1995, Bd. 2, S.14-19).

Die Interview- und Legetechnik zur Rekonstruktion kognitiver Handlungsstrukturen (ILKHA) von Dann & Barth (1995) wird von der Autorin als Grundlage für eine andere Form der Praxisbegleitung diskutiert und modifiziert. Die die Kommunikation konstituierenden Elemente, Reflektiertheit, Kommunikationssituationsdifferenzierung (KSD), Deutungskompetenz, werden als die Faktoren begründet, die die Konstruktion der Subjektiven Theorien begünstigen.

Die Evaluationsstudien zu dem von der Autorin entwickelten Handbuch zur Kommunikationsausbildung, wurden im Juli 2006 und April 2008, jeweils mit einer Krankenpflegeklasse, als eine Form der teilnehmenden Beobachtung, durchgeführt und durch videotekhnische Aufnahmen ergänzt. Diese Aufnahmen stammen vom Klassenleiter der Klasse und wurden als Form der dialogischen Abgleichung mit den protokollierten Inhalten der Autorin/ Versuchsleiterin verwendet. Zur Qualitätsprüfung entwickelte die Autorin zwei Fragebogen (Anhang K und L), die die SchülerInnen der Kommunikationskurse bearbeiteten. Die Auswertung erfolgte nach den aus der Literatur bekannten Qualitätskriterien (Menke & Schnabel 2001, Oelke & Menke 2002, Menke & Rohleder 2003).

Die Einordnung der Arbeit in die qualitative Forschung begründet sich damit, dass Kommunikation von der Autorin nicht als reine Ansammlung von Techniken und Methoden verstanden wird (vgl. Brandenburg 2004a), sondern als Verknüpfung von Einstellungen, Werthaltungen und Handlungsorientierungen, die nicht durch quantifizierbare Wissensinhalte zu vermitteln oder zu verändern sind, sondern durch Methoden , wie sie die Forschung zu den Subjektiven Theorien zur Verfügung stellt. Persönliche Handlungs-

¹ Folgende Forschungsbereiche werden besonders betont: Subjektive Theorien von Lehrern (Dann 1995), Subjektive Theorien von Schülern, Subjektive Theorien in der Beratung (vgl. Kaiser 1979), Subjektive Theorien über Gesundheit und Krankheit (König 1995, Bd.2 S.20-23)

orientierungen in kommunikativen Situationen stehen dabei im Zentrum, die ebenso einen qualitativen, interpretativen und biografieorientierten Zugang erfordern.

2. Gegenwärtiger Stand der Kommunikationskompetenz in der Pflege

„Immer wieder entstehen zwischen PflegerIn und BewohnerIn Konflikte, an denen zwar oft genug beide Beteiligte zu leiden haben, in deren Verlauf aber der Altersverwirrte meist zum Verlierer wird. So bleiben in der alltäglichen Auseinandersetzung mit verwirrten alten Menschen die idealen Vorstellungen von einer am Menschen orientierten Pflege, um deren Einhaltung sich die allermeisten PflegerInnen bemühen, schnell auf der Strecke. Offensichtlich brauchen PflegerInnen Hilfe und Unterstützung ...“ (Schützendorf & Wallrafen-Dreisow 2004, S.87). Unterstützung benötigen Pflegende insbesondere darin, Distanz zu halten, die Reflexions- und Wahrnehmungsfähigkeit zu verbessern, das Verstehen zu schulen und Kompromissfähigkeit zu erlangen. Dies, so Schützendorf et al., gelingt am ehesten in einer so genannten Praxisbegleitung. Diese Aussagen veranschaulichen die Grenzen der Kommunikationsfähigkeit im Umgang mit altersverwirrten Menschen. Als Beispiel aus der Altenpflege steht es für ein vielfach anzutreffendes Problem. Die Kommunikationskompetenz von Pflegenden stößt häufig dort an ihre Grenze, wo verbale Interaktionsformen nicht in der erwarteten Abfolge und Logik verlaufen.

Doch auch im routinemäßigen Pflegealltag des Krankenhauses werden nicht selten kommunikative Mängel festgestellt. „*Der Umgang mit PatientInnen, ArbeitskollegInnen und schwierigen Arbeitsbedingungen macht Fähigkeiten in verbaler und nonverbaler Kommunikation sowie im reflexiven Umgang mit diesen Bedingungen erforderlich. Diese Fähigkeiten werden auf den Pflegestationen nicht systematisch geschult. Die Konfrontation mit dem Körper- und Beziehungserleben in den jeweiligen Pflegesituationen bedeutet gerade für Auszubildende oftmals eine emotionale Überforderung, die als Interaktionsstreß interpretiert werden kann und subjektive Hilflosigkeit erzeugt*“ (Ertl- Schmuck 2000, S.20).

Sehr ausführlich beschäftigt sich auch Darmann (2000) mit den kommunikativen Kompetenzen von Pflegenden. Große Defizite erkennt die Wissenschaftlerin in der Reflexionsfähigkeit der Pflegenden, was für sie exemplarisch an dem „unreflektierten Umgang mit den medizinischen Normen“ (Darmann 2000, S.223) zum Ausdruck kommt. Die Reflexion über den

Gebrauch von Macht ist für Darmann ebenfalls ein Bereich, der keine hinreichende Behandlung in der Ausbildung erfahren hat.

Mehr oder weniger gravierende Mängel deckten Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in ambulanten und stationären Einrichtungen auf. Im ambulanten Bereich wurden bei 9% der Pflegebedürftigen allgemein unzureichende Pflegestandards festgestellt, bei 37% der Untersuchten bestanden Mängel in der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, bei 49% Versorgungsdefizite der Dekubitusprophylaxe und in 33% der Fälle Qualitätsmängel in der Pflege gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Personen. In der stationären Pflege ergab sich ein ähnliches Bild (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände, kurz MDS 2004, S.9-14).

Einigen, der hier identifizierten Defizite, insbesondere der Umgang mit gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Menschen, liegen ungenügende sozial-kommunikative Fähigkeiten zu Grunde.

Geradezu paradox klingt die These von Arens (2007), der Empathie, als Teilbereich der Kommunikationskompetenz, während der Pflegeausbildung als sich zurückentwickelnd bezeichnet. „*Empathiefähigkeit im Sinne von Perspektivenübernahme liegt bei vielen Lernenden in den Pflegeberufen zu Beginn der Pflegeausbildung bereits vor, schwächt sich jedoch im Kontext beruflicher Sozialisation unter den Bedingungen von Rollenerwartungen und Verhaltensnormen sowie den Rahmenbedingungen beruflicher Pflege ab*“ (Arens 2007, S.298).

Eine mögliche Erklärung für einen solchen „Negativ- Prozess“ ist in einer unangemessenen praktischen Pflegeausbildung zu suchen. Dies spricht wiederum dafür, die Strukturen der Ausbildung einer kritischen Prüfung zu unterziehen und Veränderungsvorschläge zu begründen.

Die Aufzählung mangelhafter Kommunikationskompetenz ließe sich durchaus noch fortsetzen (vgl. Meifort 1996, S.66-70; Menke & Schnabel 2001, S.187-188).

An dieser Stelle der Argumentation soll auch darauf verwiesen werden, dass schon der Begriff „Mangel“ im Zusammenhang mit Pflege ein äußerst negativ besetzter Begriff im öffentlichen Interesse ist. Veröffentlichungen der letzten Zeit, die zwar für die Belange pflegebedürftiger Menschen sensibilisieren wollen, ist eine ausgeprägte Einseitigkeit zuteil (z. B. Breitscheidel 2005).

Einseitig deshalb, weil bei fast allen Vorgängen, die öffentliche Aufmerksamkeit erlangen, Defizite, Mängel und Missstände ein unverhältnismäßig großes mediales Interesse hervorrufen und eine Wirklichkeit implizieren, die so nicht stimmt. Die Kommunikationskompetenz des größten Teils der Pflegenden führt in sehr vielen Fällen zu gelingender Interaktion, nur wird dies eher selten öffentlich wahrgenommen. Deshalb ist gerade hier eine wissenschaftliche Aufarbeitung gefordert, die weit entfernt von Populismus, Defizite aufdeckt, aber auch Erfolge analysiert und zu Handlungsempfehlungen bündelt, im Sinne einer salutogenistischen Sicht.

Die konstatierten Kommunikationsdefizite müssen Anlass sein, über Verbesserungen nachzudenken und Abhilfe zu schaffen. Allgemeine Qualitätsüberlegungen werden von solchen Prozessen des Nachdenkens berührt. Dabei stößt man aber auch auf Schwierigkeiten.

In der Gültigkeit und Verbindlichkeit von Qualitätsstandards existieren erhebliche Unklarheiten. Die gesetzlichen Vorgaben bezeichnen lediglich Mindeststandards. Diese schaffen aber keine Sicherheit in Bezug darauf, welche Standards der Bezeichnung einer qualitativ hochwertigen Pflege gerecht werden können. „*Eine menschenwürdige Pflege, die die Hilfebedürftigen aktiviert und ihnen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht, ist längst nicht immer der Fall. Oft beschränkt sich die Versorgung auf Grundbedürfnisse wie Ernährung, Körperpflege und Mobilität. Zudem fehlt die notwendige Transparenz in der Qualität ambulanter und stationärer Pflegedienstleistungen*“ (Isenberg 2002, S.65).

In der Wettbewerbssituation versuchen Pflegeunternehmen mit Standards zu werben, um Kunden zu gewinnen und sind dabei weit entfernt von wissenschaftlich begründeten Festlegungen. Igl & Klie (2002) erklären diese Schwierigkeiten mit einem fehlenden Grundverständnis von Qualitätsmanagement. „*Anders als insbesondere im angloamerikanischen Bereich gehört Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement noch nicht selbstverständlich zur Unternehmenskultur und zur professionellen Handlungsweise. In Deutschland sind Fragen danach üblich, wer denn die Kosten für die Qualitätssicherung trägt. Qualitätssicherung wird so als Additivum verstanden und nicht als integraler Bestandteil von*

Unternehmenskonzeptionen und professionellen Handlungsstilen“ (Igl & Klie 2002, S.16).

Skeptisch schätzt auch Goerres die derzeitige Situation der Qualitätsentwicklung ein. „*Die wesentlichen Probleme bei der praktischen Anwendung von Instrumenten und Methoden zur Qualitätssicherung bestehen vor allem in der konsensfähigen Festlegung von Kriterien und Standards für die Beurteilung von Qualität“* (Goerres 2002, S.133).

Die Expertenkommission des vierten Altenberichts formuliert deshalb die Forderung, eine nationale, unabhängige Instanz einzurichten, „*die als Forum zur Entwicklung und Formulierung dieser Standards dienen kann“* (BMFSFJ 2002, S.364).

Neben der Beschäftigung mit Qualitätssicherungsverfahren gibt es einen weiteren Zugang zur Qualitätsdiskussion in der Pflege. Dieser Zugang ist die Betrachtung der Ausbildungs- und Weiterbildungssituation und die Ableitung neuer Bildungskonzepte. „*Die Realisierung von Qualifizierungsstrategien im Rahmen einer gezielten Personalentwicklung kann somit ein wichtiges Instrument der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege sein“* (Menke & Rohleder 2003, S.144-145).

Für folgende Bereiche stellen Menke & Rohleder besonderen Qualifizierungsbedarf fest:

- Gerontopsychiatrie
- Kommunikation/ Gesprächsführung
- Beratung und Anleitung
- Pflege von Menschen aus anderen Kulturen
- Umgang mit Arbeitsbelastungen

Die Forderung nach einer Professionalisierung der Aus- und Weiterbildung kann, nach Menke & Rohleder, ebenfalls als Beitrag zur Qualitätssteigerung in der Pflege verstanden werden.

Ein interessanter Gedanke von Brandenburg (2004a) erweitert den Zugang zum Themenbereich Kommunikation/ Gesprächsführung und Qualität. Brandenburg identifiziert zwei Faktoren, die die Kommunikationsqualität beeinflussen. Das ist zum einen die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden, die wiederum von günstigen Arbeitsbedingungen abhängt und das ist zum anderen die Dauer der

Berufsausübung, wobei sich lediglich ein Zeitraum von ein bis fünf Jahren als zuträglich für erfolgreiche Gesprächsführung herausstellt (Brandenburg 2004a, S.136-137).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Kommunikationsdefizite vielfach beklagt werden und zu einer Minderung der Pflegequalität führen. Die Auffassung, dass Pflegequalität durch Verbesserungen der Ausbildungsstruktur gesteigert werden kann und die Auffassung, Qualitätsentwicklung durch den Einsatz von Qualitätsmanagementverfahren zu fördern, prägen die gegenwärtigen Vorstellungen von Qualität in der Pflege.

Dieses Blitzlicht, des derzeitig beklagten Defizitzustandes der Kommunikationskompetenz, erfolgt in einer Phase großer gesellschaftlicher Veränderungen, die die Pflege in elementaren Bereichen erfasst. Das folgende Kapitel soll deshalb einen Überblick über die für die Pflege relevanten Veränderungen geben.

Die Anpassung der Ausbildung an die sich verändernden Bedingungen in der Pflege wird deshalb zum Ausbildungsproblem, weil die anzupassenden Ausbildungsstrukturen und -inhalte nicht mit dem raschen Wandel der Veränderungen Schritt halten können, sondern hinterherhinken.

3. Gegenwärtiger Stand der Pflege und das sich daraus ergebende Ausbildungsproblem

In der öffentlichen Diskussion, in der Politik und in der Wissenschaft wird seit einigen Jahren davon gesprochen, dass der Pflege große Veränderungen bevorstehen würden. Diese Veränderungen seien die Rechtfertigung für zu treffende gesundheitspolitische, arbeitsmarktpolitische und rentenpolitische Entscheidungen.

Ebenso begründet eine Vielzahl von PflegewissenschaftlerInnen die Bedeutung ihrer Beiträge mit den großen Veränderungen, die die Pflege zu erwarten habe. Als Hauptindikator für die Veränderungen in der Pflege wird die demografische Entwicklung genannt (vgl. Tesch- Römer & Motel- Klingebiel 2004).

Die Pflegeausbildung und speziell auch die Kommunikationsausbildung werden von Veränderungen berührt, die die Pflege in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation erfassen. Diese Veränderungen werden im Folgenden dargestellt.

3.1 Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung in Deutschland wird in unterschiedlichsten Zusammenhängen seit mehreren Jahren öffentlich thematisiert und leitet auch den „Ersten Altenbericht“ der Bundesregierung ein (BMFSFJ 1996). „*Eine der größten sozialpolitischen Herausforderungen geht vom demographischen Wandel aus. In den nächsten 40 Jahren wird die Zahl älterer Menschen kontinuierlich zunehmen und ihr Anteil an der Bevölkerung deutlich steigen*“ (BMFSFJ 1996, S.5). Der „Dritte Altenbericht“ (BMFSFJ 2001) stellt fest, dass sich das Zahlenverhältnis von Personen unter 20 Jahren gegenüber Personen über 60 Jahren in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verschoben hat und gemäß Bevölkerungsvorausberechnungen noch weiter verschieben wird. 1950 standen zwei Personen unter 20 Jahren einer Person über 60 Jahren gegenüber, während 1998 (Stand der Erhebung des Dritten Altenberichts) etwa eine Person unter 20 Jahren einer Person über 60 Jahren gegenüberstand und für 2050 ist zu erwarten, dass sich das Verhältnis in Richtung 1:2 verschieben wird.

Eine bildhafte Interpretation dieser Daten ist die Feststellung, dass die „Bevölkerungspyramide“ ihre Form zunehmend in Richtung eines Pilzes verändert. Nachfolgende Generationen haben einen geringeren Anteil und frühere Generationen einen höheren Anteil an der Gesamtbevölkerung.

Dass diese Entwicklung die Renten- und Arbeitsmarktpolitik aktiv herausfordert ist einsichtig, wenn man überlegt, dass in 10 bis 20 Jahren die geburtenstarken Jahrgänge, der heute 45- bis 55-Jährigen, den geburtenschwachen Jahrgängen, der dann Erwerbstätigen, gegenüberstehen. Das Verhältnis von bezahlbaren Sozialleistungen auf der einen Seite und den von den Leistungsnehmern für ein menschenwürdiges Leben benötigten Sozialleistungen auf der anderen Seite, wird ohne Korrektur aus dem Gleichgewicht gebracht.

Die demografische Entwicklung ist ebenso eine Herausforderung an die Pflege, da ein hoher Anteil älterer Menschen, statistisch betrachtet, auch die Anzahl von Pflege bedürftigen Menschen steigert. Die Zunahme des Lebensalters lässt den Bedarf von Pflegemaßnahmen wahrscheinlicher werden, was wiederum zusätzliche Anforderungen an die Pflege stellt, insbesondere bezüglich des personellen Angebots. Es muss gelingen den Beruf der Pflegekraft gesellschaftlich attraktiver werden zu lassen, um bei den zahlenmäßig geringer vertretenen jungen Menschen ein höheres Potential an Pflegenden zu rekrutieren, um den zahlenmäßig stark vertretenen älteren Menschen Pflegeangebote schaffen zu können.

Es gibt jedoch in verschiedenen Berufsgruppen Verantwortliche, die, durch die in den Medien verbreiteten Berichte über die sich verändernde Demografie, die gesellschaftliche Bedeutung von Pflege erst jetzt wahrgenommen haben und sich nun in populistischer Art und Weise für Pflegequalität inszenieren.

Dazu gehört die demografische Entwicklung als Begründung heranzuziehen, um für die Pflege höhere Qualität einzufordern. Dies ist nicht nachvollziehbar, denn dahinter steckt die Logik, Qualitätsansprüche von der Anzahl der Betroffenen abhängig zu machen. Sarkastisch gefragt hieße das: Können Minderheiten in diesem Sinne keine Ansprüche auf hohe Pflegequalität erheben? Diese Betrachtung entspricht nicht einer ethisch reflektierten Haltung und sollte unterlassen werden, denn jeder einzelne pflegebedürftige Mensch

hat Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Pflege und Minderheiten verdienen ebenso wie Mehrheiten die Aufmerksamkeit der Pflegewissenschaft.

3.2 Veränderung der Klientel

Die Klientel von pflegebedürftigen Menschen zeichnet sich besonders durch Hochaltrigkeit aus. Menschen mit 80 Jahren und älter, werden in naher Zukunft eher die Regel als die Ausnahme sein (BMFSFJ 2002, S.18-19). Zudem steigt mit zunehmendem Alter die Prävalenz dementieller Erkrankungen (vgl. Tab. 1). Bölicke & Steinhagen- Thiessen (2002) sprechen davon, dass eine Demenz die häufigste Ursache für eine Pflegebedürftigkeit darstellt. Überspitzt formuliert Müller- Hergl (1998, S.18), dass Altenpflege in Zukunft Dementenpflege sein wird.

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Schätzung der Krankenzahl
65-69	1,2	50.000
70-74	2,8	94.000
75-79	6,0	136.000
80-84	13,3	225.000
85-89	23,9	253.000
90 und älter	34,6	142.000
gesamt:		
65 und älter	7,2	900.000

Tab. 1: Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (nach BMFSFJ 2002, S.167)

In der Analyse der beruflichen Anforderungen für künftige Pflege, gelangen Brandenburg & Klie (2003) zu der Einschätzung: „*Hinsichtlich der Anforderungen an professionelle Kompetenzen erscheint es besonders bedeutsam, dass die Gesundheitsprobleme älterer Menschen zumeist lang andauern, zum Teil mit massiven Persönlichkeitsveränderungen einhergehen (z.B. Demenz), und oft eine Folge oder Begleiterscheinung von Multimorbidität*

sind und nicht durch die Betreuung einer einzigen Berufsgruppe behandelt werden können“ (Brandenburg & Klie 2003, S.13).

Das heißt, dass Menschen, die in Zukunft Pflegeleistungen in Anspruch nehmen werden, ein hohes Alter (Hochaltrigkeit), eine Vielzahl von Erkrankungen (Multimorbidität) und dementielle Veränderungen aufweisen werden, wobei solche Zuschreibungen lediglich Wahrscheinlichkeitscharakter auf der Basis der Statistik aufweisen und keinesfalls Vorherbestimmungen für den Einzelfall sind.

3.3 Ort der Pflege

Mit dem „Ort“ der Pflege sind verschiedene Pflegekontexte angesprochen.

- Pflege im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige
- Pflege im häuslichen Umfeld durch professionell Pflegende
- Pflege in Institutionen (dauerhaft oder zeitweise)

Der eine Pflegekontext beinhaltet Hilfe- und Pflegeleistung in der Familie und zwar durch Angehörige. Schneekloth, Potthoff, Piekara & v. Rosenbladt (1996) stellten fest, dass mehr als drei Viertel der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen in Zwei-, Drei- und Mehr- Personen- Haushalten wohnen und dort von Familienangehörigen versorgt werden. „*Familien bilden in Deutschland noch immer den größten ,Pflegedienst‘ (Ferber 1993): Nahezu 90 Prozent aller Pflegebedürftigen und chronisch kranken älteren Menschen in Privathaushalten werden von ihren Angehörigen aus dem engeren Familienkreis betreut. Bei einem Drittel der Betreuten ist die Hauptpflegeperson die Partnerin (20 Prozent) oder der Partner (12 Prozent), bei einem weiteren Drittel eine Tochter (23 Prozent) oder Schwiegertochter (10 Prozent; siehe Tabelle 4-1). Etwa 80 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen*“ (BMFSFJ 2002, S.195).

Der zweite Kontext, der den Ort der Pflege beschreibt, meint die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Wohnung, durch professionelle ambulante Dienstleister.

Oft wird unterschätzt, dass eine große Mehrheit hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen in Privathaushalten lebt. „*Im Jahre 1999 wurden etwa Dreiviertel der Pflegebedürftigen (1,44 Mio.) zu Hause versorgt. 1.03 Mio. der*

Pflegebedürftigen erhielten lediglich Pflegegeld. Bei 415.000 Pflegebedürftigen waren ambulante Pflegedienste im Einsatz“ (Klie 2001, S.311).

Zwar steigt mit zunehmendem Alter das Risiko auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, trotzdem bevorzugen drei Viertel aller Pflegebedürftigen die Versorgung zu Hause (BMFSFJ 2002, S.251). Die Einstellung gegenüber einem Umzug ins Heim ist größtenteils von Ablehnung gekennzeichnet. Pflegebedürftige ängstigen sich vor einer sozialen Isolierung und vor dem Verlust der Selbstständigkeit bei einem Umzug ins Heim (Schneekloth et al. 1996, S.163).

Ausdruck findet die Bevorzugung des privaten Wohnens beispielsweise auch in Vortragsreihen zu Themen, wie das selbstständige Leben in den eigenen vier Wänden im Alter gewährleistet werden kann. In Nürnberg luden Seniorenrat und Seniorenamt im Sommer 2007 zu der Veranstaltungsreihe „Nürnberger Demographieforum zur Gestaltung einer alternden Stadtgesellschaft“ ein. Der Auftaktvortrag trug den Titel „Am liebsten zu Hause alt werden – Wie ist das zu schaffen?“ (Seniorenmagazin Sechs + Sechzig 2/ 2007, S.11).

Das Leben zu Hause wird von älteren Menschen gewünscht und dieser Wunsch erfüllt sich für eine Mehrheit auch.

Die Folge ist eine Zunahme **ambulanter** Hilfsangebote, die die jeweiligen Bedürftigkeiten der zu Hause Lebenden ausgleichen. „*Die Bedarfsprognosen im ambulanten Bereich, die von einer möglichen Verdreifachung des Personals bis zum Jahr 2010 ausgegangen sind, sind heute bereits überholt (Sachverständigenrat 1998). Da die Aussagen überwiegend auf den Trends der Bevölkerungs- und MorbiditätSENTWICKLUNG aufbauen, ist nicht davon auszugehen, daß nach 2010 eine generelle Umkehrung der Entwicklung eintritt*“ (Robert Bosch Stiftung, kurz: RBS 2001, S.130).

Die Anzahl ambulanter Pflegeeinrichtungen hat sich innerhalb von 10 Jahren nahezu verdreifacht (nach Isenberg 2002). Die enorme Expansion von ambulanten Pflegestationen trifft sich zeitlich betrachtet mit Veränderungen der Familienstruktur. Nach wie vor ist die Familie der Ort, der den größten Teil von Pflegearbeit leistet. Doch es ist davon auszugehen, dass es hierbei Veränderungen geben wird. Auf der einen Seite nimmt die Berufstätigkeit von Frauen, als Hauptträgerinnen von häuslicher Familienpflege, zu. Das erfordert in der modernen Arbeitswelt Flexibilität und Mobilität und stellt damit den Pflegeeinsatz in Frage. Auf der anderen Seite pluralisieren sich die

Lebensweisen der Menschen, so dass neue, nicht ins Schema von traditionellen Familien passende, gemeinschaftliche Lebensformen (z.B. spezielle Wohngemeinschaften) entwickelt werden, die dann gegenseitig Unterstützung leisten können (vgl. Brandenburg & Klie 2003). Diese Tendenzen werden ineinander greifen und zu einer Pflegeverknüpfung von Familienpflege, anderweitiger Pflege und professioneller Pflege führen.

Der dritte Kontext ist die Pflege in Einrichtungen durch professionell Pflegende. Dabei ist zu bemerken, dass sich das Angebot an Altenheimen, zugunsten von Pflegeeinrichtungen, hauptsächlich mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt verringert. Eine Tendenz ist erkennbar, dass zunehmend gerontopsychiatrische Einrichtungen als kleine Einheiten von Wohngemeinschaften realisiert sind, in denen wenige Menschen zu einem gemeinsamen Haushalt gehören. Das Prinzip von Wohngemeinschaften besteht in der Organisation des Alltags (Essen zubereiten, Wäsche versorgen u.ä.) und ermöglicht fast allen mittelschwer demenzkranken Menschen eine Mitarbeit (vgl. BMFSFJ 2004). Diese Wohnform erweist sich im Hinblick auf das Erleben von Zufriedenheit der Bewohner als überlegen, im Vergleich zum Wohnen im Heim (Thimm 2003; Blank 2005).

Als weiterer „Ort“ von Pflege stellen sich Tagespflege- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen vor, die eine zeitlich festgelegte professionelle Betreuung anbieten.

Zusammenfassend ist mit dem „Ort“ der Pflege einerseits die Versorgung durch Familienangehörige gemeint und zugleich die ambulante Betreuung durch professionelle Dienste im eigenen Zuhause. Stationäre Einrichtungen gelten für die meisten Menschen nur dann als Alternativen, wenn andere Betreuungsformen versagen.

3.4 Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen

Der wohl wichtigste gesetzliche Rahmen für das deutsche Pflegesystem war die Einführung der Pflegeversicherung 1995. Im Sozialgesetzbuch (SGB) im XI. Buch wurden, unter der Überschrift „Soziale Pflegeversicherung“, die einzelnen gesetzlichen Regelungen dafür festgeschrieben. Seitdem gehört die Pflegeversicherung zum Kanon der Sozialversicherungen und ist, wie alle

anderen, nach dem Prinzip eines Generationenvertrages organisiert. Heutige Einkommensbezieher zahlen in diese Versicherung ein, während derzeit Pflegebedürftige Leistungen daraus beanspruchen können.

Der unmittelbare Nutzen für Pflegebedürftige wird ergänzt durch einen weiteren eher mittelbaren Vorteil. Dieser besteht in der Fokussierung der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit für die Belange der Pflegebedürftigen und der Pflege im Allgemeinen. Verbunden damit ist eine größere Beachtung der Pflegeberufe und eine gesellschaftliche Aufwertung von in der Pflege Tätigen. Zum Ausdruck kommt die höhere Wertschätzung der Pflegeberufe auch durch die engagierte Pflegeforschung der letzten Jahre und dem gestiegenen Interesse an der Pflegeausbildung (z.B. Altenpflegegesetz, kurz AltPfIG 2003 und Krankenpflegegesetz, kurz KrPfIG 2004).

Andererseits zementiert die gesetzliche Pflegeversicherung das negativ ausgeprägte gesellschaftliche Altersbild, indem es Alter und Pflegebedürftigkeit in direkten Zusammenhang bringt.

Durch die Erfahrungen, seit Einführung der Pflegeversicherung, wurden Neuregelungen und Ergänzungen des XI. Sozialgesetzbuches erforderlich. Dies betrifft besonders die Qualitätssicherung. Durch ergänzende Bestimmungen zur Pflegequalität im Sozialgesetzbuch XI und durch das Qualitätssicherungsgesetz aus dem Jahr 2001, wurde versucht Qualitätsstandards für die Pflege zu etablieren und kontrollierbar zu machen (Klie 2000, 2001, 2002). Auch das 2001, durch eine Neufassung im Bürgerlichen Gesetzbuch verankerte, Heimgesetz befasst sich mit Qualitätsansprüchen in stationären Einrichtungen. Darüber hinaus sollen damit die Würde, die Interessen und die Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen geschützt und Mitwirkungsrechte im Heim gesichert werden (vgl. BMFSFJ 2002).

Die Forderungen nach Qualitätsstandards und die Schaffung von Kontrollinstanzen sind nötig geworden, da sich Pflegeeinrichtungen zunehmend als Wirtschaftsunternehmen verstehen und sich den Wirtschaftlichkeitsfaktoren mehr verpflichtet fühlen, als den Ansprüchen der Pflegebedürftigen. In diesem Zusammenhang sind auch die in den Medien sehr verbreiteten Darstellungen von Pflegemissständen zu sehen.

Insgesamt bedarf es immer neuer Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen an die sich wandelnden Gegebenheiten in der Pflege.

3.5 Veränderungen der Leitbilder in der Pflege

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Artikel 1, Grundgesetz).

Dieses Grundrecht gilt ohne Einschränkung für alle BürgerInnen der Bundesrepublik Deutschland. Einen Widerspruch dazu könnte man allerdings in Markus Breitscheidels (2005) Beschreibung über eklatante Pflegemissstände, über würdelose Pflege und entwürdigende Behandlungen vermuten. Die Schlussfolgerung ist daher, eine würdevolle Pflege ist keine Selbstverständlichkeit, sie muss eingefordert und vor allem kontrolliert werden. Wie ist Art. 1, GG im Einzelfall zu interpretieren und welche Implikationen folgen daraus?

Das Einführungsbeispiel, das Darmann (2001) für ihren Text zur moralischen Entscheidungsfindung in pflegerischen Situationen wählt, bewegt sich genau in dieser Grauzone der Interpretation der Menschenwürde. Eine 83-jährige Patientin wurde gegen ihren Willen, auf richterliche Anordnung, veranlasst durch die behandelnden Ärzte, beinamputiert. Entspricht es der Menschenwürde, in jeder Situation alles medizinisch Mögliche zu tun, oder steht der eigene Wille eines Menschen höher in der Hierarchie der Grundrechte? Die 83-Jährige lehnte auf Grund ihrer Erkrankung alle weiteren Behandlungen ab, um in Ruhe sterben zu können. Die behandelnden Ärzte hielten den Eingriff einer Beinamputation für eine Chance für die Patientin. Sie täuschten sich. Die Patientin starb an den Folgen des Eingriffs.

In ihrem Modellversuch zur Pflegeausbildung formulierten Oelke & Menke (2002) das Pflegeleitbild, als Konsensescheidung aller beteiligten LehrerInnen, folgendermaßen: „*Wir sehen die Würde und den Wert eines jeden Menschen als unantastbar an. Er verliert sie zeitlebens nicht, auch nicht durch Krankheit, im Alter, bei körperlicher und/ oder geistiger und/ oder seelischer Behinderung*“ (Oelke & Menke 2002, S.59).

Sehr nah am Grundgesetz erweitert diese Formulierung die Perspektive lediglich um den Aspekt der körperlichen und/ oder geistigen Beeinträchtigung, bleibt ansonsten aber ebenfalls sehr abstrakt und deutbar.

Die Auseinandersetzung mit Leitbildern der Pflege ist deshalb so bedeutsam, weil sie neben den Gegebenheiten der zu pflegenden Person und den Voraussetzungen der Pflegekräfte, die dritte Komponente ausmacht, die den

Pflegeprozess bestimmt. Die Sicht auf den zu pflegenden Menschen, als das Produkt der Leitbildkultur einer Einrichtung, bestimmt den konkreten Pflegeprozess entscheidend mit.

Die Kommission zur Erarbeitung des vierten Altenberichts wird erfreulicherweise viel konkreter und damit handlungsanweisender. „*Die Kommission erachtet es als wichtig, Menschen im hohen Lebensalter nicht als Objekte medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Intervention zu betrachten, sondern als handelnde Subjekte eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens zu achten. Diese Perspektive gilt grundsätzlich auch für dementiell Erkrankte, wobei hier in besonderem Maße Unterstützung und Begleitung in Wahrung der noch erhaltenen Kompetenz der betroffenen Personen gestaltet werden muss*“ (BMFSFJ 2002, S.58).

Das Leitbild, das hinter dieser Formulierung steht, zielt darauf ab, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit zu fördern und Ressourcen zu erhalten.

Passend zu dieser Auffassung von Pflege kann die empirische Studie „Autonomie im Alter“ von Huber, Siegel, Wächter & Brandenburg A. (2005) gelten.

Autonomie wird in dieser Arbeit als Leitbild entworfen und für das Ziel einer Autonomie fördernden Pflege theoretisch aufgearbeitet. Der Analyse des Begriffs „Autonomie“ folgt eine empirische Untersuchung zur Autonomie fördernden Pflege. Als ein Ergebnis stellt Huber et al. (2005) einen Anstieg der Lebenszufriedenheit der gepflegten Bewohner bei erlebter Autonomie fest.

Betrachtet man die Zielbestimmung von Pflege als deren Leitbild, so kann man mit Brandenburg & Klie festhalten: „*Ziel der Pflege ist es, Gesundungsprozesse zu unterstützen, Selbständigkeit im Alltag zu fördern sowie insgesamt die Lebensqualität bei Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu erhöhen*“ (Brandenburg & Klie 2003a, S.143).

3.6 Pflege als Dienstleistung

Pflege als Dienstleistung auffassen zu können, ist erst die Folge eines veränderten Verständnisses von Pflege allgemein. Pflege ist dabei nicht mehr nur im Akt christlicher Nächstenliebe oder im unterstellten angeborenen weiblichen Fürsorgedenken begründet und der „Entweder- Oder“- Diagnose,

Pflegebedürftigkeit ja oder nein, unterstellt. Pflege gemäß des Leitbildes „Selbstständigkeit, Autonomie und Selbstbestimmtheit“ besteht aus einem differenzierten Angebot an Hilfe- und Unterstützungs möglichkeiten. Angepasst an die Bedürfnisse des Einzelnen, umfasst Pflege in bestimmten Fällen hauswirtschaftliche Hilfe oder medizinische Pflege in einer akuten Krankheitsphase oder regelmäßige, speziell abgestimmte Unterstützung, z.B. beim Baden. Pflege als Dienstleistung zu betrachten verknüpft sich mit der Expansion der ambulanten Pflege, denn gerade in nichtstationären Settings lassen sich differenzierte Hilfs- und Unterstützungsangebote am Besten organisieren. „*Wir befinden uns in einem dynamischen Prozess der Umstrukturierung von einer Industrie- zu einer Dienstleistungsgesellschaft. Dieser Tatbestand ist allein an der Umverteilung der Beschäftigungsverhältnisse auf dem Arbeitsmarkt abzulesen. ... Die höchsten Zuwachsraten liegen nun aber nicht, wie oft behauptet, in den Informationsberufen, sondern in den Segmenten ‚Pflege‘ und ‚Erziehung‘*“ (Krüger 2001, S.21).

Erkennbar ist der Dienstleistungscharakter auch an einer sich wandelnden Bezeichnung für die Empfänger von Pflege. Sie werden meist nicht mehr Patienten oder Klienten genannt, sondern Kunden. Damit wird auch deutlich, dass Pflegeeinrichtungen im Wettbewerb miteinander stehen und um Kunden werben, wie es auf dem Wirtschaftsmarkt auch in anderen Branchen üblich ist. Ein weiterer Aspekt, der mit Pflege als Dienstleistung gekennzeichnet ist, ist die Erweiterung der Aufgabenbereiche. Hervorzuheben ist das Angebot an Beratung. Beratungsgespräche zur Vernetzung und/ oder Überleitung zu Pflegeeinrichtungen, stellen die professionelle Informationsweitergabe an Betroffene und deren Angehörige dar. Daneben etablieren sich weitere Bereiche, die der Dienstleistung Pflegeberatung zugeordnet werden können. Zu nennen ist hier Beratung im Sinne von Prävention und Gesundheitsberatung, was teilweise unter mit dem Begriff „Patientenedukation“ zu finden ist. Im gleichen Zusammenhang findet man auch die „Patientenschulung“, die sich auf die Unterweisung zur Nutzung von Hilfsmitteln und/ oder die Einnahme von Medikamenten (z.B. bei Diabetes mellitus) bezieht (Petermann & Lecheler 1992, Abt- Zegelin et al. 2003a).

Darüber hinaus bietet Wohnberatung Dienste an, um für Menschen im privaten Umfeld die Bedingungen zu optimieren bzw. bei eingetretenen Problemen Wohnfelderschwernisse zu identifizieren und zu beseitigen. „*Dabei tragen unabhängige Pflegeberatungsstellen durch Information und Beratung wesentlich dazu bei, älteren, behinderten und chronisch kranken Menschen zu ermöglichen, ihr Leben selbstbestimmt zu führen. Gerade in Kombination mit einer guten Wohnberatung kann dieses die Lebensqualität erhalten und möglicherweise verhindern oder verzögern, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entstehen*“ (Isenberg 2002, S.68-69).

Dabei könnte eine Schnittstelle entstehen, die das Angebot von konkreter Pflegeberatung mit seit Jahren bestehenden Beratungsangeboten der Sozialen Arbeit für ältere Menschen verbindet. Sozialarbeiter begannen vor etwa 20 Jahren eine Infrastruktur von Beratungsstellen für ältere Menschen aufzubauen (Karl 1993). Dabei erwiesen sich dezentrale, stadtteilbezogene Beratungsstellen als wirkungsvoller gegenüber zentralen Einrichtungen (Karl 1993). Durch die Einbeziehung von konkretem Pflegewissen könnte dieses Beratungsangebot erweitert, ergänzt und interdisziplinär ausgerichtet werden. Karl (1999) bezeichnet den Beitrag der Sozialen Arbeit für pflegebedürftige, ältere Menschen als pflegeflankierende Hilfen und hebt diese von konkreten pflegerischen Unterstützungsangeboten ab. In diesem Zusammenhang prägt Karl den Begriff der „Arrondierung von Pflegeleistung“ (Karl 1999, S.380). Die weitere Verzahnung von Gesundheitswesen und Sozialwesen entwirft Karl als Zukunftsvision.

Im Pflegeversicherungsgesetz gibt es Leistungen, die zur Wohnanpassung dienen sollen und die nach Begutachtung durch den MDK beantragt werden können. Die genauen Kriterien dafür bleiben im Gesetz unkonkret. Ebenso wie Isenberg (2002) hebt auch der vierte Altenbericht die Bedeutung von Wohnberatung hervor, beklagt aber einerseits die Finanzierungsregelung und andererseits den Mangel an Zusammenführung von pflegerischem und bautechnischem Wissen (BMFSFJ 2002). An dieser Stelle könnte an das bestehende Beratungsnetz der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen angeknüpft werden, denn eine Zusammenarbeit mit Architekten trägt dort schon lange das Beratungsangebot zur Wohnsituation (Karl 1993).

Allgemein kann Beratung als Teilbereich der Pflege und auch der Sozialen Arbeit aufgefasst werden und gilt als wachsender Dienstleistungssektor. Trotzdem steht die Professionalisierung von Pflegeberatung erst am Beginn und wird durch uneindeutige Finanzierungs- und Gesetzesregelungen behindert. Noch bis vor wenigen Jahren wurde Beratung in der Pflege oft nur im Sinne von Patientenschulung verstanden (vgl. Brandenburg 2002). Wichtige Impulse zur Entwicklung einer breiten Pflegeberatung gehen von der Universität Witten/ Herdecke aus, die beispielsweise an der Einrichtung von Patienteninformationszentren beteiligt ist (Abt- Zegelin 2000).

Sowohl im AltPfIG als auch im KrPfIG fand Beratung als Ausbildungsinhalt einen Platz. „*Beratung ist eine originäre pflegerische Aufgabe – und zwar in allen pflegespezifischen Arbeitsbereichen: Pflegende beraten kranke, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige sowie Kollegen. Lehrer und Pflegepädagogen beraten Auszubildende, Pflegemanager beraten Mitarbeiter. Und doch wurde Beratung bis vor kurzem nicht als spezifisches Element komplexer, pflegerischer Arbeit wahrgenommen. Das hat sich geändert: So ist die Beratungstätigkeit in den novellierten Gesetzen für die Gesundheits- und Krankenpflege und im Altenpflegegesetz als Ausbildungsthema festgeschrieben*“ (Piechotta 2006, S.215).

Deutlich erkennbar ist die wachsende Bedeutung von Beratung als Pflegedienstleistung auch in der Anzahl der Publikationen zum Thema: Piechotta 2006, Abt- Zegelin et al. 2003a, Koch- Straube 2001, Müller- Mundt et al. 2000, Abt- Zegelin 2000, Abt- Zegelin et al. 1999, Petermann et al. 1992.

Pflege als eine Dienstleistung zu sehen, erfordert eine differenzierte Betrachtung. Auf der einen Seite steht die berechtigte Sorge, um den Ausgleich zwischen marktwirtschaftlichen Gesetzmäßigkeiten und den ethischen Ansprüchen und Qualitätsstandards von professioneller Pflege. Wie es durch häufig erscheinende Pressemitteilungen zu belegen ist, darf sich ein Dienstleistungsmarkt „Pflege“ nicht selbst überlassen werden, sondern muss effektiv überwacht werden. Dazu müssen Kontrollinstanzen ausgebaut und verstärkt werden (vgl. MDK). Auf der anderen Seite eröffnet der Dienstleistungscharakter von Pflege neue, berufsbezogen interessante Marktbereiche, wie sie exemplarisch für den Sektor „Beratung“ dargelegt

wurden. Das Angebot für Pflegebedürftige differenziert und erweitert sich und beruflich Pflegende können sich neue Tätigkeitsfelder erschließen.

3.7 Multikulturelle Pflege

Ein Aspekt, der erst seit kurzer Zeit Beachtung erfährt, ist die Zunahme an älteren Migranten an der Population älterer Menschen in Deutschland. Diese Bevölkerungsgruppe rückt erst jetzt, nachdem Problemerichte veröffentlicht wurden, in den Fokus von Pflegeplanungen. Die Pflegeausbildung war bis vor wenigen Jahren gar nicht auf Besonderheiten kulturell geprägter Pflege eingestellt und hat diese Pflegegruppe in der Ausbildung nahezu vollständig vernachlässigt. Pflegekräfte fühlen sich daher plötzlich und unerwartet mit den Anforderungen von Migrantенpflege konfrontiert, die sie nicht bewältigen können und die sie stellenweise überfordert.

In Deutschland leben ca. 7,3 Millionen Migranten (Stand 2003), davon sind mehr als 666.000 über 60 Jahre alt, d.h. etwa 9 %. 1970 lebten knapp 3 Millionen Migranten in Deutschland, davon waren etwa 83.600 über 60 Jahre alt. Das waren knapp 3 %. Ähnlich wie in der deutschen Bevölkerung steigt auch unter den Migranten der Anteil von älteren Menschen stark an. Innerhalb von etwas mehr als 30 Jahren verachtfachte sich deren Zahl (nach Kruse, Schmitt, Dietzel- Papakyriakon & Kampanaros 2004a, S.577).

Eine große Zahl älterer Migranten stammt aus den Gastarbeiter- Populationen der 60er und 70er Jahre. Die damals jungen Gastarbeiter aus Südeuropa haben mittlerweile die Altersgrenze von 60 Jahren erreicht, bzw. überschritten. Darüber hinaus gehören der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund viele Spätaussiedler aus den osteuropäischen Ländern an. Insgesamt eine kulturell, religiös und sprachlich sehr inhomogene Gruppe.

Da sich mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und/ oder hilfe- oder pflegebedürftig zu werden erhöht, braucht es Konzepte um den Ansprüchen der älteren und alten Migranten gerecht werden zu können.

Andrea Zielke- Nadkarni, Professorin an der Fachhochschule Münster, weist als einen ihrer Forschungsschwerpunkte die Beschäftigung mit soziokulturellen Minderheiten aus (Zielke- Nadkarni 2006). Als wissenschaftliche Leiterin arbeitete sie verantwortlich an der Broschüre „Kultursensibel pflegen. Fallbeispiel zur theoriegeleiteten Umsetzung des Pflegeprozesses“ mit, die vom

Deutschen Berufsverband für Krankenpflegeberufe (DBfK) herausgegeben wurde und als Instrument für die Ausbildung dient. Sehr anschaulich und theoretisch begründet gelangen die AutorInnen zu dem Schluss, dass die Pflege von Migranten nur auf der Grundlage einer elaborierten Biografiearbeit erfolgreich sein kann. Es ist keine migrantenspezifische Pflege anzustreben, sondern „*eine Individualpflege, da Fremdheit in der Begegnung mit jedem Patienten eine Rolle spielt und jeder einzelne Besonderheiten aufweist, die von einer standardisierten Pflege nicht berücksichtigt werden*“ (DBfK 2005, S.4).

Konkret nimmt Zielke- Nadkarni auf die „Theorie der kulturspezifischen Fürsorge“ von Leininger Bezug. Jahrzehntelang beobachtete Leininger pflegebedürftige Menschen unterschiedlichen Alters und Kultur und formulierte aus diesen Erkenntnissen ihre Theorie der „Kultusspezifischen Fürsorge“. In den zahlreichen empirischen Studien erkannte die Professorin für Anthropologie und Pflege, übergeordnete Gemeinsamkeiten und ebenso trennende Unterschiede im Umgang mit zu Pflegenden. Dabei bezeichnet Leininger „Fürsorge“ als das Herz und die Seele jeder professionellen Pflege (Leininger 1998, S.25).

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie Zielke- Nadkarni kommt auch Piechotta (2006), die im Zusammenhang mit professionellen Beratungsgesprächen wohl Besonderheiten im Kontakt mit Migranten feststellt, diese jedoch nicht als Hinweis für die Notwendigkeit von migrationsspezifischer Beratung interpretiert. Denn, so argumentiert Piechotta (2006), der Erwerb eines allumfassenden Wissens anderer Kulturen ist eine Utopie und bloßes Halbwissen führt eher zu kulturell geprägten Vorurteilen, die die Individualität der Ratsuchenden vernachlässigen würden.

Luck (2006) weicht von dem Ansatz „Individualpflege statt migrationsspezifischer Pflege“ ab, indem er Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema „Migration“ fordert und zudem qualifizierte Dolmetscherdienste in Pflegeeinrichtungen eingeführt haben möchte.

Wie der Umgang mit Migranten in der Pflege gestaltet werden sollte, ist ein Thema, das unterschiedliche Standpunkte zulässt , aber die Tatsache, dass es eine Beschäftigung mit Migranten in der Pflege geben muss, bleibt in jedem Fall außer Zweifel.

Die Zunahme des Anteils an Migranten an der Bevölkerung lässt eine weitere Implikation denken. Neben den älteren und alten Migranten gibt es einen Anteil an MigrantInnen, im mittleren Alter, die auf dem Weg einer Zweitausbildung Zugang zu den Pflegeberufen erhalten möchten. „*Der Altenpflegeberuf wurde in Zeiten der Arbeitslosigkeit früh zu einem Umschulungsberuf, gerade für Frauen, in den letzten Jahren auch für Migrant/innen*“ (Brandenburg & Klie 2003a, S.148).

Diese Tatsache eröffnet die Möglichkeit das kulturelle und sprachliche Wissen dieser Pflegekräfte für die Pflege der Älteren zu nutzen und dabei zugleich Integration zu fördern, in dem Sinn, dass diese Pflegekräfte Kompetenzprofile einbringen von denen KollegInnen lernen können, mit dem Ziel gegenseitigen Verständnisses und Respekts.

3.8 Änderungen in der Verweildauer im Krankenhaus

Gesundheitspolitische Entscheidungen, wie vor allem die Leistungsvergütung der Krankenkassen durch Fallpauschalen (vgl. RBS 2001, S.160) und die enormen Fortschritte der Medizintechnik führen, gegenüber früher, zu einer deutlichen Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus. Diese Tatsache verändert die Anforderungen an Pflege erheblich. „*In den Krankenhäusern verdichtet sich die Pflegearbeit weiter, das heißt, neben Kurzzeitaufenthalten, etwa durch eine minimalinvasive Chirurgie, konzentrieren sich heute bereits Schwerstkranke in den Stationen*“ (RBS 2001, S.130).

Patienten verlassen das Krankenhaus so frühzeitig, dass in vielen Fällen eine weiterführende, oftmals vorübergehende Pflege benötigt wird. Pflegeberatung bzw. Überleitungspflege sollte an diese Stelle treten, um Patienten und Angehörige das benötigte Wissen und die gewünschten Ratschläge zu vermitteln. Gerade die ambulanten Versorgungseinrichtungen müssen sich darauf einstellen auch solche Leistungen zu übernehmen, die vor einiger Zeit die Akutkrankenpflege übernahm. Doch ebenso muss sich die stationäre Altenpflege auf neue Ansprüche einstellen, nämlich die sehr frühzeitige Übernahme von Patienten aus dem Krankenhaus. Insgesamt bedarf es der Kompetenzerweiterungen der Pflegekräfte und zudem erweiterter Organisationsformen der Einrichtungen im Blick auf Zusammenarbeit und Vernetzung.

„Die Probleme der ambulanten Pflege liegen in den für ein ausreichendes Leistungsangebot oft viel zu kleinen Organisationseinheiten, die mangelnde Vorbereitung für eine Pflege, die früher meist in Krankenhäusern stattfand und eine noch unzureichende Orientierung auf pflegende Angehörige“ (BMFSFJ 2002, S.287).

3.9 Institutionelle Verschiebungen

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen gemäß der gesetzlichen Pflegeversicherung ließ bald einige ungünstige Auswirkungen erkennen. So vor allem die Tatsache, dass je schwerwiegender die körperliche Einschränkung der Betroffenen ist, desto höher fällt die Geld- und Sachleistung der Versicherung aus. Eine zunächst logisch erscheinende Regelung, die aber und das ist ihr Nachteil, präventive oder rehabilitierende Maßnahmen finanziell nicht honoriert und zudem die Pflege bei psychischen oder psychiatrischen Beeinträchtigungen außer Acht lässt. Diesem Finanzierungssystem, stehen gemäß SGB zwei allgemeine Grundsätze der Pflege entgegen. Der erste Grundsatz lautet „Rehabilitation vor Pflege“ und der zweite Grundsatz „ambulant vor stationär“. Um diese Pflegegrundsätze mit dem Finanzierungswesen der Pflegeversicherung in Deckung zu bringen, wird es wohl noch einige Veränderungen brauchen.

Schon jetzt ist daraus eine Ergänzung der institutionellen Verantwortlichkeit abzuleiten. Gemeint sind die so genannte Überleitung oder die Vermittlung von Rehabilitation und ambulanter Pflege und die Information über das vielfältige Versorgungsangebot. Diese Schnittstelle, die die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Angeboten und den individuellen Bedürfnissen von Betroffenen kennzeichnet, lässt eine Institutionalisierung auf dem Pflegemarkt wünschen.

In engem Zusammenhang dazu steht die Pflegeberatung, die neben Schulung auch solche Aufgaben erfüllen könnte. Noch weiter gedacht könnte damit auch eine Managementaufgabe entstehen. Brandenburg & Klie (2003a) nennen diese Schnittstellenaufgabe „Care bzw. Case Management“. Dabei ist mit Care Management die Vernetzung von Hilfsmöglichkeiten gemeint, während sich Case Management auf die Einzelhilfe, auf der Grundlage sozialwissenschaftlicher Methoden, bezieht (Brandenburg & Klie 2003a).

Auch hier gibt es Anknüpfungsmöglichkeiten an die Konzepte der Sozialen Arbeit. Wendt stellte bereits 1995 fest, dass ein vernetztes, Ressourcen erschließendes und auf die Mitarbeit von Klienten gerichtetes Vorgehen in der Sozialarbeit, als Case Management charakterisiert werden kann. Case Management wird dabei verstanden als Prozess der Vernetzung von Unterstützungsangeboten, um für Klienten Hilfe in einer effektiven, effizienten und ökonomischen Weise bereit stellen zu können (Wendt 1995, S.359). Neuffer (2006) bestätigt, dass die Grundelemente des Case Managements, die individuelle Unterstützung bei komplexen Problemlagen und ein auf den Einzelnen abgestelltes Hilfssystem, seit jeher Bestandteile der sozialen Arbeit waren (Neuffer 2006, S.45).

In der Sozialarbeit ist das Case Management ein etabliertes Verfahren, während es in der deutschen Pflege als Innovation gefeiert wird (Ewers 2006). Anders als in verschiedenen anderen Ländern, stößt das Case Management in Deutschland häufig noch an Grenzen, die bedingt sind durch das traditionelle Verständnis von Pflege. Zwar bemerkt Ewers (2006) eine langsame Abkehr von einem Pflegeverständnis, das Pflege als medizinischen Assistenzberuf betrachtet und dennoch ist der Wissenschaftler der Auffassung, dass Deutschland der internationalen Entwicklung hinterherläuft und nur verzögert Modernisierung und Professionalisierung befördert. Nach Ewers gehört das Case Management zu den Bereichen der Pflege, die in Deutschland erst langsam als Professionalisierungsweg erkannt und genutzt werden (Ewers 2006, S.62-63).

Bereits wenige Jahre früher traf Schwaiberger eine ähnliche Einschätzung über das Case Management, allerdings bezog sie sich dabei lediglich auf das Krankenhaus. Auch Schwaiberger bezeichnet die Übernahme von Case Management in die Pflege, wie es in anglo- amerikanischen Ländern längst geschehen ist, als Element der Professionalisierung. In Deutschland sieht die Forscherin dafür erst zaghafte Ansätze (Schwaiberger 2002, S.76).

Case Management, als institutionelle Verantwortung bezogen auf ein modernes Pflegeverständnis, braucht öffentliche Aufmerksamkeit, um ausgebildet und schließlich ausgeübt werden zu können. Dabei kann eine Verknüpfung mit den Erfahrungen der Sozialarbeit den Weg zur Professionalisierung weisen.

3.10 Zusammenfassung und Bezug zur Kommunikationskompetenz

Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen prägen die derzeitige Situation der Pflege und sind für den Wandel, der die Pflege erfasst hat, verantwortlich.

Veränderungen in der Pflege kommen, wie eben beschrieben, in vielen Aspekten zum Ausdruck. Die Veränderungen der Klientel, die Pflege benötigen, bedingen ein verändertes Anforderungsprofil an die zu erbringende Pflegeleistung. Handelt es sich bei Pflegebedürftigen vorrangig um hochaltrige, multimorbide und dementiell veränderte Menschen, muss sich die Pflegekompetenz daran ausrichten. Werden künftig immer mehr ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen, braucht es professionell handelnde, selbstständige und verantwortungsbewusste Pflegekräfte, die über einen fundierten Ausbildungshintergrund verfügen. Eine qualitätsbewusste Pflege steht mehr denn je im Mittelpunkt aller Überlegungen und beinhaltet eine begründete Leitbildorientierung und die Ausrichtung, Pflege als Angebot einer Dienstleistung zu betrachten. Die Klientel der Pflege wird eine kulturelle Verbreiterung erfahren. Und nicht zuletzt ändert die Aufenthaltsdauer im Akutkrankenhaus die Pflegeanforderungen, sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen und führt zu neuen Organisationsformen der Über- und Weiterleitung. All diese Veränderungen erfassen die Pflege insgesamt und speziell die Pflegeausbildung. Um den veränderten Anforderungsprofilen gerecht werden zu können, bedarf es einer entsprechend angepassten Ausbildung. In der Denkschrift „Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ (1. Nachdruck 2001), trägt die Robert Bosch Stiftung (RBS) dem Rechnung.

„Mit dem Ziel, Empfehlungen für zukunftsweisende Veränderungen bis zum Jahr 2020 im Ausbildungsgeschehen zu erarbeiten, hat die Robert Bosch Stiftung einen Kreis unabhängiger und kompetenter Fachleute gebeten, sich der Thematik ‚Zukunft der Pflegeausbildung‘ anzunehmen“ (RBS 2001, S.10).

Das Ergebnis sind 10 Empfehlungen und das Konzept eines neuen AusbildungsmodeLLS (RBS 2001, S.26-69), denn „*die heutige Ausbildung entspricht häufig nicht den derzeitigen Anforderungen an Fachlichkeit und Qualität. Noch fließen Erkenntnisse der Pflegeforschung in nur geringem Maße in die Ausbildung ein*“ (RBS 2001. S.10).

Zudem sieht die RBS die Gefahr, dass Deutschland im internationalen Vergleich durch Ausbildungsmängel ins Hintertreffen geraten könnte, da das Ausbildungsniveau die Professionalität der Pflege bestimmt (RBS 2001, S.21). Die begründeten Forderungen zur Anpassung der Pflegeausbildung an die veränderten Bedingungen der Pflege betreffen ganz elementar die Ausbildungsformen und -inhalte der Kommunikation und Gesprächsführung. Auszubildende müssen Kommunikationskompetenz erwerben, um die Beziehung zu multimorbidem, dementiell veränderten und schwer kranken Menschen zu gestalten. Sie müssen reflektierend Leitbilder, Werte und Grundsätze praktisch umsetzen. Sie benötigen Kompetenzen im Managementbetrieb, um mit Angehörigen, mit anderen Berufsgruppen und mit Gesprächspartner unterschiedlicher Hierarchiestufen auch über Themen zu reden, die das enge Feld der Pflegetätigkeit verlassen, so z.B. in Über-, Weiterleitungs- und Beratungsgesprächen. Dabei müssen Pflegende insbesondere im ambulanten Dienst eigenständig und selbstverantwortlich handeln und kommunizieren können. Multikulturelle Pflegesituationen erfordern neue, erweiterte Fähigkeiten der Beziehungsgestaltung und zudem sind die schnelle und zutreffende Differenzierung von Gesprächssituationen und die eigene Anpassung daran gefordert.

Veränderungen in der Pflege kommen in vielen Aspekten zum Ausdruck. Die enorme Vielfalt und hohe Relevanz dieser Veränderungen lassen die Vermutung zu, dass es in der Pflege grundlegende Neuerungen geben muss. Neben strukturellen, organisatorischen und rechtlichen Anpassungen, wird eine Neuorientierung in der Ausbildung dringend benötigt. Dazu soll in den folgenden Kapiteln ein Argumentationsweg eröffnet werden, der sich zu einem Vorschlag für eine neue Kommunikationsausbildung kristallisiert. Zunächst soll jedoch der gegenwärtige Stand der Pflegeausbildung beleuchtet werden.

4. Gegenwärtiger Stand der Pflegeausbildung

4.1 Ausbildungsformen

4.1.1 Grundlegende Informationen

Eine generalistische Pflegeausbildung gibt es in Deutschland nach wie vor nur in Modellprojekten. In der berufspraktischen Erstausbildung gelten immer noch die Spezialisierungen in Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Das, aber noch anderes mehr, unterscheidet die deutsche Pflegelandschaft vom europäischen Ausland (Bergmann- Tyacke 2001, Landenberger, Stöcker, Filkins, de Jong, Them, Selinger & Schön 2005). „*In den anderen europäischen Ländern sind Kinderkranken- und Altenpflege keine eigenständigen Ausbildungsberufe, sondern eine Spezialisierung der Krankenpflege*“ (RBS 2001, S.219). „*Die grundständige Ausbildung in der Altenpflege existiert nur in Deutschland („nationaler Sonderweg“), eine berufliche Anerkennung in anderen Mitgliedsstaaten [der EU; Anmerk. der Autorin] ist vorerst ausgeschlossen*“ (Stöcker 2004, S.2).

1997 begann in Deutschland der erste Modellversuch, der die Ausbildung in den Pflegeberufen zusammenführte (Oelke & Menke 2002). Bis heute, 12 Jahre später, sind wohl eine Reihe weiterer Modellversuche hinzugekommen, doch Konsequenzen für die Struktur der Ausbildung wurden nicht gezogen, obwohl der dritte Altenbericht 2001 ankündigte, „*von den Ergebnissen dieses Modellversuchs [dem von Oelke & Menke 2002; Anmerk. der Autorin], die 2001 vorliegen werden, werden weitergehende wichtige Impulse für die konzeptionelle Neugestaltung einer gemeinsamen Pflegeausbildung erwartet*“ (BMFSFJ 2001, S.146).

Alle Modellversuche verbinden die segmentierten Berufsqualifikationen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege unter ein gemeinsames Ausbildungsvorhaben. Dabei setzen die verschiedenen Forscher unterschiedliche Akzente. So bezeichnen Oelke & Menke (2002) ihren Versuch als teilintegrativ und meinen damit, dass einer knapp eineinhalbjährigen gemeinsamen Ausbildung eine Spezialisierungsphase folgt, die unterschiedliche Inhalte für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege vorsieht. Becker (2003) vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) hält dem gegenüber

die Reihenfolge einer ersten Differenzierungsphase und einer anschließenden Integrationsphase für begründet.

Die Bezeichnungen integriert, teilintegrativ oder integrativ kennzeichnen gemeinsame Ausbildungen, wobei Schwerpunktsetzungen oder auch Spezialisierungsphasen für die einzelnen Berufsprofile eingeschlossen sind. Die Berufsabschlüsse einer (teil-) integrierten Ausbildung lassen die jeweiligen Spezialisierungen erkennen, (Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege), während integrative Formen neue Ausbildungsabschlüsse zulassen. Eine integrative Ausbildung ermöglicht zwei Berufsabschlüsse in den jeweiligen Kombinationen Kranken-/ Altenpflege, Kranken-/ Kinderkrankenpflege oder Kinderkranken-/ Altenpflege.

Die Spezialisierung erfolgt in der (teil-) integrierten Form nach einer 17-monatigen gemeinsamen Grundstufe und dauert weitere 19 Monate. Integrative Ausbildungen führen nach dem dritten Ausbildungsjahr zum ersten und nach dreieinhalb Jahren zum zweiten Abschluss (nach Landenberger et al. 2005, S.221).

Daneben wird die Position vertreten, die Ausbildung soll generalistisch angelegt sein und dabei alle Einzelprofilierungen in sich aufnehmen und vermitteln. Beispielhaft für generalistische Pflegeausbildungen gelten die europäischen Nachbarn Großbritannien und Niederlande. Dort gibt es in der ersten Ausbildungsphase eine generalistische Grundausbildung, nach deren Abschluss eine Spezialisierung anschließen kann (Landenberger et al. 2005).

Auch die Expertenkommission der RBS favorisiert eine generalistische Pflegeausbildung, wobei es hier neben strukturellen Veränderungen um eine grundsätzliche Neuorganisation der Ausbildung geht. Das Expertengremium schlägt ein eigenes Ausbildungsmode vor, das durchlässige Qualifizierungsstufen vorsieht und auf einer zweijährigen generalistischen Grundausbildung aufbaut. Je höher die erreichte Qualifizierungsstufe ist, desto weniger Generalisten und desto mehr Spezialisten bringt das Modell hervor. Die zunehmende Spezialisierung setzt sich bis in den Hochschulbereich fort (RBS 2001). (Einzelheiten zu diesem Ausbildungsmode im I. Teil, Kap. 5.4.1).

Die Pflegeausbildung erfährt im bundesdeutschen Bildungswesen eine Sonderstellung, da sie weder eine Ausbildung im dualen System

(Berufsausbildung und Berufsschule), noch durchgängig eine Berufsfachschulausbildung ist (in Bayern werden Pflegeschulen „Berufsfachschulen der besonderen Art“ genannt – RBS 2001, S.206).

Die Ausbildung in den Pflegeberufen erfolgt überwiegend an Schulen des Gesundheitswesens. Für die Krankenpflege bedeutet dies häufig eine Anbindung ans Krankenhaus. „*Pflegerische Bildung wird bis heute nicht durchgängig als öffentliche Bildungsaufgabe gesehen und finanziert*“ (BMFSFJ 2001, S.143).

Seit 2003 gibt es erstmals auch für die Altenpflege ein bundesweit geltendes Ausbildungsgesetz (AltPfIG) und entsprechende Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (AltPfIAPrV). Doch sind die einzelnen Verordnungen (z.B. praktische Ausbildungsgestaltung) nach wie vor sehr offen ausgelegt, so dass jeweils passende Interpretationen gemäß der Bedarfslage der auszubildenden Einrichtung vorgenommen werden können. Daraus folgt, dass eine entsprechende Ausbildungsqualität nicht allgemein garantiert ist, sondern vom guten Willen der Einrichtung abhängt, da im Bundesgesetz lediglich Mindeststandards geregelt sind (RBS 2001).

Neben den staatlich anerkannten Berufsabschlüssen der AltenpflegerIn, der Gesundheits- und KrankenpflegerIn bzw. KinderkrankenpflegerIn, existiert eine Vielzahl von Parallelberufen mit unklaren Qualifikationen und Berufsabschlüssen. Meifort (2001) nennt als Beispiele „Altentherapeut/in“ oder „gerosoziale/r Betreuer/in“. Hinzukommt, dass die Berufsverbleibdauer von Pflegekräften eher als gering angesehen werden muss und ein Berufsausstieg oft schon in der Ausbildung geplant wird (Meifort & Becker 1996). Da in vielen Einrichtungen der Personalbedarf steigt, bei gleichzeitigem Kostendruck, sieht Meifort (2001) die Tendenz einer wachsenden Zahl Ungelernter, unklar Qualifizierter und HelferInnen in der Pflege. All diese Aspekte veranlassen Meifort (2001) die aktuelle Entwicklung als Deprofessionalisierung und als Polarisierung zu beschreiben. Polarisierung bezeichnet die einander gegenüber gestellte kleine Zahl hoch qualifizierter, oftmals akademisch ausgebildeter Fachkräfte und die große Zahl von Hilfs- und Anlernkräften.

„*Während somit grundständig ausgebildetes, examiniertes Personal fehlt und der Schattenarbeitsmarkt für Pflege- und Betreuungspersonal ohne angemessene und eindeutige Qualifizierung unaufhaltsam wächst, boomt*

gleichzeitig das Angebot an Fachhochschulbildungsgängen“ (Meifort 2001, S.84-85).

Ähnlich wie in Deutschland brachte der II. Weltkrieg auch in den USA eine Wende für den Bedarf an Pflegekräften. In den Militärhospitälern war eine große Nachfrage nach Krankenschwestern, die so schnell wie sie gebraucht wurden, gar nicht ausgebildet werden konnten. Außerdem blieben nach dem Krieg viele verwitwete und allein stehende ältere Menschen zurück, die eine Versorgung benötigten. In den USA setzte daraufhin eine Veränderungswelle in der Pflegeausbildung ein. „*After World War Two, however, this situation changed. Many nurses volunteered for military service. So many nurses volunteered for military service that hospitals found that they didn't have enough nurses. Using a grant from the Kellogg Foundation, a nurse in the U.S. pilot tested a program to educate nurses in two years at a community college. This idea was meant to produce nurses faster than had been the case previously and that these nurses would receive an associate degree instead of a diploma. At the same time, nursing education was moving even more into the universities, but at a slower rate than rise of these associate degree programs*“ (Powers 2001, S.325).

Auf Deutschland griff diese Veränderungswelle in der Pflegeausbildung erst viel später über. Die Akademisierung setzte, in beachtenswertem Ausmaß, erst in den 90er Jahren ein. 1969 begann mit der ersten Ausbildungsverordnung in Nordrhein Westfalen (NRW) die Professionalisierung der Altenpflege (RBS 2001), die aber mehr als 30 Jahre benötigte, um gesellschaftliche Akzeptanz zu erfahren und sich von der mächtigen Krankenpflege zu emanzipieren.

4.1.2 Bundesgesetze

Nach Jahren der Auseinandersetzungen in der gesetzgebenden Instanz konnte 2003 auch für die Altenpflege ein Bundesgesetz (AltPfIG) und anweisende Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (AltPflAPrV) erlassen werden (KDA 2002). Für die Krankenpflege erfolgte 2004 eine Neuauflage des Krankenpflegegesetzes (KrPfIG) und 2003 der Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) (Dielmann 2006). Der Vorteil eines Bundesgesetzes in der Altenpflege besteht darin, dass damit eine einheitliche Regelung geschaffen wurde, wie lange, mit welchen Voraussetzungen und mit

welchem Stundenumfang die Ausbildung gestaltet sein muss. Bis 2003 war die Altenpflegeausbildung ausschließlich Länderverordnungen unterstellt und erwies sich in der Realität als heterogene, meist nicht vergleichbare, unterschiedlich lange und mit unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen belegte Berufsausbildung (BMFSFJ 2001). Im Bundesgesetz wird die Gesamtverantwortung für die Ausbildung an die Schulen übertragen, was deren Wertigkeit steigert.

Ein weiterer Vorteil der Bundesgesetzesinitiative leitet sich aus der formalen Gleichstellung von Altenpflege und Krankenpflege ab und entspricht damit einer Aufwertung der Altenpflege. Sowohl in der theoretischen Ausbildung als auch in der praktischen Ausbildungsphase werden in beiden Ausbildungsrichtungen gleich viele Stunden benötigt (2100 plus 2500 ergibt 4600 Gesamtstunden). Inhaltlich gibt es zwischen den Altenpflege- und den Krankenpflegeausbildungsrichtlinien deutliche Überschneidungen (Landenberger et al. 2005). Trotzdem bleiben erhebliche Spielräume, um einzelne Verordnungen zu interpretieren. Das betrifft sowohl Ausbildungsinhalte, als auch Fragen zur Ausbildungsfinanzierung (Altenpflegegesetz, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung).

Als Beispiel für die offene Formulierung der Ausbildungsinhalte dienen die Absätze zur Kommunikation:

- *1.4 Anleiten, beraten und Gespräche führen*
 - *Kommunikation und Gesprächsführung*
 - *Beratung und Anleitung alter Menschen*
 - *Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen*
 - *Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegefachkräfte sind.*

(Stundenzahl 80)

(KDA 2002, S.131-132)

Der Anspruch auf eine bundeseinheitliche Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege könnte nicht erfüllt werden, da nach wie vor Teilbereiche der Ausbildung an Länderbehörden delegiert werden.

In der Krankenpflege liegen als Konkretisierungen für die Ausbildung so genannte Ausbildungsrichtlinien (für NRW) oder Lehrplanrichtlinien (für Bayern) vor. Je nach Bundesland gibt es unterschiedliche Akzentuierungen. Die

unterschiedlichen Betonungen der Richtlinien sind auch bedingt durch die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der Länderbehörden. In Bayern ist das Ministerium für Unterricht und Kultus verantwortlich, während in NRW das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien zuständig ist. In den Ausbildungsrichtlinien von NRW wird explizit auf die Ergebnisse des Modellprojekts (Oelke & Menke 2002) Bezug genommen.

4.1.3 Pflegeausbildung (sekundäres System)

4.1.3.1 Schulen

Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen werden häufig von Krankenhäusern, oftmals in Form von Verbundschulen gemeinsam getragen. Durch die Sonderstellung im Ausbildungssystem unterliegen sie nicht uneingeschränkt den geltenden Schulgesetzen oder betrieblichen Ausbildungsbestimmungen. Die Trägerschaft der Schulen der Altenpflege reicht von öffentlich-rechtlichen über freigemeinnützigen bis zu privaten Trägern. Schulrechtliche Vorgaben haben auch hier eine sehr uneinheitliche Anwendung, da etwa in der Hälfte der Bundesländer die Altenpflegeschulen dem Landesschulrecht unterstellt sind und in den übrigen Bundesländern staatliche Anerkennungen vergeben werden (BMFSFJ 2006). Die Ausbildungsstätten sind eng mit Altenpflegeeinrichtungen verbunden.

Seit 2003 beträgt die Dauer der Ausbildung in allen drei Pflegeberufen drei Jahre und endet mit einer staatlichen Prüfung. Zugangsvoraussetzung ist ein mittlerer Bildungsabschluss oder vergleichbare Nachweise. Die berufsbildenden Abschlüsse ermöglichen keine direkte Durchlässigkeit in eine Hochschulausbildung (tertiäres System), wenn nicht eine Fach- oder Hochschulreife nachgewiesen werden kann. Andererseits ist der Abschluss in einem Pflegeberuf für viele Studiengänge des Gesundheitswesens eine Zulassungsvoraussetzung. Mit anderen Worten ist der Abschluss einer Pflegeausbildung eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für eine akademische Weiterbildung.

Die Bundesgesetze enthalten einen Anforderungskatalog über den Mindeststandard der Ausstattung der Pflegeschulen, doch die konkrete Ausstattungsgüte hängt von den Aufwendungen des jeweiligen Trägers ab, ist demnach nicht uneingeschränkt vergleichbar.

Weniger große Unterschiede bestehen dagegen in der Qualifikation des Lehrpersonals. Obwohl seit mehr als zehn Jahren eine akademische Ausbildung für die Lehrpersonen an Pflegeschulen vorgesehen ist, hat sich die große Mehrheit über eine zweijährige Weiterbildung qualifiziert. Hauptamtliches akademisches Lehrpersonal ist nach wie vor die Ausnahme. Eine strukturelle Umstellung wurde nicht konsequent vollzogen, da die zweijährige Weiterbildung noch immer möglich und die Besoldung von akademischen Lehrern bisher nicht geregelt ist (Stand 2001) (vgl. RBS 2001, S.209). Im Sinne von Reformbemühungen verlangen die beiden bundesgesetzlichen Bestimmungen für die Pflegeberufe höhere Qualifikationsvoraussetzungen des Lehrpersonals. Bedauerlich dabei ist die Tatsache, dass wiederum zwischen Krankenpflege und Altenpflege unterschieden wird. Für alle hauptamtlichen Lehrkräfte in der Krankenpflege werden Hochschulabschlüsse erwartet, die ein pädagogisches Profil erkennen lassen, während solche Erwartungen in der Altenpflege nur an die Schulleitungen gerichtet werden. Für die LehrerInnen und SchulleiterInnen, die nach der früheren Qualifikationsform weitergebildet worden sind, gilt eine Übergangsregelung (vgl. Landenberger et al. 2005, S.187).

Stöcker (2005a) ermittelte in fast allen europäischen Staaten eine Hoch- oder Fachhochschulausbildung für Pflegelehrer, lediglich Frankreich und Österreich bilden dabei eine Ausnahme. Auch für Deutschland hat sich seit der Erhebung der RBS von 2001 eine Veränderung ergeben, so dass seitdem eine pädagogische Weiterbildung zur Qualifikation eines hauptamtlichen Pflegelehrers nicht mehr ausreicht, sondern eine Hochschulqualifikation nachgewiesen werden muss bzw. sollte.

Neben den hauptamtlichen LehrerInnen wird ein großer Teil des Unterrichts von nebenamtlich beschäftigten FachvertreterInnen, z.B. der Medizin, der Rechtswissenschaften, der Psychologie, der Soziologie erbracht. Darin sehen Menke & Rohleder (2003) nicht unerhebliche Qualitätsprobleme. „*Bezüglich des Kriteriums ‚Anzahl und Qualifikation der Lehrkräfte‘ ist zu bedenken, dass derzeit der größte Anteil des theoretischen Unterrichts an vielen Schulen von nebenamtlich Beschäftigten erbracht wird. Deren Einbeziehung in eine umfassende Unterrichtsplanung, -durchführung und –evaluation ist aufgrund der nebenamtlichen Beschäftigungsverhältnisse häufig problematisch. Außerdem sind nebenamtlich Beschäftigte nicht ohne weiteres dauerhaft an die*

Ausbildungsstätte gebunden, d.h. die Teilnehmer/innen erfahren im Rahmen ihrer Ausbildung gegebenenfalls einen mehrfachen Dozentenwechsel“ (Menke & Rohleder 2003, S.148).

Meifort (2001) spitzt die Kritik an der Qualifikation der Lehrkräfte noch zu und erweitert diese auf die Ausbilder in der Praxis: „*Im Gegensatz zum dualen System in dem die Ausbildungskräfte im Betrieb ebenso wie die berufsschulischen Lehrkräfte über definierte Qualifikationsvoraussetzungen verfügen müssen, um ausbilden zu dürfen, fehlen diese Mindeststandards für die Bildungsgänge im Gesundheits- und Sozialwesen völlig: Weder für die schulische Ausbildung noch für die praktische Anleitung in den Praktikumseinrichtungen oder –betrieben sind verbindliche Qualifikationsstandards für die eingesetzten Lehr- und Anleitungskräfte beschrieben, so dass in den weitaus meisten Fällen ‚Berufserfahrung‘ das einzige nachvollziehbare Qualifikationsmerkmal von LehrerInnen und AnleiterInnen im Gesundheits- und Sozialwesen darstellt*“ (Meifort 2001, S.92). Die Gesetzesinitiative zur Umstellung der Pflegeausbildung bildete den Anlass die veränderten Ausbildungsstrukturen wissenschaftlich zu untersuchen. Unter der Leitung der Universität Bremen, Prof. Dr. Goerres und der Pflegeforschungsinstitute IPP (Institut für Public Health und Pflegeforschung) und iap (Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung) wurde im Auftrag des BMFSFJ 2004/ 2005 eine **bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen** vorgenommen (BEA- Studie). Das Ziel dieser Studie war es, den Umsetzungsstatus der Regelungen des neuen Altenpflegegesetzes zu überprüfen. Dazu erhoben die Forscher Daten zur personellen und materiellen Ausstattung der Schulen, zur Qualifikation der Lehrkräfte und PraxisanleiterInnen und zu Schulentwicklungsprozessen. Die erhobenen Daten lassen sich überwiegend als Strukturdaten einordnen, die die strukturelle Qualität der Ausbildung beschreiben. Als zentrales Ergebnis wird eine positive Wirkung der neuen Altenpflegeausbildung auf die Gesamtqualität der Ausbildung festgestellt (vgl. BMFSFJ 2006, S.3). Die Untersuchungsergebnisse werden im Einzelnen im folgenden Kapitel näher dargestellt und diskutiert. An dieser Stelle soll der Hinweis genügen, dass Aussagen zur Gesamtqualität, die größtenteils nur auf der Basis von Strukturdaten gewonnen wurden, umstritten sind. So meint Goerres, der gleichzeitig verantwortlicher wissenschaftlicher

Leiter der Studie ist, dass Aspekte der Strukturqualität notwendige, aber keine hinreichenden Begründungen für Aussagen zur Gesamtqualität darstellen (Goerres 2002, S.132).

Bereits im Jahr 2003, noch bevor das AltPfIG in Kraft getreten ist, führte der „Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V.“ (DEKV) eine Befragung bei Auszubildenden in evangelischen Pflegeschulen durch, mit dem Ziel Aussagen zur Motivation, zur persönlichen Einstellung der PflegeschülerInnen und zur Qualität der Ausbildung zu erhalten. Die hier vorgenommene Ergebnisinterpretation beschränkt sich darauf, die Unzufriedenheit der Auszubildenden beim so genannten Theorie- Praxis- Transfer zu beschreiben. Die Begleitung und Anleitung in der Praxis wird von einer Mehrheit der SchülerInnen als ungenügend erlebt und führt für viele, die anfangs über eine hohe Motivation und eine ausgeprägte Identifikation mit dem Pflegeberuf verfügten, zu Unzufriedenheit bis hin zu Überlegungen des Berufsausstiegs.

Auch Müller & Koeppel (2003) nahmen die Defizite beim Theorie- Praxis- Transfer zum Anlass Verbesserungskonzepte zu entwickeln. Niederschlag fand dies in ihrem Modellversuch zur praktischen Ausbildung (vgl. Kap. 6.3.2, Teil I).

4.1.3.2 Praktische Ausbildung

Die räumliche Nähe von Krankenpflegeschule und Krankenhaus sollte ursprünglich die beiden Lernorte auch funktional miteinander verbinden. Durch qualifizierte Anleitung sollen SchülerInnen, das in der Schule erworbene Wissen in der Praxis anwenden und einüben. Die AnleiterIn führt die Auszubildenden an das Aufgabenspektrum einer Pflegekraft heran und gewährt dabei die Möglichkeit des Lernens und Erprobens, indem sich die praktischen Aufgabenstellungen am theoretischen Wissensstand orientieren. Die PraxisanleiterIn hat zudem die Funktion SchülerInnen für ihre praktische Arbeit zu bewerten (Bewertungsbogen Anhang C). Gelingt der Bezug von theoretischem Wissen auf praktische Aufgabenstellungen, könnte man von einem geglückten Theorie- Praxis- Transfer sprechen. In der Realität ist aber gerade das eine der größten Schwächen im Ausbildungssystem.

„Die erfahrungsgemäß von einigen Krankenpflegeschülern/ Krankenpflegeschülerinnen als partiell, von anderen als total erlebte Zusammenhanglosigkeit von theoretischem Unterricht und praktischer

Ausbildung wird durch Forschungsergebnisse eindrucksvoll bestätigt“ (Wittneben 2003, S.183).

Die Integration schulischer und praktischer Ausbildung ist nach wie vor eine große Herausforderung an die Pflegeausbildung. Obwohl die berufspraktische Unterrichtung einen quantitativ höheren Anteil ausmacht (2500 Stunden zu 2100 Stunden der theoretischen Ausbildung), ergeben sich hier deutlich mehr Probleme, die noch dazu eine hohe Veränderungsresistenz aufweisen. Man könnte auch von einem Problembündel sprechen, das die praktische Ausbildung beeinträchtigt. Einen Knoten in diesem Bündel verursacht der Wirtschaftlichkeitsdruck, der sich als Kostensenkungsmaßnahme durch alle Bereiche des Gesundheitswesens zieht. „Für die Auszubildenden ist die Praxis im Wesentlichen ein Arbeitsort. Statt eine gezielte praktische Ausbildung zu erfahren, sind die Auszubildenden wichtige Arbeitskräfte im Krankenhausbetrieb angesichts einer häufig zu ‚dünnen Personaldecke‘. Dies ist unter anderem der Grund dafür, daß das hohe Potential für den Erwerb von Schlüsselqualifikationen im Berufsalltag eher selten, zum Beispiel durch begleitete Übungen oder eine Reflexion des Arbeitsalltags, genutzt wird“ (RBS 2001, S.211-212).

Diese Einschätzung des Expertengremiums der RBS stammt aus der Zeit vor Einführung der neuen Berufsgesetze. Doch auch danach hat sich, nach Landenberger et al. (2005), mehr an Ansprüchen und theoretischen Forderungen, als an realen Veränderungen ergeben. Zwar „sind Ausbildungsträger gehalten entsprechende arbeitsorganisatorische, dienstrechtliche bzw. arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen festzulegen und diese sicherzustellen“ (Landenberger et al. 2005, S.56), doch was ist konkret damit gemeint, „jemand ist angehalten etwas zu tun“ und wer überprüft die geschaffenen Rahmenbedingungen in der Praxis?

Zwar gibt es die Vorhaltung für eine Praxisanleitung, doch eine pädagogische und curriculare Vernetzung zum Lernort Schule, bleibt für jede Einrichtung frei gestaltbar, so dass in vielen Fällen wiederum Kostenfaktoren mit pädagogischen Notwendigkeiten konkurrieren.

Von der Seite der Schule empfehlen die neuen Berufsgesetze eine Praxisbegleitung durch LehrerInnen, um die SchülerInnen persönlich bei

Praxiseinsätzen zu begleiten, für Reflexionsgespräche zur Verfügung zu stehen und um die inhaltliche Gestaltung der praktischen Ausbildung mit den AnleiterInnen abzustimmen (Dielmann 2006, S.140). Nur, und das ist auch hier der große Nachteil, bedarf es für die Umsetzung dieser sehr positiv zu wertenden Neuerung, Zeitbudgets für alle Beteiligten, die eine solche Form der Praxisbegleitung erst möglich machen. Ohne eine solche Festlegung bleibt die noch so gut gemeinte Praxisbegleitung eine leere Worthülse und unterliegt dem vorherrschenden Wirtschaftlichkeitsdenken in den Betrieben des Gesundheitswesens (RBS 2001).

Ganz ähnlich stellt sich die Problematik mit den Qualifikationen der PraxisanleiterInnen dar. Mit den bundeseinheitlichen Gesetzen (AltPfIG und KrPfIG) versuchte man zwar die Anforderungen an PraxisanleiterInnen zu regeln, doch wiederum nicht mit der nötigen Klarheit. „*Zur Praxisanleitung geeignet sind Personen mit einer Erlaubnis nach §1 Abs.1 Nr.1 oder 2 des Krankenpflegegesetzes, die über eine Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren sowie eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen. Die zuständige Behörde kann bis zu fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung Ausnahmen vom Umfang der berufspädagogischen Zusatzqualifikation zulassen*“ (Dielmann 2006, S.140). Dielmann erläutert diesen Passus der KrPflAPrV vom November 2003, „*Gestaltung und Inhalt der berufspädagogischen Zusatzqualifikation sind nicht näher definiert. Hierzu genauere Regelungen zu treffen, ist Sache der Bundesländer*“ (Dielmann 2006, S.141).

Einzelne Länderegierungen entwickelten deshalb so genannte „Handreichungen“. „*Aufgrund der neuen Berufegesetze liegt ein für NRW erarbeiteter Standard zur berufspädagogischen Weiterbildung und zur Praxisanleitung in der Altenpflege (MGSFF¹ 2003a Teil II) und Gesundheits- und Krankenpflege (MGSFF 2003b Teil II) vor. Weitere Vorgaben – unterschiedlich präzisiert – liegen vor als Handreichung ‚Lernort Praxis‘ in Baden-Württemberg, als norddeutsche Handreichung für Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, als Empfehlung in Hessen und als vorläufige Empfehlung in Mecklenburg-Vorpommern*“ (Landenberger et al. 2005, S.57).

¹ Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie

Der Bundesgesetzesinitiative für die Altenpflege folgte 2005 eine Studie mit dem Titel „Erfolgreiche Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung“ von Heinemann- Knoch, Klünder & Knoch (2006). Im Auftrag des BMFSFJ analysierten die Forscherinnen die derzeitige Situation von Praxisanleitung in der Altenpflege und leiteten daraus Empfehlungen ab. Die Bearbeitung dieser Studie erfolgte über das Institut für gerontologische Forschung e.V. in Berlin (igf). Bereits zu Beginn ihrer Ausführungen müssen die Autorinnen die AltPflAPrV zur Qualifikation der PraxisanleiterInnen einschränken, da „*ggf. die Vorgaben der jeweiligen Bundesländer zu berücksichtigen sind, die möglicherweise spezielle Regelungen zum Umfang und zu den Inhalten der berufspädagogischen Fort- und Weiterbildungen näher bestimmen*“ (Heinemann- Knoch et al. 2006, S.13). Das heißt, für die Qualifikation zur PraxisanleiterIn können die einzelnen Länder die Bundesgesetze überstimmen. Das Ergebnis dieser Studie ist die Formulierung von Vorschlägen, die zwar durchweg hoch interessante Aspekte der praktischen Ausbildung betreffen, aber lediglich als gut gemeinte Empfehlung, ohne Umsetzungsverpflichtung charakterisiert werden kann.

Die unbefriedigende Situation der Praxisanleitung in Deutschland hat ihre Ursachen in der unklaren Zuständigkeit der Verordnungs- und Kontrollinstanzen, die durch den ausgeprägten Bildungsföderalismus gegeben ist. „*Fast alle EU- Staaten (haben) die gesamte pflegeberufliche Bildung auf Grund ihrer zentralistischen Steuerung einheitlich und systematisiert in das staatliche Bildungswesen integriert*“ (Stöcker 2005a, S.2).

Bereits 2001 kritisierte Meifort die unorganisierte und unsystematische Verankerung der Pflegeberufe in das deutsche Bildungssystem, das durch diesen Mangel sowohl an gesellschaftlicher Anerkennung, als auch an Leistungsfähigkeit einbüßt (Meifort 2001, S.92).

Für alle Pflegeberufe sind in Deutschland Anzahl und Organisation der Praxisanleitung nicht ausreichend geregelt. In Großbritannien und den Niederlanden dürfen Auszubildende/ Studierende nicht ohne Betreuung in der Praxis eingesetzt werden (vgl. Landenberger et al. 2005, S.195).

Diese Uneinheitlichkeiten benannten Müller & Koeppe (2003), die in NRW einen Modellversuch zur praktischen Ausbildung durchführten, als wesentliches Grundproblem der praktischen Ausbildung, „*nämlich die zum Teil geringe*

berufspädagogische Qualifikation der Ausbilder“ (Müller & Koeppe 2003, S.583).

Insgesamt ist die praktische Pflegeausbildung derzeit von einer Menge richtungweisender Überlegungen geprägt, die allerdings in der Realisierung oftmals dem Zufall und guter Fügung überlassen bleiben.

Nach wie vor steht die Arbeitsleistung der Auszubildenden im Vordergrund, während es an Qualifikationsvorgaben, Zeit- und Aufgabenzuweisungen für PraxisanleiterInnen mangelt. „*Die Vernetzung mit der schulischen Ausbildung ist noch gering*“ (RBS 2001, S.58), das hat sich auch nach Einführung der Bundesgesetze nicht grundlegend geändert.

4.1.4 Weiter- und Fortbildungen

Gerade die vielfältigen Veränderungen in der Pflege erfordern eine stetige Anpassung der Wissensbestände an aktuelle Erfordernisse. Dabei reicht es nicht aus die vermittelten Qualifikationen der Erstausbildung zu aktualisieren, insbesondere dann nicht, wenn diese schon längere Zeit zurück liegt. Qualifizierte Fort- und Weiterbildungen werden berufsbegleitend benötigt.

Eine aktuelle Wissensanpassung erfolgt in allen Berufen über Fortbildungen. Diese beziehen sich auf thematische Schwerpunkte, die im Tätigkeitsfeld benötigt werden und erstrecken sich meist über einen kürzeren Zeitraum. Anders sind Weiterbildungen einzuordnen, die häufig einen größeren Zeitrahmen erfordern und Bildungsinhalte zur Höherqualifikation umfassen. Weiterbildungen sind in aller Regel mit einer Erweiterung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche verbunden und führen oftmals zu einer höheren Vergütungsklasse. Beispiele für Weiterbildungsmaßnahmen sind Lehrgänge für Stationsleitungsaufgaben oder Intensivpflege, während Fortbildungslehrgänge Themen wie „Kinästhetik“ oder „Kommunikation mit dementiell veränderten Personen“ aufgreifen.

Diese begriffliche Unterscheidung von Fort- und Weiterbildung wird allerdings von vielen Autoren nicht getroffen, so dass unter Weiterbildung meist alle berufsbezogenen Bildungsmaßnahmen verstanden werden (RBS 2001, S.112). Insgesamt beurteilt der Expertenrat der RBS die Lage am Fort- und Weiterbildungsmarkt in der Pflege als durchaus positiv, da das Bewusstsein zur Weiterbildung sehr verbreitet ist. Allerdings darf dabei das Problem der

Vergleichbarkeit der Abschlüsse nicht übersehen werden. „*Der Fort- und Weiterbildungsmarkt hat sich aufgrund regional bedingter oder fachspezifischer Erfordernisse recht uneinheitlich entwickelt. Dies hat dazu geführt, daß Weiterbildungen heute selten miteinander vergleichbar und nur wenige Bildungsgänge innerhalb der Bundesländer ‚staatlich‘ anerkannt sind. Schwierig gestaltet sich auch die Anerkennung von landesrechtlich geregelten Weiterbildungen bei Arbeits- oder Studienaufnahmen in einem anderen Bundesland*“ (RBS 2001, S.116).

Zu den strukturellen Mängeln der Vergleichbarkeit und der Anerkennungspraxis kommen weitere Defizite inhaltlicher und organisatorischer Art hinzu. Menke & Rohleder (2003) konstatieren für viele Fortbildungen in der Altenpflege eine reaktiv-kompensatorische Funktion, indem sich Einrichtungen oftmals auf interne Qualifizierungsmaßnahmen beschränken, die vom jeweiligen Träger angeboten werden und als Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung geltend gemacht werden. Solche Angebote fügen sich zwar dem Kosteneinsparungsgedanken, jedoch ist ihre Effizienz umstritten. Insbesondere, wie Menke & Rohleder (2003) festgestellt haben, weil Qualitätsmaßstäbe ignoriert werden. Fortbildungen, die vom Träger kostengünstig angeboten werden, ohne, dass dafür eine Bedarfsermittlung erfolgt ist, die nach Dienstschluss stattfinden und allgemein akzeptierten didaktischen und pädagogischen Ansprüchen nicht genügen, lassen einen Erfolg fragwürdig erscheinen. Transfersicherung und Erfolgskontrolle schließen sich dabei nur in seltensten Fällen an.

Verknüpft mit den Qualitätskriterien, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sehen die Autorinnen nur strukturelle Erfordernisse, wie Fortbildungspflicht, erfüllt. Prozessqualitative Ansprüche an ein gezieltes didaktisch-methodisches Vorgehen oder Ergebnisqualitäten, wie die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen, der Erwerb von Schlüsselqualifikationen oder die berufliche Verwertbarkeit, halten sie für nicht erfüllt.

Ein weiterer Aspekt ist ein potentieller Geschäftserfolg, den einzelne Anbieter auf dem Weiterbildungsmarkt erkennen und für ihre eigenen Interessen ausnutzen. Die Lücke von klar definierten gesetzlichen Regelungen, lädt manche un seriöse Bildungsanbieter geradezu ein, Weiterbildung nicht nach Qualitätskriterien, sondern nach Gewinnmaximierung durchzuführen. So gibt es

Weiterbildungsinstitute, die Dozenten als Reisende ins gesamte Bundesgebiet versenden und in einzelnen Städten jeweils die gleichen Veranstaltungen abhalten lassen, wofür selbst erstellte Zertifikate vergeben werden, deren Anerkennungswert zweifelhaft ist. Als Beispiel mögen Angebote einer Bildungseinrichtung für Erwachsene in Deutschland dienen, die in einer sechsstündigen Veranstaltung „Kommunikation in der Pflege. Da wird man doch verrückt! Kommunikation mit Demenzkranken“ als Fortbildung in der Altenpflege anbieten. Die Veranstaltung wird an drei aufeinander folgenden Tagen in Rostock, Berlin und Dresden wiederholt. Der Fachmann wird an der Qualität einer solchen Fortbildung große Zweifel haben, weiß er wohl, welch komplexes Thema „Kommunikation“ im Allgemeinen und „Kommunikation mit verwirrten Menschen“ im Besonderen ist und welchen enormen Stellenwert diesem Thema zukommt, so dass eine sorgfältige, praxisorientierte und umfassende Unterweisung dringend geboten wäre. Der Aufgeschlossenheit gegenüber Fortbildungen stehen die Art der Durchführung und das qualitative Niveau oftmals im Wege.

Menke & Rohleder (2003) beklagen Defizite der Fort- und Weiterbildungspraxis gerade auch deshalb, weil „*die Bedeutung von Qualifizierungsstrategien des Personals als ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätsentwicklung ... vernachlässigt*“ wird (Menke & Rohleder 2003, S.142).

Diese Chance zur Qualitätssicherung und –entwicklung möchten Menke & Rohleder (2003) nicht vertan wissen und entwerfen einen an Qualitätsmaßstäben ausgerichteten Fort- und Weiterbildungsplan. Dieser beschreibt sechs Ebenen zur Planung, Durchführung und Evaluation von Bildungsmaßnahmen:

- Rahmenbedingungen klären
- Bedarfsermittlung
- Festlegung der Lernziele und der Zielgruppen
- Bestimmung der geeigneten Maßnahmenformen
- Auswahl konkreter Angebote
- Transfersicherung und Erfolgskontrolle

(Menke & Rohleder 2003, S.154-163). Eine vertiefende Darstellung findet sich im II. Teil, Kap.4.

Landenberger et al. (2005) identifizieren durch den internationalen Vergleich einige weitere Nachteile der Fort- und Weiterbildungspraxis in Deutschland. In vielen Ländern (GB, USA, Skandinavische Länder, NL –seit 2004-) gibt es eine gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungspflicht für Pflegekräfte. In einigen dieser Länder ist Fortbildung an die Weitergewährung der Berufserlaubnis gekoppelt. Deutschland gehört nicht zu den Ländern mit einer festgeschriebenen Fortbildungspflicht (vgl. Landenberger et al. 2005, S.210), sondern überlässt das Thema Berufsverbänden und Tarifpartnern als Verhandlungsgegenstand. Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe, eine Institution, die die wichtigsten Berufsverbände zusammenfasst, bemüht sich um ein übergreifendes Konzept, das Modulcharakter aufweist und eine allgemeine Anerkennung erfährt (vgl. RBS 2001, S.117).

Auch der Weiterbildungsmarkt ist in Deutschland nur ungenügend geregelt. So existieren Rahmenbestimmungen, beispielsweise von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), um Weiterbildungen zu Intensiv- oder Operationspflege zu regeln, doch Rahmenbestimmungen bedürfen wiederum der genauen Auslegung und werden je nach Interessenslage unterschiedlich umgesetzt (vgl. Landenberger et al. 2005, S.197). Bei Weiterbildungen zu Leitungsfunktionen lässt sich eine Tendenz ablesen, die eine zunehmende Inanspruchnahme von Fachhochschulen oder Universitäten erkennbar macht. Trotzdem unterscheidet sich Deutschland auch hier vom europäischen Ausland.

„Die Weiterbildung für Pflegeberufe unterscheidet sich in Großbritannien und den Niederlanden stark von der Situation in Deutschland und Österreich: Dort besteht ein vergleichsweise systematisiertes, geregeltes, von öffentlichen Bildungseinrichtungen angebotenes und fachlich überprüftes Weiterbildungssystem. In Großbritannien führen dieselben Higher Education Institutions Fort- und Weiterbildung durch, an denen die Berufsausbildung sowie das Bachelor- und Masterstudium stattfindet“ (Landenberger et al. 2005, S.197-198)

4.1.5 Akademisierung

Nach dem II. Weltkrieg stieg der Bedarf an Pflegekräften in den USA stark an und man schuf einen zusätzlichen Weg, Pflegekräfte auszubilden, nämlich den

Weg der universitären Pflegeausbildung (Powers 2001). Der Begriff „Akademisierung“ beschreibt den Weg der Pflege in die Hochschulen. Mit einer fast 40-jährigen Verspätung erreichte die Akademisierung auch Deutschland. Ob als Folge oder als Initialwirkung, titelte die 1992 erschienene und bereits 1993 in der 4. Auflage gedruckte Denkschrift der RBS „Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege“. Die Akademisierung in der Pflege expandierte von da an sehr stark. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts zählten Klie etwa 50 Pflegestudiengänge in Deutschland (Brandenburg & Klie 2003, S.114) und der Expertenrat der RBS etwa 30 Hochschulen, die Pflegestudiengänge anbieten (RBS 2001, S.118). Nicht immer ganz klar ist bei solchen Zählungen, welcher Studiengang genau zu den pflegewissenschaftlichen Studiengängen zugerechnet ist. Barbara Meifort, vom BIBB, meint dazu: „*Der Auf- und Ausbau von pflegerischen Studiengängen an (Fach-) Hochschulen und Universitäten wird gemeinhin als Beitrag zur Professionalisierung der Pflegeberufe, zur Steigerung ihres gesellschaftlichen Ansehens und der Attraktivität pflegerischer Berufsaarbeit für den interessierten Nachwuchs gehandelt. Mit der Akademisierung und – möglichst eigenständigen – Disziplinentwicklung soll außerdem die berufliche Gleichrangigkeit im Vergleich zu den ärztlichen Gesundheitsberufen erreicht werden*“ (Meifort 2001, S.87). Die an dieser Stelle nur angedeutete Kritik an der Verknüpfung von Professionalisierung und Akademisierung, wird im Verlauf der Argumentation noch explizit, durch Aussagen von Meifort, formuliert.

Der quantitative Aspekt, von ca. 50 Pflegestudiengängen mag zunächst beeindrucken, wird jedoch in seiner Bedeutung geshmälert, wenn für deutsche Verhältnisse angefügt werden muss, dass es kaum eine Durchlässigkeit vom berufsbildenden zum hochschulischen Ausbildungssystem gibt. In Deutschland erlaubt eine Berufsausbildung in der Pflege nicht selbstverständlich eine weitere Ausbildung an der Hochschule. In Großbritannien und in den Niederlanden gibt es eine völlige Durchlässigkeit beider Ausbildungssysteme, bedingt durch den modularisierten Ausbildungsaufbau, der eine stufenweise Qualifizierung ermöglicht.

Akademisierung wird oft mit Professionalisierung in Verbindung gebracht. Brandenburg und Klie tun dies in einer provokanten These: „*50 Pflegestudiengänge im Jahr 2001 in Deutschland, 3,5 Mio. Pflegebedürftige im*

Jahre 2050 und eine nicht bekannte öffentliche und politische Aufmerksamkeit für das Thema Pflege: Wenn das keine günstigen Bedingungen für die Professionalisierung eines Berufsstandes wären“ (Brandenburg & Klie 2003, S.114).

Ernsthafter formuliert es die RBS: „*Die wesentlichen Kennzeichen von Professionen werden allgemein in ihrer Wissenschaftlichkeit, ihrer Autonomie und ihrer besonderen Wert- und Handlungsorientierung gesehen.... Die Entwicklung pflegebezogener Studiengänge an den bundesdeutschen Hochschulen seit Beginn der 90er Jahre stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Professionalisierung der Pflege dar ...*“ (RBS 2001, S.117).

Der Zusammenhang von Akademisierung und Professionalisierung ist deshalb so einleuchtend, weil, ohne Konsensbildung, jede/r in den Begriff „Professionalisierung“ das hineininterpretiert, das sie/er gerne hören möchte. „*Lehre an der (Fach-) Hochschule muss weder zwangsläufig das Niveau der Reflexion über den Studiengegenstand noch notgedrungen die theoretische Entwicklung der ‚Disziplin‘ vorantreiben – schon gar nicht dann, wenn sich die Weiterentwicklung von sogenannten ‚Pflegetheorien‘ auf das eklektische Nachvollziehen alter und/ oder neuer amerikanischer ‚theories‘ konzentriert. Stattdessen wäre vielmehr ein Studienkonzept gefragt, das sich der Problemlösung und Modernisierung einer defizitären Pflegepraxis verschreibt ...*“ (Meifort 2001, S.90). Eine Auffassung, die Akademisierung mit einer professionellen Problemlösung für die Pflegepraxis in Verbindung bringt. Dem gegenüber sehen Brandenburg & Klie den Vorteil der Akademisierung als Weg der Professionalisierung mit einer klaren Kompetenzzuordnung und Autonomie anderen Wissenschaften gegenüber (Brandenburg & Klie 2003, S.117).

Diese kurz gefasste Gegenüberstellung macht bereits deutlich wie nötig ein Konsensprozess innerhalb der Disziplin wäre, um nach außen eine klare Profilbildung demonstrieren zu können.

Meifort (2001), in ihrer Rolle als Berufsbildungsforscherin, entwirft ein krisenhaftes Bild vom Stand der Pflege. Die hohe Fluktuation von ausgebildeten Pflegekräften und deren Ersatz durch Angelernte auf der einen Seite und die Akademisierung auf der anderen Seite betrachtet sie als Argument für die Polarisierung in der Pflege. Damit, so Meifort, ist keine professionelle Pflege zu leisten. Deshalb, so kritisiert die Forscherin, darf Akademisierung nicht darin

bestehen immer neue Hochschulbildungsgänge zu schaffen, sondern wissenschaftliche Konzepte zur Ausbildung bereit zu stellen, um so zu qualifizieren, dass ein Verbleib im Beruf gewollt wird und Praxisprobleme mit professioneller, wissenschaftlicher Unterstützung gelöst werden können.

Diesen Anspruch, Pflegewissenschaft soll als Transformator von Wissen für die Pflegepraxis dienen, sieht Dornheim et al. (1999) kritisch. Dornheim et al. fasst Pflegewissenschaft zwar als eine an der Pflegepraxis orientierten, aber dennoch nicht als Praxiswissenschaft zu bezeichnenden Wissenschaft auf, sondern als spezifische Handlungswissenschaft. „*Die Praxis folgt eigenen Gesetzmäßigkeiten, entwickelt eigenes Regelwissen, das durch Wissenschaft kaum je umfassend einholbar ist*“ (Dornheim et al. 1999, S.73).

Als Versuch der Zusammenführung der verschiedenen Auffassungen, lässt sich Akademisierung als die wissenschaftlich begründete Ausbildung von Pflegekräften, vermittelt über Pflegepädagogen, verstehen und zugleich als Etablierung einer Wissenschaft, mit allen inhärenten wissenschaftstheoretischen Diskussionen.

In der Vielzahl von pflegebezogenen Studiengängen, sind drei Schwerpunkte auszumachen:

- Pflegemanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Pflegepädagogik:
 - Pflegepädagogik (z.B. PflegelehrerInnen)
 - Medizinpädagogik
 - Lehramt Pflege
- Gesundheit
 - angewandte Gesundheitswissenschaft
 - Gesundheitsmanagement
 - Public Health

(nach RBS 2001, S.118)

Ähnlich wie im gesamten europäischen Hochschulsystem erfolgt auch in Deutschland der so genannte „Bologna- Prozess“, bei dem die Umwandlung von Diplomstudiengängen zu Bachelor-/ bzw. Master- Studiengängen erfolgt und die Leistungsnachweise im Studium durch „credit points“ internationalisiert werden (Stöcker 2005a).

4.1.6 Pflegeausbildung in Europa

Bereits in den Ausführungen über die schulische und praktische Ausbildung, über Fort- und Weiterbildungen und über die Akademisierung, in den vergangenen Kapiteln, flossen wichtige Ergebnisse der Vergleichsstudie „Pflegeausbildung in Europa“, von Landenberger et al. (2005) mit ein. Die Autorengruppe vergleicht die Ausbildung in der Pflege in Deutschland, Österreich, Großbritannien und den Niederlanden und systematisiert Unterschiede und Gemeinsamkeiten sehr anschaulich. Die Verhältnisse in Österreich ähneln in sehr vielen Aspekten denen in Deutschland, so dass auf spezifische Aussagen über die österreichische Pflegeausbildung verzichtet wird (vgl. auch Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflege- Verband). Vielmehr werden die beiden Länder Großbritannien (GB) und Niederlande (NL) der deutschen Form (D) gegenüber gestellt. Dabei sind folgende grundlegende Unterschiede festzustellen:

➤ Struktur der Pflegeausbildung

D Sonderstellung im Bildungssystem

getrennte Ausbildungswege (Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege)

geringe Koordination zwischen Berufs- und Hochschulausbildung

GB regulärer Bestandteil im Bildungssystem

Trennung zwischen Pflege, Geburtshilfe, Gesundheitsberater; trotzdem

generalistische Grundausbildung

volle Koordination

NL regulärer Bestandteil

integrierte Ausbildung mit einem Grundberuf

hohe Koordination

➤ Qualifikationsstufen und Durchlässigkeit

D Stufung fehlt

geringe Durchlässigkeit

GB & NL definierte Qualitätsstufen

volle Durchlässigkeit

➤ Lehrerqualifikation

- D uneinheitlich zwischen Alten- und Kranpflege und zwischen Schulleitungen und Pflegelehrerin
PraxisanleiterIn mit unterschiedlichen Qualifikationen
GB für alle Lehrer Berufsqualifikation plus Hochschulqualifikation plus pädagogische Hochschulqualifikation
Praxisanleiterin mit Berufsqualifikation und jährlichen Fortbildungen
NL ähnlich wie in GB

➤ Ausbildungsinhalte der Theorie

- D unterschiedliche Ausbildung, je nach Pflegezweig
GB & NL generalistische Basisausbildung plus spätere Spezialisierungen

➤ Ausbildungsinhalte der Praxis

- D Lernangebote der jeweiligen Einrichtung, wobei Erweiterung der Praxiseinsätze in zusätzlichen Bereichen vorgesehen ist
GB & NL Praxisinhalte je nach Ausbildungsziel festgelegt

➤ Fort- und Weiterbildungen

- D nicht ins öffentliche Bildungssystem integriert; unterschiedlich geregelt und kontrolliert
keine Fortbildungspflicht zum Erhalt der Berufszulassung
GB & NL ins öffentliche Bildungssystem integriert, geregelt und kontrolliert
Fortbildungspflicht; in NL in Vorbereitung

➤ Qualitätssicherung

- D nicht vorgeschrieben; erfolgt nur in Modellversuchen
GB & NL gesetzlich vorgeschriebenes Qualitätsmanagement;
Evaluierungen führen zu Konsequenzen.

(nach Landenberger et al. 2005, S.204-215).

Ergänzt wird diese Darstellung durch die Übersicht der Pflegeausbildungen in den Ländern der europäischen Union (Stand 1998) der RBS und dem Vergleich

von Bergmann-Tyacke (2001). Außer in Deutschland und Österreich ist die hochschulorganisierte Pflegeausbildung noch in Frankreich und in Luxemburg wenig mit der berufsbildenden Ausbildung koordiniert. Alle anderen Länder der EU bilden auch in Hochschulbildungsgängen, mit der Dauer zwischen drei und vier Jahren aus. Dazu gehören Belgien, Dänemark, Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Schweden und Spanien.

Die Ableitungen, die aus diesen Vergleichen zu treffen sind, müssen in jedem Fall eine sehr genaue Unterscheidung der jeweiligen nationalen Bedingungen voraussetzen und dürfen keinesfalls eine generelle Abwertung der deutschen Verhältnisse zur Folge haben. Hochschulausbildungen der einzelnen Länder unterscheiden sich bezüglich mancher Aspekte und müssen differenziert bewertet werden. Bergmann-Tyacke (2001) spricht davon, dass in manchen Staaten spezifische strukturelle Bedingungen für die Pflegeausbildung bestehen und auch die Berufsrolle der Pflegekraft in der jeweiligen Gesellschaft unterschiedliche Bewertungen erfährt.

Allerdings könnten die europäischen Nachbarn in manchen Feldern eine Vorbildfunktion einnehmen. Das betrifft vor allem die Integration der Pflegeausbildung ins staatliche Bildungssystem und die daraus folgenden Konsequenzen für die Verbindlichkeit von Regelungen, Vorschriften und Kontrollen.

Der Anspruch, Pflege müsse akademisiert werden, um eine hohe Pflegequalität zu erreichen, kann durch den europäischen Vergleich nicht begründet werden. Zwar koordinieren Deutschland, Österreich, Frankreich und Luxemburg den tertiären Bildungsweg, wie die Hochschulausbildung auch genannt wird, kaum oder gar nicht mit der Berufsausbildung. Aber daraus auf die Pflegequalität zu schließen ist nicht seriös, denn Pflegequalität ist differenzierter zu betrachten, als dass nur eine einzelne Strukturveränderung, wie z. B. die Akademisierung, grundlegende Veränderungen brächte. Dennoch ist im deutschen System die Unverbundenheit, die geringe Koordination und Kompatibilität von Berufs- und Hochschulausbildung sehr zu kritisieren.

4.1.7 Bewertung und Forderung

Die Pflegeausbildung ist neben der Qualitätsbetrachtung eine Zielscheibe für Bewertungen und Forderungen. War es vor dem in Kraft treten des APfIG

(2003) und der Neuerung des KrPfIG (2004) die stetige Forderung nach Reformen und Angleichung der Ausbildungsregelungen zwischen den Pflegeberufen, so ist seitdem wenig Ruhe in die Diskussion über die Pflegeausbildung eingekehrt. Nicht erfüllte Erwartungen führen zu weiteren Reformforderungen.

Stöcker (2005) analysiert bei PflegelehrerInnen den so genannten „Bologna-Prozess“, womit die 1999 in Bologna getroffene europäische Vereinbarung gemeint ist, die die vergleichbare Gestaltung, Kompatibilität im Studium und die Übereinstimmung der Abschlüsse in der Hochschulausbildung gewährleisten soll. Stöcker erkennt allerdings auch 2005 weder in Deutschland noch in anderen europäischen Ländern diese einheitlichen Strukturen. Kritisch betrachtet sie die Entwicklung der Pflegeausbildung in Deutschland, insbesondere im Bereich der Lehrerqualifikation. „*Der Bundesgesetzgeber überlässt es den Bundesländern, den Grad der hochschulischen Lehrerqualifikation und damit die Eignung der Lehrenden an pflegeberuflichen Schulen qualitativ zu bestimmen (Krankenpflegegesetz). Bislang haben sich die Bundesländer nicht auf gemeinsame Standards der Pflegelehrerbildung nach dem Muster von Bologna verständigt*“ (Stöcker 2005, S.663).

Menke und Schnabel (2001) bringen Mängel der Ausbildung mit dem kurzen Berufsverbleib und der geringen Berufszufriedenheit von Fachkräften in der Pflege in Beziehung. Für die AutorInnen führt die mangelhafte Anpassung der Ausbildung an die tatsächlichen Erfordernisse der Pflege und die umstrittene Qualität mancher Qualifizierungsmaßnahme einerseits zu Unzufriedenheit mit dem Pflegeberuf und andererseits zu teilweise kritisierbarer Qualität in der Pflegepraxis. In dem Bestreben die Ausbildungsqualität zu verbessern, gehört Marion Menke zu dem Team in NRW, das den ersten Modellversuch zur teilintegrierten Pflegeausbildung durchgeführt hat (Oelke & Menke 2002).

In einer ähnlichen Weise, wie Menke & Schnabel, argumentiert der Expertenrat der RBS, der bei PflegeschülerInnen das Erleben einer oftmals schwer überbrückbaren Diskrepanz zwischen berufstypischen Belastungen und Krisen und der in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen, konstatiert (RBS 2001, S.208). Konkret werden die Fachleute der RBS im Hinblick auf die immer noch starke Orientierung der Krankenpflege auf die Medizin, die für SchülerInnen den Blick auf interdisziplinäre Zugangswege oftmals versperrt (RBS 2001, S.208).

Hinzukommt die einseitige Ausrichtung der Pflegeausbildung an das stationäre Arbeitsfeld, sowohl in der Kranken- als auch in der Altenpflege. Dabei wird die Tendenz übersehen, dass künftig ein Hauptaufgabengebiet in der ambulanten Pflege liegen wird (RBS 2001, S.216).

Allerdings, so bleibt einzuschränken, muss die Kritik an der Ausbildung ein Trenndatum berücksichtigen und zwar das Datum der Einführung der Bundesgesetze (2003 bzw. 2005). Mit den aus den Gesetzen abgeleiteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen wollte man manche Kritik entschärfen und bessere Weichen für die Zukunft stellen. So erweitert sich seitdem die Breite der praktischen Ausbildungseinsätze in Richtung auf ambulante Einrichtungen. Ebenso soll der theoretische Unterricht nicht mehr nach getrennten Fachdisziplinen erfolgen, sondern als lernfeldübergreifender Ansatz, mit einer betonten Handlungsorientierung gestaltet sein. Dieser Ansatz erfordert einen hohen und interdisziplinär angelegten Vorbereitungsaufwand, der von den sehr zahlreichen HonorandozentInnen nicht geleistet werden kann und somit beim guten Willen stecken bleibt.

Die Vorschläge für die praktische Ausbildung, insbesondere für die Rolle der PraxisanleiterIn und die Zusammenarbeit zwischen Schule und Praxisort, sind zu begrüßen und gleichzeitig zu kritisieren, da sie durch das Fehlen von geeigneten Rahmenbedingungen lediglich einen guten Eindruck erwecken wollen, der die Realität übersieht. Unterschiedliche Qualifizierungs-voraussetzungen für die gleiche Funktionsstelle, sind das Ergebnis von Jonglierakten bundes- und länderbehördlichen Gesetzgebungsinstanzen.

Der schwerwiegende Kritikpunkt, des defizitären Theorie- Praxis- Transfers, kann in all seinen Einzelphänomenen auch nicht durch das APfIG und das KrPfIG entschärft werden.

Die zusammenfassende Betrachtung der Pflegeausbildung lässt sich anhand von drei Aspekten bündeln.

Der eine Aspekt sind die unzureichenden gesetzlichen Rahmenbestimmungen, einerseits bezogen auf kaum nachvollziehbare Kompetenzverteilungen zwischen Bundes- und Länderrecht und andererseits bezogen auf die Sonderstellung der Pflegeausbildung im deutschen Bildungssystem.

Der zweite Aspekt fasst den Mangel an klaren Profilierungen zusammen. Es wäre erforderlich, dass in einem Konsensprozess Wissenschaftler, Politiker und Vertreter der Berufsverbände, eindeutige Profilierungskennzeichen für Berufsbild, Ausbildungsweg und Berufsabschluss benennen würden.

Der dritte Aspekt meint schließlich die Übereinkunft, verbindliche Bildungsziele anzustreben, die nicht kurzfristig auf aktuelle Situationsanforderungen zugeschnitten sind, sondern als übergeordnete Bildungsziele die Ausbildungsrichtlinien in den Pflegeberufen langfristig repräsentieren.

Übergeordnete Bildungsziele werden im Konzept der Schlüsselqualifikationen vertreten. „*Schlüsselqualifikationen sind berufübergreifende Qualifikationen, welche die Teilnehmer/innen zu einem angemessenen Umgang mit wechselnden beruflichen Anforderungen und Situationen befähigen und deren Persönlichkeit fokussieren*“ (Menke & Rohleder 2003, S.151).

Das Wissen und die Bedeutung dieser grundlegenden Qualifikationen muss zunächst den Lehrenden, beispielsweise in der hochschulischen Lehrerausbildung, nahe gebracht werden. An der Hochschule wird Pflegelehrkräften die erforderliche Methodik und das didaktische Wissen vermittelt, um später in der Pflegeschule den Erwerb der Schlüsselqualifikationen der PflegeschülerInnen zu ermöglichen.

Der große Nutzen der Schlüsselqualifikationen liegt darin, durch fachliche, soziale, personale und methodische Kompetenzen, Auszubildende über konkrete Anforderungssituationen hinaus zu qualifizieren, um auf einem höheren Niveau das Berufsgeschehen zu reflektieren und zu bewältigen.

4.2 Qualität der Ausbildung

Die inhaltliche Bestimmung von Qualität im Gesundheitswesen bezieht sich auf die Definition von Donabedian, wonach Qualität als „*Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Versorgung*“ bezeichnet wird. Dabei kann zwischen den drei Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden werden (Donabedian 1966, zitiert in: Menke & Schnabel 2001, S.190).

„*Strukturqualität bezeichnet generell die Rahmenbedingungen für Pflege, insbesondere sozialpolitische und gesetzliche Vorgaben sowie Verfahren,*

Bedingungen und Kriterien zur Leistungserbringung in der Organisation. ... Prozessqualität bezieht sich auf die pflegerische Handlung an sich und orientiert sich an Art und Umfang der Intervention. Diese werden durch ein pflegetheoretisches Modell geleitet, z.B. durch das Modell der ganzheitlich-fördernden Prozesspflege. ... Ergebnisqualität beschreibt den Gesundheits- und Zufriedenheitsgrad des betroffenen Menschen und das Erreichen der gesteckten Pflegeziele“ (Brandenburg & Klie 2003, S.223-224).

4.2.1 Kriterien der Ausbildungsqualität

„Die Festlegung einheitlicher Rahmenbedingungen für die Altenpflegeausbildung in einer bundesgesetzlichen Regelung und in einer entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist als ein notwendiger und sinnvoller Schritt im Hinblick auf die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflegeberufe zu sehen, sie allein garantiert jedoch noch keine Ausbildungsqualität“ (Menke & Schnabel 2001, S.192).

Diese, vor in Kraft treten des AltPflG getroffene Aussage, die durchaus auch auf das KrPflG übertragbar ist, kann auch aus heutiger Sicht bestätigt werden. Die Bundesgesetze schufen keine Garantien für eine Verbesserung der Ausbildungsqualität. Die Systematisierungen zur Qualität der Ausbildung von Menke & Schnabel (2001), Oelke & Menke (2002) und Menke & Rohleder (2003), in Anlehnung an den Qualitätsbegriff von Donabedian, weist den gesetzlichen Grundlagen lediglich strukturqualitative Bedeutung zu. Merkmale der Strukturqualität sind jedoch keine hinreichenden Kriterien für die Gesamtqualität. Dazu müssen Prozessqualität, hier vor allem das didaktisch-methodische Vorgehen und die Merkmale der Ergebnisqualität ergänzt werden. Da bei vielen Qualitätsdiskussionen einzelne Elemente der Strukturqualität in den Mittelpunkt rücken, in manchen Erörterungen auch prozessqualitative Aspekte behandelt werden (Menke & Schnabel 2001), ist an dieser Stelle Gelegenheit, die meist vernachlässigten Kriterien der Ergebnisqualität aufzugreifen.

Vier Kriterien liegen der Ergebnisqualität der Pflegeausbildung zu Grunde (vgl. Menke & Schnabel 2001, Oelke & Menke 2002, Menke & Rohleder 2003):

- formaler Abschluss
- Zufriedenheit der Lehrenden/ Lernenden
- berufliche Verwertbarkeit
- Erwerb von Schlüsselqualifikationen

4.2.1.1 Formaler Abschluss

Der formale Abschluss einer Pflegeausbildung ist die zertifizierte Beendigung der Berufsausbildung, in Deutschland zur examinierten Pflegekraft. Nicht eingeschlossen sind dabei einjährige Ausbildungen zu den Helferberufen. Mit dem Attribut „formal“ wird der Berufsabschluss bezeichnet, da er lediglich das Bestehen der staatlichen Abschlussprüfung bestätigt und zunächst nichts über inhaltliche Aspekte der Ausbildung aussagt.

Für deutsche Verhältnisse ist zudem einzuschränken, dass die bestehende Spezifizierung in Alten-, Kinderkranken- und Krankenpflege, die Übertragbarkeit der jeweiligen Examina erschwert. Sowohl der Altenpflege- als auch der Kinderkrankenpflegeabschluss qualifizieren nur für den entsprechenden Pflegeberuf. KrankenpflegerInnen können im Allgemeinen auch im Tätigkeitsfeld der Altenpflege beschäftigt sein. Das Altenpflegeexamen besitzt im europäischen Ausland keine Kompatibilität, da es nirgends als Spezialisierung ausgebildet wird. Der formale Berufsabschluss wird zudem in seiner Bedeutung gemindert, als er keine hinreichende Voraussetzung zur akademischen Weiterqualifikation darstellt.

Mit diesen Einschränkungen des formalen Berufsabschlusses in den Pflegeberufen in Deutschland (mangelnde Übertragbarkeit, fehlende internationale Akzeptanz, unzureichende Weiterbildungsvoraussetzung) wird seine Bedeutung immens geschmälert. Daraus ist die Schlussfolgerung zu ziehen, dass die Ergebnisqualität der Ausbildung, im Fokus des formalen Abschlusses, begrenzt ist.

4.2.1.2 Zufriedenheit der Lehrenden/ Lernenden

Am häufigsten wird das Konzept der „Zufriedenheit“ mittels direkter Befragung erfasst. Es wäre durchaus vorstellbar Lehrkräfte und SchülerInnen, beispielsweise anlässlich von Praktikumseinsätzen, über ihre Zufriedenheit mit dem Praktikum zu befragen, um dadurch etwas über die erlebte Qualität der

Praxisphase zu erfahren. Zugleich ließen sich davon Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten ableiten. In der gegenwärtigen Praxis sind solche Befragungen nicht vorgesehen. Anders jedoch bei den zahlreichen Modellversuchen, die genau dieses Qualitätselement in ihre Evaluationen einbeziehen. Das Projekt von Oelke & Menke (2002) setzte die Methode der Befragung sehr zielgerichtet ein, um bei Lehrenden und bei SchülerInnen etwas über deren Zufriedenheit mit den einzelnen Elementen des Modellversuchs zu erfahren. So gaben die Modellbeteiligten Auskunft über das Erreichen bzw. die Vermittlung der Schlüsselqualifikationen, über das Prinzip der Fächerintegration, über die praktischen Ausbildungsphasen und über das Examen. Am Ende befragten die Forscherinnen alle TeilnehmerInnen nochmals nach ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit dem Projekt. Alle Befragungen dienten Oelke & Menke als Evaluationsinstrument und waren die Grundlage der Diskussionen über Verbesserungsmöglichkeiten (Oelke & Menke 2002, S.37-54).

Die Studie des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV 2004) zur Ermittlung der Ausbildungsqualität an evangelischen Pflegeschulen bedient sich explizit der Methode der Zufriedenheitsbefragung. Skalierte Antwortdimensionen wurden mit frei beantwortbaren Fragen kombiniert, um etwas über die Zufriedenheit mit den einzelnen Aspekten der Ausbildung zu erfahren. StudienteilnehmerInnen waren die SchülerInnen. Die zu bewertenden Aspekte waren die Unterrichtsgestaltung, Teambildungen und soziale Beziehungen in Schule und Praxis, Theorie-Praxis-Transfer, Schul- und Praxisorganisation und die persönliche, allgemeine Zufriedenheit. Sowohl die offenen als auch die skalierten Antworten, wurden in dieser Studie zu einer Gesamtbewertung zusammengenommen, die letztlich in die Formulierung von Handlungsempfehlungen mündete. Bemerkenswert ist eine Feststellung hinsichtlich der Beurteilung der Erhebungsmethode. „*Das homogen positive Antwortverhalten auf quantitative Fragen [wird] unter qualitativer Fragestellung durchbrochen*“ (DEKV 2004, S.83).

Die Befragungsverzerrung, die Antworttendenz der so genannten „sozialen Erwünschtheit“, scheint bei qualitativer Erhebung weniger störend Einfluss zu nehmen, als bei standardisierten Fragebogenuntersuchungen.

Um als gelungenes Beispiel einer Zufriedenheitsbefragung mit der Ausbildung gelten zu wollen, müsste diese Studie allerdings die Bewertungen der Lehrkräfte ergänzen.

Diese beiden Beispiele können dazu veranlassen, die Ermittlung von Zufriedenheitseinschätzungen in der Pflegeausbildung als Instrument der Ergebnisqualitätssicherung durchaus als sinnvoll zu bewerten.

4.2.1.3 Berufliche Verwertbarkeit

Die berufliche Verwertbarkeit der Ausbildungsinhalte als ergebnisqualitatives Element, besitzt eine hohe logische Plausibilität. Bei einer intensiveren Beschäftigung ergeben sich jedoch dort Grenzen der Plausibilität, wo die Frage nach der Operationalisierbarkeit von beruflicher Verwertbarkeit gestellt wird. Wie kann berufliche Verwertbarkeit erfasst werden? Menke & Rohleder (2003) bleiben dabei bei eher oberflächlichen Vorschlägen stecken. „*Schließlich ist auf das Qualitätskriterium der ‚beruflichen Verwertbarkeit‘ der erlangten Kompetenzen in der späteren Berufspraxis hinzuweisen. Ob Ausbildungsabsolvent/innen den komplexen beruflichen Anforderungen gerecht werden, kann dabei nur über eine Befragung ehemaliger Teilnehmer/innen sowie deren Arbeitgeber nach der Einmündung in die Berufspraxis beantwortet werden*“ (Menke & Rohleder 2003, S.150).

Würde man sich lediglich auf erworbene Fachkompetenz beschränken, wäre eine Erfassung sicherlich ohne Schwierigkeiten zu realisieren. Wie aber sind methodische, soziale und personale Kompetenzen zu ermitteln, legt man das Konzept der Schlüsselqualifikationen als allgemeine Bildungsziele zu Grunde? Ein Einstieg in die Operationalisierung könnte, in der Auffassung der Autorin, über die Dimension „erlebte Belastungen; Unzulänglichkeiten im Berufsalltag und deren Bewältigung“ erfolgen.

Ein weiterer Aspekt sollte für die Kriterien der beruflichen Verwertbarkeit mitberücksichtigt werden. Die Berufsbiographie eines Menschen verläuft nur in seltenen Fällen in **einer** Berufsschiene. Sehr viel häufiger ändern oder erweitern Menschen ihren Berufsweg, was im modernen Sprachgebrauch „Flexibilisierung“ genannt wird. Gerade aus diesem Grund sollte „berufliche Verwertbarkeit“ nicht allein an Fachkompetenzen festgemacht werden, da diese stark an ein Berufsbild gebunden sind und Flexibilität dadurch nur sehr bedingt

gefördert wird. Berufliche Verwertbarkeit dagegen an Bildungszielen, wie den Schlüsselqualifikationen (so auch an sozial- kommunikativen Kompetenzen) fest zu machen, entspricht dem Flexibilisierungsgedanken, der sich ergänzt mit den Chancen, die der Dienstleistungscharakter von Pflege eröffnet. Neue Berufsfelder, wie das der Beratung, können mit der gleichen Erstausbildung und entsprechenden Weiterbildungen übernommen werden, wenn der Gedanke „berufliche Verwertbarkeit“ für mehr steht als nur für Fachkompetenz.

4.2.1.4 Erwerb von Schlüsselqualifikationen

Schlüsselqualifikationen gelten als übergeordnete Bildungsziele, die eine über aktuelle Berufserfordernisse hinausreichende Befähigung gewährleisten. Dabei wird zwischen Fach-, sozialer, methodischer und personaler Kompetenz unterschieden. Dem Modellprojekt von Oelke & Menke (2002) liegen diese Bildungsziele zu Grunde und sie wurden weitgehend erreicht. Zwar gab es Unterschiede zwischen den einzelnen Kompetenzbereichen und vor allem gab es Unterschiede zwischen dem Erleben des Erwerbs von Schlüsselqualifikationen durch die SchülerInnen und der Einschätzung der Förderung von Schlüsselqualifikationen durch die LehrerInnen. Dabei lässt sich die Tendenz ablesen, dass sich die SchülerInnen stärker gefördert fühlten, als die Lehrenden sie zu fördern glaubten.

Schlüsselqualifikationen als grundlegende Bildungsziele zu bestimmen, setzt sich seit diesem Modellversuch zunehmend fort. Sowohl der dritte Altenbericht (BMFSFJ 2001), als auch die Ausbildungsrichtlinien in NRW (MGSFF NRW 2003, 2003a) und auch vom BMFSFJ in Auftrag gegebene Studien (z.B. BMFSFJ 2003) bestimmen Schlüsselqualifikationen als übergeordnete Bildungsziele. Der Expertenrat der RBS befindet als zukünftige Anforderungen an die Pflegeausbildung, die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen (RBS 2001, S.292). Dabei werden Schlüsselqualifikationen wie folgt definiert: „*Schlüsselqualifikationen sind erwerbbare allgemeine Fähigkeiten, Einstellungen und Strategien, die bei der Lösung von Problemen und beim Erwerb neuer Kompetenzen in möglichst vielen Inhaltenbereichen von Nutzen sind. Zu ihnen gehören Erkenntnisinteresse und eigenständiges Lernen, die Reflexion und Optimierung der eigenen Lernprozesse und damit die Fähigkeit, dazuzulernen, das Zutrauen in die eigene Selbstwirksamkeit als*

Grundeinstellung, Flexibilität, Fähigkeit zur Kommunikation und zur Teamarbeit sowie kreatives Denken. Sie sind nicht auf direktem Wege zu erwerben, zum Beispiel in Form eines eigenen fachlichen Lernangebots; sie müssen vielmehr in Verbindung mit dem Erwerb von intelligentem Wissen im sozialen Lernfeld aufgebaut werden“ (RBS 2001, S.292).

Mit der Erfassung von Kompetenzen befasst sich das iap (Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung; ehemals Institut für angewandte Pflegeforschung; –Stand 2006-) der Universität Bremen. Im Rahmen der Evaluation des Berliner Modellversuchs „Generalistische Pflegeausbildung“ (von 5/2004 bis 12/2008) wird mit unterschiedlichen methodischen Verfahren die Kompetenzentwicklung der SchülerInnen im Ausbildungsverlauf nachgezeichnet und analysiert (Schmitt & Bomball 2007). Zum „Methodenmix“ gehören sowohl quantitative, als auch qualitative Erhebungsinstrumente, Beobachtungen, Gruppendiskussionen und Einzelinterviews, gleichermaßen auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene. Dabei werden die Daten aus unterschiedlichen Perspektiven gewonnen, sowohl Selbsteinschätzungen, als auch Fremdeinschätzungen durch PraxisanleiterInnen und LehrerInnen. Die Erhebung erfolgte kontinuierlich, von Beginn der Ausbildung an. Rahmenbedingungen der Lernorte, wie z.B. materielle Ausstattungen, Didaktikkonzepte, werden dabei berücksichtigt. Die erhobenen Daten werden anhand eines am iap entworfenen Kompetenz- Kodierplanes ausgewertet (Schmitt & Bomball 2007).

Dieser Ansatz könnte recht genau die bisher bestehende Lücke schließen, um Kompetenzerwerb als Qualitätskriterium konkret erfassbar zu machen.

Mit den Qualitätskriterien (formaler Anschluss, Zufriedenheit der Lehrenden/ Lernenden, berufliche Verwertbarkeit, Schlüsselqualifikationen) ließe sich, nach ergebnisqualitativen Gesichtspunkten, die Ausbildungsqualität bestimmen, mit der Einschränkung, dass die Operationalisierungsmöglichkeiten einzelner Kriterien verfeinert werden müssen.

4.2.2 Bedeutung dieser Kriterien

„Angesichts steigender Anforderungen, einer im Vergleich kürzeren Berufsverweildauer und hoher Personalfluktuation ist eine hohe Ausbildungsqualität eine zentrale Voraussetzung für die Bewältigung der beschriebenen Aufgaben. Die oben dargelegten Qualitätskriterien, die der

weiteren Operationalisierung bedürfen, könnten einen ersten Ansatz zur Schaffung von mehr Transparenz und zur Qualitätsentwicklung bieten“ (Menke & Schnabel 2001).

Die Bedeutung der vier kurz skizzierten Kriterien der Ergebnisqualität der Ausbildung ist sehr hoch, folgt man den Überlegungen Menke & Schnabels (2001). Dabei können diese vier Kriterien nicht als unabhängig voneinander gelten. Der Erwerb von Schlüsselqualifikationen beeinflusst alle anderen. Die Zufriedenheit der Lernenden in der Ausbildung nimmt in dem Maße zu, in dem sich die SchülerInnen fachlich, sozial, personal und methodisch kompetent, also in den Schlüsselqualifikationen gefördert fühlen. Ebenso trägt der Erwerb von Schlüsselqualifikationen dazu bei, Ausbildungsinhalte für die Berufspraxis verwertbar zu machen, insbesondere dadurch, dass die Fähigkeit zu selbst- und weiterführendem Lernen entwickelt wird. Zuletzt hängt das Erreichen eines formalen Abschlusses sowohl von Faktoren der Ausbildungssituation selbst ab (Inhalte, Methoden, Personen usw.), als auch von persönlichen Faktoren wie Motivation und Interesse. Dabei wirken Schlüsselqualifikationen im Sinn einer Verbesserung bzw. Steigerung. Der Erwerb von Schlüsselqualifikationen erweist sich als dominantes Kriterium der Ausbildungsqualität. Dieser Schlussfolgerung stimmt auch die Forschergruppe zu, die die Kompetenzen von HochschulabsolventInnen, mittels Befragungen, erfasste und mit beruflichen Anforderungen verglich (Schaeper & Briedis 2003). Bezogen auf verschiedene Hochschulausbildungsgänge und auf verschiedene Berufsprofile erwiesen sich folgende Kompetenzbereiche als Qualitäts- bzw. Relevanzkriterium:

- bereichsspezifische Fach- und Sachkompetenz
- Methodenkompetenz
- Sozialkompetenz
- Selbstkompetenz.

Anwendungs- und Gesellschafts-/ Umweltkompetenz, die anfangs einbezogen waren, wurden als bloße randständige Aspekte später weg gelassen (Schaeper & Briedis 2003). In den übrigen vier Kompetenzbereichen fühlten sich die HochschulabsolventInnen als mittel bis gut ausgebildet. Unterschiede stellten sich je nach Studienfach (Staatsexamenfächer schnitten schlechter ab), in

Abhängigkeit vom Studienort (ostdeutsche Hochschulen erzielten höhere Werte) und nach Geschlecht (tendenziell fühlten sich Frauen mehr gefördert) ein. Auf der anderen Seite ermittelte die Studie berufsrelevante Kompetenzen, die sich mit den an der Hochschule vermittelten ähnlich, aber nicht deckungsgleich verhielten. Selbst- und Sozialkompetenz gelten für alle Berufe als sehr wichtig. Fach- und Sachkompetenz und Methodenkompetenz differenzieren sich sehr viel mehr durch bereichsspezifische Anforderungen des jeweiligen Berufes. Allerdings, räumen Schaeper & Briedis (2003) ein, erhalten Schlüsselkompetenzen umso mehr Bedeutung, je moderner, im Sinne von Teamorientierung, Flachheit der Hierarchien, Maß an Eigenständigkeit, die Arbeitsstrukturen sind. Bürokratische, stark hierarchisierende und gering selbstverantwortliche Arbeitsstrukturen erfordern in geringerem Maß Schlüsselqualifikationen (vgl. I. Teil, Kap. 6.1.3).

Überträgt man die Feststellungen dieser Studie auf die Pflegeausbildung kann die hohe Bedeutung der Schlüsselqualifikationen bestätigt werden. Die Fokussierung von Schlüsselqualifikationen in der Berufspraxis gilt ebenso für die pflegeberufliche Ausbildung und zwar sowohl im Hochschulsektor als auch im berufsbildenden, sekundären Sektor. Darüber hinaus müssen sich die spezifischen Arbeitsstrukturen nach ihrer Ausrichtung messen lassen und erfordern besonders dann schlüsselqualifikatorische Voraussetzungen, je teamorientierter, je selbstverantwortlicher und je weniger hierarchisierend sie gestaltet sind.

4.3 Resümee: Schlüsselqualifikationen und das Problem der kommunikativen Defizite

Die derzeit bestehenden Ausbildungsformen, sowohl in der Erst- als auch in Weiter- und Fortbildung, sind mit nicht übersehbaren Mängeln behaftet. Trotz des Versuchs einer bundesgesetzlichen Regelung konnte eine Vereinheitlichung der Pflegeausbildung in Deutschland nicht erreicht werden. Noch viel weniger ist von einer europaweiten Annäherung der Pflegeausbildung auszugehen, obwohl dies das erklärte Ziel internationaler Vereinbarungen in Bologna war. Zudem fehlt es an einer klaren Profilbildung für das Berufsbild, den Berufabschlüssen und Fort- und Weiterbildungsabschlüssen. Berufabschlüsse, einerlei ob durch eine akademische oder eine nicht-

akademische Ausbildung erworben, sind nach wie vor nicht direkt vergleichbar. Ein weiterer Mangel besteht in der Undefiniertheit übergeordneter Bildungsziele für die Pflegeausbildung. Bildungsziele, wie sie das Konzept der Schlüsselqualifikationen sein könnten, bedürfen einer verbindlichen Festlegung und der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen. Nach wie vor fehlt die systematische Ausrichtung nach Schlüsselqualifikationen, also eine Ausbildung, die das Ziel verfolgt, sozial- kommunikative, personelle, methodische und fachliche Kompetenzen zu vermitteln. Im Bereich der Kommunikation kann sogar von einer defizitären Ausbildung gesprochen werden. Walter & Abt-Zegelin (2003) zeigen neben der Beschreibung bestehender Defizite die Bedeutung sozial- kommunikativer Kompetenzen sehr deutlich auf: „*Trotz fortwährender Forderungen nach Vermittlung kommunikativer Kompetenz wurde deren systematische Ausbildung bislang vernachlässigt. Immer noch werden kommunikative Fähigkeiten als individuelle Begabungen verstanden. Durch die „Verrichtungen“ im Sinne der Pflegeversicherung wird eine eher handwerkliche Orientierung pflegerischer Arbeit gefördert. Die Lehrenden werden bis heute nur wenig darin unterstützt, beruflich-sprachliche Kompetenzen zu vermitteln. Ungeachtet dessen ist die Entwicklung solcher Fähigkeiten mehr denn je gefordert, sind sie doch Grundlage für die Reflexion sprachlicher Handlungen und damit für Kritikfähigkeit. Die Auseinandersetzung mit beruflicher Kommunikation bietet also nicht nur Hilfen zur Verbesserung pflegerisch- kommunikativer Kompetenzen, sondern kann gleichzeitig einen Beitrag zur Ausbildung demokratischen Bewusstseins und menschenwürdigen Handelns liefern*“ (Walter & Abt- Zegelin 2003, S.794).

5. Wege zur Verringerung der kommunikativen Defizite

5.1 Allgemeine Qualitätsüberlegungen

Kommunikative Kompetenzen sind Bestandteile und ohne Übertreibung wesentliche Bestandteile einer umfassenden Pflegekompetenz. Auch wenn es noch zu keinem endgültigen Konsens über Inhalt und Umfang von Pflegekompetenz kommen konnte, wird kommunikative Kompetenz von allen WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen übereinstimmend dazu gezählt. Und trotzdem ist die kommunikative Ausbildung noch immer ein dunkler Fleck auf der Orientierungskarte zur Ausbildung von Pflegekräften (vgl. Walter & Abt-Zegelin 2003).

Um Möglichkeiten zur Verringerung kommunikativer Defizite zu analysieren, soll zunächst der Weg über allgemeine Qualitätsüberlegungen eingeschlagen werden. Mit einem Überblick zu bisherigen Ansätzen zur Qualitätsentwicklung, zu Qualitätsmanagement und Pflegemessverfahren, zu Implikationen aus der Forschung zur Pflegeausbildung und der Pflegedidaktik, soll nun der Fokus auf pflegeberufliche Bildungsansätze gelenkt werden, die die kommunikative Kompetenz als Schlüsselkompetenz betrachten und damit Wege zur Verringerung der kommunikativen Defizite beschreiben.

5.1.1 Einführung und Begriffsbestimmung

Die im vergangenen Kapitel beschriebenen Veränderungen in der Pflege führen folgerichtig bzw. zwangsläufig zu veränderten Strukturen und Regelungen in vielen Bereichen des Pflegesystems. Drei Beispiele können diese Aussage belegen: So existieren Gesetzesnovellierungen, um dementiell veränderte Menschen, gemäß des tatsächlichen Betreuungsaufwandes, einer Pflegestufe zuordnen zu können. Des Weiteren werden Konzepte zur Pflege von Migranten erprobt, wie sie von der Pflegewissenschaft bereit gestellt sind. Hier ist die Broschüre zur Unterrichtsgestaltung „Kultursensibel pflegen“ des DBfK (2005) zu nennen. Bedeutend sind zudem Projekte zur Neuordnung der Ausbildung, die die Anpassung der zu vermittelnden Kompetenzen an die veränderten Bedingungen in der Pflege zum Ziel haben (Oelke & Menke 2002; Müller & Koeppen 2003, 2003a, 2004).

Das übergeordnete Ziel der Pflege ist stets die höchst mögliche Qualität zu erreichen. Qualitätsansprüche begleiteten die Pflege von Anfang an, allerdings in unterschiedlichen Auffassungen. „*Im Zuge des nunmehr weitgehend konsensuellen Dienstleistungscharakters der Pflege galt in der Bundesrepublik der 50er bis 80er Jahre für den Pflegesektor die wenig hinterfragte Maxime ‚mehr Pflege bedeutet automatisch bessere Pflege‘. Damit dominierte lange die Vorstellung von einer Sozialleistung, deren vorherrschendes Gütekriterium die Leistungsmenge war*“ (Moers 2001, S.43). Dem stehen heute deutlich andere Leitbilder gegenüber, die die Pflege charakterisieren. Autonomie, Selbstbestimmung und Unterstützung der Selbstständigkeit sind Merkmale, die den Pflegeprozess heute bestimmen bzw. bestimmen sollten.

Die wissenschaftliche Verankerung begünstigt einen gehobenen Qualitätsanspruch, indem eine Vielzahl von Forschungsergebnisse und gesicherter Methoden zur Verfügung gestellt werden, um Qualität zu erfassen, zu vergleichen und um neue Wege der Qualitätsentwicklung zu gehen.

Auf der Grundlage der Definition von Qualität im Gesundheitswesen durch Donabedian (1966, zitiert in: Menke & Schnabel 2001, S.190) versucht man die einzelnen Qualitätskriterien an ausgewählten Forschungsfeldern zu überprüfen. Bölicke & Steinhagen- Thiessen (2002) tun dies für die Pflege von dementiell veränderten alten Menschen: Zur Strukturqualität zählen sie bauliche Gegebenheiten und die Qualifikation der Mitarbeiter. Prozessqualität meint die Gestaltung des Pflegeprozesses und die Beziehung zwischen Pflegenden und Klienten und mit Ergebnisqualität wird die Zufriedenheit der Klienten bezeichnet (nach Bölicke & Steinhagen- Thiessen 2002, S.188).

Menke & Schnabel (2001) ergänzen Ergebnisqualität um den Aspekt der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden. Dieser wird z.B. durch die Dauer des Berufsverbleibs erfassbar.

Derzeit fokussiert sich sowohl in gesellschaftlichen Diskussionen, als auch in wissenschaftlichen Veröffentlichungen die Aufmerksamkeit auf Qualitätsfragen der Pflege. Das Bekanntwerden von Pflegemissständen geschieht durch Buchveröffentlichungen (Breitscheidel 2005) und durch Berichterstattung der Medien. Auf der anderen Seite steht das Bemühungen, das Pflegesystem den aktuellen Veränderungen anzupassen. Viele Unternehmungen kennzeichnen

einen Scheitelpunkt, der in Kenntnis von Versäumnissen bisheriger Ansätze, auf eine viel versprechende Weiterentwicklung durch neue Konzepte blicken lässt.

5.1.2 Bisherige Ansätze

Die folgende Gliederung orientiert sich an der Einteilung von Igl & Klie (2002, S.13).

5.1.2.1 Gesetzliche Bestimmungen

Im SGB XI, §80 sind Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität festgelegt. Diese fordern einrichtungsinterne Qualitätsmanagementverfahren (Marburger 2006). Ergänzt werden diese Grundsätze durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG im SGB XI), das seit 2002 in Kraft getreten ist und Voraussetzungen schaffen möchte, um Pflege unter dem Leitbild eines möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebens zu gewährleisten (BMFSFJ 2002). Im PQsG wurde zur internen eine externe Qualitätssicherung etabliert, die vom MDK wahrgenommen wird.

Ein ähnliches Anliegen, wie das PQsG, verfolgt die Novellierung des Heimgesetzes (2001), das die Qualität der Betreuung und Pflege in Heimen schützen und verbessern will und dazu auch die Mitwirkungsrechte von Heimbewohnern stärkt (BMFSFJ 2002).

Allerdings, so betonen Igl & Klie (2002), handelt es sich bei diesen gesetzlichen Vorgaben lediglich um Mindeststandards von Qualitätssicherungsverpflichtungen, die durch Selbstverpflichtungen der Einrichtungen und durch externe Verfahren von professionellen Qualitätsprüfern erweitert werden müssen.

5.1.2.2 Aktivitäten von Einrichtungen und Kostenträgern

Als ein Beispiel für die Selbstaktivität von Einrichtungen zur Qualitätssicherung dient der Fragebogen zur Kundenbefragung im Bereich der stationären Pflege des Verbandes katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e.V., der Caritas (2003). Eine beauftragte Unternehmensberatungsfirma befragte Bewohner, bzw. Angehörige oder gesetzliche Betreuer, über ihre Zufriedenheit mit der Wohnform, der Berücksichtigung ihrer

persönlichen Lebensgewohnheiten, der Vielfalt von Pflegemaßnahmen und einiges mehr (Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e.V. 2003). Ein wohlmeinender Ansatz, der aber erhebliche methodische Schwachstellen aufweist. So gilt hierfür, wie für alle Fragebogenerhebungen, die Problematik spezifischer Reaktionstendenzen der Befragten. Gerade bei Befragungen älterer Menschen sind Antworttendenzen im Sinn „Sozialer Erwünschtheit“ sehr ausgeprägt. Dies umso mehr, als man in diesem Fall BewohnerInnen bittet Bewertungen über die eigene Einrichtung abzugeben. Zwar wird mit Beginn der Befragung versichert, dass alle erhobenen Daten anonym behandelt werden, doch bleibt offen, ob die Betroffenen dies entsprechend einordnen können. Die Validität einer solchen Art der Befragung ist aus Gründen von Reaktionstendenzen kritisch zu bewerten. Qualitätssicherung mittels Kundenbefragung kann hinsichtlich der Aufmerksamkeitsfokussierung auf Qualitätsfragen als Impuls gebend eingestuft werden, nicht aber als Qualitätsinstrument per se. Perschke- Hartmann (2002) berichtet von einer 1998 durchgeführten standardisierten Befragung der AOK Niedersachsen (als Maßnahme eines Kostenträgers) von Leistungsempfängern ambulanter Pflegedienste. Die überraschend hohen Zufriedenheitswerte bringt Perschke- Hartmann (2002) ebenfalls mit der Antworttendenz „Soziale Erwünschtheit“ in Verbindung. Sie interpretiert allerdings auch, dass pflegebedürftige Personen Pflege in erster Linie als Beziehung zur Pflegekraft wahrnehmen und darüber ihre Zufriedenheitseinschätzung abgeben (vgl. Perschke- Hartmann 2002, S.334).

Die Bedeutung von selbstverantwortlichen Maßnahmen einzelner Einrichtungen zur Qualitätsentwicklung sollten in ihrer Wirkung als Fokussierung auf Qualitätsfragen nicht unterschätzt werden. Sie müssen sich allerdings wissenschaftsmethodisch kritisch hinterfragen lassen. Solche Versuche können als Beispiele für internes Qualitätsmanagement gelten.

5.1.2.3 Ausbildungsgesetze

Mit der gesetzlichen Neuordnung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Alten- und Krankenpflege (AltPflAPrV von 2003, KrPflAPrV von 2003) und der bundesgesetzlichen Grundregelung (AltPfIG 2003, KrPfIG 2004) versuchte man eine Anpassung der Pflegeausbildung an die veränderten Bedingungen für

Pflege zu erreichen. Für die Altenpflege gelang es in allen Bundesländern eine annähernd ähnliche Ausbildung einzuführen, wenigstens bezogen auf Ausbildungsvoraussetzungen und –dauer, und es wurde eine Angleichung der Gesamtstunden der Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege gewährleistet. So sind für beide Pflegeberufe im theoretischen Unterricht 2100 und in der praktischen Ausbildung 2500 Stunden vorgesehen (vgl. Dielmann 2006, S.135). Überlegungen von einer spezialisierten zu einer integrierten Ausbildung zu gelangen blieben dabei, mit Ausnahme von Modellversuchen, unberücksichtigt, ebenso Fragen zur Akademisierung der Pflegeberufe und zur Transparenz der Berufsabschlüsse.

*„Die Kombination von Berufs- und Hochschulausbildung in Deutschland weist noch gravierende Abstimmungsmängel auf. ... In Deutschland ist die Pflegeausbildung **keine generalistische oder integrierte Ausbildung** [Hervorh. im Original]. ... Seit 2004, seit den Gesetzesnovellierungen, wurden die Ausbildungen für (Erwachsenen-) Krankenpflege und Kinderkrankenpflege zu einer Ausbildung mit zwei Ausbildungsabschlüssen zusammengelegt. Die Altenpflegeausbildung besteht nach wie vor als getrennt Ausbildung“* (Landenberger et al. 2005, S.178-180).

Um im Qualitätsbegriff von Donabedian zu bleiben, greifen gesetzliche, auch bildungsrechtliche Bestimmungen lediglich in der Kategorie Strukturqualität. Goerres (2002) kritisiert am Qualitätskonzept von Donabedian die Monokausalität, indem angenommen wird, dass „*eine Verbesserung der Strukturqualität zu einer verbesserten Prozessqualität und diese zu einem qualitativ besseren Ergebnis führen muss*“ (Goerres 2002, S.132). Für Goerres (2002) sind Verbesserungen der Strukturqualität notwendige aber keine hinreichenden Bedingungen für eine allgemeine qualitative Steigerung.

Das Stellrädchen Ausbildungsgesetze, hat für die Qualität der Pflege keine wirkliche Bewegung erzeugt und sich der beschleunigten Entwicklung der allgemeinen Veränderungen in der Pflege nicht annähern können.

5.1.2.4 Zertifizierungen und Gütesiegel

Pflege als Dienstleistung und Pflegeeinrichtungen als Wirtschaftsunternehmen zu betrachten, weist auf eine Hinwendung zu wirtschaftlichem Denken, zu Kundenwerbung und Konkurrenz hin. Pflegeeinrichtungen stehen miteinander

im Wettbewerb und konkurrieren um Marktanteile, d.h. um Kunden oder Bewohner.

In vielen Wirtschaftsbereichen ist es üblich den jeweiligen Qualitätsstandard mit Gütesiegeln oder Zertifikaten belegen zu lassen, um sich damit im Wettbewerb günstig zu präsentieren. So geschieht es auch in Unternehmen des Sozial- und Gesundheitsbereiches. Dabei gilt das Deutsche Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V. (Abk. RAL von Reichsausschuss für Lieferbedingungen, gegr. 1925) als seriöse Vergabestelle von Gütesiegeln. Weiterhin gibt es eine Fülle von Zertifizierungen, deren Seriosität nicht außer Zweifel steht.

Igl & Klie (2002) ordnen Zertifizierungen und Gütesiegel als Versuche einer statischen, externen Qualitätssicherung ein. Dabei halten sie die Transparenz für die Kunden als begrenzt. Die Autoren beschreiben den aktuellen Standard der Qualitätssicherung in der Pflege als ergänzende Kombination von Selbst- und Außenkontrolle, als einen dynamischen Ansatz einer fortlaufenden Evaluation.

5.1.2.5 MDK und Krankenkassen

Neben der staatlichen Instanz (Gesetzgebung), den Pflegeunternehmen selbst, den Kostenträgern und so genannten Beratungsfirmen (Kundenbefragung), gelten der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) bzw. der Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) als weitere Akteure auf dem Aktionsfeld der Qualitätssicherung (Igl & Klie 2002). Der MDK wurde durch §112 SGB XI als Instanz der Qualitätsprüfung bestellt (Marburger 2006) und führt seit 1996 in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen externe Qualitätsprüfungen durch. Das PQsG (seit 2002) beauftragt den MDK alle drei Jahre Berichte über die erfolgten Prüfungen zu veröffentlichen. Der erste lag 2004 mit dem Titel „Qualitätsbericht der Krankenkassen und des MDK“ vor. „*Oberste Maxime der MDK-Prüfungen ist der beratungsorientierte Prüfansatz, nach dem die externe Qualitätssicherung als Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung gesehen, sowie umgesetzt wird*“ (MDS 2004, S.19).

Die Daten für diesen ersten Bericht wurden 2003 an ca. 18% der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erhoben. Dabei fanden 82,5 % der Prüfungen angemeldet statt. Im Allgemeinen führt der MDK neben Stichprobenprüfungen vergleichende Prüfungen und anlassbezogene

Einzelprüfungen durch, die in der Regel durch Beschwerden veranlasst und durch spätere Evaluationsprüfungen kontrolliert werden. Geprüft wird dann, ob die vorgeschlagenen Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeleitet wurden.

„Damit haben die Medizinischen Dienste insbesondere im Rahmen der

- **Strukturqualität** Ausstattung, Organisation und Qualifikation
- **Prozessqualität** Pflegeprozessplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards sowie Durchführung der Pflege
- **Ergebnisqualität** Aktivierungserfolg, Unterstützung bei der Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen, Zufriedenheit der Pflegebedürftigen, Einbeziehung sozialer Netze etc.

zu prüfen“ (MDS 2000, S.9).

Neben dem MDK werden auch Krankenkassen für die Qualitätssicherung tätig. Gerste & Rehbein erstellten im Auftrag des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) 1998 einen statistischen Überblick über den Pflegemarkt in Deutschland (WIDO 1998). Dabei wird der Pflegequalität/ Qualitätssicherung ein eigenes Kapitel gewidmet. Gerste & Rehbein operationalisieren Pflegequalität durch die Berechnung einer Pflegefachquote (Verhältnis von Fach- zu Hilfskraft), einer Betreuungsrelation (Verhältnis von Pflegekraft zu Bewohnerzahl) und durch Überprüfung der Pflegedokumentation. Bezogen auf den Qualitätsbegriff von Donabedian bezieht sich Pflegefachquote und Betreuungsrelation auf Merkmale der Strukturqualität und das Führen einer elaborierten Pflegedokumentation bezieht sich auf Prozessqualität, während Merkmale der Ergebnisqualität fehlen. Aus diesem Grund ist die Studie bzgl. allgemeiner Aussagen zur Pflegequalität zu kritisieren.

Insgesamt erscheinen die Qualitätsprüfungen durch den MDK als umfassend und durch die Beratungsorientierung als geeignetes Instrument zur Qualitätsentwicklung. Unbefriedigend ist allerdings, dass die Mehrzahl der Prüfungen angemeldet ist und dass bei Qualitätsmängeln die Verbindlichkeit bzw. der Handlungszwang in entsprechenden Fristen, nicht klar geregelt und vom Gesetzgeber abgesichert ist. Zudem findet keine Veröffentlichung der Namen der bewerteten Einrichtungen statt, so dass eine verbraucherorientierte Informationsweitergabe weiterhin fehlt.

5.1.2.6 Kuratorium Deutsche Altershilfe und weitere Professionelle

In der Einteilung von Igl & Klie (2002) gehören „Professionelle“ in der Qualitätssicherung ebenfalls zu den Akteuren der Qualitätsentwicklung. Ihnen sind beispielsweise das **Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)** und wissenschaftliche Institute, wie das **Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)** zu zuordnen. „*Das KDA- Qualitätshandbuch – Häusliche Pflege in Balance ist nach dem Qualitätshandbuch – Wohnen im Heim und dem Qualitätshandbuch – Leben mit Demenz das dritte vom KDA erarbeitete Instrument zur internen Qualitätsentwicklung im Bereich pflegerische, hauswirtschaftlicher und psychosozialer Hilfen für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf*“ (Besselmann, Fillibeck & Sowinski 2003, S.1).

Dieses Handbuch, im Umfang von ca. 10 000 Fragen, wurde von PflegewissenschaftlerInnen und praktisch Tätigen gemeinsam entwickelt. Es richtet sich an MitarbeiterInnen der Pflege, um die einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung zu befördern. Dabei geht es weniger um eine Defizitanalyse, sondern um das Herausfiltern von Verbesserungsmaßnahmen in so genannten Qualitätszirkeln (Besselmann et al. 2003). Kritisch anzumerken ist dabei vor allem der Umfang des Handbuchs, der die betriebsinterne Motivation zur Qualitätsentwicklung nicht unbedingt begünstigt. Hinzu kommt, dass die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen möglicherweise Expertenwissen erfordert und in internen Qualitätszirkeln nicht zu leisten ist.

Ein weiterer professioneller Ansatz zur Qualitätsentwicklung in der Pflege ist das Projekt „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung“ des dip, beauftragt vom Katholischen Krankenhausverband Deutschland e.V. (2001). Der Hintergrund dieses Projekts ist die Analyse, Anpassung und Implementierung eines Pflegeaufwandmessinstruments, das so genannte „Leistungserfassungsinstrument“ (LEP). „*Es [das LEP, Anm. der Autorin] stellt vielmehr eine quantitative Methode zur Erfassung von Tätigkeiten und das damit verbundene Pflegeangebot für einen oder eine Gruppe von Patienten dar. In diesem Zusammenhang kann es Daten liefern, mit dem klinikinterne Personalsteuerung, Qualitätsmanagement und Personalbedarfsplanung ermöglicht wird*“ (Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V. 2001, S.11).

Qualitätserfassung erfolgt hierbei über Personalbemessung, d.h. dem Personalschlüssel und gehört damit zur Kategorie Strukturqualität, die, wie Goerres (2003) es ausdrückt, eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für eine insgesamt hoch zu bewertende Pflegequalität darstellt.

5.1.2.7 Qualitätszirkel (QZ)

QZ gelten als interne Qualitätssicherungsmaßnahme und haben zum Ziel, Mitarbeiter an Betriebsentscheidungen und Veränderungsmaßnahmen teilhaben zu lassen. Vorbilder dafür gibt es in großen Wirtschaftsunternehmen, wie BMW oder Bosch (Goerres & Luckey 2003a). Mittlerweile gelten QZ als weit verbreitetes Personalmanagementverfahren, das die Motivation der Mitarbeiter fördern und die Bindung an das Unternehmen festigen möchte.

„Die in der Bundesrepublik allgemein übliche Definition von QZ bezieht sich im wesentlichen auf 13 konstituierende Merkmale. Demnach sind Qualitätszirkel: (1) auf Dauer angelegte, (2) Kleingruppen (Gesprächsgruppen), (3) in denen eine begrenzte Zahl von Mitarbeiter-Innen (5-10) i.d.R. einer Hierarchieebene (vor allem der unteren Hierarchieebenen), (4) mit einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage (z.B. eines Arbeitsbereiches), (5) in regelmäßigen Abständen (während der Arbeitszeit oder bezahlt außerhalb der regulären Arbeitszeit), (6) auf freiwilliger Basis zusammen kommen, um (7) selbstgewählte Themen und Probleme des eigenen Arbeitsbereiches (z.B. Produktqualität, Arbeitsplatzgestaltung, Fragen der Arbeitssicherheit, Zusammenarbeit und Arbeitsorganisation etc.) zu analysieren und (8) unter Anleitung eines geschulten Moderators (9) mit Hilfe spezieller Problem- und Kreativitätstechniken (10) möglichst eigenverantwortlich Lösungsvorschläge zu erarbeiten und zu präsentieren, (11) die Umsetzung der Lösungs- bzw. Verbesserungsvorschläge (selbstständig oder im Instanzweg) zu initiieren (12) und eine Ergebniskontrolle vorzunehmen, (13) wobei die Gruppe als Bestandteil in den organisatorischen Rahmen eines QZ-Programms eingebunden ist und mit anderen Elementen der Organisation Kommunikationsbeziehungen unterhält“ (Goerres & Luckey 2003a, S.124-125).

Für die Alten- und Krankenpflege identifiziert Goerres & Luckey (2003a) als Konsequenzen von QZ, dass Qualitätssicherung im Sinn einer Vertiefung der Diskussion über Qualitätsaspekte stattfindet, dass die Teilnehmer auf der kommunikativen und sozialen Ebene Kompetenzzunahmen erfahren und dass durch die Thematisierung von beruflichen Belastungen gesundheitsfördernde Effekte feststellbar sind.

Aber, so schränken Goerres & Luckey (2003a) ein, hängt der Erfolg von QZ maßgeblich von der Unterstützung durch das Führungsmanagement ab, inwieweit sich das Unternehmen als „lernendes Unternehmen“ begreift. Damit, glauben die Autoren, ist es in vielen Einrichtungen der Pflege nicht gut bestellt.

5.1.3 Zusammenfassung

Alle hier vorgestellten Ansätze, die Qualität von Pflege zu verbessern, haben ihre Grenzen. Zwar wird durch diese Ansätze der Aufmerksamkeitsfokus auf die Pflegequalität gelenkt, doch richtungsweisende Veränderungen können damit nicht erzielt werden. Dies gilt umso mehr für die festgestellten kommunikativen Defizite von Pflegenden. Der Vorzug bisheriger Ansätze für die kommunikativen Kompetenzen liegt wohl nur darin, dass beispielsweise durch die verschiedenen Befragungsverfahren und durch QZ ein Raum für gedankliche und sprachliche Beschäftigung mit diesen Fragen geschaffen wurde und die kommunikativen Fähigkeiten über diesen Weg eine Förderung erfahren. Dennoch sind diese Maßnahmen zu wenig auf die tatsächlichen Probleme der Kommunikationskompetenz ausgerichtet. Dies gilt insbesondere für die Konsequenzen, die den Gesetzesnovellierungen folgten. Auch hier wird die Neuordnung der Kommunikations- und Gesprächsführungsausbildung nicht an vorhandenen Erfordernissen und an feststellbaren Defiziten der Akteure ausgerichtet.

5.1.4 Qualitätsmanagement- und Pflegemessverfahren als neue Ansätze

In der aktuellen Qualitätsdiskussion wird der Weg über Qualitätssicherungsverfahren, einschließlich Pflegemessverfahren, als zukunftsweisend bezeichnet.

Zu Vollständigkeit einer Betrachtung von neueren Ansätzen zur Qualitätssteigerung in der Pflege, sollen an dieser Stelle einige Verfahren genannt werden. Diese Darstellung erhebt lediglich den Anspruch eines Überblicks und damit der Möglichkeit einer geschlossenen argumentativen Auseinandersetzung. Eine Vertiefung einzelner Verfahren wäre für diese Arbeit nicht Erkenntnis fördernd.

Die Auswahl der in dieser Arbeit vorgestellten Verfahren begründet sich aus übereinstimmenden Bewertungen von Experten der Pflegewissenschaft, wie

Gerhard Igl, Hermann Brandenburg, Sabine Bartholomeyczik und dem Expertenrat des vierten Altenberichts, dem gleichwohl Igl und Bartholomeyczik angehören. Um dem untergeordneten Stellenwert in dieser Darstellung zu entsprechen, beschränkt sich die Autorin auf vier Verfahren.

5.1.4.1 EFQM

Als erstes soll das „European Foundation for Quality Management“ Verfahren (EFQM) in Stichworten beschrieben werden.

EFQM entstand 1988 als Stiftung namhafter europäischer Unternehmen zur Vergabe eines Qualitätspreises. Nach festgelegten Qualitätskriterien wurden Unternehmen ausgesucht, die diese Kriterien erfüllten. Aus diesen Kriterien der Stiftung entwickelte sich das Referenzmodell für Qualitätsmanagement. Daraus entstand letztendlich ein Managementansatz, der in überarbeiteter Fassung als European Foundation Quality Management Excellence vorliegt.

Das EFQM ist ein Selbstbewertungsinstrument, das Organisationen bezüglich zweier Bereiche mit insgesamt neun Kriterien beschreibt und bewertet. Dabei handelt es sich um den Bereich der Befähiger und den Bereich der Ergebnisse. Die zu untersuchenden Kriterien teilen sich wie folgt auf:

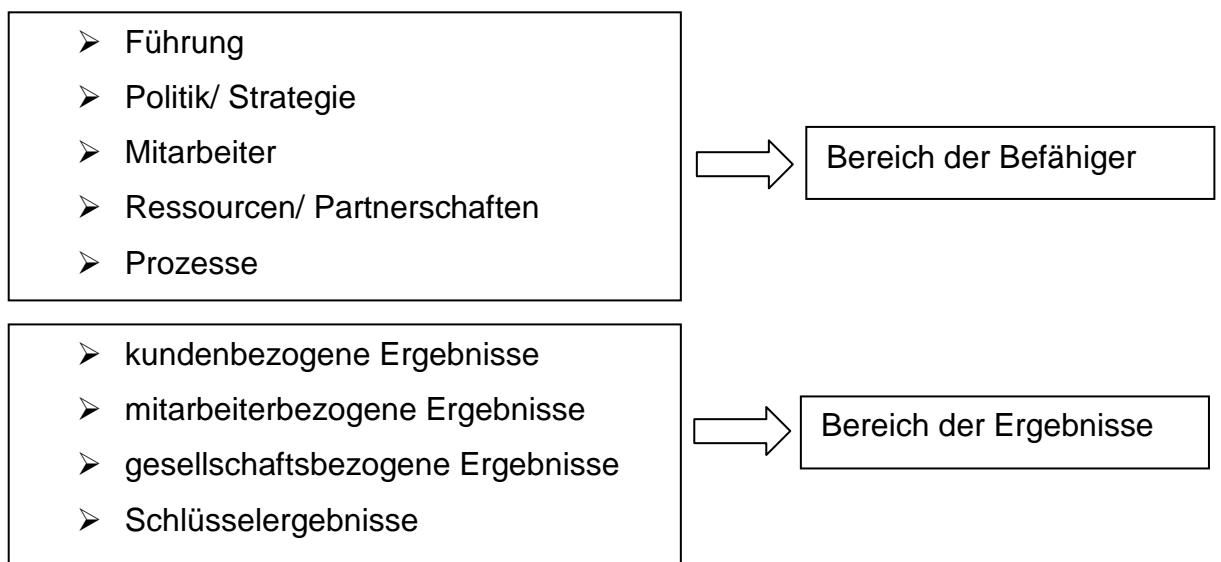


Abb. 1: Kriterien und Bereiche des EFQM

Der Bereich der Befähiger beschäftigt sich mit der Frage WIE Qualitätsentwicklung erfolgt, während im Bereich der Ergebnisse gefragt wird WAS konnte erzielt werden. Die neun Kriterien wurden in weitere Unterkriterien

gegliedert und werden in der Selbstbewertung als Aussagen formuliert, denen zugestimmt werden kann oder nicht. Dafür werden Punkte vergeben. Als Beispiel für eine Aussage des EFQM: „*Führungskräfte motivieren und unterstützen die MitarbeiterInnen der Organisation und erkennen ihre Leistungen an*“ (Vomberg & Wallrafen- Driesow 2002, S.262). Die Punktwerte der einzelnen Kriterien werden unterschiedlich gewichtet und fließen in ein Gesamtpunkteergebnis ein.

Dieses diagnostische Verfahren zur Bewertung einer Organisation deckt solche Bereiche auf, die Verbesserungswürdig sind und Veränderungsmaßnahmen bedürfen. Dabei wird die Selbstbewertung als schleifenförmiges Vorgehen verstanden, das als fortlaufende Wiederholung des Selfassessments den Prozess der Verbesserung in bestimmten Zeitintervallen evaluiert (Vomberg & Wallrafen- Driesow 2002). Ein Vorzug dieses Modells liegt in der für europäische Verhältnisse zugeschnittenen Version. Das deutsche Unternehmen Robert Bosch GmbH ist eines der Gründungsmitglieder und hat zusammen mit der EG- Kommission und der European Organization for Quality (EOQ) das Referenzmodell entwickelt.

5.1.4.2 TRI:.M

Ein weiteres Qualitätssicherungsinstrument ist das so genannte TRI:.M, das mit seinem Namen für „measuring, managing und monitoring“ steht (Bujok & Schneekloth 1999). TRI:.M ist ein standardisiertes Befragungsverfahren, das die Nutzerzufriedenheit und/ oder die Mitarbeiterzufriedenheit in einer Organisation erfasst. Dabei lässt es Aussagen zu, über die Wertigkeit, die einzelne Beurteilungselemente für die Gesamtzufriedenheit erreichen (Motivatoren) und identifiziert solche Bereiche, die als versteckte Chancen zur Steigerung der Zufriedenheit genutzt werden können. Ebenso deckt es Leistungsbereiche auf, die für die Zufriedenheitsbewertung den größten Ausschlag geben (Mindeststandards) und solche, die sehr wenig Einfluss auf die Zufriedenheitseinschätzung haben (Einsparmöglichkeiten). Das Ergebnis einer TRI:.M Befragung mündet in eine Stärke- Schwäche- Analyse der Einrichtung und macht Handlungsbedarf sichtbar, dort wo Verbesserungswürdige Bereiche festgestellt werden. Die Befragung kann auf Grund der Kürze (ca. 20 Minuten) und der übersichtlichen Strukturierung und

Sprache problemlos auch bei beeinträchtigten Personen durchgeführt werden. Die Bereiche, die hierfür untersucht werden sind Zufriedenheit mit baulichen Bedingungen, die Art der erlebten Pflege und Versorgung und die erlebten Handlungsspielräume.

Insgesamt gilt TRI:.M als Qualitätsmanagementverfahren, besonders für soziale Organisationen, das sich durch Praxisbezug, Handlungsorientierung und leichter Anwendbarkeit auszeichnet. Es wird als Qualitätssicherungsinstrument in vielen Sektoren sozialer Dienstleistungen eingesetzt und dient auch als Instrument für Vergleichsmessungen verschiedener Organisationen in Jugend-, Behinderten-, Familien- und Gesundheitsarbeit (Bujok & Schneekloth 1999).

5.1.4.3 RAI

Neben allgemeinen Qualitätsmanagementverfahren richtet sich die gegenwärtige Qualitätsdiskussion in der Pflege auch auf Pflegemessverfahren (Bartholomeyczik & Halek 2004). Häufig findet man sie in der Fachliteratur unter der Bezeichnung „Assessmentinstrumente“, wobei „Assessment“ für Einschätzung steht und zunächst nichts mit den Assessment Centern des Personalmanagements zu tun hat. Mit Pflegemessverfahren sind Instrumente gekennzeichnet, die die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Personen in standardisierter Form erlaubt und Hinweise auf die für diese Pflegeerfordernisse benötigte Personalausstattung (Anzahl und Qualifikation) liefert. Bartholomeyczik et al. (2004) stellt in ihrem Sammelband „Assessmentinstrumente in der Pflege“ acht solcher Instrumente vor, wobei beispielhaft in dieser Arbeit zwei davon kurz beschrieben werden sollen. Dem „**R**esident **A**sessment **I**nstrument“ (RAI) wird von Brandenburg (2002) und von Bölicke & Steinhagen- Thiessen (2002) besondere Bedeutung zugesprochen. Bölicke & Steinhagen- Thiessen (2002) bevorzugen das RAI, weil es auch für die Pflege dementiell veränderter Menschen eingesetzt werden kann. Brandenburg (2002) bezeichnet das RAI in seiner Validität und Reabilität als gut überprüft und durch seine bereits 20- jährige Anwendung in den USA als etabliert. Er hält die Anpassung an deutsche Verhältnisse auf einem fortgeschrittenen Weg.

Das RAI besteht aus drei Teilen, dem Klientenbeurteilungsbogen (Minimum Data Set), den 18 Resident Assessment Protocols, die als Abklärungshilfen zu

insgesamt 18 geriatrisch- pflegerischen Problembereichen zu verstehen sind und als Drittes besteht das RAI aus einem Triggersystem (Trigger; aus dem Englischen, im Sinn von Schaltelement, das andere Vorgänge auslöst), das auf besondere klinische Bereiche hinweist (Brandenburg 2002). Alle Einschätzungen nimmt das Personal vor. Beispiel für das Minimal Data Set ist die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der Gepflegten. Abklärhilfen zu Problembereichen sind z.B. Inkontinenz, wobei das Triggersystem Alarmzeichen, die auf Inkontinenz hindeuten, erfasst.

Das Ziel des RAI ist die standardisierte Einschätzung des Pflegebedarfs von Personen, um damit eine optimierte Pflegeplanung begründen zu können. Über diesen Schritt, der Optimierung der Pflegeplanung, versteht sich das RAI als Beitrag zur Qualitätsentwicklung. Als Nachteil schätzt Brandenburg (2002) die ausschließliche Berücksichtigung von Fremdeinschätzungen der Pflegebedürftigen ein. Trotzdem bezeichnet er RAI als „*Chance zur weiteren Professionalisierung der Pflege*“ (Brandenburg 2002, S.121).

5.1.4.4 PLAISIR

Von der Expertenkommission des vierten Altenberichts favorisiert (BMFSFJ 2002), soll das Verfahren, mit dem Namen PLAISIR, als zweites Beispiel für Pflegemessverfahren beschrieben werden. PLAISIR steht für Planification Informatisee des Soins Infirmiers Requis und lässt sich als EDV- gestützte Planung der erforderlichen Krankenpflege übersetzen. „*PLAISIR zeichnet sich dadurch aus, dass es am individuell erforderlichen Pflegebedarf [Hervorh. im Original] des einzelnen pflegebedürftigen Bewohners ansetzt, der in einer vollstationären Einrichtung lebt. Zudem zeichnet sich PLAISIR gegenüber anderen Verfahren insbesondere dadurch aus, dass es über eine differenzierte Erhebung der bio-psycho-sozialen Situation jedes Bewohners und der Erstellung eines individuellen Planes der erforderlichen Pflege per standardisiertem Fragebogen (FRAN) zu einer gesicherten Kalkulation des für die Pflege erforderlichen Personalbedarfs gelangt*“ (Gennrich 2002, S.279).

Zur Datengewinnung liegt dem PLAISIR ein 32-seitiger Fragebogen vor. Geprüft werden alle Pflege- und Unterstützungstätigkeiten, auch hauswirtschaftlicher Art, die von Pflegekräften ausgeführt werden und es wird die Relevanz für den einzelnen Bewohner festgestellt. In der Auswertung kann

das Verfahren Zeitwerte ermitteln, die Pflegekräfte für entsprechende Tätigkeiten beim einzelnen Bewohner aufwenden müssen. Die erhobenen Daten können in einem EDV gesteuerten Datenverarbeitungsprozess zu einer Personalbedarfssystematik der ganzen Einrichtung hochgerechnet werden. Diese Analysen sind wirkungsvoll in der Qualitätsentwicklung nutzbar. Insgesamt beurteilt Gennrich (2002) das PLAISIR als wertvoll für die praktische Arbeit, schränkt allerdings ein, dass es noch Nachbesserungen geben sollte und zwar im Bereich der Kommunikation mit gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern.

Ein weiterer kritischer Einwand leitet sich daraus ab, dass das dafür zugrunde gelegte Pflegekonzept nicht begründet ist und trotz objektivierbarer Datenverarbeitung die pflegetheoretischen Grundlagen unreflektiert bleiben und somit subjektiven Interpretationen unterliegen.

5.1.5 Zusammenfassung und Ausblick

Auch bei diesen neueren Ansätzen zur Qualitätssicherung gilt, dass sich Effekte zur Verringerung der kommunikativen Defizite eher als Nebenprodukt ergeben, nämlich als gedankliche und sprachliche Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Neben der Beschäftigung mit Qualitätssicherungsverfahren gibt es einen weiteren Zugang zur Qualitätsdiskussion in der Pflege. Dieser Zugang ist die Betrachtung der pflegeberuflichen Bildung und die Ableitung neuer Bildungskonzepte. „*Die Realisierung von Qualifizierungsstrategien im Rahmen einer gezielten Personalentwicklung kann somit ein wichtiges Instrument der Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Pflege sein*“ (Menke & Rohleder 2003, S.144-145).

Eine Auswahl von Bereichen, für die die Autorinnen besonderen Qualifizierungsbedarf feststellen, ist:

- Gerontopsychiatrie
- Kommunikation/ Gesprächsführung
- Beratung und Anleitung
- Pflege von Menschen aus anderen Kulturen
- Umgang mit Arbeitsbelastungen.

Die Auffassung, dass Pflegequalität durch Verbesserungen der Ausbildungsstruktur gesteigert werden kann, prägen die gegenwärtigen Vorstellungen der Qualität in der Pflege ebenso, wie die Auffassung, Qualitätsentwicklung durch den Einsatz von Qualitätsmanagementverfahren und Pflegemessverfahren zu fördern

Dazu fließt ein hohes Maß an Forschungsaktivität in die Reform und Neugestaltung der Pflegeausbildung ein, um über die Verbesserung und Anpassung der Qualifikation der Pflegenden die Pflegequalität zu steigern. Diesen Ansatz verfolgt die Autorin mit ihrer Arbeit.

5.2 Forschungen zur Pflegeausbildung

Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten zum Thema „Pflegeausbildung“ wurde in den vergangenen Jahren vorgelegt.

Der Robert Bosch Stiftung gelang es mit der Herausgabe der Schrift „Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ (2001), einen enormen Innovationsschub anzustoßen. Einerseits ist es die Robert Bosch Stiftung selbst, die viele Forschungsvorhaben mit Fördermitteln unterstützt und zum anderen entwickelten sich an den Instituten und Einrichtungen der Mitarbeitenden der Schrift, „Pflege neu denken“, wichtige Forschungsimpulse bzw. gewannen dadurch an Bedeutung. So sind die Universität Bremen, mit dem Institut für angewandte Pflegeforschung (iap), mit Stefan Goerres, die Universität Witten/ Herdecker mit Angelika Abt-Zegelin und Christine Bienstein und die Universität Bielefeld mit Doris Schaeffer, Barbara Knigge-Demal und Klaus Müller zu nennen.

Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), mit Wolfgang Becker und Barbara Meifort, zählt ebenso zu den Einrichtungen, die als richtungsweisend in der Forschung zur Pflegeausbildung gelten.

Die Auswahl der hier vorgelegten Forschungsberichte basiert auf eine Verbindung zur Robert Bosch Stiftung oder zum BIBB, auf die Durchsicht von entsprechenden Fachzeitschriften der letzten sechs Jahre (Printernet bzw. Pflegewissenschaft, Pflege, Pflegezeitschrift, Pflege & Gesellschaft) und sie basiert auf einzelne Forschungen, die eine solche Bedeutung erzielten, dass sie Weiterentwicklungen nach sich zogen. So flossen die Forschungsergebnisse

der beiden Modellversuche in NRW (Oelke & Menke 2002 und Müller & Koeppen 2003a) in die Curriculumsgestaltung des Bundeslandes NRW ein und prägen seitdem die dortige Ausbildungsform (MGSFF des Landes NRW). Im Saarland liegt der Ausbildung zur AltenpflegerIn das Curriculum des BIBB zu Grunde (Becker 2003).

Die Arbeiten von Christa Olbrich, von Martina Roes und von Jutta Dornheim et al. wurden von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Regina Keuchel leistete didaktische Grundlagenarbeit für die Studie von Martina Roes.

Bemerkenswert und für die Pflegeausbildung von stetig wachsender Bedeutung sind die Arbeiten zur Didaktik in der Pflege. Karin Wittneben begann 1990 (1.Aufl.)¹ eine kritisch- konstruktive Didaktik zu entwickeln. Durch den Einfluss konstruktivistischer Lehr- Lernauffassungen und deren Übertragung auf die Pflegeausbildung liegen nunmehr Ansätze zur Subjektorientierung (Ertl-Schmuck 2000, 2003), zum Deutungslernen (Schüßler 2000) und eine pflegedidaktische Grundlagentheorie (Walter & Fichtmüller 2003, Fichtmüller & Walter 2007) vor.

5.2.1 Impulse einer konstruktivistischen Didaktik

Keuchel (2001) beurteilt die gegenwärtige Situation der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Pflege als Herausforderung und Chance zugleich, um neue Ausbildungskonzepte zu implementieren. Unbestreitbar muss sich, nach Keuchels Auffassung, eine den aktuellen Ansprüchen gemäß Pflegeausbildung auf die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen beziehen. Berufsübergreifende Kompetenzen, im Sinne von Fach- und Methodenkompetenz, um sich immer wieder neue Wissensbereiche anzueignen, im Sinne von personaler und sozial- kommunikativer Kompetenz, um im Austausch mit berufsnahen und berufsfernen Partnern zusammen zu arbeiten, müssen zentrale Bestimmungsfaktoren für die Ausbildung sein. Wissenstransfer vom Lernort Schule zum Lernort Praxis erweist sich als weiterer Bestimmungsfaktor für eine qualitativ hoch zu erachtende, moderne Pflegeausbildung (Keuchel, Roes, Goerres 2003). Um Wissenstransfer systematisch zu fördern unterscheiden die AutorInnen vier Ebenen. Die personelle Ebene, auf der sich ein neues Rollenverständnis von Lehrenden und

¹ 2003 in der 5.Aufl.

Lernenden etabliert, die strukturell- konzeptionelle Ebene, die z.B. die beiden Lernorte, Schule und Praxis, auch räumlich verbindet (Beispiel Lerninseln), die didaktisch- methodische und die curriculare Ebene. Keuchel et al. begründen auf der didaktisch- methodischen Ebene eine konstruktivistische Unterrichtsphilosophie.

Keuchel (2001) fasst neben der Frage „was“ Ausbildung in den Pflegeberufen beinhalten soll, besonders die Frage „wie“ sollen solche Kompetenzen bei den Lernenden gefördert werden, als handlungsanleitende Herausforderung auf. Dazu greift sie auf die theoretischen Grundlagen eines konstruktivistischen Lernverständnisses zurück und entwickelt daraus Impulse für eine konstruktivistische Didaktik. Die konstruktivistische Auffassung, Wirklichkeit ist eine menschliche Konstruktion, Lernen ist stets situationsbezogenes Lernen und ist nicht primär ergebnisorientiert, sondern ein aktiver und sozialer Prozess, begründet nach Keuchel eine prinzipiell andere Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen, als dies im traditionellen Schulunterricht mit seiner „Belehrungsdidaktik“ (Keuchel 2001, S.170) der Fall ist. LehrerInnen haben dann nämlich nicht die Funktion fertiges Wissen weiter zu geben, sondern sie ermöglichen ihren SchülerInnen so genannte Wissenskonstruktionen (Keuchel 2001, S.171). Wissenskonstruktionen werden durch folgende Merkmale charakterisiert:

- realistische Problemstellung als Unterrichtseinstieg
- Förderung der aktiven Prozesse bei SchülerInnen
- kollektives Lernen, um subjektive Auffassungen interindividuell zu überprüfen
- Vorerfahrungen der SchülerInnen einbeziehen
- emotionale Haltungen zulassen, aber in ungünstiger Ausprägung thematisieren
- Evaluation der Lernfortschritte auch auf individueller Ebene.

Als konkretes Projekt zur Umsetzung der Impulse einer konstruktivistischen Didaktik, verweist Keuchel auf die Arbeit von Roes (2001), die in Bremen dazu einen Modellversuch durchführte.

5.2.2 Bremer Modellversuch von Roes

Ziel dieses Bremer Modellprojekts war die Entwicklung, Erprobung und Implementierung innovativer Ausbildungskonzepte zur Förderung des Wissenstransfers in der Pflege (Roes 2001; Keuchel, Roes, Goerres 2003). Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts leistete die Universität Bremen, Institut für angewandte Pflegeforschung (iap). Die Förderung stammte aus der Robert Bosch Stiftung.

Der Modellversuch startete im Oktober 1997 und endete im März 2000. Er fand an zwei Bremer Krankenhäusern und den daran angeschlossenen Pflegeschulen statt.

„Die Vision des Projekts lag dementsprechend darin, Lernen nicht auf die kognitive Aufnahme abstrakten situationsspezifischen Wissens (knowing that) zu reduzieren. Vielmehr sollte durch eine aktive Teilnahme des bzw. der Auszubildenden an einer Erfahrungsgemeinschaft (dem Pflegealltag) die Verarbeitung kontextspezifischen Wissens (knowing how) im Mittelpunkt stehen. PflegelehrerInnen, MentorInnen bzw. PraxisanleiterInnen sollten Lernprozesse moderieren und so zur Entwicklung beruflicher Handlungskompetenzen beitragen“ (Roes 2001, S.180).

In dieser visionären Betrachtung steckt sowohl die Idee eines handlungsorientierten Unterrichts, als auch konstruktivistische Elemente, wie sie Keuchel (2001) dargelegt hat.

Die an dem Modellprojekt beteiligten Stationen der beiden Bremer Krankenhäuser entwickelten als Teamarbeit (Lehrpersonal, Stationspersonal, AnleiterInnen, SchülerInnen) ein, auf die jeweilige Station und das Team, zugeschnittenes Konzept. Die wissenschaftliche Begleitung bestand nicht unbedingt darin, festgelegte inhaltliche Aspekte in das neue Ausbildungskonzept zu integrieren, sondern Ziel war es viel mehr, ein praktikables Konzept hervorzubringen, das von allen Beteiligten mit getragen werden kann und das auch nach Ende des Modellversuchs weiter Bestand haben würde. Die Aufgabe der Wissenschaftler umfasste neben der Initialisierung der Neuerung auch die Identifikation solcher Faktoren, die Innovationen behindern bzw. begünstigen. Es sollten Erkenntnisse gewonnen werden, die eine Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen zulassen.

Auf allen Modellstationen wurde zunächst ein so genannter Lernraum eingerichtet, der auch räumlich die Verbindung von theoretischer und praktischer Ausbildung signalisieren sollte. Eine Station entwickelte ein Konzept zur Praxisanleitung, eine andere ein Konzept zum Lernen in Realsituationen (genannt Lerninsel). Hierbei übernahmen Auszubildende, der verschiedenen Ausbildungsstufen, für einige Wochen ein Patientenzimmer, als Projektzimmer, und erledigten unter der Anleitung der PraxisbegleiterIn alle anfallenden Pflegeaufgaben. Dabei wurde der Lernraum als Besprechungszimmer zur Planung der Pflegemaßnahmen genutzt oder aber zu Unterrichtszwecken, um die Nähe zum konkreten Pflegealltag auch symbolisch zu demonstrieren.

Der Modellcharakter stellte sich nicht als Versuch einer statischen Neuerung dar, mit dem Ziel dies als Routine in den Berufsalltag einzubinden, sondern der Modellcharakter zeigte sich darin, dass den entsprechenden Stationen, während der Projektdauer von zweieinhalb Jahren, Experimentierzeit und Experimenterraum zur Verfügung gestellt wurde, um Neuerungen zu evaluieren, zu verwerfen, durch andere zu ersetzen oder auch nur zu modifizieren. Alle Maßnahmen basierten auf einer Konsensvereinbarung der Beteiligten.

Auch darin zeigte sich, dass die wissenschaftliche Begleitung, auf der Metaebene der Innovationen, Elemente einer konstruktivistischen Didaktik enthielt: nicht Ergebnis- sondern Prozessorientierung herrschte vor, gleichermaßen fanden situative, personelle und strukturelle Gegebenheiten Berücksichtigung und es sollten **Haltungen** zu Veränderungen geschaffen werden, um Vertrauen in Planungen, Durchführungen, Evaluierungen und Entscheidungen aufzubauen.

Eine detaillierte Darstellung dieses Modellprojekts würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen, sie findet sich bei Roes (2001) und Keuchel, Roes, Goerres (2003).

5.2.3 Kompetenzentwicklung in der Pflege

Die Bedeutungsverschiedenheit des Begriffs „Kompetenz“ veranlasste Olbrich Kompetenz in der Pflege neu zu definieren. Als qualitative Studie auf der Basis der Grounded Theory (Glaser & Strauss 1998), analysierte die Forscherin Daten aus 55 Fragebogen und 12 Interviews, hinsichtlich der Beschreibung

bedeutungsvoller Pflegesituationen. Olbrich leitete daraus vier Dimensionen pflegerischen Handelns ab:

- regelgeleitetes Handeln
- situativ- beurteilendes Handeln
- reflektierendes Handeln
- aktiv ethisches Handeln

Aus diesen hierarchisch gestuften Handlungsdimensionen filterte Olbrich ein Begriffsbild von Pflegekompetenz heraus: „*Demnach ist Kompetenz begründet in vertiefter Wahrnehmung, in Beurteilung einer Situation mit ihren dazugehörigen Bezügen, in Reflexion, Empathie auf kognitiver und emotionaler Ebene*“ (Olbrich 2001, S.277).

Pflegekompetenz ist dabei bedingt durch die subjektiven Gegebenheiten der Pflegekraft und der gepflegten Person, durch die situativen Bedingungen des Pflegekontextes und durch die Dynamik dieser beiden Variablen.

Wie ist Pflegekompetenz lernbar? Wie entwickelt sich Pflegekompetenz? Diese Fragen beantwortete die Forscherin im nächsten Schritt ihrer Analyse. Olbrich (2001) unterscheidet fünf Lernebenen, nämlich:

- deklaratives Lernen (was man lernt)
- prozedurales Lernen (wie man lernt)
- konditionales Lernen (wo und wann das Gelernte angewendet wird)
- reflektives Lernen (warum wird gelernt)
- identitätsförderndes Lernen (Bedeutung der eigenen Person im Lernprozess)

Diese Lernebenen ordnet sie den verschiedenen Handlungsdimensionen zu, aus denen sich Pflegekompetenz zusammensetzt und beschreibt damit wie sich Pflegekompetenz entwickeln und fördern lässt. Wie die Handlungsdimensionen sind auch die Lernebenen hierarchisch gestuft. Demnach wird regelgeleitetes Handeln durch deklaratives und prozedurales Lernen erworben, situativ-beurteilendes Handeln durch konditionales Lernen, reflektives Handeln durch reflektives Lernen und schließlich aktiv- ethisches Handeln durch identitätsförderndes Lernen (nach Olbrich 2001, S.285).

Olbrich bringt durch ihre Analyse sehr deutlich zum Ausdruck, dass die vielschichtige Zusammensetzung von Pflegekompetenz ebenso differenzierte Lernprozesse benötigt, die eine weitaus höhere Anforderung an pädagogische Rahmenbedingungen und didaktische Unterrichtsgestaltung stellen, als dies sehr häufig im herkömmlichen Unterricht geschieht. Frontalunterricht, mit dem Ziel der reinen Wissensvermittlung, kann dem Anspruch, Pflegekompetenz zu lehren, nicht gerecht werden.

5.2.4 Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz

Jutta Dornheim, Jutta Busch, Ulrike Schulze und Gudrun Silberzahn- Jandt entwickelten ein Modell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege, das von der Robert Bosch Stiftung unterstützt worden war (Dornheim et al. 2003). Die Forscherinnen arbeiten an der Universität Osnabrück, Fachbereich Pflegewissenschaften, zusammen. Sie hatten, zwischen 1998 und 2002 ethnologisch weitergebildete Pflegekräfte von Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegestationen in Nordwest- und Südwestdeutschland, umfangreiches Material zu Interaktionseinheiten in der Pflege, mittels teilnehmender Beobachtung und nicht standardisierter Interviews, erheben lassen. Untersucht wurden Interaktionen von Pflegesituationen (Silberzahn- Jandt 2006). Das Datenmaterial bestand aus 520 Beobachtungsstunden und 11 qualitativen Interviews. Zur Auswertung waren qualitative Inhaltsanalysen, Rollenspiele, Bestimmung von Relevanzstrukturen, Rekonstruktion von Fällen, Erstellen von Deutungsmustern und die Auswahl markanter Situationsbeschreibungen herangezogen worden (nach Dornheim et al. 2003, S.113-114). Das Projekt folgte konsequent dem offenen Verfahren „Theoretisches Sampling“ (Glaser & Strauss 1998).

Die Autorinnen leiteten drei Kernaussagen aus dem Datenmaterial ab:

- es wird zwischen gelungenen und misslungenen Interaktionen unterschieden
- dabei ist der angemessene bzw. unangemessene Umgang mit Gefühlen das Unterscheidungskriterium
- Gefühle werden in Form von Handlungstypen direkt oder indirekt ausgedrückt.

Ausgehend von diesen Aussagen und Bezug nehmend auf die Protokolle der teilnehmenden Beobachtung entwickelten Dornheim et al. (2003) ein Interaktionsmodell zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden (Dornheim et al. 2003, S.109). Entstanden sind Module für die Erstausbildung in der Krankenpflege, Altenpflege und in der ambulanten Pflege. Die Module werden benannt nach dem jeweils zu Grunde liegenden Handlungstypus (z.B. Lachen und Scherzen; z.B. Alles versuchen und nichts verstehen; z.B. Aus dem Feld gehen). Der Zeitaufwand liegt bei mindestens acht Unterrichtsstunden pro Modul.

Die Strukturelemente eines Moduls sind:

- situativer Hintergrund (schweigendes Wissen)
- Handlungsdimension (direkt oder indirekt)
- Handlungstypus (siehe Modulname)
- Ausdrucksformen (z.B. Verfremdung, Übertreibung)
- Ziele für die Förderung der kommunikativen Kompetenz
- Bearbeitungsmethoden
- Ergebnisdarstellung.

(nach Dornheim et al. 2003).

Die pädagogische und didaktische Einordnung dieses Modells wird von den Autorinnen selbst vorgenommen. Sie orientieren sich an der kritisch-konstruktiven Didaktik Klafkis und sie begreifen Lernen als sinnhaft-verstehendes und entdeckendes Lernen (Dornheim et al. 2003, S.116).

Am Beispiel des Moduls „Lachen und Scherzen“ machen Dornheim et al. ihr Vorgehen deutlich. Beginnend mit einer Fallrekonstruktion aus dem Datenmaterial sollen SchülerInnen Unterschiede zwischen Beobachtungsdaten und Interviewdaten herausarbeiten. Zweitens soll der situative Hintergrund der Interaktion beleuchtet werden. Drittens gilt es die Handlungsdimensionen (direkt oder indirekt) zu bestimmen und viertens den zu Grunde liegenden Handlungstypus und dessen Ausdrucksformen zu erfassen. Fünftens schließt sich die Erarbeitung alternativer Situationsverläufe an, wobei die SchülerInnen an dieser Stelle persönliche Erfahrungen einbringen sollen (Dornheim et al.

2003, S.122). Als sechster Schritt werden gemäß der didaktischen Orientierung die Lernziele der Einheit mit den SchülerInnen diskutiert. Als letzter Unterrichtsschritt gilt die Ergebnisdarstellung der Bearbeitung, einschließlich der Feststellung verbleibender Defizite.

Zur Unterrichtsdurchführung schlagen die Autorinnen die gleichen Methoden vor, die sie selbst zur Auswertung ihres Datenmaterials benutzt haben, wobei sie die Hinzuziehung weiterer Methoden wie z.B. das Szenische Spiel, für möglich halten (Dornheim et al. 2003, S.122).

Bei den Vorschlägen der Unterrichtsmethoden werden die Diskrepanzen zwischen den beschriebenen pädagogischen Zielen und den tatsächlichen Lehr- Lernprozessen sehr deutlich sichtbar. Sollte auf der einen Seite ein ganzheitliches, entdeckendes Lernen das pädagogische Ziel sein, so werden auf der anderen Seite die SchülerInnen überwiegend zur Analyse, Diskussion, Bewertung, Feststellung und zum Vergleich angeregt. Ein sehr kognitionslastiges Vorgehen, das den SchülerInnen erstens nur an vorbestimmten Stellen der Moduleinheiten einräumt, eigene Erfahrungen einzubringen, (Dornheim et al. 2003, S.122) und zweitens den Interaktionsinhalten, Umgang mit Gefühlen in der Pflegesituation, die reine „Kopfarbeit“ als Instrument gegenüberstellt. Der lediglich in Klammern gesetzte Hinweis auf das Szenische Spiel, das den vorgegebenen pädagogischen und didaktischen Zielen am besten entsprechen würde, steht in sehr untergeordneter Rolle, im Vergleich zu den kognitionsbetonten Verfahren (Inhaltsanalyse, Bestimmung von Relevanzstrukturen u.ä.).

Bereits bei der Darstellung der Module und deren Strukturelemente wird die starke intellektuelle Zentrierung deutlich, die an einigen Stellen so weit geht, dass durch sprachliche Verkomplizierung und fachsprachliche Überbetonung manche Aussagen eher verschleiert, als konkretisiert werden. Dornheim et al.: „*Interaktive Funktionen sind nur an jeder einzelnen Ausdrucksform und ihrem konkreten Kontext bestimmbar, deshalb ist hier eine Schritt-für-Schritt-Inhaltsanalyse angezeigt. „Schritt-für-Schritt“ heißt, dass die **Kodiereinheit** die Größe der Schritte bestimmt und zu Beginn der Analyse festgelegt werden muss. Auch empfiehlt es sich die **Kontexteinheit** zu bestimmen. Während die Kodiereinheit festlegt, welches der **kleinste** Materialbestandteil sein soll, der ausgewertet werden darf, bestimmt die Definition der Kontexteinheit, welches*

der größte Textbestandteil sein soll, der herangezogen werden darf. Im Fall unseres Beispiels ist angezeigt, die Kodiereinheit als ‚Satz‘ zu bestimmen ...“ (Hervorh. im Original) (Dornheim et al. 2003, S.121).

Wie soll ein Aus- und Weiterbildungsmodell in der Praxis Anwendung finden, wenn einerseits durch sprachliche und fachbegriffliche Verschlüsselung der Zugang für Lehrende und AnleiterInnen erschwert wird und wie sollen in einem solchen Modell die Lerninhalte von der Theorie in die Praxis übertragen werden, wenn die Ausbildungsform derartig kopflastig ist? Um die Praxisrelevanz transparent zu machen, bedarf es hier einiger Übersetzungsschritte, die die SchülerInnen dabei selbst leisten müssten. Wie ist mit dem Aspekt der Motivation umzugehen, wenn SchülerInnen ihre eigenen Erfahrungen nur an vorgegebenen Stellen einbringen dürfen und sie sich ansonsten mit der Analyse und Diskussion befassen sollen?

Trotz überzeugender Ideen und der sehr beeindruckenden empirischen Vorarbeit, muss der Nutzen eines solchen Modells an einer gut verständlichen Anwendbarkeit, der Theorie- Praxisverknüpfung und der ganzheitlichen Lernmöglichkeit gemessen werden. Dabei verbleiben schwerwiegende Defizite. Die Bewertung dieses Bildungsmodells basiert auf der Darstellung in der Zeitschrift Printernet, die lediglich einen Überblick über das Modell vermitteln will und auf Vollständigkeit verzichtet.

5.2.5 Integrierte Pflegeausbildung in Bremen

Von 2000 bis 2003 absolvierten 21 TeilnehmerInnen, in einer integrierten Form, unter der wissenschaftlichen Leitung von Stefan Goerres, ihre Erstausbildung zur Kranken-, Alten- oder Kinderkrankenpflegekraft. An eine zweijährige gemeinsame Ausbildung (Charakter der integrierten Form) schloss sich die jeweils spezifische einjährige Ausbildung an. Innovativ war an diesem Modellprojekt der Einsatz von Assessment Centern zur Bewerberauswahl und die Gründung einer so genannten Praxis AG, in der sich alle an der Ausbildung Beteiligten (LehrerInnen, PraxisanleiterInnen, MentorInnen) zusammenschlossen und so für die Theorie- Praxis- Vernetzung sorgen sollten. Neu waren weiterhin, die enge Kooperation der Schulen mit den Praxisorten (verschiedene Lernorte) und die Vielfalt von Praxiseinsätzen. Neben den klassischen Praxisbereichen der stationären, teilstationären und ambulanten

Pflege, waren die Auszubildenden in Einrichtungen der Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Prävention eingesetzt. Als innovativ bezeichnen die ForscherInnen das neu entwickelte Curriculum (Goerres et al. 2003, S.92), das sich auf Klafkis didaktische Überlegungen bezieht, lernfeldorientierten Modulcharakter aufweist und den Schwerpunkt auf die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen legt. Schlüsselqualifikationen werden hier ebenfalls als fachliche, methodische, sozial- kommunikative und personale Kompetenzen verstanden. Das Curriculum beschreibt einen prinzipiellen Perspektivenwechsel in der Betrachtung von Kranksein, nämlich weg von dem Paradigma der Pathogenese, hin zum Paradigma der Salutogenese.

Die Evaluation des Projekts erbrachte für die ForscherInnen ermutigende Ergebnisse, gerade im Hinblick auf den Erwerb von Schlüsselqualifikationen. Lediglich die methodische Kompetenz konnte nicht ausreichend vermittelt werden, wie Befragungen der SchülerInnen, LehrerInnen und PraxisanleiterInnen ergaben. Probleme hatten die Lehrenden mit dem neuen Curriculum deshalb, weil sie, laut eigener Angabe, eine zu kurze Einführungs- und Einarbeitungszeit bekamen.

Als abschließende Bewertung halten Goerres et al. (2003) den Modellversuch für erfolgreich, beantragten eine Follow- Up- Studie und verfolgen nun das Ziel innovative Veränderungsprozesse in anderen Pflegeschule anzustoßen und zu fördern.

5.2.6 Integrierte Ausbildung von Kranken- und Altenpflege

Wolfgang Becker vom BIBB widerspricht Forschungsdesigns zur Pflegeausbildung, die die integrierte Ausbildungsform mit der Begründung befürworten, die Krankenpflege und Altenpflege seien sich im Ansatz sehr ähnlich und deshalb in einer Grundausbildung gemeinsam zu unterrichten. Für Becker (2003) werden dabei die unterschiedlichen Profilbildungen von Krankenpflege und Altenpflege vernachlässigt. Altenpflege mit einem gerontologischen Profil und Krankenpflege mit einem auf Gesundheitsförderung ausgerichteten Profil, können nach Beckers Ansicht durchaus gemeinsam unterrichtet werden, aber nicht nach dem bisher üblichen Schema von zwei gemeinsamen Ausbildungsjahren und daran anschließend einem Spezialisierungsjahr. Vielmehr werden in dem vom BIBB seit August 2003

durchgeführtem Modellprojekt in Brandenburg, mit 50 Auszubildenden, im ersten Ausbildungsjahr die profilbildenden Inhalte des jeweiligen Pflegefaches unterrichtet (Spezialisierung) und im zweiten und dritten Jahr die verbindenden, gemeinsamen Pflegeinhalte (Generalisierung). Für Becker (2003) erschließen sich die Gemeinsamkeiten der Pflege erst dann, wenn jedes Pflegefach seine Spezialisierungen herausgearbeitet hat. Seit 2002 gibt es in der Altenpflegeausbildung ein vom BIBB entwickeltes theoretisches und praktisches Curriculum, mit dem Kennzeichen der Profilbildung, das seitdem im Saarland eingesetzt wird und auch für den hier zu beschreibenden Modellversuch in Brandenburg Anwendung findet. Für die Krankenpflege übernimmt „*das BIBB neben der Curriculumsentwicklung insbesondere die projektbegleitende berufspädagogische Unterstützung, aller an der Ausbildung Beteiligten, die wissenschaftliche Begleitung des Ausbildungsprozesses, sowie die Evaluation des Ausbildungsgeschehens, mit dem Ziel am Ende politisch wirksame Handlungsvorschläge unterbreiten zu können*“

(www.bibb.de/redaktion/krankenpflege/konzept/konzept_index.htm; S.2 [27.11.2006]).

Standards der Curricula des BIBB sind Lernfeldstruktur, Lernzielorientierung und das Ausbildungsziel „Handlungskompetenz“. In diesen Standards deckt sich das Modellprojekt des BIBB mit den Ansätzen von Goerres (2003), Oelke & Menke (2002) und Müller & Koeppe (2003a).

Ergebnisse des Brandenburgischen Projekts sind bis zu diesem Zeitpunkt (26.11.2007) noch nicht veröffentlicht.

5.3 Neue Ansätze der Didaktik der Pflege

5.3.1 Begriffsbestimmung

„In den vorliegenden Arbeiten fällt zunächst eine recht unterschiedliche Begriffsbestimmung ins Auge, die als Ausdruck der derzeitigen Positionierung einer sich entwickelnden Didaktik der Pflege bewertet werden kann. Dabei geht es um Begriffe wie ‚Fachdidaktik Pflege‘, ‚Didaktik der Pflege‘, ‚Pflegedidaktik‘ oder ‚Pflegeberufsfelddidaktik‘“ (Ertl- Schmuck 2003, S.51-52).

Diese begriffliche Verwirrung wird auch von Wittneben (2003) beklagt. Sie grenzt die allgemeine Didaktik, als Forschungsgegenstand der Erziehungswissenschaften, von Fachdidaktiken ab, die sich üblicherweise auf

eine klar abgrenzbare Fachwissenschaft beziehen und somit Erziehungs- und Fachwissenschaft integrieren. Für die Pflege ist der Begriff Fachdidaktik nicht angemessen, da sie nach wie vor keine wissenschaftlich klar abgegrenzte Disziplin, mit eindeutiger theoretischer Fundierung, ist (Ertl- Schmuck 2003). Wittneben (2003) nennt darüber hinaus noch weitere Probleme, die der Etablierung einer Fachdidaktik zuwider laufen. Dazu gehört der nach wie vor äußerst unbefriedigende Theorie- Praxis- Transfer. Wittneben spitzt ihre Erfahrungen in der Formulierung zu, dass in der Krankenpflegeausbildung die **Zusammenhanglosigkeit** von theoretischem Wissen und Praxis erfahrbar sei (Wittneben 2003, S.183). Ebenso drastisch bringt die Wissenschaftlerin eine andere Problematik zum Ausdruck, nämlich die so genannte **irrationale Ausbildungsideologie**, die besagt: „Wir haben das immer schon so gemacht“. Beide Problemfelder müssten einer Lösung zugeführt werden, wollte man, im Sinn von Wittneben, von einer Fachdidaktik der Pflege sprechen.

Im Unterschied zu anderen Fachdidaktiken fließen ins Wissenschaftsfeld Pflege weitere Wissensbereiche mit ein und zwar die Erkenntnisse korrespondierender Wissenschaften und die Erkenntnisse der Pflegepraxis, die ebenso Berücksichtigung finden müssen.

Als Konsequenz aus dieser Problemlage spricht Wittneben von einer Pflegedidaktik und gemäß ihrer Forschungserkenntnisse von einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik.

5.3.2 Kritisch- konstruktive Pflegelernfelddidaktik

Das Pädagogik- und Didaktikverständnis von Karin Wittneben ist in besonderer Weise von den Vorstellungen der kritisch- konstruktiven Didaktik von Wolfgang Klafki und der „Theorie des kommunikativen Handelns“ von Jürgen Habermas geprägt. Entsprechend gründet sie ihre Forschungsaktivitäten auf Bildungsziele wie Mündigkeit, Reflexions- und Argumentationsfähigkeit (Wittneben et al. 2007). Durch die Zusammenarbeit mit Karin Windfelder und Irma Walkling-Stehmann integriert sie auch subjektorientierte und konstruktivistische Perspektiven in ihre Arbeiten.

Das heuristische Didaktikmodell von Wittneben zentriert sich auf eine multidimensionale Patientenorientierung. Der Aufbau besteht aus einer hierarchischen Stufengliederung. Die niedrigste Stufe der Patientenorientierung

nennt Wittneben (2003) die Dimension der Krankheitsorientierung. Dabei wird Pflege als eine von der Medizin abhängige Disziplin verstanden, die in ihrer Verrichtungsbezogenheit lediglich die Verordnungen der Ärzte ausführt. Auf dieser Stufe herrscht ein starker Bezug zu Krankheitssymptomen vor, sodass Pflege zudem als genaue Überwachung des Symptomverlaufs verstanden wird. In ihrem Modell bringt Wittneben Krankheitsorientierung, mit ausgeprägter Verrichtungs- und Symptombezogenheit, in die Nähe von Patientenignorierung, als Negativpol auf der Skala der Patientenorientierung.

Die Dimension der verhaltensbezogenen Patientenorientierung steht auf der Stufenhierarchie über der Krankheitsorientierung und bewegt sich damit von der Ignorierung der Patienten weg, hin zu einer größeren Patientenorientierung. Im Mittelpunkt einer solchen Pflegeauffassung steht die Patientenschonung in Diagnostik und Therapie. Pflegende bemühen sich Patienten durch Eingriffe auf ihre Befindlichkeit möglichst zu schonen.

Die höchste Stufe der Patientenorientierung bildete für Wittneben die Dimension der Handlungsbezogenheit. Das vorherrschende Pflegeverständnis ist als Anregung zur Selbstpflege und als Suche nach Ressourcen gekennzeichnet. An dieser Stelle erklärt Wittneben ihre gedankliche Nähe zu dem Konzept von Dorothea E. Orem (General comprehensive theory of nursing 1985). Wittneben beschäftigte sich damit, Orems Pflegebegriffe in passende deutsche Formulierungen zu übertragen.

Als Analyseinstrument nutzte die Forscherin ihr Theoriemodell, um in verschiedenen Einrichtungen die dort übliche Ausbildungsform bezüglich Patientenorientierung zu überprüfen. Drei von drei untersuchten Einrichtungen wiesen eine geringe Patientenorientierung, dafür eine ausgeprägte Medizinorientierung auf (Wittneben 2003, S.119-170).

Das ursprünglich in drei Stufen gegliederte Modell, das von Wittneben 1991 erstmals veröffentlicht wurde, erfuhr durch ihre eigene Weiterarbeit und durch Untersuchungen anderer ForscherInnen Erweiterungen und Ergänzungen (Wittneben 2003, S.104-107). Dementsprechend fand sich unterhalb der Krankheitsorientierung eine noch niedrigere Stufe der Patientenorientierung, nämlich die Ablauorientierung.

Als bestim mend für die Patientenorientierung erkannte Wittneben die Kommunikations- und Interaktionsorientierung und die Berücksichtigung

interkultureller Bezüge. Diese Aspekte vertiefte die Wissenschaftlerin in ihrer weiteren Arbeit und stellte als Kernelement die Empathiefähigkeit heraus. Unter Empathie versteht Wittneben die affektive Erregbarkeit einer Person durch Andere, die Differenziertheit und Sensibilität für das Erkennen von Affekten und die Bereitschaft zur Erweiterung von Rollenübernahmen. Neben Empathiefähigkeit zählt ebenso kritische Reflexionsfähigkeit zur Kommunikation, die wiederum das Niveau der Patientenorientierung prägt. Als Methoden, um solche Fähigkeiten zu erwerben schlägt Wittneben unter anderem das Szenische Spiel vor (Wittneben 2003, S.282).

Die Forscherin realisiert ihren didaktischen Ansatz über Lernfelder, die sie aus Handlungssituationen ableitet. Dazu bezieht sie sich auf Erfahrungsberichte aus der Berufspraxis, die die SchülerInnen erstellen, so dass konkrete Handlungserfahrungen in die Unterrichtsgestaltung einfließen. Wittneben, Windfelder & Walkling- Stehmann (2007) entwickelten ein Curriculum, das zu den Inhalten auch Lehr- und Lernarrangements bereit stellt und eine konkrete Unterrichtsgestaltung ermöglicht. Seit 12/2000 wird dieses Curriculum an einem Schulzentrum für Krankenpflege in Hannover erprobt.

Die zu Grunde gelegten Bildungsziele weisen Ähnlichkeiten zu den Schlüsselqualifikationen auf, sind jedoch noch weiter differenziert. Pflegeberufliche Handlungskompetenz als Bildungsziel beinhaltet nach Wittneben (2003):

- Fachkompetenz
- Personenkompetenz (bezogen auf andere)
- Selbstkompetenz (Selbstständigkeit, Selbstreflexionsfähigkeit, Kritikfähigkeit)
- Sozialkompetenz
- Moralkompetenz
- Methodenkompetenz
- Lernkompetenz

Die Bedeutung von Wittnebens Forschungsarbeiten ist hoch einzuschätzen. Ihre Nähe zur Berufswirklichkeit und dabei insbesondere zur erlebten Berufswirklichkeit der SchülerInnen zeichnet das Modell aus. Dabei steht die

bildungstheoretische und in Wittnebens Sinn die bildungskritische Betrachtung keineswegs im Hintergrund, sondern beherrscht alle Dimensionen des Modells. Eine Auszeichnung sollte die kritisch-konstruktive Pflegelernfelddidaktik auch deshalb erfahren, weil sie sich im Verlauf der knapp 20 Jahre seit der Veröffentlichung, neuen Erkenntnissen gestellt hat und Integrationen vornehmen konnte.

5.3.3 Subjektorientierter Ansatz

Die Pflegewissenschaftlerin, Roswitha Ertl-Schmuck, entwickelte ein pflegedidaktisches Modell unter subjekttheoretischer Perspektive. In ihrer langjährigen Praxis als Pflegende und Dozentin, in der Aus- und Weiterbildung erlebte sie eine zunehmende Unzufriedenheit über die Qualität der Ausbildung (Ertl-Schmuck 2000, S.20). Dabei richtete sie ihre Kritik sowohl auf die erlebten Widersprüche zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung als auch auf die Widersprüche zwischen einer weit verbreiteten „Belehrungsdidaktik“ im Unterricht und die an Pflegende gestellten Ansprüche, eine patientenbezogene, Autonomie fördernde Pflege zu realisieren. Auszubildende befinden sich auf weiten Strecken ihrer Ausbildung in dem ständigen Rollenkonflikt zwischen Lernenden und Arbeitskräften. Als Arbeitskräfte müssen sie den meist knappen Stellenplan ergänzen, ohne Rücksicht auf den Stand ihrer Ausbildung.

Gleichzeitig werden Auszubildende, im herkömmlichen Lehr-Lernverständnis, häufig zu Objekten im Lernprozess, ohne Anspruch darauf sich an ihrem Lernprozess selbstgesteuert zu beteiligen. Dabei sollen sie die Sensibilität einer selbst bestimmten Pflege entwickeln, um dem vielfach vorgestellten Leitbild einer Autonomie fördernden Pflege zu entsprechen. Widersprüche also, die die Auszubildenden selbst nicht lösen können.

Ertl-Schmuck leitete aus diesen Überlegungen und Analysen einen Ansatz ab, der als subjektorientiert bezeichnet werden kann. Dabei werden Pflegende, Auszubildende, Lehrende und Gepflegte als Subjekte aufgefasst, die in ihrer Handlungsfähigkeit prinzipiell als selbstbestimmt zu verstehen sind. Gesellschaftliche, soziale und biologische Einflüsse, die als Fremdbestimmung auf jedes Subjekt einwirken, werden von Ertl-Schmuck nicht ignoriert, sondern als Ausgangspunkt betrachtet, um durch geeignete Prozesse zu einer größtmöglichen Selbstbestimmung zu gelangen. Die Überführung zur

Selbstbestimmung gelingt durch die Vermittlung einer kritisch-reflexiven und sozial-kommunikativen Handlungsfähigkeit. Die Prozesse werden in ihrem Didaktikmodell dargelegt.

Ertl-Schmucks pflegedidaktisches Modell basiert auf einer Studie, in der sie DozentInnen und StudentInnen von 11 Weiterbildungsstätten, Fachhochschulen und Universitäten mittels Fragebogen und Interview befragte. Diese Einrichtungen qualifizieren jeweils zur Pflegelehrkraft. Die Fragen fokussierten die Pflegedidaktik in der Ausbildung, die Umsetzung in der jeweiligen Einrichtung und die persönlichen Vorstellungen dazu (Ertl-Schmuck 2000, S.224). Aus den Befunden dieser Befragungen leitete Ertl-Schmuck eine Didaktik subjektorientierter Erwachsenenbildung ab. „*In einer Didaktik subjektorientierter Erwachsenenbildung als der gezielten Organisation von Aneignungsprozessen muß es folglich darum gehen, den Lernsubjekten die selbständige und eigenverantwortliche Aneignung von Wissen, Erkenntnissen und Fertigkeiten zu ermöglichen und sie auf diesem immer wieder von Hindernissen und Widerständen, die zu einem großen Teil in dem zu lernenden Subjekt selbst liegen, bedrängten Weg zu begleiten*“ (Ertl-Schmuck 2000, S.262).

Dabei wählte sie ihr Vorgehen so, dass sie aus pflegerischen Handlungsfeldern Lernerfordernisse ableitet und dazu Lehr- und Lernziele formuliert. Als Beispiele mögen nonverbale und verbale Kommunikationsfähigkeit, Empathiefähigkeit, Toleranzbereitschaft und moralische Urteilsfähigkeit dienen (vgl. Ertl-Schmuck 2000, S.276).

Im nächsten Schritt begründet sie anhand der Lehr- und Lernziele konkrete Inhalte, die den Auszubildenden in der Pflege zu vermitteln sind (Ertl-Schmuck 2000, S.278-280). Methodisch stellt die Pflegewissenschaftlerin den Lehr-Lernvertrag als wesentlichen Bestandteil einer subjektorientierten Pflegedidaktik in den Mittelpunkt. Daneben gibt es für sie die „Begleitung“ als Prinzip für Theorie und Praxis. „*Lehren als Begleitung meint die Unterstützung selbstbestimmten Lernens*“ (Ertl-Schmuck 2000, S.284).

Eine Vielzahl von Konsequenzen für die Ausbildung zur PflegelehrerIn schlussfolgert die Autorin aus ihren Studienergebnissen. Bemerkenswert dabei ist die Überlegung PflegelehrerInnen für die Theorie und die Praxis gleichermaßen auszubilden und lediglich Schwerpunktsetzungen zu

gewährleisten, anstatt die bisher übliche Trennung von PflegelehrerIn und PraxisanleiterIn weiter zu verfestigen.

In einer zusammenfassenden Bewertung ist zunächst die sehr ausführliche und nachvollziehbare theoretische Einführung zur subjektorientierten Perspektive zu nennen. Ein vielfältig begründeter Ansatz, der in seiner Relevanz für die Pflegeausbildung eindringlich und überzeugend dargestellt ist. Dagegen bleibt die Formulierung einer Pflegedidaktik oftmals an der Oberfläche stehen und lässt Erwartungen an eine praktische Ausrichtung unerfüllt. Trotzdem weisen die ethischen Überlegungen zur subjektorientierten Perspektive, insbesondere die Implikationen hin zu einer kritisch-reflexiven Handlungsfähigkeit und einer Selbstbestimmung, eine große Nähe zum Konzept der Autorin auf. Den Gedanken der „Begleitung“, als Prinzip für Theorie und Praxis, wird von der Autorin weiter entwickelt.

5.3.4 Deutungslernen

Anders, als es der Nürnberger Dichter, Georg Philipp Harsdörffer, im 17.Jh. mit seinem so genannten „Nürnberger Trichter“ meinte, dass nämlich jedem, auch dem Dümmlsten, mit dem Trichter Wissen „eingetrichtet“ werden könne, versteht sich das Deutungslernen. Wenn die „Trichtermethode“ auch eher scherhaft gemeint war, so hielt oder hält sich, vielleicht sogar bis in die Gegenwart, die dahinter verborgene Meinung, jeder könne alles lernen, wenn nur die Methode stimme, sehr hartnäckig.

Das Deutungslernen macht von dieser Auffassung eine radikale Abkehr. Lernen erfolgt in diesem Sinn durch den Filter individueller Wahrnehmung und individuellen Vorwissens. Gelernt wird nicht das, was gelehrt wird, sondern das, was der Lernende mit seinem subjektiven Erfahrungshintergrund wahrnimmt und auffasst. Lerninhalte müssen am Wissens- und Erfahrungsnetz des Lernenden anknüpfen. Sie sind durch seine selektive Wahrnehmung gefiltert. Schüßler (2000) versteht in ihrem Konzept unter Deutungslernen die geplante Unterstützung der Selbstaufklärung der Lernenden, mit Hilfe diskursiv-reflexiver Verfahren (Schüßler 2000, S.110). Das Deutungslernen, als Ansatz situierten Lernens, ist zu verstehen, als Abhängigkeit des Erkenntnisgewinns und des Wissenserwerbs durch die Deutungsmuster der Lernenden. „*Der Mensch erkennt die Welt nicht wie sie ‚wirklich‘ ist, sondern wie sie ihm*

erscheint, wie er sie auf der Grundlage seiner Erfahrung deutet“ (Schüßler 2000, S.127). Unter der Prämisse, dass es keine „objektive Wirklichkeit“ gibt, sondern lediglich subjektive Konstruktionen davon, kann Lernen verstanden werden, als Anknüpfung an bestehende individuelle Deutungsmuster. Deutungsmuster sind Strukturen, die den „Filter“ zwischen äußerer Lernsituation und den subjektiven Wahrnehmungen darstellen. Sie sind biografisch und sozial geprägt und liefern den Begründungsrahmen für das Handeln einer Person (Ried 2001).

Um eine Anknüpfung an die subjektiven Deutungsmuster zu erreichen bedarf es der Reflexionskompetenz. „Der Reflexionsprozeß kann allerdings in einer Bildungsveranstaltung nicht dadurch in Gang gesetzt werden, daß vom Lehrenden vorab geplante Wissenselemente präsentiert werden und auch nicht dadurch, daß Lernende sich selbst überlassen bleiben, sondern Voraussetzung ist ein dialogisches Verfahren, das zu einer Perspektivenverschränkung von Lehrenden und Lernenden führt“ (Schüßler 2000, S.115). Mit Perspektivenverschränkung ist reflexives Lernen gemeint, das anerkennt, dass wissenschaftliches Wissen und Alltagswissen gleichberechtigt sind und am Ende des Lernprozesses nicht eine einheitliche Meinung vorherrschen muss, sondern durchaus unterschiedliche Standpunkte, die aber in ihrer Begründung nachvollziehbar geworden sind.

Folgende Voraussetzungen nennt Schüßler für diese Form des Lernens:

- alle Teilnehmer beteiligen sich am rationalen Diskurs
- Lehrende und Lernende sind gleichberechtigt
- Lehrende und Lernende sind zur Selbstreflexion befähigt
- zwischen Lehrenden und Lernenden wird eine Metakommunikation in Gang gesetzt

(nach Schüßler 2000, S.116-117)

In diesem sehr verkürzten Überblick über das Deutungslernen lassen sich bereits erste Parallelen zu dem Konzept der Autorin erkennen. Der Erwerb von Kompetenzen bildet das jeweils zentrale Element und nicht die Ausführung von bestimmten Verhaltensweisen, die unabhängig vom Lehr- Lernprozess festgelegt und erwartet werden. Dabei nimmt die Reflexionskompetenz, bzw.

die Reflektiertheit, eine besondere Stellung ein. Wirklichkeit wird nicht als fotografische Abbildung im Individuum reflektiert, sondern als subjektive Deutung, die durch Interaktionsprozesse (z.B. im Lehr- Lernprozess) vermittelt wird.

Im II. Teil dieser Arbeit, Kap. 3.2.3, wird nochmals auf die Nähe zum Deutungslernen verwiesen.

5.3.5 Pflegedidaktische Grundlagentheorie

Als pflegedidaktische Grundlagentheorie, für das Lehren und Lernen im Fokus der Pflegepraxis bezeichnen Fichtmüller & Walter ihr Theoriewerk, das sie aus empirischen Studien abgeleitet haben. „*Zentrales Ziel der Arbeit ist die Generierung einer pflegedidaktischen Theorie. Die Theorie soll Wirkungszusammenhänge des Lehrens und Lernens von Pflege in ihren institutionellen Bedingungen darstellen*“ (Walter & Fichtmüller 2003, S.271). Entstanden ist ein umfangreiches Theoriewerk von über 700 Seiten, das die explizite Theoriedarstellung auf neun Seiten komprimiert.

Das methodische Vorgehen basiert auf der „Grounded Theory“ von Glaser & Strauss. Dieses ermöglicht die Generierung von Theorien in prozesshafter Weise, auf der Basis von Datenerhebungen, die mittels ständigen Vergleichens (komparative Analysen) zu Ableitungen von Kategorien führen. Die Zusammenfassung der aus der empirischen Arbeit gefundenen Kategorien erlaubt eine Theoriebildung (Glaser & Strauss 1998). „Grounded Theory“ ist demnach eine induktive Vorgehensweise.

Fichtmüller & Walter (2007) realisieren dieses Verfahren über Daten aus Interviews, teilnehmender Beobachtung und Lerntagebüchern. Die ermittelten Kategorien differenzieren sie in Kernkategorien (z.B. pflegerische Einzelhandlungen; Pflegearbeit organisieren lernen am Lernort Pflegepraxis), in Kategorien mittlerer Ebene (z.B. aufmerksam sein; Urteilsbildung lernen) und in quer liegende Kategorien (z.B. Theorie- Praxis- Verhältnis; Kondensstreifen des Wissens; Lernatmosphäre).

Die Zusammenfügung der Kategorien zur Theorie beschreibt die Einflussfaktoren auf das Lernen anhand der Lernatmosphäre, des Erwartungshorizonts der Lernenden, vorhandener Modelle, einer Begleitung, kondensierten Wissens, aufmerksam sein, explizites Wissen und weitere Elemente. Das Erleben von Handlungsproblematiken im Praxisalltag, was

sowohl fremd- als auch selbstinduziert sein kann, ist einerseits von den genannten Faktoren und andererseits vom Lerngegenstand selbst abhängig. Von dieser Ausgangslage aus können Lernende drei Lernmodi entwickeln:

- exkludiertes Weiterhandeln
- Lernen mit Lernstrategien
- Lernen durch integrierendes Handeln

Längerfristig kann Lernen durch integrierendes Handeln zur Routinebildung führen.

Die Bedeutung von Reflexionen im Pflegehandeln schätzen Fichtmüller & Walter eher gering ein. „*Im Anschluss an die Handlung erfolgt bisweilen ein Reflektieren der Handlung, in dessen Folge mitunter eine nachträgliche Handlungsproblematik induziert wird. Diese Reflexion kann selbst- oder fremdinduziert sein und kann lernortübergreifend erfolgen*“ (Fichtmüller & Walter 2007, S.666).

Als förderliche Bedingungen für das Auftreten von Reflexionen identifizieren die Forscherinnen eine Praxisbegleitung, aufmerksam sein, eine positive Lernatmosphäre und eine hohe Wertigkeit des Lerngegenstandes.

5.4 Pflegeberufliche Bildungsansätze

Die Auffassung, dass Qualitätsentwicklung in der Pflege über pflegeberufliche Bildung (Erst- und Weiterbildung) erfolgen soll, wurde bereits vor mehr als 10 Jahren formuliert. Becker (1996) vertrat zu der damaligen Zeit die pessimistische Haltung, dass einzelne Reformansätze in der Altenpflegeausbildung keine qualitätssteigernde Wirkung erzielen würden, da die Kluft zwischen den praktischen Ansprüchen an Pflege und den durch die Ausbildung erworbenen Kompetenzen nur durch grundsätzliche Neustrukturierung der Ausbildung zu überwinden sei. Becker (1996) favorisierte eine berufsfeldbreite, integrierte Pflegeausbildung, gemäß Schlüsselqualifikationen. Die Diskrepanz zwischen beruflichen Anforderungen und den in der Ausbildung vermittelten Wissensbeständen, die Becker schon 1996 konstatierte, hat sich in den folgenden Jahren weiter vergrößert. Allerdings nicht unbeobachtet von Experten, die ihre Erkenntnisse in den dritten Altenbericht für

die Bundesrepublik Deutschland einbrachten (BMFSFJ 2001). Der Bedeutung der Ausbildung für die Qualität der Pflege wird in einem eigenen Kapitel Rechnung getragen und es wird auf Ergebnisse von laufenden Modellprojekten verwiesen. Der Erfolg des ersten Modellversuchs zur gemeinsamen Ausbildung von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege (teilintegrierter Ansatz), wird als Argument zur Reformforderung für die Ausbildung herangezogen (BMFSFJ 2001, S.146).

Gemeint ist das Projekt von Oelke & Menke, das im sechsten Kapitel näher dargestellt wird. Leider blieben diese Forderungen lange Zeit ohne Folgen.

Die große Bedeutung von Wissen und Bildung in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege unterstreicht auch Dornheim et al. (2003) und bezeichnet Wissen als wichtigsten Produktions- und Wertschöpfungsfaktor. Damit wird für Dornheim das Bildungssystem, auch das pflegeberufliche, zur gesellschaftspolitischen Schlüsselfunktion. Für die Pflege bleibt dabei noch sehr viel zu tun, gemessen an den Ansprüchen Dornheims.

Kritisch wird die Ausbildungssituation in der Pflege auch von den Experten der Robert Bosch Stiftung (RBS) gesehen.

„Den damit verbundenen neuen und höheren Anforderungen an die Pflegekräfte kann durch gegenwärtige Formen des Lehrens und Lernens nur noch unzureichend Rechnung getragen werden. Auch dann nicht, wenn die Pflegetechniken im großen und ganzen befriedigend beherrscht werden. Vielmehr besteht gegenwärtig eine deutliche Diskrepanz zwischen den objektiven Erwartungsanforderungen an die Pflege und den Formen, Inhalten und Transfermöglichkeiten der Pflegeausbildung. Diese Situationen erfahren Lehrende, Lernende und auch die Beschäftigten in der Praxis häufig als unbefriedigend.“

Die Reduktion dieser Dissonanz kann auf zweierlei Arten erfolgen: zum einen durch den Erwerb neuen fachbezogenen Wissens; und zum zweiten – und dies scheint genauso wichtig zu sein – durch das Erlernen von Fähigkeiten, um dieses neu erlernte Wissen auch in den Pflegealltag umsetzen zu können. Es geht also nicht nur um die Vermittlung von Fachkompetenz, sondern auch um die Aneignung extrafunktionaler Fähigkeiten“ (RBS 2001, S.294).

In ihrer Denkschrift „Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ wurde deshalb ein neues Ausbildungskonzept für die Pflege entwickelt. Im Folgenden findet sich darüber eine kurze Zusammenfassung.

Oelke & Menke (2002a), die Autorinnen des ersten Modellversuchs zur teilintegrierten Ausbildung, interpretieren die Verflechtung von Qualität in der Pflege und Pflegeausbildung noch differenzierter.

„Qualitätsentwicklung und –sicherung in der pflegeberuflichen Bildung ist eine wichtige Voraussetzung, um die weiter steigenden Anforderungen im Berufsfeld Pflege bewältigen zu können. Erst eine hohe fachliche, methodische, sozial- kommunikative und personale Qualifizierung versetzt professionell Pflegende in die Lage, flexibel und verantwortlich mit unterschiedlichen und sich wandelnden Bedarfen und Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen umzugehen. Darüber hinaus dürften qualitativ hochwertige Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zum Abbau von Arbeitsbelastungen und zur Erhöhung der Berufszufriedenheit und –verweildauer beitragen. Parallel dazu bedarf es jedoch auch der Verbesserung zentraler Rahmenbedingungen der Pflegepraxis, z.B. durch neue Arbeitszeitmodelle oder Personalentwicklungsmaßnahmen. Qualitätssicherung in der Ausbildung ist damit als integraler Bestandteil umfassender Qualitätssicherungsstrategien im Bereich der Pflege zu verstehen“ (Oelke & Menke 2002a, S.93).

5.4.1 Beispiel für ein neues Ausbildungsmodell

Die RBS kritisiert das bestehende Ausbildungssystem nicht nur und erhebt Forderungen, sondern zieht auch Konsequenzen. Der Expertenrat der Stiftung hat in seiner Denkschrift „Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ ein eigenes, neues Ausbildungsmodell entworfen. Die Hauptmerkmale dieses Entwurfs sind:

- vier durchlässige Qualifikationsstufen/ Modularisierung
- generalistische Grundausbildung (Qualitätsstufe I) bis zu Spezialisierungsstufen
- gezielte Bewerberauswahl (Assessment)
- Qualifikationen der Lehrenden bestimmen und deren Anzahl anheben
- praktische Handlungsfähigkeit durch Ergänzung weiterer Lernorte
- freigestellte und qualifizierte PraxisanleiterInnen
- Pflege- und Gesundheitsorientierung statt Medizindominanz
- neue Lehr- und Lernformen (z.B. Fächerintegration)
- Vermittlung von Schlüsselqualifikationen als Zeichen von Professionalität
(RBS 2001, S.43, 292)
- Prüfungsgestaltung mit dem Schwerpunkt „Pflege“
- konsequentes Qualitätsmanagement

- Integration in das berufsbildende Schulwesen und den tertiären Bildungsbereich
 - neue Finanzierungsform
- (RBS 2001)

Obwohl bereits 2000 vorgeschlagen, enthält dieses Ausbildungsmodell der RBS alle wesentlichen Kennzeichen für eine moderne, den aktuellen Ansprüchen gemäße Pflegeausbildung. Enthalten ist auch das Merkmal „Vermittlung von Schlüsselqualifikationen“, das für die weitere Konzeptentwicklung dieser Arbeit eine zentrale Rolle spielt.

5.4.2 Neue Curricula

5.4.2.1 Schülerhandlungsproblemorientiertes Curriculum

Das von Wittneben, Windfelder und Walkling- Stehmann (2007) und Windfelder & Wittneben (2007) entwickelte Curriculum erhielt durch seine Nähe zum praktischen SchülerInnenhandeln seinen Namen. Derzeit (Stand 2/2008) wird es im Schulzentrum für Krankenpflege in Hannover erprobt. Den didaktischen Rahmen liefert das Modell der kritisch- konstruktiven Pflegelernfelddidaktik von Wittneben (2003). Die Ableitungen von relevanten Handlungssituationen des Pflegealltags, die über Narrativa der Auszubildenden erhoben wurden, führten zu einer Zusammenstellung von Lernsituationen, die zu Lernfeldern zusammengefasst werden konnten. Zu diesen Lernfeldern konzipierten die ForscherInnen Lehr- und Lernarrangements mit Zeitrichtwerten und implementierten das Curriculum an dem Schulzentrum in Hannover, wo Windfelder stellvertretende Schulleiterin ist.

Eine erste Evaluation, die aus einer Fragebogenerhebung bestand und gemäß der qualitativen Dokumenten- und Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurde, brachte sehr ermutigende Ergebnisse (Windfelder & Wittneben 2007). Die Lernenden fühlen sich durch diese Form der Ausbildung professionell gefördert, verfügen durch den engen Handlungsbezug, nach eigenen Angaben, über eine hohe Lernmotivation und werden auch von PraxisanleiterInnen in vielen Handlungsfeldern als professionell arbeitend eingestuft. Als problematisch identifizierten Windfelder et al. (2007) das Qualifikationsniveau und den Grad der Reflexionsfähigkeit der PraxisanleiterInnen. „*Trotz Fortbildung scheint die von Praxisanleitern und Praxisanleiterinnen erlangte*

Stufe pflegeberufspädagogischer Identität noch relativ niedrig bzw. brüchig zu sein“ (Windfelder & Wittneben 2007, S.395). Dabei steht eine brüchige berufspädagogische Identität für eine eher gering ausgeprägte Reflexionsfähigkeit. Die an dieser Stelle im Evaluationsprozess getroffenen Schlussfolgerungen von Windfelder et al., beziehen sich primär auf die für eine innovative Ausbildungsform benötigten organisatorischen Rahmenbedingungen. Dazu zählen im Besonderen das Personal- und Organisationsmanagement, um beispielsweise Zeitbudgets für PraxisanleiterInnen zur Verfügung zu stellen (Windfelder & Wittneben 2007, S.396).

5.4.2.2 Am christlichen Menschenbild orientiertes Curriculum

Ein umfangreich ausgearbeitetes Curriculum, das, in der dritten Auflage, die neuen gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen berücksichtigt, stellt dasjenige von Faust & Münch (2004) dar. In ihrer Einführung betonen die AutorInnen die Ausrichtung am christlichen Menschen- und Weltbild und die daraus folgende besondere Passung für Schulen christlicher Trägerschaft. Die zu Grunde gelegten Bildungsziele bestimmen sich über Kompetenzentwicklungen im Pflegehandeln, im Sinne von Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, im Sinne einer kritischen Auseinandersetzung mit dem beruflichen Selbstverständnis und im Sinne der Gestaltung professioneller Beziehungen. Dazu nehmen Faust & Münch das Konzept der Schlüsselkompetenzen in Anspruch. „*Das erfolgreiche berufliche Handeln des Einzelnen ist angesichts des schnellen Wandels beruflicher Anforderungen und Umstrukturierungen im Gesundheitswesen verstärkt abhängig von berufsfeldunabhängigen, übergreifenden Kompetenzen: personale Kompetenz, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz sowie Fachkompetenz*“ (Faust & Münch 2004, S.8).

Der curriculare Plan sieht für jede Unterrichtseinheit die Gliederung in „Übersicht“, „Detail“ und „Anwendung“ vor. Dabei ist der Einschub von so genannten Reflexionsstunden möglich. Die Vorgaben sind sehr genau differenzierend angelegt und verfügen über eine große Bandbreite an Inhalten. Für den Lernbereich „Kommunikation“ umfasst das Curriculum allgemeine Methoden der Gesprächsführung, Beratung, Anleitung, Kommunikation im Team, Konfliktberatung, Kommunikation und Kultur (z.B. Humor, Kunst),

interkulturelle Kommunikation und Fachenglisch. Verbunden sind diese Vorgaben mit Zeitrichtwerten und Angaben zu Verknüpfungen mit weiteren Lernbereichen. Auch dieses Curriculum befindet sich in einer Evaluationsphase. Die Differenziertheit und das Erscheinen einer mittlerweile dritten Auflage begründet die Auswahl bei dieser Darstellung.

Im Vergleich mit dem schülerhandlungsproblemorientierten Curriculum, wo eine ausgeprägte Forschungsperspektive dominiert, steht hier die unterrichtspraktische Anwendbarkeit im Vordergrund. Neuere pflegepädagogische Ansätze, wie etwa eine konstruktivistische Auffassung, eine Subjektorientierung oder eine kritische Betrachtung der traditionellen Lehrerrolle, fehlen hierbei.

5.5 Weitere Ansprüche an die Pflegeausbildung

Auch die Bundesregierung, repräsentiert durch ihre Ministerien, formuliert Ansprüche an die Pflegeausbildung:

„Die Kommission spricht sich entschieden dafür aus, die Qualifikation der Pflege anzuheben. Grundsätzlich wird empfohlen, die Trennung zwischen sozialpflegerischen und gesundheitspflegerischen Berufen zu überwinden und die Grundausbildung in den Pflegeberufen zusammenzuführen (generalistische Ausbildung). Darüber hinaus sind die Möglichkeiten zur akademischen Ausbildung in der Pflege zu erweitern. ... Studieninhalte sind künftig so zu gestalten, dass sie den sich wandelnden Anforderungen an die Pflege und der gesamten Bandbreite pflegerischer Aufgaben Rechnung tragen. Außerdem empfiehlt die Kommission die Förderung von Studienprogrammen sowie Fort- und Weiterbildungsangebote zur Ausbildung spezieller klinischer Pflegeexpertise. Derartige Angebote sollten der professionellen Kompetenzerweiterung der Pflege in Bereichen wie der Qualitätssicherung, der Angehörigenberatung und –anleitung, der Versorgung spezifischer Zielgruppen (z.B. psychisch Kranke, Schwerstkranke) oder von Patienten mit speziellen Bedarfslagen (z.B. interaktions-/ technikintensive Versorgung) reagieren [sic]. Einer engen Verzahnung der Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft und aus anderen relevanten Disziplinen (z.B. der Gerontologie, Psychiatrie) sollte dabei besondere Aufmerksamkeit zukommen“ (BMFSFJ 2001, S.281).

Diese eher allgemein gehaltenen Ansprüche werden durch spezifische Anforderungen einzelner Forscher erweitert. So möchte Hulskers (2001) gemäß seiner Studie, durch die Pflegeausbildung die Basiselemente einer pflegerischen Beziehung gefördert wissen. Als Determinanten einer pflegerischen Beziehung identifiziert er Wertschätzung, Unterstützung, aktive Einbeziehung des Gepflegten in den Pflegeprozess, Information und

pflegerische Fachkompetenz. Müller- Hergl (1998) konzentriert sich besonders auf den Umgang mit verwirrten Menschen und die allgemeine Sicht auf gerontopsychiatrische Erkrankungen. Hierbei erkennt er enormen Ausbildungsbedarf, einerseits weil dieser Bereich in der Gesellschaft und auch in der Pflegeausbildung häufig verdrängt und damit vernachlässigt wird und andererseits weil sich die berufliche Realität in der Pflege auf diese Pflegegruppe als Hauptklientel einstellen muss.

Sehr detailliert beschäftigt sich Darmann (2000) mit den kommunikativen Kompetenzen, die Pflegekräfte im Berufsalltag benötigen. Hierbei identifiziert die Wissenschaftlerin große Defizite in der Reflexionsfähigkeit, insbesondere gegenüber den Normen des Gesundheitswesens. Die Reflexion über den Umgang mit Macht, ist für sie ein Feld, das in der Ausbildung sehr unterrepräsentiert ist und deshalb in der Berufspraxis die Ursache für Belastungen und Stress darstellt. Machtmisbrauch, machtdominierte Konflikte und der Mangel an adäquaten Lösungsalternativen führen, nach Darmann, sehr oft zu einem ausgeprägten Stresserleben und dauerhaft zu extremen Belastungserfahrungen. Die einseitige Betonung von gesprächstherapeutischen Elementen für die Kommunikation in der Pflege, sollte nach Darmanns Meinung ebenfalls in der Ausbildung korrigiert werden.

Insgesamt ist die Unzufriedenheit mit der Pflegeausbildung groß und die Ansprüche und Forderungen vielfältig. Die dazu dargestellten Beispiele von Hulskers, Müller- Hergl und Darmann, stammen aus der Zeit vor der gesetzlichen Neuregelung der Pflegeausbildung und sollen deshalb einer Studie von 2004/2005 gegenüber gestellt werden, also einer Studie, nach Einführung der AltPfIg und des neu gestalteten KrPfIg. Diese Studie, als BEA-Studie bezeichnet (**B**undesweite **E**rhebung der **A**usbildungsstrukturen an **A**ltenpflegeschulen), erhebt den Anspruch die Strukturqualität der Altenpflegeausbildung nach in Kraft treten des AltPfIg 2003 zu überprüfen (BMFSFJ 2006). Stefan Goerres von der Universität Bremen, leitete das Forschungsprojekt. Zur Datenerhebung setzte man Fragebogen ein, die Daten zur Personalstruktur, Ausbildungsstatistiken, räumlich materielle Ausstattung und Organisation und Struktur der Ausbildung erfassten. 613 Altenpflegeschulen wurden um Auskunft gebeten und 303 Antworten kamen

zurück. Ähnlich sah die Rücklaufquote bei der Befragung der Träger der praktischen Ausbildung aus. Der Fragebogenerhebung schlossen sich 16 Leitfaden gestützte telefonische Experteninterviews zu Themen, wie beispielsweise Strukturmerkmale der Schule, Auswahlkriterien für die Aufnahme, pädagogische und curriculare Ziele und Inhalte und Schulentwicklungsprozesse an.

Als Einzelergebnisse ermittelte die BEA- Studie, dass sich die Ausbildungsstrukturen von staatlich anerkannten und länderrechtlich geführten Schulen unterscheiden, dass die Personalausstattung zu knapp ist und zu 80% aus HonorarozentInnen besteht, dass die Akademisierung der Schulleitungen voran kommt und dass die qualitative Anhebung der praktischen Ausbildung angestrebt wird. Zudem stellte Goerres et al. fest, dass fortschrittliche Schulentwicklungsprozesse (z.B. pädagogische Leitbilder) die Ausbildungsqualität fördern. Als Gesamtergebnis formulierte die Forschergruppe: „*Nach In-Kraft-Treten des bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes zeigen sich eine Reihe zukunftsorientierter Entwicklungen, die insgesamt zu einer Attraktivitäts- und Qualitätssteigerung der Altenpflegeausbildung in Deutschland führen*“ (BMFSFJ 2006, S.13).

Die Altenpflegeausbildung auf Grund dieser Forschungsergebnisse derart positiv zu beurteilen provoziert kritische Anmerkungen. Die Rücklaufquote der Fragebogenerhebung von weniger als 50%, rechtfertigt erste Vorbehalte, welches wohl die Gründe für 314 Schulen waren, keine Rückmeldung zu geben. Der typische und kaum auszuschließende Fehler, der Beantwortung von Fragen im Sinne Sozialer Erwünschtheit, sollte weiterhin den großen Optimismus dämpfen, der gerade den festgestellten Schulentwicklungsprozessen entgegen gebracht wird. Doch noch mehr greift der von Goerres (2002) selbst beschriebene Kritikpunkt, dass es keine zuverlässigen Aussagen erbringt, wenn von Daten zur Strukturqualität auf die Gesamtqualität geschlossen wird.

Beim Vergleich der Erwartungen und Forderungen, vor in Kraft treten des AltPFIG 2003, mit den Ergebnissen der BEA- Studie, kann kaum von einer Erfüllung gesprochen werden. Sowohl grundlegende Probleme, wie die Auswirkungen des Bildungsföderalismus, die Entwicklung von einer spezialisierten zu einer generalistischen Ausbildung, eine zu geringe

Personalausstattung, die uneinheitliche Qualifizierung von theoretischen und praktischen Ausbildern, als auch inhaltliche Ansprüche, wie sie z.B. von Hulskers (2001), von Müller- Hergl (1998) und von Darmann (2000) vorgebracht wurden, bleiben unberührt. Gut gemeinte Ideen, wie z.B. eine Praxisbegleitung durch TheorielehrerInnen und curriculare Neuerungen, wie z.B. Lernfeldkonzeptionen, bleiben auf der Strecke, wenn sich Rahmenbedingungen nicht entsprechend verändern. Die Diskussion verliert außerdem an Glaubwürdigkeit, wenn nicht auch prozess- und ergebnisqualitative Aspekte als Qualitätsmerkmale berücksichtigt werden. Insbesondere die Vermittlung von übergeordneten Bildungszielen, im Sinne des Konzepts der **Schlüsselqualifikationen**, muss als Ergebnisqualität eingebracht werden. Dazu bedarf es einer Reihe von Voraussetzungen, die die erfolgreiche Vermittlung gewährleisten können. Zu nennen sind mit höchster Priorität, festgeschriebene Qualifikationen der theoretischen und praktischen AusbilderInnen und Zeitbudgets, die für die Ausbildung eingeräumt werden müssen.

5.6 Resümee: Verringerung der kommunikativen Defizite

Die Pflegeausbildung ist der Schlüssel zur Verringerung von Defiziten in der Pflege und insbesondere von Defiziten in der Kommunikation und Gesprächsführung. Die Forschungs- und Modellprojekte, die die Ausbildung in der Pflege auf der Grundlage von Schlüsselqualifikationen untersuchten, förderten neben anderen auch die sozial- kommunikativen Kompetenzen (Keuchel et al. 2003, Roes 2001, Dornheim et al. 2003, Goerres et al. 2003, Becker 2003). Damit eng verbunden erweisen sich entsprechende Auffassungen von „Lernen“ (vgl. Handlungsorientierung) und daraus abgeleitete methodische Verfahren als Gewinn für die Kompetenzentwicklung und darin eingeschlossen für die kommunikative Kompetenzentwicklung. Die genannten didaktischen Ansätze (Wittneben 2003, Ertl- Schmuck 2000, Schüßler 2000, Fichtmüller & Walter 2007) fokussieren das „Wie“ des Lernens in der Pflege, stellen eine Verbindung zu den Inhalten des Pflegelernens dar und betrachten sozial- kommunikative Kompetenzen als zentrale Kompetenzen für den Lernerfolg (Wittneben 2003, Ertl- Schmuck 2000, Schüßler 2000).

Die pflegeberuflichen Bildungsansätze (RBS 2001, Wittneben et al. 2007, Faust et al. 2004) übertragen die Bedeutung der Schlüsselqualifikationen in curriculare Vorschläge.

Damit lässt sich zusammenfassend feststellen, dass zur Verringerung kommunikativer Defizite der Weg über die Pflegeausbildung, im weiteren Sinn von Forschung, Theoriebildung und konkreten Ansätzen, Erfolg versprechend zu sein scheint, während bisherige Qualitätsüberlegungen (z.B. gesetzliche Bestimmungen) und Qualitätsmanagement- und Pflegemessverfahren eher peripher eine Förderung kommunikativer Kompetenzen hervorbringen.

Aus diesen Überlegungen heraus wird der so oft verwendete Begriff „Schlüsselqualifikation“ in seinen vielfältigen Ausprägungen im folgenden Kapitel analysiert, um daraus schließlich ein Ausbildungskonzept zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen in der Pflege abzuleiten.

6. Schlüsselqualifikationen

6.1 Allgemeine Betrachtungen

6.1.1 Herkunft des Begriffs

Prof. Dr. Dieter Mertens, Gründungsdirektor des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) prägte 1974 in einem Mitteilungsblatt seines Instituts den Begriff „Schlüsselqualifikation“ im Sinne von prozessualem Wissen und fächerübergreifenden Fähigkeiten, über die ein Berufstätiger verfügen sollte, um den Veränderungen des Arbeitsmarktes gewachsen zu bleiben (nach Mertens 1991). Seitdem ist der Themenbereich „Schlüsselqualifikation“, sowohl in der wirtschaftswissenschaftlichen, als auch in der allgemein wissenschaftlichen Diskussion fest etabliert.

6.1.2 Begriffsbestimmung

Die Begriffe „Schlüsselqualifikation“, „Kompetenz“ oder „Schlüsselkompetenz“ werden im allgemeinen Sprachgebrauch, aber auch in der wissenschaftlichen Forschung, häufig synonym verwendet. Diese Synonymie bezweifeln John Erpenbeck und Lutz von Rosenstiel. Sie unterscheiden in ihrem Handbuch zur Kompetenzmessung die Begriffe „Qualifikation“ und „Kompetenz“ in einer logisch gut nachvollziehbaren Weise (Erpenbeck & von Rosenstiel 2003). Demnach bezeichnen ‚Qualifikationen‘ „klar zu umreißende Komplexe von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten über die Personen bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten verfügen müssen, um konvergent- anforderungsorientiert handeln zu können. Sie sind handlungszentriert...“ (Erpenbeck & von Rosenstiel 2003, S.XXIX).

„Kompetenzen bezeichnen, wie umrissen, Selbstorganisationsdispositionen physischen und psychischen Handelns, wobei unter Dispositionen die bis zu einem bestimmten Handlungszeitpunkt entwickelten inneren Voraussetzungen zur Regulation einer Tätigkeit verstanden werden. ... Kompetenzen sind demnach eindeutig handlungszentriert und primär auf divergent-selbstorganisative Handlungssituationen bezogen“ (Erpenbeck & von Rosenstiel 2003, S.XXIX).

Gemeinsam sind Qualifikationen und Kompetenzen die Handlungszentrierung. Ein Unterschied zwischen den beiden Begriffen liegt in der Handlungssituation

selbst, ob diese konvergent- anforderungsorientiert (Qualifikation) oder divergent- selbstorganisativ (Kompetenz) ausgerichtet ist.

Von der handlungszentrierten Betrachtungsweise der Qualifikationen und Kompetenzen heben die Autoren die subjektzentrierte Betrachtungsweise ab, die sich sowohl auf konvergente als auch auf divergente Handlungssituationen, in Form von Persönlichkeitseigenschaften, beziehen lässt. Tabelle 2 stellt diese Einteilung dar.

	subjektzentrierte Betrachtungsweise	handlungszentrierte Betrachtungsweise
konvergent- anforderungsorientierte Handlungssituation	Persönlichkeitseigenschaften	Qualifikation
divergent- selbstorganisative Handlungssituation		Kompetenz

Tab. 2: Begriffliche Kategorien für Qualifikation und Kompetenz (nach Erpenbeck & von Rosenstiel 2003, S.XXX)

Dieser klar ausgearbeitete Begriffsunterschied setzte sich in der wissenschaftlichen Terminologie allerdings nicht durch. Vermutlich wertet die Wortzusammensetzung „Schlüssel“ und „Qualifikation“ die Gesamtbedeutung „Schlüsselqualifikation“ in der Weise auf, dass auch die divergente Handlungsdimension dabei mitgedacht werden kann. Etymologisch geht das Substantiv „Schlüssel“ auf das Verb „schließen“ zurück und wird für „logisch folgern“, „an Vorausgehendes gedanklich anschließen“ verwendet (nach: Duden. 1963. Das Herkunftswörterbuch. Bd. 7. Mannheim: Bibliographisches Institut).

Schlüsselqualifikation könnte in diesem Sinn als Qualifikation für konvergente Handlungssituationen und durch die Erweiterung um den Begriff „Schlüssel“, zudem Schlussfolgerungen auf noch neue (divergente) Handlungssituationen bedeuten.

Nach dieser Auffassung wäre die synonyme Verwendung von „Schlüsselqualifikation“, „Kompetenz“ und „Schlüsselkompetenz“ zu begründen.

6.1.3 Wissenschaftliche Bedeutung

Sowohl in theoretischen Auseinandersetzungen, als auch in praktischen Umsetzungsversuchen gewinnt dieses Themenspektrum in den letzten Jahren enorm an Bedeutung. So entstand an der Universität Freiburg ein Zentrum für Schlüsselqualifikation (ZfS), das seitdem WS 2002/2003 Lehrveranstaltungen im Bereich „Berufsorientierte Kompetenzen“ anbietet. Dieses Zentrum versteht sich als Institution, um so genannte Schlüsselqualifikationen zu vermitteln, die ein Bachelor- Fachstudium ergänzen sollen (www.zfs.uni-freiburg.de [1.8.2005]).

Exemplarisch für die Bedeutung dieser Diskussion ist eine Studie von Schaeper & Briedis (2003), erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), mit dem Titel „Kompetenzen von HochschulabsolventInnen, berufliche Anforderungen und Folgerungen für die Hochschulreform“ (Schaeper & Briedis 2003).

Im Projektbericht wird die Begrifflichkeit „Schlüsselqualifikation“, „Schlüsselkompetenz“ und „Kompetenzentwicklung“ diskutiert, wobei die Beschäftigung mit diesem Themenbereich als hochkonjunkturell bezeichnet wird. Als Grundlage für eine allgemeine Verständigung wird die Definition von Helen Orth (1999) vorgeschlagen. Demnach ist unter Schlüsselqualifikationen zu verstehen:

„Alle erwerbbaren allgemeinen Fähigkeiten, Einstellungen und Wissenselemente, die bei der Lösung von Problemen und beim Erwerb neuer Kompetenzen in möglichst vielen Inhalten von Nutzen sind, so dass eine Handlungsfähigkeit entsteht, die es ermöglicht, sowohl individuellen als auch gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden.“ (Orth 1999 zitiert in: Schaeper & Briedis 2003, S.4).

Diese Definition erschien den UntersucherInnen dieser Studie vor allem deshalb als sehr brauchbar, weil sie davon vier Dimensionen von Schlüsselqualifikationen ableiten konnten. Es handelt sich um Sozial-, Selbst-, Methoden- und Fachkompetenz. Die anfangs einbezogenen Kompetenzbereiche Anwendungs- und Gesellschafts-/Umweltkompetenz

wurden im Verlauf der Studie als wenig relevant identifiziert und daher weggelassen. Zur Erfassung bevorzugten Schaeper & Briedis standardisierte Fragebogen zur Selbsteinschätzung, einerseits aus ökonomischen Gründen, aber vor allem weil Selbsteinschätzungen Aussagen über das vorhandene Selbstkonzept ermöglichen und somit als Handlungsorientierungen gelten, die eine große prognostische Validität besitzen (Schaeper & Briedis 2003).

Operationalisiert wurden diese Dimensionen anhand von 34 Items (z.B. fachspezifische Kenntnisse, Fremdsprachenkenntnisse, selbstständiges Arbeiten, Kommunikationsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein), die auf einer fünfstufigen Skala (1= sehr wichtig/hoch bis 5= sehr unwichtig/gering) eingeschätzt werden sollten.

Das Datenmaterial bestand aus 8203 auswertbaren Fragebogen, die im WS 2000/ 2001 von HochschulabsolventInnen erhoben worden waren. Über alle Studienfächer hinweg schätzten die AbsolventInnen ihre erworbene Methodenkompetenz als sehr hoch, ihre Selbstkompetenz als hoch und ihre Sozial- und Fachkompetenz als mittelhoch ein. Bei der Fachkompetenz wurden Schwächen in den Fremdsprachen und unzureichende rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Kenntnisse beklagt. Zudem wurde ein Mangel an Fähigkeiten zum Theorie- Praxistransfer erlebt. Differenziert man nach Studienfächern, wiesen sich die Magister- und DiplomabsolventInnen in Pädagogik und Psychologie, über alle Kompetenzen betrachtet, die höchsten und die StaatsexamenabsolventInnen (Medizin, Jura, Lehramt) die niedrigsten Kompetenzwerte zu.

Im zweiten Schritt verglichen Schaeper & Briedis die Kompetenzanforderungen der beruflichen Realitäten mit den Ergebnissen der Selbsteinschätzung durch die HochschulabsolventInnen. Insgesamt konnte eine weitgehende Übereinstimmung festgestellt werden, zwischen an der Hochschule erworbenen und in der Berufswirklichkeit geforderten Kompetenzen. Dabei wurde über die unterschiedlichen Berufsprofile hinweg abstrahiert (Schaeper & Briedis 2003).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschäftigung mit Schlüsselqualifikationen hohe Relevanz besitzt und für ganz unterschiedliche Bildungsbereiche (z.B. Hochschule, Berufsfachschulen) in Anspruch genommen wird.

6.2 Schlüsselqualifikationen in der Pflegeausbildung

6.2.1 Konzept von Becker

Richtungsweisend, wie im Rückblick zu resümieren ist, waren vor fast 15 Jahren die Arbeiten von Wolfgang Becker und Barbara Meifort, vom Bundesinstitut für Berufsbildung in Berlin (BIBB). Im Mittelpunkt ihrer Längsschnittstudie, von 1992 bis 1995, standen Überlegungen zur Qualitätsentwicklung der Pflegeberufe durch Vermittlung von Schlüsselqualifikationen. Die empirische Studie, mit dem Titel „Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren“, untersuchte Berufsmotivation, Ausbildungserfahrungen und Berufsverbleib eines kompletten Ausbildungsjahrgangs. Es wurden 6700 AltenpflegeschülerInnen an 313 westdeutschen Schulen zwei Mal befragt. Die Ergebnisse bestätigten die bis dahin vermuteten Annahmen, dass ein Teil der AltenpflegeschülerInnen bereits im ersten Berufsjahr einen Berufsausstieg plant. Als Grund ergab sich in einer Befragung, die als stark defizitär erlebte Ausbildung und damit zusammenhängend die empfundene Belastung in der praktischen Tätigkeit (Meifort & Becker 1996, S.127-142). Der geplante oder vollzogene Ausstieg stimmt bedenklich, wenn man die dafür erhobenen Gründe genauer analysiert. Neben Mutterschaft und persönlichen Gründen (nicht näher bezeichnet) waren es bei Frauen vor allem schlechte Arbeitsbedingungen, körperliche und psychische Überforderung, Nicht-Umsetzbarkeit des Berufsbildes, ungünstige Arbeitszeiten und mangelnde Weiterbildungen. Die Gründe für Männer waren schlechte Arbeitsbedingungen, persönliche Gründe, problematische Umsetzbarkeit des Berufsbildes und ungünstige Arbeitszeiten. Einige dieser Zuschreibungen werfen kein gutes Bild auf die Ausbildung dieser Pflegekräfte. Die Vermittlung eines realistischen Berufsbildes und die kritische Auseinandersetzung damit wäre ein zentraler Ausbildungsauftrag, der offenbar nicht erfüllt wurde. Ebenso lässt die Zuschreibung „Überforderung“ die Vermutung zu, dass die Ausbildung dieser Berufsanfänger deutliche Defizite aufwies und an den tatsächlichen Gegebenheiten vorbei sah.

Mehr als 82% der Befragten fühlten sich durch die Ausbildung nicht ausreichend auf die Anforderungen des Berufs vorbereitet (Becker 1996, S.47). „Praktisch alle Schlüsselkompetenzen einer professionellen Ansprüchen genügenden Altenpflege sind in der Ausbildung zu kurz gekommen. Dies gilt für

die zentralen beruflichen Wissensbereiche der Altenpflege-Ausbildung (Geriatrie, Gerontopsychiatrie) ebenso für die Eckpfeiler einer fachlich abgesicherten Pflegearbeit (Pflegeplanung, Gesprächsführung), aber genausogut gilt [sic: „dies“ ist zu ergänzen] für die ‚erweiterten Dimensionen‘ professioneller beruflicher Altenpflege – die Kompetenzen in den zunehmend an Bedeutung gewinnenden beruflichen Handlungsbereichen Prävention und Rehabilitation“ (Becker 1996, S.48).

Auf der Grundlage dieser Untersuchungsergebnisse unterstützten Meifort & Becker vom BIBB ab 1993 eine Arbeitsgruppe, in Teysa (Hessen), unter der Leitung der Altenpflegeschulleiterin, Olivia Dibelius, bei einem Reformmodell der Pflegeausbildung. Dieses Modell trug den aramäischen Namen „Hephata“, was wörtlich übersetzt „öffnet euch“ heißt. Es entstand eine integrierte Pflegeausbildung der Altenpflege, der Heilerziehungspflege und der ErzieherInnenausbildung des Sozialwesens, mit dem Anspruch der Vermittlung von Schlüsselkompetenzen. Dieses Modell stieß auf vielfältige Widerstände, zum Teil von KollegInnen der Schule und zum anderen Teil formaler und juristischer Art, da gesetzliche Regelungen für ein solches Vorhaben fehlten. Jedoch erbrachten die Arbeiten an einem Curriculum und an einem Ausbildungsrahmenplan eine Konkretisierung der Schlüsselkompetenzen für die Pflege. Becker (1996) nennt folgende sieben Schlüsselkompetenzen:

1. Interpretations-, Deutungs- und Planungskompetenz
2. Wissenschafts- und Praxisbezug (Reflexions- und Handlungsfähigkeit)
3. Systemisches Verstehen
4. selbstgesteuerte berufliche Kooperation und Interaktion
5. Arbeit als Handwerk
6. reflektierte Empathie und Distanzierung
7. Fähigkeit fachliche Weiterbildungserfordernisse zu bestimmen

6.2.2 Konzept von Ital und Knöferl

Annette Ital und Michaela Knöferl, beide Lehrerinnen für Pflegeberufe und Qualitätsmanagementbeauftragte, entwarfen 2001 ein Arbeitsbuch für Lehrende im Gesundheitswesen, um die Aus-, Weiter- und Fortbildung nach Schlüsselqualifikationen praktisch umsetzbar zu machen. Das Arbeitsbuch

besteht aus Folienvorlagen und Übungsanleitungen und ist direkt für den Unterrichtseinsatz konzipiert.

Die Autorinnen identifizierten insgesamt 11 Kompetenzen bzw. Schlüsselqualifikationen für MitarbeiterInnen der Gesundheitsberufe:

1. Kommunikation
2. Kooperation
3. Lernfähigkeit
4. Denkfähigkeit
5. Kreativität
6. Problemlösungsfähigkeit
7. Begründen
8. Bewerten
9. Verantwortungsfähigkeit
10. Selbstständigkeit
11. Leistungsfähigkeit

(Ital & Knöferl 2001, S.10)

Dabei richten sich Ital & Knöferl nach den Ausbildungsrichtlinien des Schweizer Roten Kreuzes, das als übergeordnete Ausbildungsziele für die Pflegeberufe Fach-, Persönlichkeits- und Sozialkompetenz definiert.

„Durch den Erwerb von Schlüsselqualifikationen soll viel mehr erreicht werden, als nur ein verbesserter Funktionsablauf bei den Routinetätigkeiten im Berufsalltag oder im Privatleben. Die Teilnehmer sollen befähigt werden Problemstellungen unterschiedlichster Art zu lösen flexibel zu reagieren und das Gelernte situationsgerecht anzuwenden. Ziel ist es auch den eigenen Lernprozess fortlaufend reflektieren zu können und die eigene Persönlichkeit weiter zu entwickeln. Das Ergebnis einer Ausbildung nach Schlüsselqualifikationen führt zu einer Qualitätsverbesserung, zur Steigerung der persönlichen Zufriedenheit und zu einer längeren Verweildauer im Beruf“

(Ital & Knöferl 2001,S.6).

Der besondere Vorteil der Darstellung von Ital & Knöferl ist der leicht herstellbare Transfer des theoretischen Zusammenhangs in die praktische Anwendung im Unterricht, da das Buch als Arbeitsbuch gestaltet ist und neben den Vorlagen für Arbeitsblätter und Folien konkrete Übungsaufgaben zu den

jeweiligen Themen enthält. Das Kopieren für Unterrichtszwecke ist von den Autorinnen ausdrücklich erlaubt.

6.2.3 Konzept von Brandenburg & Klie

Sehr nachhaltig beteiligen sich Hermann Brandenburg und Thomas Klie an der Professionalisierungsdiskussion in der Pflege. In ihrem Beitrag „Aufgaben und Kompetenzprofile in der professionellen Pflege“ entwerfen sie ein Qualifikationsprofil, das den gegenwärtigen Anforderungen an eine professionelle Pflege gerecht werden kann. Es umfasst folgende Qualifikationsbereiche:

- Fachwissen in der Pflege
- Fähigkeit der Organisation, Planung und Koordination
- Psychosoziale Kompetenzen (Kommunikation, Konfliktlösung, Beratung)
- Kenntnis der Möglichkeit der Förderung der eigenen Gesundheit und Erhaltung der persönlichen Leistungsbereitschaft
- Qualitätssicherung

(Brandenburg & Klie 2003a, S.146)

Diese genannten Kompetenzen verstehen sich als Summe von Fähigkeiten, die vor dem Hintergrund fachlicher, personaler, sozialer und methodischer Kenntnisse und Fertigkeiten spezifisch eingesetzt werden. Pflegende müssen sich also ein großes Wissens- und Fähigkeitsspektrum aneignen, um in konkreten Alltagssituationen die dann benötigten Handlungsalternativen auswählen und einsetzen zu können (Brandenburg & Klie 2003a, S.145-146).

Brandenburg führte seine Überlegungen zur Kompetenzentwicklung in den Pflegeberufen konsequent fort und schuf 2006, zusammen mit Michael Huneke, ein didaktisch bemerkenswertes Lehrbuch, das anhand der Lebensgeschichte einer fiktiven Familie wichtige Themenbereiche professioneller Pflege abbildet (Brandenburg & Huneke 2006).

6.2.4 Vergleich und Bewertung

Zusammenfassend lassen sich diese drei Ansätze Schlüsselqualifikationen zu bestimmen als ergänzende und weniger als konkurrierende Vorstellungen einschätzen.

Die Auswahl gerade dieser drei Vorstellungen begründet sich erstens aus der Veranschaulichung der Chronologie der Beschäftigung mit Schlüsselqualifikationen (Meifort & Becker bereits 1996), zweitens begründet es sich mit der Möglichkeit einer direkten Anwendung im Unterricht (Ital & Knöferl 2001) und drittens begründet es sich mit einem gelungenen Transfer theoretische Überlegungen in ein anwendungsorientiertes Lehrbuch, das das Konzept der Schlüsselqualifikationen auf innovative Art und Weise umsetzt (Brandenburg & Huneke 2006).

Meifort & Becker und Ital & Knöferl ordnen ihre Kompetenzprofile jeweils explizit dem Ansatz der Schlüsselqualifikationen zu. Brandenburg & Klie beziehen ihre Qualifikationen zwar ebenso auf die Systematisierung methodische, soziale, personale und Fachkompetenz, ohne jedoch den Begriff „Schlüsselqualifikation“ zu benutzen. Gemäß dieser Einteilung können die einzelnen Kompetenzbereiche weiter spezifiziert werden. Dabei ist die Zusammenführung der Begriffe „Qualifikation“ und „Kompetenz“ sinnvoll, nämlich als Integration konvergent anforderungsorientierter Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten (Qualifikationen) und divergent selbstorganisativer Handlungsdispositionen (Kompetenzen), im Sinn wie Erpenbeck & von Rosenstiel (2003) es getan haben.

Becker	Ital & Knöferl	Brandenburg & Klie	Allg. Systematisierung	Erpenbeck & von Rosenstiel
Interpretations-, Deutungs-, Planungskompetenz	Problemlösen	Fähigkeiten in der Organisation	Methodische Kompetenz	Kompetenz
Wissenschafts-, Praxisbezug	Begründen & Bewerten	Qualitäts-sicherung	Methodische Kompetenz	Qualifikation
Systemisches Verstehen	Problemlösen, Bewerten, Verantwortung, Selbstständigkeit	Planung und Koordination	Methodische und personale Kompetenz	Kompetenz
Kooperation, Interaktion	Kommunikation, Kooperation, Kreativität, Problemlösen	Psychosoziale Kompetenz	Soziale Kompetenz	Kompetenz/ Qualifikation
Arbeit als Handwerk	Denkfähigkeit, Selbstständigkeit	Fachwissen	Fachkompetenz	Qualifikation
Empathie, Distanzierung	Kommunikation, Kooperation, Verantwortung	Psychosoziale Kompetenz	Soziale und personale Kompetenz	Kompetenz
Weiterbildung bestimmen	Leistungsfähigkeit	Eigene Leistungs-bereitschaft und Gesundheit	Personale u. methodische Kompetenz	Kompetenz

Tab. 3: Veranschaulichung der drei Vorstellungen von Schlüsselqualifikationen mit der allgemeinen Systematisierung und der Differenzierung nach Erpenbeck& von Rosenstiel (2003)

6.2.5 Kritische Anmerkungen

Neben einer großen Zahl von Befürwortern gibt es auch Kritiker des Konzepts der Schlüsselqualifikationen. „*In der berufspädagogischen Diskussion hat sich der Begriff ‚Schlüsselqualifikation‘ etabliert. Dieser Begriff ist nicht unumstritten. Kritikpunkte ergeben sich u.a. aus der teilweise unklaren theoretischen Herleitung, dem Abstraktionsgrad und dem Anspruchsniveau des Schlüsselqualifikationskonzepts*“ (Landenberger et al. 2005, S.224). Auch Oelke, als engagierte Vertreterin des Konzepts, sieht die Gefahr der Abstraktheit und daraus entstehenden Willkürlichkeit. „*Diese Kritik berücksichtigend soll im folgenden versucht werden, die Schlüsselqualifikationen konkreter an das pflegeberufliche Handeln anzubinden*“ (Oelke 1998, S.43). Genau das was Oelke hier meint haben Becker & Meifort, Ital & Knöferl und Brandenburg & Klie getan und haben den Schlüsselqualifikationen konkrete pflegeberufliche Inhalte zugeordnet.

Trotzdem gibt es AutorInnen, die gegenüber einer Ausbildung nach Schlüsselqualifikationen eine ablehnende Haltung einnehmen. Zu ihnen gehört Krüger (2001). Sie möchte die im Konzept der Schlüsselqualifikationen zu lehrenden Inhalte, die sie durchaus für sinnvoll hält, im Fachwissen verankern. „*Die Unterscheidung zwischen Fachkompetenzen einerseits und über die unmittelbare Arbeitserledigung hinausweisendes Transferwissen andererseits, Letzteres gehandelt eben als Schlüsselqualifikationen, macht zwar für gewerblich- technische Berufe Sinn, nicht aber für personenbezogene (vgl. Piechotta 2000). Beide Typen von Qualifikationen erweisen sich in der Pflege in vielen Teilen deckungsgleich*“ (Krüger 2001, S.32). Lehrerqualifikationen hält Krüger für wichtiger, als die Beschäftigung mit Schlüsselqualifikationen, da über Lehrende die Ausbildungsinhalte vermittelt werden und diese entweder als Bremse oder als Beschleuniger für innovative Ausbildungsinhalte wirken können.

Müller-Seng & Weiss (2002) kritisieren das Konzept der Schlüsselqualifikationen in einer ähnlichen Weise, dass nämlich der Theoriebezug unklar sei und deshalb ein großer Interpretationsspielraum für Lehrende entstehe. Die Umsetzung solcher Qualifikationen wäre stark normativ geprägt und in sich ein Paradoxon, das auf den ersten Blick sozialen Statusgewinn im Beruf suggeriere, tatsächlich aber nur auf eine Identitätsentwicklung des Menschen

gerichtet sei und damit im nicht-beruflichen Feld zur Ausprägung komme. Die kritischen Einwände der beiden Autorinnen gipfeln in dem Satz, Schlüsselqualifikation sei lediglich ein neuer Begriff für alte Arbeitstugenden (Müller-Seng & Weiss 2002, S.154).

Genau an dieser Stelle erkennen die Kritikerinnen den Ansatz völlig. Das Ziel einer Ausbildung nach Schlüsselqualifikationen besteht gerade darin selbstständig, reflektierend und evaluierend im speziellen Berufskontext zu handeln und sich nicht, wie Wittneben (2003, S.184) es formulierte, so zu verhalten, wie es immer schon war. Wittneben prägte dafür den Begriff einer irrationalen Ausbildungsideologie.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die an den pflegerischen Anforderungen orientierten Schlüsselqualifikationen Pflegende in die Lage versetzen, einerseits die Bedürfnisse der Gepflegten zu erfassen und zu reflektieren und andererseits, in Abhängigkeit der strukturellen und alltagsbedingten Gegebenheiten der Einrichtung bzw. in der ambulanten Pflege, angemessene Vorstellungen über eine leitbildgeprägte Pflege dieser Personen entwickeln und umsetzen zu können. Dazu, folgt man Krüger (2001), bedarf es qualifiziert ausgebildeter Lehrkräfte.

Zur Veranschaulichung des Konzepts der Schlüsselqualifikationen werden im Folgenden die Modellversuche von Oelke & Menke und von Müller & Koeppen vorgestellt, die sich auf das Berufsfeld der Pflege beziehen. Der dritte Modellversuch Schlüsselqualifikationen in der Ausbildung zu implementieren bezieht sich auf das kaufmännische Berufsfeld, ist aber dennoch außerordentlich bemerkenswert, weil er sehr differenzierte theoretische Grundlagen herausarbeitet.

6.3 Erfahrungen von zwei Modellversuchen

6.3.1 Modellversuch zur theoretischen Ausbildung

Unter den im dritten Kapitel beschriebenen Veränderungen in der Pflege führen im besonderen Maß Multimorbidität und Verwirrtheit der Gepflegten zu einer gestiegenen Beanspruchung der Pflegekräfte. Den wachsenden Anforderungen der Pflege stehen überwiegend immer noch überkommene Ausbildungsstrukturen gegenüber, so dass sich Anforderungen in vielen Fällen

zu Belastungen und letztendlich zu Überforderungen der Pflegekräfte ausweiten.

Viele Klagen über Pflegemissstände und die wachsende Problematik des relativ kurzen Berufsverbleibs in den Pflegeberufen, Schätzungen gehen von fünf bis zehn Jahren aus (Menke 2001, S.188; Becker & Meifort. 1996, S.128), verlangen nach innovativen Ansätzen in der Ausbildung.

Uta Oelke von der evangelischen Fachhochschule Hannover und Marion Menke von der Universität Dortmund haben diese Herausforderung angenommen und einen sehr umfassenden Modellversuch zur gemeinsamen Ausbildung (integrativer Ansatz) von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege in NRW durchgeführt.

Die Idee einer integrativen Pflegeausbildung wurde bereits 1995, in einem Projekt von Dibelius (Dibelius 1996, S.54) aufgegriffen, das sich zu diesem Zeitpunkt auf Grund vielfältiger Widerstände nicht durchsetzen konnte.

Für Oelke und Menke bestand eine zentrale Auffassung darin, dass für die Pflege sowohl Spezialistentum als auch Generalistentum nötig ist, um fächerübergreifend den Pflegebedarf zu decken. Nach einer gemeinsamen Grundausbildung (Generalistentum) spezialisierten sich die SchülerInnen nach dem ersten bzw. zweiten Ausbildungsjahr (Spezialistentum), ohne jedoch den Bezug zu den Nachbardisziplinen zu verlieren, was durch die Vielfalt der praktischen Einsätze gewährleistet war.

Insgesamt dauerte das Projekt von Oelke & Menke viereinhalb Jahre. Beginn war im November 1996. Ein Jahr lang wurde ein neues Curriculum erarbeitet und die neue Ausbildungsform vorbereitet. Von 1997 bis 2000 absolvierten 48 TeilnehmerInnen die Ausbildung, entweder zur Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflegekraft. Im Anschluss daran fand eine halbjährige Evaluationsphase statt (Oelke & Menke 2002).

Oelke und Menke schlossen sich mit dem Caritasverband Essen, der Katholischen Schule für Pflegeberufe Essen und dem Fachseminar der Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel als Träger zusammen.

Die Forscherinnen entwickelten für dieses Projekt zunächst als Probelauf ein vollständig neues Curriculum.

Die Vorüberlegungen integrierten sowohl gesellschaftliche Veränderungen, beispielhaft sichtbar an einer neuen Informations- und Kommunikationskultur

(moderne Medien) als auch Veränderungen der allgemeinen Arbeitswelt, beispielhaft erkennbar an der Herausbildung von Arbeitsteams, die eigenverantwortlich Aufgaben lösen (lean production). Oelke & Menke leiteten daraus ab, dass Arbeitstätige erweiterte Kompetenzen zur Informationsbeschaffung, Bewertung, Entscheidung und Gestaltung von Kommunikationssituationen benötigen. Diese erweiterten Kompetenzen lassen sich nach Oelke zu den so genannten Schlüsselqualifikationen (fachliche, sozial- kommunikative, methodische und personale Kompetenzen) destillieren (Oelke 1998, S.43).

Deshalb war das grundlegende Bildungsziel dieses Modellversuchs die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen. Ein wichtiges Merkmal bildete der fächerintegrative Aufbau. Damit war gemeint, dass die Einteilung der einzelnen Lerninhalte zu bestimmten Fächern aufgegeben wurde, zugunsten einer fächerübergreifenden Vermittlung der jeweiligen Inhalte. Die Fächerintegration gestaltete sich so, dass vier Lernbereiche erarbeitet wurden, die in zusammenhängende Themenfelder untergliedert waren (Übersicht siehe Anhang B).

Ein weiterer Kerngedanke war eine teilintegrative Konzeption, d.h. eine gemeinsame Ausbildung von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Grundstufe (Dauer 17 Monate incl. praktischer Ausbildung) und eine 19-monatige Spezialisierungsstufe. Während der Grundstufenzzeit hatten die SchülerInnen noch die Möglichkeit den Pflegebereich zu wechseln.

Neben der Wechselmöglichkeit (quotiert) zwischen den Pflegezweigen war in der theoretischen Ausbildung das so genannte Kursleitersystem kennzeichnend, bei dem die jeweilige Kursleitung Stundenplanung und Einsatzplanung der weiteren Lehrkräfte vornahm und AnsprechpartnerIn für alle Angelegenheiten der SchülerInnen war.

In der praktischen Ausbildung waren MentorInnen und PraxisanleiterInnen zuständige AnsprechpartnerInnen und diese führten zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Ausbildung Gespräche mit den TeilnehmerInnen, über deren Eindrücke und Zufriedenheit. Zudem fanden während der praktischen Einsätze Reflexionstage mit dem Ziel statt, dass sich SchülerInnen, AusbilderInnen und Kursleitung miteinander austauschen konnten. Die Examensprüfungen waren neu organisiert worden und gemäß dem fächerintegrativen Ansatz gestaltet.

Ein weiteres Merkmal dieses Modellversuchs waren die zahlreichen Befragungen (mündliche und schriftliche) der SchülerInnen und der LehrerInnen. Diese Befragungen bildeten die Datengrundlage für die Evaluation des Projekts.

Die Ausbildungsphase endete im September 2000 mit den Examensprüfungen, in denen die SchülerInnen leicht überdurchschnittliche Leistungen erzielten.

In der Evaluationsphase wurden die mehrfach erhobenen Befragungsdaten ausgewertet. Als kurze Zusammenfassung lässt sich sagen, dass sich der Modellversuch bewährt hat, insgesamt gut beurteilt wurde (bei einer breiten Streuung), wobei es Aussagen von sehr hoher bis geringer Zustimmung gab, in Abhängigkeit der beteiligten Schulen.

Das neue Curriculum war von allen Befragten als gut bewertet worden, ebenso die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen. In einer Selbsteinschätzung, bei der der maximale Förderanspruch 100% beträgt, gab die Gesamtgruppe der SchülerInnen an, sich zu 94% in ihrer fachlichen Kompetenz, zu 63% in der sozial- kommunikativen Kompetenz, zu 66% in der methodischen Kompetenz und zu 59% in der personalen Kompetenz gefördert zu fühlen (Oelke & Menke 2002, S.42).

Allerdings zeigten sich in der Pflegepraxis und auch bei einigen LehrerInnen Akzeptanzprobleme mit dem Bildungsziel der Schlüsselqualifikationen, so dass die Forderung erhoben wurde Fortbildungsmaßnahmen für Lehrende in Theorie und Praxis einzuführen. Ein weiteres Problemfeld ergab sich in der defizitären Verzahnung von Theorie und Praxis (Oelke & Menke 2002, S.54). Hier weisen die Autorinnen auf die Entwicklung eines Curriculums für die praktische Ausbildung hin.

Die Mehrheit der Lehrkräfte und SchülerInnen stimmten diesem Ansatz als Zukunftsmodell zu. In den beiden beteiligten Schulen wird seit 2001 nach dem neuen Curriculum und gemäß den Vorgaben des Modellprojekts ausgebildet.

Menke beurteilt dieses Modell folgendermaßen: „*Der Schwerpunkt des Modellversuchs lag vor allem auf der curricularen Weiterentwicklung der theoretischen Ausbildung. Eine Umsetzung der Ausbildungsinhalte nach einer fächerintegrativen Konzeption und das Konzept der Schlüsselqualifikation sowie der Ansatz erfahrungsbezogenen Lernens entspricht den veränderten Anforderungen der Berufspraxis*“ (Menke & Schnabel 2001, S.189).

Konzept der Schlüsselqualifikationen

In der Konzeptionsphase des Modellversuchs (11/1996 bis 10/1997) erarbeiteten die Wissenschaftlerinnen, zusammen mit den LehrerInnen der beteiligten Schulen, neben dem Curriculum auch die übergeordneten Bildungsziele. Es herrschte Konsens darüber, das Konzept der Schlüsselqualifikationen als Bildungsziel festzulegen. In ihrem Aufsatz „Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflegende“ setzte sich Oelke mit der Bedeutung von Schlüsselqualifikationen intensiv auseinander (Oelke 1998, S.42). Oelke kritisiert, dass zwar eine Vielzahl von Publikationen zum Thema „Schlüsselqualifikationen“ vorläge, aber nur eine kleine Minderheit bemühe sich um eine konkrete Ziel- und Situationserfassung zur Umsetzbarkeit. Vielmehr bleibe der Begriff oberflächlich bestimmt und als „Worthülse mit jeglichem Interesse zu füllen“ (Oelke 1998, S.43). Deshalb beschäftigte sie sich seit 1993 damit, das Konzept der Schlüsselqualifikationen am pflegeberuflichen Handeln zu orientieren und zwar gemäß dem Grundsatz kritisch- konstruktiver Didaktik beruflichen Lernens. Das heißt bei ihr, dass dem Lernenden neben beruflicher Tüchtigkeit auch berufliche Mündigkeit vermittelt werden müsse, was die Kompetenzen des Hinterfragens und Begründens beinhalte (Oelke 1998, S.43). Ihre theoretische Vorarbeit brachte Oelke in den Modellversuch mit ein und gemeinsam konzipierte die Arbeitsgruppe das Bildungsziel „Schlüsselqualifikationen“, als konkretes Konzept. Schlüsselqualifikationen bestehen demnach aus vier Kompetenzbereichen:

- fachliche Kompetenz
- sozial- kommunikative Kompetenz
- methodische Kompetenz
- personale Kompetenz.

Fachkompetenz meint einerseits die Aneignung von pflegespezifischer Handlungsfähigkeit und dem dazu gehörenden Wissen und andererseits Beobachtungs-, Deutungs- und Anleitungsfähigkeit, gemäß einem kritisch reflektierten Pflegeleitbild.

Sozial- kommunikative Kompetenz umfasst Kritik-, Konflikt- und Empathiefähigkeit, Frustrationstoleranz, die Fähigkeit zu argumentieren, sich schriftlich und mündlich zu artikulieren und weiterhin Berührungs- und Teamfähigkeit.

Methodische Kompetenz wird verstanden als Organisations- und Planungsfähigkeit, als Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit und als Fähigkeit zum eigenständigen Weiterlernen.

Der Kompetenzbereich „Personale Kompetenz“ erfasst Belastungsfähigkeit, Reflexionsfähigkeit, Gestaltungs- und Mitbestimmungsfähigkeit, Selbstbestimmung und Verantwortungsbewusstsein (Oelke & Menke 2002, S.87-88).

Diese Kompetenzen, die die Schlüsselqualifikationen pflegeberuflicher Ausbildung ausmachen, sind nicht als konkrete, unterrichtsbezogene Lernfelder formuliert, sondern bilden den Rahmen für die didaktisch- methodische Unterrichtsgestaltung bezüglich der eigentlichen Curriculumsinhalte. So prägen beispielsweise Argumentations- und Problemlösefähigkeit und teambezogenes Handeln die Unterrichtsgestaltung und -methode, ohne konkret Unterrichtsinhalt zu sein. Lehrkräfte müssen also über vielfältige didaktische Kenntnisse verfügen, um Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele zu vermitteln.

Einige Ausnahme dabei ist die „Kommunikation“. Dafür sind im Curriculum 100 Stunden Theorie vorgesehen, um Gesprächsführung, Beratung und Anleitung zu lernen (vgl. Anhang A).

Nachdem die Ausbildung 2000 abgeschlossen war, verglichen Oelke und Menke die Ergebnisse der zahlreichen Befragungen mit den Absichten und Zielen aus der Planungsphase. Es gab viele Übereinstimmungen, aber auch Probleme und Unzufriedenheiten. Insgesamt wurde die Ausbildung nach Schlüsselqualifikationen von allen Beteiligten befürwortet. Übereinstimmend befanden LehrerInnen und SchülerInnen, dass Fachkompetenz als wichtigste, sozial- kommunikative Kompetenz als zweitwichtigste, personale Kompetenz als drittgewichtigste und methodische Kompetenz als viertwichtigste Kompetenz betrachtet werden muss.

Ebenfalls ausgehend von einem maximalen Förderanspruch von 100% glaubten die LehrerInnen bei den SchülerInnen

- Fachkompetenz zu 94%
- methodische Kompetenz zu 61%
- sozial- kommunikative Kompetenz zu 39%
- und personale Kompetenz zu 33% gefördert zu haben.

Demgegenüber empfanden die SchülerInnen

- bzgl. Fachkompetenz zu 94%
- bzgl. methodischer Kompetenz zu 66%
- bzgl. sozial- kommunikativer Kompetenz zu 63%
- und bzgl. personaler Kompetenz zu 59% gefördert worden zu sein
(Oelke & Menke 2002, S.42).

Abgesehen von der Fachkompetenz fühlten sich die SchülerInnen in einem anderen Ausmaß gefördert, als die Lehrkräfte es zu tun geglaubt hatten. Zwar stimmten die Reihenfolgen der geschätzten und der erlebten Förderung überein, doch das Ausmaß der Förderung unterschied sich bei allen Kompetenzbereichen, abgesehen der Fachkompetenz. Der größte Unterschied zwischen geschätzter und erlebter Förderung betraf die sozial- kommunikative Kompetenz. Deutlich anders als die anfangs vorgenommene Einschätzung der Hierarchie durch die LehrerInnen und SchülerInnen, erfolgte die Einschätzung nach dem Modellversuch. Die sozial- kommunikative Kompetenz rutschte auf Rang drei, während die methodische Kompetenz den zweiten Rang einnahm. Personale Kompetenz gelangte an die letzte Stelle. Die folgende Tabelle veranschaulicht die verschiedenen Einschätzungen.

Einschätzung der Hierarchie durch SchülerInnen und LehrerInnen	Hierarchie der geschätzten Förderung der LehrerInnen	Hierarchie der erlebten Förderung der SchülerInnen
Fachkompetenz	Fachkompetenz (94%)	Fachkompetenz (94%)
sozial-komm. Kompetenz	methodische Kompetenz (61%)	methodische Kompetenz (66%)
personale Kompetenz	sozial-komm. Kompetenz (39%)	sozial-komm. Kompetenz (63%)
methodische Kompetenz	personale Kompetenz (33%)	personale Kompetenz (33%)

Tab. 4: Gegenüberstellung der gewünschten, geschätzten und erlebten Förderung von Schlüsselqualifikationen im Modellversuch von Oelke & Menke

Ein Erklärungsansatz für diese Diskontinuität zwischen gewünschten, geförderten und erlebten Ausbildungszielen liegt in der Qualifikation der Lehrkräfte und PraxisanleiterInnen, Ausbildung gemäß Schlüsselqualifikationen umzusetzen.

„Um das Konzept der Schlüsselqualifikationen in der gesamten Pflegeausbildung zu implementieren, sind erfahrungsbezogene Unterrichtsmethoden notwendiger Bestandteil der Aus- und Fortbildung nicht nur von LehrerInnen der Pflegeberufe und nebenamtlichen DozentInnen, sondern auch von MitarbeiterInnen der Pflegepraxis- denn (Zitat einer Lehrkraft) Schlüsselqualifikationen sind in der Praxis nicht anerkannt“ (Oelke & Menke 2002, S.41).

Insbesondere die unterschiedlichen Einschätzungen zur sozial-kommunikativen Kompetenz lassen einen Mangel erkennen, diese Kompetenz in ihren Bestandteilen genau zu erfassen und adäquat zu vermitteln. Ein entsprechendes Konzept zur Vermittlung der sozial- kommunikativen Kompetenz wäre hier gebraucht.

„Insgesamt konstatieren die SchülerInnen, dass der Stellenwert sozial-kommunikativer und personaler Kompetenzen in der Pflegepraxis teils gering geschätzt wurde, das Pflegepersonal maß der Fachkompetenz weitaus mehr Bedeutung zu. Nach Ansicht einiger SchülerInnen ist eine auf Kompetenzförderung bezogene verbesserte Aus- und Fortbildung nicht nur für LehrerInnen notwendig - denn (Zitat Schülerin) die Dozentenqualifikation fehlte teils - sondern auch für die AusbilderInnen in der Praxis“ (Oelke & Menke 2002, S.42).

Diese Problematik berührt einen der heikelsten Punkte des Projekts, nämlich die Übertragung des theoretischen Wissens auf die praktischen Arbeitsfelder, was z.T. sehr spannungsvoll war und nur erschwert stattfinden konnte. Dieser Kritikpunkt bezeichnet die Schwierigkeiten des Theorie- Praxis- Transfers, was in der Pflegeausbildung sehr häufig bemängelt wird und auf die auch dieses Projekt stieß. Oelke und Menke sprachen von einer defizitären Verzahnung von Theorie und Praxis (Oelke & Menke 2002, S.54).

Ein damit verbundener Aspekt bezieht sich auf die in der Planung vorgesehenen Praxisgespräche zwischen PraxisanleiterInnen, LehrerInnen und SchülerInnen. Diese Gespräche fanden in dieser Konstellation gar nicht bzw. selten statt. Auch die Gesprächstrias (Anfangs-, Zwischen- und Abschlussgespräch) zwischen PraxisanleiterInnen und SchülerInnen wurden in sehr vielen Fällen auf das Abschlussgespräch, zum Ausfüllen des Beurteilungsbogens, reduziert.

Bei aller Umsetzungsproblematik der modernen Ausbildungsform bleibt jedoch der Gedanke von Oelke (1998) zentral, dass in den Pflegeberufen die sozial-kommunikative Kompetenz einen besonders hohen Stellenwert hat, weil im Gegensatz zu gewerblich- technischen Berufen immer die Sprache, die Interaktion zwischen Personen, die Grundlage pflegerischer Arbeit darstellt. Oelke (1998) spricht deshalb auch davon, dass fachliche und sozial-kommunikative Kompetenzen sehr schwer von einander zu trennen seien und es zwischen beiden eine große Schnittmenge gäbe (Oelke 1998, S.43).

Die teilweise sehr kritischen Äußerungen der SchülerInnen und LehrerInnen, wie das Konzept der Schlüsselqualifikationen in der Praxis angenommen wird, passen bezeichnenderweise gut zu einem Teilergebnis der Studie „Kompetenzen von HochschulabsolventInnen“ (Schaeper & Briedis 2003, S.8).

Dort wird darauf hingewiesen, dass moderne Arbeitsstrukturen, gekennzeichnet durch teamorientiertes, interdisziplinäres Arbeiten, mit flachen Hierarchien und hoher Eigenständigkeit, auch ein hohes Maß an Schlüsselkompetenzen voraussetzen. Weniger moderne Arbeitsstrukturen, gekennzeichnet durch geringe Dispositionsspielräume, einem hohen Maß an Bürokratie, ausgeprägter Hierarchisierung, erwarten hingegen kein hohes Maß an verschiedenen Schlüsselkompetenzen, sondern lediglich ein hohes Maß an Fachkompetenz. Die Schlussfolgerung daraus betrifft den Zusammenhang zwischen dem Grad der Modernität der Arbeitsstrukturen in der Pflegeeinrichtung und der Aufgeschlossenheit gegenüber Schlüsselqualifikationen. Überkommene Strukturen würden sich demnach durch die Ablehnung von Schlüsselqualifikationen disqualifizieren.

6.3.2 Modellversuch zur praktischen Ausbildung

An den Modellversuch von Oelke & Menke zur Erstellung eines Curriculums für die theoretische Ausbildung, knüpften Müller (Universität Bielefeld) und Koeppen (Universität Dortmund) mit einem Modellversuch zur praktischen Ausbildung an. Das Ziel war es, ein integratives Curriculum für die praktische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu entwickeln. Der Ort des Modellprojekts war ebenfalls die Katholische Schule für Pflegeberufe Essen und elf damit kooperierende Praxiseinrichtungen. Förderung und Unterstützung erhielt das Praxismodell vom BMBF, von der Caritas Stiftung und von privaten Geldgebern. Der Modellversuch dauerte von November 2001 bis April 2006.

23 SchülerInnen absolvierten die integrative Pflegeausbildung, wobei das von Oelke & Menke erarbeitete Curriculum die Grundlage für die Schulausbildung bildete und die praktische Ausbildung anhand des neu entwickelten Konzepts von Müller & Koeppen (2003, 2003a, 2004, <http://www.integrierte-pflegeausbildung.de> [23.11.2006]) erfolgte.

Die grundlegende Idee des Praxismodells war es auf der Grundlage von Schlüsselqualifikationen auszubilden und die nachhaltige Vernetzung der theoretischen mit der praktischen Ausbildung zu erreichen.

„Der Erkenntnis folgend, dass erst die praktische Anwendung von erworbenem Wissen in beruflichen Handlungssituationen zu einer nachhaltigen Verankerung des Gelernten führt, werden in diesem Modellprojekt für jeden Praxiseinsatz sogenannte Lern- und Arbeitsaufgaben entwickelt und erprobt. Mit der Bearbeitung dieser

Lernaufgaben im beruflichen Alltag durchlaufen die Auszubildenden Phasen der Analyse, der theoriegeleiteten Planung und Durchführung sowie der reflexiven Bewertung ihres Pflegehandelns. Eingebunden ist dieser Prozess in eine umfangreiche Praxisbegleitung.

Eine weitere Neuerung in diesem Modellversuch ist der Einsatz der Auszubildenden auch in Bereichen, die bislang den einzelnen Spezialisierungen Altenpflege, Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege vorbehalten waren sowie in neuen Praxisfeldern, die zukünftig relevant für die Pflege sein werden. Dazu zählen die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, aufsuchende Gesundheitsfürsorge und Sozialarbeit, gesundheitsbezogene Beratung und Schulung, Hospizarbeit, Rehabilitation, Behindertenhilfe sowie Naturheilkunde“

(<http://www.integrierte-pflegeausbildung.de/projekt/index.html> S.2 [12.11.2005]).

Themen für Lernaufgaben waren zu Beginn der Ausbildung, in der ersten Praxisphase, beispielsweise „aktivierende Pflege“, „Pflegebeziehung“, während bei späteren Praxiseinsätzen, am Ende der Ausbildung, Themen wie „Macht“, „Visite“, „Pflege chronisch kranker Menschen“ zu bearbeiten waren (Müller & Koeppen 2003).

Die systematische Auswahl neuer Praxisfelder berücksichtigte sowohl die Übereinstimmung der entsprechenden Anforderungsprofile mit dem Ausbildungsstand, als auch die Möglichkeit für die neuen Praxisfelder qualifizierte PraxisbegleiterInnen bereitstellen zu können. Müller & Koeppen (2004) gelangten zu folgenden neuen Praxisfeldern:

- Hospiz
- Rehabilitationsklinik
- Klinik für Naturheilkunde
- Einrichtung des Sozialdienstes Katholischer Frauen
(Schwangeren- und Drogenberatung)
- Behindertenhilfe
- Einrichtung mit Patientenberatung
- Gesundheitsamt
- Anbieter für integrierte beratungsintensive Hilfsmittelversorgung

Die neu gestaltete Praxisbegleitung hatte zum Ziel, die SchülerInnen während ihrer gesamten Ausbildungszeit angemessen zu begleiten, anzuleiten, zu beraten und mit ihnen gemeinsam ihre erreichten Leistungen zu beurteilen.

Das Praxisbegleitungskonzept bestand aus vier Komponenten:

- drei festgelegte Gespräche pro Praxiseinsatz (Einführungs-, Zwischen- und Abschlussgespräch)
- Beurteilungsbogen
- Tätigkeitsnachweismappe
- Praxisreflexionstage

Die vorgesehenen Gespräche zwischen PraxisbegleiterInnen und SchülerInnen dienten dem gegenseitigen Austausch über Zufriedenheit und Lernfortschritten. In den Abschlussgesprächen bestand die Aufgabe der PraxisbegleiterInnen darin, gemeinsam mit den SchülerInnen den Beurteilungsbogen auszufüllen, d.h. eine Einschätzung der Fähigkeiten und Fertigkeiten vorzunehmen und diese Bewertung in die Tätigkeitsnachweismappe zu übertragen. Die Tätigkeitsnachweismappe enthielt, detailliert aufgelistet, alle Fähigkeiten und Fertigkeiten, die die SchülerInnen an entsprechenden Ausbildungsabschnitten beherrschten sollten.

Praxisreflexion bestand aus einem Gruppen gespräch aller freiwillig teilnehmenden Auszubildenden, mit einem externen Supervisor, wobei es um die Aufarbeitung gelungener oder konflikthafter Pflegehandlungen ging. Diese Praxisreflexionen sollten nach jedem Praxiseinsatz stattfinden und dauerten im Durchschnitt zwei Stunden.

Zu Beginn des Modellversuchs waren die berufspädagogischen Voraussetzungen der PraxisbegleiterInnen sehr heterogen und Müller & Koeppen entschlossen sich im ersten Jahr einen Modellausbildungskurs für die PraxisanleiterInnen durchzuführen, um diese in über 200 Unterrichtsstunden fortzubilden.

Die Evaluation des Modellversuchs stützte sich auf das Datenmaterial von zahlreichen Fragebogenerhebungen der Auszubildenden, der PraxisbegleiterInnen, der LehrerInnen und einer Kontrollgruppe und auf Gruppeninterviews. Erfragt wurden neben Selbsteinschätzungen zur Zufriedenheit mit der Ausbildung, auch Bewertungen zum Lernfortschritt, aus der Sicht der SchülerInnen und aus der Sicht der Lehrenden. Eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse, die bislang vorliegen

(<http://www.integrierte-pflegeausbildung.de>[9.11.2006]) bestätigen die Relevanz und den Nutzen sowohl der Lernaufgaben, als auch der Gestaltung neuer Praxisfelder. 87% aller SchülerInnen halten Lernaufgaben für eine Bereicherung des eigenen Lernens. 90% befürworten den Einsatz in den neuen Praxisfeldern. Die Auszubildenden schätzen, im Vergleich zu der Kontrollgruppe, die die traditionelle Ausbildung absolvierte, die Bedeutung sozial- kommunikativer Aufgaben in der Pflege deutlich höher ein und halten sich, durch die neue Ausbildungsform, für gesprächskompetenter. Gerade dieses Ergebnis verweist auf den Erfolg des neuen Ansatzes, die Reflexionsfähigkeit der Lernenden zu fördern. Lernende setzen sich mit den an sie gestellten Praxisanforderungen und mit den schulischen Lerninhalten auseinander und bewerten auf einer höheren Ebene (Metaebene) ihren persönlichen Bezug dazu.

Sowohl das Konzept der Lernaufgaben, als auch der Einsatz in den neuen Praxisfeldern, wird als Konsequenz aus dem Modellprojekt für alle weiteren Ausbildungsjahrgänge der beteiligten Einrichtungen übernommen.

Problematischer sehen die Ergebnisse bezüglich der Konzeption der Praxisbegleitung aus. Es gelang nicht das Qualifikationsniveau der PraxisanleiterInnen zu homogenisieren. PraxisanleiterInnen setzten das neue Konzept (Gesprächstrias, Bewertungsbogen gemeinsam ausfüllen, Tätigkeitsnachweismappe führen, Praxisreflexionstage) nur bedingt um. 20% der SchülerInnen wurden von ständig wechselnden Personen begleitet und die Durchführung der Gesprächstrias konnte weder im Umfang (häufig Reduzierung auf das Abschlussgespräch mit Bewertung), noch in qualitativer Hinsicht realisiert werden. Zwar steigerte sich die Quote der geführten Gespräche bis zum Ende der Ausbildung, aber die SchülerInnen beklagten, dass es inhaltlich meist darum ging, sie an die jeweilige Stationsroutine anzupassen und dass Lernen in der Praxis als Nebensache abgetan wurde.

Als Ausblick formulierten Müller & Koeppel (<http://www.integrierte-pflegeausbildung.de> [9.11.2006]), dass die praktische Ausbildung in der Pflege Leitungsaufgabe werden müsse, um die entsprechenden Rahmenbedingungen (Qualifikation der BegleiterInnen, Ausbildung auf Station) zu konstituieren und sie regten an, Ausbildung als Wissensmanagement zu verstehen, das durch die

Organisations- und Personalentwicklung einer Einrichtung nachhaltig begünstigt werden kann.

Konzept der Schlüsselqualifikationen

Das Konzept der Schlüsselqualifikation ist bei dem Modellversuch zur praktischen Pflegeausbildung, gemäß dem Projekt von Oelke & Menke, logisch weitergeführt. Die Fachkompetenz erhält ihre Bedeutung im konkreten, fachlich fundierten Pflegehandeln. Die sozial- kommunikative Kompetenz wird durch das Konzept der Praxisbegleitung deutlich hervorgehoben. Dort geht es sowohl um die Gesprächsebene der Reflexion beruflichen Handelns, als auch um die Ebene der persönlichen Evaluation situativer, zwischenmenschlicher und fachlicher Erlebensweisen. Der Stellenwert, der der Reflexionsfähigkeit der Auszubildenden zugewiesen wird, hebt auch die Bedeutung als personale Kompetenz hervor. Die methodische Kompetenz erfährt ihre Förderung gerade durch die Vielfältigkeit wie Lernen aufgefasst wird: Praxisreflexion, selbstgesteuertes Lernen durch Lernaufgaben, interdisziplinäres Arbeiten in den neuen Praxisfeldern und Gesprächsführung.

Auch das praktische Modell von Müller & Koeppen betrachtet die Ausbildung nach Schlüsselqualifikationen als zentrales Ziel.

6.4 Modellversuch aus dem kaufmännischen Berufsfeld

Die Bedeutung von Schlüsselqualifikationen, insbesondere von sozial- kommunikativen Kompetenzen, für erfolgreiches berufliches Arbeiten, erfährt auch in anderen Berufsfeldern eine hohe Akzeptanz. In einem Modellversuch zum sozial- kommunikativen Handeln in kaufmännischen Berufsfeldern des Handels-, Banken- und Versicherungswesens, beschäftigten sich Dumpert, Euler, Hanke und Reemtsma- Theis (2003) mit der Frage, inwieweit und in welcher Form kundenorientierte Sozialkompetenzen in der kaufmännischen Berufsbildungspraxis gefördert werden können. Dieser Modellversuch fand zwischen April 1998 und September 2001 in Nürnberg statt und erprobte ein Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzept zur Sozialkompetenz an einer Stichprobe von 380 TeilnehmerInnen, in 32 Seminaren. Die Industrie- und Handelskammer Nürnberg/ Mittelfranken schuf die Rahmenbedingungen für die Durchführung. Der Abschlussbericht ist vom BIBB herausgegeben.

Dumpert et al. (2003) entwickelten, neben einem Grundmodell zum sozial-kommunikativen Handeln, ein Transferkonzept, das die Umsetzungsbedingungen von Lerninhalten der Seminaren auf die Arbeitssituation fokussierte. Bemerkenswert an diesem Transferkonzept sind der zielgerichtete Perspektivenwechsel von Arbeits- und Lernsituation und die in der Arbeitssituation vorgesehene angeleitete Praxiserprobung. Dahinter verbirgt sich die Auffassung, dass Berufsbildung nicht im unterrichtlichen Lehr-Lernprozess stecken bleiben darf, sondern in die konkrete Berufssituation übertragen werden muss, um Nachhaltigkeit und Verwertbarkeit des Gelernten zu gewährleisten.

In ihrem Grundmodell zum sozial-kommunikativen Handeln beschreiben die Autoren verschiedene Standpunkte, die in Gesprächen eingenommen werden können. Sie unterscheiden den agentiven Standpunkt, der den wahrnehmbaren Vollzug der Kommunikation repräsentiert, von zwei reflexiven Standpunkten, die einerseits situative Aspekte und andererseits personale Bedingungen von Kommunikationssituationen beinhalten. Reflexive Standpunkte werden dann eingenommen, wenn Störungen im Gesprächsablauf wahrnehmbar sind.

Die Seminare von Dumpert et al. differenzieren durch ihren spezifischen Modulaufbau zwischen den verschiedenen Standpunkten und vermitteln die jeweils benötigten Teilespekte der Sozialkompetenz. „*Sozialkompetenzen werden definiert als Handlungskompetenzen, die ein sozial-kommunikatives Handeln über unterschiedliche Inhalte in spezifischen Situationen ermöglichen*“ (Dumpert et al. 2003, S.33).

Das hierfür zu Grunde gelegte Lernverständnis beweist die Nähe zum „moderaten“ Konstruktivismus¹, in dem „*Lernen als ein aktiver, konstruktiver und damit weitgehend selbstgesteuerter Prozess gesehen wird*“ (Dumpert et al. 2003, S.130).

Daraus leitet sich die konkrete Vorgehensweise in den Seminaren ab, die aus folgenden Elementen besteht:

¹ Als Gegenteil kann die Darstellung des „radikalen“ Konstruktivismus bei Schüßler (2000) gelten.

- Rollenspiele, um multiple Perspektiven sozial- kommunikativen Handelns kennen zu lernen
- schriftliche Auseinandersetzung mit den Inhalten des Seminars
- konkrete Kollegenbeobachtung in der Praxisphase
- Führen eines Praxistagebuchs, als Grundlage für den Erfahrungsaustausch und die Feedback- Gespräche
- Workshop nach drei Monaten Praxis, zum Erfahrungsaustausch.
- authentisches Video, aus dem Erfahrungsfeld der TeilnehmerInnen, zur Analyse

Der Modellversuch schloss die Entwicklung und Implementierung von Beurteilungsverfahren der Sozialkompetenz mit ein. Eine ausführliche schriftliche Prüfung und eine aufwendige praktische Prüfung wurden von den TeilnehmerInnen abgeleistet, um ein Zertifikat der IHK Nürnberg/ Mittelfranken zu erhalten.

Die Gesamtbewertung des Modells fällt durchweg positiv aus. „*Insgesamt wurden die gezielt zur Transferförderung eingesetzten Instrumente als realisierbare und auch wirksame Maßnahmen eingeschätzt, um die Seminarinhalte in der Arbeitssituation präsent zu halten und eine bewusste Umsetzung des Gelernten anzuleiten*“ (Dumpert et al. 2003, S.154).

Es handelt sich hierbei um ein höchst anspruchsvolles Modellprojekt, das eine Vielzahl von Aspekten der Sozialkompetenz sowohl theoretisch aufarbeitet, als auch praktisch umsetzbar gestaltet und so als gelungenes Beispiel zur Förderung der Sozialkompetenzen gelten kann, ohne, dass Schwierigkeiten oder Probleme dabei unbeachtet geblieben sind (dazu Dumpert et al. 2003, S.154-160).

Es erscheint lohnenswert eine Übertragung auf die Situation der Pflege zu unternehmen.

6.5 Zusammenfassung

Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele der Pflegeausbildung zu bestimmen, ist die angemessene Antwort auf die Herausforderungen der gegenwärtigen und wohl auch künftigen Pflegesituation in Deutschland.

„Der vehemente Wandel, der in unserer Gesellschaft zu verspüren ist, verlangt auch einen raschen Wandel der Qualifikationsanforderungen und Qualifikationsprofile derjenigen, die im Gesundheitswesen und in der Pflege tätig sind. Wir befinden uns in einer beschleunigten Dynamik, in der traditionelle Wissens-, Kenntnis- und Fähigkeitsbestände überdacht, verändert und weiterentwickelt sowie neue Befähigungen hinzugelernt werden müssen. Ein neues Verständnis von Lernen im Kontext einer zukunftsfähigen Lernkultur setzt andere Schwerpunkte und anders gestaltete Lernsituationen als bisher voraus“ (RBS 2001, S.175-176).

Sowohl das Modellprojekt von Oelke & Menke (2002,) als auch das Projekt von Müller & Koeppen (2003a), sind wichtige Beiträge diese Herausforderungen anzunehmen und die Pflegeausbildung auf ein Fundament zu stellen, das für die weiteren Entwicklungen tragfähig ist. In dieser Weise bewertete auch der dritte Altenbericht die Bedeutung dieser Modellversuche und versprach, aus den Ergebnissen Impulse für eine Neugestaltung der Pflegeausbildung abzuleiten (BMSFSJ 2001, S.146).

7. Schlussfolgerungen und Darlegung des Forschungsinteresses

Die Fülle und die hohe Qualität der Forschungsarbeiten zum Themenspektrum „Pflegeausbildung“ sind außerordentlich beeindruckend. Dennoch bleiben Fragen offen und Unzufriedenheiten bestehen. Das betrifft vor allem die Akzeptanz von Schlüsselqualifikationen und deren Herausbildung als allgemeines Ausbildungsziel. Es genügt nicht, die Lehrkräfte an den Schulen durch Fortbildungen an neue Curricula heranzuführen, sondern vielmehr besteht in der praktischen Ausbildung ein enormer Bedarf an Überzeugungsarbeit für das Konzept der Schlüsselqualifikationen. Dort wo die SchülerInnen praktisch tätig sind, braucht es Akzeptanz für Schlüsselqualifikationen und damit verbunden, braucht es moderne Arbeitsstrukturen. Es ist überhaupt zu verlangen, dass die Ausbildung ernst genommen wird und qualifizierte Praxiskräfte zur Verfügung gestellt werden, die die theoretische mit der praktischen Ausbildung vernetzen, anstatt, wie leider so oft, zu hemmen. Sehr deutlich bringen dies Kerres & Falk zum Ausdruck. „*Die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen verlangt veränderte didaktisch-methodische Konzepte. Es müssen auf Seiten der Theorie und auf Seiten der Praxis Rahmenbedingungen geschaffen werden, die [es] [Anmerk. der Autorin] den Auszubildenden ermöglichen, selbstständig, eigenverantwortlich, planvoll zu lernen*“ (Kerres & Falk 1996, S.17)

Wie Oelke (1998) darlegt, ist die sozial- kommunikative Kompetenz ein wesentlicher Bestandteil pflegerischer Arbeit und ist deshalb in besonderer Weise zu bedenken. Kritik-, Konflikt- und Empathiefähigkeit, die Voraussetzung im Team arbeiten zu können und dabei zu angemessener Artikulation und Argumentation fähig zu sein, bedarf vielfältiger Übung, vielfältiger Unterstützung und vielfältiger Anleitung. Selbst wenn es im Unterricht erreicht werden kann, diese Fähigkeiten zu entwickeln und auszubauen, werden die Auszubildenden ohne weitere Förderung, teils sogar wegen Vorbehalten in der Praxis, kaum zu einer stetigen Verbesserung ihrer Kommunikationskompetenz gelangen. Eine hohe Kommunikationskompetenz soll langfristig die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden steigern und zugleich die Qualität der Pflegeleistung verbessern.

Diese Überlegungen und der besondere Stellenwert der Kommunikation (nicht nur zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften) führen die Autorin dazu, ein eigenes Konzept zur Kommunikationskompetenz zu entwickeln, das einen Beitrag zur Vernetzung von schulischem Wissen und praktischem Tätigsein leisten soll (vgl. Oelke 1998, Müller & Koeppe 2004). Für den Erwerb von Kommunikationskompetenz (Erstausbildung) werden Vorschläge erarbeitet, für die Weiterbildung sind wichtige Aspekte zusammengetragen und letztlich entsteht ein Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung, das die übergeordneten Ausbildungsziele, die hier unter dem Begriff der „Schlüsselqualifikationen“ behandelt werden, realisiert.

II. Teil

1. Entwurf eines eigenen Konzeptes zur Kommunikationskompetenz

1.1 Kommunikationskompetenz als grundlegende Kompetenz

„Die didaktischen Überlegungen in der Berufsausbildung müssen von dem Ziel geleitet werden, die Auszubildenden zu befähigen, neben medizinisch-pflegerischen insbesondere kommunikative berufliche Anforderungen und Situationen bewältigen zu können. Kommunikative Kompetenz umfasst ganz allgemein - den professionellen Umgang mit Distanz und Nähe... Kommunikative Kompetenz umfasst den Umgang mit Grenz- und Krisensituationen ... Kommunikative Kompetenz umfasst den professionellen Umgang mit Konflikten ... Kommunikative Kompetenz umfasst den professionellen Umgang bzw. die Kooperationsbereitschaft, mit anderen an der Pflege beteiligten Berufsgruppen, aber auch mit Laienhelfern zusammenzuarbeiten“ (Kerres & Falk 1996, S.15).

Wie auch schon in den vergangenen Kapiteln wird auch hier die Kommunikationskompetenz als eine besondere Kompetenz im Kanon der Schlüsselqualifikationen bezeichnet. Die Begründung, wie Oelke (1998, S.43) sie liefert, hebt Kommunikation als Grundlage pflegerischer Arbeit hervor. Das, was zwischen Pflegenden und Gepflegten stattfindet ist immer eine Form von menschlicher Begegnung, die meist verbal, aber immer nonverbale Anteile einschließt. Der Kommunikationstheoretiker Paul Watzlawick (Watzlawick et al. 1996), der neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit als Psychologe und Psychotherapeut auch durch seine populärwissenschaftlichen Bücher bekannt geworden ist, verwendet in seiner Theorie der Kommunikation die Begriffe digital und analog, als Synonyme für verbale und nonverbale Kommunikationsanteile. Watzlawick beschreibt in seinen fünf Axiomen der Kommunikation ebenso, dass jede Form menschlicher Begegnung Kommunikation darstellt, denn nach seiner Auffassung gibt es keine Nicht-Kommunikation. Alle pflegerische Arbeit, auch dann, wenn pflegetechnische Verrichtungen im Vordergrund stehen, ist an eine bestimmte Person gerichtet und stellt somit auch eine Art von Kommunikation dar.

Die Aufgaben von Pflegenden sind jedoch vielfältiger als nur der Umgang mit Gepflegten. Ebenso zentral ist der Kontakt mit Angehörigen. Hierbei

unterscheiden sich zwar die inhaltlichen Aspekte der Gespräche von denen mit Gepflegten, häufig handelt es sich um Beratungs- und Informationsgespräche, doch Kommunikationskompetenz ist auch dabei die Voraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf.

Der Kommunikationsbereich einer Pflegekraft greift noch weiter, als nur gegenüber Gepflegten und deren Angehörigen. Die Pflegekraft ist Mitglied in einer Arbeitsgruppe, im günstigsten Fall eines Teams und die Zusammenarbeit mit KollegInnen, mit Auszubildenden und mit Führungskräften erfordert differenzierende Möglichkeiten menschlichen Umgangs. Zu denken ist zum Beispiel an Informationsgespräche, an Besprechungen über Pflegemaßnahmen und deren Bewertung, an Konfliktgespräche, bei unterschiedlichen Auffassungen und an Gespräche zur informellen Vermittlung von Kenntnissen. Darüber hinaus haben Pflegekräfte Gespräche im interdisziplinären Kontext zu führen, wenn es um die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen geht.

Schon allein die Vielfalt der Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeiten der Pflegenden macht deutlich, dass erfolgreiches Arbeiten eine sehr hohe Kommunikationskompetenz erfordert.

Die Bedeutung von Kommunikationskompetenz in der Pflegeausbildung kommt in den Richtlinien für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Nordrhein-Westfalen eindrucksvoll zum Ausdruck (MGSFF NRW 2003). Bezogen auf die Ergebnisse des Modellversuches von Oelke & Menke (2002) beschreiben die seit 1.1.2004 verbindlichen Richtlinien, dass „...*in der Ausbildung fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermittelt werden sollen*“ (MGSFF NRW 2003, S.3). „*Darüber hinaus soll die Ausbildung auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen. ... Unter dieser Zielsetzung wird auch den beratenden, anleitenden und unterstützenden Aufgaben gegenüber Menschen mit Pflegebedarf und ihren Bezugspersonen in anderer Weise als bislang Rechnung getragen. Dies schließt notwendigerweise eine entsprechende Förderung der kommunikativen Kompetenzen ein*“ (MGSFF NRW 2003, S.4).

„Diesbezüglich zeigen vorliegende Erkenntnisse bereits jetzt, dass Pflegende sehr viel mehr in ihrer kommunikativen und empathischen Kompetenz gestärkt werden müssen, um die von ihnen gepflegten Menschen in ihrer Selbstbestimmung und –verantwortung, ihrer Aktivierung von Selbstpflegepotentialen und individuellen Ressourcen zu fördern, gleichzeitig aber nicht zu überfordern.“ (MGSFF NRW 2003 S.2)

Behält man die Qualität der Pflegeausbildung im Auge, muss die Kommunikationskompetenz eine besondere Stellung unter den Schlüsselqualifikationen einnehmen. Am Beispiel der Interaktion von Pflegekraft und BewohnerIn analysierte Kitwood (2000) die Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit von Pflegenden sehr anschaulich. In der Darstellung seines „Personenzentrierten Ansatzes“ von Demenz fasste Tom Kitwood (2000, S.95) die Ergebnisse verschiedener Studien zusammen, die den Zusammenhang von Qualitätspflege und Lebensqualität bzw. Wohlbefinden von dementen Bewohnern stationärer Einrichtungen in den USA untersuchten. Dabei wurde hohe Pflegequalität verstanden als Form des persönlichen Umgangs im Sinne von Förderung „Person zu sein“ (Kitwood 2000, S.25-27). Konkret hieß das, Integritätsförderung durch einen hohen Grad an individueller Aufmerksamkeit, durch sorgfältig geplante Aktivitäten und durch persönliche Unterstützung auch bei Entscheidungsfindungen. Die Ergebnisse, die Kitwood beschrieb, weisen alle in die gleiche Richtung, dass fast alle dementen Bewohner, auch diejenigen mit sehr ungünstigen medizinischen Prognosen, durch hohe Pflegequalität an Lebensqualität gewannen und bei einigen darüber hinaus signifikant positive Veränderungen, bei psychischen und neurochemischen Merkmalen festgestellt werden konnten.

Kitwood konstatierte weiterhin, dass der Endpunkt zur Steigerung des Wohlbefindens dementer Menschen längst nicht erreicht sei, denn die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Bewohnern sei in vielen seiner beobachteten Fälle noch wesentlich zu verbessern, im Sinn seines Ansatzes der „Personenzentrierten Pflege“.

„In vielen Settings, in denen die Pflegequalität, gemessen an früheren Standards, jetzt sehr hoch ist, scheint die Verbesserung einen Endpunkt zu erreichen. Das ist nicht primär ein Ergebnis struktureller Unzulänglichkeiten

oder schlechter personeller Ausstattung, sondern begrenzter interaktiver Fähigkeiten des Personals“ (Kitwood 2000, S.129).

Damit lieferte Kitwood ein gewichtiges Argument für die weitere Qualifizierung der Pflegenden, im Hinblick auf den Erwerb von Schlüsselqualifikationen, wie z.B. Kommunikationskompetenz, um damit kommunikative Defizite auszugleichen.

Erfolgreiche Kommunikation hebt nach Kitwoods Analyse einerseits die Pflegequalität und fördert andererseits die Lebensqualität der BewohnerInnen, was wiederum die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden günstig beeinflusst.

Die Ebene der konkreten Ausführung kommunikativer Elemente im Pflegehandeln (Performanz) wird ergänzt durch die Betrachtung der Ebene des Erwerbs der entsprechenden Kompetenz. Kompetenzerwerb als Umschreibung von Lernen, stellt in der Berufsausbildung zur Pflegekraft eine Form des Erwachsenenlernens oder der Erwachsenenbildung dar. In diesem Sinn gewinnen in neuerer Zeit Lernformen aus der theoretischen Richtung des Konstruktivismus an Bedeutung. Schüßler (2000) destilliert aus Elementen des radikalen Konstruktivismus und des symbolischen Interaktionismus einen Ansatz des „Deutungslernens“, den sie der Erwachsenenbildung zuordnet. Dabei kommt kommunikativen Prozessen eine entscheidende Rolle zu, denn über interindividuelle Interaktionen werden subjektive Wissensschemata der Lernenden durch neue Schemata ergänzt. Kommunikationsformen determinieren für Schüßler (2000) ganz entscheidend das „Wie“ des Lernens. Auf der Ebene des Kompetenzerwerbs bestimmt die Kommunikationskompetenz der Lehrenden den Lernprozess der Auszubildenden. In diesem doppelten Sinn, Performanz im Pflegehandeln und Medium des Erwerbs, muss dem Bereich der „Kommunikation“ eine hervorgehobene Rolle zugewiesen werden.

All diese Überlegungen stellen die Besonderheit der Kommunikationskompetenz heraus und begründen den Versuch, ein Konzept zur Verbesserung der Kommunikationskompetenz zu entwickeln.

1.2 Aneignung und Realisierung von Kommunikationskompetenz

Kommunikationskompetenz ordnet sich in die Schlüsselqualifikation ‚sozial-kommunikative‘ Kompetenz ein. Dieser Bedeutung als übergeordnetes

Bildungsziel, also als Schlüsselqualifikation, schließt sich noch eine weitere Bedeutung an, nämlich die der konkreten Lerneinheit „Kommunikation“, also der Erwerb fachlicher Kompetenz. In dem von Oelke & Menke (2002) erarbeiteten Curriculum werden 100 Unterrichtsstunden für die Vermittlung der Grundsätze der Kommunikation, spezieller Gesprächsführungstechniken und für die Beratung und Anleitung veranschlagt.

Kommunikation erfährt damit die doppelte Bedeutung, als übergeordnetes Bildungsziel und als konkrete Lerneinheit.

In einem ähnlichen Verständnis, wie das von Schüßler (2000), differenziert die Autorin dieser Arbeit, zwei Ebenen der Kommunikation. Die erste Ebene, die Ebene der Aneignung, meint das Wissen und die Kenntnisse der Kommunikationstheorien, im Sinn von Kompetenz, einschließlich der „Kommunikation als Medium des Kompetenzerwerbs“, wie Schüßler dies bezeichnet. Diese Ebene umfasst zudem Werthaltungen und Einstellungen der Kommunikationspartner. Die zweite Ebene, die Ebene der Realisierung, meint die Anwendung und den Einsatz von Gesprächstechniken in bestimmten Gesprächssituationen, im Sinn von Performanz.

Oelke & Menke (2002) setzen diese beiden Ebenen in den Vorgaben ihres Curriculums wie folgt um:

- Aneignungsebene:
 - Grundsätze zur Kommunikation und Interaktion

- Realisierungsebene:
 - Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, mit Übungen
 - Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten, mit Übungen
 - PatientInnen/ Pflegebedürftige, Angehörige und LaienhelferInnen beraten und anleiten, mit Übungen
 - Auszubildende anleiten, mit Übungen
 - themenbezogen beraten und anleiten, mit Übungen

Diese Themen werden detailliert gegliedert und als Unterrichtselemente dargestellt¹. Im Kommentar des Lernfeldes wird darauf hingewiesen, dass die SchülerInnen zur Reflexion von Eigen- und Fremdwahrnehmung anzuregen sind, dass ihre Handlungssicherheit bezüglich konkreter Gesprächssituationen im pflegerischen Alltag zu stärken ist und dass im Sinne von Differenzierungsfähigkeit besonderes Gewicht darauf zu legen ist, die SchülerInnen die Adressatenorientierung als eine zentrale Kategorie des Beratens und Anleitens begreifen zu lassen (Oelke & Menke 2002, S.147). Allerdings bleibt die didaktische Realisierung allein der Kompetenz der Unterrichtenden überlassen.

Man kann zusammenfassen, dass Oelkes & Menkes Zielsetzungen sehr genau den Ansprüchen entsprechen, die sich aus der Praxis ableiten lassen, nur haftet ihnen der Mangel an, dass sie sehr stark von der Qualifikation der Lehrenden abhängen und zudem lediglich den Unterricht als Übungsfeld heranziehen und die reale Gesprächspraxis im Pflegealltag vernachlässigen.

Ein Hinweis aus der Studie von Darmann (2000) unterstreicht diesen letzten Kritikpunkt: „*Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die pflegerische Kommunikation stark durch Machtstrukturen geprägt ist und dass die Bewältigungsformen der Pflegenden zum Teil eine differenzierte und angemessene Sicht auf diese realen Strukturen und Erfordernisse vermissen lassen*“ (Darmann 2000, S.219).

Kann man von Pflegenden erwarten, dass sie in realen Pflege- und Arbeitssituationen angemessene Bewältigungsformen realisieren, wenn ihre Übungsmöglichkeiten teilweise in der Theorieausbildung verschwinden oder Übungen im unwirklichen Raum des Unterrichts stecken bleiben?

Die Analyse von Hulskers (2001) erlaubt eine ähnliche Argumentation. Hulskers erstellte ein Anforderungsprofil pflegerischer Beziehungen, unter anderem mit dem Anspruch, dass die Pflegeperson die Probleme aus der Sicht der Patienten wahrnehmen soll (Hulskers 2001, S.43). Diese Fähigkeit des Einfühlens, der Empathie, ist ein Produkt von ständigem Üben in der Wirklichkeit und also ein Produkt von Lebenserfahrung, das trotz alledem auf theoretischem Boden steht und als Haltung zunächst erfasst und gelernt werden muss. Doch kann sie nur

¹ Siehe Anhang A

verbessert werden, wenn auch Alltagssituationen den Übungsrahmen bilden und ein Lernen mit erfahrenen Interpreten (z. B. PraxisanleiterInnen) stattfindet. Dem Kritikpunkt, Mangel an realpraktischen Übungen in der Ausbildung, kann das Konzept von Ital und Knöferl (2001) zwar nicht entgegen treten, doch es soll noch einmal die Stärke dieses Ansatzes in den Mittelpunkt gerückt werden. Diese liegt darin, dass auf der Grundlage einer ausführlichen theoretischen Darstellung sorgfältig aufbereitete Übungseinheiten den praktischen Bezug herstellen.

Das Konzept von Ital und Knöferl wurde bereits (vgl. Teil I, Kap. 6.2.2) als gut geeignet bezeichnet, um den Transfer des theoretischen Wissens zur praktischen Anwendung zu fördern. Als Beispiel soll der Wissenserwerb der folgenden Kommunikationsmodelle gelten: Eric Berne (2002), Ruth Cohn (1991), Naomi Feil (1993), Erik Erikson(1997), Carl Rogers (2004), Friedemann Schulz von Thun (1996, 1994, 1998), Paul Watzlawick (Watzlawick et al. 1996). Im Anschluss an das Theoriewissen werden praktische Unterrichtseinheiten wie „Aktiv Zuhören können“; „Aktiv Zuhören können, ohne Stellung zu beziehen“; „nonverbale Signale entschlüsseln können“; „Feedback geben können“; „klare Aussagen treffen können“, vorgeschlagen. Diese Unterrichtseinheiten sind sehr sorgfältig und durchdacht angelegt, um sie als Übungen, Rollenspiele und praktisch- persönliche Erfahrungen erlebbar zu machen. Doch auch hier fehlt die Übertragungsmöglichkeit auf reale Alltagssituationen.

Zusammenfassend lässt sich Kommunikationskompetenz als sehr komplexe Kompetenz bezeichnen. Als Schlüsselqualifikation bestimmt sie die allgemeine Unterrichtsdidaktik und stellt gleichzeitig das Medium des Erwerbs dar. Zudem ist sie als Lerneinheit zu vermitteln. Sie weist einerseits eine Aneignungs- und andererseits eine Realisierungsebene auf. Kommunikation vollzieht sich stets vor dem Hintergrund von Werthaltungen und Einstellungen, die im Lernprozess zu reflektieren, zu verändern oder zu festigen sind. Zusätzlich ist der Anspruch zu erheben, dass sich die praktischen Übungen nicht nur auf gespielte Unterrichtssituationen beziehen, sondern einen realpraktischen Bezug aufweisen. Diese Forderung kann durch das Konzept des „Deutungslernens“ von Schüßler (2000) unterstrichen werden. „*Das Individuum organisiert und konstruiert sein Wissen daher nicht nach dem Maßstab einer Wahrheitsfindung, sondern nach dem Viabillitätsprinzip, d.h. danach, wie das, was es wahrnimmt,*

zu seinen bisherigen Wirklichkeitskonstruktionen und seiner Umwelt „paßt“ (Schüßler 2000, S.138). Lernen wird demnach als Anknüpfung an vorangegangenes reales Handeln verstanden, bei dem Lernmotivation geweckt wurde und zwar durch das Versagen vorhandener Alltagsroutinen und der daraus entstandenen Suche nach Alternativen.

1.3 Eigenes Konzept zur Kommunikationskompetenz

1.3.1 Reflektiertheit

In der Zeitschrift „Die Schwester. Der Pfleger“ lautete im November 2003 die Überschrift eines Textbeitrages: „Pflegeausbildung: Neue Möglichkeiten. Reflexion als berufsbildendes Konzept“ (Abt- Zegelin & de Jong 2003, S.876-880). Reflexion wird in diesem Text verstanden als ein Vorgang, der aus bewusster Wahrnehmung, Verbalisierung des Wahrgenommenen und dem Nachdenken über die Wirkungszusammenhänge von wahrgenommenen Handlungen besteht. Reflexion, so Abt- Zegelin & de Jong (2003), als Praxisreflexion, ist ein Beitrag zum Theorie- Praxis- Transfer in der Ausbildung, denn Praxisreflexion holt praktische Erfahrungen in den Unterricht, um sie dort kritisch zu überdenken. Nach Auffassung von Abt- Zegelin & de Jong (2003) sollte Reflexionskompetenz deshalb in der Pflegeausbildung vermittelt werden und zwar im Status eines übergeordneten Bildungsziels, also einer Schlüsselqualifikation. Abt- Zegelin & de Jong (2003, S.877) definieren Reflexion als einen „bewussten und wohlüberlegten Prozess des Denkens über und der Interpretation von Erfahrungen mit der Zielsetzung, das eigene Handeln besser zu verstehen und daraus zu lernen“.

Eine Definition, die deutlich eine kognitionsorientierte und handlungstheoretische Richtung erkennen lässt, die aber viele Unbekannte, wie „wohlüberlegt“, „sich selbst besser zu verstehen“ oder „daraus lernen“ enthält. Als Resümee dieser Betrachtung ist Reflexion als ein Vorgang zu sehen, der lernbar ist und der für die Pflegepraxis große Bedeutung besitzt.

Reflexion hat semantisch und sprachpragmatisch betrachtet, außer der philosophischen Auffassung, als eine Vertiefung in einen Gedankengang, noch eine weitere Sprachverwendung, nämlich im physikalischen Sinn. Dort wird darunter das Zurückstrahlen und Spiegeln von Licht- und Schallwellen verstanden. Interessanterweise beschreibt Reflexion im philosophischen

Verständnis einen Vorgang, während sie im physikalischen Sinn überwiegend als Beschreibung einer Eigenschaft verwendet wird. Ein reflektierender Körper wirft Licht- und Schallwellen immer dann als Reflexion zurück, wenn solche Wellen auf ihn auftreffen. Sprachgeschichtlich gehört Reflexion zu dem Verb „reflektieren“ und stammt vom lateinischen Wort „reflectere“ ab, zu Deutsch „zurückbiegen, zurückwenden“. Vor diesem Hintergrund ist die Sprachverwendung von Kaiser (1992) bemerkenswert, der aus dem Verb „reflektieren“ das Nomen „Reflektiertheit“ formt und damit deutlich zum Ausdruck bringt, Reflektiertheit meint nicht, einen im ungünstigsten Fall einmaligen Vorgang der Reflexion, sondern eine überdauernde menschliche Haltung. Um die Anwendungshäufigkeit von Reflexion auszudrücken bedient man sich oft der Wortzusammensetzung „Reflexionsfähigkeit“. Trotzdem vermittelt der Begriff „Reflektiertheit“ sehr viel deutlicher, dass es sich hierbei um eine überdauernde und auf viele Lebensbereiche bezogene menschliche Haltung handelt, die die Handlungsorientierung einer Person bestimmt.

Der Rückbezug von Reflexion und Reflektiertheit zur Kommunikationskompetenz erfolgt erstens durch Abt-Zegelins & de Jongs (2003) Betonung der Bedeutung für die Pflegeausbildung und sie erfolgt zweitens durch den Verweis auf die handlungstheoretische Betrachtung.

Begreift man Kommunikationskompetenz aus handlungstheoretischer Sicht, dann stellt sich Kommunikation als eine Form bewussten Handelns dar. Was ist aber unter bewusstem Handeln zu verstehen? Kaiser versteht darunter:

„... jenes Tun, bei dem sich der Handelnde selbst als Akteur bedenkt und auf der Grundlage dieser Reflexion aus möglichen Tätigkeitsalternativen jene auswählt, für die er gute Gründe sieht: bestimmte allgemeine Interessen, konkrete Ziele, für verbindlich gehaltene Normen oder andere Sinngehalte. ... Bewusstes, problembezogenes Tun ist, wie jedes Handeln, prinzipiell durch Argumente beeinflussbar, wie es ja selbst argumentativ begründet ist“ (Kaiser 2002, S.168).

Daneben verläuft im Alltag viel Handeln als Routine, als Tätigkeit, die einmal bewusst gelernt, erprobt oder erfahren und als brauchbar eingestuft in das Alltagstun integriert wurde. Solches Handeln, auch das kommunikative Handeln, verläuft nicht mehr überlegt, bewertet oder reflektiert ab, sondern wie häufig beschrieben „unbewusst“ (nach Kaiser 2002, S.169). Im Allgemeinen

auch ein sinnvoller Vorgang, weil er zeitsparend und damit ökonomisch ist. Problematisch wird es dann, wenn Handelnde durch ihre unreflektierte Alltagsroutine die gewünschten Handlungsziele nicht erreichen. Wenn sie die Situation als schwierig, als überfordernd empfinden oder sich gar hilflos fühlen. An dieser Stelle ist eine Umkehr zu bewusstem, reflektiertem Handeln nötig, um eine Veränderung, im Sinne von Verbesserung, von Handlungsabläufen zu erreichen.

Kaiser fasst Reflektiertheit auf als „*eine Haltung der bewussten Hinwendung zur eigenen Person mit ihren Überzeugungen, Wertvorstellungen, Zielen, Möglichkeiten usw., im Hier und Jetzt und schließt auch eine bewusste Beachtung der Gegebenheiten der Umwelt mit ein*“ (Kaiser 1992, S.180).

Reflektiertheit umfasst nach dieser Definition sowohl den Aspekt der Selbstaufmerksamkeit, als auch den Aspekt der Wertbestimmung eigener Handlungsgrundlagen und zudem die Einschätzung der jeweiligen Situation.

Kaiser setzt sich mit der Operationalisierung dieses kognitiven Instrumentariums menschlichen Handelns intensiv auseinander und kommt zu dem Ergebnis, dass zur Erfassung Fragebogenerhebungen als wenig geeignet erscheinen, denn Reflektiertheit erweist sich nicht als quantifizierbares Merkmal des Handelns einer Person, sondern als eine im Lebensvollzug, in Abhängigkeit verschiedener Lebensbereiche, mehr oder weniger erkennbare Fähigkeit. Am ehesten wird diese durch die Analyse von Selbstdarstellungen sichtbar, wobei das Fehlen selbstreflexiver Aussagen nicht nur ein methodisches Problem darstellt, sondern tatsächlich auch eine mangelnde Reflektiertheit des Tuns signalisiert (nach Kaiser 2002, S.182)

Kaiser hat verschiedene Bereiche von Reflektiertheit zusammengetragen, wobei in dieser Betrachtung vor allem solche Teilbereiche bedeutsam sind, die sich für den Erwerb von Kommunikationskompetenz als relevant erweisen:

- Bereitschaft und Fähigkeit eigenes Verhalten als argumentationszugängliches Handeln aufzufassen
- Erkennen eigener Handlungsmöglichkeiten

(nach Kaiser 1992, S.183-184).

Neben der Bedeutung in der sozialwissenschaftlichen Forschung ist die Frage interessant, wie Reflektiertheit in unserer Gesellschaft einzuordnen ist. Ist es gesellschaftlich erwünscht, reflektierend durchs Leben zu gehen? Ist der Mensch in unserem Wirtschaftssystem als überlegter und bewertender Konsument erwünscht? Ist der Mensch in unserem politischen System als überlegter und langfristig bewertender Wähler erwünscht?

Menschen, die sich durch Werbung, Versprechungen und Kaufverführungen verleiten lassen ihre spontanen Bedürfnisse und Begierden zu befriedigen, gelten als willkommene Impulsgeber unseres Wirtschaftssystems. Überlegte und bewertende Menschen sind Bremser. Der geschätzte Wähler ist der, den der Karikaturist als Person mit enormen Gedächtnislücken darstellt, als jemanden, der im Vier- Jahres- Rhythmus vergisst.

Zwar gelten Denk-, Kritik- und Entscheidungsfähigkeit als Tugenden unseres Bildungssystems, befinden sich aber oftmals im Widerspruch zu den Werten unseres Wirtschafts- und politischen Systems. Reflektiertheit steht im bildungstheoretischen Interesse sehr hoch, ihr Fehlen in der gesellschaftlichen Realität ist dagegen belanglos.

Dennoch wird es in dieser Arbeit darum gehen Reflektiertheit als lernbare und erweiterbare Fähigkeit zu betrachten. Die Vorschläge der Autorin dazu finden sich in den folgenden Kapiteln dieser Arbeit. Hinzuweisen ist an dieser Stelle auch auf die Aussage von Oelke & Menke im Kommentar zum Lernfeld „Kommunikation“, dass es bei diesem Bildungsziel darum gehe SchülerInnen zu Reflexionsfähigkeit und Differenzierungsfähigkeit auszubilden (nach Oelke & Menke 2002, S.147).

An dieser Stelle werden zunächst die Gedanken von Kaiser zusammengefasst. Demnach geht es insbesondere bei therapeutischen Verfahren um das Einüben oder Vertiefen von Reflektiertheit, um den Klienten die Nützlichkeit alternativer Verhaltens- bzw. Handlungsweisen zu verdeutlichen. Auch solche Verfahren, die neue Selbsterfahrungen ermöglichen, wie beispielsweise Entspannungskurse oder Selbstbehauptungstrainings, können einen wichtigen Beitrag zum reflektierten Umgang mit der eigenen Person leisten. Gerade die Teilnahme an Gruppensitzungen bereitet den Weg für Reflektiertheit, indem dort durch Übungen im Rollenspiel und anschließenden Gesprächen menschliches

Handeln als argumentationszugänglich, als zielgerichtet und veränderbar erlebt werden kann.

Abt-Zegelin & de Jong (2003) halten Reflexionsfähigkeit ebenso für eine erlernbare Fähigkeit und sie machen Vorschläge, wie dies im Unterricht erfolgen könnte. Die Forscherinnen zählen an erster Stelle das Führen von Tagebüchern auf, sie nennen es „reflective journals“, die die Beschreibung von ausgewählten Praxiserlebnissen beinhalten und regelmäßig (wöchentlich) mit PraxisanleiterInnen besprochen werden sollen. Daneben fördern Gespräche zu ausgewählten Themen die Reflexionsfähigkeit. Thematisiert werden könnten z.B. die eigene Handlungsziele oder die Machtstrukturen im Pflegealltag.

Neben der Unterscheidung von Reflexion und Reflektiertheit bleibt bei Abt-Zegelins & de Jongs (2003) Konzept anzumerken, dass sich Reflexionsfähigkeit nicht allein auf einen bestimmten Berufsalltag beziehen kann, sondern als menschliche Haltung in alle Lebensbereiche hinein schwingt. Allerdings vernachlässigt das Modell wichtige handlungstheoretische Elemente, nämlich die Bewertung von Handlungen bzgl. verfolgter Handlungsziele und die Entwicklung von Handlungsalternativen. Was hier fehlt, bezeichnet Kaiser (1992) als die argumentative Zugänglichkeit menschlicher Handlungen.

Im Folgenden wird auf der Grundlage dieser Überlegungen ein Modell der Reflektiertheit vorgestellt:

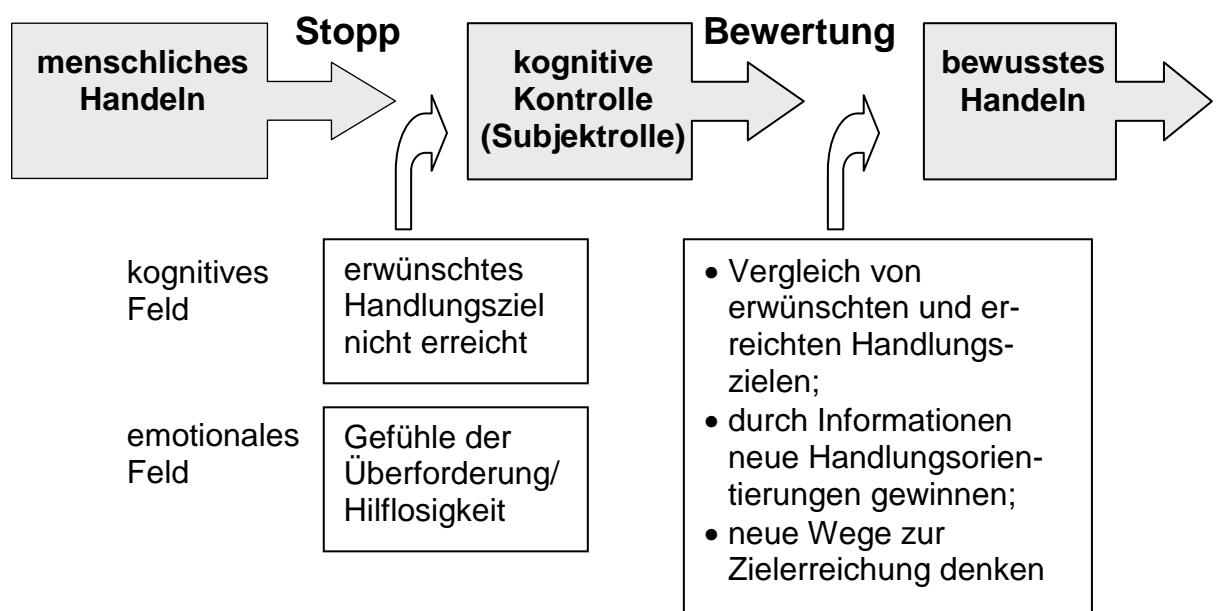


Abb. 2: Modell der Reflektiertheit

Menschliches Handeln als Handlungskontinuum betrachtet, wird dann in seinem Routineablauf unterbrochen (Stopp), wenn auf der kognitiven Ebene bestimmte Handlungsziele nicht erreicht worden sind oder wenn sich auf der emotionalen Ebene Gefühle der Überforderung oder der Hilflosigkeit einstellen. Unter der Voraussetzung, dass die handelnde Person davon überzeugt ist, wirkungsvoll handeln zu können (Subjektrolle), erfolgt an dieser Stelle des Handlungsstranges die Bewertung. Diese besteht in einem Vergleich von erwünschten und tatsächlich erreichten Handlungszielen und der Aneignung weiterer Informationen bzw. der Aktivierung von Erfahrungswissen, um neue Handlungsorientierungen zu erlangen und neue Wege zur Zielerreichung vor zu denken. Von da an ersetzt bewusstes Handeln den Routineablauf. Die reflektierende Haltung der Person führt im Weiteren dazu, dass erreichte Handlungsziele, aktuelle Handlungsorientierungen und Zielerreichungsstrategien bedacht werden. An der Stelle der Bewertungen setzt die argumentative Auseinandersetzung der Person ein und zwar gründend entweder auf eigenes Nachdenken oder auf Informationen von Außen, beispielsweise von Beratern.

Subjektrollenüberzeugung (Kaiser 1989) ist vergleichbar mit dem Konzept „locus of control“ (Rotter 1966, zitiert nach Amelang & Bartussek 1981, S.363-377) und bezeichnet die Überzeugung eines Menschen im Lebensalltag aktiv und wirkungsvoll handeln zu können und es bezeichnet die Einschätzung erreichbarer Handlungsfolgen als wertvoll.

Das Nachdenken über die Möglichkeiten in der Pflegeausbildung, also auch im Unterricht, Reflektiertheit fördern zu wollen, sollte eine pessimistische Sichtweise nicht unberücksichtigt lassen. Unterricht in der üblichen Form, versucht SchülerInnen Wissen zu übertragen. Lernen besteht hierbei darin, dieses Wissen so zu verankern, dass es bei Bedarf, in Prüfungssituationen, abrufbar ist. Keuchel (2001) nennt dies „Belehrungsdidaktik“. Dagegen benötigt Reflektiertheit andere Bedingungen. Sie benötigt die Freiheit und die Zeit Wissensinhalte für den jeweils Lernenden „subjektkompatibel“ zu machen, also dem eigenen Erfahrungs- und Lebensbereich anzupassen. Soll dies gelingen, braucht es einen Unterricht der Abstand nimmt von der Überzeugung, „gelernt

wird das, was gelehrt wird“. Schüßler (2000) spricht in diesem Zusammenhang vom „Viabilitätsprinzip“.

Damit eng verbunden, prägte der Expertenrat der RBS (2001) den Begriff „Performance Gaps“ und beschreibt damit eine innovative Form des Lernens. Übersetzt heißt „Performance Gaps“ etwa „Lücke in der Durchführung/ im Handlungsmuster“. Das Erleben von Lücken bzw. Defiziten im Alltagshandeln, soll bei SchülerInnen Neugier und Motivation erzeugen etwas Neues lernen zu wollen. Erlebte Defizite im Routinehandeln motiviert Handelnde sich Wissen anzueignen, das die erlebten Lücken auszugleichen vermag. Die RBS (2001) stellt Performance Gaps als innovative Form des Wissenstransfers dar, von der Praxis zur Theorie und wieder zurück zur Praxis (RBS 2001, S.307). Auch hier ist die Verbindung zum „Deutungslernen“ offenbar (Schüßler 2000, S.138).

Eine weitere Parallele führt zu dem Projekt von Dumpert et al. (2003), das in seinem Grundmodell des sozial- kommunikativen Handelns, ebenfalls zwischen einem agentiven (wahrnehmbarer Kommunikationsvollzug) und einem reflexiven Standpunkten unterscheidet und die reflexive Perspektive dann annimmt, wenn Störungen erlebt werden.

1.3.2 Kommunikationssituationsdifferenzierung

Dieses etwas unübersichtliche Wort soll im Folgenden mit KSD abgekürzt werden.

Im Prozess des Reflektierens einer Handlung setzt KSD an der Stelle des Bewertens an (vgl. Abb.2). KSD meint die Unterscheidungsfähigkeit verschiedener Kommunikationssituationen bezüglich der Verwendung bestimmter Kommunikationsmethoden und das Verfolgen entsprechender Kommunikationsabsichten.

An einem Beispiel soll KSD veranschaulicht werden.

Pflegekraft (PK) betritt das Zimmer einer Bewohnerin (BW).

BW (Aussage 1): Ach, Schwester, es hat doch alles keinen Sinn mehr!

PK: Haben Sie Schmerzen?

BW: Das auch, aber nicht die Schmerzen sind so unerträglich.

PK (*rückt sich einen Stuhl ans Bett*): Sie sind heute besonders traurig und niedergeschlagen?

BW: Ja. Seit zwei Wochen warte ich auf meinen Sohn. Er wollte mich besuchen und mit mir einen Ausflug zur Kirschblüte machen. Er ruft nicht an und kommt auch nicht.

PK: Jetzt sind sie sehr enttäuscht und fühlen sich ganz vergessen?

BW: Enttäuscht schon, aber vergessen fühle ich mich nicht. Heute Nachmittag gehe ich zum Bastelkreis. Wir basteln Tischdekorationen fürs Sommerfest. Danach rufe ich meinen Sohn an und frage wo er so lange bleibt!

PK verlässt das Zimmer und trifft im Flur die Angehörigen (Herr und Frau P.) einer anderen BW.

Herr P (Aussage 2): Schwester, bleiben Sie mal stehen. Ich muss mit Ihnen reden. Gerade war ich bei meiner Mutter im Zimmer. Ich bin entsetzt wie sie aussieht. Können Sie die Leute nicht einmal richtig anziehen! Dafür bezahlen wir so viel Geld?

PK: Ihre Mutter hat sich eine lila Bluse, einen blauen Rock und ihre Turnschuhe angezogen. Jede BW sucht sich das zum Anziehen aus, was ihr am Besten gefällt. Ich habe Ihrer Mutter dabei geholfen die Sachen anzuziehen.

Herr P: Haben Sie denn keinen Geschmack? Lila, blau und Turnschuhe. Das hätte ich von Ihnen nicht gedacht!

PK: Ich suche mir meine Kleidung ebenfalls selbst aus, nach meinem persönlichen Geschmack. Ihre Mutter tut das auch. Geschmack ist für jeden anders. Wenn Sie mich nicht mehr brauchen arbeite ich jetzt weiter.

Die Pflegekraft war in diesem Beispiel gefordert innerhalb kurzer Zeit ihr Kommunikationsverhalten zu überprüfen und grundlegend zu ändern. Die erste Aussage der Bewohnerin gab in ihrer Bewertungsanalyse den Ausschlag, ein so genanntes Problemgespräch, auf der Grundlage „aktiven Zuhörens“ (Aufmerksamkeit, Empathie, Spiegeln, Nichtwerten; vgl. Gordon 1999) zu führen. Beim Zusammentreffen mit Herrn P. änderte sie ihre Strategie, weil sie

erkannte, dass ein Konfliktgespräch bevorsteht und sie verfolgte eine Konfliktbewältigungsstrategie im Sinne der „Gewaltfreien Kommunikation“ (Rosenberg 2004).

Methoden und Strategien der Kommunikationssituation anzupassen erfordert an der Stelle der Bewertung (vgl. Abb.2) eine schnelle und zutreffende Identifikation des Kommunikationsanlasses. Mit der Herausdifferenzierung des Anlasses bzw. der Absicht des Gespräches werden die dazu geeigneten Methoden verfügbar gemacht und schließlich eingesetzt.

Bedeutsam wird diese Kompetenz häufig auch in Anamnesegesprächen, gerade mit älteren Patienten. Peter (2006) beschreibt diese Gesprächssituationen als oftmals heikel. Ältere Patienten werden meist von Angehörigen ins Krankenhaus begleitet und diese möchten gerne beim Anamnesegespräch dabei sein. Diese Tatsache bedarf zunächst der Zustimmung des Patienten und die Pflegekraft muss in der Balance zwischen Patient und Angehörigen dieses Einverständnis erbitten. „*Es ist immer wieder zu beobachten, dass bei der Aufnahme älterer Menschen die Angehörigen für den Patienten sprechen. Viele Pflegende ziehen es auch vor, die Informationen von den Angehörigen zu bekommen, statt vom Patienten selbst, weil dies vielfach eine erhebliche Zeitersparnis bedeutet. In der Regel werden jedoch die Fähigkeiten des Patienten defizitärer dargestellt, als sie in der Tat sind*“ (Peter 2006, S.546).

Dieser Balanceakt zwischen Angehörigen und Patienten erfordert von der Pflegekraft ein hohes Maß an KSD. Prinzipiell erweisen sich Gespräche mit mehreren Gesprächspartnern, wie die eben beschriebenen Anamnese-gespräche, als Herausforderung an die kommunikativen Kompetenzen der GesprächsführerIn. Die Gefahr, die dabei stets bedacht werden muss, ist das Reden über jemanden, in diesem Beispiel über den Patienten, der zwar anwesend ist, aber in einer solchen Situation übergangen wird. Statt mit ihm wird über ihn gesprochen, was Gefühle von Entmündigung oder auch Wut provozieren kann. Auf der anderen Seite steht die Gespräch führende Pflegekraft den Angehörigen gegenüber, die um den Patienten bemüht sind und durch häusliche Unterstützung berechtigtes Interesse am Behandlungserfolg haben. Hierbei wird die Kompetenz Kommunikationssituationen zu

differenzieren, um mehreren Gesprächspartnern gleichzeitig gerecht werden zu können, in hohem Maß gefordert.

Die Möglichkeit Kommunikationssituationen zu differenzieren ist eine wesentliche Fähigkeit für das Gelingen von Gesprächen. KSD- Fähigkeit setzt Unterscheidungsfähigkeit und Methodenkenntnisse voraus. Die Unterscheidungsfähigkeit von Kommunikationssituationen resultiert dabei aus der subjektiven Interpretation des Handelnden. Auch zu dem Aspekt der KSD gibt es in dem Modellversuch von Oelke & Menke (2002) eine Entsprechung. Ebenso wie die „Reflexionsfähigkeit“ möchten Oelke & Menke auch die „Differenzierungsfähigkeit“ der SchülerInnen gefördert wissen, damit diese auf verschiedene Gesprächsadressaten angemessen reagieren können. Die Konnotationen von Differenzierungsfähigkeit und KSD erweisen sich als ähnlich.

1.3.3 Deutungs- und Interpretationskompetenz

Die Beschäftigung mit Deutungskompetenz führt zunächst zum Grundverständnis psychologischen Handelns, als das Bemühen menschliches Verhalten zu beobachten, zu erklären, vorherzusagen und gegebenenfalls zu beeinflussen. Zur Deutungskompetenz gehören die Beobachtung, das Zusammendenken aller gewonnenen Informationen und die Erklärung. Deutungen im Pflegealltag erfolgen auf der Grundlage aneinander gereihter Interaktionssequenzen, die im Kettenprinzip aufeinander bezogen sind. Sie nehmen ihren Anfang in einer konkreten Situation und beziehen meist kognitive Rekonstruktionen dieser Situation mit ein. Genaue Beobachtungsgabe und ein zuverlässiges Erinnerungsvermögen sind nötig, um möglichst realistische Rekonstruktionen zu erstellen. Deutung ist kein einmaliger und danach abgeschlossener Vorgang, sondern ein mit jedem weiteren Kontakt weiterführender Prozess, der entweder zur Bestätigung oder zum Verwerfen bis dahin gewonnener Interpretationen führt. Eine Situation oder das Handeln einer Person zu deuten heißt, vor allem auch die Motive des Partners zu ergründen und zu verstehen und zwar im Entstehungszusammenhang der entsprechenden Handlungen. Die Frage „warum“ wird gestellt und mit Deutungsversuchen beantwortet.

Deutung im handlungstheoretischen Verständnis meint die Zuschreibung von Zielen und die Sinnhaftigkeit des zu beobachteten Verhaltens (nach Kaiser 1979).

Dabei gelten Deutungen als umso zutreffender, je genauer die Selbstdeutung einer Person mit der Fremddeutung, beispielsweise eines Beraters, übereinstimmt. Konsensusprinzip nennt Kaiser (1979) diese Übereinstimmungen. Zudem gibt es die Möglichkeit die Übereinstimmung mehrerer Fremddeutungen als Gütemerkmal zu werten. Kaiser (1979) grenzt Deutung im handlungstheoretischen Sinn deutlich von der tiefenpsychologischen Deutungsauffassung ab. Im tiefenpsychologischen Denken besitzt der Therapeut sowohl Deutungsautorität, auf Grund seiner Rolle als Therapeut, als auch das Deutungsmonopol, da die zu deutenden Inhalte für den Klienten zunächst verborgen sind (z.B. Träume). In einer handlungsorientierten Betrachtung gibt es ein so genanntes Deutungsoligopol und es werden Übereinstimmungen (Konsens) zwischen den Deutungen der Person und des Beraters angestrebt. Das Konsensusprinzip wird gleichzeitig als das Wahrheitskriterium von Deutungen angesehen (Kaiser 1979).

In der Diskussion um das wissenschaftstheoretische Verständnis der Pflegewissenschaft kennzeichnet Dornheim et al. (1999) praktische Wissenschaften, zu denen die Pflegewissenschaft eine große Nähe aufweist, unter anderem damit, dass diese „*Singuläraussagen über individuelle Fälle* zulässt. Dies verlangt die Ausbildung eines spezifischen Beurteilungsvermögens und dazugehöriger interpretatorischer Deutungskompetenz“ (Dornheim et al. 1999, S.75). Die AutorInnen, die einer Arbeitsgruppe „Wissenschaftstheorie“ angehören, rücken handlungstheoretische Betrachtungen ins Zentrum der Diskussion. Mit einem erweiterten Handlungsbegriff, der neben intersubjektiv nachprüfbar Ereignissen, auch die durch das Subjekt bewusst initiierten Tätigkeiten einschließt, wird die Pflegewissenschaft treffend beschrieben. Da Pflege weit über rational begründbare Handlungen hinausgeht, bedarf es „*eine[s] hermeneutischen Sinn- und Fallverständen[s] ... [und der] phänomenologischen Erfassung von Situationen und Problemen*“ (Dornheim et al. 1999, S.74).

Damit steht Deutungskompetenz, als übergeordnetes Bildungsziel, auch in einer handlungstheoretischen Wissenschaftsauffassung an zentraler Stelle.

Ein interessantes Beispiel für Deutungs- oder Interpretationskompetenz liefert Lantermann (1983) durch ein Experiment, bei dem er das Tun von Romanhelden in literarischen Werken handlungstheoretisch interpretierte.

„Vor diesem Hintergrund ließ ich mich, gemeinsam mit einem Soziologen, einem Philosophen, einem Sprachwissenschaftler sowie etwa 15 Studenten unterschiedlicher Fachrichtungen auf ein ‚Experiment‘ folgender Art ein: Wir nahmen uns Romane vor (u.a. ‚Madame Bovary‘ und ‚Der Fremde‘) und bemühten uns, die ‚Handlung‘ des Romans zu verstehen, indem wir den Romanhelden unterstellten, sie organisierten ihr Tun in Übereinstimmung mit Erkenntnissen und Postulaten aus verschiedenen Handlungstheorien (u.a. der Theorie v. Cranach, Kalbermatten, Indermühle & Gugler, 1980 und der naiven Verhaltenstheorie von Laucken, 1974)“ (Lantermann 1983, S.248-249).

Auf der fiktiven Ebene der Romane tat Lantermann et al. genau das, was unter Deutungskompetenz zu verstehen ist, nämlich das Erklären und Verstehen menschlichen Handelns, also die Suche nach den Zielen und dem Sinngehalt der Handlungen.

Deutungskompetenz im Berufsalltag von Pflegekräften unterscheidet sich erheblich von Experimenten, wie dem eben Beschriebenen. Wissenschaftliche Ansätze verfügen über andere Ressourcen (Expertenwissen, Zeit, Diskussion usw.) und arbeiten im Allgemeinen in Form von Rekonstruktionen der fiktiven oder realen Welt. Im Berufsalltag muss Deutungskompetenz in der aktuellen Situation beginnen, zumindest im Rahmen einer vorläufigen Interpretation, um daraus Handeln ohne zeitlichen Verzug abzuleiten. Ein Rückgriff auf den Rat von Experten ist sehr selten möglich.

Der Vergleich wissenschaftlichen Vorgehens mit der Anwendung im Berufsalltag ist trotz der Unterschiede vor allem deshalb weiterführend, weil das wissenschaftliche Vorgehen Hinweise für den Erwerb von Deutungskompetenz liefern kann.

An dieser Stelle werden erste hinführende Gedanken formuliert, um im Folgenden Details zum Erwerb von Kommunikationskompetenz darzustellen.

Das Experiment von Lantermann (1983) diente zur Veranschaulichung, dass die Überbetonung kognitiver Prozesse beim Handeln, wie es Lantermann in den bis 1983 vorliegenden Handlungstheorien konstatierte, dazu führt, Menschen, auch fiktive Romanhelden, als bloße „Kosten- Nutzer Erwäger“ zu degradieren.

Die Romanhelden stellten sich als „kühle Köpfe“ dar, weil emotionale Prozesse, die durchaus vorhanden waren, in der kognitionsüberbetonten handlungstheoretischen Analyse vernachlässigt wurden. Aus diesem Experiment leitete Lantermann (1983) ab, dass die Berücksichtigung emotionaler Vorgänge in der handlungstheoretischen Betrachtung elementar wichtig sei, um Menschen in ihrer Ganzheit verstehen und ihr Verhalten erklären zu können. Zwar ist der Forschungsgewinn dieses Experiments für die vorliegende Arbeit nicht sonderlich bedeutend, handelt es sich ja um historische Wissenschaftserkenntnisse, doch sehr interessant ist das Vorgehen. Damit lassen sich Überlegungen zur Weiterentwicklung von Deutungskompetenz ableiten.

In dem Experiment von Lantermann (1983) bildete sich ein Expertenkreis, der sein Wissen aus den unterschiedlichen Fachgebieten zusammentrug. Die Untersuchung hatte zeitliche und aufwandsbezogene Rahmenbedingungen. Aus vorher bestimmten Theorien (Handlungstheorien) wurden Postulate abgeleitet, die als Kriterien für die Literaturanalyse dienten. Die Analyse bestand aus einem Vergleich theoretischer Kriterien, mit den vorgefundenen Handlungsgefügen der Romane. Dieser Vorgang des Vergleichens beinhaltete Urteilsfähigkeit, Bewertungs- und Begründungsfähigkeit. Daneben war ein entsprechendes Maß an Kreativität vorauszusetzen, um neue Zusammenhänge denken zu können. Im Anschluss gab es Diskussionen und Gespräche zwischen den Experten, wie bestimmte Vergleiche entstanden und wie sie zu bewerten seien.

Bezieht man dieses Vorgehen auf den Erwerb von Deutungskompetenz, sind folgende Aspekte von Bedeutung:

- Fachwissen
- zeitlicher Rahmen zur Rekonstruktion
- Fähigkeiten wie Beurteilen, Bewerten, Begründen und Kreativität (vgl. Ital & Knöferl 2001)
- theoretische Grundlagen
- gegenseitiger Austausch

Fachwissen, Beurteilungs-, Bewertungs- und Begründungsfähigkeit und auch Kreativität, sind als Ausbildungsinhalte im Unterricht vermittelbar, ebenso die

theoretische Grundlagen, wobei Kreativität im Unterricht eine besondere Herausforderung darstellt. Was aber für die Deutungskompetenz außerdem wichtig ist, ist die Möglichkeit zur Rekonstruktion von Handlungssituationen und der gegenseitige Austausch darüber. Diese Art des Lernens übersteigt die Möglichkeiten üblicher Unterrichtsformen. Für diese eignen sich lediglich praxisorientierte Ausbildungsformen. Man kann dabei an eine Begleitung im Berufsalltag denken, eine so genannte Praxisbegleitung als Aus- und Weiterbildungsmaßnahme (vgl. Schützendorf et al. 2004, S.87-94). Schützendorf et al. beschreibt in seinem Buch, „In Ruhe verrückt werden dürfen“, beeindruckende Pflegeerfolge bei Praxisbegleitungen. Als beispielhafte Episode soll die Pflege eines verwirrten Bewohners, namens Herr K., kurz beschrieben werden. Über mehrere Monate hinweg versuchten Pflegekräfte mit einem enormen Energie- und Kraftaufwand, mit Tricks, Überredungsversuchen und mit Gewalt, Herrn K. dazu zu bewegen, sich am Waschbecken waschen zu lassen. Die Pflegekräfte waren nicht in der Lage das abwehrende, zum Teil aggressive Verhalten von Herrn K. zu erklären. Die Praxisbegleiter schlugen als Deutung vor, Herrn K`s Verhalten als Angst- oder Ekelreaktion vor dem Waschbecken aufzufassen. Die Beobachtung, dass Herr K. mehrmals ins Waschbecken urinierte, brachte sie zu der Deutung, dass er das Waschbecken für die Toilette halten und sich deshalb davor ekeln könnte. Aufgrund dieser Deutung wuschen die Pflegekräfte Herrn K. an einer Schüssel am Tisch und die Waschhandlungen verliefen daraufhin unproblematisch und für beide Seiten befriedigend.

Praxisbegleitung zum Erwerb bzw. zur Verbesserung der Deutungskompetenz ist gerade deshalb Erfolg versprechend, weil Pflegekräfte dabei an den Erfahrungen und dem Wissen der Praxisbegleiter partizipieren können, im Austausch miteinander stehen und eine durchlebte Situation, als Rekonstruktion, im Nachhinein besprechen können (vgl. Aspekte wissenschaftlichen Vorgehens bei Lantermann).

Dieser Ansatz, den Erwerb von Deutungskompetenz parallel zu wissenschaftlichem Vorgehen zu verstehen, erinnert an das Persönlichkeitsmodell von George A. Kelly. In seinem Menschenbild bezeichnet Kelly Menschen als Wissenschaftler: „*Der Mensch macht Erfahrungen, nimmt Ähnlichkeiten und Unterschiede bei diesen Erfahrungen wahr, formuliert*

Konzepte oder Konstrukte, um Phänomene zu ordnen und versucht, auf der Basis dieser Konstrukte, Erfahrungen zu antizipieren. ... In dieser Hinsicht sind alle Menschen Wissenschaftler“ (Kelly zitiert in: Pervin 1981, S.304)

Kaiser (1989) diskutiert den Vergleich von naiven Theorien des Alltagsmenschen mit wissenschaftlichen Theorien und macht dazu einen interessanten Vorschlag: „*Sofern die Handlungskompetenz eines Menschen erhöht werden soll, sind falsche oder defizitäre Theorien zu identifizieren, und es ist ihre Modifikation anzustreben*“ (Kaiser 1989, S.56).

Die Beschäftigung mit Subjektiven Theorien einschließlich deren Erfassung und der Ansatz Subjektive Theorien zu verändern, ist ein Forschungsgebiet, das vor allem in der Pädagogik verfolgt wird und zwar im Zusammenhang mit Subjektiven Theorien von Lehrern. Im Kapitel 3.3.5 wird ein Verfahren zur Erfassung von Subjektiven Theorien vorgestellt (Dann & Barth 1995), um daraus Ableitungen für den Erwerb von Kommunikationskompetenz, also von Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz, zu treffen.

1.3.4 Zusammenfassung

Kommunikationskompetenz in der Pflege erweist sich nach dem Konzept der Autorin als deutlich mehr, als der Gebrauch von Kommunikationstechniken und Kommunikationswerkzeugen. Kommunikationskompetenz, als grundlegende menschliche Kompetenz, wird demnach als übergeordnetes Bildungsziel beschrieben, das sich aus den drei Bestandteilen Reflektiertheit, Kommunikationssituationsdifferenzierung und Deutungskompetenz zusammensetzt und durch diese Differenzierung konkretisierbar und lernbar gemacht werden kann.

1.4 Bedeutung dieses Konzepts

1.4.1 Arbeitszufriedenheit der Pflegenden

Darmann (2000) analysierte die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften in deren Berufswirklichkeit und identifizierte dabei ausgeprägte Machtstrukturen in der Pflegebeziehung. Weiterhin gelangte Darmann (2000) zu dem Ergebnis, dass Pflegekräfte nicht über angemessene Bewältigungsformen verfügen, insbesondere im kommunikativen Bereich, um machtgeprägte Beziehungen zu entspannen. Schlussfolgerungen aus diesen Erkenntnissen werfen kein

günstiges Licht auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden. Arbeitsbedingungen, die einerseits stark machtgeprägt sind und andererseits kein Bewältigungspotenzial bereitstellen, werden für die dort Tätigen wenig zufriedenstellend sein können. Gefühle von Hilflosigkeit, Enttäuschung und Überforderung sind für diese Art von Arbeitsbedingungen kennzeichnend. Merkmale, die leicht mit Beschreibungen des Burnouts und mit psychosomatischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden können.

Als Gründe für diesen Zustand identifiziert Darmann (2000) Defizite in der kommunikativen Kompetenz, die durch eine Verbesserung der Ausbildung gemildert werden könnten. Konkret nennt sie die Unterscheidungsfähigkeit der Pflegekräfte, in welcher Situation Patienten welche Hilfsangebote brauchen. Ebenso hält Darmann (2000) die reflektierte Haltung gegenüber den Normen der Schulmedizin und gegenüber den tatsächlich vorhandenen Machtverteilungen für wichtig. Weiterhin die Fähigkeit, die Situation und die Beweggründe der Patienten zu verstehen. Im Sinne des Konzepts der Autorin lassen sich Darmanns Forderungen mit KSD, Reflektiertheit und Deutungskompetenz in Übereinstimmung bringen. Verbesserungen in diesen Bereichen steigern die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte, da viel Konfliktpotenzial aus der Pflegebeziehung genommen wäre.

Auf einen ähnlichen Zusammenhang, Kommunikationskompetenz und Arbeitszufriedenheit aufeinander zu beziehen, deuten die Ergebnisse der Studie von Becker (1996) hin. Er stellte Motive der Berufswahl von Pflegekräften, den Gründen für einen Berufsausstieg gegenüber. Pflegekräfte wählen ihren Beruf überwiegend aus dem Bedürfnis heraus, Kontakte zu anderen Menschen zu bekommen und sie fühlen sich gleichzeitig am meisten belastet, wenn sie das Gefühl haben, zu wenig Zeit für die Gepflegten aufwenden zu können.

Diese Gegenüberstellung auf der Grundlage mangelnder Kommunikationskompetenz interpretiert, führt zu den Schlussfolgerungen, dass Pflegekräfte die Möglichkeiten zur Mitgestaltung der Pflegesituation nicht ausreichend nutzen und die Chancen der Kontaktaufnahme mit den Gepflegten zu wenig reflektieren. Gemeint sind einerseits Gespräche zur Durchsetzung berechtigter Pflegeinteressen und andererseits kreative und variable Gestaltungsformen der Beziehung mit Gepflegten, neben der Verrichtung von Alltagsroutinen.

Eine verbesserte Kommunikationskompetenz würde die Motive der Berufswahl besser den Gestaltungschancen der Pflegesituation annähern und Unzufriedenheit und Berufsausstiegsgedanken verdrängen. Diese Argumentation soll trotzdem nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Zeitfaktor in der Pflege in jeglicher Hinsicht ein heikler Aspekt ist. Zeit ist meist zu knapp bemessen und Pflegekräfte müssen auch dann, wenn sie über eine hohe Kommunikationskompetenz verfügen, diese Ressource wohlüberlegt einteilen. Die berechtigte Forderung nach einer Entspannung des Zeitdrucks in der Pflege soll damit nicht geschmälert werden.

Ganz explizit stellt Brandenburg (2004a) einen Zusammenhang zwischen Kommunikationskompetenz und Arbeitszufriedenheit dar. „*Neben der Einstellung gegenüber Älteren (hierauf wurde oben bereits ausführlich hingewiesen) sind es vor allem die Arbeitszufriedenheit und der (Aus-) Bildungsstand, die sich auf die Kommunikation mit Älteren auswirken. ... Betrachten wir zunächst den Zusammenhang zwischen Kommunikation und (Arbeits-) Zufriedenheit. Wilkinson (1991) berichtete darüber, dass Pflegende mit hoher Zufriedenheit (bezüglich der Arbeitsbedingungen auf der Station) eher offene Kommunikationsweisen gegenüber Älteren zeigten als Pflegende, bei denen dies nicht der Fall war. Kramer und Kerkstra (1991) betonten, dass Pflegende mit hoher intrinsischer (Job-) Motivation und Arbeitszufriedenheit in höherem Maße sensibel und verständnisvoll gegenüber den Bedürfnissen Älteren reagierten als Pflegende mit geringeren Levels bezüglich dieser Aspekte*“ (Brandenburg 2004a, S.136).

Was mit offener Kommunikationsweise und sensiblem und verständnisvollem Verhalten genau gemeint ist, kann anhand dieser Darstellung nicht näher erschlossen werden, aber es lässt sich damit ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Kommunikationskompetenz und Arbeitszufriedenheit begründen. Was die Richtung des Zusammenhangs angeht, Arbeitszufriedenheit optimiert die Kommunikationskompetenz oder die Kommunikationskompetenz steigert die Arbeitszufriedenheit, sollte Inhalt weiterer Studien sein, ebenso die detaillierte Betrachtung einiger Aspekte, wie Offenheit, Sensibilität und Verständnis.

1.4.2 Lebenszufriedenheit der Gepflegten

In ihrer Studie „Autonomie im Alter“ weisen Huber, Siegel, Wächter, Brandenburg A. (2005) den Zusammenhang von Autonomie fördernder Pflege und Lebenszufriedenheit der Gepflegten sehr eindrücklich nach. Je besser die Förderung der Autonomie von Gepflegten gelingt, desto höher schätzen diese ihre Zufriedenheit ein. Dabei spielen der Grad der Informationsvermittlung und das Ausmaß an Entscheidungsspielraum für die Gepflegten die entscheidende Rolle, um ein persönliches Wohlbefinden zu erreichen. Welche Kompetenzen benötigen Pflegekräfte, um Autonomie fördernd pflegen zu können, fragten Huber et al. (2005) im nächsten Schritt ihrer Überlegungen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es neben Sach- und Methodenkompetenzen vor allem auch die sozial- kommunikativen und personalen Kompetenzen sind, die Autonomie fördernde Pflege hervorbringen. Konkret meinen die Forscher die Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung der Pflegekräfte, die abhängig ist, von differenzierter Wahrnehmungsfähigkeit und dem einfühlsamen Einsatz von Gesprächstechniken (Huber et al. 2005, S.75). Zudem benennen die ForscherInnen die Reflexions- und Kritikfähigkeit von Pflegekräften als wesentliche Kennzeichen Autonomie fördernder Pflege. Bei genauer Betrachtung dieser Merkmale lässt sich auch hier die Auffassung der Autorin wieder erkennen, Kommunikationskompetenz als Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz aufzufassen. Reflektiertheit wird im Verständnis von Reflexion direkt angesprochen, KSD verbirgt sich in einer differenzierten Wahrnehmung der Pflegesituation, die nach einer Einschätzung die Wahl der Kommunikationsform bestimmt und letztlich die Deutungskompetenz, die das Einfühlen und Verstehen der Gepflegten ins Zentrum rückt.

Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz können also in diesem Sinn, über die Vermittlung von Autonomie fördernder Pflege, die Lebenszufriedenheit von Gepflegten positiv beeinflussen. Auch in diesem Themenbereich bezieht Brandenburg (2004a) eindeutig Position und spricht davon, dass „*man die These aufstellen kann, dass die Qualität der Pflege durch gelingende Formen der Kommunikation erheblich verbessert werden kann. Aber dies hängt – und dies haben die Ausführungen deutlich gemacht – eben nicht nur von bestimmten skills ab. Das bedeutet, dass Kommunikationstrainings und andere Maßnahmen nur einen Beitrag leisten können – nicht mehr und nicht weniger.*

Darüber hinaus müssen Einstellungen und Werthaltungen, konkrete Verhaltensmuster sowie personale und organisatorisch/ institutionelle Aspekte in ihrer Auswirkung auf die Kommunikation im Alltag beachtet werden (und entsprechend verändert werden)“ (Brandenburg 2004a, S.137-138).

In der Darstellung des „Personenzentrierten Ansatzes“ von Demenz stellte Kitwood (2000) die besondere Bedeutung des Zusammenhangs von Pflegequalität und Lebenszufriedenheit der Gepflegten heraus. Im Vergleich mehrerer, in den USA durchgeföhrter Studien, konstatierte er, dass fast alle dementen Bewohner, auch die mit sehr ungünstigen medizinischen Prognosen, durch hohe Pflegequalität an Lebenszufriedenheit gewannen und bei einigen darüber hinaus signifikante positive Veränderungen bei psychischen und neurophysiologischen Merkmalen festgestellt werden konnten. Dabei wird der Zusammenhang von Pflegequalität und Lebenszufriedenheit über die Kompetenz zur Interaktion und Kommunikation vermittelt. Kitwood stellte weiterhin fest, dass der Endpunkt zur Steigerung des Wohlbefindens dementer Menschen längst nicht erreicht sei, denn die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Bewohnern sei in vielen seiner beobachteten Fälle noch wesentlich zu verbessern, im Sinn seines Ansatzes der „Personenzentrierten Pflege“.

Damit lieferte Kitwood ein gewichtiges Argument für die weitere Qualifizierung der Pflegenden, im Hinblick auf den Erwerb von Schlüsselqualifikationen, wie z.B. Kommunikationskompetenz.

Auch hier wären weitere Studien wünschenswert, um detaillierte Aspekte dieses Zusammenhangs aufzuzeigen.

1.5 Verknüpfungen und Implikationen

1.5.1 Verknüpfungen

Zu den bisher vorgestellten Ansätzen und Modellprojekten (vgl. I. Teil, Kap. 5.2, 5.3 und 6.3, 6.4) ergeben sich eine Reihe von Verknüpfungen zu dem Konzept der Autorin.

Die Nähe zum Modell von Oelke & Menke, insbesondere zur Bedeutung der Schlüsselqualifikationen, wurde bereits hinreichend beschrieben.

Zu dem Ansatz von Dumpert et al. (2003) bestehen enge Verbindungen, auch wenn diese Arbeit nicht aus dem Praxisfeld der Pflege stammt. Zu nennen sind

insbesondere die Grundannahmen im Modell des sozial-kommunikativen Handelns, die den Wechsel der Standpunkte von einer agentiven zu einer reflexiven Perspektive vorsehen und zwar dann, wenn es zu Störungen der Kommunikation kommt. So nimmt das Modell der Reflektiertheit, das die Autorin in Abbildung 2 darstellt, ebenso den Wechsel von Alltagshandeln zu reflektiertem Handeln, aufgrund von Störungen, an. Die Idee der Praxiserprobung und das Führen eines Praxistagebuchs, als Vorschläge von Dumpert et al., werden von der Autorin in transformierter Art und Weise weiter vertieft.

Keuchel (2001) und Keuchel, Roes, Goerres (2003) argumentieren überzeugend gegen die häufig übernommene „Belehrungsdidaktik“ und plädieren für eine konstruktivistische Didaktik, deren Menschenbild dem Ansatz der Reflektiertheit an vielen Stellen entspricht.

Die Maßnahmen von Roes (2001), in dem Bremer Modellversuch zum Wissenstransfer, verlaufen parallel zu den Auffassungen der Autorin und werden methodisch konkretisiert.

Die Beschäftigung mit Kompetenzen, wie es Olbrich (2001) getan hat, bildet die Basis für die Überlegungen der Autorin nach geeigneten Lernformen zu suchen, um Schlüsselkompetenzen vermittelbar zu gestalten.

Trotz kritisch diskutierter Aspekte, im Modell zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen von Dornheim et al. (2003), werden einige der vorgeschlagenen Methoden als wirkungsvoll betrachtet und vertiefend reflektiert. Dazu zählen Rollenspiele, Szenisches Spiel und das Erstellen von alternativen Deutungsmustern.

Die Autorin interpretiert die Modellversuche von Goerres et al. (2003) und von Becker (2003) als Bestätigung für die Beschäftigung mit Schlüsselkompetenzen und der Suche nach innovativen Ausbildungsformen.

Die stufenweise Steigerung der Handlungskompetenz in Richtung einer Patientenorientierung, im Didaktikmodell von Wittneben (2003), weist darauf hin, dass Einflussgrößen, wie sie von der Autorin als Kompetenzen der Kommunikation dargelegt wurden (Reflektiertheit, KSD, Deutungskompetenz) geeignet erscheinen, höhere Stufen für ein patientenorientiertes Handeln zu erreichen.

Die subjekttheoretische Pflegedidaktik von Ertl-Schmuck (2000) vertieft einerseits die ethischen Dimensionen, die einem Lehr-Lernprozess zu Grunde liegen und schärft andererseits die Auseinandersetzung mit dem Bildungsbegriff. Die Schlussfolgerung, dass kritisch-reflexive Handlungsfähigkeit und selbstbestimmtes Lernen zu Bildungszielen avancieren sollten, untermauert die Argumentation der Autorin. Zudem wird der Gedanke der Begleitung in Theorie und Praxis vertiefend weiter verfolgt.

In dem sehr verkürzten Überblick über das Deutungslernen lassen sich Parallelen zu dem Konzept der Autorin erkennen. Der Erwerb von Kompetenzen bildet das jeweils zentrale Element und nicht die Ausführung von bestimmten Verhaltensweisen, die unabhängig vom Lehr-Lernprozess festgelegt und erwartet werden. Dabei nimmt die Reflexionskompetenz, bzw. die Reflektiertheit, eine besondere Stellung ein. Wirklichkeit wird nicht als fotografische Abbildung im Individuum angenommen, sondern als subjektive Deutung, die durch Interaktionsprozesse (z.B. im Lehr-Lernprozess) vermittelt wird.

Die pflegedidaktische Grundlagentheorie von Fichtmüller & Walter (2007) rückt die Einflussfaktoren für das Lernen ins Zentrum der Aufmerksamkeit und bestätigt positive Auswirkungen einer Begleitung in der Praxis für die Reflektiertheit.

1.5.2 Ethische Verantwortung

Ein bemerkenswerter Vertreter einer kritischen Wissenschaftsauffassung ist Joseph Weizenbaum, ein 1923 in Berlin geborener, amerikanischer Informatikprofessor am MIT¹. Als führender Wissenschaftler seines Fachgebietes kritisiert er seit Jahrzehnten die teilweise unreflektierte Haltung seiner Kollegen, insbesondere im „computer science“. Verantwortungsbewusstsein und ethisches Denken sind seiner Meinung nach wesentliche Grundlagen eines Wissenschaftsverständnisses, das sich der Menschlichkeit verpflichtet fühlt. Weizenbaum macht seine Kritik daran fest, dass „die Mittel für einen Großteil der Forschung – im Ingenieurwesen auf jeden Fall – direkt vom amerikanischen Militär kommen“ (Weizenbaum 1987, S.22). Als Friedensaktivist ist seine Kritik, die auf der engen Verflechtung von

¹ Massachusetts Institute of Technology

Computerwissenschaft, militärischen Interessen und militärischer Anwendung beruht, nachvollziehbar.

Ist die Schlussfolgerung dieser kritischen Haltung nicht auf jeden anderen Wissenschaftsbereich übertragbar? Hat nicht jeder Wissenschaftler die moralische und ethische Verantwortung für sein Tun und für die Implikationen in Gesellschaft und Staat?

In besonderer Weise mag das auch für die Sozialwissenschaften und die Pflegewissenschaft gelten. Welche Verantwortung trägt nun die PflegewissenschaftlerIn und letztlich auch der / die Pflegende das moralisch Gute und Rettige zu tun?

„Wir werden dahin erzogen, zu glauben, daß wir als Menschen freie Wesen sind, und wir fügen in die Freiheit die Begriffe von gut und böse ein. Zwischen beiden, so glaubt man, können wir uns entscheiden, ebendarin besteht unsere Freiheit. Und wählen wir das Böse, so müssen wir dafür büßen. ... Die Strafe ist gewissermaßen die dialektische Synthese von Gesetz und Gesetzesverstoß. Alles funktioniert an dem Menschen vorbei in einer heiligen, absoluten, immer sakrosankten normativen Ethik. Daß es so nicht ist, weiß jeder aus der eigenen Erfahrung im Grunde besser. ... Die Freiheit fällt uns nicht in den Schoß, sie muß erworben werden durch Bewußtmachung. Moralität, die auf Freiheit basiert, ist eine Funktion wachsender Reifung und Bewußtwerdung“ (Drewermann 1999, S.195-197).

Drewermann (1999) lehnt hier ausdrücklich die strafrechtliche Instanz zur Entwicklung von Moral ab und verweist ethisches Verhalten auf das Ergebnis einer angstfreien und reflektierenden Entwicklung. Worin ethisches Verhalten und Moralität aber konkret bestehen, bleibt offen.

Schmid (1999) versucht sich ethischen Inhalten zu nähern, indem er Ethik als „*Formen und Regeln für das gesellschaftliche Zusammenleben*“ definiert (Schmid 1999, S.41) und den individuellen Teil dieser Ethik, die Individualethik, als Lebenskunst bezeichnet. Für Schmid ist Lebenskunst das Resultat der Erneuerung des Humanismus. Diese Erneuerung des Humanismus erhebt sieben Forderungen:

- Selbstsorge und Selbstmächtigkeit zur Sorge um andere
- Eigenes Tätigwerden, im Sinn von Selbst- und Fremdsorge und dabei frei sein von Zeitgeist und Opportunismus
- Aktive und reflektierte Wahl von Werten, ermöglicht durch die Freiheit der Menschen und einem Pluralismus von Lebensentwürfen
- Pragmatismus, der durch die medizintechnischen Möglichkeiten, den Beginn und das Ende des Lebens festlegen muss
- Militantes Eingreifen für die Menschenrechte, wobei dabei auch ein militanter Pazifismus (Schmid 1999, S.53) gemeint sein kann
- Imperativ der Lebenskunst: Gestalte dein Leben so, dass es bejahenswert ist
- Nachhaltigkeit im Sinn ökologischen Handelns, um den ethischen Ansprüchen auch für spätere Generationen Geltung zu verschaffen.

(Nach Schmid 1999, S.45-58)

Diese Auffassung von Lebenskunst, als Form ethischen Verhaltens auf pflegerisches Handeln zu beziehen, verschafft den Aspekten der Selbst- und Fremdpflege, auf der Grundlage des Einstehens für die Menschenrechte und der selbst gewählten Werte eine besondere Bedeutung. Welche Werte legen Pflegende ihren Einstellungen und Haltungen zu Grunde? Wie versuchen sie Überzeugungen in praktisches Tun umzusetzen? Diese Fragen können durch die persönliche Auslegung dieser sieben Forderungen einer Individualethik beantwortet werden. Doch nur, und hier schließt sich der Kreis zum Denken von Weizenbaum, indem sie Verantwortung übernehmen für das was sie tun oder unterlassen. Auch die Pflegewissenschaftler tragen Verantwortung für ihre Forschung und Lehre und die Implikationen die daraus für die Gesellschaft erwachsen. Doch gerade in der Pflege muss der Anspruch an verantwortungsbewusstes Handeln noch ausgeweitet werden, besteht das zu pflegende Klientel aus abhängigen und hilflosen Personen, die eigene Wünsche kaum aussprechen und selten durchsetzen können. Ein rechtskonformes

individuelles Verhalten ist nur ein Teil der hier gemeinten Verantwortung (vgl. Drewermann 1999). Pflegende und Pflegewissenschaftler bekommen auch Verantwortung zugewiesen für das Handeln, Planen und die Zielbestimmung von Pflege als Organisation und Institution. Dies sei an einem Beispiel verdeutlicht. Hat eine Pflegekraft einerseits Verantwortung für das eigene Handeln im Kontext der Pflegepraxis, hat sie aber auch Verantwortung für die von der Organisation bestimmten Rahmenbedingungen. Das Wissen von Pflegemissständen (z.B. auf Grund einer zu geringen Personalausstattung) verpflichtet eine Pflegekraft ihre Verantwortung wahrzunehmen und mit geeigneten Mitteln Abhilfe zu schaffen.

Der Entwicklungsweg zu einem durch Verantwortung geprägten Handeln ist die Anleitung zu reflektierendem Denken, wie es durch die Ausbildung geschehen sollte (nach Drewermann 1999).

In einer Studie an 207 türkischen ÄrztInnen (140 Ärzte, 67 Ärztinnen) untersuchten Ersøy & Gündogmus (2003) deren ethische Sensibilität, anhand von vier aus der Medizinpraxis abgeleiteten Fällen. Zusammenfassend stellen die Autoren fest: „*We have tried to determine whether physicians are aware of the ethical dimensions of cases and the principle(s) they use when making their decisions. According to these results, physicians fail to express adequate sensitivity to protect patients when they are not competent (in a coma or unconscious) or are thought to be incompetent owing to old age. However, they may be adequately sensitive to fulfilling the duties of maintaining confidentiality and telling the truth*“ (Ersøy et al. 2003, S.482). Als Konsequenz aus den ermittelten Defiziten ethischer Sensibilität von türkischen ÄrztInnen, fordern Ersøy et al. Studienprogramme, um eine klinische Ausbildung für ethische Fragen zu konstituieren.

„Pflegerische Verantwortung“ ist der Gegenstand einer Studie von Tewes (2001). Dabei wird „pflegerische Verantwortung“ als Konstrukt definiert, das aus Selbstbestimmung (Freiheit zu entscheiden), der rechtmäßigen Machtausübung, dem beruflichen Fachwissen, interpersonaler Kompetenz und dem erlebten Kontrollbewusstsein besteht. Pflegerische Verantwortung wurde in vier Stationen einer Klinik einer deutschen Großstadt untersucht, mit Methoden der teilnehmenden Beobachtung, Gruppendiskussionen, Fragebogenerhebungen, Interviews und Assessment- Instrumenten (Nursing

Unit Cultural Assessment Tool). In Abhängigkeit vom Führungsstil der Stationsleitung (demokratisch oder autoritär) erlebten die Pflegekräfte ein unterschiedliches Ausmaß an Entscheidungsspielraum. Wie zu erwarten war, erlebten sie mehr Freiheit selbst zu entscheiden, wenn sie sich in einem demokratischen Team wieder fanden. Der erlebte Entscheidungsspielraum erweist sich als bedeutende Einflussgröße auf das Kontrollbewusstsein, ob eine interne oder eine externe Attribuierung erfolgt. Interne Ursachenzuschreibung ist dann wahrscheinlich, wenn der Entscheidungsspielraum als groß empfunden wird und sich die Pflegekraft damit als aktiv handelnd und verantwortlich fühlt. Im Fall externaler Attribuierung lehnen Pflegekräfte Verantwortung für ihr Handeln weitgehend ab und nehmen die „Man-Perspektive“ ein, wie Tewes (2001) diese Haltung nennt. Der Beitrag Tewes (2001) für die ethische Diskussion in der Pflege ist als Ergänzung zu betrachten, dass der Entwicklungsweg zu einem verantwortlichen Pflegehandeln auch durch die Rahmenbedingungen, wie Führungsstil und daraus resultierendem erlebten Autonomie- und Kontrollbewusstsein, bestimmt wird.

Darmann (2001) hat sich explizit mit ethischen Fragestellungen in pflegerischen Situationen befasst. Sie kommt zu der Annahme eines „eingeschränkten Universalismus“ ethischer Verantwortung, der allgemeine ethische Prinzipien aufgrund von berufspraktischen Zwängen einschränkt. Dabei unterscheidet sie zwischen einer Begründungsebene und einer Anwendungsebene. Das auf der Begründungsebene allgemein geforderte Prinzip der Selbstbestimmung des Patienten, erfährt auf der Anwendungsebene Einschränkungen, indem Situationsfaktoren, gesellschaftliche Wirklichkeit, bestehende Machtstrukturen und Antizipation von Folgen berücksichtigt werden (nach Darmann 2001).

Auch in diesem Ansatz steckt die Voraussetzung, dass Pflegekräfte in der Lage sind reflektierend zu denken, um anwendungsrelevante Faktoren entsprechend einzuschätzen und als handlungsweisend zu erkennen.

Trotzdem ist zu konstatieren, dass ethische Fragestellungen in der Pflege allzu oft nur marginal behandelt werden. Ethik wird nicht selten der Rang als wissenschaftliche Disziplin abgesprochen und das zu Unrecht, wie Yeo (1997) feststellt: „*Nursing ethics, on the other hand, has not conferred such value on science. It has not, and in the nature of the discipline, could not have, aspired to*

being scientific. Ethics is almost by definition a nonexact discipline, although a discipline nonetheless. Ethics, and nursing ethics in particular, make use of science where appropriate, but with an awareness that science only goes so far in sorting out value questions by helping us to better understand their empirical dimension, for nursing ethics is above all concerned with values and value conflicts arising out of nursing practice and research“ (Yeo 1997, S.189).

Die ethischen Implikationen, die für Pflegekräfte Bedeutung gewinnen, die in Krisengebieten der Welt, in der Nähe von Kriegsschauplätzen, politischer Unterdrückung und Naturkatastrophen tätig sind, münden nach Tschudin & Schmitz (2003) in die Auffassung, dass “Nurses’ ethical responsibilities“ in besonderer Weise vermittelt werden muss. Ihre Forschungsarbeit trägt den Titel “The Impact of Conflict and War on International Nursing and Ethics”. „*It may be unrealistic to try to teach nursing students the kind of values and attitudes they need to bring to their work because these values are formed when children are very young. What is more realistic is that, in group discussions and reflection on practice, set values are challenges and options presented for better ones. This is perhaps the most useful function of any teaching in ethics. Teachers and lectures therefore have a crucial responsibility in how they make their students aware of issues of global professional concern in this area, and how they influence their students, especially in their understanding of justice*“ (Tschudin & Schmitz 2003, S.363-364).

Die Beschäftigung mit Ethik und Verantwortung in den Pflegeberufen fokussiert in besonderer Weise die Reflexionsfähigkeit der Handelnden und begründet in diesem Sinn die Bedeutung dieser Komponente für die Kommunikation und deren Unterrichtung.

2. Erste Überlegungen zur Umsetzung

In diesem Teil der Arbeit werden erste Vorschläge für den Erwerb von Kommunikationskompetenz unterbreitet. Damit ist gemeint, einen Weg aufzuzeigen, um die Begriffe des Konzepts der Autorin durch Arbeitsschritte und Denkvorgänge erfassbar zu machen. Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz sollen auf konkrete Art und Weise für Lehr- und Lernprozesse zugänglich werden. Dies geschieht, nach dem humorvoll zu wertenden Vorwort, zunächst in einer vertiefenden Auseinandersetzung um die Werthaltungen, die einem solchen Verständnis von Kommunikation zu Grunde liegen.

2.1 Erste Gedanken

Kommunikation ist Gegenstand der wissenschaftlichen Psychologie, ist aber zugleich auch das Instrument der wissenschaftlich Tätigen. Die Umsetzung von reflektiertem Handeln findet auch bei Wissenschaftlern Eingang in ihre alltäglichen Kontakte mit anderen Menschen. Eine recht humorvolle Weise über die Grenzen reflektierenden Handelns nachzudenken, präsentiert der Kommunikationspsychologe Friedemann Schulz von Thun (1996, Bd. 1, S.256-259):

„Bleiben Se Mensch, Herr Psychologe! – Eine Satire

Ach, wie bin ich froh, durch Selbsterfahrung, Encounter- Groups und themenzentrierte Interaktion, durch Kommunikationstrainings, Mediation und – gottlob- auch Gestalttherapie einen besseren Zugang zu mir selbst und zu meinen Mitmenschen gefunden zu haben. ... Ich will aber auch folgendes nicht verschweigen: Seit ich auf dem Weg bin, kommt es zuweilen vor, dass mich mein persönliches Wachstum, mein Persönlichkeitsfortschritt von all jenen Menschen entfernt, die noch nicht so weit sind.

So hatte ich neulich ein Rendezvous mit Maria, einem an sich wirklich netten Mädchen, das auf seine Art überaus natürlich ist. Wir saßen in einer Kneipe beim Bier, und sie plauderte fröhlich über dies und das. Allerdings waren die Inhalte etwas external und ichfern. Ich horchte in mich hinein und merkte, dass ich mich von ihrer lebendigen Art mehr angerührt fühlte als von den Inhalten ihrer Erzählungen –und beschloss ihr ein Feedback zu spenden. ... So fuhr es

aus mir heraus: „Mich berührt sehr deine lebendige Art, und Segelclubs und das alles interessiert mich weniger.“ Wobei ich während des ersten Teils (mich berührt sehr deine lebendige Art) gefühlte Nähe nonverbal durch leichte Aufnahme von Körperkontakt unterstrich. Natürlich schaute sie etwas verwirrt. ... Ich beschloss, ihr durch aktives Zuhören einen kleinen Dienst zu erweisen, ihr zu helfen. ... Ist es ein bisschen so, dass es dir manchmal etwas leichter fällt, über Dinge zu reden, die ein klein wenig weiter wegliegen und dich persönlich nicht ganz so berühren? Maria rückte mit ihrem Körper ab und nahm dabei ihre Hand unter der meinen heraus. Sie sagte: „Also manchmal spinnst du ein bisschen!“ ... Nun stand ich am Scheideweg: Sollte ich durch Metakommunikation die Störung ansprechen und eine Beziehungsklärung anstreben? ... „Weißt du- mir fällt es nicht ganz leicht, das jetzt auszusprechen, ..., ich fühle irgendwie eine unsichtbare Wand zwischen uns, ..., ich höre zwar mit den Ohren, was du sagst, aber ich spüre nicht richtig etwas von dir...“ An dieser Stelle passierte etwas Unglaubliches. Ohne jede Vorankündigung griff Maria plötzlich zu ihrem Glas und goß mir mit Schwung ihr ganzes Bier aufs Hemd. Und lachte etwas albern und sagte: „Damit du mal was von mir spürst, haha!“

Humor, als ein Mittel der Psychohygiene, läuft sicherlich dem ernsthaften Anliegen einer Erweiterung der Kommunikationskompetenz nicht zuwider, fasst man ihn als abwechslungsreichen Anstoß für weiterführende Gedanken auf. Schulz von Thun (1996) erläutert seine Satire dahin gehend, dass die Gefahr nicht übersehen werden sollte, Kommunikationsmethoden als reine Instrumente misszuverstehen. Ich- Botschaften, Aktives Zuhören und Metakommunikation sind Ausdruck einer Grundhaltung des Verstehens, des Einfühlens und eines Macht verneinenden Umgangs. Dahinter verbirgt sich ein Wertesystem, das diese Ausdrucksformen in ein Wesensmerkmal einer Person einbettet. Ist dies nicht der Fall, werden Kommunikationsinstrumente als Werkzeuge zur Darstellung eigener Überlegenheit missbraucht, lediglich mit einer anderen Etikettierung. „So werden Verhaltensweisen, die von der Grundidee her ausdrucksorientiert sind und existentielle, herrschaftsfreie Dialoge und Begegnungen fördern wollen, zu neuen Manipulationsinstrumenten und zu Techniken der Oberhand- Sicherung. Der alte Wolf erscheint hier im Schafspelz

einer *humanistisch-therapeutischen Orientierung.*" (Schulz v. Thun 1996, Bd. 1, S.263).

Die Fehlnutzung von psychologischen Methoden als pseudo-wissenschaftliche Fertigkeiten, sollten in der Ausbildung gut bedacht und verhindert werden.

Psychologische Methoden dürfen nicht als wertfreie Techniken vermittelt werden, sondern müssen in ein Werte- und Leitbildsystem eingebettet sein, das neben der praktischen Anwendung, Überzeugungen und Werthaltungen aufbaut und fördert.

Der werteorientierte Umgang mit Kommunikationstechniken wird sicherlich keine Figur erzeugen, wie in der Satire von Schulz v. Thun. Dabei ist selbstverständlich eingeschlossen, dass sich kommunikationskompetente Menschen in Alltagssituationen von ihrer Spontaneität leiten lassen und dabei erfolgreich Gespräche führen können.

Reflektierendes Denken fördert Flexibilität und damit die Kompetenz der Kommunikationssituationsdifferenzierung.

2.2 Wertediskussion

In ihrem Beitrag „Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften“ regt Darmann (2000) die gedankliche Auseinandersetzung mit normativen Festlegungen in der Kommunikationsausbildung engagiert an. Zunächst hat Darmann auf der Grundlage eines qualitativ-heuristischen Forschungsansatzes ein Anforderungsprofil der Kommunikationskompetenz bezüglich Pflegewirklichkeit entwickelt.

Die von Darmann 1998 durchgeführte Studie identifizierte als zentralen Aspekt der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patienten den Aspekt der Macht. Macht ausgehend von den Pflegekräften und Macht ausgehend von den Patienten. Machtstrukturen auf der Seite der Patienten finden sich im Krankheitsverhalten selbst und auch in Form eines ökonomischen Drucks auf Pflegende (z.B. Trinkgelder).

Die Macht der Pflegekräfte besteht in der Anwendung von „zwingender Macht“ und „verweigernder Macht“ (Darmann 2000, S.220). Mit zwingender Macht ist der Vollzug von Handlungen gegen den Willen der Patienten, einschließlich der Machtmittel Sedativa und Fixierungen, gemeint. Verweigernde Macht heißt die

Nichterfüllung von Patientenbedürfnissen und das Nichtzugänglichmachen von Informationen. Ein Machtgefälle zwischen Pflegekraft und Patient ist einer Pflegebeziehung inhärent, so dass es darum gehen muss, die vorhandene Macht situation reflektierend zu gestalten.

In ihrer Studie sieht Darmann keine Anhaltspunkte für groben Machtmisbrauch, wenngleich subtile Formen erkennbar sind, beispielsweise beim Umgang mit Sedativa.

Ein weiteres, bemerkenswertes Ergebnis von Darmanns Arbeit liegt in der Identifizierung der Gründe für das Verhalten der Pflegekräfte.

„Sowohl im Zusammenhang mit der ‚Macht der Pflegekräfte‘ als auch mit der ‚Entscheidungsfreiheit der Patienten‘ wurde deutlich, dass Pflegekräfte häufig auf gesetzte Regeln und von ihnen nicht hinterfragte Normen der Schulmedizin verweisen, mit denen sie ihre eigenen Handlungen sowie Handlungsanweisungen an Patienten begründen. Diesen stereotypen Regeln bzw. Normen werden die Bedürfnisse der Patienten untergeordnet“ (Darmann 2000, S.223).

Sowohl die Bedeutung des Machtaspekts in der Pflegebeziehung, als auch die Heranziehung von unreflektierten Normen der Schulmedizin weisen der Pflegeausbildung wichtige Aufgaben zu. An erster Stelle steht der Bewusstmachungsprozess der Machtstrukturen einer Pflegebeziehung und ein daraus abgeleiteter konstruktiver Umgang damit.

Zur Erreichung dieser Aufgaben in der Ausbildung sei auf die Arbeit von Gordon (1999) verwiesen, der in seinem Modell den partnerschaftlichen Umgang mit Macht, auf der Grundlage „Machtgebrauch ohne Verlierer“, vorstellt. Ein ungewöhnlicher Ansatz, weil er das sehr verbreitete Denken, Konfliktlösung sei der Kampf der Beteiligten, wer Verlierer und wer Gewinner werde, verlässt und diesem die Konfliktlösung ohne Verlierer gegenüberstellt. Bei Gordon verbirgt sich hinter seinem Modell eine umfassende ethische Vorstellung. Sein Menschenbild gründet auf dem Anspruch gegenseitigen Verständnisses, dem Bemühen um gegenseitige Erfüllung der Bedürfnisse, Respekt und Achtung voreinander und der Ablehnung von Machtmisbrauch, auch bei eigener Überlegenheit.

In großer Nähe zu Gordons Denken steht das Kommunikationsmodell „Gewaltfreie Kommunikation“ von Rosenberg, das einerseits durch die gute

didaktische Aufbereitung (Arbeitshefte sind verfügbar), als auch durch die Beschäftigung mit gewaltfreiem Denken, wichtige Impulse für den Unterricht liefern kann (Rosenberg 2004).

In der Wertediskussion muss auch die kritische Auseinandersetzung mit den schulmedizinischen Normen enthalten sein, um eben nicht, wie von Darmann konstatiert, zu unreflektierten Erfüllungsgehilfen der Schulmedizin zu werden (nach Darmann 2000, S.223). Umsetzbar wäre dies beispielsweise in einer Unterrichtseinheit, die das schulmedizinische dem sozialwissenschaftlichen Krankheitsmodell gegenüberstellt.

Die normativen Bestimmtheiten einer Pflegebeziehung fasst Darmann (2001) zu einer umfassenden, eigenen ethischen Position zusammen, die sie als „eingeschränkten Universalismus“ bezeichnet (Darmann 2001, S.262). Dieser berücksichtigt auf der Begründungsebene moralische Prinzipien (z.B. Selbstbestimmung, Gesundheitsfürsorge) und schließt auf der Anwendungsebene Aspekte der Situation, der Handlungsfolgen und der Unversehrtheit anderer Personen mit ein. Um in diesem Sinn in Pflegesituationen moralische Entscheidungen zu treffen, benötigen Pflegekräfte bestimmte Voraussetzungen. Neben der Reflexionsfähigkeit moralischer Prinzipien, vor allem die Möglichkeit Situationen realitätsgerecht zu erfassen, zu einer Handlung Handlungsalternativen zu denken und pflegewissenschaftlich begründete Vorhersagen zu Folgen und Nebenfolgen von Pflegemaßnahmen zu treffen. Anspruchsvolle Voraussetzungen, die Darmann (2001) an Pflegekräfte stellt, vor allem deshalb, weil dies vor dem Hintergrund der asymmetrischen Machtstrukturen im Krankenhaus und ebenso vor dem Hintergrund der oftmals als „kalt“ beschriebenen Atmosphäre des Gesundheitssystems erfolgen muss. Herausforderungen, die ein hohes Maß an Reflektiertheit von den Pflegekräften verlangen.

Die Überlegungen von Darmann, bezüglich der prinzipiellen, konzeptuellen Orientierung der Kommunikationsausbildung regen weitere normative Auseinandersetzungen an. Die Wissenschaftlerin hält die derzeitigen Unterrichtsentwürfe zur Kommunikation explizit und implizit für von der „Klientenzentrierten Gesprächsführung“ geleitet (Darmann 2000, S.224). Wegen der mangelnden Berücksichtigung der realen Voraussetzungen im Pflegealltag und wegen einer noch stärker verschiebenden Wirkung, hin zu

einer asymmetrischen, Macht intensivierenden Beziehungsstruktur, lehnt sie diese Orientierung ab. Sie stellt fest, dass die Bedürfnisse der Patienten nicht die Förderung von Selbsterkenntnis und Selbstoffenbarung seien, sondern eine Kommunikation über pflegebezogene Wahrnehmungen, Bewertungen und Entscheidungen (Darmann 2000, S.224-225).

Der kritische Einwand von Darmann ist durchaus ernst zu nehmen, jedoch ist einzuwenden, dass sich die Bedürfnisse von Patienten im Krankenhaus und die Bedürfnisse von Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen enorm unterscheiden. Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen interessieren sich nicht ausschließlich für pflegebezogene Zusammenhänge, wie es Patienten beim zeitlich eng begrenzten Krankenhausaufenthalt tun. Die Tatsache, dass sie in der Einrichtung ihr Leben verbringen, öffnet sie auch für weiter gefasste Themen, die ihr Leben als Ganzes berühren. Diese Ansprüche sind auf eine Erweiterung der Kommunikationskompetenz der Pflegekräfte gerichtet und schließen Elemente der „Klientenzentrierten Gesprächsführung“ nicht aus. Zu denken ist an Empathie, Spiegeln von Aussagen, Gesagtes nicht zu werten und Wertschätzung der Person. Trotzdem ist immer deutlich zu machen, es handelt sich nicht um therapeutische Gespräche, sondern um helfende Gespräche, die sich lediglich durch eine höhere Gesprächskompetenz von Alltagsgesprächen abheben. Pflegende können und sollen nicht durch therapeutische Ansprüche überfordert werden. Für diese Aufgaben gibt es qualifizierte Psychotherapeuten.

Die Besprechung von Menschenbild und Werthaltungen berührt auch ganz elementar die Unterrichtssituation selbst. Die Interaktion im Unterricht, zwischen Lehrenden und Lernenden, hat Parallelen mit der Interaktion zwischen Pflegekraft und Bewohnern/ Patienten. Einerseits herrscht ein gewisses Maß an Asymmetrie in der Beziehung, durch das Wissensgefälle und durch den Machtaspekt (Zensierung) und andererseits geht es um gelebte Werthaltungen. Die Vorbildfunktion der Lehrenden gerade bezogen auf den Umgang mit Macht und die ausgedrückte Wertschätzung gegenüber den Lernenden schafft letztendlich die Basis für den Erwerb von Werthaltungen. Im Mittelpunkt steht aus diesem Grund das Menschenbild der Lehrenden und aller im Machtgefüge bevorzugter Personen, denn es dient als Vorbild für persönliche Überzeugungen der Auszubildenden.

In der wissenschaftlichen Betrachtung würde man davon sprechen, dass Lehrende bestimmte Erziehungsstile oder Unterrichtsstile umsetzen. Es geht im Kern darum, neben der Aufgabenorientierung einen schülerzentrierten Stil zu verkörpern, der durch Akzeptanz und Wertschätzung charakterisiert werden kann.

Die Übertragung von Erziehungsstilen auf verschiedene Arten von Führung in Unternehmen eröffnet eine überlegenswerte Perspektive für Lehrende. Die Weiterbildung von Führungskräften in Unternehmen, wie es beispielsweise Pflegeeinrichtungen sind, verfolgt das Ziel, kooperatives Führungsverhalten zu vermitteln, um damit auf allen Ebenen Teamarbeit zu stärken. Um dieses Ziel zu erreichen, eignet sich die Unterrichtssituation selbst als Erfahrungsfeld. Gelingt es dem Lehrenden seinen Unterrichtsstil, entsprechend den aus der Erziehungspsychologie bekannten Stilen (autoritär, laissez faire, demokatisch), zu variieren, dann haben die Teilnehmer dieser Weiterbildung Gelegenheit, die Wirkung von Führungsstilen direkt und selbst zu erfahren. Die verschiedenen Erziehungsstile ließen sich also als didaktisches Element nutzen, um erfahrungsbezogenes Lernen zu ermöglichen. Die Wirksamkeit eines solchen Vorgehens ist sicherlich erheblich größer, als die rein theoretische Vermittlung. Diese Methode setzt bei Lehrenden ein hohes Maß an Reflektiertheit bezogen auf das persönliche Wertesystem voraus, andererseits schafft sie Impulse die Reflektiertheit der Lernenden anzuregen.

2.3 Assessment Center

Welche Bedeutung haben Assessment Center für die Pflegeausbildung?

Auf den ersten Blick erschließt sich dieser Zusammenhang nicht, denn der Begriff Assessment Center stammt aus dem Bereich der Wirtschafts- und Unternehmensberatung und fügt sich zunächst nur schwer zu den Bausteinen der Pflegeausbildung.

Assessment ist sprachwissenschaftlich ein aus dem Amerikanischen entlehnter Begriff, der im Deutschen „Feststellung, Einschätzung“ bedeutet. In den 60er und 70er Jahren suchte man in den USA valide Eignungstests, um geeignete Führungskräfte für Unternehmen auszuwählen. Die Auslese nach bloßen Wissens- und Persönlichkeitsmerkmalen brachte keine befriedigenden Ergebnisse, da keine zuverlässigen Vorhersagen über die situative und soziale

Eignung eines Kandidaten getroffen werden konnte. Erste Versuche, Führungskräfte nach der Bewährung in künftigen Führungsaufgaben auszuwählen, stammen von 1966, mit dem Titel „The assessment center in the measurement of potential for business management“ (Bray, D.W. & Grant, D.L. 1966 zitiert in: Rosenstiel v. 1980, S.76). Seitdem ist eine Expansion der Entwicklung und Anwendung von Assessment Center- Ansätzen zur Personalauswahl in Unternehmen sichtbar.

Assessment Center sind also leistungsdiagnostische Verfahren, die in der Personalauswahl eines Unternehmens eingesetzt werden, um Berufssituationen so realistisch wie möglich, in standardisierten Testsituationen, zu simulieren. Mit einem auf das Unternehmensleitbild abgestimmten Anforderungsprofil versucht man die Kompetenzen von Bewerbern zu erfassen, zu vergleichen und entsprechende Personalentscheidungen zu treffen. In einem zweiten Schritt werden die Beobachtungen und Einschätzungen den TeilnehmerInnen in einem Feedback- Gespräch vermittelt.

In den letzten Jahren fanden Assessment Center auch Eingang in den Bereich der Pflege. Quernheim (2002) beschreibt einen Weg, um Bewerber für Pflegeschulen mittels Assessment Center auszuwählen. Dabei passte Quernheim bestehende Assessment Center- Instrumente den Ansprüchen der Pflegeschulen an und gelangte zu folgenden Aufgabenstellungen für die BewerberInnen:

- Partnerinterview und Kurzpräsentation eines Partners
- halbstrukturiertes Gruppeninterview unter Moderation der LeiterIn
- Gruppendiskussion ohne Moderation, zu vorgegebenen Themen
- Gruppenaufgaben (z.B. Rollenspiele)

Genau festgelegte Kriterien bildeten die Grundlage für die Beobachtung, die von speziell ausgebildeten Lehrern durchgeführt wurde. Abschließend erfolgte mit jedem einzelnen Bewerber ein Bilanzgespräch, das neben den Beobachtungsergebnissen auch Entwicklungsvorschläge für die Beurteilten zum Thema hatte.

Der Einsatz von Assessment Centern ist aber nicht nur auf Personalauswahlentscheidungen begrenzt, sondern erstreckt sich auch darauf, diagnostische Erkenntnisse der Entwicklungspotenziale von (künftigen) Mitarbeitern zu gewinnen. Erpenbeck & von Rosenstiel (2003) beschreiben in ihrem Handbuch zur Kompetenzmessung mehrere Assessment Center-Verfahren, die Personalentscheidungen ermöglichen und zugleich Kompetenzpotenziale von Bewerbern sichtbar machen. Zwei Instrumente sollen beispielhaft genannt werden. Das „Lernpotential- Assessment Center (LP-AC)“ von Prof. Dr. Werner Sages, das als qualitative Methode gilt, erfasst das Lernpotenzial (Fähigkeit und Willigkeit zum Lernen) von Führungsnachwuchskräften, als prädiktiver Faktor für die Bewältigung von Managementaufgaben (Erpenbeck & von Rosenstiel 2003, S.63-70). Das „Instrument for Competence Assessment (ICA)“ von Dr. Ing. Peter Friedrich und Annika Lantz (Universität Eskilstuna, Schweden) erfasst die Kompetenzen von Bewerbern für verschiedene Arbeitsrollen. Dabei kommen halbstrukturierte Interviews, Beobachtungsanalysen und Feedback- Gespräche zum Einsatz. Der Kompetenzbegriff ist hierbei weit gefasst (z.B. praktische Kompetenzen, arbeitsplatzunabhängige Kompetenzen). Die Zielvorstellung besteht darin, Aussagen über weitere Karrierewege und berufliche Weiterbildungsmaßnahmen der Kandidaten zu treffen. Der Assessment Center- Charakter wird hierbei lediglich durch die Interviewmethode und Feedback- Gespräche bestimmt (Erpenbeck& von Rosenstiel 2003, S.81-84). Neben LP-AC und ICA systematisieren Erpenbeck & von Rosenstiel (2003) mehr als 40 Kompetenzmessverfahren in ihrem Handbuch.

Die Überlegungen der Autorin zur Rolle von Assessment Centern in der Pflegeausbildung gehen dahin, dass es sich hierbei um Verfahren handelt, welche praktische Anforderungen berufsnah und berufstypisch abbilden und Aussagen über Ausprägungsgrad und Entwicklungspotenziale von Kompetenzen ermöglichen. Der Einsatz erscheint gerade im Bereich der Weiterbildung von Pflegekräften Erfolg versprechend, weil damit der Bezug, bzw. der Transfer von Theorie und Praxis ohne Hemmnisse realisiert werden könnte. Assessment Center in der Pflegeausbildung würden die Rolle eines Instruments zur Einschätzung und Beurteilung von Kompetenzentwicklungen darstellen. Dabei wären Personalentscheidungen hintergründig. Der Nutzen

könnte vielmehr darin liegen, dass die Feedback- Gespräche nach realitätsnahen Übungssituationen, ein Lernpotenzial mit sich bringen, das gerade im Hinblick auf die Schlüsselqualifikation „Fähigkeit zum Weiterlernen“ (Oelke & Menke 2002) relevant ist. Zudem erlaubt das Erkennen von Entwicklungspotenzialen den gezielten Einsatz von Weiterbildungsmaßnahmen. Neben Assessment Centern stellt das „Management Audit“ eine weitere Methode des Personalmanagements dar. „Das Management Audit überprüft Kompetenzen bezogen auf die zukünftige strategische Ausrichtung, zeigt Entwicklungsbedarf auf und bildet die Grundlage für die Erstellung von Portfolios, für personelle Entscheidungen und umfassenden Personalstrategien“ (www.meta-five.com/bereiche/dienstleistungen/perspektiven aufzeigen/management-audit, S.1)[16.9.2005].

Dieser sehr auf die Managerebene von Unternehmen zugeschnittene Ansatz, kann für die Pflegeausbildung insofern von Nutzen sein, als einige der methodischen Verfahren diagnostische Erkenntnisse über die praktische Tätigkeit der TeilnehmerInnen erbringen und somit die Auswahl von Weiterbildungsangeboten auf eine systematische und nutzwertorientierte Basis gestellt werden kann. Kerninstrument ist das teilstrukturierte Interview bzgl. Erwartungen, Werten und Zielsetzungen der TeilnehmerIn, hinzukommen Querinterviews mit KollegInnen, Assessment Center Sequenzen und so genannte 360 Grad Feedback- Gespräche.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es für die Qualität der Pflegeausbildung nützlich sein kann, die Ansätze des innovativen Personalmanagements zu prüfen und passende Verfahrenselemente zu übernehmen, um den Ausprägungsgrad von Kompetenzen und Entwicklungspotenzialen einzuschätzen und weiter zu entwickeln.

2.4 Szenisches Spiel

Szenisches Spiel ist ein pädagogisch- didaktischer Ansatz, der vor mehr als 30 Jahren von Ingo Scheller, an der Universität Oldenburg entwickelt wurde. 1974 ging es Scheller um innovative Formen der Lehreraus- und –fortbildung und es ging ihm auch um außerschulische Bildung. Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, wie Gefühle, Erlebnisse, Vorstellungen und Fantasien der Lernenden in den Bildungsprozess integriert werden können, um

erfahrungsbezogenes Lernen zu ermöglichen. LehrerInnen sollten qualifiziert werden auch emotionale Voraussetzungen der SchülerInnen einzubeziehen, um damit konstruktiven Unterricht zu gestalten. Sehr bald erkannte Scheller, dass bei Lernenden unbewusste, ausgegrenzte, abgewehrte und asoziale Vorstellungen auftauchen, die im herkömmlichen Bildungsprozess, mit den herkömmlichen Bewertungsverfahren nicht in Einklang zu bringen sind (Scheller 2002). Immer wieder stieß Scheller, der vor seiner wissenschaftlichen Laufbahn Gymnasiallehrer war, auf Schülerverhalten, das als störend und aggressiv galt und dem geplanten Unterrichtsverlauf hinderlich war. Wie, war die Anfangsfrage, sollen solche Verhaltensweisen und Einstellungen der Lernenden aufgegriffen, bearbeitet und durch Neue ersetzt werden? Szenisches Spiel war schließlich die Antwort.

„Für solche Lernprozesse¹ reicht die Begriffssprache nicht aus, weil sie nur erklären und rechtfertigen würde, was erst zum Bewusstsein kommen soll. Sie allein ist nicht in der Lage, komplexe sinnlich- körperliche und emotionale Erlebnisse angemessen zu benennen. Deshalb sind wir auf präsentative Symbole und Darstellungsformen angewiesen, auf sinnlich- ästhetische Gestaltungen, die aufgrund ihrer morphologischen Ähnlichkeit in der Lage sind, auch sinnliche und emotionale Anteile darzustellen und zu vergegenständlichen. Eine derartige sinnlich- ästhetische Lernform, die von sozialen Situationen und den in sie eingehenden Haltungen nicht abstrahiert, ist das szenische Spiel“ (Scheller 2002, S.25-26).

Als Uta Oelke und Gisela Ruwe, die beiden Pflegewissenschaftlerinnen, bei einem Kongress, Ingo Scheller, den Experten für Szenisches Spiel trafen, begründeten sie eine Zusammenarbeit, um Szenisches Spiel und Pflegedidaktik zu verbinden.

Entstanden ist aus dieser Zusammenarbeit das gemeinsame Buch „Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege“ (Oelke, Ruwe & Scheller 2000).

Für Oelke ist Szenisches Spiel die Auseinandersetzung mit inneren Haltungen (Gefühlen, Fantasien, Einstellungen) und mit äußeren Haltungen (körperliche und sprachliche Ausdrucksformen) in sozialen Situationen (Oelke 2001, S.42).

¹ Gemeint sind Haltungen und Einstellungen der Lernenden

Während der Entwicklungszeit des Szenischen Spiels zum pflegedidaktischen Ansatz, erlebten die AutorInnen in vielen Bildungsveranstaltungen, dass für die Pflegenden der Themenkomplex „Macht – Ohnmacht“ ein elementares Erlebnisspektrum darstellt. Macht, Ohnmacht, damit verbundene Gewalt, Hilflosigkeit, Sterben und Tod gelten als ausgegrenzte Aspekte des menschlichen Lebens. Aus diesem Grund zentrierten sie das gemeinsame Buch auf Tabuthemen in unserer Gesellschaft, auf Gewalt, Alter, Krankheit, Tod und Sterben.

Die Lernform des Szenischen Spiels versteht sich als Bildungsprozess, der die soziale und personale Kompetenz der Lernenden fördert. Dies geschieht, indem eine Auseinandersetzung mit individuellen und gesellschaftlichen Haltungen erfolgt, indem Handeln in vorgestellten Situationen möglich ist, bei denen einzelne Spieler in verschiedenen Rollen Emotionen und Denkweisen anderer Interaktionspartner nachempfinden können und indem die SpielerInnen Einfühlungsvermögen für fremde Lebensgeschichten entwickeln. Dabei regt die Gruppe die TeilnehmerInnen zu Reflexionen der inneren und äußeren Haltungen an.

Das Szenische Spiel ist aus verschiedenen, aufeinander bezogenen Übungselementen aufgebaut, die mit steigender Intensität persönliche Gefühle und Fantasien einbeziehen und die in zunehmendem Maße die Identifikation mit bestimmten Rollen erlauben. Die Verfahren sind Wahrnehmungs-, Vorstellungs-, Körper- und Sprechübungen, daneben Rollengespräche und Rollenschreiben, Standbilder bauen und als höchste Stufe die szenische Improvisation und Demonstration (Oelke, Ruwe & Scheller 2000).

Oelke, Scheller und Ruwe haben die so genannten Tabuthemen als konkrete Unterrichtseinheiten aufbereitet und für den praktischen Unterricht verfügbar gemacht.

Die Autorin hat in einem ersten Versuch zum Szenischen Spiel das Thema „Gewalt in der Pflege“ als Unterrichtseinheit erprobt. Mit einer kurzen Beschreibung dieser Unterrichtseinheit soll das Szenische Spiel veranschaulicht werden.

Die Lerneinheit „Gewalt in der Pflege“ (Oelke, Scheller & Ruwe 2000, S.196-218) hat die Intention, dass die SchülerInnen erkennen, Gewalt ist kein einheitliches, klar bestimmbar Phänomen, sondern ist stets auf den

jeweiligen sozialen Zusammenhang bezogen und in seiner Bedeutung von der Interpretation und den Wertmaßstäben der Handelnden abhängig.

Die Ziele der Lerneinheit sind:

- 1) Klärung, was alles unter Gewalt zu verstehen ist
- 2) Bestimmung eines eigenen Standpunktes
- 3) Genaue Analyse von Gewaltszenen, im geschützten Raum des Spiels, um eigene Emotionen in verschiedenen Situationen zu erleben
- 4) Handlungsstrategien zur Gewaltprävention entwickeln

In ihrer Unterrichtseinheit, im November 2005, an einer Altenpflegeschule, mit SchülerInnen im dritten Ausbildungsjahr, hielt sich die Autorin/ Dozentin nah an die vorgegebenen Schritte der Lernsequenz.

A) Information über Intention und Ziel der Lerneinheit und Hinweis auf eine andere Form der Unterrichtsgestaltung.

B) Opfer- Täterhaltung demonstrieren.

Anfangsprobleme: Nur nach Aufforderung durch die Dozentin beginnt ein Schüler seine Haltung als Opfer und als Täter zu zeigen. Alle anderen SchülerInnen stimmen zu, ohne selbst aktiv zu werden.

C) Körper- und Bewegungsübungen

- In Zweiergruppen soll Blickkontakt gehalten werden, wobei immer ein Partner in die Knie geht („unten“) und der andere „oben“ bleibt, im Wechsel.
- In jeder Zweiergruppe gibt es eine Führerin, die der Partnerin die Hand direkt vor Augen hält. Die Geführte soll der Hand bedingungslos folgen, im Wechsel.
- Gespräch: Das Gefühl „Macht zu haben“ ist gut, aber es ist auch gut Verantwortung abzugeben, wenn „die Chemie stimmt“.

D) Assoziationsbilder „Alltägliche Gewalt in der Pflege“

In Kleingruppen gestalten die SchülerInnen je drei Standbilder zum Thema „Alltägliche Gewalt in der Pflege“ und geben diesen Standbildern Titel.

Der Arbeitsauftrag wird sofort angenommen und umgesetzt. Die SchülerInnen zeigen Motivation und Engagement.

Die Standbilder werden den anderen Gruppen gezeigt und die Beobachter sollen den Titel erraten.

Folgende Standbilder werden entwickelt:

- Essen unter Zwang
- Rollstuhl verkanten
- Zwangswaschen
- Mobbing (PDL gegenüber SchülerInn)
- Gewalt unter BewohnerInnen
- Toilettenzwang

Nachdem die Titel erraten sind, werden die Standbilder nochmals gezeigt und die Beobachter treten hinter einzelne Darsteller, tippen diesen an die Schulter und sprechen stellvertretend ihre Gefühle und Gedanken aus. Jede BeobachterIn tut dies bei verschiedenen Darstellern. Am Ende tippt die Spielleiterin den Darstellern auf die Schulter und diese sprechen ihre Gefühle und Gedanken selbst aus.

Im Gespräch bestätigen die SchülerInnen die Assoziationsbilder als realistische Erfahrungen. Dabei erweisen sich Pflegetätigkeiten wie Essen, Waschen, Toilettengang als Hauptbereiche von Gewalterlebnissen. Das Wegdrehen von KollegInnen bei Gewaltszene sei häufig. Dagegen gäbe es darüber keine Gespräche im Team.

E) Statue „Alltägliche Gewalt in der Pflege“

Alle SchülerInnen bauen gemeinsam eine Statue, die die Thematik der vorherigen Standbilder nochmals zum Ausdruck bringt. Dabei beginnt eine SchülerIn, erläutert ihre Idee und arrangiert Kulisse und Personen, bzgl. Gestik und Mimik. Danach hat jede TeilnehmerIn die Chance das Bild nach ihren Vorstellungen zu verändern. Sie erklärt ihre Idee und trifft ihre Arrangements. Jede SchülerIn trägt aktiv zur Gestaltung der Statue bei. Die Aufgabe ist erst dann abgeschlossen, wenn alle SpielerInnen mit dem Ergebnis einverstanden sind.

Die gemeinsame Statue im Unterricht besteht aus sieben TeilnehmerInnen:

Eine Bewohnerin steht an der Tür, bereit weg zu laufen, eine Bewohnerin sitzt am Tisch und übergibt sich, eine Bewohnerin kippt aus dem Bett, zwei Kolleginnen haben Pause und drehen der Szene den Rücken zu. Die PDL schließt beim Telefonieren die Tür. Die Pflegekraft packt die an der Tür stehende Bewohnerin und sperrt sie ein.

Anschließend ergibt sich ein Gespräch über die Überforderung von Pflegenden, das Gefühl zerrissen zu werden und die fehlende Kommunikation darüber im Team und mit Vorgesetzten.

F) Szenische Rekonstruktion selbst erlebter Gewaltszenen

Jede SchülerIn berichtet im Gesprächskreis über selbst erlebte Gewaltszenen. Die Szenen werden so realistisch wie möglich beschrieben (wer, Biografie, wo, Raum, wann, wie, was, welche Folgen). Aus allen Vorschlägen wählt die Gruppe einen aus, der dann tatsächlich gespielt wird. Personen und Kulisse werden so gestaltet wie die SchülerIn (HauptspielerIn) es beschrieben hat.

Im Unterricht entstand ein kurzes Drehbuch:

Eine Bewohnerin, Frau Bauer, sitzt im Rollstuhl am Tisch, blickt gerade vor sich hin und ruft immer zu, monoton: „Mach, mach“. Eine andere Bewohnerin, Frau König, kommt auf ihren Gehstock gestützt an den Tisch. Wenige Augenblicke später tritt die Pflegekraft dazu.

1. Szene:

Frau Bauer: Mach, mach, mach, mach...

Frau König: Halts Maul, schrei nicht so rum.

(Tritt nahe an Frau Bauer heran und hebt ihren Stock)

Frau Bauer: Mach, mach ...

2. Szene:

Pflegekraft: Was ist los Frau König?

Frau König: Solche Leute wie die gehören vergast!

Frau Bauer: Mach, mach...

Pflegekraft: Warum?

Frau König: Die hat es nicht anders verdient.

Die BeobachterInnen können das Spiel jederzeit, durch Stopp- Rufe, unterbrechen und die Akteure bitten, ihre Gedanken und Gefühle auszusprechen. Danach erproben andere SchülerInnen alternative Verhaltensweisen für die Rolle der Pflegenden. Im Gespräch wird reflektiert, welche Wirkungen bestimmte Verhaltensweisen auf die anderen SpielerInnen haben.

Während dieses Gesprächs bittet eine SchülerIn eine Frage stellen zu dürfen. Sie empfinde es als Gewalt, wenn BewohnerInnen mit Vornamen und mit „Du“ angesprochen würden. Aber in ihrer Einrichtung gäbe es einen rüstigen Bewohner, der ständig in andere Zimmer laufe und andere BewohnerInnen belästige. Auch auf Aufforderung verlasse er das Zimmer nicht und stelle sich sogar neben die Toilette, wenn diese gerade benutzt wird. Sie habe diesen Bewohner kürzlich zusammen mit einer Kollegin an einem Stuhl fixiert und empfinde dies nicht als Gewalt.

Lehrerin unterbricht an dieser Stelle die szenische Darstellung und erinnert an die Ziele der Lerneinheit, nämlich die kritische Auseinandersetzung mit konkreten Erfahrungen.

Ende der Unterrichtseinheit.

Bei dieser Unterrichtseinheit erhob die Autorin nicht den Anspruch einer professionellen Durchführung des Szenischen Spiels, sondern verband die einzelnen Elemente des Konzepts zu einem ersten Versuch.

Bezogen auf das Kommunikationskonzept der Autorin lassen sich die drei Bestandteile Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz im Szenischen Spiel gut wieder finden. Das Modell der Reflektiertheit (Abb. 2) mit seinen Handlungsstopps und der Entwicklung von Handlungsalternativen findet deutliche Entsprechungen in der Spielhandlung, die jederzeit angehalten werden kann und Aktive und BeobachterInnen autorisiert eigene Deutungen, Empfindungen und Handlungsideen einzubringen. Ebenso sind KSD und Deutungen fremden Handelns dem Szenischen Spiel inhärent. Durch das Aussprechen der Gedanken und Gefühle werden dem Handelnden die Wirkungen des eigenen Handelns gespiegelt und er ist somit in der Lage eigenes Verhalten der Situation anzupassen, um gewünschte Handlungsziele zu erreichen. Differenzierung der Situation ist die Kurzformel dafür. Die Kompetenz zur Deutung wird während des gesamten Spielablaufes gefördert, denn stets ist es das Thema, wie und warum verhalten sich die SpielerInnen so oder eben nicht so. Durch das Thematisieren der einzelnen Deutungsvorschläge in der Gruppe sind die TeilnehmerInnen in der Lage, in der von der Realität abgehobenen Spielsituation, mit Deutungen zu experimentieren, zu vergleichen und abzuwägen.

Alle Elemente des Kommunikationskonzeptes der Autorin können im Szenischen Spiel gefördert werden. Dabei verfügen Lehrende nicht über das Wissensmonopol, vielmehr ist es ihre Aufgabe die Moderation des Spiels zu übernehmen und die TeilnehmerInnen zu motivieren ihre Potenziale zum Ausdruck zu bringen.

Eine große Menge an Überschneidungen zum Konzept des Szenischen Spiels weist der Ansatz von Arens (2007) auf. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung emotionaler Intelligenz, nicht zuletzt durch den Bestseller „Emotionale Intelligenz“ von Daniel Goleman (1995), leitete Arens die Wichtigkeit von emotionaler Kompetenz als Bestandteil der sozial- kommunikativen Kompetenz für die Pflege ab. Empathie, als Bestandteil der emotionalen Kompetenz, teilt er in kognitive und affektive Empathie, wobei seiner Auffassung nach die affektive

Empathie dem privaten Bereich vorbehalten bleiben sollte. Dagegen ist kognitive Empathie bestimmt für den Pflegeberuf, im Sinn der Kontrolle eigener Gefühle und im Sinn des Umgangs mit emotionalen Reaktionen der Gepflegten. Kognitive Empathie in der Pflegeausbildung zu fördern ist zentraler Bestandteil von Arens Ansatz. Insgesamt stellt er sechs Methoden vor, um kognitive Empathie und damit emotionale Kompetenz zu vertiefen. Mit „Pantomime der Gefühle“, „Skulpturen der Gefühle“ und „Deutung von Gefühlen in Körperhaltungen“ sind drei dieser Methoden betitelt. Nicht nur begrifflich, sondern auch inhaltlich wird dabei die Nähe zum Szenischen Spiel erkennbar. Bei Arens (2007) handelt es sich allerdings noch um Einzelverfahren in der Erprobungsphase, die noch einer systematischen Vernetzung bedürfen. Dennoch ist der Ansatz hervorzuheben, da auch hier die Absicht spürbar ist, Pflegeausbildung handlungsorientiert und subjektbezogen zu verstehen und sich dabei auf die Suche nach innovativen Verfahren zu begeben.

2.5 Praxisbegleitung

In der praktischen Pflegeausbildung werden immer wieder zwei Begriffe verwendet, die in einem ähnlichen Bedeutungszusammenhang stehen, aber dennoch unterschiedliche Denotationen aufweisen. Gemeint sind die Begriffe Praxisbegleitung und Praxisanleitung. Dabei ist Praxisbegleitung der in der Pflegeausbildung später eingeführte Begriff (vgl. Schützendorf et al. 2004) und erinnert an die Verwendung in der Musik. Dort geht es darum, dass ein Instrument beispielsweise eine Gesangsstimme begleitet, also ergänzend neben dem Vokalisten agiert. Übertragen auf die Pflege hieße das, dass die PraxisbegleiterIn die Auszubildenden unterstützend und ergänzend in ihrer praktischen Tätigkeit begleitet.

Praxisanleitung, als der etablierte Begriff, meint die in der praktischen Ausbildung für einzelne SchülerInnen zuständige Bezugsperson, die einerseits in der Funktion einer Lehrerin ins praktische Handeln unterweist und andererseits die SchülerInnen beurteilt und benotet. Als Beispiel ist der Beurteilungsbogen für die Berufsfachschulausbildung für Altenpflege in Bayern im Anhang angefügt.¹

¹ Vergleich Anhang C

Die Auszubildenden der Altenpflege verfügen über sehr unterschiedliche Erfahrungen mit PraxisanleiterInnen. Manche SchülerIn hat während eines 12-wöchigen Praxiseinsatzes mehrmals in der Woche Kontakt zur PraxisanleiterIn; d.h. beide sind mehrfach im Dienstplan gleichzeitig eingeteilt. Andere SchülerInnen treffen die PraxisanleiterIn zwei- bis dreimal pro Praxiseinsatz und zwar dann, wenn die Beurteilung der praktischen Tätigkeit ansteht. (Nicht-repräsentative Befragung der Autorin einer Altenpflegeklasse, 3. Ausbildungsjahr, 2005/2006).

Waren die Regelungen für die praktische Ausbildung in der Pflege, vor in Kraft treten der Bundesgesetze und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, sehr uneinheitlich und defizitär, so versuchte man im KrPfIG und im AltPfIG Verbesserungen vorzunehmen. Demnach muss jede praktische Ausbildungsstätte in der Krankenpflege PraxisanleiterInnen beschäftigen, die über berufspädagogische Zulassungsvoraussetzungen, im Umfang von 200 Stunden, verfügen und die in ihrer Anzahl in einem angemessenen Verhältnis zur Zahl der SchülerInnen stehen.

„Gestaltung und Inhalt der berufspädagogischen Zusatzqualifikation sind nicht näher definiert. Hierzu genauere Regelungen zu treffen, ist Sache der Bundesländer. ... Auch die Festlegung von Rahmenvorgaben für ein ‚angemessenes Verhältnis‘ zwischen der Zahl der Auszubildenden und der Fachkräfte für die praktische Ausbildung ist Sache der Bundesländer“ (Dielmann 2006, S.141).

Weiterhin sieht die KrPfIAPrV eine Praxisbegleitung der SchülerInnen durch die Schule vor, die regelmäßig zu gewährleisten ist. In seinen Erläuterungen ergänzt Dielmann Inhalt und Umfang dieser Form der Praxisbegleitung. Demnach sollen Gespräche mit Auszubildenden über die Realisierung der Ausbildungsziele erfolgen und darüber hinaus, Gespräche mit den zuständigen PraxisanleiterInnen über die erfolgte praktische Anleitung. „*Die Auszubildenden sollen mindestens einmal während ihres Praxiseinsatzes in der jeweiligen Einrichtung besucht werden*“ (Dielmann 2006, S.143).

Trotz viel versprechender Ansätze bleiben auch hier wieder zu viele Auslegungsoptionen möglich. Ein angemessenes Zahlenverhältnis von Auszubildenden und AusbilderInnen zu schaffen, ist wohl in den meisten Fällen dem Diktat der Finanzkraft der Einrichtung untergeordnet. Fehlende inhaltliche Festlegungen der Qualifikationsvoraussetzungen für PraxisanleiterInnen sind eklatante Versäumnisse. Weitere Fragen bleiben offen, so vor allem in welchem

Umfang PraxisanleiterInnen von ihren direkten Pflegeaufgaben frei gestellt sind, um ihrer Anleitungstätigkeit nachkommen zu können. Gerade davon wird die praktische Ausbildungsqualität entscheidend abhängen, ob SchülerInnen gemäß ihrem Ausbildungsstand angeleitet werden oder einfach in die Alltagsroutine des Pflegebetriebs eingepasst werden. Bisher existieren lediglich Empfehlungen von Berufsverbänden, die aber nur wenig Einfluss gewinnen.

Die Rolle von PraxisanleiterInnen untersuchten Heinemann- Knoch, Klünder & Knoch (2006) vom Institut für Gerontologische Forschung¹ Berlin, im Auftrag des BMFSFJ. Dazu führten sie im Jahr 2005, hauptsächlich in Baden-Württemberg und in Brandenburg, schriftliche Befragungen und telefonische Interviews mit Landesministerien, Berufsverbänden, Einrichtungsträgern, EinrichtungsleiterInnen und PraxisanleiterInnen durch. Zur Beschreibung der Stichprobe wird auf die Quellenangabe verwiesen. Entstanden sind Empfehlungen für Ausbildungsstätten der Altenpflege. Die Zielsetzung bestand darin, Entscheidungshilfe und Informationsquelle für Träger und Ausbildungsstätten zu sein, ob und in welcher Weise Praxisanleitung durchgeführt werden kann. Zudem soll im Pflegemanagement für die Bedeutung der Praxisanleitungstätigkeit sensibilisiert werden und es soll den tätigen PraxisanleiterInnen Orientierungshilfe bieten. Konkret enthalten diese Empfehlungen u.a. Checklisten als Entscheidungshilfen, Hinweise über Weiterbildungsmaßnahmen, erforderliche Rahmenbedingungen in Einrichtungen und sie enthalten Hinweise über die berufspädagogischen Aufgaben einer PraxisanleiterIn. Obwohl das AltPfIG vom 1.8.2003, als Bundesgesetz, den Anspruch erhoben hatte die Ausbildung in der Altenpflege bundeseinheitlich zu regeln, bleibt gerade die Konkretisierung für die Qualifikation von PraxisanleiterInnen mangelhaft. „*Die Fähigkeit zur Praxisanleitung ist in der Regel durch eine berufspädagogische Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme nachzuweisen*“, schreiben Heinemann- Knoch et al. (2006, S.13).

Der Modellversuch zur praktischen Ausbildung in NRW von Müller & Koeppe (2003, www.integrierte-pflegeausbildung.de) wirft ein eher ungünstiges Licht auf die Qualifikation von PraxisanleiterInnen. „*An dieser Stelle wird ein wesentliches Grundproblem praktischer Ausbildung deutlich, nämlich die zum*

¹ Abgekürzt: IGF

Teil geringe pädagogische Qualifikation der Ausbilder“ (Müller & Koeppen 2003, S.583).

„Der Grad der berufspädagogischen Zusatzqualifikation der am Modellprojekt beteiligten Praxisanleiter/ innen ist sehr unterschiedlich. Es reichte von einer abgeschlossenen Weiterbildung zur/zum Lehrer/-in für Pflegeberufe, über Weiterbildungen zur/zum Praxisanleiter/-in oder Mentor/-in, bis hin zu keinerlei pädagogischer Fortbildung“ (www.integrierte-pflegeausbildung.de/ausbilder-qualifizierung/train-the-trainer.html S.1) [12.11.2005].

Dem gegenüber stehen die Empfehlungen von Heinemann- Knoch et al. (2006), die ein umfangreiches Aufgabenspektrum für die Praxisanleitung herausstellen. Diese sehen neben der Einführung in das jeweilige Berufsfeld, auch die Integration von theoretischen Inhalten in die praktische Tätigkeit, die Hilfe zur Entwicklung personen- und prozessorientierter Pflege, die Begleitung individueller Lernerfahrungen, die Teilnahme an ausbildungsrelevanter Regelkommunikation und die Mitwirkung an Bewertungen vor. Insbesondere der Wert der Kommunikation zwischen Praxisanleitung und SchülerIn wird sehr hoch eingeschätzt und verlangt neben der Regelmäßigkeit auch ein hohes Maß an Gesprächsführungskompetenz. Zudem wird der regelmäßige Kontakt mit der Pflegeschule hervorgehoben.

Diese Gegenüberstellung, der empfohlene Aufgabenumfang einer Praxisanleitung auf der einen Seite und der beim Modellversuch in NRW vorgefundene Qualifikationsgrad auf der anderen Seite, lässt die Vermutung zu, dass Realität und Wunschvorstellung in der Praxisanleitung weit voneinander entfernt sind. Bedauerlich ist dieses Auseinanderklaffen, denn die Ausbildungsqualität hängt maßgeblich von der Anleitung ins praktische Handeln ab.

Die Bemühungen des Modellversuchs in NRW, die Praxisanleitungsqualifikationen zu homogenisieren, brachten keine befriedigenden Ergebnisse. Zwar wurden die Defizite identifiziert und es wurde nachqualifiziert, trotzdem blieb der Modellversuch in diesem Teilbereich unzureichend. Dies bestätigten die Befragungen der SchülerInnen, die das begleitete Lernen in der Praxis als defizitär erlebten (vgl. I.Teil, Kap. 6.3.2).

Im Modellversuch wurde noch ein weiterer Aspekt ergänzt, nämlich der der so genannten Praxisreflexion. Das, was hier als Praxisreflexion gedacht ist, lässt

sich noch am ehesten mit der Idee einer „Begleitung“ in Verbindung bringen, ist aber dennoch kritisierbar. Praxisreflexion bestand aus einem zweistündigen Gruppengespräch, dessen Teilnahme freiwillig war. Dies muss wohl eher als Kosmetik eines althergebrachten Stils verstanden werden, wenngleich die Grundidee als ausbaufähig erscheint. Regelmäßige, in einem kurzen zeitlichen Intervall verbindliche Praxisreflexionen, in Kleingruppen, die nicht von Personen geleitet werden, die in die Bewertung involviert sind, würden dem Verständnis von Praxisbegleitung der Autorin sehr viel näher kommen.

Schützendorf et al. (2004) beschreiben in ihrem Konzept eine Auffassung von Praxisbegleitung, die eine größere Nähe zu der Auffassung der Autorin aufweist. Schützendorf macht seinen Vorschlag an der schwierigen und zum Teil belastenden Kommunikation mit altersverwirrten Menschen fest. Überforderung, bedingt durch einen Mangel an praktischen Erfahrungen, durch Ausbildungsdefizite und durch institutionelle Belastungen, führt in vielen Fällen dazu, dass die Kommunikation zwischen Pflegenden und altersverwirrten Menschen zu Machtkämpfen entartet. Die Folgen sind Belastungssymptome der Pflegenden (z.B. Burnout, bis hin zu Berufsausstieg) und bedrückende Lebensumstände der gepflegten, alten Menschen. Schützendorf et al. (2004) hält eine Praxisbegleitung durch Ausbilder, die nicht in einem Machtverhältnis zur Pflegekraft stehen, für eine geeignete Maßnahme die Arbeits- und Lebenszufriedenheit der Beteiligten zu erhöhen.

Praxisbegleitung umfasst für Schützendorf et al. fünf Aspekte:

1. Anleitung zu Distanz und Reflexion.

Reflexion über persönliche Wertvorstellungen, was ist „normal“, was ist „nicht normal“, was ist „anständig“, was ist „nicht anständig“. Mit reflektierten Wertvorstellungen, so Schützendorf, bekämen die Pflegekräfte einen leichteren Zugang zur ver- rückten Welt der Bewohner. Distanz zu den eigenen Gefühlen, wie z. B. Ekel, Hass herzustellen, um dadurch Belastungen in der Pflegebeziehung zu vermindern.

2. Anleitung zum genauen Beobachten.

Die tägliche Routine verstellt oftmals den Blick für Einzelheiten im Handeln der alten Menschen. Anleitung, jedes Mal genau hin zu sehen,

genau hin zu hören, ist der Weg zum Verständnis altersverwirrter Menschen, aber nicht nur dieser!

3. Anleitung zum Verstehen.

Verständnis eines Anderen setzt Wissen über diese Person voraus und die angemessene Interpretation dieses Wissens. Denn anders als in den Naturwissenschaften gibt es in den Sozialwissenschaften kaum objektives, messbares Wissen, sondern Handlungsergebnisse, die mehr oder weniger gedeutet werden müssen. Pflegekräfte benötigen Deutungskompetenz, um sichtbares Verhalten zu interpretieren, vorläufige Deutungen zu erstellen und diese in der Realität zu überprüfen. Dies gelingt im Austausch mit anderen Experten am besten.

4. Anleitung zur Kompromissfähigkeit.

Auf dem Weg des Verstehens eines altersverwirrten Menschen, hat die Pflegekraft die Aufgabe zwischen den Bedürfnissen des alten Menschen und den eigenen Bedürfnissen einen Kompromiss auszuhandeln, denn altersverwirzte Personen können ihre Bedürfnisse nur selten aussprechen und noch seltener vertreten. Ähnliches gilt auch bzgl. der Ansprüche von Ärzten, wobei sich Pflegekräfte zum Anwalt der Bewohner machen sollten.

5. Anleitung zum geragogischen Handeln.

Der Umgang mit altersverwirrten Menschen ist Lenkung und Führung und damit erzieherisches Handeln. Über ihre Ziele und Methoden müssen Pflegekräfte reflektieren, um mit Kreativität solche Bedingungen zu schaffen, die das Erreichen der Ziele ermöglichen.

Die fünf Anleitungen, die Schützendorf et al. (2004) als Praxisbegleitung formuliert hat, verfügen über erkennbare Parallelen zu dem Kommunikationskonzept der Autorin. Entsprechungen sind festzustellen zwischen:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Reflexion und Reflektiertheit➤ genaues Beobachten/ Unterscheiden und KSD➤ Verstehen und Deutungskompetenz. |
|--|

Weiterführend ist auch ein Vergleich von Praxisbegleitung mit einer Beratung und zwar in einem handlungstheoretischen Verständnis, wie es Kaiser (1979) vorschlägt. Kaiser (1979) entwickelt ein Konfliktberatungskonzept, in dem Verhalten als sinnvolles Handeln gedeutet werden soll (Kaiser 1979, S.67). Praxisbegleitung wäre in diesem Sinn eine Beratung, in der die BegleiterIn zusammen mit der SchülerIn das Verhalten der Gepflegten deutet, d.h. diesem Sinn zuschreibt und die möglicherweise dahinter liegenden Absichten aufdeckt. Der Schwerpunkt liegt in diesem Fall nicht bei einer Konfliktberatung, sondern einer allgemeinen Beratungssituation, mit dem Ziel das sichtbare Verhalten von Gepflegten als sinnhaftes Handeln zu verstehen, das in der jeweiligen Situation zu deuten ist.

Praxisbegleitung als Beratung aufzufassen macht sich die Argumentationszugänglichkeit in Handlungssituationen zunutze, um somit die Qualität von Pflegegesprächen zu steigern.

Die Beschäftigung mit Praxisbegleitung als Baustein der Kommunikationsausbildung in der Pflege eröffnet neue Wege, die eine Konzeptualisierung sinnvoll erscheinen lässt. Im Folgenden soll eine solche Konzeptualisierung versucht werden.

2.6 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden mehrere Vorschläge gemacht, um die kommunikativen Defizite in den Pflegeberufen zu verringern und den Erwerb von Kommunikationskompetenz zu fördern. „*Eine Erweiterung interaktiver-kommunikativer Kompetenz, als ‚high touch‘ bezeichnet und technologischer Kompetenz, ‚high tech‘, ist nötig, um den Herausforderungen der zukünftigen Gesundheitsvorsorge angemessen begegnen zu können*“ (Müller & Koeppe 2004, S.261).

Konkretisierungen dazu werden im folgenden Kapitel vorgenommen.

3. Erwerb von Kommunikationskompetenz

3.1 Menschenbild

Um sich mit dem Erwerb von Kommunikationskompetenz zu beschäftigen bedarf es zunächst einiger grundlegender Gedanken, wie überhaupt ein Lernprozess aufzufassen ist und welche Bedeutung dabei den Lernenden zukommt. Handelt es sich bei einem Lernprozess um einen so genannten Black- Box- Vorgang, bei dem ein Input über die Black- Box zu einem erwünschten oder auch unerwünschten Output führt? Oder handelt es sich bei Lernenden um rein triebgesteuerte Wesen, die lediglich bezüglich Bedürfnisbefriedigung zu lenken sind? Für welche Auffassung man sich entscheidet hängt von dem Menschenbild ab, das man für SchülerInnen, StudentInnen und Auszubildende annimmt.

Das Menschenbild der Autorin basiert auf dem Verständnis von Persönlichkeit, wie es der amerikanische Psychologe George A. Kelly (1905 bis 1966) darstellte. Demnach ist jeder Mensch als Wissenschaftler zu betrachten, der prinzipiell gemäß wissenschaftlicher Vorgehensweise handelt. Aus dem Ansatz, Menschen handeln wie Wissenschaftler, leitete Kelly zwei Schlussfolgerungen ab, die für diese Darstellung hohe Relevanz besitzen. Erstens orientieren sich Menschen auf die Zukunft, um künftige Ereignisse vorhersagen zu können und zweitens reagieren Menschen nicht nur auf ihre Umwelt, sondern sie verfügen über die Möglichkeit auf ihre Umwelt Einfluss zu nehmen, also zu agieren.

„Genauso wie Wissenschaftler alternative theoretische Formulierungen in bezug auf Phänomene entwickeln können, vermag es das Individuum, seine Umwelt zu interpretieren und zu reinterpretieren, zu konstruieren und zu rekonstruieren. Das Leben ist eine Repräsentation oder Konstruktion der Realität, und dies befähigt den Menschen, sich selbst zu formen und wieder neu zu formen“ (Kelly 1958, zitiert nach Pervin 1981, S.305).

Kellys Konzept auf den Vorgang des Lernens zu beziehen heißt, dort anzusetzen, wo Menschen ihre Umwelt neu konstruieren bzw. rekonstruieren. Lerninhalte müssen also so angelegt sein, dass Lernende neue Konstrukte über die Welt entwickeln, neue Erklärungsansätze für Phänomene herausbilden und plausible Antizipationen vornehmen können.

Der Lernprozess soll also dort wirksam werden, wo im Handlungsgeschehen die kognitive Kontrolle, einschließlich Bewertungsvorgänge stattfindet. Lernende benötigen solche Lerninhalte, die neue Gedanken zur Handlungszielerreichung ermöglichen und sie benötigen Lerninhalte, um den weiteren Handlungsverlauf reflektierend zu begleiten (vgl. Abb. 2).

Der inhaltliche, methodische und organisatorische Rahmen dieser Lernvorgänge soll in diesem Kapitel dargestellt werden.

3.2 Inhaltliche Bestimmungen und deren Begründungsrahmen

3.2.1 Curriculare Erläuterungen

Inhaltliche Bestimmungen eines organisierten Lehr- und Lernprozesses werden in so genannten „Curricula“ getroffen. Das Curriculum, abgeleitet vom lateinischen Verb „currere“ (zu Deutsch: laufen), in der Substantivform „Lauf“, „Bahn“ zu „Laufbahn“ verknüpft, meint eine Verbindung zwischen der Auswahl von Lehrinhalten, mit der Festlegung von Bildungszielen und der Bestimmung von Lehrmethoden. Eine erweiterte Auffassung von „Curriculum“ bezeichnet den „*Gesamtzusammenhang planbarer Faktoren, die systematischen Unterricht in Bildungsinstitutionen bestimmen*“ (Groothoff 1976, S.313). „*Demnach sind in Curricula solche Lebenssituationen zu beschreiben, zu deren Bewältigung die schulischen Bildungsprozesse befähigen sollen. Bedeutsam ist dabei, daß es sich nach Robinsohn nicht darum handeln kann, Individuen durch Bildung an gegenwärtig gesellschaftliche Bedingungen zu adaptieren, sondern Bildung hat den Auftrag, auch für die zukünftigen Anforderungen von Lebenssituationen zu qualifizieren*“ (RBS 2001, S.275).

Eng verknüpft mit dem Begriff „Curriculum“ sind die Begriffe „Methodik“ und „Didaktik“. Methodik ist die Bandbreite pädagogischer Verfahren, die im Unterricht zu erfolgreichem Lernen führen (nach Groothoff 1976, S.311). Didaktik, vom griechischen Verb „didàskein“ als „lehren“ übertragen, zeichnet sich durch recht unterschiedliche Sinngebungen aus. So gilt die Definition, die Didaktik als die Wissenschaft vom Lehren und Lernen beschreibt, als sehr allgemein, wobei sie in dieser Allgemeinheit auch die Methodenauswahl umfasst. Dem gegenüber steht die Auffassung von Didaktik, die die Theorie der Ziele und Inhalte des Lehrens und Lernens repräsentiert, wobei die Methodik

von den didaktischen Festlegungen abhängt, aber ein eigenständiges Fachgebiet bleibt (nach Groothoff 1976, S.312).

Arnold, Krämer-Stürzl & Siebert (1999) nähern sich dem Begriff „Didaktik“ mit einer weiter gefassten Definition: „*Didaktik ist prinzipiell die Vermittlung zwischen der Sachlogik des Inhalts und der Psychologik des/ der Lernenden. Zur Sachlogik gehört eine Kenntnis der Strukturen und Zusammenhänge der Thematik, zur Psychologik die Berücksichtigung der Lern- und Motivationsstrukturen der Adressaten/innen*“ (Arnold et al. 1999, S.78). Damit erfahren die inhaltlichen Bestimmungen eine Hervorhebung der Individualität der Lernenden. Lernende stellen keine Objekte, sondern Subjekte im Lernprozess dar. Diese Auffassung ist insbesondere für aktuelle Didaktikmodelle kennzeichnend, die sich für konstruktivistische Denkweisen öffnen. Eine Subjektorientierung wird die Beschäftigung mit so genannten Lernzielen kritisch hinterfragen, bezeichnet man Lernziele im Allgemeinen als exakte Beschreibung angestrebter Lernergebnisse (Arnold et al. 1999, S.79). Welche Ergebnisse ein Lernprozess erbringt, ist in diesem Sinne nur zum Teil von Lehrenden plan- und vermittelbar, stattdessen von der Situation des Lernens und dem Lernsubjekt abhängig.

Ein weiterer Begriff in diesem Zusammenhang ist der des Lehrplans.

„*Lehrpläne unterscheiden sich von Curricula dadurch, dass sie politische Setzungen oder Erlasse darstellen. Sie kodifizieren Bildungsvorstellungen und Lehrinhalte. ... Lehrpläne haben Rechtsstatus, in Deutschland meist als Verwaltungsvorschriften mit rechtsverbindlichen, aber auch mit rechtsfreien Anteilen*“ (Landenberger et al. 2005, S.222).

Auf die Darstellung der historischen Bezüge der Curriculumsentwicklung sei an dieser Stelle verzichtet und lediglich eine vereinfachende Aussage getroffen, dass nämlich curriculare Entscheidungen durch politische, soziale, ökonomische und wissenschaftliche Bedingungen einer Gesellschaft zu Stande kommen und damit gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung tragen und auch tragen sollen, um Aktualität zu bewahren.

Die gesetzgebenden Instanzen des deutschen Bildungswesens sind in Folge der föderalistischen Struktur, die Regierungen und Ministerien der einzelnen Bundesländer. Darüber hinaus existiert eine Gesetzgebung auf Bundesebene, die die Ausbildung in der Pflege einheitlich regeln soll. Für die Ausbildung zur

Altenpflegerin/ zum Altenpfleger ist das das Altenpflegegesetz (AltPfLG), das Rahmengesetz und Konkretisierungen sind an die Länderregierungen delegiert. Einzelheiten werden in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin/ des Altenpflegers (AltPfIAPrV, seit 1.8.2003) bestimmt. Ebenso existiert für die Krankenpflegeausbildung ein Bundesgesetz (KrPfLG) von 2003 (seit 2004 in Kraft), das durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Krankenpflege (KrPfIAPrV) ergänzt wird. Detailvereinbarungen werden auch hier an die Länder delegiert.

In Bayern hat in der Krankenpflege die „Lehrplanrichtlinie für die Berufsfachschulen für Kranken- /Gesundheitspflege“ seit 1.10.2005 Geltung. In NRW trat zum 1.1.2004 eine neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege in Kraft, die sich in dieser Konzeption explizit aus den Modellversuchen zur Pflegeausbildung in NRW (Oelke & Menke 2002; Müller & Koepe 2003), ableitete.

Allen aktuellen Verordnungen und Richtlinien liegt die von der Kultusministerkonferenz formulierte Lernfeldkonzeption zu Grunde, die die systematische Einteilung nach Fächern ablöst, zu Gunsten einer themenbezogenen Bearbeitung, die sich aus beruflichen Handlungssituationen herausbilden soll. Das Ziel der Ausbildung besteht im Erwerb einer umfassenden Handlungskompetenz.

Ertl- Schmuck (2003) unterteilt den Begriff „Lernfeld“ in seine beiden Wortbestandteile „Lernen“ und „Feld“. Sie deutet „Feld“ soziologisch, im Verständnis eines sozialen Feldes, des jeweiligen sozio- kulturellen Systems. Damit ist ein Lernfeld nicht im engeren Sinn auf die reine Aufgabenerfüllung im Berufshandeln bezogen, sondern im sozialen und gesellschaftlichen Kontext eingeordnet und umfasst die Vermittlung praktischen Könnens, ebenso wie die Vermittlung ethischen Handelns. Die grundlegenden Bildungsziele bestehen in der Entwicklung von Fach-, Selbst-, Sozial- und Methodenkompetenz (Ertl- Schmuck 2003, S.64). Lernfelder leiten sich aus erziehungs-, sozial- und fachwissenschaftlich legitimierten beruflichen Handlungsfeldern ab und münden auf der Unterrichtsebene in konkrete Lernsituationen.

Mehrere Begriffe werden in diesem Zusammenhang häufig verwendet und sollen an dieser Stelle voneinander abgegrenzt werden. Der Begriff „Lernfeld“ wurde 1996 erstmals in den Handreichungen für die Erarbeitung von

Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) verwendet und meint inhaltliche Gliederungen, „*die auf berufliche Tätigkeitsfelder bezogen und als thematische Einheiten an beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsabläufen orientiert sind*“ (KMK 2000, zitiert in Oelke & Menke 2002, S.107). Lernbereiche sind den Lernfeldern übergeordnet. Ein Lernbereich setzt sich aus mehreren Lernfeldern zusammen.

Ein weiterer Begriff ist der der Fächerintegration. „*Fächerintegration stellt die wechselseitige Beziehung zwischen den fachwissenschaftlichen Disziplinen her und eröffnet die Möglichkeit, Lerninhalte und Problemstellungen mehrperspektivisch darzulegen*“ (Menke & Rohleder 2003, S.151). Eine Lernfeldorientierung hat demnach im Allgemeinen eine Fächerintegration zur Voraussetzung.

Folgende Merkmale kennzeichnen Lernfelder:

- sie verfügen über Zielformulierungen (Kompetenzen), Inhalte und Zeitrichtwerte
- sie orientieren sich an beruflichen Aufgabenstellungen
- sie stehen im Erklärungszusammenhang zugehöriger Fachwissenschaften
- sie erhalten Handlungs- und Prozessorientierung und Ganzheitlichkeit

(nach www.kindergartenpaedagogik.de/762.html) [3.11.2003]

Beispielhaft soll aus den Lehrplanrichtlinien für Bayern für die Krankenpflege der Lernbereich „Grundlagen der Pflege“ (1. Schuljahr) herausgegriffen werden. Das erste Lernfeld wird als „Das Menschsein erfassen“ bezeichnet. Die Fachwissenschaften, die hierfür Geltung haben sind Pflegewissenschaft, Anatomie, Physik/ Chemie, Innere Medizin und Psychologie. Gemäß Lernfeldorientierung sollen dabei alle relevanten Wissenschaften diejenigen Inhalte zur Verfügung stellen, die das Lernfeld ausmacht. Diese Inhalte sollen von den beteiligten Dozenten/ Lehrern gemeinsam konzeptionell vorbereitet

und einzeln, handlungsorientiert unterrichtet werden. So gliedert sich die Ausbildung in fünf Lernbereiche: „Grundlagen der Pflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege in Theorie und Praxis“, „Berufskunde“, „Recht und Verwaltung“ und „Deutsch/ Kommunikation“. Jeder Bereich unterteilt sich in bis zu fünf Lernfelder, die in der beschriebenen Weise bearbeitet werden sollen.

3.2.2 Didaktische Konzeption von Klafki

Wolfgang Klafki (geb. 1927), Professor für Erziehungswissenschaften an der Universität Marburg, entwickelte in mehr als 40 Jahren Wissenschaftsarbeit das Konzept der „zeitgemäßen Allgemeinbildung und der kritisch- konstruktiven Didaktik“. Die bildungstheoretische Diskussion im Allgemeinen und innerhalb der Pflegeausbildung im Besonderen betont die Bedeutung neuer didaktischer Konzepte zur Bewältigung anstehender gesellschaftlicher Aufgaben. Dabei zählt Wolfgang Klafki zu den sehr häufig zitierten Didaktikern im deutschen Sprachraum, der sich mit dieser Thematik intensiv beschäftigt (vgl. Oelke 1998, Robert Bosch Stiftung 2001, Oelke & Menke 2002, Dornheim et al. 2003, Goerres et al. 2003, Wittneben 2003, 2007).

In seinem Allgemeinbildungskonzept stellt Klafki (1996) Bildung als Allgemeinbildung (körperliche, soziale, kognitive, ethische und ästhetische Bildung), Bildung für alle und Bildung als Konzentration auf die gegenwärtigen gesellschaftlichen Schlüsselprobleme (Frieden, Umwelt, Gleichberechtigung) in den Vordergrund. Dabei erteilt er dem herkömmlichen Leistungsbegriff eine deutliche Absage, ebenso dem früh einsetzenden Selektionsprinzip der Schulen.

Auch in berufsfachspezifischen Ausbildungen sollte, seiner Meinung nach, das Konzept der „Allgemeinbildung“ Relevanz erhalten, um einer verengten Blickrichtung auf rein berufstypische Bildungsinhalte entgegenzuwirken.

Die zentralen Elemente der „kritisch- konstruktiven Didaktik“ von Klafki (1996) sind:

- a. exemplarisches Lehren und Lernen
- b. Wissenschaftsorientierung des Unterrichts
- c. innere Differenzierung des Unterrichts
- d. Sinn und Unsinn des Leistungsbegriffs

Zu a) Lehrende sollen pädagogische Hilfen zum aktiven Lernen bereitstellen. Dies kann durch direktes Handeln erfolgen oder auch durch vermitteltes oder stellvertretendes Handeln (Medien, Symbole).

Zu b) Verschiedene Wissenschaftszweige werden dazu herangezogen altersgemäß, die gesellschaftlichen Schlüsselprobleme lösen zu helfen. Gleichzeitig soll durch eine Wissenschaftsorientierung in der gymnasialen Oberstufe eine propädeutische Vorbereitung erfolgen.

Zu c) Zwei Wege der Differenzierung werden vorgeschlagen. Einmal die Differenzierung der Methoden bei gleichen Zielen und Inhalten, um alle Schüler zu erreichen. Zum anderen eine Differenzierung der Inhalte und Ziele, jeweils in „Fundamentum“ und „Additum“. Differenzierungen im Unterricht fördern die Motivation, setzen aber Kenntnisse von verschiedenen Arbeitstechniken voraus.

Zu d) Klafki (1996) hält den herkömmlichen Leistungsbegriff für Unsinn und kritisiert besonders die dadurch provozierte Konkurrenzorientierung und Demotivation und die damit verbundene Behinderung individuellen Lernens. Dagegen fordert er eine prozessorientierte Leistungsbeurteilung, die Entwicklungstendenzen berücksichtigt und die statische Produktbetonung aufgibt.

3.2.3 Didaktische Überlegungen für die Pflegeausbildung

Regina Keuchel (2001) überträgt Überlegungen einer konstruktivistischen Didaktik auf die Pflegeausbildung. Die Grundlagen eines konstruktivistischen Lehr-/ Lernverständnisses bestehen in den Annahmen, dass Wirklichkeit ein menschliches Konstrukt ist, dass Lernen ein Produkt des situativen Kontextes ist und dass Lernen ein selbstgesteuerter Prozess sein sollte. Zudem wird in einem solchen Verständnis die Individualität der Lernenden betont.

Anleitend für die Pflegeausbildung sind Keuchels Kriterien (2001) für handlungsorientiertes und konstruktivistisches Lernen. Dazu gehört die realistische Problemstellung als Lerneinstieg, die Einbeziehung und Aktualisierung von Gefühlen und Vorerfahrungen, der interindividuelle

Austausch über Lerninhalte und die Bewertung nach individuellen Lernfortschritten.

Dabei fällt auf, dass Keuchels Forderungen und Klafkis Ansprüche deutliche Parallelen aufweisen:

- exemplarisches Lernen entspricht der realistischen Problemstellung als Lerneinstieg
- Kritik des herkömmlichen Leistungsbegriffs entspricht der Bewertung nach individuellen Lernfortschritten

Der „Deutungsmusteransatz“ von Schüßler (2000) versteht sich als theoretisches Grundlagenmodell, um Lernprozesse im Erwachsenenalter darzustellen, zu erklären und zu fördern. Didaktische Überlegungen beziehen sich dabei auf die konstruktivistische „Ermöglichungsdidaktik“ von Arnold (Arnold et al. 1999, Arnold 2007). Die Prinzipien der Ermöglichungsdidaktik sind:

- Situations- und Handlungsorientierung
- Selbstorganisation
- Kooperation

(nach Schüßler 2000, S.175).

Situations- und Handlungsorientierung ist ein Kennzeichen, das in vielen neueren didaktischen Ansätzen betont wird. Selbstorganisation erweist sich dagegen als neues, kaum beschriebenes Merkmal, was wohl damit zu tun hat, dass Selbstorganisation ein völlig verändertes Lehr-/ Lernverständnis voraussetzt, das sowohl die Rolle der Lehrenden, als auch deren Aufgaben neu definiert und damit nicht in den traditionellen Unterrichtsablauf integriert werden kann (Herold & Landherr 2003). Kooperation als didaktisches Prinzip kann ebenfalls kaum mit der Auffassung der Leistungserhebung der traditionellen Unterrichtsorganisation vereinbart werden.

Ähnlich wie bei Keuchel finden sich auch bei Schüßler deutliche Parallelen zu Klafkis Didaktikverständnis. Auch hier konstituiert sich Handlungsorientierung und ein veränderter Leistungsbegriff.

Der Deutungsmusteransatz von Schüßler bezieht sich explizit auf die Lernklientel der Erwachsenen und ist damit direkt auf die Pflegeausbildung übertragbar, denn dort lernen sowohl in der Erst- als auch in der Weiterbildung erwachsene SchülerInnen. Nicht selten schlagen auch Erwachsene im mittleren Lebensalter den Ausbildungsweg in die Pflege ein, oftmals in Form von Umschulungen oder als Zweitberuf.

Konstruktivistische Didaktiken bzw. konstruktivistische Lehr-/ Lernüberlegungen erfordern eine Abkehr von traditionellen Unterrichtsarrangements und der traditionellen Rolle der Lehrenden. Sie können als Reformansätze eingestuft werden, die den Vorteil mit sich bringen, durch entsprechende Schwerpunktsetzungen an Grundproblemen der traditionellen Pflegeausbildung anzusetzen. Dem großen Problemfeld des Theorie- Praxis- Transfers wird aktiv begegnet, indem Handlungsorientierung als zentrales Ausbildungsziel betrachtet wird.

Der Kritik, Pflegende zu „unreflektierten Erfüllungsgehilfen“ der Medizin (vgl. Darmann 2000) auszubilden, kann dabei mit dem Bildungsziel „Reflektiertheit“, das ein wesentliches Merkmal selbst organisierten Lernens darstellt, entgegen getreten werden

3.2.4 Kommunikative Handlungsfelder

Für die vergleichende Beschreibung, Bewertung und die Analyse von Inhalten der Kommunikationsausbildung lässt sich der Beitrag „Evaluation von Pflegecurricula“ von Bielefeld & Noska (2006) heranziehen. Bielefeld & Noska verfolgten das Ziel ein Evaluationsinstrument für Pflegecurricula zu entwickeln und konnten darüber hinaus einen Leitfaden für Curriculumüberarbeitungen ableiten. Diese zweite Anwendungsmöglichkeit nutzt die Autorin, um aus bestehenden Curricula für die Kommunikationsausbildung konkrete Inhalte zu analysieren.

Bielefeld & Noska beschreiben vier Phasen des Konstruktionsprozesses eines Curriculums.

1. Konstruktionsphase		
Formulierung des Begründungsrahmens; Festlegung von Leitzielen für den Beruf und von übergeordneten Bildungszielen		
2. Konstruktionsphase		
Analyse der beruflichen Handlungsfelder	Analyse der Lernvoraussetzungen	Analyse der wissenschaftlichen Disziplinen
3. Konstruktionsphase		
Curriculum: Festlegung von Lernzielen, Lerninhalten, Lernmethoden sowie begründete aufeinander aufbauende Lernsequenzen		
4. Konstruktionsphase		
Implementierung des Curriculums;	Evaluation formativ und/oder summativ;	Revision des Curriculums entsprechend der fortlaufenden Evaluationsergebnisse

Tab. 5: Konstruktionsphasen eines Curriculums nach Bielefeld & Noska 2006

Anhand dieser Phasen formuliert und begründet die Autorin, für den Bereich der Kommunikation und Gesprächsführung, übergeordnete Bildungsziele, analysiert

die beruflichen Handlungsfelder und leitet die von den Lerninhalten abhängigen Lehr-/ Lernmethoden ab.

1. Phase
Begründung und Festlegung übergeordneter Bildungsziele und Leitziele <u>Schlüsselqualifikationen:</u> fachliche, methodische, sozial- kommunikative und personale Kompetenzen; <u>Spezifizierung der sozial- kommunikativen Kompetenz:</u> Reflektiertheit, KSD, Deutungskompetenz
2. Phase
Analyse beruflicher Handlungsfelder Arten und Adressaten von Gesprächen in der Pflege
3. Phase
Festlegung von Lehr-/ Lernmethoden Szenisches Spiel; Praxisbegleitung; Assessment Center; Induktiv- deduktive Lernschleife

Tab. 5a: Übertragung des Konstruktionsprozesses eines Curriculums auf die Kommunikationsinhalte

Die Begründung und Festlegung übergeordneter Bildungsziele und Leitziele erfolgte im I. Teil, Kapitel 6. Die Analyse beruflicher Handlungsfelder erfolgt an dieser Stelle und die Festlegung von Lernmethoden in diesem Kapitel, auf den nächsten Seiten.

Die vierte Phase in dem Modell von Bielefeld & Noska (Implementierung, Evaluation, Revision) kann im Rahmen dieser Arbeit nur in Ansätzen vorgenommen werden¹.

Der von Bielefeld & Noska (2006) verwendete Begriff „Lernmethode“ wird zu dem Begriff „Lehr-/ Lernmethode“ erweitert, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass Lernen ein individueller, konstruktiver Prozess ist, der allerdings durch geeignete Arrangements angeregt und gelenkt werden kann.

Folgende Curricula, Richtlinien und Lehrpläne lagen der Analyse beruflicher Handlungsfelder zu Grunde:

- AltPflAPrV (1.8.2003) (KDA 2002, S.209-217)
- AltPflG (2003) (KDA 2002, S.201-208)
- KrPflG (2004) (Dielmann 2006)
- KrPflAPrV (2003) (Dielmann 2006)
- Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschulen für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in Bayern (1.10.2005)²
- MGSFF des Landes NRW. 2003a. Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung in NRW (Juni 2003) (in: www.mags.nrw.de)³
- MGSFF des Landes NRW. 2003. Richtlinien für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (November 2003) (in: www.mags.nrw.de)⁴

Diese Auswahl begründet sich einerseits aus dem Tätigkeitsgebiet der Autorin (Bayern) und andererseits aus der Einbeziehung der Ergebnisse der Modellversuche (von Oelke & Menke und von Müller & Koeppe) in die Verordnungen von NRW.

Die Absicht der Autorin besteht dabei nicht darin, verschiedene Curricula zu vergleichen und zu bewerten, sie besteht auch nicht darin ein Neues zu konstruieren, sondern sie besteht in der Überarbeitung und in der Konkretisierung von Inhalten zur Kommunikationsausbildung. Diese Nutzung ihres Evaluationsinstruments lassen Bielefeld & Noska (2006) ausdrücklich zu.

¹ Erster Versuch einer Evaluation im III.Teil

² Differenzierte Angabe im Literaturverzeichnis

³ Differenzierte Angabe im Literaturverzeichnis

⁴ Differenzierte Angabe im Literaturverzeichnis

„Eine systematische Tauglichkeitsprüfung (des Evaluationsinstrumentes) [Anmerkung der Autorin] steht also noch aus. Dennoch haben wir seit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 im Rahmen unserer beruflichen Tätigkeit als Pflegepädagogen vielfach mit unserem Instrument gearbeitet und großen Nutzen daraus gezogen, allerdings in einer Weise, die es eigentlich auf den Kopf stellt: Weil die Evaluationskriterien und die zugehörigen Erläuterungen verdeutlichen und begründen, wie ein der aktuellen Situation angemessenes Pflegecurriculum aussehen kann, haben wir es als Leitfaden für gesteuerte und begründbare Curriculumüberarbeitungen bzw. –neukonzeptionen genutzt, die mit dem neuen Gesetz nötig wurde und gefordert ist“ (Bielefeld & Noska 2006, S.591).

Die Analyse der beruflichen Handlungsfelder, im Bereich der Kommunikation, anhand der genannten Richtlinien, ergibt kommunikative Handlungsfelder bezüglich unterschiedlicher Gesprächspartner und bezüglich verschiedener Gesprächsarten.¹

Kommunikative Handlungsfelder bzgl. Gesprächspartner:

- Gespräche mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen
- Gespräche mit stark belasteten Pflegebedürftigen (multimorbide, schwerstkranke, verwirrte Menschen)
- Gespräche innerhalb der Berufsgruppe, mit Mitgliedern unterschiedlicher Hierarchiestufen
- Gespräche mit Mitgliedern anderer Berufsgruppen (interdisziplinäre Zusammenarbeit)

Kommunikative Handlungsfelder bzgl. Gesprächsarten:

- Gespräche in schwierigen sozialen Situationen (z.B. Konflikte)
- Beratungsgespräche
- Anleitungsgespräche
- Helfende Gespräche
- Alltagsgespräche

¹ Eine Herleitung der kommunikativen Handlungsfelder ist im Anhang E angefügt.

3.3 Methodisches Vorgehen

3.3.1 Merkmale guten Unterrichts

Einige kurze Vorbemerkungen, in Form von Merkmalen guten Unterrichts, die als Beispiel angeführt werden, wie die derzeitige pädagogisch-didaktische Diskussion ausgerichtet ist und welche Bedeutung dabei der Unterrichtsmethodik zukommt.

Hilbert Meyer, seit über 30 Jahren Professor für Schulpädagogik, beschäftigt sich mit Fragen zur Verbesserung von Unterricht.

„Alle Welt redet von der notwendigen Qualitätssicherung im Unterricht – aber niemand sagt genau, wie sie vonstatten gehen soll. Dabei sind wir seit knapp zehn Jahren nicht mehr auf bloße Mutmaßungen angewiesen. Die internationale und auch die deutschsprachige Unterrichtsforschung haben in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Wir können nun deutlich genauer als früher angeben, welche Merkmale von Unterrichtskultur das kognitiv-fachliche Lernen der Schülerinnen und Schüler fördern und umgekehrt, welche anderen Merkmale diese Lernprozesse stören. Auch für das soziale Lernen und den Aufbau von Methodenkompetenz gibt es erste Ergebnisse. Im Mittelpunkt dieses Buches steht deshalb der Versuch, anhand von zehn empirisch abgesicherten und in eine verständliche Sprache übersetzten Gütekriterien realistische Ansprüche an guten Unterricht auszuformulieren und daraus einige Ratschläge zur Unterrichtsgestaltung abzuleiten“ (Meyer 2005, S.7).

Für Meyer (2005) gehören 10 Merkmale zum guten Unterricht:

- klare Unterrichtsstrukturierung
- hohe Anteile an echter Lernzeit
- lernförderliches Klima
- inhaltliche Klarheit
- individuelle Förderung
- intelligentes Üben
- klare Leistungserwartungen und Rückmeldungen
- eine vorbereitete Umgebung
- sinnstiftende Kommunikation
- Methodenvielfalt

(nach Meyer 2005, S.17-18).

Sinnstiftende Kommunikation, in Form von Planungsbeteiligung der Schüler am Unterricht, Sinnkonferenzen und Feedbackkultur, erhöht die Lernmotivation, steigert die Interessensbildung der Schüler und provoziert Reflexionen zum Unterrichtsablauf. Methodenvielfalt, verstanden als individualisiertes Lernen, lebendiger Plenumsunterricht, Gruppenarbeiten und Projektarbeiten im Team, fördern die Methodenkompetenz der Schüler (Meyer 2005). Diese kurzen Bemerkungen über guten Unterricht betonen auf der einen Seite die Aktualität der Beschäftigung mit Unterrichtsqualität in einer allgemein erziehungswissenschaftlichen Form und rücken auf der anderen Seite Aspekte von gelungener Unterrichtsgestaltung ins Zentrum, die auch für die Pflegeausbildung von hoher Relevanz sind. Unterricht, der zu Methodenkompetenz und Reflexionsfähigkeit führt, entspricht auch den Erfordernissen einer qualitätsbezogenen Kommunikationsausbildung in den Pflegeberufen.

3.3.2 Szenisches Spiel

Für den Erwerb bzw. das Vertiefen von Reflektiertheit hält Kaiser (1992, S.186-188) solche Verfahren für Erfolg versprechend, die menschliches Handeln als argumentationszugänglich, als zielgerichtet und veränderbar annehmen. Diese Kriterien, Argumentationszugänglichkeit, Zielgerichtetetheit und Veränderbarkeit, sind die Basis der Methode des „Szenischen Spiels“ (Oelke, Ruwe & Scheller 2000, Scheller 2002).

Es geht darum bestimmte Handlungsmuster als Disposition zu betrachten, die in der Spielsituation gestoppt, wiederholt, diskutiert und verändert werden. Diskutieren heißt, Handlungsmuster argumentationszugänglich zu machen. Dabei wird festgelegt, welches Handlungsziel angestrebt werden soll (Zielgerichtetetheit). Daran schließt sich die Erarbeitung von alternativen Handlungsmustern an, die bezüglich der Angemessenheit der Zielerreichung erprobt werden (Veränderbarkeit). Jeder Teilnehmer hat Gelegenheit, seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und seine Erfahrungen einzubringen und auf ihre Tragfähigkeit zu prüfen, d.h. bezüglich der Möglichkeit zur Erreichung des Handlungsziels.

Das Prüfen und Abwägen von Handlungsmustern umfasst dabei das ganze Spektrum menschlichen Verhaltens und Erlebens, also Gefühle, Einstellungen,

Werthaltungen, Sinngebungen, Erfahrungen und Wissen, die in Handlungen zum Ausdruck gebracht werden können.

Reflektiertheit kann hierbei erworben oder vertieft werden, weil jeder Teilnehmer in aktiven Rollen oder als aktiver Beobachter, in die Prozesse des Abwägens, Entscheidens, Erprobens, Verwerfens oder Zustimmens eingebunden ist.

Viele Themen in der Kommunikationsausbildung bedürfen der Reflektiertheit und benötigen somit Verfahren, wie das Szenische Spiel.

Über Reflektiertheit hinaus liegt der Gewinn dieser Methode auch darin, durch die gemeinsame Diskussion über gespielte Handlungen, verschiedene Deutungen der sozialen Situationen zu erarbeiten, die als alternative Spielverläufe erprobt werden können. D.h., dass mit Deutungsfähigkeit eine weitere grundlegende Kommunikationsfähigkeit durch das Szenische Spiel gefördert und geübt wird.

Szenisches Spiel berührt auch KSD, als dritte Kommunikationskompetenz, indem im Spiel Ähnlichkeiten, Gemeinsamkeiten und Unterschiede einzelner Kommunikationssituationen herausgearbeitet werden.

Szenisches Spiel ist Arbeit an persönlichen Haltungen, ist Handeln in vorgestellten Situationen und ist zugleich Einfühlung und Reflexion. Oelke, Ruwe & Scheller (2000) formulieren das so: „*Bei der Einfühlung, bei der Darstellung und der szenischen Reflexion werden aktivierte, latente oder auch nur fantasierte Handlungssanteile und häufig auch die damit verbundenen Empfindungen bewusst. Sie prägen sich als Szene, Geste, oder als Handlungsmuster ein und können in analogen Alltagssituationen daran erinnern, dass auch andere als die gewohnten Verhaltensmuster möglich sind und beherrscht werden. Das Wissen davon und die im Spiel gemachten Erfahrungen erweitern das Selbst- und Verhaltensbewusstsein. Sie erleichtern das Verstehen und Anerkennen fremder Haltungen und Situationen. Sie können verhindern, dass eigene Verhaltensmöglichkeiten ignoriert, abgespalten, auf andere projiziert und an diesen bekämpft werden, und dafür sensibilisieren, dass und wo man selbst zum Gegenstand von Projektionen wird*“ (Oelke, Ruwe & Scheller 2000, S.40).

Szenisches Spiel ist als Unterrichtsmethode neu und fordert von Lehrenden und SpielleiterInnen zusätzliche Wissens- und Erfahrungsbestände, die es zu

erwerben gilt. Der Erfolg von Szenischem Spiel ist abhängig von der Qualifikation der Lehrenden, die sich in diesem jungen Gebiet eigene Ausbildungswege verschaffen müssen. Neben der Lehrerqualifikation sind noch weitere Rahmenbedingungen vorauszusetzen. Das betrifft vor allem das Zeitbudget und die Teilnehmerzahl.

Das Alter und die Vorbildung der Teilnehmer sind nach Auffassung von Scheller (2002) nicht entscheidend, wohl aber die Gruppengröße. Je nach Thema sollen so viele TeilnehmerInnen zugelassen sein, wie auch Rollen zu verteilen sind, wobei es prinzipiell auch BeobachterInnenrollen geben muss. In den meisten Fällen übersteigt die durchschnittliche Klassenstärke die geeignete Teilnehmerzahl, so dass Angebote für nicht teilnehmende Schüler gebraucht werden.

Scheller (2002) betrachtet den Zeitbedarfs als heiklen Aspekt: „*Als hinderlich für das szenische Spiel werden immer wieder die kleinen Zeiteinheiten genannt, die in vielen pädagogischen Institutionen, vor allem in der Schule die Regel sind: Die Begrenzung auf 45 bzw. 90 Minuten, das Inseldasein der wenigen Stunden im Zeittakt der Schule und der außerschulischen Lebenswelt. In der Tat beansprucht das Spiel mehr Zeit und lässt sich nur bis zu einer bestimmten Grenze in die Zeitökonomie der Schule zwängen*“ (Scheller 2002, S.205).

Neben den Vorzügen und dem möglichen Nutzen des Szenischen Spiels sind mit den LehrerInnenqualifikationen, der Teilnehmerzahl und dem Zeitbedarf auch seine Grenzen beschrieben.

Der Vorteil des Szenischen Spiels liegt in der Förderung der sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen der Auszubildenden. Genau diesen Vorzug nutzen Oelke & Ruwe (2007) bereits seit 2000 in ihren Seminaren „Reflexion der Berufsbiografie“. Sowohl im Studium der Pflegepädagogik und des Pflegemanagements, als auch in der Fortbildung von Pflegelehrenden gestalteten Oelke & Ruwe bisher eine Vielzahl von Seminaren zur berufsbiografischen Reflexion als szenische Lerneinheiten. Im Anschluss an die Seminare gaben Oelke & Ruwe den TeilnehmerInnen, mittels Reflexionsfragen zur persönlichen Weiterverarbeitung der Seminarinhalte, die Gelegenheit, Reflexionsfähigkeit als Haltung mit in den Berufsalltag zu nehmen.

Aus der Fülle der Darstellungen in der jahrelangen Arbeit zum Szenischen Spiel verdichteten sich typische Erlebensweisen von Pflegenden zu pflegerischen Archetypen. Dazu gehören das Erleben von Macht/ Ohnmacht und der Umgang mit Tod und Sterben. Solche archetypischen Erlebenserfahrungen bildeten die Grundlage für das praxisbezogene Lehrbuch „Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege“, von Oelke, Scheller & Ruwe (2000).

3.3.3 Theorie- Praxis- Transfer

Die Gesetze und Verordnungen für die Pflegeausbildung (AltPflAPrV, AltPflG und KrPflAPrV, KrPflG) betonen in besonderer Weise die Verbindung von theoretischer und praktischer Ausbildung. Konkrete Regelungen dazu werden allerdings an die einzelnen Länderbehörden delegiert, was den Anspruch eines bundesweit einheitlichen Ausbildungsstandards schmälert.

Die Defizite im Theorie- Praxis- Transfer und die darauf bezogenen Verordnungen und Gesetze regten zahlreiche Forschungen an. Nicht zuletzt der Modellversuch zur praktischen Ausbildung in NRW (Müller & Koeppe 2003, 2003a, 2004) ist in diesen Zusammenhang einzuordnen.

Dieser Modellversuch hat einen bemerkenswerten Gedanken zum Thema „Theorie- Praxis- Transfer“ hervorgebracht, nämlich den Gedanken der „Lernaufgaben“. Unter „Lernaufgaben“ werden Aufgabenstellungen verstanden, die dem erreichten theoretischen Ausbildungsstand entsprechen, sich auf die praktische Tätigkeit beziehen und als Arbeitsaufträge in der praktischen Ausbildungsphase zu bearbeiten sind.

„Darüber hinaus wurde aufgrund der hohen Bedeutung beschlossen, für jede Praxisphase eine Lernaufgabe zum Thema Pflegebeziehung zu erstellen. ... Die Aufgabe zum Thema Informationssammlung beispielsweise greift folgende Gesichtspunkte auf:

- *Sichtung schriftlicher Informationsquellen ... und Bewertung des jeweiligen Informationsgehaltes*
- *Gestaltung einer Gesprächssituation zur Informationsgewinnung*
- *Führen eines Gesprächs mit zu pflegenden Menschen/ Angehörigen/ Eltern zur Informationssammlung*
- *zusammenfassende Identifizierung geeigneter Informationsquellen für unterschiedliche Fragestellungen*

- *Vorbereitung und Durchführung eines Gesprächs, in dem Informationen an den zu pflegenden Menschen/ Angehörigen/ die Eltern weitergegeben werden“*

(Müller & Koeppe 2003, S.580).

Dieser Ansatz lässt sich für die Kommunikation sinnvoll nutzen.

Beispiele für Lernaufgaben in der Kommunikationsausbildung könnten sein:

- Informationsgespräche mit Bewohnern/ Patienten über deren Gesundheitszustand
- Anleitungsgespräche zur Verwendung benötigter Hilfsmittel (z.B. Blutzuckermessgerät)
- Beratungsgespräche mit Angehörigen über erkrankten/ pflegebedürftigen Bewohner/ Patienten
- Planungsgespräche im interdisziplinären Team
- Beziehungsgestaltung/ Gespräche mit Schwerstkranken
- Beziehungsgestaltung/ Gespräche mit verwirrten Menschen
- Konfliktgespräche (situationsgemäß, nicht bewusst herbeigeführt !)

Diese Beispiele verstehen sich als hierarchisch gegliedert bzgl. ihres Anspruchsniveaus und wurden von der Autorin abgeleitet.

Zusammen mit Roes und Goerres erarbeitete Keuchel (2003) Ansätze zur systematischen Förderung des Wissenstransfers zwischen den Lernorten. Auf vier verschiedenen Ebenen siedeln die ForscherInnen ihre Ansätze an:

- personelle Ebene z.B. Rollen und Aufgaben der Lehrenden/ Lernenden
 - strukturell- konzeptuelle Ebene z.B. Arbeitsaufgaben für die Praxis; Qualitätszirkel
 - didaktisch- methodische Ebene z.B. konstruktivistische Unterrichtsphilosophie
 - curriculare Ebene z.B. Handlungs- und Lernfelder

Keuchel, Roes & Goerres (2003)

Die Vorschläge der Autorin zum Theorie- Praxis- und Praxis- Theorie- Transfer sind demnach in die strukturell- konzeptionelle Ebene einzuordnen.

3.3.4 Praxis- Theorie- Transfer

Lernaufgaben als Brücke zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung zu begreifen, lässt einen Transfer in beide Richtungen denken. SchülerInnen nehmen Lernaufgaben aus der Schule mit in die Praxis (siehe Modellversuch), aber sie nehmen auch „Aufgabenstellungen“ aus der Praxis mit in die Schule. Die Transferrichtung von der Praxis in die Schule ist in der Weise bisher noch nicht erprobt, folgt aber der Logik einer intensiveren Verbindung der beiden Ausbildungsorte. SchülerInnen sind in jedem Praxiseinsatz einer bestimmten Station/ Bewohner- oder Patientengruppe zugewiesen, die sie zwar nicht ausschließlich, aber doch schwerpunktmäßig betreuen. Die Aufgabe besteht nun darin, über diese Personengruppe so genannte Kurzporträts zu erstellen.

Darin enthalten sind:

- biografische Daten (notfalls verfremdet)
- Art der Erkrankung bzw. Grund der Pflegebedürftigkeit bzw. Grund der Übersiedelung in die Einrichtung
- Informationen über bisher ermittelte Ressourcen (soziale, materielle, personale)
- Stichpunkte zum Kommunikationsverhalten (Inhalte und Bedarf an Gesprächen, Probleme und Störungen)

Diese Kurzporträts erfüllen zweierlei Funktionen:

Zum einen dienen sie als „Drehbuchvorlage“, um möglichst realitätsnah Kommunikationssituationen zu inszenieren. Diese werden als Übungen und Rollenspiele in den Unterricht integriert, um Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit zu vertiefen: Reflektiertheit, indem Handlungen gestoppt, Ziele überdacht und alternative Handlungsmuster entwickelt werden. KSD, indem Kriterien erarbeitet werden, wie eine bestimmte Kommunikationssituation einzuordnen ist (z.B. Schlüsselsätze, wie „Ich habe zu gar nichts mehr Lust“). Deutungsfähigkeit, indem im Plenum der Klasse verschiedene Erklärungsvorschläge für Verhaltenssequenzen diskutiert und erprobt werden. Die andere Funktion der Kurzporträts besteht in der gezielten Unterstützung bei gestörter oder problembehafteter Kommunikation. Die jeweilige Situation wird in

der Klasse erörtert und dabei wird zur Wahrnehmungsgenauigkeit angeleitet. Gemeinsam werden Störquellen analysiert und Vorschläge für Verbesserungen erarbeitet.

Die Auszubildende, die das Kurzporträts eingebracht hat, kann diesen Lösungsversuch in den nächsten Praxiseinsatz mitnehmen (häufig kehren Auszubildende mehrmals an den gleichen Praxisort zurück) und dort evaluieren. Sie kann diesen Lösungsprozess, im Sinne einer Metakognition, als Musterlösungsweg für künftige Problemstellungen generieren.

3.3.5 Praxisbegleitung

Die Thematisierung der Begriffe „Praxisanleitung“ und „Praxisbegleitung“ hat bereits die kritische Auseinandersetzung über die Bewertungs- und Zensierungsaufgabe einer bisher üblichen Praxisanleitung eröffnet. Zu dieser kritischen Auseinandersetzung beigetragen haben auch die Auffassungen von Klafki (1996) und Keuchel (2001), die den herkömmlichen Leistungsbegriff ablehnen. Eine weitere interessante Position zu diesem Themenbereich nimmt der finnische Schulforscher Erno Lehtinen (1994) ein. Anhand umfangreicher empirischer Forschungen an finnischen Schulen analysierte Lehtinen, dass im schulischen Bereich eine häufige Form des Lernens das „Kulissenlernen“ sei (Lehtinen 1994, S.148). Die Leistungsbeurteilungen in der Schule, die eine statische Auffassung von Begabung zu Grunde legt, verhindern nach Lehtinen tiefes Verstehen der Lerninhalte. „*Die dominante Rolle des Konkurrenzdenkens kann in manchen Fällen das Entstehen kooperativer Lernprozesse, die der Entwicklung des hochqualifizierten Denkens und Verstehens förderlich wäre, verhindern*“ (Lehtinen 1994, S.154).

Daraus, so Lehtinen, entwickelt sich Schülerverhalten, das im günstigen Fall als sachorientiert bezeichnet werden kann, aber häufig als sozial abhängigkeitsorientiert (bezogen auf den Lehrer) oder als stark Ich-orientiert gelten muss. Diese ungünstigen Orientierungen von Schülerverhalten verhindern tiefes Verstehen und werden in der Konkurrenzsituation des Unterrichts von Lehrern unbewusst, aber systematisch verstärkt (Lehtinen 1994). Lehtinen begründet seine negative Sicht der Schulsituation durch das tief verankerte Konkurrenzdenken mit Bewertung, Beurteilung und Rangplatzzuweisung.

Auf eine humorvolle Weise vertritt Meyer (2005) eine ebenso ablehnende Haltung gegenüber dem herkömmlichen Leistungsbegriff: „*Die PISA-Siegerländer beweisen, dass man mit sehr viel weniger förmlichen Leistungskontrollen (ohne Ziffernnoten und Zeugnisse) und ohne Sitzenbleiben zu deutlich besseren Leistungsergebnissen kommen kann als mit dem in Deutschland üblichen hohen Zensierungsniveau. Die alte Bauernregel, dass noch kein Schwein vom häufigen Wiegen fetter geworden ist, gilt auch für schulisches Lernen*“ (Meyer 2005, S.119).

Diese vielfältigen kritischen Einwände (Lehtinen 1994, Klafki 1996, Keuchel 2001, Meyer 2005) liefern umso eindringlicher Argumente dafür, in der Pflegeausbildung praktisches Lernen, ohne Bewertung, in Form der vorgeschlagenen Praxisbegleitung umzusetzen. Statt dessen sollen Bewertungen durch die PraxisbegleiterInn ausgeklammert werden, um tiefes Verstehen beim Lernen zu erreichen; es soll die Argumentationszugänglichkeit des kommunikativen Handelns genutzt werden; Hinweise über Einstellungen, Werthaltungen und Überzeugungen der Handelnden sollen gewonnen und alternative Formen des Handelns zur Zielerreichung vorgeschlagen und erprobt werden.

Praxisbegleitung in diesem Sinn ist die Teilnahme der Lehrenden am Praxisalltag der Auszubildenden. Lehrende besuchen die SchülerInnen regelmäßig in einem vereinbarten Zyklus, ohne einen Auftrag zur Beurteilung wahrzunehmen. Die Lehrende als PraxisbegleiterIn nimmt als teilnehmende BeobachterIn an der Alltagsroutine der Auszubildenden teil und beobachtet die Kommunikationssituation so genau wie möglich. Für den daran anschließenden Austausch zwischen Lehrender als PraxisbegleiterIn und Auszubildender gibt es verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten. Immer erfüllt dieser Austausch jedoch eine Deutungsfunktion.

Ein gedanklich nahe liegendes Verfahren diesen Weg von Praxisbegleitung zu gehen, wäre die „Interview- und Legetechnik zur Rekonstruktion kognitiver Handlungsstrukturen“ (ILKHA), von Dann & Barth (1995). ILKHA ist ein qualitatives Verfahren, das zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien von Personen über ihr eigenes Handeln dient.

„*Im einzelnen soll erfasst werden, welche Handlungen bzw. Handlungsschritte dem Akteur zur Verfügung stehen, welche Ziele er damit verfolgt, von welchen*

Entscheidungsbedingungen er die Handlungsschritte abhängig macht, welche Ergebnisse und Folgen seines Handelns er berücksichtigt und wie diese Konzepte kognitiv miteinander verknüpft sind“ (Dann & Barth 1995, S.33).

Dabei fasst Dann (1994) Subjektive Theorien als relativ stabile kognitive Strukturen auf, die durch Erfahrungen veränderbar sind, teilweise implizit wirken und ähnliche strukturelle Eigenschaften wie wissenschaftliche Theorien aufweisen (Dann 1994, S.163-182).

Der Zusammenhang zwischen dem Kommunikationserwerb in der Pflegeausbildung und dem ILKHA- Verfahren von Dann et al. besteht in der Annahme eines ähnlichen Handlungsmodells, das nach dem „was“ und dem „wie“ einer Handlung, nach dem „warum“, nach „den Folgen“ und nach Handlungsalternativen fragt. Dann (1994) fasst die Antworten auf diese Fragen als Subjektive Theorien einer Person zusammen. Das Vorgehen bei ILKHA ist ein direkt an die Handlungssituation anschließendes Interview und ein sofort stattfindendes oder zeitlich versetztes Strukturlegen. Es erfolgt nach einem vorgegebenen Regelwerk, um kognitive Relationen in Form von „wenn- dann“ Beziehungen grafisch sichtbar zu machen. Das Strukturlegen wiederholt sich mehrmals und ist dadurch korrigierbar und folgt dem Dialog zwischen Untersucher und Untersuchtem. ILKHA gehört zu den so genannten „Dialog-Konsens- Verfahren“.

In der angestrebten Form der Praxisbegleitung laufen durchaus ähnliche Schritte ab. Auf die Handlungssituation folgt ein Austausch („Interview“) zwischen PraxisbegleiterIn und SchülerIn, in dem das Handlungsmuster der SchülerIn analysiert werden soll, um gegebenenfalls Handlungsalternativen zu entwickeln. Auch hier könnte man von den Subjektiven Theorien der SchülerInnen sprechen, die es aufzudecken gilt. Im Anschluss daran erfolgt ein Abschlussgespräch zwischen PraxisbegleiterIn und Auszubildender.

Auf der anderen Seite lassen sich Argumente anführen, die einer Verknüpfung des ILKHA- Verfahrens mit der Praxisbegleitung widersprechen:

- ILKHA ist ein Verfahren, das sich sehr stark auf den pädagogischen Raum des klassischen Schulunterrichts bezieht (häufig untersuchte Thematik ist Aggression und Störung im Unterricht)

- ILKHA ist ein rein diagnostisches Instrument, das zunächst keine oder nicht steuerbare Prozesse zur Veränderung, d.h. zum Lernerfolg, in Gang setzt
- ILKHA ist ein Verfahren, das einen extrem hohen zeitlichen Aufwand erfordert.

Trotz dieser kritischen Einwände soll sich das Austauschgespräch der Praxisbegleitung an dem Interviewvorgehen von ILKHA orientieren.

„Das Vorgehen (Interview) [Anmerk. der Autorin] besteht darin, die während dieser Sequenz aufgetretenen Kognitionen, Emotionen und Motivationen des Akteurs (z.B. der Lehrkraft) möglichst vollständig zu erfragen und von nachträglichen Gedanken dazu abzugrenzen. Nach einer offenen Frage werden gezielte Fragen nach den Maßnahmen, deren Entscheidungsbedingungen, Intentionen und Ergebnissen bzw. Folgen gestellt. Anschließend wird eine Verallgemeinerung über die konkrete Situation hinaus auf Situationen dieses Typs insgesamt vorgenommen“ (Dann & Barth 1995. S.38).

Der daraus abgeleitete **Interviewleitfaden für die Praxisbegleitung¹**:

- I. Gemeinsame Rekonstruktion des Gesprächs in Stichpunkten.
- II. Befragung
 1. Mit welchen Gedanken und Gefühlen sind Sie in das Zimmer gekommen?
 2. War das heute anders als sonst?
 3. Aus welchem Grund haben Sie diese Gedanken und Gefühle?
 4. Mit welcher Absicht/ Ziel haben Sie diesen Kontakt begonnen?
 5. War das Verhalten der BewohnerIn typisch oder hat er/ sie sich heute anders verhalten?
 6. Wie wirkt dieses Verhalten auf Sie?
 7. Haben Sie darauf so reagiert wie Sie es meistens tun oder war es heute anders?
 8. Warum haben Sie sich entschlossen so zu handeln?
 9. Was beabsichtigen Sie?

¹ Musterbogen siehe Anhang D

10. Was glauben Sie denkt und fühlt die BewohnerIn dabei?

11. Mir ist aufgefallen, dass die BewohnerIn

sprachlich.....

mimisch

mit Gesten

mit Anspannung/ Entspannung

mit Abwehr/ Offenheit

mit Kooperation/ Verweigerung

mit Angst/ Freude

reagiert hat.

12. Wie haben Sie das wahrgenommen?

13. Haben Sie das schon öfter beobachtet?

14. Können Sie dieses Verhalten verstehen?

15. Können Sie dieses Verhalten nachfühlen?

16. Wie schätzen Sie diesen Kontakt ein? (gut
....mittel....schlecht)

17. Was trägt alles dazu bei, dass Gespräche mit dieser
BewohnerIn so verlaufen? (Informationssammlung)

18. Warum glauben Sie verhält sich die BewohnerIn so?

19. Welche Erklärungen können wir gemeinsam finden?

20. Welches Pflegeziel wollen Sie erreichen?

21. Was müsste sein/ nicht sein, um dieses Ziel zu
erreichen?

22. Was könnten Sie beitragen, um dieses Ziel zu erreichen?

23. Könnten Sie sich vorstellen den Kontakt einmal anders zu
versuchen? So wie wir uns das gemeinsam überlegen.

Dieser Interviewleitfaden repräsentiert die Grundgedanken der ILKHA von Dann & Barth (1995) und ebenso die von Schützendorf et al. (2004) geforderten Aspekte einer Praxisbegleitung (Schützendorf et al. 2004, S.87-94):

- Reflexion (Fragen 2, 4, 5, 7, 8, 9 des Interviewleitfadens –Ilf-),
- genaues Beobachten (Fragen 11, 12, 13 des Ilf),
- Verständnis (Fragen 10, 14, 15, 18, 19 des Ilf),
- Kompromissfähigkeit (Frage 10 des Ilf),
- Geragogisches Handeln (Fragen 21, 22, 23 des Ilf)

Dieser Interviewleitfaden entspricht auch den Vorgehensschritten zum Erwerb von Deutungskompetenz, die aus der Studie von Lantermann (1983) abgeleitet werden konnten.

- Es gibt ein vereinbartes Zeitbudget,
- sowohl Auszubildende als auch Praxisbegleiter verfügen über entsprechendes Fachwissen,
- Auszubildende und Praxisbegleiter besitzen Beurteilungs-, Bewertungs- und Begründungsfähigkeiten und Kreativität,
- sie befinden sich im direkten persönlichen Austausch¹

Im Verlauf des Interviews werden für das gemeinsam beobachtete BewohnerInnenhandeln Deutungen entwickelt (Fragen 10, 17, 18, 19 des Ilf) und bei Problemfällen daraus alternative Handlungsmuster für die Auszubildende erarbeitet (Fragen 21, 22, 23 des Ilf). Diese Alternativen sollen danach in der Realsituation evaluiert werden und bei Bedarf in ein weiteres Praxisbegleitungsgespräch münden. Neben Deutungskompetenz und Reflektiertheit wird dabei auch KSD geschärft, denn die gemeinsame Rekonstruktion des BewohnerInnengesprächs, verbunden mit der Reflexion der Absichten und Ziele (Fragen 4, 8, 9, 20 des Ilf), fördert die Unterscheidungsfähigkeit von Kommunikationsanlässen und –absichten.

Das an das Interview anschließende Gespräch kann als so genanntes Feedback- Gespräch bezeichnet werden und verfügt damit über die Möglichkeit als Lernen begriffen zu werden, indem Veränderungen von Handlungsmustern auf Grund einer argumentativen Bearbeitung erfolgen. Eine in dieser Weise

¹ Ausführliche Beschreibung im II.Teil, Kap. 1.3.3

durchgeführte Praxisbegleitung übersteigt die Funktion eines rein diagnostischen Instruments und lässt sich im weiteren Sinn als Beratung betrachten.

Mit diesem Interviewleitfaden legt die Autorin ein neues Verfahren zur Einschätzung von Kommunikationssituationen vor, das aber nicht bei einer Einschätzung stehen bleiben will, sondern gleichzeitig zur Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz beitragen möchte. Eine systematische Erprobung steht dabei zwar noch aus, aber bereits jetzt lässt sich sagen, dass es sich um ein ökonomisches Verfahren handelt, das den zeitlichen und personellen Rahmen der praktischen Ausbildung erweitert, aber nicht sprengt.

Für die Schulpraxis existiert bereits ein Verfahren zur Analyse von Kommunikationsprozessen im Unterricht, die „Pragmatisch-Dynamische Methodenkombination“ (PDMK) von Diegritz & Rosenbusch (1995). Eine sehr kurze Darstellung dieser Methode soll genügen, um zu begründen, dass ökonomische Gesichtspunkte den Ausschlag geben, dieses etablierte Verfahren zur Erforschung von Kommunikationsprozessen nicht für die Praxisbegleitung heranzuziehen. Die PDMK bezieht sich auf die eng begrenzte Situation des Unterrichtsraumes (bedingt durch umfangreiche technische Installationen) und ist zudem mit einem enormen technischen, personellen und zeitlichen Aufwand verbunden. Audiovisuelle Aufzeichnungen fest installierter Geräte und zugleich personengeführte Geräte, zusammen mit Protokollen, bilden dabei die Datengrundlage. Diese Daten werden nach bestimmten Vorschriften verschriftet und analysiert. Die Analyse umfasst die Erstellung von so genannten Interaktogrammen, der Erstellung von Profilen einzelner SchülerInnen und von Dialogsequenzen, sie umfasst eine qualitative Verlaufsanalyse und eine Sprechhandlungsklassifikation. Ein solch immenser Aufwand steht nicht im Verhältnis zum Nutzen für die praktische Pflegeausbildung, denn die neue Form der Praxisbegleitung soll sich als Ausbildungsroutine etablieren und nicht als singulärer Forschungsakt stecken bleiben.

3.3.6 Induktiv-deduktive Lernschleife

Keuchel (2001) verweist in ihrer Darstellung darauf, dass sich nicht nur die Pflegeberufe in einem Veränderungsprozess befinden, sondern dass viele

Berufsfelder von Veränderungen betroffen sind. Ihr erscheint es deshalb sinnvoll an Erfahrungen anderer Berufszweige zu partizipieren. Exemplarisch sei aus diesem Grund die „induktiv- deduktive Lernschleife“, ein didaktisches Modell von Uwe Schirmer, vorgestellt. Schirmer (1997, 2006) ist Professor für Personalmanagement und Mitarbeiterführung an der Berufsakademie in Lörrach (Baden Württemberg) und beschäftigt sich mit Maßnahmen zur Verbesserung der betrieblichen Ausbildung von Lehrlingen. Dabei analysiert er die Sozialisation der Auszubildenden im Betrieb und veranschaulicht dies als so genannte „organisationale Sozialisation“ (Schirmer 1997). Weiterhin stellt Schirmer eine Verbindung zu Motivationstheorien her und leitet daraus eine eigene Vorstellung des Zusammenhangs von betrieblicher Sozialisation und Lernmotivation ab. Die Formulierung erfolgt in dem so genannten „Integrations-Motivations- Modell“ (nach Schirmer 1997, S.87-98). Diese theoretischen Grundüberlegungen bezieht der Autor auf die konkreten betrieblichen Ausbildungsbedingungen und sucht nach Möglichkeiten der praktischen Umsetzbarkeit. Sein Plan ist es, über eine gelungene Sozialisation die Lernmotivation von Auszubildenden zu optimieren. Schirmer (1997) ermittelt als Kernpunkt der betrieblichen Sozialisation die pädagogisch- didaktische Arbeit der Ausbilder. Das didaktische Modell, das Schirmer (2006) in seiner umfangreichen Arbeit entwickelt, ist das der „induktiv- deduktiven Lernschleife“, das über die Vermittlung von Handlungskompetenz die organisationale Sozialisation optimiert und damit die Lernmotivation der Auszubildenden erhöht. Unter Handlungskompetenz versteht er, „*die Fähigkeit, auf der Grundlage subjektiv bewerteter, offener Situationsanforderungen, eigener Fähigkeiten und Kenntnisse sowie der vorherrschenden Kultur, allein oder im Zusammenwirken mit anderen ein zweckmäßiges Handlungsmuster zur Erreichung von Handlungszielen zu entwerfen, umzusetzen und zu kontrollieren*“ (Schirmer 2006, S.65).

Die „induktiv- deduktive Lernschleife“ beginnt mit der Darstellung eines einschlägigen Problems der beruflichen Praxis, das es zu lösen gilt. Dazu benötigen die Auszubildenden die Bereitstellung spezifischen Wissens und Kenntnisse und die Aktualisierung vorhandener Wissensstrukturen. Dieser Abschnitt zählt zu dem „induktiven“ Element der Lernschleife. Daran schließt sich das „deduktive“ Element an, das als Handlungsplanung bezeichnet wird

und über die Systematisierung des erworbenen Wissens und die genaue Formulierung der Zielvorgabe (Lösung des Anfangsproblems) Lösungswege ermitteln soll, um Probleme dieser und ähnlicher Art zu bewältigen. Dazu ist die Gliederung in Teilziele ebenso mit eingeschlossen, wie die Auswahl geeigneter Handlungsmuster, so genannter Aktionsprogramme. Lernende gelangen über den Erwerb systematischer Problemlösungsstrategien zur Lösung des Ausgangsproblems, womit sich die Lernschleife wieder schließt.

Schirmer (1997) sieht die Situation von Ausbildern in Betrieben sehr realistisch und weiß von deren Mangel an pädagogisch-didaktischer Qualifikation. Aus diesem Grund hat er ein Lehrkonzept zur Ausbilderqualifizierung ausgearbeitet, das er „problemorientiertes und projektarbeitendes Lernen“ (POPELE) nennt (nach Schirmer 1997, S.119-131).

Die Übertragung der „induktiv-deduktiven Lernschleife“ auf die Pflegeausbildung wäre ein Schritt der Partizipation an Erkenntnissen anderer Berufszweige, wie es Keuchel (2001) vorschlägt und ist zudem eng an dem Ausbildungsziel „Erwerb von Handlungskompetenz“ orientiert.

Beispiel: Konfliktgespräch

Induktives Element

Als Einstiegsproblem ein kurzer Dialog:

Stationsleitung zur Pflegekraft:

Sie teile ich nicht mehr im Frühdienst ein, sie arbeiten viel zu langsam. Anton und Elisabeth sind viel schneller.

Pflegekraft: (Dialog als Rollenspiel darstellbar)

Plenumsgespräch:

- persönliche Erfahrungen aktualisieren
- Problemanalyse (z.B. Machtkampf; jeder der Beteiligten will bei der Auseinandersetzung gewinnen, jeder will den anderen zum Verlierer machen; Vergleich wirkt Spannung steigernd; Beurteilung provoziert Selbstbehauptung)

Vermittlung von Kenntnissen:

- Modell zur Konfliktlösung ohne Verlierer (Gordon 1999)
- Modell zur Gewaltfreien Kommunikation (Rosenberg 2004)

Deduktives Element

Gruppenarbeiten:

- „Lösungskiste“ für Konfliktlösung ohne Verlierer, einschließlich Störfaktoren (Machtfrage, „Schubser“, Sprache)
- Gesprächsleitfaden für Konfliktgespräche

Induktiver Lösungsansatz

- Rollenspiel für Einstiegsproblem, mit alternativem Lösungsansatz

3.3.7 Zusammenfassung

Für den Erwerb von Kommunikationskompetenz wurden in diesem Kapitel insgesamt fünf Methoden vorgestellt: Szenisches Spiel, beide Richtungen des Theorie- Praxis- Transfers, Praxisbegleitung und die induktiv- deduktive Lernschleife. Für den Einsatz des Szenischen Spiels in der Pflegeausbildung stehen Vorlagen von Oelke, Scheller & Ruwe (2000) zur Verfügung.

Der Theorie- Praxis- Transfer und der Praxis- Theorie- Transfer wird sehr häufig in Verordnungen und Lehrplanrichtlinien gefordert (Lehrplanrichtlinien für Berufsfachschulen für Krankenpflege in Bayern), doch eine konsequente Umsetzung, vor allem auch in der Praxis- Theorie- Richtung, steht noch aus.

Die hier vorgeschlagene Praxisbegleitung ist eine neue Form der praktischen Ausbildung und so noch nicht erprobt. Die theoretische Einordnung dieser Form der Praxisbegleitung orientiert sich am theoretischen Konzept der Subjektiven Theorien von Dann & Barth und kann ebenso an dem Deutungsmusteransatz von Schüßler (2000) anknüpfen. Schüßler bezieht sich auf das theoretische Konstrukt „Mentaler Modelle“ von Peter Senge (1996 zitiert in Schüßler 2000, S.92-93), die als „tief verwurzelte Annahmen, Verallgemeinerungen oder auch Bilder und Symbole“ gelten und dadurch die Wahrnehmung und Handlungsweise von Menschen steuern. Möglichkeiten, diese Mentalen Modelle zu beeinflussen werden ebenfalls beschrieben. Schüßler (2000) bezeichnet sie als Reflexionsmöglichkeiten, um sich Mentale Modelle bewusst zu machen und gegebenenfalls zu verändern. Die vorgeschlagenen Methoden sind kognitionsbetont und erfordern ein hohes Maß an Erkenntnisarbeit und Eloquenz. Es handelt sich um drei Vorschläge:

- Abstraktionssprünge erkennen: Erkenntnis des Fehlers, dass einzelne Wahrnehmungen verallgemeinert werden und als Tatsachen behandelt werden

-
- linke Spalte mitdenken: in zwei Spalten werden unbefriedigende Interaktionssequenzen notiert, dabei wird die inhaltliche Beschreibung in der rechten Spalte notiert und unausgesprochene Gedanken, Gefühle und Empfindungen in der linken Spalte
 - verlautbare Theorien mit praktizierten Theorien vergleichen: Vergleich unserer verbalen Kommunikationsanteile mit unseren dahinter verborgenen theoretischen Vorstellungen.

Die beiden Ansätze, Subjektive Theorien, die eine Praxisbegleitung leiten und Mentale Modelle, die Deutungsmuster steuern, zeichnet eine deutliche Nähe aus. Unterschiede kommen erst bei dem Versuch der Nutzbarmachung für reflexives Lernen zum Ausdruck. Der Vorschlag der Autorin für eine so beschriebene Praxisbegleitung kann als ganzheitlich (Handeln, Denken, Empfinden) und organisatorisch leicht durchführbar gelten, während für die von Schüßler bezeichneten Reflexionsmöglichkeiten besondere Settings, mit erfahrenen LeiterInnen geschaffen werden müssen.

Die induktiv- deduktive Lernschleife ist ein konsequentes Weiterdenken der häufig formulierten Forderung nach Handlungsorientierung des Unterrichts und bedarf einer systematischen Übertragung auf die Pflegeausbildung.

Diese von der Autorin vorgeschlagenen Wege den Wissenstransfer zwischen den Lernorten Schule und Praxis zu fördern, lassen sich in das Strukturierungskonzept zum Wissenstransfer¹ von Keuchel et al. (2003) einordnen. Arbeitsaufgaben von der Theorie in die Praxis mitzunehmen und Praxisprobleme in der Schule zu bearbeiten, sind Ansätze auf der strukturell-konzeptionellen Ebene. Die vorgeschlagene Form der Praxisbegleitung reicht darüber hinaus in die didaktisch- methodische Ebene. Dabei ist Begleitung Ausdruck eines veränderten Rollenverständnisses und zugleich ein Beispiel für situiertes Lernen.

Die Förderung von Reflektiertheit und der Einsatz von Gesprächsleitfäden, wie der hier für die Praxisbegleitung vorgestellte, werden von Müller (2007), dem Mitautor des Modellversuchs zur praktischen Ausbildung in NRW, sehr hoch bewertet. „*Reflexive Prozesse stellen sich dabei als zentraler Motor des*

¹ Ausführlich beschrieben im II.Teil, Kap.3.3.3

Lernens und der Entwicklung von Kompetenzen dar. Das Lernen durch Reflexion sollte für die praktische Ausbildung stärker genutzt werden, weil es für die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz eine große Bedeutung hat. Lernaufgaben und Gesprächsleitfäden, die über gezielte Fragen das Nachdenken über das eigene Handeln einerseits und über das eigene Lernen andererseits auslösen, erweisen sich als geeignete Instrumente, um reflexive Prozesse in der praktischen Pflegeausbildung zu verankern“ (Müller 2007, S.149).

3.4 Organisatorische Voraussetzungen

Von den in diesem Kapitel ausgeführten inhaltlichen und methodischen Forderungen, die für eine qualifizierte Kommunikationsausbildung nötig sind, lassen sich folgende organisatorische Ansprüche ableiten:

- Für den Unterricht muss ein Lehrwerk zur Verfügung stehen, das die curriculare Lernfeldorientierung und die Ausrichtung der Ausbildung gemäß Schlüsselqualifikationen beinhaltet.
- Für die Unterrichtsmethode „Szenisches Spiel“ bedarf es der Weiterbildung der Lehrenden. Zudem muss der zeitliche Unterrichtsrahmen so beschaffen sein, dass Seminartage und/ oder zusammenhängender Projektunterricht stundenplantechnisch realisiert werden können.
- Für die Praxisbegleitung werden sowohl zeitliche als auch personelle Erweiterungen benötigt. Praxisbegleitung braucht die Akzeptanz der Schulleitungen und Aufsichtsbehörden, um Lehrende als BegleiterInnen in der praktischen Ausbildung einzusetzen. Zudem muss das Stundenkontingent entsprechend ergänzt werden. Je nach Qualifikationsvoraussetzungen müssen Lehrende als PraxisbegleiterInnen weitergebildet werden.

Vermutlich werden sehr schnell ökonomische Argumente gegen diese Ansprüche laut werden. Es ist zutreffend, dass Praxisbegleitung mehr Geld kosten wird. In Abwägung von Kosten und Nutzen sollte in die Wagschale des Nutzens jedoch die höhere Ausbildungsqualität mit ihren weitreichenden Konsequenzen gelegt werden. Hohe Ausbildungsqualität reduziert

Krankheitsausfälle auf Grund von Überforderung (z.B. Burnout) und sichert den Berufsverbleib, weil dadurch eine höhere Arbeitszufriedenheit entsteht.

„Häufigste Ursache für die Aufgabe des Altenpflegeberufs (Mehrfachnennungen waren möglich) waren aus Leitungssicht Überlastung der Mitarbeiter/ innen (stationär: ca. 75%; ambulant: ca. 66%), Krankheit (stationär: ca. 58%; ambulant: ca. 55%), familiäre Gründe (stationär: ca. 57%; ambulant: ca. 75%).

Neben der gezielten Bestimmung des bestehenden Qualifizierungsbedarfs (z.B. hinsichtlich des Umgangs mit Demenzkranken) ist die Anhebung der Qualität von Qualifizierungsmaßnahmen sowie deren Orientierung an aktuellen Anforderungen in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen der Pflege erforderlich, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter/ innen zu erhalten“ (Menke & Schnabel 2001, S.188).

Nicht zuletzt steigert eine hohe Ausbildungsqualität die Pflegeleistung und damit die Lebenszufriedenheit der Gepflegten.

Investitionen und finanzielle Vorteile werden zwar vermutlich nicht den gleichen Finanztopf treffen, doch können politische Entscheidungen für den nötigen Ausgleich sorgen.

4. Weiterbildungsaspekte

4.1 Einführung

Auf einem gedanklich ähnlichen Weg, wie beim Erwerb von Kommunikationskompetenz in der Erstausbildung, befindet man sich auch in der Weiterbildung. Theoretische und praktische Konzepte müssen verzahnt werden und der wichtigste Gedanke muss die Vertiefung von Schlüsselkompetenzen sein. Dies gilt umso mehr als die Erstausbildung mancher Pflegekräfte lange zurück liegt und sich die Anforderungen an Pflegeleistungen sehr verändert haben und im Begriff sind sich noch stärker zu wandeln. Demnach ist eine Anpassung der Pflegekompetenz an die tatsächlichen Pflegeanforderungen dringend geboten. Als besonders große Herausforderung gilt der Umgang mit verwirrten Menschen, deren Anteil in Pflegeeinrichtungen, aber auch in Krankenhäusern, stark zunimmt. Hierbei steht die Kommunikationskompetenz im Mittelpunkt.

„Die Flexibilisierung des so genannten Humankapitals ist ein bedeutender Grundsatz bei der Entwicklung von Qualifizierungsstrategien und der langfristigen Erhaltung des Mitarbeiterpotenzials. Deshalb gilt es, nicht nur die Ausbildung, sondern auch die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an den folgenden Qualitätskriterien und didaktischen Leitlinien zu orientieren“ (Menke & Schnabel 2001, S.189-190).

Mit Qualitätskriterien sind dabei Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemeint. Dabei sind Curricula, die Ausstattung der Lernorte und Lehrkräftequalifikation der Strukturqualität zugeordnet. Didaktische Leitlinien, Theorie- Praxis- Transfer gelten als Prozessqualität und Ergebnisqualität schließt das Erreichen eines formalen Abschlusses, den Erwerb von Schlüsselqualifikationen, die berufliche Verwertbarkeit und die Zufriedenheit mit der Ausbildung ein. Die didaktischen Leitlinien beziehen sich vor allem auf die Ausrichtung nach Schlüsselqualifikationen und die Handlungsorientierung.

Obwohl die begriffliche Differenzierung von Fort- und Weiterbildung kaum realisiert wird, weist die RBS auf die unterschiedliche Denotation hin. Mit Fortbildungen werden Bildungsveranstaltungen bezeichnet, die sich über einen kürzeren Zeitraum erstrecken und einen thematischen Schwerpunkt vermitteln, wie z.B. das praxisrelevante Konzept der Kinästhetik. Weiterbildungen sind

dagegen Bildungsmaßnahmen, die über einen längeren Zeitraum, z.T. Jahre, in Vollzeit oder berufsbegleitend, stattfinden und zu einer Höherqualifizierung führen. Dies häufig verbunden mit einer Zunahme des Verantwortungsbereiches und einer Höherdotierung. Weiterbildungen zur PraxisanleiterIn oder zur StationsleiterIn gelten dafür als Beispiele. Die Begriffe Fortbildung und Weiterbildung wurden im Berufsbildungsbericht 1999, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, zur einheitlichen Sprachregelung „Weiterbildung“ reduziert (nach RBS 2001, S.112).

Das Fehlen von erforderlichen Weiterqualifikationen wird in einigen Studien dokumentiert. In dem Modellversuch zur praktischen Pflegeausbildung von Müller & Koeppe (2003, 2003a) wird die teilweise sehr unterschiedliche und teilweise gänzlich fehlende berufspädagogische Qualifikation von PraxisanleiterInnen beklagt. Darmanns Studie (2000) kommt zu dem Ergebnis, „dass die pflegerische Kommunikation stark durch Machtstrukturen geprägt ist und dass die Bewältigungsformen der Pflegekräfte zum Teil eine differenzierte und angemessene Sicht auf diese realen Strukturen und Erfordernisse vermissen lassen“ (Darmann 2000, S.219).

Bei einer ersten Betrachtung des Weiterbildungsmarktes ist an einigen Stellen „Trostlosigkeit“ die zutreffende Beschreibung. Christiane Rohleder gelangte 1999 in einer qualitativen Befragung in Einrichtungen der Altenpflege zu diesem bedenklichen Ergebnis. „Nur in einem knappen Viertel der befragten Einrichtungen fanden sich gezielte Fort- und Weiterbildungsplanungen, in der Mehrheit war die Qualifizierungspraxis von Beliebigkeit gekennzeichnet. Etwa ein Viertel der Einrichtungen (n=23) praktizierte kaum oder gar keine Fort- oder Weiterbildung und in einem Drittel erfolgte die Qualifizierung vorrangig als Reaktion auf individuell geäußerte Qualifizierungswünsche, nach Lektüre des verbandseigenen Fortbildungsprogramms, als Reaktion auf ein kostengünstiges Fortbildungsangebot, bei akut auftretendem Bedarf oder weil man ja mal was machen könnte“ (Menke & Rohleder 2003, S.153).

Das Potenzial von Fort- und Weiterbildungen als Qualitätssteigerungsmaßnahmen bleibt in der Pflege in vielen Fällen ungenutzt, denn

- Weiterbildungen beschränken sich oftmals auf die Angebote, die der Träger der jeweiligen Einrichtung macht,

- die Auswahl der Teilnehmer an Weiterbildungen erfolgt oftmals unstrukturiert,
- ohne Qualitätsprüfung werden interne Fortbildungen aus Kosten- und Organisationsgründen bevorzugt,
- Lernerfolge bei Fortbildungen nach Dienstschluss sind fraglich,
- Lernerfolge bei Fortbildungen durch Vorgesetzte sind aus Gründen der beruflichen Abhängigkeit fraglich,
- eine Vielzahl von Fortbildungen ist zu theorielastig und es mangelt an Praxisbezug.

Weiterhin stimmt es nachdenklich, wenn Rohleder in ihrer Befragung ermittelt, dass knapp ein Viertel (22%) der Fortbildungen den Charakter von Werbeveranstaltungen aufweisen, bei denen Vertreter von Sanitätshäusern und Pflegehilfsmittelfirmen über ihre Produkte referieren (Menke & Rohleder 2003, S.159).

„Die bestehende Praxis ignoriert hier allerdings wesentliche Qualitätsmaßstäbe professioneller beruflicher Qualifizierung. Die gewählten räumlichen (in der Einrichtung) und organisatorischen (vor oder nach der Dienstzeit) Rahmenbedingungen sind aus der Sicht der Mitarbeiter/ innen z.B. eher lernhinderlich als lernförderlich: Die Mitarbeiter/ innen haben keinen Abstand zur Arbeit, sie sind z.T. müde von der geleisteten Schicht und Störungen sind vorprogrammiert. Auch erfolgen die in der Regel ein- bis dreistündigen Veranstaltungen unabhängig vom gewählten Themenschwerpunkt häufig in Vortragsform. Die Auseinandersetzung mit neuen Behandlungsformen, Krankheitsbildern, aber auch mit Tod und Sterben oder dem Umgang mit gerontopsychiatrischen Veränderungen zielt somit primär auf die kognitive Ebene. Eine Bearbeitung emotionaler Belastungen oder einer tiefer gehenden Reflexion des beruflichen Selbstverständnisses ist kaum möglich. Allein die zeitliche Begrenzung der Veranstaltungen führt dazu, dass didaktische Mindeststandards wie Teilnehmerorientierung, Erfahrungsorientierung, Handlungsorientierung, der Einsatz methodisch- didaktischer Hilfsmittel sowie die Durchführung praktischer Übungsphasen kaum umzusetzen sind. Möglichkeiten zur Überprüfung des Anwendungstransfers bleiben häufig ungenutzt“ (Menke & Rohleder 2003, S.160).

Diese als Überblick dienende Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Fort- und Weiterbildungspraxis für die Pflegeberufe verlangt regelrecht nach Verbesserungsmaßnahmen.

Menke & Rohleder (2003, S.154-163) erheben deshalb sechs Forderungen für eine qualifizierte Fort- und Weiterbildung:

- Ebene 1: Rahmenbedingungen der Qualifizierung (Etat, Betriebsvereinbarung)
- Ebene 2: Bedarfsermittlung (Unternehmensleitbild, Bewohnerbedürfnisse, Wünsche der MitarbeiterInnen, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse)
- Ebene 3: Festlegung der Lernziele und Zielgruppen (Schlüsselqualifikationen, Personal differenziert auswählen)
- Ebene 4: Bestimmung der geeigneten Maßnahmenformen (Managementseminare, Supervision, externe Fortbildungen u.ä.)
- Ebene 5: Auswahl der konkreten internen oder externen Fortbildungangebote (Werbeveranstaltungen von Pflegehilfsmittelfirmen sind davon ausgeschlossen)
- Ebene 6: Transfersicherung und Erfolgskontrolle (Mitarbeitergespräche, Übertragung neuer Aufgaben).

Die von den Autorinnen aufgestellten Forderungen können als Qualitätskriterien für Fort- und Weiterbildungen in der Pflege Geltung beanspruchen. Insgesamt fügt sich dieser Ansatz als ein Baustein zur Personalentwicklung, in ein Konzept der Ausbildungsneuordnung in den Pflegeberufen ein. Dabei geht es um Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung auf der Grundlage von Qualifizierung, stets mit der Ausrichtung auf die übergeordneten Bildungsziele, die Schlüsselqualifikationen.

Auf die derzeitige Lage in der Pflege bezogen könnten Weiterbildungsmaßnahmen, insbesondere auf die Kommunikation mit verwirrten Menschen und ihre Angehörigen, ausgerichtet sein. Methoden, die Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz fördern, empfehlen sich für die Fort- und Weiterbildung ebenso, wie für die Erstausbildung.

4.2 Weiterbildungsaspekte für Pflegekräfte

„Das Bewußtsein zur Weiterqualifikation hat sich indes in den Pflegeberufen erfreulich verbreitet. ... Der Fort- und Weiterbildungsmarkt hat sich aufgrund regional bedingter oder fachspezifischer Erfordernisse recht uneinheitlich entwickelt. Dies hat dazu geführt, daß Weiterbildungen heute selten direkt

miteinander vergleichbar und nur wenige Bildungsgänge innerhalb der Bundesländer „staatlich“ anerkannt sind“ (RBS 2001, S.116).

Die geeignete Auswahl der TeilnehmerInnen für Weiterbildungsmaßnahmen, verlangt von der Leitung der jeweiligen Einrichtung, genaue Kenntnisse über den Ausbildungs- und Leistungsstand (Ist- Wert) und die zu erbringende Pflegeleistung (Soll- Wert) der einzelnen Pflegekraft. Gibt es Abweichungen zwischen Ist- und Soll- Wert, bzw. gibt es individuelle Wünsche den Ist- Wert anzuheben, ist an Weiterbildung zu denken. „Bedarfsermittlung“ (Ebene 2), bezeichnen Menke & Rohleder (2003) in ihrem Forderungskatalog diesen Aspekt. Bezogen auf die Bedürfnisse der Gepflegten und auf das Leitbild der Einrichtung, sollen geeignete Maßnahmen für die Weiterbildung der Pflegekräfte, im Rahmen eines kurz-, mittel- und langfristig angelegten Personalentwicklungskonzeptes, ausgewählt werden.

Dabei gilt die Freiwilligkeit der Teilnahme als erfolgsteuernde Voraussetzung. Die organisatorischen Bedingungen einer Fortbildung sind dann günstig, wenn die Pflegekräfte für die Maßnahmen freigestellt werden, ein räumlicher Abstand zum Arbeitsplatz besteht und eine personelle Trennung von MitarbeiterInnen, Vorgesetzten und Lehrenden gewährleistet ist.

Bei der Auswahl der konkreten Angebote ist darauf zu achten, dass der Bezug und die Übertragbarkeit der neuen Inhalte auf die Berufspraxis gegeben sind. Fortbildungen, die mit dem Alltagstun der Pflegekraft nicht in Verbindung stehen, gelten als ungeeignet. Ebenso bedarf es didaktischer Methoden, die insbesondere bei der Kommunikationsweiterbildung den Theorie- Praxis- Transfer und die Förderung der Schlüsselqualifikationen in den Vordergrund stellen. Die Teilnehmerzahl (kleine Gruppen) und der zeitliche Rahmen (kein 45 Minuten- Takt) bestimmen den Lern- und Transfergewinn.

Wie auch bei der Erstausbildung, empfiehlt sich die Methode des „Szenischen Spiels“. Dafür spricht zu einen als wichtiges Argument der Praxisbezug und zum anderen die Gelegenheit im Sinn des Handlungsmodells, Reflektiertheit (vgl. Abb. 2) zu erwerben und zu vertiefen und dabei Kommunikations- situationen zu unterscheiden und alternative Deutungsvorschläge zu erproben. Bei möglichen Fortbildungsthemen wie, „Kommunikation mit verwirrten Menschen“, „Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden“ oder „Gewalt in

der Pflege“ ist Szenisches Spiel den herkömmlichen Methoden, den Fachvorträgen mit kognitionslastiger Ausrichtung, deutlich überlegen.

Auch in der Weiterbildung erscheint das Konzept der Praxisbegleitung gerade für die anspruchsvolle Thematik, „Umgang/ Kommunikation mit verwirrten Menschen“, sehr geeignet. Zudem würde eine Praxisbegleitung, wie weiter oben ausführlich beschrieben ist, eine Transfer- und Erfolgskontrolle sicherstellen. Ein Aspekt, den Menke & Rohleder (2003) als Ebene 6 in ihrem Forderungskatalog bezeichnen.

Praxisbegleitung könnte überprüfen, ob und wie das Gelernte im Berufsalltag eingesetzt wird und wo möglicherweise Defizite bestehen, die im Feedback-Gespräch identifiziert werden könnten. Die Wirkung von Feedback- Gesprächen als Lernfortschritt, könnte zusätzlichen Erfolg versprechen.

4.3 Weiterbildungsaspekte für Führungskräfte

Mit dem Anspruch einen möglichst hohen Theorie- Praxis- Transfer zu erreichen, bietet sich ein Unterrichtsexperiment an, das die unterschiedlichen Führungsstile, entlang der Dimensionen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung, repräsentiert. Ohne die TeilnehmerInnen vorher zu informieren, leitet die Lehrende des Weiterbildungskurses den Unterricht mit unterschiedlichen Schwerpunkten. In einer Unterrichtseinheit äußerst aufgabenorientiert, ohne die TeilnehmerInnen sonderlich zu beachten; in der nächsten Einheit äußerst teilnehmerorientiert, ohne die Aufgabenstellung zu steuern und in einer dritten Einheit, in der sie sich sowohl teilnehmer- als auch aufgabenorientiert verhält. Das Unterrichtsziel eines solchen Experiments besteht zum einen darin, Sensibilität für verschiedene Führungsstile zu entwickeln (inwieweit erleben die Weiterzubildenden die Unterschiede und bringen dies zum Ausdruck) und es besteht zum anderen darin, die Bedeutung eines Führungsstils der Kooperation und Teamentwicklung zulässt, zu erfassen. Das eigene Erleben verschiedener Führungsstile macht das Lernen nachhaltiger. Eigenes Handeln und Erleben fördern den Lernerfolg deutlich mehr, als Lernen durch rein kognitive Vermittlung.

„Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass eigenes Handeln besonders relevant für einen Lernerfolg ist. Demnach behält ein Mensch von dem, was er selbst ausführt rund 90 %, von dem was er gleichzeitig liest und

hört, jedoch nur 50% (Kowalczyk/ Ottich 1995). Darüber hinaus ist bekannt, dass theoretisch erworbenes Wissen nicht zwingend das eigene Handeln verändert (Sloane 2000)“ (Müller & Koeppen 2003, S.579).

Diese Einschätzung von Müller & Koeppen kann ebenso auf den Einsatz von Assessment Centern übertragen werden. Assessment Center simulieren den TeilnehmerInnen realitätsnahe Berufssituationen, wobei geschulte BeobachterInnen das jeweilige Handeln der TeilnehmerInnen nach festgelegten Kriterien bewerten und es am Ende in Form von Feedback- Gesprächen rückmelden. Die Indikation des Einsatzes von Assessment Centern und weiteren Personalentwicklungsverfahren¹, ist neben Personalauswahlentscheidungen ebenso die Kompetenzerfassung zum Zweck der Weiterentwicklung. Genau dieser letzte Aspekt lässt sich für Weiterbildungen in den Pflegeberufen nutzen. Kompetenzerfassung, mit der Absicht der Kompetenzerweiterung, gelingt in eigens dafür konstruierten Assessment Centern und sie gelingt mittels vorhandener Verfahren, wie sie von Erpenbeck & von Rosenstiel (2003) beschrieben sind.

Zunächst ein Überblick über die Möglichkeiten, die der Einsatz von Assessment Centern bietet.

Konkret könnte eine Fortbildung für Führungskräfte im Sinn eines Assessment Centers so aussehen, dass eine komplexe, realitätsnahe Arbeitssituation konstruiert wird, deren Zielvorstellung vorher definiert wird. Die TeilnehmerInnen durchlaufen diese Situation und werden dabei entsprechend eingeschätzt. Daran schließen sich so genannte Feedback- Gespräche an. Mit der Erfassung der Handlungsmuster einzelner TeilnehmerInnen (Stärken und Defizite) kann der jeweilige Lernbedarf (Vergleich mit Zielvorstellungen) ermittelt und durch geeignete Maßnahmen ausgeglichen werden. Zudem setzen Feedback- Gespräche Lernprozesse beim einzelnen Teilnehmer in Gang, so dass Feedback per se als Lernanstoß betrachtet werden kann.

Bezieht man nun diese Überlegungen auf das Beispiel einer Weiterbildung zur PraxisanleiterIn könnte die Formulierung der Aufgaben einer PraxisanleiterIn, wie es Heinemann- Knoch, Klünder & Knoch (2006, S.13) in ihren Handreichungen getan haben, als Konstruktionselement von Assessment Center- Szenen herangezogen werden. Aus den Aufgabenformulierungen

¹ Ausführlich beschrieben im II.Teil, Kap. 2.3

„Einführung in das Berufsfeld konkreter Pflegepraxis“ oder „Integration von theoretischer Ausbildung in die praktische Tätigkeit“ (Heinemann- Knoch et al. 2006, S.13), ließen sich realitätsnahe Arbeitssituationen entwerfen, die von BewerberInnen zur PraxisanleiterIn erfolgreich bewältigt werden müssten.

Ein besonderer Vorteil eines solchen Verfahrens liegt in der unmittelbaren Nähe theoretischen und praktischen Lernens. Assessment Center können Theorie und Praxis sehr effektiv verknüpfen und sollten daher vor anderen Verfahren den Vorzug erhalten.

Ein Aspekt, der bei diesem Vorgehen bedacht werden sollte, ist die Tatsache, dass dabei Bewertungs- und Beurteilungsmaßstäbe angelegt werden, die in einer Lernsituation zu emotionalen Belastungen und entsprechenden Folgen führen können. Doch der Anspruch, sich für eine Führungsposition zu qualifizieren erfordert von den TeilnehmerInnen eine höhere Belastungsfähigkeit, die durch dieses Verfahren eingeschätzt werden kann und sich somit legitimiert.

Die Idee Assessment Center mit der Messung von Kompetenzen in Zusammenhang zu bringen ist ein relativ neuer Forschungsansatz, der bislang überwiegend in Wirtschaftsunternehmen zur Anwendung kommt. Etablierte Verfahren zur Kompetenzmessung wurden bereits im II. Teil, Kap. 2.3 beschrieben und zwar das „Lernpotential Assessment Center“ (LP- AC) und das „Instrument for Competence Assessment“ (ICA). Ergänzend werden noch zwei weitere Instrumente genannt, die auf den ersten Blick eine Anwendung in den Pflegeberufen denkbar machen.

- **Kompetenzrad** von Prof. Dr. Klaus North (FH Wiesbaden), das die fachliche, methodische und soziale Ist- Kompetenz beschreibt und auch entsprechende Soll- Kompetenzen festlegt. Das Kompetenzrad ist eine Visualisierungsform einer qualitativen Selbsteinschätzung.
- **Beurteilungsbogen zu sozialen und methodischen Kompetenzen (smk99)** von Dr. Andreas Frey und Lars Balzer (Universität Koblenz-Landau). Der Beurteilungsbogen smk99 wurde zur Diagnose von sozialen und methodischen Kompetenzen für den Aus- und Weiterbildungssektor und für die Personalentwicklung angefertigt. Der smk99 dient als valides und reliables Diagnoseinstrument zur

Beurteilung unterschiedlicher Kompetenzdimensionen, sowie als Hilfsmittel zur Bestimmung eines Kompetenzentwicklungsbedarfs und zur gezielten Ableitung von Kompetenzweiterbildungsmaßnahmen. Zudem können Weiterbildungserfolge überprüft werden. Der Beurteilungsbogen ist auf der Basis der klassischen Testtheorie erstellt und erfasst Kompetenzen mehrdimensional über Selbstbeurteilung.

Gerade der Beurteilungsbogen smk99 weist in seiner Beschreibung auf den Nutzen für Weiterbildungen explizit hin. Sowohl Assessment Center, als auch Verfahren wie das LP- AC, das ICA, das Kompetenzrad und der Beurteilungsbogen smk99 finden im Wirtschaftsbereich gezielt Anwendung. Was noch fehlt ist eine Übertragung auf die Bedingungen in den Pflegeberufen. Die Vorschläge der Autorin für die Weiterbildung auch Assessment Center und vergleichbare Verfahren heranzuziehen, wäre ein in anderen Berufsfeldern erprobter, in den Pflegeberufen innovativer Versuch.

5. Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung

5.1 Einführung

Gesprächsführung und Kommunikation ist ein zentrales und umfangreiches Tätigkeitsfeld für Pflegende. Um sich für dieses Tätigkeitsfeld professionell zu qualifizieren, benötigen Pflegekräfte ein breites Grundlagenwissen über Kommunikationsmodelle und Kommunikationstheorien und über entsprechende Methoden und Techniken. Darüber hinaus benötigen Lernende ausreichende Übungsmöglichkeiten dieses Wissen praktisch anzuwenden und zu erproben. Hinzu kommt, dass Kommunikationsmethoden nicht als so genannte „skills“ aufzufassen sind, die es lediglich zu erwerben gilt (Brandenburg 2004a), sondern sie können nur im Zusammenhang mit einer ethisch reflektierten Grundhaltung zur Professionalität führen. Mit der ethisch reflektierten Grundhaltung ist ein weiterer Bestimmungsfaktor der Kommunikationsausbildung beschrieben.

Eine Festlegung der Ausbildungsinhalte für Kommunikation und Gesprächsführung konnte von der Autorin bereits vorgenommen werden. Als kommunikative Handlungsfelder wurden die unterschiedlichen Gesprächsarten und die Gespräche mit unterschiedlichen Partnern identifiziert¹. Dies erfolgte auf der Grundlage Schlüsselqualifikationen als allgemeine Bildungsziele zu betrachten und die sozial-kommunikative Kompetenz in Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit zu differenzieren. Dieses Vorgehen ist nicht unumstritten. Keuchel (2001) kritisiert, dass aus dem Konzept der Schlüsselqualifikationen bereits über 600 Kompetenzen abgeleitet wurden, ohne dabei dem Begriff „berufliche Handlungsfähigkeit“, auf den Schlüsselqualifikationen gerichtet sind, wirklich näher zu kommen (Keuchel 2001). „Auf der Grundlage der konstituierenden Dimensionen beruflicher Handlungskompetenz – nämlich: Fach-, Methoden-, Human- und Sozialkompetenz – besteht das Hauptproblem in der Festlegung gegenwarts- und zukunftsrelevanter Inhalte sowie in der Formulierung möglichst gehaltvoller Zielbestimmungen, ohne sich in einer – mit Blick auf die Bildungspraxis – unrealistischen Vielzahl inhaltlicher Nennungen zu verlieren“ (Keuchel 2001, S.167).

¹ Einzelheiten werden im II.Teil, Kap. 3.2.4 beschrieben.

Diesem von Keuchel vorgetragenen „Hauptproblem“ begegnet die Autorin, indem sie aus den kommunikativen Handlungsfeldern ein Handbuch entwickelt, das eine konkrete Zielbestimmung, mit Methodenanwendung und einer Inhaltsfestlegung verbindet. Dies entspricht dem Anliegen, eine fehldeutende Verwendung von Schlüsselqualifikationen als „inhaltsleere Worthülse“ (Oelke 1998, S.43) zu vermeiden.

Die Autorin bedient sich bei der Ableitung der Inhalte für die Kommunikationsausbildung der normativen Autorität von Curricula und Lehrplänen¹

Eine Systematik der identifizierten Inhalte und der Bezug zu den Teilbereichen der Kommunikationskompetenz, der Bezug zu den Schlüsselqualifikationen, zu den dabei zu erwerbenden Fähigkeiten und der Bezug zu dem Konzept von Ital & Knöferl (2001) wurde in Tabelle 6 (Systematik der Lerneinheiten für das Kommunikationshandbuch) erstellt.

Der Vorteil des Handbuchs liegt in seiner Konkretheit und seiner direkten praktischen Nutzbarkeit im Unterricht.

Die Schwierigkeiten, die die Umsetzung der Verordnungen, Curricula und Lehrpläne in konkrete Inhalte verursachen, liegen einerseits in der Breite der Interpretationsmöglichkeit und andererseits in den Unterschieden ihrer Ausführlichkeit begründet.

Dazu einige Beispiele:

AltPfIAPrV (2003)

- A. Theoretischer und praktischer Unterricht in der Altenpflege
 - 1. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege
 - 1.4 Anleiten, beraten und Gespräche führen (80 Std.)
 - Kommunikation und Gesprächsführung
 - Beratung und Anleitung alter Menschen
 - Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen
 - Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegefachkräfte sind
 - 4. Altenpflege als Beruf
 - 4.3 Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen (80Std.)

¹ AltPfIAPrV, AltPfIG, KrPfIAPrV, KrPfIG, Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschulen für Krankenpflege in Bayern, Richtlinien für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in NRW, Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung in NRW

- Berufstypische Konflikte und Befindlichkeiten
- Spannungen in der Pflegebeziehung
- Gewalt in der Pflege

(KDA 2002, S.215-217)

Lehrplan für BFS für Gesundheits- und Kinder- Krankenpflege (Bayern, 2005)

Grundlagen der Pflege

1. Schuljahr

Lernfeld 1: Das Menschsein erfassen

...

Die SchülerInnen verstehen den Menschen als soziales und geistiges Wesen und begründen seine Entwicklung und sein Verhalten. Sie berücksichtigen verschiedene Entwicklungsbereiche und die Sozialisation des Menschen und erkennen die Bedeutung unterschiedlicher Einflüsse auf die Persönlichkeit.

Lernfeld 3: Mit Menschen Beziehungen entwickeln

Die SchülerInnen entwickeln mit Menschen berufliche Beziehungen unter Berücksichtigung des Lebensalters und ethischer, sozialer und kultureller Aspekte.

Den SchülerInnen sind die Aspekte von Motivation und Macht innerhalb der Begegnung mit Menschen bewusst. Sie handeln hierbei in einem den Interaktionsprozess fördernden Sinn.

(Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in Bayern)

Auch die Ansätze Materialien für die konkrete Umsetzung bereit zu stellen, wie es beispielsweise in der AltPflAPrV versucht wird, bleiben der Kritik der nicht eindeutigen Interpretation und der mangelnden Handlungsorientierung ausgesetzt (KDA 2002).

Anders sieht das Curriculum von Oelke und Menke (2002) aus, das für den Modellversuch einer integrierten Pflegeausbildung in NRW entwickelt worden war. Dort werden in einer erfreulichen Konkretheit und Eindeutigkeit Unterrichtsinhalte formuliert, die trotzdem genügend Freiraum für die pädagogische und didaktische Gestaltung erlauben.¹

¹ Vergleich Anhang A

Als Beispiel dient der folgende Abschnitt:

- „Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten“ (8Std.)
 - Kritik- und Konfliktgespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten, beispielsweise anhand von SchülerInnen selbst erlebten Situationen und/ oder Übungen
 - Gefühle ansprechen (Enttäuschung, Wut, Angst)
 - Ich- Botschaften senden, konstruktives Feedback
 - Kritik empfangen und verarbeiten

Eine vertiefende Diskussion über die Verordnungs-, Curriculum- und Lehrplantexte führt an dieser Stelle zu weit. Deutlich werden soll an diesen Beispielen, welche Schwierigkeiten, für eine handlungsorientierte Unterrichtsgestaltung, die Umsetzungsversuche der Verordnungstexte hervorrufen. An dieser Stelle soll das Handbuch der Autorin eine klare und eindeutige Vorlage zu handlungsorientierter Unterrichtsgestaltung für den Bereich Kommunikation und Gesprächsführung liefern.

Eine weitere Begründung für die Erstellung eines Handbuchs für die Kommunikationsausbildung liegt im Mangel an Verfügbarkeit adäquater Lehr- und Lernwerke. Die in der Alten- und Krankenpflege in Bayern häufig eingesetzten Werke, Hornung & Lächler (9.Aufl., 2006), Willig & Kommerell (2.Aufl., 2002), Wirsing (5.Aufl., 2000), implizieren durch ihren Aufbau eine rein theoretische Wissensvermittlung, die auch durch angeführte Beispiele nicht an Praxisnähe gewinnen und die sich an einigen Stellen sogar durch Unvollständigkeit, Ungenauigkeit und Oberflächlichkeit auszeichnen¹. Sie bilden jeweils auch sehr unterschiedliche Wissensgebiete ab und das in sehr uneinheitlicher Weise². Zudem vernachlässigen diese Werke die Bestimmung übergeordneter Bildungsziele und beziehen sich nicht auf die gesetzliche Neuregelung der Alten- und Krankenpflegeausbildung und die damit verbundene Lernfeld- und Handlungsorientierung. Hier beweist das Handbuch der Autorin seine Stärke, da es sich explizit auf Schlüsselqualifikationen, als

¹ „Einer der bekanntesten Kommunikationstheoretiker, Paul Watzlawick, hat ein überraschend einfaches Kommunikationsmodell entwickelt. Es besteht im Wesentlichen aus zwei Axiomen (Grundsätzen): -Man kann nicht nicht kommunizieren. –Jede Nachricht hat eine Inhaltsebene und eine Beziehungsebene“ (Willig et al. 2002, S.226). Im Widerspruch dazu legt Paul Watzlawick ein differenzierteres Modell mit fünf Axiomen zu Grunde (Watzlawick et al. 1996).

² Eine Gegenüberstellung anhand der Inhaltsverzeichnisse zum Thema „Kommunikation“ findet sich im Anhang F

übergeordnete Bildungsziele, bezieht und eine Differenzierung der sozial-kommunikativen Kompetenz vornimmt.

Von diesen Lehr- und Lernwerken hebt sich der „Praxisnahe Leitfaden“ zur „Professionellen Kommunikation in Pflege und Management“ von Rogall, Josuks, Adam und Schleinitz (2005) in erfreulich präziser und anschaulicher Form ab. Entstanden ist dieses Werk aus der praktischen Tätigkeit in Fort- und Weiterbildung der AutorInnen. Dieser Entstehungszusammenhang prägt die Struktur und den Inhalt dieses Kommunikationslehrbuches und lässt stets die praktische Relevanz der dargestellten Inhalte spürbar werden. Es gliedert sich in drei Einheiten. „Zum einen geht es um die theoretischen Grundlagen (Teil I), zum anderen um die Kommunikation mit den zu Pflegenden und ihren Angehörigen (Teil II – IV) und zum dritten um die Kommunikation im Managementbereich (Teil V – VI)“ (Rogall et al. 2005, S.11).

Was diesem Werk allerdings fehlt ist der Bezug auf Schlüsselqualifikationen und deren methodisch- didaktischer Zusammenhang.

Damit legitimiert sich das Handbuch der Autorin aus den genannten Gründen und ist in der Lage eine Lücke im Ausbildungsfeld der Kommunikation in der Pflege zu schließen. Eine vertiefende Weiterarbeit an diesem Handbuch soll angestrebt werden.

5.2 Übersicht zum Handbuch „Kommunikation und Gesprächsführung“

Die folgende Tabelle enthält in der linken Spalte die Gliederung des Handbuches und in den folgenden drei Spalten die spezifischen Bezüge zu den Teilbereichen der Kommunikationskompetenz, den Schlüsselqualifikationen und den zu erwerbenden Fähigkeiten. In der rechten Spalte werden Parallelen zu dem Konzept von Ital & Knöferl hergestellt.

Gliederung	Teilbereiche der Kommunikationskompetenz	Schlüsselqualifikation	Zu erwerbende Fähigkeit	Bezug zu Ital & Knöferl
I. Einführung		Fachkompetenz	Fachwissen	Begründen, Bewerten, Kommunikation
1. Einteilung von Gesprächen				
	a) Nach Gesprächspartner			
	b) Nach Gesprächsinhalt			
2. Wozu Gesprächsführung im Unterricht?				

Gliederung	Teilbereiche der Kommunikationskompetenz	Schlüsselqualifikation	Zu erwerbende Fähigkeit	Bezug zu Ital & Knöferl
II. Grundlagen		Fachkompetenz		
1. Sender- Empfänger- Kanal- Modell				
2. Einstieg	Reflektiertheit			
3. Modelle				
4. Methoden/ Techniken/ Fähigkeiten	KSD	Methodenkompetenz, Fachkompetenz	Zuhören	
a) Beobachtung			Beobachten	
b) Zuhören ohne Stellung zu beziehen			Zuhören ohne Stellung zu beziehen	
c) Aktiv Zuhören			Aktiv Zuhören	
d) Biografiearbeit				
e) Non- verbale Kommunikation			Non- verbale Kommunikation	
f) Feedback geben und empfangen			Feedback geben	
g) Klare Aussagen treffen			Klare Aussagen	
5. Haltungen/ Werte	Reflektiertheit	Personale Kompetenz	Reflektiertheit	Verantwortung, Kommunikation

Gliederung	Teilbereiche der Kommunikationskompetenz	Schlüsselqualifikation	Zu erwerbende Fähigkeit	Bezug zu Ital & Knöferl
III. Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen	KSD, Deutungskompetenz Reflektiertheit	Sozialkompetenz	Empathie, zuhören, Feedback	Kreativität, Kooperation, Kommunikation, Problemlösen
1. Gespräche mit Kindern				
2. Gespräche mit Erwachsenen				
3. Gespräche mit alten Menschen				
IV. Gespräche mit stark belasteten Pflegebedürftigen	Reflektiertheit, Deutungskompetenz	Sozialkompetenz personale Kompetenz	Empathie, aktiv zuhören, non-verbale Deutung	Verantwortung, Kreativität, Kommunikation
1. Menschen mit Krankheiten/ Schmerzen				
2. Schwerkranke Menschen/ Gespräche über Sterben und Tod				
3. Gespräche mit verwirrten Menschen				

Gliederung	Teilbereiche der Kommunikationskompetenz	Schlüsselqualifikation	Zu erwerbende Fähigkeit	Bezug zu Ital & Knöferl
V. Gespräche innerhalb der Berufsgruppe und mit anderen Berufsgruppen	KSD, Reflektiertheit	Fachkompetenz, Soziakompetenz	Feedback	Selbstständigkeit, Kommunikation, Kooperation
1. Mit Menschen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen				
2. Mit Menschen anderer Berufsgruppen				
VI. Gespräche in schwierigen sozialen Situationen	Reflektiertheit, Deutungskompetenz	Sozialkompetenz Methodenkompetenz personale Kompetenz	Feedback, Ich-Botschaften, klare Aussagen	Verantwortung, Kooperation, Kommunikation
1. Bedeutung von Macht				
2. Konfliktlösung				
3. Übungen				
VII. Beraten	Päd. Kompetenz	Fachkompetenz, Soziakompetenz	klare Aussagen, Feedback	Denkfähigkeit, Kommunikation, Kreativität
VIII. Anleiten	Päd. Kompetenz	Fachkompetenz, Soziakompetenz	klare Aussagen, Feedback	Denkfähigkeit, Kommunikation, Kreativität.

Tab. 6: Systematik der Lerneinheiten für das Kommunikationshandbuch

5.3 Kurzzusammenfassung des Handbuchs

Das Handbuch richtet sich an Lehrende, die sich in der Pflegeausbildung mit Gesprächsführung und Kommunikation beschäftigen. Die Ausführungen gliedern sich gemäß der kommunikativen Handlungsfelder in der Pflege, in Abschnitte, die die verschiedenen Gesprächspartner bzw. -arten in den Mittelpunkt stellen (Kap. III bis VIII des Handbuchs). Die beiden ersten Kapitel dienen als Grundlagenkapitel.

Jedem Kapitel sind die angestrebten Unterrichtsziele vorangestellt und es werden Methodenvorschläge unterbreitet, diese Ziele zu erreichen.

Das wesentliche Ziel dieses Handbuchs ist neben der Vermittlung von Wissensinhalten, die Förderung von übergeordneten Kompetenzen (Schlüsselqualifikationen), insbesondere von Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit, auf einer reifen ethischen Grundlage. Darüber hinaus besteht die Absicht darin, aktuelle didaktische Erkenntnisse, wie eine Lernfeldorientierung, die Förderung der beruflichen Handlungskompetenz und konstruktivistische Lehr- Lerngestaltungen zu berücksichtigen.

Diese Ziele sollten um so mehr an Geltung gewinnen, als Erziehungswissenschaftler die einseitige Gestaltung von Lehrbüchern für das kontraproduktive „Kulissenlernen“ verantwortlich machen. Die Ausrichtung von Lehrbüchern als Instrumente reiner Wissensvermittlung wird hierbei als Argument angeführt. Beispielhaft vertritt der finnische Erziehungswissenschaftler Lehtinen (1994) diese Auffassung und belegt sie an der Schulbuchgestaltung für den Primarbereich. „*Den Lehrplänen und Schulbüchern liegt eine Auffassung von Wissen zugrunde, die man als anatomisch und statisch bezeichnen kann. ... Wissen als Ansammlung statischer Elemente, die man im Gedächtnis speichern kann, unabhängig davon, was man von der Sache vorher schon weiß*“ (Lehtinen 1994, S.155).

Dieser Kritik will das hier vorgelegte Handbuch für die Kommunikationsausbildung in der Pflege entgegen treten.

Allerdings bleibt einschränkend anzumerken, dass eine fachübergreifende Bearbeitung und die Zusammenarbeit mit anderen FachvertreterInnen noch nicht stattgefunden haben.

Lernen gemäß diesem Handbuch soll sowohl selbstorganisiertes als auch handlungsorientiertes Lernen sein, bei dem die Lehrende Lernprozesse anleitet, moderiert und gegebenenfalls Inhalte ergänzt. Realisiert wird diese Form des Lernens, indem die SchülerInnen Situationen ihrer bisherigen beruflichen Erfahrung als Rollenspiele vorbereiten, passend zur jeweiligen Unterrichtseinheit. Diese Rollenspiele bieten die Grundlage, um darin enthaltene Gesprächsführungstechniken zu identifizieren und zu analysieren, alternative Techniken zu erproben und die Wirkung auf die Protagonisten darzustellen und dabei ethische Implikationen zu reflektieren. Das Spiel bietet außerdem die Möglichkeit, verschiedene Gesprächsverläufe zu demonstrieren und gegeneinander abzuwägen.

Wichtige Kommunikationstheoretiker und deren Modelle werden von den SchülerInnen zu Beginn des Kommunikationsunterrichts als Gruppenarbeiten präsentiert.

Der derzeitige Stand des Handbuchs befindet sich im Anhang G.

6. Zusammenfassung

Der Argumentationsweg der Autorin verlief bisher über die Darstellung der defizitären Kommunikationskompetenz von Pflegenden, über die Einordnung von Pflege in demografische, rechtliche und anderweitige Zusammenhänge, als Belege für Veränderungen an Pflegeanforderungen und der Argumentationsweg führte schließlich über Ansätze, denen das Bemühen zu Grunde liegt, Kommunikationsdefizite zu verringern. Einige Qualitätsmanagementverfahren und verschiedene pflegewissenschaftliche und pflegedidaktische Ansätze wurden vorgestellt, um letztlich das Konzept der Schlüsselqualifikationen als allgemeines Bildungsziel zu begründen. Auf dieser Grundlage galt es ein eigenes Konzept zur Kommunikationsausbildung zu entwerfen, das einerseits den unterschiedlichen Ansprüchen gerecht wird und andererseits dazu beiträgt das Defizit an Kommunikationskompetenz auszugleichen. Dazu konnte die Autorin eine Reihe von Vorschlägen entwickeln, bis hin zur Erarbeitung eines Handbuchs zur Kommunikationsausbildung.

Prinzipiell regte die Autorin an, Neuansätze auch jenseits des Berufsfeldes der Pflege zu suchen, denn Erkenntnisse aus anderen Berufsfeldern können wichtige und interessante Impulse auch für die Pflege liefern (vgl. Dumpert et al. 2003; Schirmer 1997, 2006).

Ein Verfahren der Unternehmensberatung, das Assessment Center, kann für die Pflegeausbildung gezielt adaptiert werden. Im Bereich der Bewerberauswahl findet es vereinzelt schon Anwendung und erscheint auch für innovative Weiterbildungsarrangements nutzbar zu sein.

Einige, ohne besonderen Aufwand zu realisierende Ideen zum Theorie- Praxis- und Praxis- Theorie- Transfer konnten entwickelt werden. Darüber hinaus erweist sich die Verknüpfung von neueren und bereits etablierten allgemein didaktischen und pflegedidaktischen Vorstellungen mit neuen Ansätzen der Kommunikationsausbildung als Erfolg versprechend (Ertl- Schmuck 2003, 2000; Keuchel 2001; Roes 2001; Schüßler 2000; Wittneben 2003; Klafki 1996). Dabei spielen die Kommunikationselemente Reflektiertheit und Deutungsfähigkeit eine stark vermittelnde Rolle.

Eine konstruktive Praxisbegleitung durch die Schule, wie sie das neue KrPfIG andeutet, wird von der Autorin ausführlich beschrieben, begründet und eingeordnet.¹

Besonders betont wurde der Ansatz des Szenischen Spiels, das dem Anspruch nach reflektierter Ausbildung gerecht werden kann und von der Autorin in verschiedene Anwendungszusammenhänge gestellt wurde. Reflektiertheit als Bildungsziel der Kommunikationskompetenz kommt auch deshalb eine ganz besondere Bedeutung zu, da dadurch ethische Grundhaltungen wahrnehmbar, vertiefbar oder auch veränderbar gemacht werden können.

Das Handbuch schließlich vereint mehrere Ansprüche miteinander, neben didaktisch- methodischen und bildungstheoretischen auch den Anspruch ein Baustein für eine nicht- differenzierende (integrierte) Pflegeausbildung zu sein. Das Handbuch unterscheidet nicht zwischen den einzelnen Pflegerichtungen (Alten-, Kinder- oder Krankenpflege), kann aber durch entsprechende Akzentuierungen eine bestimmte Pflegegruppe hervorheben.

Die Realisierbarkeit aller Vorschläge ist möglich, da dazu keine prinzipiellen Strukturveränderungen vorausgesetzt werden müssen. PraxisbegleiterInnen weiterzubilden, Weiterbildungen im Szenischen Spiel zu ermöglichen und die Einarbeitung in neue Unterrichtsarrangements erweisen sich als realisierbare Vorschläge, die möglicherweise Investitionen erfordern, die sich aber auch rentieren können, denkt man an den Berufsverbleib von Pflegekräften und an Qualitätsbewertungen von Pflegeeinrichtungen, als Voraussetzung für deren Ruf. Zudem ist davon eine Steigerung der Zufriedenheit von Pflegenden und Gepflegten zu erwarten.

Ein weiterer Aspekt, der in einer zusammenfassenden Betrachtung bedacht werden muss, ist eine Qualitätseinschätzung. Ausgehend von der Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Menke & Schnabel 2001), lassen sich die Vorschläge der Autorin den einzelnen Teilbereichen zuordnen. Weiterbildungen für Szenisches Spiel und für die vorgeschlagene Praxisbegleitung berühren die Strukturqualität, während didaktisch- methodische Vorschläge (inklusive des Handbuchs) und Ideen zum Theorie- Praxis- Transfer der Prozessqualität zuzuweisen sind. Zentral in dieser Arbeit ist allerdings der Bezug zur Ergebnisqualität, mit der Zufriedenheit der

¹ Interviewleitfaden im Anhang D

SchülerInnen/ LehrerInnen, dem Erwerb von Schlüsselqualifikationen und der beruflichen Verwertbarkeit (vgl. berufliche Handlungskompetenz). Eine differenzierte Qualitätsanalyse für die Vorschläge der Autorin steht noch aus. Ein erster Versuch zur Evaluation des Handbuchs wird im dritten Teil dieser Arbeit beschrieben. Die Kommunikationsausbildung gemäß Handbuch wurde an einer Krankenpflegeschule in zwei Klassen durchgeführt und im Anschluss fand darüber eine schriftliche Exploration der TeilnehmerInnen statt.¹

¹ Einzelheiten im III. Teil, Kap. 3 bis 6

III. Teil: Versuch einer ersten Evaluation

1. Forschungsmethodische Vorüberlegungen

Evaluation als „die systematische Sammlung und ANALYSE von nicht routinemäßig verfügbaren Informationen über verschiedene Aspekte eines gegebenen Studienobjekts (wie z.B. eines spezifischen PROJEKTS, PROGRAMMS, einer Intervention usw.), um seine kritische Beurteilung zu ermöglichen“ (proeval 2007, S.5. Hervorh. im Original), wird hier eingesetzt, um die Auswirkungen der Kommunikationsausbildung, so wie sie im Handbuch beschrieben und in der Praxis durchgeführt wurde, zu bewerten. Evaluationsforschung sieht die systematische Anwendung von empirischen Forschungsmethoden vor (nach Bortz & Döring 2002, S.102). Einschränkungen der forschungsmethodischen Ansprüche gestehen Bortz & Döring der Evaluationsforschung insofern zu, als Evaluationsforschung meist von einem Auftraggeber initiiert wird, für den die Ergebnisse mit konkreten Handlungskonsequenzen verbunden sind. Nimmt man zum Beispiel die Evaluation einer Kampagne zur Aufklärung über bestimmte Gesundheitsrisiken: Sie würde als Ergebnis entweder zur Fortsetzung oder zum Abbruch der Kampagne führen (nach Bortz & Döring 2002, S.102). Evaluationsforschung liefert in diesem Sinn Entscheidungsgrundlagen, ob die evaluierten Projekte, Programme oder Interventionen die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt haben. Ein Evaluator muss also in der Lage sein, wissenschaftlich seriös zu arbeiten und zugleich seine Ergebnisse klar formuliert für einen eher fachunkundigen Auftraggeber aufzubereiten, damit sie diesem als Entscheidungshilfe dienen können. Damit ist Evaluationsforschung in einer anderen Situation als Grundlagenforschung. Dies bezieht sich insbesondere auf den Fall, dass die Ergebnisse nicht völlig eindeutig ausfallen. Evaluationsforschung würde ihr Ziel verfehlen, wenn sie die Ergebnisse so vorsichtig formuliert, dass keine klare Entscheidungshilfe entnommen werden kann (nach Bortz & Döring 2002). „Hierzu gehört, daß aus wissenschaftlicher Perspektive gebotene Zweifel an der Eindeutigkeit der Ergebnisse nicht überbetont werden müssen; solange eine Evaluationsstudie keine offensichtlichen Mängel aufweist, sollte sie eine klare Entscheidung nahe legen“ (Bortz & Döring 2002, S.103).

Als theoretischer Anspruch wird zwar die Trennung von Intervention (z.B. Entwicklung und Anwendung von Maßnahmen) und deren Evaluation

aufrechterhalten, aber „*in der Praxis ist die Grenze zwischen Interventions- und Evaluationsforschung selten so präzise markiert, wie es hier erscheinen mag*“ (Bortz & Döring 2002, S.107). Deshalb wurde der Begriff „Selbstevaluation“ geprägt, der „*eine EVALUATION durch Personen/ Teams, die das evaluierte PROJEKT/ PROGRAMM selber durchführen und/ oder für dieses verantwortlich sind*“ (proeval 2007, S.15. Hervorh. im Original), beschreibt.

Empirische Forschung, als linearer Forschungsprozess, beginnt mit einer aus der Theorie abgeleiteten Hypothesenformulierung, deren Operationalisierung, Stichprobenauswahl, Erhebung, Auswertung und Überprüfung. Dabei bilden Objektivität, Reliabilität und Validität die klassischen Gütekriterien. Theorie und Methodik besitzen gegenüber dem Forschungsgegenstand Priorität. Das Ziel ist die begründete Beurteilung allgemeiner Zusammenhänge (nach Flick 2007, S.123). Demgegenüber existiert ein weiterer empirischer Forschungsansatz, nämlich der eines zirkulären Forschungsprozesses. Dieser prüft keine zu Beginn festgeschriebenen Hypothesen, sondern konstruiert im Verlauf von Datenerhebung, einer ersten Auswertung und der Ableitung von Schlussfolgerungen für weitere Datenerhebungen, eine Theorie und identifiziert erst im Forschungsverlauf relevante Hypothesen. Dieser Forschungsansatz räumt dem Forschungsgegenstand Priorität ein. Der Forschungsprozess wird zirkulär weitergeführt, um zu erforschende Sachverhalte zunehmend konkreter und detaillierter beschreiben, erklären und für praktische Implikationen begründen zu können (nach Flick 2007, S.124-127).

„*Jedoch liegt gerade in dieser Zirkularität eine Stärke des Ansatzes, da sie – zumindest, wenn sie konsequent angewendet wird – zu einer permanenten Reflexion des gesamten Forschungsvorgehens und seiner Teilschritte im Licht der anderen Schritte zwingt*“ (Flick 2007, S.126).

Damit ist die Unterscheidung zwischen qualitativer, nämlich zirkulärer und quantitativer, nämlich linearer Forschung und bzgl. qualitativer und quantitativer Evaluationsforschung getroffen.

Überträgt man nun forschungsmethodische Ansprüche linearer und damit quantitativer Evaluationsforschung auf die hier vorgelegte Arbeit, kann die entsprechend dem hier ausgearbeiteten Modell durchgeföhrte Kommunikationsausbildung als Intervention und damit als unabhängige

Variable gelten und der Ausprägungsgrad der Schlüsselqualifikationen, insbesondere Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit, als abhängige Variable. Die Stufen der unabhängigen Variablen konnten nicht in Form einer Experimental- und einer Kontrollgruppe umgesetzt werden, sondern in Form einer Vorher-/ Nachhermessung. Anders waren forschungsmethodische Ansprüche und die Notwendigkeit zur Integration in die Unterrichtsroutine nicht zu vereinbaren. Für den ersten Kommunikationsunterricht konnte allerdings auch keine Vorhermessung vorgenommen werden, da der Zeitplan des Unterrichtsprogramms nicht parallel zum Forschungsprozess verlief und das Evaluationsinstrument, Fragebogen 1 (vgl. Anhang K), zum Zeitpunkt des ersten Unterrichts noch nicht zur Verfügung stand. Als weitere Einschränkung der üblicherweise geforderten methodischen Standards, muss die Durchführung als Selbstevaluation gelten, die eine konstruktiv- kritische Distanz sicherlich erschwert. Die Autorin des Handbuchs, die Dozentin und die Versuchsleiterin bestand aus ein und derselben Person.

Den damit verbundenen Mängeln einer empirischen Forschung, im Sinn des linearen, quantitativen Forschungsansatzes, ist sich die Autorin bewusst.

Doch ist es ebenso möglich von dem Standpunkt einer qualitativen Evaluationsforschung aus zu argumentieren und dabei die von Flick (2006) formulierten Kennzeichen qualitativer Evaluationsforschung auf die hier vorgelegte Arbeit zu beziehen. „*Qualitative Forschung ist gekennzeichnet durch das Postulat der Gegenstandsangemessenheit von Methoden. ... Ein zweites Kennzeichen qualitativer Forschung, das hier relevant wird, ist die Berücksichtigung der Perspektiven der Beteiligten. Die Bewertung einer Intervention oder Institution kann von außen nach extern definierten Erfolgskriterien erfolgen. Evaluation wird jedoch vor allem dann aufschlussreich sein, wenn es ihr gelingt, die unterschiedlichen – subjektiven – Bewertungen verschiedener Beteiligter zu erfassen ... Die Reflexivität des Forschers ist ein weiteres Kennzeichen qualitativer Forschung. ... Schließlich ist qualitative Evaluationsforschung dann aufschlussreich, wenn sie berücksichtigt, dass eher ein methodisches Spektrum notwendig ist und verfügbar sein sollte ...*“ (Flick 2006, S.19-20). Demnach erhält zum einen die Gegenstandsbezogenheit, vor der Entscheidung für standardisierte Methoden, Priorität. Weiterhin fließen die Bewertungen, der an der Intervention (hier Kommunikationsausbildung)

Beteiligten, als Erfolgskriterium in die Evaluation mit ein (vgl. Zufriedenheitsfragen im Fragebogen 2, Anhang L). Und letztlich ist die Reflexionsfähigkeit der Evaluatoren als Kennzeichen qualitativer Evaluationsforschung zu nennen. Lediglich das Fehlen eines Methodenspektrums und die wiederholte Datenerhebung passen nicht zum Kennzeichenkatalog qualitativer Evaluationsforschung, wie Flick (2006) ihn beschreibt.

Der hier vorgelegte „erste Versuch“ einer Evaluation zur Kommunikationsausbildung entspricht in der Zusammenfassung der bisherigen Überlegungen eher dem Ansatz eines zirkulären Forschungsprozesses, mit qualitativer Ausrichtung. Es ist damit ein Forschungsbeginn markiert, der aber erst durch weitere Forschungssequenzen zu begründeten Ergebnissen gelangen kann.

Die Ergebnisinterpretation dieser Studie berücksichtigt zwar diese Mängel, ist sich aber dennoch der Nützlichkeit ihres Forschungsgegenstandes bewusst, denn auch methodisch nicht befriedigend abgesicherte Ergebnisse können doch zumindest als wertvolle Hinweise auf die mögliche Nützlichkeit¹ des Programms gewertet werden. Die Nützlichkeit besteht in der Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Pflegenden, damit zusammenhängend die Zunahme an Arbeitszufriedenheit und daraus resultierend eine Steigerung der Berufsverweildauer und zugleich eine zunehmende Lebenszufriedenheit der Gepflegten.

Als Konsequenz aus diesen forschungsmethodischen Vorüberlegungen wird diese Evaluationsstudie als „erster Versuch“ bezeichnet. Es soll damit zum Ausdruck gebracht werden, dass die Relevanz des Forschungsgegenstandes die Durchführung einer ersten evaluativen Studie rechtfertigt. Eine spätere und weitergehende Forschung wird angestrebt, im Sinn eines zirkulären, qualitativen Forschungsprozesses.

¹ Nutzenbestimmung vgl. Bortz & Döring 2002, S.120

2. Voraussetzungen und Forschungsfrage

Die Voraussetzungen für den Kommunikationsunterricht mit dem von der Autorin entwickelten Handbuch¹ umfassen verschiedene Aspekte. Dazu gehört, dass die Autorin seit 2002 als Dozentin für Psychologie und Deutsch/Kommunikation an der Krankenpflegeschule (KPS) Schwabach tätig ist. Der Bereich Kommunikation und Gesprächsführung lag in all den Jahren in der Verantwortung der Autorin.

Ein weiterer Aspekt betrifft die KPS Schwabach, die als kleine Ausbildungseinrichtung (max. eine Klasse pro Ausbildungsjahrgang) über ein Kollegium von mittlerweile nur noch drei PflegelehrerInnen (Schulleiterin und zwei PflegelehrerInnen) verfügt. Die weitere Unterrichtstätigkeit wird von HonorandozentInnen der unterschiedlichen Fachdisziplinen ausgeübt. Hervorzuheben ist dabei die Aufgeschlossenheit und Kooperationsbereitschaft der PflegelehrerInnen für innovative Unterrichtsvorschläge der Autorin und besonders hervorzuheben ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Problematisch erweisen sich allerdings die Kostensenkungsmaßnahmen des Krankenhausmanagements, dem die Schule angeschlossen ist. Zum Ausdruck kommt dies zum einen, durch die Streichung von 1,5 Planstellen des Lehrerkollegiums, von ursprünglich 4,5 auf 3 Stellen. Zum anderen, durch die Verpflichtung der KPS Schwabach zur Kooperation mit der KPS des Kreisklinikums Roth, einer Einrichtung des an Schwabach angrenzenden Landkreises. Über einen Zeitraum von vier Jahren stellten beide Schulen gemeinsam nur eine Klasse pro Ausbildungsjahrgang, unterrichteten die theoretischen Inhalte im Wechsel und bildeten die SchülerInnen im jeweils angeschlossenen Krankenhaus praktisch aus.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass ein großer Teil des theoretischen Unterrichtsprogramms von HonorandozentInnen gestaltet wird, für die es keine organisatorischen Rahmenbedingungen gibt, um lernfeldorientiert zusammenzuarbeiten. Die einzelnen Fachgebiete werden, trotz der Lernfeldstruktur, größtenteils weiterhin einzelfachbezogen unterrichtet.

¹ Das Modell „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ von Jennie Powell wurde erst nach den Unterrichtsversuchen im Handbuch aufgenommen.

Die strukturellen Voraussetzungen für die Kommunikationsausbildung bestehen in der Einteilung in Einheiten, die jeweils aus vierstündigen Blöcken bestehen und aus einem dreitägigen Seminar, das ausschließlich der Kommunikation und Gesprächsführung vorbehalten ist. Insgesamt kann dieser Zeitrahmen als günstig angesehen werden, lässt allerdings keinen Spielraum für Einheiten im praktischen Ausbildungsfeld.

Die neue Form der Kommunikationsausbildung, die die Autorin entwickelt hat und die Schlüsselqualifikationen als grundlegende Bildungsziele begründen, beschränkt sich ausschließlich auf Kommunikation und Gesprächsführung, die damit ein „Inseldasein“ führen. Unterrichtsziele, wie z.B. die Förderung der Reflektiertheit, konnten nicht im gesamten Ausbildungsgeschehen implementiert werden. Sowohl der Kommunikationsunterricht als auch die Evaluationsstudie waren der Unterrichtsroutine untergeordnet und von keinerlei gesonderten Bedingungen begleitet.

In zwei Kursen der KPS Schwabach wurde Kommunikationsunterricht gemäß Handbuch durchgeführt. Der erste fand im Juli 2006 und der zweite im April 2008 statt. Begleitet wurden diese Unterrichtseinheiten von einer Evaluationsstudie, die als erster Bewertungsversuch des Handbuchs dient. Die Vorüberlegungen dazu beziehen sich auf die Ausführungen zur Ausbildungsqualität, wie sie im vierten Kapitel des ersten Teils, dargelegt sind. Um Ausbildungsqualität zu bewerten, werden die drei Kriterien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden (Menke & Schnabel 2001, S.190). Strukturqualität, mit den Aspekten gesetzliche Grundlagen, Bewerberauswahl, Anzahl und Qualifikation der Lehrkräfte, Curricula, Kooperation der Lernorte und Raum- und Sachausstattung, werden in dieser Studie nicht vertieft, da es sich lediglich um Beschreibungen handeln würde, die mit dem Handbuch nichts zu tun haben. Prozessqualitäten, wie didaktisch- methodisches Vorgehen, Professionalität und der Theorie- Praxis- Transfer weisen sehr viel deutlichere Verbindungen zu dem Ansatz der Autorin auf. Schlussfolgerungen daraus finden ihren Niederschlag in der Gestaltung des Handbuchs zur Kommunikationsausbildung.

Im Fokus dieser Evaluationsstudie stehen die folgenden ergebnisqualitativen Kriterien:

- der formale Abschluss
- die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen
- der Erwerb von Schlüsselqualifikationen
- die berufliche Verwertbarkeit

Forschungsfrage

Erfüllt das von der Autorin entwickelte Handbuch den Anspruch, die Kommunikationsausbildung in der Pflege, gemäß den Kommunikationskompetenzen, Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz zu gestalten? Genügt das Handbuch zugleich ergebnisqualitativen Ansprüchen?

Wissenschaftstheoretische Überlegungen führen zu dem Schluss, dass an die hier gestellte Forschungsfrage mit einer hypothesensuchenden, also einer explorativen Methodik herangegangen werden sollte, oder wie Fischer (2000, S.6) es nennt, mit einer Forschung im Kontext der Entdeckung (context of discovery). „*Am Anfang der empirischen Forschung steht immer ein Thema, ein Problem, das mit Such- Fragestellung bearbeitet wird. Meistens liegen schon gewisse Vorkenntnisse, speziellere Fragen und auch Konzepte vor, aus denen die Suchhypothesen abgeleitet werden. In diesem Rahmen wird das empirische Material ausgewählt bzw. erhoben und auf Regelmäßigkeiten, Muster, Strukturen und schließlich auf ‚latente Variablen‘ hin untersucht, die einen erklärenden Charakter besitzen*“ (Fischer 2000, S.6). Bezogen auf die Studie der Autorin, ist die Kommunikationsausbildung gemäß Schlüsselqualifikationen das Thema und das Handbuch ein bereits entwickeltes Konzept, das einer ersten Tauglichkeitsprüfung unterzogen werden soll.

Die traditionellen Gütekriterien der Hypothesen prüfenden Forschungsstrategie werden hierbei ersetzt durch Transparenz- und Begründungskriterium. „*Zentraler Maßstab bei der explorativen Methodik sind daher nicht traditionelle Gütekriterien, wie Objektivität oder Interrater- Reliabilität, eher schon die im vorigen Abschnitt dargestellten qualitativen Kriterien (Transparenzkriterium, Begründungskriterium) [Anm. der Autorin]*“ (Fischer 2001, S.5).

Die methodischen Überlegungen setzen bei den Vorschlägen von Schmitt & Bomball (2007) an, die zur Evaluation des Berliner Modellversuchs, „Generalisierte Pflegeausbildung“, einen so genannten Methodenmix von Beobachtung, Interview, Befragung und Gruppendiskussion entwarfen. Die beiden Wissenschaftlerinnen, Schmitt & Bomball, gehören dem IPP¹ an. Ihr Methodenmix bezieht sich auf quantitative und qualitative Fragestellungen. „Quantitative Fragestellungen finden in Form einfacher Ja/ Nein- Skalen oder verschiedener, differenziert abgestufter Likert- Skalen Anwendung und ermöglichen den Vergleich von empirischen Daten. ... Qualitativ ausgerichtete Fragestellungen erlauben eine freie, spontane Auseinandersetzung zu einer Thematik. Dieses Untersuchungsdesign ermöglicht beispielsweise die Erhebung und Analyse des Pflegeverständnisses, Gesundheits- und Krankenverständnisses, die Beurteilung der Praxiseinsätze, die Einschätzung der theoretischen Ausbildungsinhalte oder der eigenen Kompetenzentwicklung“ (Schmitt & Bomball 2007. S.373).

Die Autorin ist allerdings erheblichen Einschränkungen unterworfen, die eine solche Methodenvielfalt nicht erlauben. Zu den Einschränkungen gehört zum einen die personelle Ausstattung, die lediglich aus der Autorin selbst besteht und dazu gehört zum anderen das Handlungsfeld, das nur den Unterrichtsort Schule umfasst und die praktischen Lernorte ausschließt. Eine zusätzliche Einschränkung ist darin zu sehen, dass sich sowohl der Unterricht, als auch die Evaluationsstudie der Unterrichtsroutine unterordnen müssen. Diese Vorüberlegungen führen zu dem Schluss, die Evaluationsstudie mittels Befragung durchzuführen und zwar auf der Grundlage ergebnisqualitativer Kriterien.

„Das beliebteste und am häufigsten angewandte Erhebungsinstrument der sozialwissenschaftlichen Forschung ist zweifellos die mündliche oder schriftliche Befragung. Das liegt sicher auch darin, daß wir unser alltägliches Wissen vorwiegend durch die Antworten anderer Personen auf unsere Fragen aufbauen und ergänzen. Wie bei den anderen sozialwissenschaftlichen Methoden versucht man dieses alltägliche Vorgehen zu systematisieren und zu objektivieren, damit wir möglichst zuverlässige Antworten erhalten“ (Wellhöfer 1984, S.121-122).

¹ Institut für Public Health und Pflegeforschung; ehemals IAP, Institut für angewandte Pflegeforschung, Leitung: Prof. Goerres

Diese Studie ist als erster Realisierungsversuch zur Bewertung der Brauchbarkeit des Handbuchs zu betrachten, die den Charakter einer schriftlichen Exploration besitzt. Als strukturiert kann die Befragung insofern gelten, als die Fragen explizit formuliert sind und der Ablauf festgelegt ist. Sie hat aber dennoch eine ausgeprägte explorative Absicht, da der Großteil der Fragen offene Antworten zulässt.

Doch nicht nur Einschränkungen, sondern auch klare Vorteile begründen die Wahl einer Befragung, als Instrument der Selbsteinschätzung. Das wohl stärkste Argument, das dafür spricht, ist die Tatsache, dass Zufriedenheitsaussagen nur über Selbstbefragung zu gewinnen sind, da sie sich gegenüber Beobachtungen oder Fremdeinschätzungen eher als unzugänglich bzw. unreliable erweisen. Für die zu erfassenden Inhalte, wie die Schlüsselqualifikationen und die detaillierten sozial-kommunikativen Kompetenzen, Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit, eignet sich eine Befragung gerade deshalb, weil Befragung ein Element der Reflektiertheit darstellt.

Die Vergleichbarkeit der Antworten gilt als Argument, um die Befragung in standardisierter Form, als Fragebogenbefragung durchzuführen.

Der Fragebogen als Selbsteinschätzungsinstrument schließt den Vorzug ein, dass daraus einzelfallbezogene Aussagen abgeleitet werden können, während Fremdeinschätzungen durch die Lehrkräfte vermutlich eher vergleichende oder durchschnittsbezogene Aussagen über die Klasse erbringen würden. Einzelfallbezogene Aussagen sind als Einstieg zur Evaluation des Handbuchs weiterführender, da sie inhaltlich- qualitative Aussagen möglich machen, die die Vor- und Nachteile des vorgestellten Kommunikationsunterrichts deutlicher erkennen lassen.

3. Übersicht zur Evaluationsstudie

	1. Unterricht	2. Unterricht
Stichprobe	26 SchülerInnen (Kurs 2005/2008)	31 SchülerInnen (Kurs 2007/2010)
Befragung FB1	-	am 18.3.08
Unterricht	7/2006	4/2008
Befragung FB 2	am 23.4.08	am 17.7.08

Tab. 7: Übersicht zur Evaluationsstudie

4. Erster Kommunikationsunterricht (7/2006)

Der erste Kommunikationsunterricht, mit dem Kurs 2005/ 2008, fand im Juli 2006 statt. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich die Schülerinnen und Schüler im ersten Ausbildungsjahr.

Die TeilnehmerInnen wurden vor dem Kommunikationsseminar (5.7 bis 7.7.06) in zwei einführenden Einheiten in Kommunikation/ Gesprächsführung unterrichtet. Diese Einheiten umfassten die beiden ersten Kapitel des Handbuches, wobei die SchülerInnen zu den vorgeschlagenen Theoretikern/ Modellen Präsentationen in Gruppenarbeiten erstellten. Das weitere Vorgehen während des Seminars ist als Unterrichtsprotokoll im Anhang angefügt (vgl. Anhang I).

Im dritten Ausbildungsjahr, im April 2008, schloss sich der Themenbereich, Konflikte und Konfliktlösungen, in drei Unterrichtseinheiten, an.

Für Juni 2008 war ein weiteres Seminar zum Thema „Tod und Sterben“ geplant, das von einer anderen Dozentin geleitet wurde.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Der Unterkurs der KPS Schwabach, Jahrgang 2005/ 2008, besteht aus 26 SchülerInnen, 23 Schülerinnen und 3 Schülern, im Alter zwischen 17 und 43 Jahren. Alle SchülerInnen verfügen über einen mittleren Bildungsabschluss und zwei SchülerInnen über die Hochschulreife. Eine SchülerIn stammt aus Kenia und verfügt über gute Englisch- und Deutschkenntnisse. Eine weitere SchülerIn stammt aus Polen, verfügt über gute Deutschkenntnisse, bekam allerdings ihre in Polen erworbenen Schul- und Berufsabschlüsse nicht als gleichwertig anerkannt. In Polen verfügte sie über die Hochschulreife, in Deutschland nicht. Eine SchülerIn besitzt den Berufsabschluss der ZahnärzthelferIn und übte diesen Beruf auch mehrere Jahre aus. Krankenpflege ist für sie daher eine Zweitausbildung.

Zum Ende des ersten Ausbildungsjahres schied ein Schüler aus dem Kurs aus. Etwa die Hälfte der SchülerInnen wird im Stadtkrankenhaus Schwabach und die andere Hälfte im Kreisklinikum Roth praktisch ausgebildet.

4.2 Kommentierte Zusammenfassung des Unterrichtsprotokolls¹

Die Präsentationen der Gruppenarbeiten zu den Kommunikationstheoretikern/Modellen waren gelungen. Trotzdem entstand der Eindruck, die Vortragenden erreichten ihre ZuhörerInnen kaum, da diese wenig interessiert wirkten und keinerlei Nachfragen stellten.

Die zu Beginn des Kommunikationsseminars angeleiteten Elemente des Szenischen Spiels, zum Thema „Visite“, wurden engagiert ausgeführt. Es entstanden insgesamt 12 Standbilder (4 Gruppen à 3 Standbilder), deren Titel erraten werden mussten. Inhaltlich thematisierten die SchülerInnen die Hilflosigkeit der Patienten und den z.T. als degradierend empfundenen Umgang der Ärzte mit Personal und PatientInnen. Eine Darstellung nannte sich „Privatvisite“, wobei sich die PatientIn dabei keineswegs wohl, sondern eher bedrängt fühlte. Unter den 12 Standbildern befand sich eines, das als „Idealvisite“ bezeichnet wurde. Daran knüpfte die Dozentin an, um Erwartungen und Bedürfnisse von PatientInnen und den Handlungsspielraum von Pflegekräften herauszustellen.

Die Rollenspiele zu den einzelnen Unterrichtseinheiten waren gut vorbereitet und ebenso gut dargestellt. Da Videoaufnahmen gemacht wurden, konnten die Darstellungen wiederholt angesehen und wieder ins Gedächtnis gerufen werden. Die Arbeit an und mit den Rollenspielen (Spielstopp, Formulierung von Gedanken und Gefühlen, Änderung des Handlungsverlaufes) erfolgte sehr engagiert.

Phasen von Frontalunterricht erlebte die Dozentin als anstrengend. Die SchülerInnen wirkten sehr abgelenkt und uninteressiert. Dies ließ sich auch bei Unterrichtsgesprächen nur mühsam ändern. Engagement und Einsatzfreude waren erst dort erlebbar, wo die Eigeninitiative und das Gestaltungsvermögen der SchülerInnen abgerufen wurden. Die Elemente des Szenischen Spiels, „Kranksein – Schmerzen haben“, verliefen wiederum sehr lebendig.

¹ Das Unterrichtsprotokoll ist im Anhang I angefügt.

4.3 Evaluationsstudie zum ersten Unterricht

4.3.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments

Bei dem hier verwendeten Instrument handelt es sich um Selbsteinschätzungsverfahren, in Form von zwei Fragebogen, die die Autorin entworfen hat (Anhang K, L).

Die Leitgedanken bei der Konstruktion waren:

- die inhaltliche Nähe zu den Schlüsselqualifikationen, einschließlich Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit
- eine differenzierte Zufriedenheitseinschätzung
- Realisierung von Kriterien der beruflichen Verwertbarkeit anhand der abgeleiteten kommunikativen Handlungsfelder (vgl. II.Teil, Kap. 3.2.4)
- Vergleichbarkeit der beiden Fragebogen (Fragebogen 1 vor und Fragebogen 2 nach dem Kommunikationsunterricht)
- Ökonomie der Durchführung, da eine Unterordnung unter die Unterrichtsroutine verpflichtend war.

Fragebogen 1 diente als Erhebungsinstrument vor dem Kommunikationsunterricht und Fragebogen 2 danach. Fragebogen 1 umfasst 15 und Fragebogen 2 16 Fragen, wobei sowohl geschlossen, als auch offen zu formulierende Antworten und eine Mischform davon, erwartet wurden. Fragebogen 1 enthält vier geschlossene Fragen (Nr. 3, 4, 6, 13) vier offene Fragen (Nr. 1, 2, 5, 14) und sieben Fragen der Mischform (Nr. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15). Im Fragebogen 2 ist die Verteilung etwas anders. Fragebogen 2 besteht aus fünf geschlossenen Fragen (Nr. 3, 4, 6, 13, 16), zwei offenen (Nr. 5, 14) und den übrigen (neun) als Mischform.

Die Einteilungen der geschlossenen Fragen sind sprachlich realisiert, wobei stets eine Fünfer- Stufung zu Grunde gelegt wird, die eine angemessene Differenzierung zulässt, aber die Differenzierungsfähigkeit der Antwortenden nicht übersteigt.

Der Kompetenzeinschätzungsbogen, den Schmitt & Bomball (2007) verwendeten, sieht sieben Antwortunterteilungen vor. Da sie die Einschätzung ausbildungsbegleitend wiederholten, nahmen sie als siebten Antwortmodus „noch nicht relevant“ auf. Die sprachliche Realisierung der übrigen Antwortunterteilungen „trifft genau zu/ trifft zu/ trifft eher zu/ trifft eher nicht zu/

„trifft nicht zu/ trifft überhaupt nicht zu“ erscheint der Autorin eine zu große Herausforderung an die Unterscheidungsfähigkeit der Antwortenden. Deshalb entschied sie sich für den fünfteiligen Antwortmodus, „immer/ meist/ teils- teils/ selten/ nie bzw. gar nicht“.

Der Zeitrahmen zur Beantwortung beträgt etwa 15 Minuten.

Die inhaltliche Gestaltung der beiden Fragebogen bezieht sich auf ergebnisqualitative Kriterien, wobei das Kriterium „formaler Abschluss“ ausgeklammert wurde, da es der Autorin als nicht seriös erscheint, den Teilbereich „Kommunikation“, für Erfolg oder Misserfolg der gesamten Ausbildung zu deuten. Demnach bleiben folgende drei Kriterien für die inhaltliche Gestaltung bestehen:

- Zufriedenheit
- Erwerb von Schlüsselqualifikationen
- berufliche Verwertbarkeit

Schlüsselqualifikationen wurden im Bereich der sozial- kommunikativen Kompetenz in die Bestandteile Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit gegliedert.

Die beiden Fragebogen stimmen in 13 Fragen (Nr. 3-15 im Fragebogen 1) überein. Unterschiede bestehen bei den ersten Fragen, die im Fragebogen 1 die Erwartungen der SchülerInnen erfassen, während sie im Fragebogen 2 Zufriedenheitswerte bestimmen. Fragen 8-12 bilden im Fragebogen 1 die beruflichen Voraussetzungen ab, während sie im Fragebogen 2 die berufliche Verwertbarkeit darstellen. Im Fragebogen 2 ist die letzte Frage, Frage 16, mit Frage 3 im Fragebogen 1 identisch.

Folgende Tabellen stellen den Bezug zu den allgemeinen Bildungszielen der jeweiligen Frage dar:

Fragebogen 1

Fragen	geschlossen/ offen/ Mischform	Bezug
1-2 Welche Erwartungen haben Sie an die Kommunikationsausbildung? Für welche Gesprächssituationen möchten Sie etwas hinzulernen?	offen	Vergleichsfragen für Zufriedenheitsangaben
3. Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?	geschlossen	Vergleichsfrage für Frage 16 im FB 2
4. Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/Gesprächsführung?	geschlossen	sozial- komm. Kompetenz
5. Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.	offen	Reflektiertheit
6. Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)	geschlossen	KSD
7. Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?	Mischform	Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit
8-12 Fühlen Sie sich Beratungs Gesprächen, Gesprächen mit verwirrten Menschen, Konflikt Gesprächen, Anleitungsgesprächen und Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?	Mischform	Fachkompetenz, Reflektiertheit →berufl. Verwertbarkeit
13. Wenn Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?	geschlossen	Reflektiertheit, personale Kompetenz
14. Welche Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?	offen	Reflektiertheit, personale Kompetenz
15. Belasten Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?	Mischform	personale Kompetenz

Tab. 8: Bezüge zu den Fragen des Fragebogens 1

Fragebogen 2

Fragen	geschlossen/ offen/ Mischform	Bezug
1. Werden in der Kommunikationsausbildung solche Fachkenntnisse vermittelt, die Sie im Berufsalltag benötigen?	Mischform	Fachkompetenz → berufl. Verwertbarkeit
2. Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikationsausbildung?	Mischform	Zufriedenheit: allgemein, bzgl. Theorie- Praxis- Trans., Methodik, Selbstorganisation
3. Profitieren Sie auch in nicht-beruflichen Lebenssituationen von Kenntnissen der Gesprächsführung?	geschlossen	personale Kompetenz
4. Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/ Gesprächsführung?	geschlossen	sozial- komm. Kompetenz
5. Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.	offen	Reflektiertheit
6. Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)	geschlossen	KSD
7. Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?	Mischform	Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit
8-12 Fühlen Sie sich Beratungs- gesprächen, Gesprächen mit verwirrten Menschen, Konflikt- gesprächen, Anleitungsgesprächen und Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?	Mischform	Fachkompetenz, Reflektiertheit →berufl. Verwertbarkeit
13. Wenn Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?	geschlossen	Reflektiertheit, personale Kompetenz
14. Welche Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?	offen	Reflektiertheit, personale Kompetenz
15. Belasten Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?	Mischform	personale Kompetenz
16. Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?	geschlossen	Vergleichsfrage für Frage 3 im FB 1

Tab. 9: Bezüge zu den Fragen des Fragebogens 2

4.3.2 Durchführung mit Fragebogen 2

Es wurde nur eine Erhebung mit dem Fragebogen 2 durchgeführt, da im Juli 2006, vor Beginn der Kommunikationsausbildung, die Evaluationsstudie noch in der Vorbereitungsphase war.

Am 23.4.2008 bat die Autorin/ Dozentin die Klasse die Fragen des Fragebogens 2 zu beantworten. Zu diesem Zeitpunkt hospitierte eine SchülerIn in dem Kurs, so dass 26 Fragebogen bearbeitet wurden.

Als Begründung, für die Durchführung einer Befragung, gab die Dozentin an, eine Rückmeldung über die Kommunikationsausbildung bekommen zu wollen. Sie bat um eine spontane und vollständige Bearbeitung und wies darauf hin, dass einige Fragen zum Ankreuzen, andere für freie Antworten gestaltet seien. Es gab keine Rückfragen. Die Bearbeitung dauerte weniger als 15 Minuten.

4.3.3 Auswertung von Fragebogen 2

Die hier durchgeführte Evaluationsstudie bedient sich als Auswertungsverfahren einer qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2002). „*Die Hauptanwendungsbereiche der Inhaltsanalyse liegen im Bereich der Kommunikationsforschung generell*“ (Wellhöfer 1984, S.114). „*Die Inhaltsanalyse ist eine Erhebungsmethode, die man bei sehr unterschiedlichen Fragestellungen anwenden kann. Bei sorgfältiger Untersuchungsplanung und Auswerterschulung ist sie eine objektive und zuverlässige Erhebungsmethode*“ (Wellhöfer 1984, S.121).

Der Einsatz qualitativer Inhaltsanalysen sollte jedoch nicht unreflektiert erfolgen, denn jedwede Kategorienbildung verläuft nicht voraussetzungslos oder wie Fischer (2001) es nennt, „*die Annahme einer voraussetzungslosen Ableitung von Kategorien entspricht einer positivistischen, abbildtheoretischen Illusion*“. Eine mängelfreie Auswertung besteht in der Offenlegung und Begründung der gewählten Kategorien, also in der Anwendung des Transparenz- und Begründungskriteriums (Fischer 2001). Daher findet die Auswertung gemäß der Bezugsfaktoren, wie sie in Tabelle 9 dargestellt sind, statt und zwar in der Reihenfolge der Fragen.

Die Kategorienbildung der Autorin orientiert sich an dem Modell der Reflektiertheit, wie es in Abb. 2 dargestellt und begründet wurde. Dabei erfolgt

die Einteilung in die Kategorie „Konstruktive Strategie“ wenn Aussagen als Reflexion, Deutung oder als Entwicklung von Handlungsalternativen zu interpretieren waren. Ähnliches gilt für Kategorien zur Problembewältigung.

Zu Grunde gelegt werden folgende Kategorien:

1. Wahrnehmung und Erkennen von Problemen
2. Vergleich von beabsichtigten und erreichten Handlungszielen (weitere Schritte bei Diskrepanzen)
3. Aneignung neuer Informationen (eigene Ressourcen und/ oder Ressourcen von anderen)
4. Entwürfe von Handlungsalternativen zur Zielerreichung.

Frage 1: *Werden in der Kommunikationsausbildung solche Fachkenntnisse vermittelt, die Sie im Berufsalltag benötigen?*

Die Einschätzung der Relevanz von Kommunikationskenntnissen für die Berufstätigkeit bewegt sich in der Mitte zwischen „meist“ und „teils/ teils“. Fast ebenso viele SchülerInnen halten die Vermittlung von kommunikativen Fachkenntnissen „meist“ bzw. „teils/ teils“ beruflich für relevant. Dabei vermissten drei SchülerInnen einen direkten Bezug zum Beruf und vier weitere sprachen die Problematik der Umsetzung theoretischen Wissens in die Praxis an. D.h. es wurde Kritik an der Handlungsorientierung und am Theorie- Praxis-Transfer geübt.

Frage 2: *Wie zufrieden Sind Sie mit der Kommunikationsausbildung? (Kommunikationsseminar und Unterrichtseinheiten)*

Der allgemeine Zufriedenheitswert mit der Kommunikationsausbildung befindet sich zwischen „zufrieden“ und „teils/ teils“. D.h. es gab Elemente, die zur Zufriedenheit führten, aber es gab auch solche, die eher Unzufriedenheit hinterließen. Die Aussagen verteilen sich ziemlich gleich zwischen „zufrieden“ und „teils/ teils“ Ausreißeraussagen kamen nicht vor.

Ein ähnliches Ergebnis erbrachte die Zufriedenheitsbefragung nach der Unterrichtsgestaltung, im Hinblick auf theoretische und praktische Elemente. Es gab Aspekte, die Zufriedenheit auslösten, aber auch solche, die zur Unzufriedenheit führten.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit den Unterrichtsmethoden (Gruppenphasen, Frontalunterricht, Rollenspiele) polarisierte die Antworten. Die

Aussagen wurden kommentiert mit Sätzen, wie „Rollenspiele sind nicht jedermann's Sache“, „der Unterricht wurde immer lockerer“, „Kommunikationsseminar war sehr anstrengend“. Demgegenüber gaben drei SchülerInnen an, mit den Unterrichtsmethoden „sehr zufrieden“ gewesen zu sein. Im Durchschnitt befinden sich die Zufriedenheitswerte ebenfalls zwischen „zufrieden“ und „teils/ teils“.

Sehr viel homogener fielen die Antworten aus, eigene Ideen/ Vorschläge im Unterricht einbringen zu können. Die SchülerInnen gaben an, damit „sehr zufrieden“, „zufrieden“ oder „teils/ teils“ zufrieden gewesen zu sein, Unzufriedenheitsangaben fehlten. Im Durchschnitt war der Kurs „zufrieden“. Vier Bemerkungen, dass die Dozentin für Schülerbeiträge immer offen gewesen sei, unterstreichen die Einschätzung.

In der offenen Beantwortung gab es drei kritische Bemerkungen, dass Inhalte fehlen würden, allerdings ohne eine Angabe welche (2 Nennungen) und dass in der Zeitschrift „Pflege heute“ Gesprächsführung ausführlicher und verständlicher beschrieben sei.

Frage 3: Profitieren Sie auch in nicht- beruflichen Lebenssituationen von Kenntnissen der Gesprächsführung?

Die Beantwortung der Frage, ob die Kenntnisse auch für nicht- berufliche Situationen nützlich seien, brachte wiederum Ergebnisse zwischen „etwas“ und „teils/ teils“. Auch hier war die Streuung groß, lediglich „gar nicht“ fehlte als Antwort. Eine Polarisierung der Antworten, zwischen „ich profitiere auch in privaten Situationen sehr“ und „ich profitiere nicht“, deutet sich an.

Frage 4: Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/ Gesprächsführung?

Die SchülerInnen fühlten sich insgesamt „teils/ teils“ sozial- kommunikativ kompetent. Fast die Hälfte der Antworten war „teils/ teils“, etwa ein Viertel „kompetent“ und ein weiteres Viertel „weniger kompetent“.

Fragen 5, 7, 13 und 14: Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten. Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?

Wenn Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?

Welche Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?

Diese Fragen beziehen sich auf Reflektiertheit, als Bestandteil der sozial-kommunikativen Kompetenz.

Fragen 5 und 14: *Welche Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?*

Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.

Bei der offenen Beantwortung allgemeiner Verhaltensstrategien bei problematischen Gesprächen, gaben sieben SchülerInnen emotionale Reaktionen, wie Ärger, Wut, Enttäuschung und Unzufriedenheit an, teilweise kombiniert mit Bemerkungen, das Gespräch zu einem anderen Zeitpunkt zu wiederholen. Sechs Antworten waren „Nachdenken“, ohne weitere Konkretisierung. Jeweils vier SchülerInnen gaben an entweder aufzugeben/nachzugeben oder das Gespräch an andere zu delegieren. Mit „Ruhe“ zu reagieren waren drei Antworten.

Die gezielte Frage nach Strategien bei schwierigen Gesprächen (Frage 14), wurde von 10 SchülerInnen gar nicht oder in unbrauchbarer Form (z.B. „je nach dem“; „verschieden“) beantwortet. Bei den verwertbaren Antworten dominierte die Strategie „Ruhe“ (8 Nennungen), „Empathie“ (2), „Aktives Zuhören“ (1), „Nachdenken“ (1) und „KollegInnen (=ExpertInnen) fragen“ (1). Jeweils eine Nennung war noch „Durchsetzung“ und „Rückzug“.

Frage 6: *Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)*

Bei einem Fragebogen blieb diese Antwort frei. Im Durchschnitt glauben die SchülerInnen die Gesprächsrolle „meist“ wechseln zu können. Dabei verteilen sich die Ankreuzungen auf die Alternativen „immer“, „meist“ und „teils/ teils“. Die Alternativen „selten“ oder „gar nicht“ kamen nicht vor.

Frage 7: *Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?*

25 SchülerInnen beantworteten die Frage, eine Antwort blieb frei. Die inhaltliche Beschreibung der Frage wurde von 13 SchülerInnen vorgenommen, die übrigen ließen freie Antworten weg. Im Durchschnitt kreuzten die ProbandInnen an, „eher“ über heikle Gespräche nachzudenken. Die Antworten waren etwa gleich verteilt zwischen „ich denke meist“ und „ich denke teils/ teils“ über heikle

Gespräche nach. Die selbst formulierten Antworten kreisten um die Aussagen, „Was hätte ich besser machen können?“

Fragen 8-12

Diese Fragen erfassen verschiedene Aspekte der kommunikativen Fachkompetenz.

Frage 8: **Fühlen** Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?

Im Durchschnitt fühlten sich die SchülerInnen Beratungsgesprächen nur teilweise gewachsen, wobei es etwas mehr Antworten „eher nicht“ als „meist“ gab. Als Gründe wurde siebenmal der Mangel an Fachwissen und zweimal der Mangel an Erfahrung angegeben. Zwei SchülerInnen halten sich für zu nervös/ emotional und zwei glauben, sie würden nicht die richtigen Worte finden. Das mangelnde Zutrauen, das ihnen von anderen für Beratungen entgegengebracht wird, hält eine SchülerIn für den Grund ihrer Selbstzweifel. Eine weitere SchülerIn glaubt den Erwartungen der Gesprächspartner nicht standhalten zu können.

Frage 9: **Fühlen** Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?

Bei Gesprächen mit verwirrten Menschen sieht keine SchülerIn ernsthafte Probleme. Die Antwort, „ich fühle mich solchen Gesprächen meist gewachsen“, war die häufigste. „Eher nicht“ oder „gar nicht“ kamen nicht vor. Es wurden nur wenige Probleme angegeben, die sich auf gegenseitiges Verstehen (6) und Berücksichtigung der Langsamkeit (2) bezogen.

Frage 10: **Fühlen** Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?

Nur eine SchülerIn fühlt sich Konfliktgesprächen „eher nicht gewachsen“, die Mehrheit fühlt sich diesen zumindest teilweise gewachsen. Im Durchschnitt liegen die Antworten zwischen „meist“ und „teils/ teils“. Problematisch empfinden die SchülerInnen Konfliktgespräche dann, wenn sie sich in der Krankenhaushierarchie als untergeordnet erleben (4) oder der Gesprächspartner keine Bereitschaft für ein Klärungsgespräch signalisiert (4). Vier SchülerInnen meinen, dass sie von eigenen Emotionen und der eigenen Nachgiebigkeit bei Konfliktgesprächen behindert werden.

Frage 11: Fühlen Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?

Anleitungsgespräche werden im Allgemeinen als „meist zu bewältigen“ erlebt. Nur fünf SchülerInnen gaben „teils/ teils“ und nur eine „eher nicht“ als Antwort an, alle anderen meinen diese Gespräche bewältigen zu können. Nur wenige Probleme wurden genannt. Diese beziehen sich auf die Motivation der Anzuleitenden und auf die eigenen Kenntnisse bzgl. des Anleitungsinhaltes.

Frage 12: Fühlen Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?

Gesprächen mit schwer kranken Menschen fühlen sich die SchülerInnen nur teilweise gewachsen. Die Antworten verteilen sich etwa gleich zwischen den Alternativen „ich fühle mich solchen Gesprächen meist/ teilweise/ eher nicht gewachsen“. An erster Stelle der Schwierigkeiten nennen die SchülerInnen eigene Unsicherheiten (6), den Mangel an Erfahrung (3), Ratlosigkeit (3) und eigene Emotionen (2). Vier SchülerInnen erleben es als schwierig, einen offenen Zugang zu den Patienten zu finden, um überhaupt kommunizieren zu können.

Frage 13: Wenn Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?

Die Vorgaben der Antwortalternativen wurden mit mehrfachem Ankreuzen genutzt. 15 SchülerInnen „reden mit anderen“, 12 „überlegen selbst“ und vier suchen sich „Experten“.

Frage 15: Belasten Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?

Mit einer Streuung über alle Antwortalternativen erleben die SchülerInnen sehr unterschiedliche Belastungen durch Kommunikationsprobleme. D. h. einige SchülerInnen fühlen sich sehr, andere wiederum gar nicht belastet. Dabei macht die Hälfte keine Angaben zu den belastenden Gedanken. Auch SchülerInnen, die sich sehr belastet fühlen, machen keine erklärenden Angaben.

Folgende Belastungserfahrungen werden genannt:

- schlechte Atmosphäre im Arbeitsteam (4)
- Belastung für Patienten (1)
- allgemeine Arbeitsunzufriedenheit (1)

- Zeitdruck (1)
- Belastungen ins Privatleben übertragen (1)
- Rückzug (2)

Drei SchülerInnen beklagen allgemeine Kommunikationsprobleme, im Sinn von „Warum kann man nicht einfach normal miteinander sprechen?“ oder „Ist das so schwer?“.

Frage 16: Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?

Die Bedeutung von Gesprächsführung im Pflegealltag wird überwiegend für sehr groß („sehr wichtig“) gehalten. Es gab zwei Ausreißeraussagen, die „weniger wichtig“ und „teils/ teils“ angaben.

4.4 Ergebnisse

In der Selbsteinschätzung der SchülerInnen konnte das Ziel, eine professionelle Kommunikationskompetenz zu vermitteln, kaum erreicht werden. Etwa ein Viertel der SchülerInnen hält sich für kompetent, ein Viertel eher nicht und etwa die Hälfte nur teilweise.

Eine berufliche Verwertbarkeit, (Fragen 1, 8-12), der vermittelten Kommunikationskompetenzen erleben die SchülerInnen eher als erreicht. Die Ergebnisse variieren, je nach Gesprächsart und Gesprächspartner, zwischen, „ich fühle mich meist kompetent“ und „teils/ teils kompetent“. Dabei sind zwei Aspekte zu berücksichtigen, die auf dieses Ergebnis Einfluss nehmen. Das ist zum einen der beklagte Mangel an pflegerisch- medizinischem Fachwissen für Beratungsgespräche, der die Reichweite der Ausbildung in Kommunikation/ Gesprächsführung übersteigt. Das ist zum anderen das noch ausstehende Seminar „Tod und Sterben“, das die Unsicherheiten in der Interaktion mit schwer kranken Menschen vermindern soll.

Im Umgang mit verwirrten Menschen erleben die SchülerInnen keine bemerkenswerten Probleme.

Bei der Betrachtung der Schlüsselqualifikationen kann die Vermittlung von kommunikativem Fachwissen als teilweise erfüllt gelten. Personale Kompetenz bezieht sich einerseits auf die Übertragung von beruflichem Wissen auf andere Lebensbereiche (Frage 3), auf den Umgang mit Problemen und Belastungen

und auf den Einsatz von Bewältigungsstrategien, einschließlich Lernstrategien (Fragen 13, 14). Die Polarisierung der Antworten bezüglich Wissenstransfer, lässt sich so deuten, dass ein Teil der SchülerInnen die Brauchbarkeit beruflicher Inhalte für andere Anwendungsbereiche prüft, während der andere Teil berufliche und nichtberufliche Bereiche ohne Überprüfung trennt. Diese Deutung kann damit begründet werden, dass Reflexionsfähigkeit dabei nur teilweise erkennbar geworden ist.

Bewältigungs- bzw. Lernstrategien bei bisher unbekannten Problemen einzusetzen, nimmt für die Probandengruppe eine untergeordnete Rolle ein. Bei Problemsituationen werden teilweise unangemessene Reaktionen, wie Wut, Ärger, Scham, Aufgeben, beschrieben und zum Teil Vorschläge, wie „Nachdenken“, „Ruhe bewahren“ oder „mit anderen reden“ gemacht, die als allgemeine Umgangsregeln gelten können und keine Professionalität beweisen. Nur in Einzelfällen werden alternative Handlungsweisen, wie Aktives Zuhören oder Empathie, angegeben oder Deutungsversuche unternommen. Der Mangel an Lernstrategien, einschließlich des Mangels an alternativen Handlungsideen, stimmt gerade auch deshalb bedenklich, weil bei einem Teil der SchülerInnen starke Belastungen im Beruf offenbar wurden. Starke Belastungen zu erleben ohne über wirkungsvolle Bewältigungsstrategien zu verfügen, erschwert eine professionelle Berufsausübung.

Die Ergebnisse zu den sozial- kommunikativen Kompetenzen, als Teilbereich der Schlüsselqualifikationen, fielen unterschiedlich aus. Insgesamt halten sich die SchülerInnen teilweise für sozial- kommunikativ kompetent. Die Mehrzahl der TeilnehmerInnen glaubt, dass sie die Gesprächsrolle „meist“ wechseln kann, was für das Vorhandensein der Kompetenz zur Kommunikations-situationsdifferenzierung spricht. In dieser Erhebung herrscht Mangel an Antworten, die auf eine vertiefende Reflexionsfähigkeit schließen ließen. Aussagen, wie „Nachdenken“ oder „mit anderen reden“, sprechen kaum für ein reflektiertes Handeln, sondern eher für sozial erwünschte Antworten. Das gilt auch für das Anfügen der Begriffe „Aktives Zuhören“ und „Empathie“ als Antworten. Ansätze für reflektiertes Handeln, wie Überlegungen „Was könnte ich anders machen?“, bleiben an der Oberfläche stehen und lassen keine kognitive Kontrolle, keine Bewertung und keine Ableitung alternativer Handlungsformen erkennen, wie es im Modell der Reflektiertheit (Abb. 2)

dargestellt ist. Ebenso gibt es keine Antworten, die auf Deutungsfähigkeit schließen lassen. Allerdings gaben nur die Hälfte der Befragten weiterführende Antworten auf die entsprechenden Fragen.

Die Zufriedenheit der SchülerInnen mit der Kommunikationsausbildung bewegte sich zwischen „zufrieden“ und „teilweise zufrieden“. Das betrifft die allgemeine Zufriedenheit und die Zufriedenheit mit der Unterrichtsgestaltung bzgl. praktischer und theoretischer Elemente. Die Zufriedenheit mit der Möglichkeit Eigeninitiative einzubringen war merklich größer („meist zufrieden“). Dabei war keine TeilnehmerIn unzufrieden. Die eingeführten Methoden (Gruppenarbeiten, Rollenspiele, Elemente des Szenischen Spiels) erlebten die SchülerInnen sehr unterschiedlich. Einige waren damit „sehr zufrieden“, andere waren damit „eher unzufrieden“. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass Elemente von Szenischem Spiel und Rollenspiele in der Ausbildung selten und damit weniger vertraut sind und dass diese Methoden mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, wie Extra- Introversion und Offenheit, interagieren. Zusammenfassend erweist es sich als sinnvoll, die Zufriedenheitsbefragung in dieser, so vorgenommenen Weise zu differenzieren, da damit Aussagen zu unterschiedlichen Teilbereichen möglich sind.

Ein großer Nachteil dieser Befragung ist das Fehlen einer Vorherbefragung mit Fragebogen 1. Damit ist ein Vergleich der Antworten, vor der Kommunikationsausbildung und danach, nicht möglich. Auch der Vergleich mit einer Kontrollgruppe konnte nicht realisiert werden.

Als problematisch erweist sich auch der vielfach festgestellte Mangel an Offenheit, der Interpretationen an einigen Stellen der Auswertung nicht zulässt (z.B. Gründe für starke Belastungserfahrungen). Auf den Mangel an Offenheit verweist einerseits das Fehlen von Antworten, andererseits aber auch das Verstellen der Schrift bei offenen Antworten und die Beschränkung aufs Ankreuzen. Scheinbar bestand die Sorge, anhand der Schrift persönlich identifiziert zu werden und es wurden in Abhängigkeit der Antworten negative Sanktionen befürchtet.

Als relativierend für das Gesamtergebnis ist anzuführen, dass die Kommunikationsausbildung bezüglich der Stundenzahl eine im Ausbildungsgeschehen sehr untergeordnete Rolle einnimmt (etwa 50 Stunden

im Vergleich zu 2100 Theoriestunden insgesamt). Für das Erreichen von allgemeinen Bildungszielen kann eine derart geringe Unterrichtszeit nicht ausreichen, wenn nicht auch in anderen Lerneinheiten die gleichen Bildungsziele verfolgt werden. Die Kommunikationsausbildung führte in diesem Sinn ein „Inseldasein“ und konnte ihre Bildungsziele bei den SchülerInnen nur unzureichend verankern.

5. Zweiter Kommunikationsunterricht (4/2008)

5.1 Stichprobenbeschreibung

Der Unterkurs der KPS Schwabach, Jahrgang 2007/ 2010, besteht aus 31 SchülerInnen, 25 Schülerinnen und 6 Schülern, im Alter zwischen 17 und 40 Jahren. Alle SchülerInnen verfügen über einen mittleren Bildungsabschluss und eine SchülerIn und ein Schüler über die Hochschulreife. Zwei SchülerInnen besuchen parallel zu der Krankenpflegeausbildung ein Fernkolleg, um die Hochschulreife zu erwerben. Eine SchülerIn arbeitete mehrere Jahre als Krankenpflegehelferin, bis sie diese Ausbildung begann. Eine SchülerIn stammt aus Kenia und verfügt über gute Englisch- und befriedigende Deutschkenntnisse.

Etwa die Hälfte der SchülerInnen werden im Stadtkrankenhaus Schwabach und die andere Hälfte im Kreisklinikum Roth praktisch ausgebildet.

5.2 Kommentierte Zusammenfassung des Unterrichtsprotokolls¹

Die Präsentationen zu den Kommunikationstheoretikern/ Modellen wurden engagiert vorbereitet und ausgeführt. Zwei Gruppen präsentierten Power Point Vorführungen. Dennoch entstand der Eindruck, dass die ZuhörerInnen wenig Interesse für die Darstellungen aufbrachten und Engagement nur für die eigene Gruppenarbeit entwickelten.

Die im Seminar angeleiteten Rollenspiele und Elemente des Szenischen Spiels wurden mit großem Einsatz und zum Teil großer Kreativität bearbeitet. Nach der Unterrichtseinheit Haltungen/ Werte in der Pflege kam bei einigen SchülerInnen, im Unterrichtsgespräch, Bestürzung zum Ausdruck, dass Visiten so negativ verlaufen würden. Es entstand bei einigen SchülerInnen Nachdenklichkeit.

Eine Mehrheit in der Klasse zeigte große Begeisterung für die Erarbeitung einer Zeitschiene des vergangenen Jahrhunderts. Die von der Dozentin vorgestellte Literatur fand großes Interesse.

Die SchülerInnen waren Unterrichtsgesprächen gegenüber sehr aufgeschlossen, obwohl sich nur ein Teil der SchülerInnen aktiv daran beteiligte.

¹ Das Unterrichtsprotokoll ist im Anhang J angefügt.

Die Dozentin reduzierte Phasen von Frontalunterricht auf ein geringes Maß und ließ den SchülerInnen viel Raum für Eigeninitiative und eigene Gestaltungsideen. Dabei entwickelten sich interessante Perspektiven, wie z.B. Namenslisten zu erstellen, um fremdsprachige MitarbeiterInnen für Dolmetscherdienste zur Verfügung zu haben oder unterschiedliche Gesprächsstrategien für helfende Gespräche zu entwickeln.

Die aus Zeitgründen verschobene Einheit „Beratung/ Anleitung“ fand in der üblichen Unterrichtsroutine, im Klassenzimmer statt. Dabei erlebte die Dozentin das Engagement und den Einsatz der SchülerInnen als erheblich reduziert, im Vergleich zur Seminarsituation.

5.3 Evaluationsstudie zum zweiten Unterricht

5.3.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments

Es handelt sich hierbei um die gleichen Erhebungsinstrumente, wie beim ersten Unterrichtsversuch. Eine detaillierte Beschreibung findet sich im III.Teil, Kap. 4.3.1.

5.3.2 Durchführung mit Fragebogen 1

Im Rahmen der Einführung des Kommunikationsunterrichtes, am 18.3.2008, bat die Autorin/ Dozentin die SchülerInnen des Unterkurses (2007/ 2010) der Schwabacher KPS den Fragebogen 1 auszufüllen. Der Hintergrund, dass es sich dabei um eine Studie handelt, wurde nicht erwähnt, sondern lediglich, dass die Erwartungen und Vorerfahrungen der SchülerInnen erfasst werden sollen. Es wurde um eine spontane und vollständige Beantwortung der Fragen gebeten. Es erfolgte der Hinweis, dass einige Fragen sowohl Ankreuzfragen sind, als auch eigene Formulierungen erfordern. Auf die Rückfrage einer SchülerIn wurde erklärt, dass freie Antworten auf Fragen 8-12 entfallen, wenn sich die Antwortende den jeweiligen Gesprächen gewachsen fühle.

Die ausgefüllten Bogen wurden nach längstens 15 Minuten, ohne weitere Kommentierungen, bei der Autorin abgegeben.

Eine SchülerIn fehlte beim Einführungsunterricht, so dass nur 30 ausgefüllte Fragebogen vorliegen.

5.3.3 Auswertung von Fragebogen 1

Die Auswertung erfolgte in gleicher Weise, wie unter III. Teil, Kap. 4.3.3 beschrieben, lediglich gemäß der Bezugsfaktoren, wie sie in Tabelle 8 dargestellt sind und zwar in der Reihenfolge der Fragen.

Fragen 1 und 2: Welche Erwartungen haben Sie an die Kommunikationsausbildung? Für welche Gesprächssituationen möchten Sie etwas hinzulernen?

Folgende Lernerwartungen an die Kommunikationsausbildung haben die SchülerInnen genannt, die Zahl in Klammern ist die Häufigkeit der Nennung:

- Konflikt- und Streitgespräch (11)
- allgemeine Gesprächskompetenz mit Pflegebedürftigen (8)
- Trauergespräche und Gespräche über den Tod (7)
- Beratungsgespräche (5)
- schwierige Gespräche (2)
- Small- Talk (2)
- freies Reden (2)
- Entwicklung von mehr Offenheit (2)
- Stressbewältigung (2)

Frage 3: Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?

Die Bedeutung von Gesprächsführung im Berufsalltag wurde fast übereinstimmend mit „sehr wichtig“ eingeschätzt, drei SchülerInnen hielten sie für „wichtig“.

Frage 4: Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/ Gesprächsführung?

Die Einschätzung der eigenen Gesprächsführungskompetenz vor dem Unterrichtsversuch, liegt im Durchschnitt zwischen den Stufen „kompetent“ und „teils/ teils“ und damit auf der Seite „eher kompetent“. Lediglich drei SchülerInnen halten sich für „weniger kompetent“, dafür vier für „sehr kompetent“. 23 von 30 Einschätzungen bewegen sich zwischen „kompetent“ und „teils/ teils“. Insgesamt schätzt sich die Klasse eher sozial- kommunikativ kompetent ein, wobei nur eine geringe Streuung der Antworten vorliegt.

Fragen 5, 7, 13, 14: *Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden?*

D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten

Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?

Wenn Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?

Welche Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?

Die auf diese Fragen bezogenen Kompetenzbereiche sind Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit und personale Kompetenz (eigenes Lernen, Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeit).

In Anlehnung an das Modell der Reflektiertheit (Abb. 2), lassen sich vier Inhaltskategorien bilden, in Klammern die Nennungshäufigkeit:

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4
Aufmerksamkeit für Probleme und anhaltende Beschäftigung damit (11)	Selbstwahrnehmung einschließlich selbstkritischer Aussagen (19) davon: werde depressiv (3) werde aggressiv (1) werde stur (1)	Suche nach Lösungen/ Alternativen eigene Suche (25) z.B. Internet (3) mit anderen (27) dabei werden Examinierte als ExpertInnen betrachtet (4)	Umsetzung von Alternativen (6) Zuhören, auf den anderen mehr zugehen (3) Kompromiss (2) gedanklich Alternativen erproben (1)

Tab. 10: Auswertungskategorien bzgl. Reflektiertheit

Dabei lassen sich folgende Problemlösungsstrategien unterscheiden:

- Wiederholung der problematischen Interaktion zu einem späteren Zeitpunkt und z.T. beharren auf eigenem Standpunkt (Durchsetzung)
- Ausweichen, Thema wechseln
- Lösungen im sozialen Austausch suchen
- gedankliche oder wirkliche Erprobung von Handlungsalternativen

Frage 6: Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)

Als Ausdruck von KSD glaubt die Mehrheit (19) die Gesprächsrolle „meist“ erfolgreich wechseln zu können, wenn sich Gesprächspartner ändern. Mit nur einer geringen Streuung, vier Antworten „teils/ teils“ und sieben „immer“, glauben die Befragten Kommunikationssituationen meist differenzieren zu können.

Fragen 8-12:

Diese Fragen erfassen die verschiedenen Bestandteile der kommunikativen Fachkompetenz. Sie unterscheiden sich bezüglich Gesprächspartner und Gesprächsanlässen.

Frage 8: *Fühlen Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?*

Keine SchülerIn fühlt sich Beratungsgesprächen gar nicht gewachsen. Die Antworten verteilen sich auf die restlichen Stufen tendenziell gleich; d.h. ebenso viele SchülerInnen geben an, sich solchen Gesprächen „gewachsen“, „meist gewachsen“ oder „eher nicht gewachsen“ zu fühlen.

Als Gründe für Probleme werden oftmals zu geringe Fachkenntnisse (13) genannt, daneben eigene Aufregung (4) und aneinander vorbeireden (5).

Frage 9: *Fühlen Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?*

Gesprächen mit verwirrten Menschen glauben 22 SchülerInnen gewachsen zu sein („ja“ oder „meist“). 7 SchülerInnen fühlen sich dem teils/ teils und eine SchülerIn „eher nicht“ gewachsen. Wenn Probleme erlebt werden, liegen die Gründe an einem Mangel an Geduld (10) und daran, aneinander vorbei zu reden (10). Zeitknappheit wird von zwei und Wissensdefizite von einer SchülerIn genannt.

Frage 10: *Fühlen Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?*

Nur drei SchülerInnen fühlen sich Konfliktgesprächen gegenüber „eher nicht“ gewachsen, ansonsten verteilen sich die Antworten tendenziell ähnlich auf „ja“, „meist“ oder „teils/ teils“.

Als problematisch werden Unterlegenheitsgefühle (6), das Erleben von Abwertung (2) und Hierarchieprobleme (1) genannt. Eine SchülerIn beklagt an sich selbst, nicht „Ruhe bewahren“ zu können. Ein Antwortbogen enthält den Begriff „Gegner“ als Bezeichnung für den Gesprächspartner im Konfliktgespräch.

Frage 11: *Fühlen Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?*

Anleitungsgesprächen fühlen sich die SchülerInnen mehrheitlich gewachsen (22 „ja“ oder „meist“). Lediglich eine SchülerIn fühlt sich solchen Gesprächen

„eher nicht“ gewachsen, die Übrigen antworteten „teils/ teils“. Probleme ergeben sich aus noch mangelnden Kenntnissen (4) und Unsicherheitsgefühlen (6). Bei der Beantwortung dieser Frage vermischen sich die Rollen, welche im Gespräch eingenommen werden. Bei einigen Antworten lässt sich schließen, dass die Rolle der Angeleiteten gemeint war, bei anderen die Rolle der AnleiterIn.

Frage 12: Fühlen Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?

Gesprächen mit schwer kranken Menschen fühlen sich viele SchülerInnen (14) nur teilweise gewachsen. 11 geben als Antwort „ja“ oder „meist“ und vier „eher nicht“. Die Streuung der Antworten ist relativ groß. Zehnmal wird als Grund Unsicherheit und viermal Mitleid angegeben. Eine SchülerIn beklagt die Unangemessenheit solcher Gespräche.

Frage 15: Belasten Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?

Die Antworten auf die Frage zum Belastungserleben (Zusammenhang zur personalen Kompetenz) verteilen sich über die gesamten Antwortalternativen. Die große Streuung macht dennoch eine Polarisierung der Antworten deutlich. Auf der einen Seite erleben SchülerInnen ausgeprägte Versagensängste (8) und auf der anderen Seite verfügen SchülerInnen über kein oder kein ausgeprägtes Belastungserleben (7), sondern zeichnen sich eher durch ein hohes Maß an Selbstbewusstsein bei beruflichen Kommunikationsproblemen aus. Eine Antwort fällt besonders auf, nämlich die Besorgnis den falschen Beruf gewählt zu haben. Drei Aussagen beziehen sich auf das Belastungserleben bei kollegialer Zusammenarbeit und eine Antwort auf die Sorge, persönlich nicht anerkannt zu sein.

5.3.4 Durchführung mit Fragebogen 2

Im Rahmen einer weiteren Unterrichtseinheit im Kurs (2007/ 2010) der Schwabacher Krankenpflegeschule, am 17.7.2008, bat die Dozentin/ Autorin die SchülerInnen um die Beantwortung eines zweiten Fragebogens zur Kommunikationsausbildung. Zu diesem Zeitpunkt hatte eine SchülerIn den Kurs nach der Probezeit verlassen und eine andere wurde in diesen Kurs zurückgestuft, so dass die Anzahl der SchülerInnen unverändert blieb.

Die Dozentin begründete die Fragebogenerhebung mit dem Hinweis, dadurch eine Rückmeldung über das Seminar zu erhalten. Der zeitliche Abstand von Kommunikationsunterricht zu dieser Erhebung betrug mehr als 10 Wochen. Während dieser Zeit waren die Auszubildenden überwiegend im praktischen Einsatz auf den Stationen.

Nach etwa 20 Minuten waren alle 31 Fragebogen ausgefüllt und abgegeben, ohne dass Zwischenfragen gestellt worden waren.

5.3.5 Auswertung von Fragebogen 2

Die Auswertung erfolgte in gleicher Weise, wie unter III. Teil, Kap. 4.3.3 beschrieben.

Drei Fragebogen fielen gegenüber dem Antwortmuster der übrigen auf, weil entweder beidseitig oder auf der zweiten Seite ausschließlich extreme Antwortalternativen angekreuzt waren, überwiegend ohne frei formulierte Erklärungen anzufügen und stets im Sinn von „alles ist ohne Probleme“. Alle Fragen nach der erlebten Sicherheit in bestimmten Gesprächssituationen (Fragen 8-12), Fragen nach Belastungen (Frage 15) oder Fragen nach der Beschäftigung mit heiklen Gesprächssituationen wurden im Sinn von „keine Probleme“ beantwortet. Auf einem dieser Bogen steht als Antwort auf die Frage nach Reaktionen auf problematische Situationen: „Ich erreiche immer mein Ziel!“ Als Antwort auf die Frage nach den Gedanken bei unvorhergesehenen Ereignissen: „Meine!“

Frage 1: Werden in der Kommunikationsausbildung solche Fachkenntnisse vermittelt, die Sie im Berufsalltag benötigen?

Die Frage, ob die Kommunikationsausbildung berufsrelevante Fachkenntnisse vermittelt, wurde mehrheitlich mit „meist“ beantwortet (13). 8 Antworten stimmten ohne Einschränkung zu („ja“) und ebenso viele SchülerInnen antworteten mit „teils/ teils“. Nur 2 Bogen waren mit „eher nicht“ angekreuzt.

Frage 2: Wie zufrieden Sind Sie mit der Kommunikationsausbildung? (Kommunikationsseminar und Unterrichtseinheiten)

Insgesamt bestand eine allgemeine Zufriedenheit mit der Kommunikationsausbildung. 6 SchülerInnen waren damit „sehr zufrieden“ und 3 „teils/ teils“. Alle anderen Antworten lagen bei „zufrieden“. Detailfragen zur

Zufriedenheit, nach Einzelaspekten, wichen nur unwesentlich von der Gesamtzufriedenheit ab. Bezuglich der Unterrichtseinteilung in theoretische und praktische Elemente gab es 2 Antworten, die „eher“ Unzufriedenheit erkennen ließen, 9 meinten „teils/ teils“ und 20 waren „sehr“ oder „zufrieden“. Bezuglich des Einsatzes verschiedener Methoden (Gruppenarbeiten, Rollenspiele, Frontalunterricht) zeigten sich 21 SchülerInnen „sehr“ oder „zufrieden“, 8 „teils/ teils“ und nur 1 „eher nicht“. Sehr ähnliche Zufriedenheitsaussagen ergaben die Antworten auf die Frage, eigene Ideen und Vorschläge in den Unterricht einbringen zu können, wobei hier keinerlei Unzufriedenheit angegeben wurde.

Frage 3: *Profitieren Sie auch in nicht- beruflichen Lebenssituationen von Kenntnissen der Gesprächsführung?*

Eine große Mehrheit (26) glaubt, Kommunikationskenntnisse auf nicht-berufliche Situationen übertragen zu können. Lediglich 3 Antworten verneinten eine Übertragbarkeit und nur 2 SchülerInnen zeigten sich unentschieden (teils/ teils).

Frage 4: *Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/ Gesprächsführung?*

18 SchülerInnen halten sich im Bereich Kommunikation für „sehr“ bzw. „kompetent“. 12 für „teils/ teils“ und 1 für „weniger kompetent“.

Frage 5: *Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.*

Die offen zu beantwortende Frage, nach Reaktionsweisen auf problematische Gesprächssituationen, wurde mit einer sehr großen Vielfalt an Antworten bearbeitet. 21 verschiedene Aussagen wurden gemacht. Diese lassen sich grob zu drei Bereichen zusammenfassen. Der erste Bereich könnte mit konstruktive Ansätze überschrieben werden, hierzu gehören Antworten, die Verstehen, Nachdenken und eine neue Herangehensweise beschreiben (10), wie z.B. „Ich denke zunächst selbst nach, versetze mich in die Rolle des anderen und versuche dann auch meine Argumente anzubringen“.

Ein zweiter Bereich könnte mit „defensive Ansätze“ bezeichnet werden und fasst Aussagen wie, „verschieben“, „ruhig bleiben“, „überlegt beenden“ und „ausweichen“ zusammen (14).

Im dritten Bereich finden sich eher destruktive Angaben (5). Beispiele dafür sind „laut werden“, „stur“ und „ungeduldig werden“.

Eine Beantwortung fehlte vollständig, eine weitere lautete: „Ich erreiche immer mein Ziel!“ Etwa ein Drittel der Aussagen können in diesem Sinn als konstruktive Ansätze gelten und knapp die Hälfte als defensiv. Nur eine Minderheit der SchülerInnen (etwa ein Sechstel) antwortete in destruktiver Weise auf diese Frage.

Frage 6: *Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)*

Die Gesprächsrolle zu wechseln scheint für kaum jemanden ein Problem darzustellen. Je etwa zur Hälfte, antworteten die TeilnehmerInnen mit „immer“ bzw. „meist“ gelingt ein Gesprächsrollenwechsel.

Frage 7: *Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?*

Bei der Beantwortung der Frage, ob unvorhergesehene Gesprächssituationen ein Nachdenken auslösen, wurde die gesamte Breite an Antwortmöglichkeiten ausgeschöpft. Dabei herrschten allerdings die Antworten „teils/ teils“ (11) und „meist“ (13) vor. 3 SchülerInnen denken „immer“ über solche Gespräche nach, je 2 „selten“ oder „nie“. Bei den freien Antworten dominierten Aussagen, die als kritische Reflexionen einzuordnen sind (16). Beispiele dafür sind: „War es richtig oder kompetent wie ich meinen Standpunkt vertreten habe?“, „Hat der Gesprächspartner mich auch richtig verstehen können?“, „War mein Verhalten in Ordnung?“, „Hätte ich besser reagieren können?“. Zwei Antworten gehen über eine kritische Reflexion hinaus und lassen reflexive Deutungen vermuten („Warum ist das Gespräch so verlaufen? Wie sieht mich der andere dabei? Hat er mich verstanden? Habe ich ihn richtig verstanden? Soll ich das Gespräch noch einmal aufgreifen?“).

Frage 8: *Fühlen Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?*

Die Sicherheit bei Beratungsgesprächen ist mehrheitlich (19) nur „teils/ teils“ vorhanden. 7 SchülerInnen fühlen sich diesen Gesprächen „immer“ bzw. „meist“ gewachsen und 3 „eher nicht“. Die Gründe für Unsicherheiten liegen schwerpunktmäßig bei einem als defizitär erlebten Fachwissen (11) und

sprachlichen (3) bzw. persönlichen (4) Unzulänglichkeiten. Eine SchülerInn beklagt Probleme bei fremdsprachigen Patienten, mit denen es keine gemeinsame Sprachebene gibt.

Frage 9: Fühlen Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?

Verwirrten Menschen gegenüber fühlen sich die SchülerInnen mehrheitlich „meist“ gesprächssicher. Lediglich eine Antwort lautete „eher nicht sicher“ und 7 „teils/ teils“. Selbtkritische Bemerkungen, die die Suche nach einem professionellen Umgang mit dieser Patientengruppe erkennen lassen, wie „ich komme nicht an ihn heran“, „ich kann Patienten nicht aus seiner Gegenwart abholen“ oder „mir fehlt Einfühlung“, kommen dabei ebenso vor, wie das Beklagen des Zeitproblems (2) und Missverständnisse (8).

Frage 10: Fühlen Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?

Die Antworten, auf die Frage nach der Sicherheit bei Konfliktgesprächen, verteilen sich tendenziell zwischen „ja, ich bin sicher“ und „ich bin teils/ teils sicher“. Knapp ein Drittel fühlt sich uneingeschränkt sicher und knapp die Hälfte erlebt auch Schwierigkeiten. Diese werden hauptsächlich der eigenen Person (Temperament, nicht sachlich, manchmal keine Durchsetzung) zugeordnet und nur in 3 Fällen der Situation (Druck) oder dem Gesprächspartner (unzugänglich, Dominanz).

Frage 11: Fühlen Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?

Anleitungssituationen bereiten den SchülerInnen geringe Probleme. Sie fühlen sich solchen Gesprächen mehrheitlich gewachsen (23). Nur 6 Antworten waren „teils/ teils“ und 2 „eher nicht“. Wenn Probleme erlebt werden, beziehen sie sich auf defizitäres Fachwissen (3) und auf Selbstzweifel (3) (Aufregung, Unerfahrenheit). 2 Antworten bemängeln situative oder den Partner betreffende Faktoren.

Frage 12: Fühlen Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?

Der Umgang mit schwer kranken Menschen bereitet der Mehrzahl der TeilnehmerInnen „teilweise“ oder „eher“ Schwierigkeiten. Dabei erleben die SchülerInnen emotionale Probleme (Mitleid, Betroffenheit, Unsicherheit, Angst),

sprachliche Hemmnisse (nicht die angemessene Sprechweise) und eher fachliche Probleme. Die fachlichen Probleme tangieren das Thema „Tod und Sterben“, „Beziehungsaufbau“ und „Gesprächsbeendigung“.

Frage 13: *Wenn Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?*

Alle SchülerInnen nutzen als Strategien bei überfordernden Gesprächssituationen „überlegen“ (16), „mit anderen reden“ (20) und mit „Experten reden“ (6) und Kombinationen davon. Mehrfachankreuzungen waren möglich.

Eigene Kompetenzen und die Suche nach sozialem Konsens werden von den TeilnehmerInnen genutzt.

Frage 14: *Welche Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?*

Die Antworten auf die frei zu bearbeitende Frage nach Gesprächsstrategien lassen sich in drei Kategorien einteilen.

Unsicherheit und destruktive Strategien (3)	Unsicherheit und Suche nach konstruktiven Strategien (4)	Konstruktive Strategien (13)
<ul style="list-style-type: none"> • Rolle spielen • nachgeben • ausweichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe suchen • Personal um Hilfe bitten • besänftigen 	<ul style="list-style-type: none"> • miteinander überlegen • überlegen plus andere Meinung (sozialen Konsens suchen) • überlegen plus Geduld (Reflexion und Geduld) • auf andere zugehen, mit Zuhören und Verständnis • nachfragen, um zu verstehen • akzeptieren des anderen (Reflexion und Deutung) • von Neuem anfangen, indem auf andere eingegangen wird, um Lösungen, Kompromisse zu finden (Reflexion, Deutung, Handlungsalternativen)

Tab. 11: Bewältigungsstrategien gemäß Fragebogen 2 im zweiten Unterricht

Frage 15: Belasten Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?

7 SchülerInnen fühlen sich von Kommunikationsproblemen im Berufsalltag „meist“ belastet, 3 „gar nicht“ und 21 „eher nicht“ oder „teils/ teils“. Dabei beziehen sich belastende Gedanken auf die eigene Wirkung auf andere und deren Einschätzung (schlechte Noten, ungute Fremdeinschätzung). 5 SchülerInnen geben Selbstzweifel an, im Sinn „Was kann ich besser machen?“, „Bin ich zu ruhig?“ oder „Andere verstehen mich nicht!“. Eine SchülerIn erlebt als Folge von Kommunikationsproblemen ein schlechtes Arbeitsklima. Dagegen entwickeln 2 TeilnehmerInnen positive Gedanken, indem sie hervorheben, „miteinander reden erleichtert die Arbeit“.

Frage 16: Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?

Bis auf 4 Ausnahmen halten alle SchülerInnen Gesprächsführung im Pflegeberuf für „sehr wichtig“. Die 4 Ausnahmen halten diese für „wichtig“. D.h. es besteht ein allgemeiner Konsens über die große Bedeutung von Kommunikationskompetenz in der Pflege.

5.4 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung der Studie zum zweiten Kommunikationsunterricht erfolgt zunächst als Einzeldarstellung von Fragebogen 1 und Fragebogen 2 und im zweiten Schritt als Vergleich beider Erhebungen. Dabei wird das Prinzip der Fragebogen-Konstruktion, nämlich die Parallelität von Fragebogen 1 und Fragebogen 2, als Gegenüberstellungsrichtlinie herangezogen.

5.4.1 Ergebnisse von Fragebogen 1

Nahezu ohne Einschränkung wird der Gesprächsführung in der Pflege eine sehr hohe Bedeutung zugeschrieben. Die SchülerInnen schätzen sich dabei insgesamt als eher kompetent ein, wobei das Erleben von Defiziten bei einigen offen zum Ausdruck gebracht wird. Kaum Schwierigkeiten werden beim Wechsel von Kommunikationssituationen empfunden. Spezifischen Kommunikationssituationen, wie Beratung, Anleitung, Gespräche mit verwirrten oder schwer kranken Menschen und Konfliktgesprächen begegnen viele SchülerInnen mit einem großen Selbstbewusstsein und einem geringen

Problembewusstsein. Eine Minderheit offenbart eine gegensätzliche Sichtweise, nämlich ein geringes Selbstbewusstsein und ein hohes Problembewusstsein. Probleme beziehen sich einerseits auf mangelndes Pflegefachwissen (bei Beratungen) und andererseits auf persönliche Unsicherheiten (im Umgang mit schwer kranken Menschen). Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sich die SchülerInnen im ersten Ausbildungsjahr befinden und erst beginnen die Vielfalt an Pflegesituationen kennen zulernen, also eher als unerfahren bezeichnet werden müssen.

Diese Begründung ist vermutlich auch auf das mangelnde Problemerleben im Umgang mit verwirrten Menschen anzuwenden.

Problemlösungsstrategien, als Teilbereich der personalen Kompetenz, sind bei einer Mehrheit defizitär ausgeprägt. Zwar wenden viele ihre Aufmerksamkeit problematischen Kommunikationssituationen zu, verfügen aber eher in Ausnahmefällen über professionelle Strategien, im Sinn von Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit und der Entwicklung von Handlungsalternativen. Eine kleine Gruppe von SchülerInnen formuliert als persönliche Strategie das gedankliche oder tatsächliche Erproben von Handlungsalternativen. Mehrheitlich befinden sich die SchülerInnen auf der Suche nach Problemlösungen, versuchen diese teilweise im sozialen Konsens zu finden und praktizieren Strategien, wie Wiederholung, Beharren auf einem Standpunkt und Ausweichen, die als weniger konstruktive Maßnahmen gelten. Häufig werden examinierte Pflegekräfte für ExpertInnen für Kommunikationsprobleme gehalten und es wird deren Rat gesucht.

Im Erleben von Belastungen zeigen sich große Unterschiede. Jeweils Minderheiten vertreten Extrempositionen im Belastungserleben. Diejenigen, die sich sehr stark belastet fühlen, begründen dies einerseits mit persönlichen Versagensängsten (vgl. die Gruppe mit geringem Selbstbewusstsein und hohem Problembewusstsein), andererseits aber auch mit Schuldzuweisungen ans KollegInnenteam. Eine Aussage formuliert Gedanken des Berufsausstieges.

Möglicherweise haben die vielfältigen Fragen ein hohes Reflexionsmaß ausgelöst, so dass eine ausführliche und offene Beschäftigung mit der letzten Frage, nach den Belastungen, stattfinden konnte. Zudem war der Zeitpunkt der

Erhebung (18.3.08) zeitnah zum Ende der Probezeit, was Versagensängste verstärkt haben mag.

5.4.2 Ergebnisse von Fragebogen 2

Die sehr große Bedeutung von Gesprächskompetenz im Pflegealltag konnte bestätigt werden.

Die berufliche Verwertbarkeit des vermittelten Fachwissens in Kommunikation/Gesprächsführung wird mehrheitlich als passend empfunden. Allerdings, so muss eingeschränkt werden, blieben den SchülerInnen nur wenige Wochen zur Erprobung des Kommunikationswissens (Seminar 4/2008 und Erhebung 7/2008).

Bei den meisten herrschte eine allgemeine Zufriedenheit mit der Kommunikationsausbildung vor, was in ähnlicher Weise auch auf die Teilbereiche, Unterrichtsgestaltung, -methoden und Eigeninitiative übertragen wurde. Nur einzelne SchülerInnen waren eher nicht zufrieden und nur wenige waren teilweise zufrieden. Etwa zwei Drittel waren „sehr“ oder „zufrieden“. Doch hierbei muss eingeschränkt werden, dass sowohl eine unterrichtliche Vertiefung des Themas „Konflikte“, als auch ein weiteres Seminar über „Tod und Sterben“, jeweils im dritten Ausbildungsjahr, noch ausstehen.

Einer großen Mehrheit (fünf Sechstel) gelingt der Transfer von beruflichem Wissen auf andere Lebensbereiche. Damit konnte ein Baustein der personalen Kompetenz geschaffen werden.

Die Selbsteinschätzung der sozial- kommunikativen Kompetenz ist mehrheitlich eher hoch, nur eine Aussage weicht davon ab. Ebenso gelingt es fast allen, Kommunikationssituationen zu differenzieren und die Gesprächsrollen zu wechseln.

Das Wissen zur Gesprächsführung zählt im Fach „Kommunikation“ gleichwohl als sozial- kommunikative Kompetenz als auch als Fachkompetenz und kann auf die berufliche Verwertbarkeit bezogen werden, wie diese sich in den beruflichen Handlungsfeldern darstellt. Einschränkungen in der Selbsteinschätzung gibt es im Feld der Beratung, da hier Pflegefachwissen noch nicht ausreichend vorhanden ist. Ebenso im persönlichen Umgang mit den eigenen Emotionen, was wiederum Konsequenzen für eine ungünstigere

Bewertung in den Bereichen Konfliktgespräche und Gespräche mit schwer kranken Menschen hat.

Problembewusstsein im Umgang mit verwirrten Menschen ist auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt, also knapp ein Jahr nach Ausbildungsbeginn, nicht erkennbar.

Konstruktive Problemlösungsstrategien, als Merkmal personaler Kompetenz, sind in Ansätzen bei etwa einem Drittel der Befragten erkennbar. Diese offenbaren Reflexionen über Kommunikationssituationen, verbunden mit Deutungsversuchen und/ oder der Suche nach Handlungsalternativen. Meist sind eigene Reflexionen mit sozialen Vergleichsprozessen kombiniert. Destruktive Problemlösungsversuche sind eher selten. Häufiger besteht bei den Befragten eine Unsicherheit und das Bestreben konstruktive Strategien zu finden. Dieses Ergebnis sollte als wichtiges Argument gelten, um zu belegen, dass eine in dieser vorgeschlagenen Weise gestaltete Kommunikationsausbildung Potenziale der SchülerInnen fördert, die durch eine weiter greifende, auch den Praxisalltag umfassende Ausbildung, den Weg zur Professionalität beschreiben könnte.

Das Belastungserleben erwies sich als nicht sehr ausgeprägt. Die Befragten gaben überwiegend an, von möglichen negativen Bewertungen anderer belastet zu werden. Berufsausstiegsgedanken waren an keiner Stelle angedeutet, allerdings hatte eine SchülerIn den Kurs nach der Probezeit verlassen, dafür war eine weitere, zur Wiederholung, in den Kurs dazu gekommen.

5.4.3 Vergleich der Ergebnisse von Fragebogen 1 und Fragebogen 2

FB 1	FB 2	Inhalt	Vergleich
Frage 3	Frage 16	Bedeutung von Kommunikation	Übereinstimmend als sehr wichtig eingeschätzt
Frage 4 Frage 5	Frage 4 Frage 5	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung sozial-kommunikative Kompetenz • Reflektiertheit (Verh. bei Problemen) 	im FB 2 höhere Einschätzung (seltener „eher nicht“ bzw. „teils/teils“ und häufiger „meist“)
Frage 6	Frage 6	<ul style="list-style-type: none"> • KSD 	ähnlich hohe Einschätzung
Frage 7	Frage 7	<ul style="list-style-type: none"> • Reflektiertheit, Deutung 	FB 1 Aufmerksamkeit für Probleme; FB 2 Ansätze kritischen Reflektierens
Frage 8 Frage 9 Frage 10 Frage 11 Frage 12	Frage 8 Frage 9 Frage 10 Frage 11 Frage 12	Beratung Umgang mit verwirrten M. Konflikte Anleitung schwerkranke M. → Fachkompetenz und berufl. Verwertbarkeit	Verändertes Antwortverhalten in Richtung eines mittleren Maßes an Selbst- und Problembewusstsein
Frage 13 Frage 14 Frage 15	Frage 13 Frage 14 Frage 15	<ul style="list-style-type: none"> • personale Kompetenz (Strategien, Belastungen) 	Tendenz von FB 1 zu FB 2, vermehrt Ansätze zu konstruktiven Strategien; geringeres Belastungserleben als im FB 2
	Frage 1 Frage 2 Frage 3	<ul style="list-style-type: none"> • Fachkompetenz • Verwertbarkeit, • Zufriedenheit • personale Kompetenz (Übertragbarkeit) 	nur in FB 2, dort eher ausgeprägt bzw. hoch
Frage 1 Frage 2		Erwartungen	

Tab. 12: Vergleich der Ergebnisse von Fragebogen 1 und Fragebogen 2 des zweiten Unterrichts

Zusammenfassend ist in beiden Erhebungen des zweiten Kommunikationsunterrichts eine Offenheit für neue, wirkungsvolle und damit professionelle Problemlösungsstrategien ablesbar. Die Antworten dokumentieren die Suche nach neuen Ansätzen. An einigen Aussagen ist ein Entwicklungsprozess erkennbar, die üblichen Handlungsroutinen durch zusätzliche Handlungsalternativen zu ergänzen. Diese Offenheit und diese Entwicklungspotenziale sollten im weiteren Verlauf der Ausbildung gefördert und vertieft werden und zwar nicht nur punktuell im Fach Kommunikation und

Gesprächsführung, sondern in allen theoretischen und praktischen Ausbildungsfeldern.

Einen weiteren Beleg für diese ermutigende Interpretation liefert das Antwortverhalten von Fragebogen 1 gegenüber Fragebogen 2, bezogen auf das offenbarte Selbst- und Problembewusstsein. Waren bei Fragebogen 1 noch ausgeprägte Polarisierungen von hohem Selbst- und geringem Problembewusstsein einerseits und geringem Selbst- und hohem Problembewusstsein auf der anderen Seite zu finden, so relativierte sich dieser Eindruck bei Fragebogen 2, in Richtung einer mittleren Ausprägung beider Merkmale. Im Verlauf der Kommunikationsausbildung brachten die SchülerInnen ein Problembewusstsein zum Ausdruck, dem ein Maß an Selbstbewusstsein gegenüber steht, das effektive Problemlösungen erwarten lässt, unter der Voraussetzung, dass dieses Selbstbewusstsein unterfüttert wird mit den entsprechenden Kompetenzen. Übertragen auf Schlüsselqualifikationen, als Merkmale der Ausbildungsqualität, kann eine Vertiefung der sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen angenommen werden und damit eine verbesserte Ausbildungsqualität. Dies gilt ebenso für die sozial-kommunikative Fachkompetenz, wobei sich hierbei Interdependenzen mit dem übrigen pflegeberuflichen Fachwissen ergeben.

6. Diskussion der Ergebnisse beider Unterrichte

Das Ergebnis, dass Gespräche mit verwirrten Menschen mehrheitlich als unproblematisch erlebt werden, überrascht. Die besonders große Herausforderung im Umgang mit verwirrten Menschen und die derzeit bestehenden Defizite eines professionellen Umgangs werden in der Fachliteratur häufig rezipiert (z.B. Vierter Altenbericht, BMFSFJ 2002; Menke & Rohleder 2003; Müller- Hergl 1998; Schützendorf et al. 2004). Auch Tomschi (2008) hat sich in ihrer Diplomarbeit an der evangelischen Fachhochschule Nürnberg mit der Situation von demenzkranken Patienten im Krankenhaus auseinandergesetzt. In einer qualitativen Befragung des Personals eines Krankenhauses in Süddeutschland ($N = 32$) kommt sie zu dem Ergebnis, dass derzeit demenzkranke Patienten nicht entsprechend ihrer Bedürfnisse betreut werden können, da Ablaufstrukturen und Organisationsformen im Krankenhaus nicht auf demenzkranke Patienten ausgerichtet sind, das Personal über zu wenig Wissen zum Thema Demenz verfügt und das Personal keine ausreichenden Kompetenzen im Umgang mit dieser Patientengruppe hat.

Davon ist in dieser Studie an keiner Stelle etwas erkennbar. Mehrheitlich fühlen sich die SchülerInnen, der Kurse 2005/ 2008 und 2007/ 2010, Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen. In Einzelfällen wurden selbstkritische Aussagen notiert („Ich kann ihn nicht in seiner Gegenwart abholen“; Kurs 2007/ 2010, Fragebogen 2), die ein Problembewusstsein zum Ausdruck bringen.

Dieses unerwartete und zur Fachliteratur widersprüchliche Ergebnis lässt verschiedene Erklärungsansätze zu. Die SchülerInnen verfügen über ein geringes Problembewusstsein im Umgang mit verwirrten Menschen, weil sich auf den Stationen ihres praktischen Tätigseins Umgangsformen etabliert haben, die eine zielorientierte Pflege zulassen. Ob diese Umgangsformen als professionell gelten können oder nicht, lässt sich an dieser Stelle nicht beurteilen, dazu fehlen Interview- und Beobachtungsdaten. Andererseits sind die StudienteilnehmerInnen ausschließlich Krankenpflegekräfte, die in diesem Pflegebereich meist nur kurzfristig Kontakt mit verwirrten Menschen haben und das häufig in akuten Krankheitssituationen, die oftmals entsprechende Medikationen erfordern. Altenpflegekräfte, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen, haben stattdessen langfristig und im Alltagsablauf

Umgang mit verwirrten Menschen und erleben auf Grund dessen andere und vermutlich ausgeprägtere Problemsituationen. Dieser zweite Erklärungsansatz lässt sich allerdings nicht mit der Untersuchung von Tomschi (2008) in Einklang bringen. Vermutlich trägt zu dem hier vorliegenden Ergebnis auch bei, dass die Auszubildenden noch zu wenig Erfahrungen mit der Patientengruppe von dementiell veränderten Menschen gemacht haben. Eine aussagekräftigere Erklärung könnte erst eine weitere Forschung, mittels Beobachtung und Interview, liefern.

Ansonsten führen die Befragungen zu den beiden Unterrichten zu recht unterschiedlichen Ergebnissen. Am auffälligsten manifestiert sich das an der Ausprägung von Offenheit, welche sowohl die Offenheit bzgl. eigener Erfahrungen, Gedanken und Emotionen meint, als auch die Offenheit gegenüber neuen Problemlösungsstrategien. Die SchülerInnen des ersten Unterrichts (Kurs 2005/ 2008) zeichneten sich durch geringe Offenheit aus, während die SchülerInnen des zweiten Unterrichts (Kurs 2007/ 2010) große Offenheit zum Ausdruck brachten. Damit im Zusammenhang steht, dass die Aussagen des Kurses 2005/ 2008 kaum im Sinn von Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit und der Entwicklung von Handlungsalternativen interpretiert werden können, während dies bei Kurs 2007/ 2010 in Ansätzen gut zu belegen ist. Die Auszubildenden des ersten Unterrichts ließen stellenweise ein großes Belastungserleben erkennen, dem nur ein geringes Maß an Bewältigungsstrategien gegenüber stand. Der zweite Kurs deutete dagegen eine Entwicklung an, die sowohl ein mittleres Maß an Belastungen und Problemen, als auch ein mittleres Maß an Bewältigungsvermögen dokumentierte.

Beantwortung der Forschungsfrage:

Die hier aufgezählten Hauptunterschiede beider Unterrichte rechtfertigen die Interpretation, dass das Ziel, mit der Kommunikationsausbildung gemäß Handbuch, Kommunikationskompetenzen (Reflektiertheit, KSD, Deutungsfähigkeit) zu fördern und ergebnisqualitativen Ansprüchen zu genügen, im ersten Unterricht eher nicht erreicht wurde, während es im zweiten Unterricht eher gelungen ist.

Nach dieser Feststellung gilt es nach Gründen für diese Diskrepanz zu suchen. Der Grund, der sich auf den ersten Blick aufdrängt, ist der Mangel an Offenheit, der für die Verzerrungen der Aussagen verantwortlich zu machen und für ein tendenzielles Scheitern des ersten Unterrichts heranzuziehen ist. Jedoch besitzt die Interpretation, die Aussagen der Befragten seien Verschleierungen und würden wahre Zusammenhänge verdecken, nur einen sehr begrenzten Erklärungswert.

Etwas besser wird die Situation beleuchtet, wenn man die Ergebnisse des Kurses 2005/ 2008 mit der Tatsache in Verbindung bringt, dass es sich um eine einmalige Erhebung handelte. Damit ist einerseits ein Vergleich vor und nach der Kommunikationsausbildung nicht möglich und es fehlte dem Kurs andererseits der Reflexionsanstoß, der durch Fragebogen 1 sicherlich hätte ausgelöst werden können. Fragebogenerhebungen intendieren explizit und implizit reflektierendes Denken, so dass ein erster Erhebungsdurchgang durchaus als Förderung der Reflexionsfähigkeit hätte verstanden werden können. Doch auch diese Erklärung kann noch keine wirklich befriedigende Begründung für die Unterschiede beider Unterrichtsversuche liefern.

Sehr viel stichhaltiger erscheint dagegen die Argumentation, dass der erste Unterrichtsversuch und die Erhebung mit Fragebogen 2 in einem sehr großen zeitlichen Abstand erfolgten, nämlich knapp zwei Jahre später. Wenn während dieser Zeit die Förderung der Schlüsselqualifikationen in den Hintergrund geraten ist, kann davon ausgegangen werden, dass Ansätze von Reflexions- und Deutungsfähigkeit in den knapp zwei Jahren verblasst und verkümmert sind. Das beschriebene „Inseldasein“ der Kommunikationsausbildung wäre dann dafür verantwortlich, dass die durch die Kommunikationsausbildung angeregten Schlüsselkompetenzen nicht beständig wurden. Wäre die Erhebung mit Fragebogen 2 dem Kommunikationsunterricht zeitnah angeschlossen worden, wie es beim zweiten Unterricht geschah, wären wohl auch andere Ergebnisse zu erwarten gewesen.

Diese Interpretation kann mit einer Studie von Fleischmann (2002) in Verbindung gebracht werden. Fleischmann beschäftigte sich mit dem Zusammenhang von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, verstanden als selbstbezogene Kognitionen und Kontrollerleben, und dem Belastungserleben von Pflegekräften der stationären Altenhilfe. Es sollte empirisch überprüft

werden, dass hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugungen das Belastungserleben senken und umgekehrt, wobei beide Faktoren als voneinander unabhängig betrachtet wurden. Die statistische Auswertung erbrachte zwar nur geringe Korrelationen zur Bestätigung der Hypothesen, aber die inhaltsanalytische Auswertung verwies auf den positiven Zusammenhang von Ausbildungszeit und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen auf der einen Seite und dem negativen Zusammenhang von Belastungserleben und der Tätigkeitsgesamtdauer auf der anderen Seite. Eine längere Ausbildung fördert also die Überzeugung selbstwirksam tätig zu sein und eine längere praktische Tätigkeit steigert das Erleben von Belastungen. Fleischmann (2002) bleibt mit seinen Schlussfolgerungen sehr zurückhaltend, vermutet weitere, vermittelnde Variablen zwischen den untersuchten Faktoren und regt stattdessen weitere themenbezogene Untersuchungen an. In die von der Autorin durchgeführte explorative Studie können diese ersten Hinweise von Fleischmann allerdings stimmig integriert werden. Die von Fleischmann beschriebenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen werden von der Autorin in ihrer Studie als Selbstbewusstsein im Umgang mit Problemlösungsstrategien bezeichnet. Wenn also Selbstwirksamkeitsüberzeugungen von der Lernbiografie positiv beeinflusst werden, erklärt sich damit der in einer zeitnahen Erhebung zur Ausbildung festgestellte Ansatz zur Verwendung konstruktiver Problemlösungsstrategien, wie das Ergebnis des zweiten Unterrichts nahe legt. Verstärkt aber die Dauer der praktischen Pflegetätigkeit das Belastungserleben, so kann damit das Ergebnis vom ersten Unterricht erhellt werden. Die zeitferne Erhebung bezüglich der Kommunikationsausbildung und die anschließende Tätigkeit sowohl im praktischen Einsatz als auch in der Schule, führten beim Kurs 2005/ 2008 möglicherweise zu einem großen Belastungserleben.

In einer ersten, vorläufigen Annahme könnten die von Fleischmann (2002) als vermittelnde Variablen vermuteten Einflussgrößen Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit und die Entwicklung von Handlungsalternativen sein. Weitere Überprüfungen dieser Zusammenhänge sollen ebenfalls angeregt werden.

7. Ausblick

Im ersten Teil dieser Arbeit wird argumentiert, dass die gegenwärtigen Ausbildungsformen in der Pflege keine angemessene Antwort auf die derzeitigen und in Zukunft zu erwartenden Anforderungen in den Pflegeberufen darstellen und stattdessen Defizite, insbesondere in der Kommunikation mit Pflegebedürftigen, Angehörigen und KollegInnen festzustellen sind. Die im kurzen Überblick vorgestellten Ansätze, diese Ausbildungsversäumnisse auszugleichen, münden in die Formulierung eines eigenen Konzepts zum Erwerb von Kommunikationskompetenz. Die Vorstellung eines eigenen Konzepts bildet den zweiten Teil dieser Arbeit und führt zur Darstellung eines Handbuches für Lehrende zur Kommunikationsausbildung. Darüber hinaus erarbeitet die Autorin Vorschläge, die Kommunikationsausbildung und Weiterbildung zu ergänzen und damit zu verbessern. Diese Vorschläge beziehen sich auf methodische Vorgehensweisen, wie das Szenische Spiel, der Theorie- Praxis- und der Praxis- Theorie- Transfer, eine dezidierte Praxisbegleitung, induktiv- deduktive Lernprozesse und die Übertragung von Elementen der Assessment Center auf die Pflegeausbildung. Das Handbuch ist in seiner derzeitigen Ausarbeitung als Anhang G angefügt.

Der dritte Teil beschäftigt sich schließlich mit einer ersten Evaluation des Handbuches.

Insgesamt kann die Studie, die die Autorin zu dem von ihr selbst entwickelten Handbuch durchgeführt hat, ermutigen, den Weg in der Pflegeausbildung entlang von Schlüsselqualifikationen weiter zu gehen. Noch beschränken sich die Ergebnisse auf erste Hinweise, Ansätze und eine Reihe von Vermutungen, doch auch die Zufriedenheitseinschätzungen der SchülerInnen beider Unterrichte bestärken darin, das Handbuch als Grundlage der Kommunikationsausbildung weiterzuentwickeln.

Doch, und das zeichnet sich nach diesen ersten Umsetzungen ebenso ab, kann und sollte die gesamte Pflegeausbildung allgemeine Bildungsziele, wie die Schlüsselqualifikationen, übernehmen, um Ansätze und Entwicklungsschritte der SchülerInnen bezüglich Schlüsselkompetenzen dauerhaft und nachhaltig zu verankern. Es reicht nicht aus, einzelne Ausbildungsfelder, wie hier die Kommunikationsausbildung, mit dem Anspruch der Vertiefung von

Schlüsselqualifikationen, zu überfordern. Nur eine umfassende Ausrichtung an allgemeinen Bildungszielen, wie den Schlüsselqualifikationen, kann dauerhaften Erfolg versprechen und zarte Entwicklungskeime zu tragfähigen Ergebnissen wachsen lassen.

Literaturverzeichnis

Abt- Zegelin, Angelika. 2000. Neue Aufgaben für die Pflege – Patientenedukation. Die Schwester. Der Pfleger. Jg. 39. Heft 1. S.56-59

Abt- Zegelin, Angelika. 2005. Sprache und Pflegedokumentation. In: Abt-Zegelin & Schnell (Hrsg). Sprache und Pflege. 2. überarb. Aufl. Bern: Huber. S.111-130

Abt- Zegelin, Angelika. De Jong, Anneke. 2003. Pflegeausbildung: Neue Möglichkeiten nutzen. Reflexion als berufsbildendes Konzept. Die Schwester. Der Pfleger. Jg. 42. Heft 11. S.876-880

Abt- Zegelin, Angelika. Gerig, Waltraud. Huss, Norma. 2003a. Pflegeausbildung: Neue Möglichkeiten nutzen! Information, Schulung und Beratung von Patienten/ Angehörigen (Edukation). Die Schwester. Der Pfleger. Jg. 42. Heft 9. S.710-714

Abt- Zegelin, Angelika. Huneke, Michael. 1999. Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung. Printernet. Heft 2. 1 S.11-18

Abt- Zegelin, Angelika. Schnell, Martin W. (Hrsg). 2005. Sprache und Pflege. 2. überarb. Aufl. Bern: Huber

Altenpflegegesetz (AltPfIG) (8/2003).

www.bundesrecht.juris.de/altplflg/BJNR151310000.html [9.3.2007] und
www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=31080.html [9.3.07]

Amelang, Manfred. Bartussek, Dieter. 1981. Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. Stuttgart: Kohlhammer

Arens, Frank. 2007. Entwicklung emotionaler Kompetenz in der Pflegeausbildung. Printernet. Heft 5. S.293-303

Arnold, Rolf. 2007. Ich lerne, also bin ich. Eine systemisch- konstruktivistische Didaktik. Heidelberg: Carl- Auer Verlag

Arnold, Rolf. Krämer- Stürzl, Antje. Siebert, Horst. 1999. Dozentenleitfaden: Planung und Unterrichtsvorbereitung in Fortbildung und Erwachsenenbildung. Berlin: Cornelsen

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf des Altenpflegers/ der

Altenpflegerin (AltPflAPrV) (8/2003)

www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/ausbildungs-und-pruefungsverordnung [9.3.2007]

Backes, Gertrud M. 2004. Alter und Altern im Kontext der Entwicklung von Gesellschaft. In: Kruse et al. (Hrsg). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber. S.82-96

Bäßler, Ulrike et al. 2005. In guten Händen. Arbeitsbuch. Bd. 1. Berlin: Cornelsen

Bäurle, Petra. 2005. Interkulturelle Pflege. Psychologie heute. Heft 4. S.52-55

Bartholomeyczik, Sabine. Halek, Margareta (Hrsg). 2004. Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche

Becker, Wolfgang. 1996. Ausbildung und Beruf auf dem Prüfstand – befindet sich die Altenpflege in einer Bildungskrise? In: Meifort & Becker (Hrsg). Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Köln: KDA. S.37-49

Becker, Wolfgang. 2003. Integrierte Ausbildung von Krankenpflege und Altenpflege: Pflege neu denken reicht nicht aus – es muss auch anders qualifiziert werden! Konzept eines neuen Bildungsgangs in Brandenburg. Pflege & Gesellschaft. Jg. 8. Heft 3. S.97-100 und
www.bibb.de/redaktion/krankenpflege/Konzept/Konzeptindex.html [27.11.06]

Benien, Karl. 2007. Schwierige Gespräche führen. Modelle für Beratungs-, Kritik- und Konfliktgespräche im Berufsalltag. 4.Aufl. Reinbek: Rowohlt TB Verlag

Berghaus, Helmut C. Knapic, Karl- Heinz. Sievert, Uta (Hrsg). 2001. Anspruch – Hoffnung – Wirklichkeit. Köln: KDA

Bergmann- Tyacke, Inge. 2001. Pflegeausbildung in Europa. Entwicklungen und Tendenzen. www.doku.iab.de/ibv/2001/ibv5101_3845.pdf [10.10.07]

Berne, Eric. 2002. Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen. Reinbeck: Rowohlt

Besselmann, Klaus. Fillibeck, Heiko. Sowinski, Christine. 2003. Qualitätshandbuch – Häusliche Pflege in Balance. Wege zu einer familienorientierten Pflege. Köln: KDA

www.bibb.de/redaktion/krankenpflege/konzept/konzept_index.htm; S.2 [27.11.2006]

Bielefeld, Birgit. Noska, Mechthild. 2006. Evaluation von Pflegecurricula – Ein Instrument zur vergleichenden Beschreibung und Bewertung anhand von Curriculumdokumenten. Printernet. Heft 11. S.581-591

Bienstein, Christel. Fröhlich, Andreas. 1997. Basale Stimulation in der Pflege. Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung wahrnehmungsbeeinträchtigter Menschen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben

Blank, Günter. 2005. (9./10. April). Modellhafte WG für Demenzkranke. Schwabacher Tagblatt.

Böke, Hubert. Knudsen, Lene. Müller, Monika. 1999. Nach innen wachsen. Ein Begleiter zum Leben und Sterben. Düsseldorf: Patmos

Bölicke, Claus. Steinhagen- Thiessen, Elisabeth. 2002. Qualität in der Pflege dementierender alter Menschen. In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.179-190

Bohnes, Heike et al. (Hrsg). 2006. In guten Händen. Altenpflege. Bd. 2. Berlin: Cornelsen

Bortz, Jürgen. Döring, Nicola. 2002. Forschungsmethoden und Evaluation. 3.Aufl. Berlin: Springer

Brandenburg, Hermann. 2002. Das Resident Assessment Instrument (RAI). Printernet. Heft 12. S.114-122

Brandenburg, Hermann. 2003. Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Forschungsgegenstand und den theoretischen Perspektiven zwischen Pflegewissenschaft und Gerontologie. In: Brandenburg & Klie (Hrsg). 2003. Gerontologie und Pflege. Hannover: Vincentz. S.28-58

Brandenburg, Hermann (Hrsg). 2004. Kooperation und Kommunikation in der Pflege. Ein praktischer Ratgeber für Pflegeberufe. Freiburger Schriften. Hannover: Schlütersche

Brandenburg, Hermann. 2004a. „Schätzle hinsitze“ – Überlegungen zur Kommunikation in der Altenpflege. In: Brandenburg (Hrsg). Kooperation und Kommunikation in der Pflege. Ein praktischer Ratgeber für Pflegeberufe. Freiburger Schriften. Hannover: Schlütersche. S.132-141

Brandenburg, Hermann. Klie, Thomas. 2000. Gerontologische Pflege. Die Schwester. Der Pfleger. Jg. 39. Heft 6. S.515-520

Brandenburg, Hermann. Klie, Thomas. 2003. Gerontologie und Pflege. Hannover: Vincentz

Brandenburg, Hermann. Klie, Thomas. 2003a. Aufgaben und Kompetenzprofile in der professionellen Pflege. In: Brandenburg & Klie (Hrsg). 2003. Gerontologie und Pflege. Hannover: Vincentz. S.142-194

Brandenburg, Hermann. Huneke, Michael. 2006. Professionelle Pflege alter Menschen. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer

Bray, D.W. Grant, D.L. 1966. Zitiert in: Rosenstiel von, Lutz. 1980. Grundlagen der Organisationspsychologie. – Basiswissen und Anwendungshinweise -. Stuttgart: Poeschel Verlag. S.76

Breitscheidel, Markus. 2005. Abgezockt und tot gepflegt. Alltag in Deutschen Pflegeheimen. Berlin: Ullstein

Bremer- Roth, Friedericke et al. (Hrsg). 2005. In guten Händen. Altenpflege. Bd. 1. Berlin: Cornelsen

Bujok, Eva. Schneekloth, Ulrich. 1999. Forschungsgestützte Beratung durch TRI::M – Qualitätssteigerung durch Nutzerzufriedenheit und Mitarbeitermotivation. In: Peterander & Speck (Hrsg). Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. München: Reinhard. S.267-275

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). 1996. Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. 1. unveränderter Nachdruck. Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). 2001. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). 2002. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). 2004. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für dementiell erkrankte Menschen. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). 2006. Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bea-studie-zusammenfassung.property=pdf,bereich=rwb=true.pdf [29.6.06]

Buttler & Reyher (Hrsg). 1991. Wirtschaft – Arbeit – Beruf – Bildung. Dieter Mertens: Schriften und Vorträge 1968-1987. Beitr AB110, IAB der Bundesanstalt für Arbeit Nürnberg. www.swa-programm.de/texte_material/literatur/abstract.html?kev=246 [1.8.2005]

Cohn, Ruth C. 1991. Von der Psychoanalyse zur TZI. 10. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta

Conant, Lucy H. 1997. Closing the Practice- Theory Gap. In: Nicoll. Perspectives on Nursing Theory. 3.Ed. Philadelphia: Lippincott. S.537-541

Dann, Hanns- Dietrich. 1994. Pädagogisches Verstehen: Subjektive Theorien und erfolgreiches Handeln von Lehrkräften. In: Reusser & Reusser- Weyeneth (Hrsg). Verstehen. Psychologischer Prozess und didaktische Aufgabe. Bern: Huber. S.163-182

Dann, Hanns- Dietrich. Barth, Anne Rose. 1995. Die Interview- und Legetechnik zur Rekonstruktion kognitiver Handlungsstrukturen (ILKHA). In: König & Zedler (Hrsg). Bilanz qualitativer Forschung. Bd. 2. Methoden. Weinheim: Deutscher Studienverlag. S.31-62

Darmann, Ingrid. 2000. Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. Pflege. Jg. 13. Heft 4. S.219-225

Darmann, Ingrid. 2001. Morale Entscheidungsfindung in pflegerischen Situationen. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen: Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.259-270

De Saint- Exupéry, Antonine: 1995. Der Kleine Prinz. 50. Aufl. Düsseldorf: Karl Rauch Verlag

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) (Hrsg). 2005. Kultursensibel pflegen. Fallbeispiel zur theoriegeleiteten Umsetzung des Pflegeprozesses. Paderborn: Bonifatius Verlag

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV) e.V. (Hrsg). 2004. Zukunftsorientierte Pflegeausbildung. Studie des DEKV e.V. zur Qualität der Ausbildung an evangelischen Pflegeschulen. Hannover: Schlütersche

Dibelius, Olivia. 1996. Professionalisierung der Altenpflege: Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten aus Sicht der schulischen Ausbildung. In: Meifort & Becker (Hrsg). Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Köln: KDA. S.50-57

Diegritz, Theodor. Rosenbusch, Heinz S. 1995. Die pragmatisch- dynamische Methodenkombination (PDMK) zur Erforschung von Kommunikationsprozessen. In: König & Zedler (Hrsg). Bilanz qualitativer Forschung. Bd. 2. Methoden. Weinheim: Deutscher Studienverlag. S.435-462

Dielmann, Gerd. 2006. Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. 2. erw. und aktualisierte Aufl. Frankfurt/M: Mabuse

Donabedian. 1966. Zitiert in: Menke, Marion. Schnabel, Eckart. 2001. Innovation der (Alten-) Pflegeausbildung? Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Heft 5. S.187-193

Dornheim, Jutta. 2003. Wissensgesellschaft und berufliche Bildung in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege. Printernet. Heft 5. S.152-158

Dornheim, Jutta. Maanen van, H. Meyer, J.A. Remmers, H. Schöniger, U. Schwerdt, R. Wittneben, K. 1999. Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. Pflege & Gesellschaft. Heft 4. S.73-78

Dornheim, Jutta. Busch, Jutta. Schulze, Ulrike. Silberzahn- Jandt, Gudrun. 2003. Ein empirisch begründetes Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege. Printernet. Heft 3. S.108-123

Drewermann, Eugen. 1999. Liebe jenseits von Gut und Böse. In: Stäblein (Hrsg). Glück und Gerechtigkeit. Moral am Ende des 20. Jahrhunderts. Frankfurt/M.: Insel. S.195-206

Dumpert, Michael. Euler, Dieter. Hanke, Barbara. Reemtsma- Theis, Monika. 2003. Kundenorientierte Sozialkompetenzen als didaktische Herausforderung. Schriftreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung. Bielefeld: Bertelsmann

Erikson, Eric H. 1997. Identität und Lebenszyklus. 16.Aufl. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Erpenbeck, John. von Rosenstiel, Lutz (Hrsg). 2003. Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer- Poeschel Verlag

Ersoy, Nermin. Gündogmus, Üssit N. 2003. A study of the Ethical Sensitivity of Physicians in Turkey. Nursing Ethics. No. 10. Vol. 5. S.472-483

Ertl- Schmuck, Roswitha. 2000. Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive. Frankfurt/M.: Mabuse

Ertl- Schmuck, Roswitha. 2003. Pflegedidaktische Modelle – Einschätzung und Perspektiven. In: Falk & Kerres (Hrsg). Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich. Weinheim: Juventa. S.51-72

Ewers, Michael. 2006. Case Management in der Pflege – Versuch einer Bestandsaufnahme. In: Wendt et al. (Hrsg). Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Economica. S.55-70

Falk, Juliane. Kerres, Andrea (Hrsg). 2003. Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich. Weinheim: Juventa

Faust, Oliver. Münch, Kirsten. 2004. Pflegen können. Bd. 1. Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer

Feil, Naomi. 1993. Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. 3.Aufl. Wien: Verlag Altern und Kultur

Fichtmüller, Franziska. Walter Anja. 2007. Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V&R unipress

Fiehler, Reinhard. 2002. Kann man Kommunikation lernen? Zur Veränderbarkeit von Kommunikationsverhalten durch Kommunikationstraining. In: Fiehler et al. (Hrsg). Angewandte Diskursforschung. Bd. 2. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S.18-35

Fiehler, R. Brümmer, G. Kindt, W. (Hrsg). 2002. Angewandte Diskursforschung. Bd. 2. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung

Fischer, Gottfried. 2000. Empfehlungen für den Aufbau wissenschaftlicher Beiträge. Teil I. www.thieme-connect.com/ejournals/html_fg/psychotrauma/doi/10.1055/s-2000-8054 [1.7.2008]

Fischer, Gottfried. 2001. Empfehlungen für den Aufbau wissenschaftlicher Beiträge. Teil II. www.thieme-connect.com/ejournals/html_fg/psychotrauma/doi/10.1055/s-2001-11985 [1.7.2008]

Fleischmann, Ulrich. 2002. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Belastungserleben in der stationären Altenpflege – Eine explorative Praxisstudie. In: Kaiser (Hrsg). Autonomie und Kompetenz: Aspekte einer gerontologischen Herausforderung. Erlanger Beiträge zur Gerontologie. Bd. 1. Münster. S.185-196

Flick, Uwe (Hrsg). 2006. Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbeck: Rowohlt

Flick, Uwe. 2007. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollst. überarbeitete und erw. Neuaufl. Reinbeck: Rowohlt. (1.Aufl. 1995)

Funk Kolleg Sprache. 1982. Eine Einführung in die moderne Linguistik. Bd. 1. 10.Aufl. Frankfurt/M.: Fischer

Gennrich, Rolf. 2002. Qualitative und quantitative Erfassung des Pflege- und Personalbedarfs durch das Verfahren PLAISIR. In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.275-291

Geppert, Susanne. Geppert, Cornelia. Füg, Lydia. Eidam, Dorothea. 2005. Lernfelder in der Pflegeausbildung. Theorie und praktische Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer

Gerste, Bettina. Rehbein, Isabel. 1998. Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Herausgegeben von: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO). Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. 2.Aufl. Bonn. www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf-pflege/wido_pfl_ma38_0301.pdf [27.2.2005]

Gesellschaft zur Förderung von professioneller Evaluation. 2007. Fachbegriffe der Evaluation. www.proeval.com/downloads/Fachbegriffe-der-Evaluation.pdf [22.10.2008]

Gestrich, Reinhold. 2006. Gespräche mit Schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal. 3. vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Glaser, Barnay. Strauss, Anselm L. 1998. Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber

Goerres, Stefan. 2002. Theoretische Überlegungen zur Qualitätsentwicklung. In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.131-145

Goerres, Stefan. Bohns, Stefanie. Stöver, Martina. Kippner, Antje. 2003. Modellprojekt „Integrierte Pflegeausbildung in Bremen“. Pflege & Gesellschaft. Jg. 8. Heft 3. S.91-95

Goerres, Stefan. Luckey, Karin. 2003a. Qualitätszirkel in der Pflege als Instrument der Qualitätssicherung. In: Schnabel & Schönberg (Hrsg). Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven. Münster. S.121-141

Goleman, Daniel. 1995. Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ. New York: Bantam Books

Gordon, Thomas. Edwards, W. Sterling. 1999. Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. München: Heyne

Groothoff, Hans H. 1976. Pädagogik. 15.Aufl. Frankfurt/M.: Fischer

Harking, Martina. 2005. Beratung in der Pflege. In: Schneider et al. (Hrsg). Pflegepädagogik. 2.überarb. u. akt. Aufl. Heidelberg: Springer. S.59-77

Heinemann- Knoch, Marianne. Klünder, Monika. Knoch, Tina. 2006. Erfolgreiche Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung – Eine Investition in die Zukunft – Empfehlungen für Ausbildungsstätten in der Altenpflege. Berlin. [www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/PDF-Anlage/Praxisanleitung \[10.10.07\]](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/PDF-Anlage/Praxisanleitung [10.10.07])

Herold, Martin. Landherr, Birgit. 2003. Selbstorganisiertes Lernen. Ein systemischer Ansatz für den Unterricht. 2.überarb. Aufl. Hohengehren: Schneider

Herzig- Walch, Gaby. 1988. Lebenszufriedenheit im Alter. Ein Plädoyer für einen individuellen Untersuchungsansatz, im Hinblick auf mögliche Interventionsmaßnahmen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Friedrich- Alexander- Universität Erlangen- Nürnberg

Herzig- Walch, Gaby. 2004. Runder Kirchengeburtstag. 600 Jahre Spitalkirche. Gemeindebrief Schwabach St. Martin. Heft 4. S.3-5

Hesse, Hermann. 1981. Die Gedichte. 5.Aufl. Bd. 2. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Holler, Ingrid. 2004. Trainingsbuch Gewaltfreie Kommunikation. Paderborn: Junfermann

Hornung, Rainer. Lächler, Judith. 2006. Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. 9. Aufl. Weinheim: Beltz

Huber, Martin. Siegel, Siglinde Anne. Wächter, Claudia. Brandenburg, Andrea. 2005. Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegheim – Wie Pflegende

die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche

Hulskers, Harry. 2001. Die Qualität der pflegerischen Beziehung: Ein Anforderungsprofil. Pflege. Jg. 14. Heft 1. S.39-45

Huneke, Michael J. 2003. Pflegewissenschaften und die Praxis pflegepädagogischer Arbeitsfelder. Printernet. Heft 1. S.14-23

Igl, Gerhard. Schiermann, Doris. Gerste, Bettina. Klose, Joachim (Hrsg). 2002. Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer

Igl, Gerhard. Klie, Thomas. 2002. Die jüngere Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen des SGB XI und in der häuslichen Krankenpflege. In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.3-17

www.integrierte-pflegeausbildung.de [12.11.05 und 9.11.06]

Isenberg, Thomas. 2002. Defizite der Pflegeversicherung und Missstände in der Pflege aus dem Blickwinkel der Verbraucherpolitik. In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.65-78

Ital, Annette. Knöferl, Michael. 2001. Aus-, Fort- und Weiterbildung nach Schlüsselqualifikationen. Hagen: Brigitte Kunz Verlag

Jansen, Birgit. Karl, Fred. Radebold, Hartmut. Schmitz- Scherzer, Reinhard (Hrsg). 1999. Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim: Beltz

Kaiser, Heinz Jürgen. 1979. Konfliktberatung nach handlungstheoretischen Prinzipien. Entwurf einer Konfliktberatungsstrategie unter Verwendung von Fallstudienmaterial. Bad Honnef: Bock & Herchen

Kaiser, Heinz Jürgen. 1989. Handlungs- und Lebensorientierungen alter Menschen. Entwurf einer interpretativen Gerontologie. Bern: Huber

Kaiser, Heinz Jürgen. 1992. Die Bedeutung eines reflektierten Umgangs mit sich selbst. In: Kaiser (Hrsg). Der ältere Mensch wie er denkt und handelt. Bern: Huber. S.169-193

Kaiser, Heinz Jürgen (Hrsg). 1992a. Der ältere Mensch wie er denkt und handelt. Bern: Huber

Kaiser, Hans [sic] Jürgen. 1995. Qualitative Forschung im Bereich der sozialen Gerontologie. In: König & Zedler (Hrsg). Bilanz qualitativer Forschung. Bd. 1. Grundlagen qualitativer Forschung. Weinheim: Deutscher Studienverlag. S.241-282

Kaiser, Heinz Jürgen. 2001. Das Alter als Wille und Vorstellung? Anmerkungen zu subjektiven Aspekten des Alterns. In: Berghaus, Knapic, Sievert (Hrsg). Anspruch, Hoffnung, Wirklichkeit. Köln: KDA

Kaiser, Heinz Jürgen. 2002. Der rationale Mensch als Adressat der Angewandten Gerontologie. In: Kaiser (Hrsg). Autonomie und Kompetenz: Aspekte einer gerontologischen Herausforderung. Erlanger Beiträge zur Gerontologie. Bd. 1. Münster. S.167-183

Kaiser, Heinz Jürgen (Hrsg).2002a. Autonomie und Kompetenz: Aspekte einer gerontologischen Herausforderung. Erlanger Beiträge zur Gerontologie. Bd. 1. Münster

Kaiser, Heinz Jürgen. Kraus, Bertram. 2005. Die Mobilität älterer Menschen ist gesellschaftlicher Auftrag. Ergebnisse der europäischen Studie SIZE. Sonderdruck. Zeitschrift für Alternative Kommunalpolitik. Bd. 5. S.48-50

Karl, Fred. 1993. Sozialarbeit in der Altenhilfe. Freiburg/ Breisgau: Lambertus

Karl, Fred. 1999. Sozialarbeitswissenschaft/ Sozialpädagogik. In: Jansen et al. Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim: Beltz. S.370-382

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg). 2001 Pflegequalität und Pflegeleistung. 2. Zwischenbericht zur 2. Phase des Projekts: Entwicklung und Darstellung eines Modells zur Pflegequalität und Pflegeleistung. www.dip-home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung2.pdf [6/2007]

Kelly, George. Zitiert in: Pervin, Lawrence A. 1981. Persönlichkeitstheorien. München: Reinhardt

Kerres, Andrea. Falk, Juliane. 1996. Kommunikative Unterrichtsgestaltung. Hagen: Brigitte Kunz Verlag

Keuchel, Regina. 2001. Lernen im Wandel. Impulse einer konstruktivistischen Didaktik für die Gestaltung innovativer Lernwege in der Pflegeausbildung. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.165-175

Keuchel, Regina. Roes, Martina, Goerres, Stefan. 2003. Wissenstransfer in der Pflege: Herausforderungen an eine moderne Pflegeausbildung. In: Falk & Kerres (Hrsg). Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Weinheim: Juventa. S.285-321

www.kindergartenpaedagogik.de/762.html [3.11.2007]

Kitwood, Tom. 2000. Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber

Klafki, Wolfgang. 1996. Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und konstruktive Didaktik. 5. unveränderte Aufl. Weinheim: Beltz. (1.Aufl. 1985)

Klein, Kerstin. 2002. So erklär` ich das! 60 Methoden für produktive Arbeit in der Klasse. Iserlohn: Verlag an der Ruhr

Klie, Thomas (Hrsg). 2000. Recht der Altenhilfe. Die wichtigsten Gesetze und Vorschriften. 4.Aufl. Hannover: Vincent

Klie, Thomas. 2001. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 7.Aufl. Hannover: Vincent

Klie, Thomas. 2002. Recht und Qualitätssicherung in der Pflege alter Menschen – Gesetzliche Rahmenbedingungen und Rechtswirklichkeit. In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.19-34

Koch- Krause, Ursula. 2001. Beratung in der Pflege. Bern: Huber

König, Eckard. 1995. Qualitative Forschung subjektiver Theorien. In: König & Zedler (Hrsg). Bilanz qualitativer Forschung. Bd. 1: Grundlagen qualitativer Forschung. Weinheim: Deutscher Studienverlag. S.11-29

König, Eckard. Zedler, Peter (Hrsg).1995. Bilanz qualitativer Forschung. Bd. 1: Grundlagen qualitativer Forschung. Weinheim: Deutscher Studienverlag

König, Eckard. Zedler, Peter (Hrsg).1995. Bilanz qualitativer Forschung. Bd. 2: Methoden. Weinheim: Deutscher Studienverlag

Krankenpflege- Ausbildungs- und –Prüfungs- Verordnung (KrPflAPrV). In: Dielmann. 2006. Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. 2. erw. und aktualisierte Aufl. Frankfurt/M: Mabuse

Krankenpflegegesetz (KrPflG) In: Dielmann. 2006. Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. 2. erw. und aktualisierte Aufl. Frankfurt/M: Mabuse

Kriesel, Petra. Krüger, Helga. Piechotta, Gudrun. Remmers, Hartmut. Taubert, Johanna (Hrsg). 2001. Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse

Krüger, Helga. 2001. Pflegeberufe in der Dienstleistungsgesellschaft – Zwang zur bildungspolitischen Gestaltung. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.21-42

Kruse, Andreas. Martin, Mike (Hrsg). 2004. Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber

Kruse, Andreas. Schmitt, Eric. Dietzel- Papakyriakon, Maria. Kampanaros, Dimitrios. 2004a. Migration. In: Kruse & Martin (Hrsg). Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber. S.576-592

Kübler- Ross, Elisabeth. 1982. Was können wir noch tun? 5.Aufl. Stuttgart: Kreuz

Kübler- Ross, Elisabeth. 1983. Verstehen was Sterbende sagen wollen. 4.Aufl. Stuttgart: Kreuz

Kübler- Ross, Elisabeth. 1987. Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz

Kübler- Ross, Elisabeth. Kessler, David. 2001. Geborgen im Leben. Wege zu einem erfüllten Dasein. Stuttgart: Kreuz

Kultusministerkonferenz (KMK) 2000. Zitiert in: Oelke & Menke 2002. Gemeinsame Pflegeausbildung und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Huber

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg). 2002. Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Köln

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg). 2003. Qualitätshandbuch – Häusliche Pflege in Balance. Köln

Kutschke, Andreas. 2001. Pflege unter Druck – Gewalt in der Betreuung hilfloser und psychisch auffälliger alter Menschen. In: Berghaus, Knapic, Sievert (Hrsg). Anspruch, Hoffnung, Wirklichkeit. Köln: KDA. S.135-141

Landenberger, Margarete. Stöcker, Gertrud. Filkins, Jacqueline. De Jong, Anneke. Them, Christa. Selinger, Yvonne. Schön, Peggy. 2005 Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analysen und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche

Lantermann, Ernst D. 1983. Kognitive und emotionale Prozesse beim Handeln. In: Mandl & Huber (Hrsg). Emotion und Kognition. München: Urban & Schwarzenberg. S.248-281

Lehr, Ursula. 1984. Psychologie des Alterns. 5.Aufl. Heidelberg: Quelle & Meyer (1. Aufl. 1972)

Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in Bayern.

www.isb.bayern.de/isb/download.aspx?DownloadFileID=58bd3bad5e66e42aa03fb2c34d7efa06 [9.3.2007]

Leininger, Madeleine M. 1998. Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg: Lambertus

Lethinen, Erno. 1994. Institutionelle und motivationale Rahmenbedingungen und Prozesse des Verstehens im Unterricht. In: Reusser et al. (Hrsg). Verstehen Psychologischer Prozess und didaktische Aufgabe. Bern: Huber. S.143-162

Löhmer, Cornelia. Standhardt, Rüdiger. 2006. TZI – Die Kunst sich selbst und eine Gruppe zu leiten. Einführung in die TZI. Stuttgart: Klett- Cotta

Luck, Frank. 2006. Sprachbarrieren bei der Pflege fremdsprachiger Patienten: Sprechen Sie Deutsch? Pflegezeitschrift. Heft 4. S.206-210

www.mags.nrw.de/08_PDF/003/altenpflegeausbildung-empfehlende-richtlinie.pdf [10.04.08]

www.mags.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf [10.04.08]

Mandl, Heinz. Huber, Günter L. (Hrsg). 1983. Emotion und Kognition. München: Urban & Schwarzenberg

Marburger, Horst. 2006. SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Regensburg: Walhalla Fachbuchverlag

Maslow, Abraham H. 1987. Motivation und Persönlichkeit. Reinbeck: Rowohlt

Mayring, Philipp. 2002. Einführung in die Qualitative Soziolforschung. 5. überarbeitete und neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg). 2000. MDK – Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §80 SGB XI in der Ambulanten Pflege. 2. Ausgabe. Essen. www.mds-ev.org/download/Anleitung_amb_10112005.pdf [6/2007]

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg). 2004. Qualitätsbericht der Krankenkassen und des MDK. www.mds-ev.org/aktuelles/download/Bericht-118-XL_QS-Pflege.pdf [27.2.2005]

Meier- Gantenbein, Karl F. Späth, Thomas. 2006. Handbuch. Bildung, Training und Beratung. Zehn Konzepte der professionellen Erwachsenenbildung. Weinheim: Beltz

Meifort, Barbara. 1996. Altenpflege – ein Frauenberuf, oder: Wer sind die Frauen in der Altenpflege? In: Meifort &. Becker (Hrsg). Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Köln: KDA. S.58-71

Meifort, Barbara. 2001. (Berufs-) Bildungspolitische Aspekte zur Entwicklung eines pflegewissenschaftlichen Profils. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.81-97

Meifort, Barbara. Becker, Wolfgang (Hrsg). 1996. Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Köln: KDA

Menke, Marion. Rohleder, Christiane. 2003. Qualitätskriterien für Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege. In: Schnabel & Schönberg (Hrsg). Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven. Münster. S.142-167

Menke, Marion. Schnabel, Eckart. 2001. Innovation der (Alten-) Pflegeausbildung? Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Heft 5. S.187-193

Mertens, Dieter. Schlüsselqualifikationen. Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft. In: Buttler & Reyher (Hrsg). 1991. Wirtschaft – Arbeit – Beruf – Bildung. Dieter Mertens: Schriften und Vorträge 1968-1987. Beitr. AB110, IAB der Bundesanstalt für Arbeit Nürnberg. www.swa-programm.de/texte_material/literatur/abstract.html?kev=246 [1.8.2005]

www.meta-five.com/bereiche/dienstleistungen/perspektiven/aufzeigen/management-audit [16.9.2005]

Meyer, Hilbert. 2005. Was ist guter Unterricht? 2. durchgesehene Aufl. Berlin: Cornelsen

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW. 2003. Richtlinien für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.
www.mags.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf [10.04.08]

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW. 2003a. Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung in NRW. www.mags.nrw.de/08_PDF/003/altenpflegeausbildung-empfehlende-richtlinie.pdf [10.4.08]

Moers, Martin. 2001. Neue Aufgaben- und Berufsprofile in der Pflege. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.43-58

Müller, Elke. 2001. Nach dem Pflegestudium: Über berufliche Umwege, Haupt- und Nebenstrecken. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.99-116

Müller, Klaus. 2007. Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz in der praktischen Ausbildung durch den Einsatz von Lernaufgaben. Printernet. Heft 3. S.149-151

Müller, Klaus. Koeppe, Armin. 2003. Modellversuch zur Gestaltung der praktischen Ausbildung. Durch Lernaufgaben und Praxisbegleitung zu neuen Lernfeldern. Pflegezeitschrift. Heft 8. S.579-583

Müller, Klaus. Koeppen, Armin. 2003a. Lernen im beruflichen Handeln. Modellversuch zur Entwicklung eines Curriculums für die praktische Ausbildung in den Pflegeberufen. Printernet. Heft 1. S.27-30

Müller, Klaus. Koeppen, Armin. 2004. Auswahl und Gestaltung neuer Praxisfelder im Rahmen der Pflegeausbildung. Printernet. Heft 6. S.261-266

Müller- Hergl, Christian. 1998. Demenz und Remenz: Positive Personenarbeit und Dementia Care Mapping. Geriatrie- Praxis. Heft 6. S.18-23

Müller- Mundt, Gabriele. Schaeffer, Doris. Pleschberger, Sabine. Brinkhoff, Petra. 2000. Patientenedukation – (k) ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? Pflege und Gesellschaft. Jg. 5. Heft 2. S.42-53

Müller- Seng, Gabi. Weiss, Elvi. 2002. Schlüsselqualifikationen und Pflegeausbildung. In: Sahmel (Hrsg). Grundfragen der Pflegepädagogik. 2.Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. S.154-187

Neuffer, Manfred. 2006. Case Management in der Sozialen Arbeit. In: Wendt et al. (Hrsg). Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Economica. S.43-53

Nicoll. 1997. Perspectives on Nursing Theory. 3.Ed. Philadelphia: Lippincott

Oelke, Uta. 1998. Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflegende. Pflege Pädagogik. Heft 2. S.42-46

Oelke, Uta. 2001. Szenisches Spiel. Pflegemagazin. Jg. 2. Heft 4. S.42-46

Oelke, Uta. Menke, Marion. 2002. Gemeinsame Pflegeausbildung und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Huber

Oelke, Uta. Menke, Marion. 2002a. Qualifizierung des Pflegepersonals. In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.79-96

Oelke, Uta. Ruwe, Gisela. 2007. Reflexion der Berufsbiografie. Konzept und Themen einer szenisch gestalteten Lerneinheit. Printernet. Heft 12. S.767-772

Oelke, Uta. Scheller, Ingo. Ruwe, Gisela. 2000. Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege. Theorie und Praxis eines neuen pflegedidaktischen Ansatzes. Bern: Huber

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegerverband. Ausbildung. www.oegkv.at [13.2.2007]

Olbrich, Christa. 2001. Kompetenz und Kompetenzentwicklung in der Pflege – Eine Theorie auf der Grundlage einer empirischen Studie. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.271-287

Orem, Dorothea E. 1985. Zitiert in: Wittneben, Karin. 2003. Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch- konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. 5.Aufl. Frankfurt/M.: Peter Lang Verlag (1.Aufl. 1990)

Orth, Helen. 1999. Zitiert in: Schaeper, Hilde. Briedis, Kolja. 2003. Projektbericht. Kompetenzen von Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen, berufliche Anforderungen und Folgerungen für die Hochschulreform. Berlin. www.bmbf.de/pub/his_projekt [1.8.2005]

Perschke- Hartmann, Christiane. 2002. Qualitätswahrnehmung aus der Sicht der pflegebedürftigen Menschen. In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.325-336

Pervin, Lawrence A. 1981. Persönlichkeitstheorien. München: Reinhardt

Peter, Alexander. 2006. Mehr als ein Abfragen von Defiziten. Pflegezeitschrift. Heft 9. S.545-547

Peterander, Franz. Speck, Otto (Hrsg). 1999. Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. München: Reinhardt

Petermann, Franz (Hrsg). 1997. Patientenschulung und Patientenberatung. 2.Aufl. Göttingen: Hogrefe

Petermann, Franz. Lecheler J. (Hrsg). 1992. Patientenschulung. Grundlagen. Asthma bronchiale – Diabetes mellitus. Chronischer Schmerz. Kardiologie – Niereninsuffizienz – Polyarthritis. München: Deisenhofen- Dustri Verlag

Piechotta, Gudrun. 2006. Pflegerische Beratung im multikulturellen Kontext. Im Mittelpunkt steht der Mensch. Pflegezeitschrift. Heft 4. S.215-218

Pisarski, Waldemar. 2001. Anders trauern, anders leben. 6.Aufl. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus

Powell, Jennie. 2002. Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Köln: KDA

Powers, Penny. 2001. The Empowerment of Nursing in the United States: Lessons from the Front. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.325.327

Proeval steht für Gesellschaft zur Förderung von professioneller Evaluation

Quernheim, German. 2002. Assessment Center zur Bewerberauswahl an Pflegeschulen. Die Schwester. Der Pfleger. Jg. 41. Heft 11. S.944-948

Reusser, Kurt. Reusser- Weyeneth, Marianne (Hrsg).1994. Verstehen Psychologischer Prozess und didaktische Aufgabe. Bern: Huber

Ried, Sabine. 2001. Transfer in der Bildung fördern – Aspekte aus der Forschung. In: Sieger (Hrsg). Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Bern: Huber. S.71-80

Robert Bosch Stiftung (Hrsg). 1993. Pflege braucht Eliten. 4.Aufl. Stuttgart: Schattauer

Robert Bosch Stiftung (Hrsg). 2001. Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. 1. Nachdruck. Stuttgart: Schattauer

Roes, Martina. 2001. Implementierung innovativer Konzepte im Kontext „lernender Organisationen“ am Beispiel eines Bremer Modellprojekts. In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.177-188

Rogall, Renate. Joskus, Hannelore. Adam, Gottfried. Schleinitz, Gottfried. 2005. Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. Hannover: Schlütersche

Rogers, Carl. 2004. Entwicklung der Persönlichkeit. 15.Aufl. Stuttgart: Klett Cotta. (1. Aufl. 1981)

Rosenberg, Marshall B. 2004. Konflikte lösen durch Gewaltfreie Kommunikation. Freiburg: Herder

Rosenstiel von, Lutz. 1980. Grundlagen der Organisationspsychologie. – Basiswissen und Anwendungshinweise -. Stuttgart: Poeschel Verlag

Rotter. 1966. Zitiert in: Amelang, Manfred. Bartussek, Dieter. 1981. Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. Stuttgart: Kohlhammer

Sahmel, Karl- Heinz (Hrsg). 2002. Grundfragen der Pflegepädagogik. 2.Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Schäfer, Annette. 2005. Friedemann Schulz von Thun. Das Porträt. Psychologie heute. Jg. 32. Heft 1. S.42-47

Schaeper, Hilde. Briedis, Kolja. 2003. Projektbericht. Kompetenzen von Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen, berufliche Anforderungen und Folgerungen für die Hochschulreform. Berlin. www.bmbf.de/pub/his_projekt [1.8.2005]

Scheller, Ingo. 2002. Szenisches Spiel. Handbuch für die pädagogische Praxis. 5.Aufl. Berlin: Cornelsen Scriptor

Schirmer, Uwe. 1997. Neue Ansätze zur Optimierung der betrieblichen Ausbildung. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag

Schirmer, Uwe. 2006. Vermittlung von beruflicher Handlungskompetenz. Die induktiv- deduktive Lernschleife in der handlungsorientierten Didaktik. Personalführung. Heft 1. S.62-69

Schmid, Wilhelm. 1999. Sich ein schönes Leben machen. Die Wiederentdeckung der Lebenskunst und die Erneuerung des Humanismus. In: Stäblein (Hrsg). Glück und Gerechtigkeit. Moral am Ende des 20. Jahrhunderts. Frankfurt/ M.: Insel. S.41-58

Schmitt, Svenja. Bomball, Jacqueline. 2007. Kompetenzerfassung im Rahmen der Evaluation des Berliner Modellversuchs „Generalistische Pflegeausbildung“. Printernet. Heft 6. S.373-378

Schnabel, Eckart. Schönberg, Frauke (Hrsg). 2003. Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven. Münster

Schneekloth, Ulrich. Potthoff, Peter. Piekara, Regine. Rosenbladt v., Bernhard. 1996. Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Bd. 111.2. Schriftenreihe des BMFSFJ. Stuttgart: Kohlhammer

Schneider, Kordula. Brinker- Meyendriesch, Elfriede. Schneider, Alfred (Hrsg).2005. Pflegepädagogik. 2.überarb. u. akt. Aufl. Heidelberg: Springer

Schüßler, Ingeborg. 2000. Deutungslernen. Hohengehren: Schneider

Schützendorf, Erich. 2001. Älterwerden in der Altenhilfe. In: Berghaus et al. (Hrsg). Anspruch, Hoffnung, Wirklichkeit. Köln: KDA. S.42-50

Schützendorf, Erich. Wallrafen- Dresow, Helmut. 2004. In Ruhe verrückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenpflege. Frankfurt/ M.: Fischer

Schulz von Thun, Friedmann. 1996. Miteinander reden. Bd. 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Hamburg: Rowohlt

Schulz von Thun, Friedmann. 1994. Miteinander reden. Bd. 2. Stile, Werte, Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation. Hamburg: Rowohlt

Schulz von Thun, Friedmann. 1998. Miteinander reden. Bd. 3. Das „innere“ Team und situationsgerechte Kommunikation. Hamburg: Rowohlt

Schwaiberger, Maria. 2002. Case- Management im Krankenhaus. Melsungen: Bibliomed

Senge, Peter. 1996. Zitiert in: Schüßler, Ingeborg. 2000. Deutungslernen. Hohengehren: Schneider

Seniorenmagazin sechs + sechzig (Hrsg). 2007. Alt werden – am liebsten zu Hause. Sechs + sechzig. Magazin für selbstbewusste ältere Menschen. Jg. 8. Heft 2. S.11

- Sieger**, Margot (Hrsg) 2001. Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Bern: Huber
- Silberzahn-** Jandt, Gudrun. 2006. Wie Fremde sein sollen. Kommunikativ schwierige Pflegesituationen. Pflegezeitschrift. Heft 4. S.220-223
- Stäblein**, Ruthard (Hrsg). 1999. Glück und Gerechtigkeit. Moral am Ende des 20. Jahrhunderts. Frankfurt/ M.: Insel
- Städtler-** Mach, Barbara. 2005. Lernfelder zum Erwerb von Professionalität. In: Geppert et al. (Hrsg). Lernfelder in der Pflegeausbildung. Stuttgart: Kohlhammer. S.20-25
- Stöcker**, Gertrud. 2004. Die neue europäische Union – Pflegeausbildungen im Vergleich. www.oegkv.at/uploads/media/TextbeitragBAS [8.10.07]
- Stöcker**, Gertrud. 2005. Bologna- Prozess bei den Pflegelehrern. Auszug Referat bei 5. Internationalen Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft, 13.9.2005, in Nürnberg. Pflege Aktuell. Heft 12. S.662-665
- Stöcker**, Gertrud. 2005a. Europäisierung der Pflegelehrerbildung. Auszug aus Referat. www.oegkv.at/fileadmin/docs/Arge_Schuldirektoren [8.10.07]
- Tausch**, Reinhard. 1998. Jemanden zum Reden haben. Psychologie heute. Jg. 25. Heft 1. S.28-29
- Tesch-** Römer, Clemens. Motel- Klingebiel, Andreas. 2004. Gesellschaftliche Herausforderungen des demografischen Wandels. In: Kruse & Martin (Hrsg). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber. S.561-575
- Tewes**, Renate. 2001. Verantwortung in der Pflege – Überforderung oder Herausforderung? In: Kriesel et al. (Hrsg). Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt/M.: Mabuse. S.303-322
- Thimm**, Katja. 2003. Kommune des Vergessens. Der Spiegel. Heft 37. S.176-182
- Thomae**, Hans. 1980. Altern und Lebensschicksal. Zeitschrift für Gerontologie. Jg. 13. Heft 5. S.421-432
- Thomae**, Hans. Lehr, Ursula (Hrsg). 1977. Altern. Probleme und Tatsachen. 2.unveränderter Nachdruck der 1.Aufl. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft
- Tomschi**, Stephanie. 2008. Demenz im Krankenhaus – Chance und Herausforderung. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg. Fachbereich Pflegemanagement
- Tschudin**, Verena. Schmitz, Christine. 2003. The Impact of Conflict and Wars on International Nursing and Ethics. Nursing Ethics. No. 10. Vol. 4. S.354-367

Ulmer, Eva- Maria. Kraushaar, Dieter. 2005. Selbstbestimmte Lebensführung. Interdisziplinärer Masterstudiengang „Basisfreie Systeme“. Doppelpunkt Lebensräume. Jg. 4. Heft 4. S.10-11

Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e.V. Caritas. 2003. Fragebogen zur Kundenbefragung im Bereich der stationären Pflege.

Vomberg, Edeltraud. Wallrafen- Dresow, Helmut. 2002. Qualitätsmanagement mit dem EFQM- Modell für Excellence als partizipativer Ansatz – auch in der Pflege? In: Igl et al. (Hrsg). Qualität in der Pflege. Stuttgart: Schattauer. S.257-273

Walter, Anja. Fichtmüller, Franziska. 2003. Eine Forschung über das Lehren und Lernen in Pflegeausbildungen. Printernet. Heft 12. S.270-280

Walter, Sabine. Abt- Zegelin, Angelika. 2003. Pflegeausbildung: Neue Möglichkeiten nutzen! 2. Teil. Förderung sprachlicher Kompetenzen. Die Schwester. Der Pfleger. Jg. 42. Heft 10. S.790-794

Watzlawick, Paul. Beavin, Janet H. Jackson, Don D. 1996. Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 9.Aufl. Bern: Huber

Weizenbaum, Joseph. 1987. Kurs auf den Eisberg. München: Piper

Wellhöfer, Peter R. 1984. Grundstudium Sozialwissenschaftliche Methoden und Arbeitsweisen. Stuttgart: Enke

Wendt, Wolf Rainer. 1995. Geschichte der Sozialen Arbeit. 4.überarb. und erweiterte Aufl. Stuttgart: Enke

Wendt, Wolf Rainer. Löcherbach, Peter (Hrsg). 2006. Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Economica

WIDO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (Hrsg). 1998. Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. 2.Aufl. Bonn. www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf-pflege/wido_pfl_ma38_0301.pdf [27.2.2005]

Willig, Wolfgang. Kommerell, Tilmann (Hrsg). 2002. Psychologie. Sozialmedizin. Rehabilitation. Ein Lehrbuch für die Ausbildung in der Krankenpflege. 2.Aufl. Balingen: Selbstverlag Willig

Windfelder, Karin. Wittneben, Karin. 2007. Schulinterne Curriculumentwicklung nach dem Lernfeldkonzept. Implementationsschritte und Evaluationsergebnisse Teil 2. Printernet. Heft 6. S.387-397

Wirsing, Kurt. 2000. Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch. 5.Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Wittneben, Karin. 2003. Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch- konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. 5.Aufl. Frankfurt/M.: Peter Lang Verlag (1.Aufl. 1990)

Wittneben, Karin. Windfelder, Karin. Walkling- Stehmann, Irma. 2007. Schulinterne Curriculumentwicklung nach dem Lernfeldkonzept. Am Schulzentrum für Krankenpflegeberufe in Hannover. Teil 1. Printernet. Heft 4. S.239-252

Yeo, Michael. 1997. Integration of Nursing Theory and Nursing Ethics. In: Nicoll. Perspectives on Nursing Theory. 3.Ed. Philadelphia: Lippincott. S.187-195

Zentrum für Schlüsselqualifikation. Berufsorientierte Kompetenzen. www.zfs.uni-freiburg.de [1.8.2005]

Zielke- Nadkarni, Andrea. 2006. Der Pflegeprozess – ein Instrument zur Versorgung von Migranten: Bedürfnisse individuell erfassen. Pflegezeitschrift. Heft 4. S.211-214

Anhang

Anhang A: Einteilung und Gliederung von Kommunikation/ Gesprächsführung nach Oelke & Menke (2002)

Identischer Anteil

148 Teil III: Lernbereich I • Pflegerische Kernaufgaben

<p>I.2.1 Gespräche führen (40 Std.)</p> <p>Teilsequenz: Grundsätze zur Kommunikation und Interaktion³⁰ (24 Std.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Grundsätzliches zur Kommunikation: <ul style="list-style-type: none"> - Sender-Empfänger-Nachricht - Ebenen der Kommunikation - Verbale und nonverbale Kommunikation ■ Soziale Machtverhältnisse in der Interaktion:³¹ <ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle des Sprechkanals - Verwendung von Fachsprache - Symmetrische und asymmetrische Interaktion ■ Gesprächsführung (mit Übungen): <ul style="list-style-type: none"> - Direktive und nondirektive Gesprächsführung - Zuhören, verstehen, fragen - Ich-Botschaften, aktives Zuhören, Spiegeln, Verbalisieren, Paraphrasieren - Konstruktiv-kritisches Feedback, positives Feedback - Kommunikationshemmer und -förderer - Metakommunikation ■ Gestaltung und Ablauf eines gelenkten Gesprächs (mit Übungen): <ul style="list-style-type: none"> - Einleitung, Hauptteil und Abschluss eines Gesprächs - Gestaltung der Rahmenbedingungen ■ Das Gespräch als soziale Situation <p>Teilsequenz: Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen (8 Std.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Zum Anspruch von Gesprächen mit Pflegebedürftigen und Angehörigen: Abgrenzung zur Therapie bzw. klientenzentrierten Gesprächsführung³² ■ Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, beispielsweise anhand von SchülerInnen selbst erlebter Situationen und/oder Übungen:³³ <ul style="list-style-type: none"> - Erkunden, was der andere wissen muss bzw. will - Fragen stellen - Einfach zuhören und da sein - Schweigen - Gefühle respektieren, zulassen, aushalten, aussprechen - Kontakt über körperliche Berührung herstellen - Hoffnung und Trost spenden - Ermutigen - Neue Wege aufzeigen bzw. gemeinsam herausfinden <p>Teilsequenz: Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten (8 Std.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kritik- und Konfliktgespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten, beispielsweise anhand von SchülerInnen selbst erlebter Situationen und/oder Übungen: <ul style="list-style-type: none"> - Gefühle aussprechen (z. B. Enttäuschungen, Wut, Angst) - Ich-Botschaften senden, konstruktives Feedback geben - Kritik empfangen und verarbeiten 	<p>I.2.2 Beraten und anleiten (40 Std.)</p> <p>Teilsequenz: Grundsätze zur Beratung und Anleitung (16 Std.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einführende Begriffsbestimmung bzw. -abgrenzung: Beratung, Anleitung, Schulung, Training, Aufklärung, Bildung, Erziehung ■ Beraten und Anleiten als pflegerische Kernaufgaben:³⁴ <ul style="list-style-type: none"> - Bedeutung im Kontext sozialer, gesellschaftlicher, epidemiologischer und demografischer Veränderungen - Rechtliche Grundlagen³⁵ - Internationaler Vergleich bzw. Entwicklungsstand - Zielgruppen, übergreifende Zielsetzungen sowie Themen- und Handlungsfelder - Möglichkeiten und Grenzen (institutionell, professionell, individuell) ■ Beraten (mit Übungen): <ul style="list-style-type: none"> - Die Rolle des/der Beratenden und des/der zu Beratenden - Verschiedene Ansätze und Konzepte der Beratung - Ziele, Ablauf und Aktivitäten (bei) einer Beratung³⁶ ■ Anleiten (mit Übungen): <ul style="list-style-type: none"> - AdressatInnen- bzw. Zielgruppenorientierung als zentraler pädagogischer Grundsatz der Anleitung - Anleitungsziele setzen, formulieren und überprüfen - Anleitungsinhalte auswählen und verständlich vermitteln - Zeitpunkt und Ort der Anleitung bestimmen <p>Teilsequenz: PatientInnen/Pflegebedürftige, Angehörige und LaienhelferInnen beraten und anleiten (12 Std.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vertiefung und Erweiterung der in ersten Teilsequenz vermittelten Grundlagen in Bezug auf die Zielgruppen «PatientInnen/Pflegebedürftige, Angehörige, LaienhelferInnen» (mit Übungen): <ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung der individuellen Situation der zu beratenden bzw. anzuleitenden Person (z. B. im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Beruf sowie gesundheitliche, psychische, intellektuelle, familiäre, soziokulturelle und -ökonomische Bedingungen) - Auswahl von Beratungs- bzw. Anleitungszielen, -inhalten und -methoden in Abhängigkeit vom Thema und der individuellen Situation der zu beratenden bzw. anzuleitenden Person
---	---

30 Vgl. Schulz von Thun 1998; Weisbach 1999; zum Thema «Gespräche und soziale Unterstützung» vgl. Metzler et al. 2000, S. 75 ff.

31 Vgl. z. B. Watzlawick/Beavin/Jackson 1990; Busch 1996; Darmann 2000a und b; Iggersky/Schmacke 2000.

32 Vgl. Darmann 2000a, S. 224 f.

33 Vgl. Benner 1994, S. 65 ff.; Hulskers 2001, S. 40 ff.

34 Vgl. Müller-Mundt/Schaeffer/Pleschberger/Brinkhoff 2000

35 Derzeitige Quellen sind z. B. SGB XI § 37, § 45 und § 80; SGB V § 65 b; KRPfG § 4; AltPfG § 3.

36 Vgl. Di Piazza 2001

- Patientenberatung und -schulung:
 - Zielgruppen, Ziele, Themen und Programme zur Patientenberatung bzw. -schulung (ggf. im internationalen Vergleich)³⁷
 - Patientenberatungsstellen: Modelle und Formen (z. B. Patienten(notruf)telefone, Internet-Patientenberatung, Beschwerdestellen, Patienteninformationszentren), Anbieter, Unabhängigkeit/Fachlichkeit der Patientenberatungsstellen
- Vertiefende Diskussion des Themas «Theoretischer Anspruch und praktische Umsetzung von Beratungs- und Anleitungsaufgaben durch Pflegende»

Teilsequenz: Auszubildende anleiten (12 Std.)

- Vertiefung und Erweiterung der in der ersten Teilsequenz vermittelten Grundlagen in Bezug auf die Zielgruppe «Auszubildende» (mit Übungen):
 - Berücksichtigung der personalen (u. a. Ausbildungsstand, Alter, Stärken und Schwächen des Lernenden) und außersoneralen (Zeit, Arbeitsanfall) Bedingungen
 - Auswahl von Anleitungzielen, -inhalten und -methoden in Abhängigkeit vom Thema und der individuellen Situation der/des Lernenden
 - Lernerfolgsüberprüfung
- Erfahrungsaustausch zu und Analyse von (selbst erlebten) Anleitungssituationen:
 - Vergleich verschiedener Möglichkeiten der Anleitung
 - Ziele und Merkmale einer «guten Anleitung»

I.2.3 Themenbezogen beraten und anleiten (20 Std.)

Teilsequenz: Zu (Pflege-)Hilfsmitteln beraten und anleiten (8 Std.)

- Grundsätzliches zu (Pflege-)Hilfsmitteln:
 - Begriffsbestimmung: Hilfsmittel zur Pflege (nach SGB XI) und Hilfsmittel zur Heilbehandlung (nach SGB V)
 - Produktüberblick: Verordnungsfähige Hilfsmittel nach den Richtlinien der Krankenkassen
 - Produktüberblick: Pflegehilfsmittel, technische Hilfen und Mittel zur Verbesserung des Wohnumfeldes, die nicht der ärztlichen Verordnung bedürfen
 - Finanzierung von (Pflege-)Hilfsmitteln
 - Vertriebs- und Informationsstellen
- Vertiefende Auseinandersetzung mit ausgewählten Hilfsmitteln (exemplarisch, ggf. auch in Form von Selbsterfahrungübungen): Angebot, Vor- und Nachteile, Umgang, ggf. Wartung und Reparatur von/bei:
 - verordnungsfähigen Hilfsmitteln (z. B. Krankschaffahrstühle, Gehhilfen, Inkontinenzmittel)
 - Pflegehilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege (z. B. Lifter, Pflegebetten, Umsetz- und Hebehilfen)
 - Pflegehilfsmitteln zur Körperpflege/Hygiene (z. B. Bad- und Duschhilfen, Urinflaschen, Toilettenrollstühle)
 - Pflegehilfsmitteln zur selbstständigen Lebensführung/Mobilität
- Exemplarische Übungen zur Beratung und/oder Anleitung der Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen zum Umgang mit (Pflege-)Hilfsmitteln

Teilsequenz(en): Zu pflegeinhaltlichen Fragen beraten und anleiten (12 Std.)

- Übungen zur Beratung und/oder Anleitung von Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen zu ausgewählten Pflegethemen wie beispielsweise:
 - Bewegen
 - Ernähren
 - Atmen

37 Vgl. Petermann 1997, S. 4 f.

Anhang B: Grobüberblick der Lernfelder nach Oelke & Menke (2002)

Grobüberblick

Lernbereich I:	Pflegerische Kernaufgaben	135
Themenfeld I.1:	Körpernahe Unterstützung leisten	137
Themenfeld I.2:	Gespräche führen, beraten und anleiten	147
Themenfeld I.3:	Pflege planen, dokumentieren, organisieren und koordinieren	150
Themenfeld I.4:	Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie assistieren und in Notfällen handeln	153
Themenfeld I.5:	Besondere Konzepte und Verfahren altenpflegerischer Arbeit anwenden (<i>nur Altenpflege</i>)	161
Lernbereich II:	Pflege von Menschen in besonderen Lebenssituationen und Problemlagen	165
Themenfeld II.1:	Menschen in existenziellen Lebenssituationen und/oder gesundheitlichen Problemlagen pflegen	167
Themenfeld II.2:	Menschen in krankheitsbezogenen Problemlagen pflegen	177
	– Lerneinheiten-Komplex: Altenpflege	181
	– Lerneinheiten-Komplex: Krankenpflege	189
	– Lerneinheiten-Komplex: Kinderkrankenpflege	199
Lernbereich III:	Klientel und Rahmenbedingungen von Pflege	211
Themenfeld III.1:	Die pflegerische Klientel in ihrem Lebenskontext wahrnehmen	213
Themenfeld III.2:	Rahmenbedingungen von Pflege kennen und in ihnen handeln	218
Themenfeld III.3:	Alte Menschen in ihrem Lebenskontext wahrnehmen (<i>nur Altenpflege</i>)	223
Lernbereich IV:	Berufliche und persönliche Situation der Pflegenden	229
Themenfeld IV.1:	Lernen lernen	231
Themenfeld IV.2:	Berufliches Selbstverständnis entwickeln	234
Themenfeld IV.3:	Die eigene Gesundheit erhalten und fördern	237
Themenfeld IV.4:	Mit schwierigen sozialen Situationen umgehen	241
Anhänge		247
Anhang 1	Verteilung der Lernbereiche, Themenfelder und Lerneinheiten auf die drei Ausbildungsjahre	249
Anhang 2	Stundenumfang nach Ausbildungsgängen	255
Anhang 3	Zuordnung des Curriculums zu Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) AltPflAPrV vom 26. November 2002 – Altenpflege	257
Anhang 4	Zuordnung des Curriculums zu Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) KrPflAPrV vom 10. November 2003 – Gesundheits- und Krankenpflege	261
Anhang 5	Zuordnung des Curriculums zu Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) KrPflAPrV vom 10. November 2003 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	267

Anhang C: Bogen zur Abschlußbeurteilung im Praktikum der Berufsfachschulausbildung für Altenpflege

Abschlußbeurteilung imPraktikum
der Berufsfachschulausbildung für Altenpflege

Name der/s Auszubildenden:.....

Anschrift:.....

Geb.Datum:..... Geb.Ort:.....

Ausbildungszeitraum:.....

Praktikumsstelle:.....
.....

Beurteilung:

1. Allgemeines Arbeits-/Lernverhalten

- hält die Dienstzeit pünktlich ein	1	2	3	4	5
- führt Aufgaben zuverlässig aus	1	2	3	4	5
- arbeitet konzentriert	1	2	3	4	5
- zeigt gleichmäßige Ausdauer	1	2	3	4	5
- arbeitet in angemessenem Tempo	1	2	3	4	5
- nimmt Neues rasch auf	1	2	3	4	5
- kann Arbeiten selbständig planen	1	2	3	4	5
- kann Pläne umsetzen und einhalten	1	2	3	4	5
- kann selbständig und rasch entscheiden	1	2	3	4	5
- bewahrt auch in schwierigen Lagen Ruhe u. Umsicht	1	2	3	4	5

Summe:..... : 10 =

2. Sozialverhalten gegenüber Mitarbeitern, Heimbewohnern und Angehörigen

- findet einen guten Umgangston	1	2	3	4	5
- teilt sich in Gesprächen offen mit	1	2	3	4	5
- ist hilfsbereit und kooperativ	1	2	3	4	5
- findet guten Kontakt zum alten Menschen und dessen Angehörigen sowie zu Mitarbeitern	1	2	3	4	5
- zeigt aufrichtiges Interesse an den Belangen der älteren Menschen	1	2	3	4	5
- setzt sich für rasche Konfliktlösungen ein	1	2	3	4	5
- stützt die Teamarbeit durch persönliches Engagement	1	2	3	4	5
- kann Informationen vertraulich bewahren	1	2	3	4	5

Summe:..... : 8 =

Fortsetzung der Beurteilung von der/m Auszubildenden:.....

3. Leistung bei der Pflege, Betreuung und Beratung alter Menschen

- zeigt sicheres Hygiene-Verhalten	1	2	3	4	5
- kann aufmerksam und genau beobachten	1	2	3	4	5
- kann eine ganzheitliche Informationssammlung anlegen	1	2	3	4	5
- kann notwendige Pflegematerialien vollständig vorbereiten	1	2	3	4	5
- informiert den Bewohner gründlich vor und bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen	1	2	3	4	5
- kann auf Fragen fachgerechten Rat erteilen	1	2	3	4	5
- reagiert spontan auf Bedürfnisse des alten Menschen	1	2	3	4	5
- setzt sich f. d. Erhalt der Selbständigkeit alter Menschen ein	1	2	3	4	5
- handelt fachgerecht im Bereich der Grundpflege und Prophylaxen	1	2	3	4	5
- handelt fachgerecht im Bereich der Behandlungspflege	1	2	3	4	5
- handelt sorgfältig bei der Nachbereitung/Materialentsorgung	1	2	3	4	5
- dokumentiert Beobachtungen und die Durchführung von Maßnahmen genau	1	2	3	4	5
- kann bei Dienstübergaben sachlich und präzise berichten	1	2	3	4	5
- führt Beschäftigungsangebote in Gruppen selbständig durch	1	2	3	4	5

Summe:..... : 14 =

Fortsetzung der Beurteilung von der/m Auszubildenden:.....

4. Bewertung der Eignung für den Beruf der/des Altenpflegers/in, des beruflichen Engagements und der Vertretung des Berufsbildes

Als Gesamtbeurteilung ergibt sich die Note:.....

Die praktische Beurteilung durch die Lehrkraft am: ergibt die Note:

Als Gesamtnote für den fachpraktischen Übungsbereich ergibt sich

aus dem Verhältnis	Gesamtbeurteilung der Praktikumsstelle	=
	Beurteilung i. d. Grund- u. Behandlungspflege	1

die Note:

Die Beurteilung wurde mit der/m Schüler/in am
in der Praktikumsstelle besprochen.

Unterschrift der Praxisanleitung:

Unterschrift der Heim-/oder Pflegedienstleitung:

Unterschrift der Lehrkraft: _____

Anhang D: InterviewleitfadenI. Gemeinsame Rekonstruktion des Gesprächs in StichpunktenII. Befragung

1. Mit welchen Gedanken und Gefühlen sind Sie in das Zimmer gekommen?
2. War das heute anders als sonst?
3. Aus welchem Grund haben Sie diese Gedanken und Gefühle?
4. Mit welcher Absicht/ Ziel haben Sie diesen Kontakt begonnen?
5. War das Verhalten der BewohnerIn typisch oder hat er/ sie sich heute anders verhalten?
6. Wie wirkt dieses Verhalten auf Sie?
7. Haben Sie darauf so reagiert wie Sie es meistens tun oder war es heute anders?
8. Warum haben Sie sich entschlossen so zu handeln?
9. Was beabsichtigen Sie?
10. Was glauben Sie denkt und fühlt die BewohnerIn dabei?
11. Mir ist aufgefallen, dass die BewohnerIn
 - sprachlich
 - mimisch
 - mit Gesten
 - mit Anspannung/ Entspannung
 - mit Abwehr/ Offenheit
 - mit Kooperation/ Verweigerung
 - mit Angst/ Freudereagiert hat.
12. Wie haben Sie das wahrgenommen?
13. Haben Sie das schon öfter beobachtet?
14. Können Sie dieses Verhalten verstehen?
15. Können Sie dieses Verhalten nachfühlen?
16. Wie schätzen Sie diesen Kontakt ein? (gutmittel....schlecht)
17. Was trägt alles dazu bei, dass Gespräche mit dieser BewohnerIn so verlaufen? (Informationssammlung)
18. Warum glauben Sie verhält sich die BewohnerIn so?

19. Welche Erklärungen können wir gemeinsam finden?
20. Welches Pflegeziel wollen Sie erreichen?
21. Was müsste sein/ nicht sein, um dieses Ziel zu erreichen?
22. Was könnten Sie beitragen, um dieses Ziel zu erreichen?
23. Könnten Sie sich vorstellen den Kontakt einmal anders zu versuchen? So wie wir uns das gemeinsam überlegen!

Anhang E: Herleitung der kommunikativen Handlungsfelder

Tabelle 13 stellt die Zusammenfassung der Kommunikationsinhalte der Verordnungen und Richtlinien zur **Kranken- und Kinderkrankenpflege** dar.

Tabelle 13a bildet den Entsprechungsteil für die **Altenpflege**. Dabei ist auffällig, dass beide Tabellenteile eine große Ähnlichkeit aufweisen und die Überschriften an vielen Stellen lediglich andere Formulierungen für ähnliche Inhalte enthalten. Um diese Nähe symbolisch auszudrücken sind die Verordnungen und Richtlinien aller Pflegeberufe in einer Tabelle integriert, wobei die Übereinstimmungen in jeder Spalte zu finden sind.

Lernbereich I Pflegerische Kernaufgaben	Lernbereich II Ausbildungs- und Berufssituation	Lernbereich III Zielgruppen, Institutionen und Rahmenbedingungen	Lernbereich IVa und IVb Pflege best. Patientengruppen
Gespräche führen	Schwierige soziale Situationen	best. Zielgruppen pflegen z.B.	Pflege bei best. Erkrankungen
Patient und Angehörige beraten	Macht	Kinder	
Anleiten	Gewalt	Alte Menschen	
Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten	Helfen	Fremde	
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	Angst		
Besprechungen (Visiten)	sexuelle Belästigung		
Menschen mit spezifischen Belastungen pflegen (z.B. verwirzte M.)	Ekel		
	Scham		
	Wut		
psychologische Gesprächsführung	Konfliktbewältigung	psycholog. Beratung zur Gesundheitsvorsorge	
Macht	Teamentwicklung	Menschen jeden Alters wahrnehmen können und Interaktion gestalten	Menschen mit Störungen der Wahrnehmung
verbale und nonverbale Komm.			

Tab. 13: Lernbereiche Kranken- und Kinderkrankenpflege

<u>1. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege</u>	<u>2. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung</u>	<u>3. Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen</u>	<u>4. Altenpflege als Beruf</u>
alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen (Leitziel Selbständigkeit)	Lebenswelten und soziale Netzwerke berücksichtigen	qualitätssteigernde Maßnahmen	mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen
bei verschiedenen Erkrankungen	Tagesgestaltung		berufstypische Konflikte
verwirzte Menschen	Aktivitäten		Spannungen
schwerstkranke Menschen			Gewalt
anleiten, beraten Gespräche führen			kollegiale Beratung
Grundlagen der Gesprächsführung und Komm.			
Adressaten-bezogenheit			
interdisziplinäre Zusammenarbeit			

Tab. 13a: Aufgaben und Lernbereiche der Altenpflege

**Anhang F: Darstellender Vergleich von drei Lehrbüchern bzgl.
Kommunikation/ Gesprächsführung**

Hornung, Rainer. Lächler, Judith. 2006. Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. 9. Aufl. Weinheim: Beltz

Umfang des Lehrbuches: 325 Seiten; Thema „Kommunikation in der Pflege“
S.204 bis 228.

Inhalt zum Thema „Kommunikation“

- 19 Kommunikation in der Pflege
 - 19.1 Wege der Kommunikation
 - 19.1.1 Verbale Kommunikation
 - 19.1.2 Nonverbale Kommunikation
 - 19.2 Senden und Empfangen von Nachrichten
 - 19.2.1 Senden einer Nachricht
 - 19.2.2 Empfangen einer Nachricht
 - 19.3 Störungen in der Kommunikation
 - 19.3.1 Kommunikationsstörungen beim Sender
 - 19.3.2 Kommunikationsstörungen beim Empfänger
 - 19.3.3 Kommunikationsstörungen durch Behinderung der Kommunikationskanäle
 - 19.4 Gelungene Kommunikation
 - 19.4.1 Kommunikative Kompetenz
 - 19.4.2 Maßnahmen für eine gelungene Kommunikation

Willig, Wolfgang. Kommerell, Tilmann (Hrsg.). 2002. Psychologie, Sozialmedizin, Rehabilitation. Ein Lehrbuch für die Ausbildung in der Krankenpflege. 2.Aufl. Balingen: Selbstverlag Willig.

Umfang des Lehrbuches: 339 Seiten; Thema „Gesprächsführung“ S.223 bis 246.

Inhalt zum Thema „Gesprächsführung“

- 1 Kommunikation
 - 1.1 Verbal, Nonverbal, Paraverbal
 - 1.2 Kommunikationsmodelle
 - 1.3 Kommunikationsregeln
- 2 Gespräche im Pflegealltag
 - 2.1 Informieren und Instruieren
 - 2.2 Aktives Zuhören
 - 2.3 Beratungsgespräch
- 3 Konfliktlösung im Gespräch
 - 3.1 Du- Botschaften- Ich- Botschaften
 - 3.2 Niederlagelose Konfliktbewältigung

Wirsing, Kurt. 2000. Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe.

5.Aufl. Weinheim. Beltz

Umfang des Lehrbuches: 387 Seiten; Thema „Kommunikation“ S.161 bis 199.

Inhalt zum Thema „Kommunikation“

- 6 Kommunikation: Miteinander in Beziehung treten
- 6.1 Psychologische Grundlagen der Kommunikation
 - 6.1.1 Sender, Empfänger, Wellenlänge
 - 6.1.2 Die vier Kernsätze der Kommunikationspsychologie
- 6.2 Nonverbale Kommunikation: Wie wir ohne Worte reden
 - 6.2.1 Körpersprache
 - 6.2.2 Soziale Distanz
- 6.3 Vier- Seiten- Modell der Kommunikation: „Anatomie einer Nachricht“
- 6.4 Das Verhaltenskreuz: Zwei Dimensionen der Beziehungsseite
- 6.5 Typische Beziehungsmuster zwischen Altenpflegerinnen und alten Menschen
 - 6.5.1 Junge Altenpflegerin- alter Mensch
 - 6.5.2 Ältere Altenpflegerin- alter Mensch
- 6.6 Die Transaktionsanalyse: Ein Modell zur Beziehungseinschätzung
 - 6.6.1 Ich- Zustände: Die Bausteine der Beziehungsanalyse
 - 6.6.2 „Spiele“ der Erwachsenen
 - 6.6.3 Das Lebens- Drehbuch: Gebote, Verbote, Grundhaltungen
- 6.7 Kommunikations- Werkzeuge: Einander verstehen lernen
 - 6.7.1 „Aktives Zuhören“: Mit ganzem Ohr und offenem Auge dabei sein
 - 6.7.2 Wahrnehmungen überprüfen
 - 6.7.3 Ich- Botschaften senden
 - 6.7.4 Feedback (Verhaltensrückmeldung) geben und entgegennehmen
 - 6.7.5 Formen des helfenden Gesprächs in der Altenarbeit
- 6.8 Sprachstörungen und Kommunikation
- 6.9 Kommunikationsregeln im Umgang mit demenzkranken alten Menschen

Anhang G: Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung**Gliederung des Handbuchs****I. Einführung**

1. Einteilung von Gesprächen
 - a) Nach Gesprächspartnern
 - b) Nach Gesprächsarten
2. Wozu Gesprächsführung im Unterricht?

II. Grundlagen der Gesprächsführung

1. Sender- Empfänger- Modell
2. Gesprächseinstieg
3. Theoretiker und Modelle
 - a) Paul Watzlawick
 - b) Friedemann Schulz von Thun
 - c) Ruth Cohn
 - d) Eric Berne
 - e) Naomi Feil
 - f) Thomas Gordon
 - g) Marshall B. Rosenberg
 - h) Tom Kitwood
 - i) Jennie Powell
4. Methoden und Fähigkeiten
5. Haltungen und Werte

III. Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

1. Interaktion/ Gespräche mit Kindern
2. Gespräche mit Erwachsenen
3. Gespräche mit alten Menschen

IV. Gespräche mit Pflegebedürftigen mit großen Belastungen

1. Menschen mit chronischen Krankheiten/ Schmerzen
2. Schwerstkranke Menschen/ Gespräche über Tod und Sterben
3. Interaktion mit verwirrten Menschen

V. Gespräche innerhalb und mit anderen Berufsgruppen

1. Mit Menschen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen
2. Mit Menschen anderer Berufsgruppen

VI. Gespräche in schwierigen sozialen Situationen

1. Bedeutung von Macht
2. Konflikte und Lösungsmöglichkeiten
3. Übungen und Beispielgespräche

VII. Beratung

VIII. Anleitung

IX. Zusammenfassung

I. Einführung

Unterrichtziele: Fachkompetenz

Unterrichtsmethode: Unterrichtsgespräch

Kommunikation und Gesprächsführung sind ein wesentlicher Bereich pflegerischer Tätigkeiten. Pflege richtet sich stets an bedürftige Menschen und wird von Pflegenden ausgeführt, so dass immer zwischenmenschliche Kontakte und Beziehungen entstehen. Diese Kontakte können sowohl aus verbalen als auch aus nonverbalen Anteilen bestehen.

Anmerkungen für die Praxis:

Unterrichtsgespräch über „automatische“ Pflege, im Doppelsinn des Wortes: Pflege durch Automaten/ Apparate (z.B. automatisches Bett, das Lagerungen vornimmt und Getränke reicht) und Pflege durch Pflegekräfte, die korrekte, aber beziehungslose Tätigkeiten ausführen (z.B. formalisierte Sprache, kein Blickkontakt).

1. Einteilung von Gesprächen

In der Pflege werden vielfältige Gespräche geführt, mit unterschiedlichen Gesprächspartnern und zu verschiedenen Anlässen.

Anmerkungen für die Praxis:

Im Unterrichtsgespräch werden die unterschiedlichen Gesprächspartner und –anlässe identifiziert und grafisch dargestellt

a) Nach Gesprächspartnern

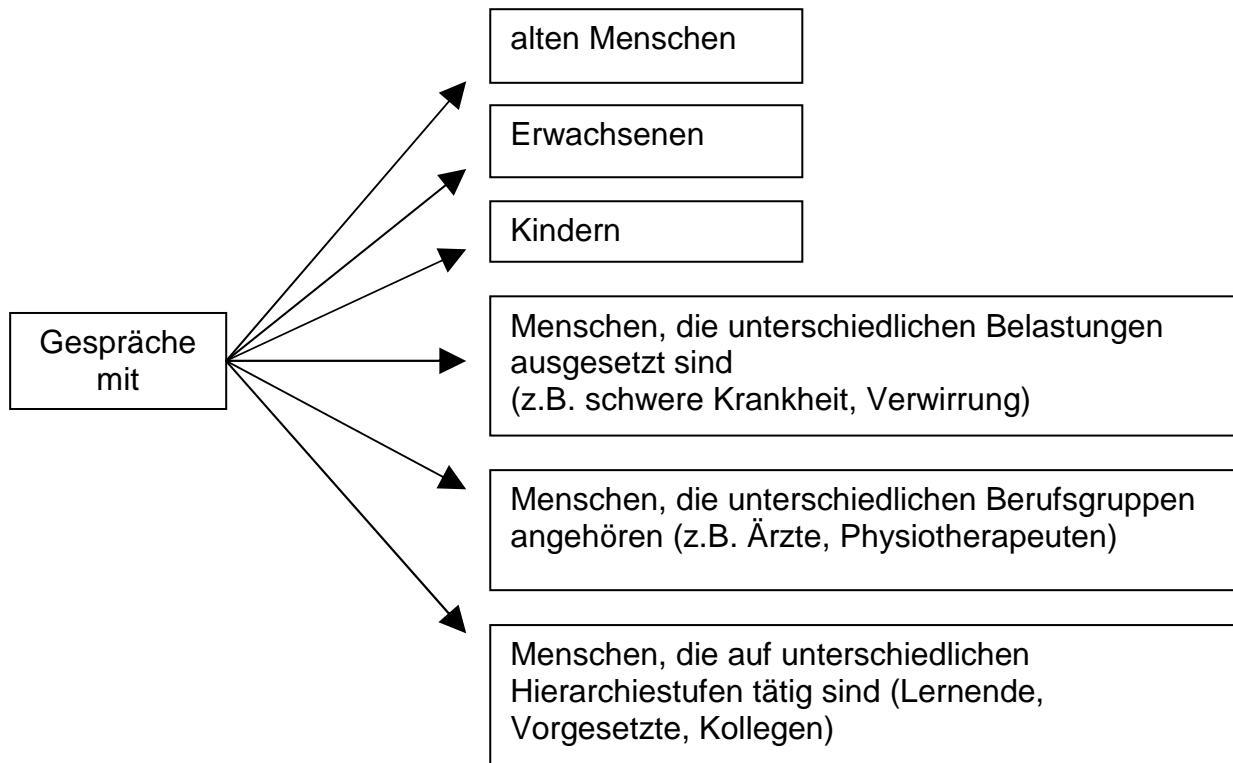


Abb. 3: Einteilung von Gesprächen nach Gesprächspartnern

b) Nach Gesprächsinhalten

- Alltagsgespräche
- helfende Gespräche
- Konflikt- und Krisengespräche
- Anleitungsgespräche
- Beratungsgespräche

2. Wozu Gesprächsführung im Unterricht?

Gespräche führen alle Menschen, sobald sie sprechen gelernt haben. Sprache ist das zentrale Medium für den Kontakt mit Anderen.

Aber nicht jeder kann jede Art von Gesprächen erfolgreich führen und nicht jeder kann mit jedem Partner erfolgreich Gespräche führen! Deshalb benötigen Personen, die professionell Gespräche führen, Fachwissen und kommunikative Grundhaltungen, um Missverständnisse und Kommunikationsstörungen zu vermeiden.

Anmerkungen für die Praxis:

Sammlung beruflicher Gespräche der SchülerInnen, die zu Problemen geführt haben. Kurze schriftliche Aufzeichnung, um zu einem späteren Zeitpunkt, anhand dieser Problemsituationen Kommunikationswerkzeuge einzuführen, zu begründen und zu bewerten.

II. Grundlagen der Gesprächsführung

Professionelle Kommunikation und Gesprächsführung benötigt einerseits das Wissen über einzelne Techniken und Fertigkeiten (Kommunikationswerkzeuge) und andererseits bestimmte Einstellungen und Werthaltungen. Die Vermittlung von Kommunikationstechniken und Grundhaltungen sollten dabei eine Einheit bilden. „*Das Reizvolle an der Pflege ist, dass sie sich nicht auf einzelne Fertigkeiten und Handreichungen reduzieren lässt und auch dann noch nicht richtig definiert ist, wenn man sagt, sie sei eine Tätigkeit der Hände, verbunden mit menschlicher Anrede. Vielmehr ist Pflege erst dann richtig beschrieben, wenn man sie umfassend sieht, als heilende Zuwendung eines ganzen Menschen zu einem ganzen Menschen*“ (Gestrich 2006, S.12)¹. So wie für die Pflege insgesamt, gilt dies auch für die Kommunikation in Pflegesituationen. Fertigkeiten und Haltungen bilden eine Einheit.

Anmerkungen für die Praxis:

Vorhandenes Wissen der SchülerInnen im Unterrichtsgespräch aktualisieren und im weiteren Verlauf darauf Bezug nehmen.

¹ Gestrich, Reinhold. 2006. Gespräche mit Schwerkranken. 3.überarb. u. neu gestaltete Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

1. Sender- Empfänger- Modell

Unterrichtsziel: Fachkompetenz

Unterrichtsmethode: Frontalunterricht

Das grundlegende Modell menschlicher Kommunikation ist das so genannte Sender- Empfänger- Modell¹. Dies ist die Basis der weiteren Kommunikationstheorien und –modelle. Es besteht in seiner einfachsten Form aus einem Sender, einem Empfänger, einer Botschaft und einem gemeinsamen Kanal.

Anmerkungen für die Praxis:

Im Unterrichtsgespräch wird als Beispiel für das Sender- Empfänger- Modell die Unterrichtssituation selbst herangezogen. Dabei wird der Begriff „Meta- Kommunikation“ eingeführt, als Möglichkeit über Kommunikation zu reflektieren.

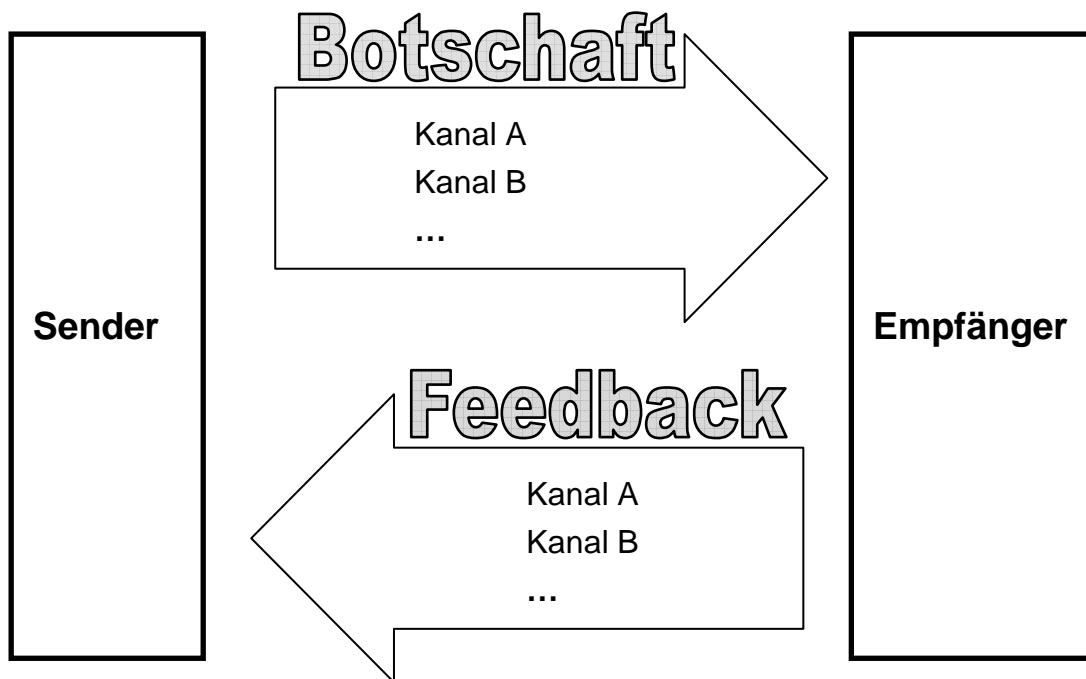


Abb. 4: Sender- Empfänger- Modell

¹ Funk- Kolleg Sprache. 1982. Eine Einführung in die moderne Linguistik. 10. Aufl. Bd. 1. Frankfurt/ M.: Fischer TB Verlag

- *Botschaft*: verbale und nonverbale Inhalte
- *Sender*: will etwas mitteilen; wird in der nächsten Sequenz zum Empfänger
- *Empfänger*: erhält eine Botschaft und entschlüsselt/ interpretiert verbale und nonverbale Inhalte; wird in der nächsten Sequenz zum Sender
- *Feedback*: Empfänger sendet seine Interpretation der Nachricht zurück
- *Kanal*: z.B. gemeinsame Sprache

Voraussetzungen:

- gemeinsamer Kanal (vgl. Fremdsprache)
- Aufmerksamkeit
- Motivation und Absichten von Sender und Empfänger
- Wahrnehmungsfähigkeit (vgl. blinde oder taube Menschen)
- Entschlüsseln des Wahrgenommenen (Interpretation)

Störungen:

- kein gemeinsamer Kanal
- Wahrnehmungsstörungen
- Interpretationsabweichungen
- Abweichungen zwischen verbaler und nonverbaler Botschaft

Beispiel:

Sender	Patient
Botschaft	OP- Termin
Empfänger	Schwester/ Pfleger
verbal	„Wann werde ich operiert?“
nonverbal	blass, mit aufgerissenen Augen und feuchten Händen
Wahrnehmung/ Interpretation	Frage nach Termin und Interpretation von Angst
Feedback	Rückt sich einen Stuhl ans Bett

2. Gesprächseinstieg

Unterrichtsziel: Reflektiertheit

Unterrichtsmethoden: Induktives Vorgehen, Dialog

Anmerkungen für die Praxis:

Um die Bedeutung der Kommunikationskompetenz zu betonen, werden Beispielgespräche herangezogen, die Missverständnisse oder Kommunikationsprobleme offenbaren, damit die SchülerInnen erste Überlegungen anstellen können, was lief in diesen Beispielen falsch, warum kam es zu den geschilderten Missverständnissen.

Beispielgespräche können von den im Einführungskapitel vorgetragenen Problemgesprächen der SchülerInnen abgeleitet werden, oder es können die folgenden beiden Beispielgespräche herangezogen werden.

Gespräch 1:

Pflegekraft (PK): Guten Morgen. Mein Name ist Sabine. Sind Sie Frau Böhm?

Bewohnerin (BW): Sabine.

PK: Möchten Sie frühstücken?

BW: Frau Böhm, Isolde Böhm.

PK: Trinken Sie Tee oder Kaffee?

BW: Frühstück, ja, bitte.

PK: Was möchten Sie trinken?

BW: Ja, frühstücken, bitte.

PK: Na gut, ich bringe Ihnen Tee.

BW: Ja, trinken möchte ich.

PK: Waschen Sie sich selbst?

BW: Kaffe am liebsten.

PK: Und danach ziehen wir Sie an.

BW: Nein, ich möchte duschen.

PK: Was ziehen Sie heute an?

BW: Duschen und Haare waschen.

PK: Ich lege Ihnen den blauen Rock raus. Können Sie Ihr Brötchen selbst streichen?

BW: Das Sommerkleid.

Gespräch 2:

PK: Guten Morgen. Stehen Sie nun bitte auf!

BW: Ich habe doch Eintritt bezahlt.

PK: Ich helfe Ihnen beim Aufstehen.

BW: Nicht so laut, sonst stören wir die anderen.

PK: Wollen Sie doch lieber im Bett gewaschen werden?

BW: Wie kommen Sie auf Waschen? Ich möchte zuschauen!

PK: Sie können doch aufstehen, also los, am Waschbecken geht das Waschen doch viel besser, als im Bett.

BW: Lassen Sie mich vorbei, es ist Pause, ich will was trinken.

PK: Halt! Erst waschen und dann anziehen.

Anmerkungen für die Praxis:

Die Beispiele werden gelesen/ vorgetragen und analysiert. Dabei stehen die Diagnosefragen, „Was lief hier schief?“ und „Warum kam es zu diesem Missverständnis?“ im Mittelpunkt.

3. Modelle

Unterrichtsziele: Fachkompetenz, Methodenkompetenz

Unterrichtsmethode: Gruppenarbeit: Feature über einzelne Forscher und deren Kommunikationsmodell erstellen

Anmerkungen für die Praxis:

Die SchülerInnen teilen sich in Kleingruppen ein und wählen einen Forscher bzw. ein Modell aus, über das/ den sie ein kurzes Feature (Präsentation und Handout) erstellen. Die Gruppenarbeit wird so eingeführt, dass als Ziel ein Überblick aller SchülerInnen über alle Modelle definiert wird.

Die Lehrende stellt die benötigte Literatur zur Verfügung, evtl. das

World Wide Web zur Internet-Recherche und begleitet die Gruppenarbeit als Ratgeberin und Moderatorin.

a) Paul Watzlawick

Person

5 Axiome

Paradoxien

Bedeutung

b) Friedemann Schulz von Thun

Person

Kommunikationsquadrat: „Vier Ohren“ - Modell

Bedeutung

c) Ruth Cohn

Person

TZI- Modell

Postulate

Bedeutung

d) Eric Berne

Person

Transaktionsanalyse

Bedeutung

e) Naomi Feil

Person

Validation

Bedeutung

f) Thomas Gordon

Person

Umgang mit Konflikten

Aktives Zuhören

Bedeutung

g) Marshall B. Rosenberg

Person

Gewaltfreie Kommunikation (GFK)

Bedeutung

h) Tom Kitwood

Person

Personenzentrierter Ansatz

Dementia Care Mapping (DCM)

Bedeutung

i) Jennie Powell

Kommunikationshilfen bei Demenz

Bedeutung

4. Methoden und Fähigkeiten

Unterrichtsziele: Fachkompetenz, Methodenkompetenz, KSD

Unterrichtsmethoden: Frontalunterricht (Überblick), Übungen, Induktives Vorgehen

Die im vorherigen Kapitel präsentierten Modelle enthalten explizit oder implizit bestimmte Fähigkeiten und Methoden, die die Kommunikationskompetenz ausmachen. Dazu gehören:

- a) Differenziertes Beobachten und Wahrnehmen (evtl. Kenntnisse der Wahrnehmungspsychologie aktualisieren)
- b) Zuhören können, ohne Stellung zu beziehen, um typische Fehler, wie „Es wird schon wieder“ und „Anderen geht es genau so“, zu vermeiden.
- c) Aktiv Zuhören
- d) Biografiearbeit
- e) Nonverbale Signale entschlüsseln und senden
- f) Feedback geben und empfangen
- g) Klare Aussagen treffen
- h) Ich- Botschaften senden

Anmerkungen für die Praxis:

Eine Darstellung dieser Kommunikationswerkzeuge wird von Ital & Knöferl (2001)¹ als einführende Kopiervorlage verfügbar gemacht.

Ergänzt werden kann diese Vorlage um die Aspekte „Differenziertes

¹ Ital, Annette. Knöferl, Michael. 2001. Aus-, Fort- und Weiterbildung nach Schlüsselqualifikationen. Hagen: Brigitte Kunz Verlag

„Beobachten und Wahrnehmen“ und „Biografiearbeit“. Im selben Buch finden Lehrende auch Übungsbeispiele für die einzelnen Werkzeuge. Zur vertiefenden Übung von „Differenzierterem Beobachten und Wahrnehmen“ können beispielsweise Pantomimeszenen von SchülerInnen vorbereitet werden, die bestimmte Emotionen (Neid, Enttäuschung, Eifersucht usw.) darstellen und von den Anderen erraten werden sollen. So entsteht gleichzeitig ein Ratespiel.

5. Haltungen/ Werte

Unterrichtsziele: Reflektiertheit, Personale Kompetenz

Unterrichtsmethoden: Szenisches Spiel, Gespräch

Um Kommunikationswerkzeuge zur Kommunikationskompetenz zu ergänzen, werden Grund- und Werthaltungen benötigt. Werthaltungen, die als bloße Inhalte vermittelt werden, führen sich selbst ad absurdum. Denn hierbei werden ethische und moralische Überzeugungen berührt, die nur durch Einsicht, Überlegung und Erfahrung erworben werden können und nicht durch Übernahme und Speicherung vorgegebener Wissensinhalte.

Haltungen können am ehesten durch Reflexionsfähigkeit erworben werden. Reflexionsfähigkeit meint, dass auf eine Unterbrechung des routinierten Alltagshandelns eine Phase des Überlegens einsetzt, die die Handlungsziele mit dem bisher Erreichten vergleicht, nach neuen Handlungswegen sucht die eine Zielerreichung ermöglicht und schließlich Handlungsalternativen erprobt, die dann wiederum bewertet werden.

Um die Entwicklung von Reflektiertheit zu fördern, müssen die herkömmlichen Unterrichtsmethoden, die häufig kognitives Lernen überbetonen, erweitert werden. Als gute Reflexionsmethode erweist sich das Szenische Spiel (Oelke et al. 2000).¹

Anmerkungen für die Praxis:

Die Unterrichtseinheit „Visite“ von Oelke et al. (2000, S.157-171) eignet sich als Einführung sehr gut. Ohne Weiterbildungskenntnisse im

¹ Oelke, Uta. Scheller, Ingo. Ruwe, Gisela. 2000. Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege. Bern: Huber Verlag.

Szenischen Spiel können Lehrende Elemente davon erproben oder selbst konzipieren. Körper- und Bewegungsübungen und das Bauen von Standbildern, mit anschließenden Reflexionsübungen, können dazu herangezogen werden. Die Reflexionsübungen bestehen darin, dass BeobachterInnen der Standbilder hinter einzelne Figuren treten, ihnen auf die Schulter tippen und an ihrer Stelle Gefühle und Gedanken aussprechen. Die LeiterIn kann durch Antippen der Figuren diese selbst dazu motivieren ihre Gedanken und Gefühle auszusprechen. Im Vergleich der Aussagen und in der Veränderung der Standbildanordnung bzw. der Veränderung der Szene im Spiel können unterschiedliche Spielverläufe verglichen und bewertet werden, insbesondere bzgl. der zu Grunde gelegten Absicht. Dabei sollte die Erfahrbarkeit von Achtung und Wertschätzung bei Visiten thematisiert werden.

Zudem kann ein Unterrichtsgespräch zur Bedeutung der Pflege initiiert werden, indem die Lehrende die provokante These aufstellt: „Die Pflege ist die Erfüllungsgehilfin der Medizin“.

III. Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Unterrichtsziele: Sozialkompetenz, KSD, Deutungskompetenz, Reflektiertheit

Unterrichtsmethoden: Rollenspiele, Übungen, Induktives Vorgehen, Diskussionen

Die Aufgabe für Pflegende besteht darin zu PatientInnen und Angehörigen Beziehungen aufzubauen, die für die Phase der Pflege tragfähig sind. In vielen Fällen handelt es sich hierbei um helfende Gespräche. Die Beziehungsform und die Beziehungsqualität unterscheiden sich in Abhängigkeit der Persönlichkeit, des Alters und der Pflegebedürftigkeit der PatientInnen bzw. der Persönlichkeit der Pflegenden. Deshalb wird zwischen den Altersgruppen der PatientInnen differenziert (Kinder, Erwachsene, ältere Menschen) und das Ausmaß der krankheitsbedingten Belastungen berücksichtigt. Steht bei Kindern die Herstellung von compliance für die pflegerisch-medizinische Behandlung im Vordergrund, werden in Beziehungen zu älteren Menschen lebenslang

erworbenen Handlungsmuster, z.B. Gesundheits- Krankheitsverständnis, relevant. Persönlichkeitsmerkmale, wie z.B. das Merkmal „represser vs. sensitiser“¹, gewinnen in allen Altersgruppen Bedeutung und sollten für die Gesprächsführung reflektiert werden.

Menschen, die an einer chronischen Krankheit und Menschen, die an einer nicht oder nur schwer heilbaren Krankheit leiden, weisen einen anderen Gesprächsbedarf auf, als kurzzeitig Pflegebedürftige.

Eine besondere Rolle nehmen solche Patienten ein, mit denen eine alltagsgewohnte Kommunikation, auf Grund gerontopsychiatrischer Veränderungen, nicht möglich ist. Hier benötigen Pflegende weitere Interaktionsformen, die dazu verhelfen auch mit dieser Patientengruppe Beziehungen aufzubauen. Diese Kommunikationskompetenz ist von großer Wichtigkeit, da demografische Einschätzungen für diese Personengruppe eine starke Zunahme vorhersagen.

In allen Unterrichtseinheiten, bei allen Patientengruppen, sollte großer Wert auf ein differenziertes Beobachten und Wahrnehmen gelegt werden, da dies eine wichtige Voraussetzung für die Deutungsfähigkeit ist.

Zwei weitere Aspekte sind allgemein bei Gesprächen mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bedeutsam. Das ist zum einen der Aspekt PatientInnen anderer Kulturen zu pflegen und zum anderen der so genannte Gender-Aspekt.

Gespräche, die mit Angehörigen zu führen sind, integrieren sich in viele der bereits angesprochenen Dimensionen. Je nachdem für welche PatientInnen sie sprechen, werden unterschiedliche Gespräche zu führen sein (helfende Gespräche oder Beratungsgespräche).

Anmerkungen für die Praxis:

Zu jeder der folgenden Lerneinheit bereiten Kleingruppen von SchülerInnen ein Rollenspiel vor, das sie aus ihren beruflichen Erlebnissen und Erfahrungen ableiten. Damit wird in die jeweilige thematische Einheit eingeführt. Besonderes Einfühlungsvermögen benötigt die Lehrende beim Thema „Gespräche mit Schwerstkranken,

¹ Amelang, Manfred. Bartusseck, Dieter. 1981. Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. Stuttgart: Kohlhammer. S.315-324

Gespräche über Tod und Sterben“. Eine Darstellung als Rollenspiel muss in der jeweiligen SchülerInnengruppe gut überlegt sein und im Zweifelsfall sollte darauf verzichtet werden, da dabei oftmals intensive Emotionen freigesetzt werden, die es dann zu bearbeiten gilt.

Anhand dieser Rollenspiele können entweder einzelne Kommunikationsmethoden identifiziert und analysiert werden oder es wird eine Diskussion darüber angeregt, welche Kommunikationswerkzeuge geeignet erscheinen diese zu ergänzen. In die Rollenspiele sollten Elemente des Szenischen Spiels übertragen werden und zwar die explizite Übernahme von Gedanken und Gefühlen, die die Protagonisten im Spielverlauf entwickeln. Dazu gibt es einen so genannten Spielstopp, nach dem BeobachterInnen auf SpielerInnen zugehen, diese an der Schulter antippen und sie damit auffordern augenblicklich empfundene Gefühle und Gedanken auszusprechen. Gleichzeitig erhalten die BeobachterInnen die Gelegenheit ihre eigenen in dieser Situation empfundenen Gedanken und Gefühle laut zu äußern. Stimmen Handlungsziele und erreichte Handlungsergebnisse nicht überein, kann der Spielverlauf geändert werden, so dass mehrere Handlungsalternativen, für die eine Situation dargestellt werden. Dieses Vorgehen fördert sowohl die Reflektiertheit, als auch die Deutungsfähigkeit.

1. Interaktion/ Gespräche mit Kindern

Die Patientengruppe der Kinder stellt besondere Anforderungen an die Interaktionsformen der Pflegenden. Die häufig kognitionsbetonten Gespräche mit Erwachsenen werden bei Kindern eher selten erfolgreich verlaufen. Kinder benötigen Interaktionsformen, die auf ihren jeweiligen Entwicklungsstand abgestimmt sind. Insbesondere die Sprachentwicklung, aktiv und passiv, ist individuell zu erfassen. Andererseits lässt der Umgang mit Kindern ein großes Spektrum an Kreativität und Einfühlungsvermögen zu. Kinder sind auf der Gefühlsebene meist sehr offen und gut ansprechbar, andererseits aber auch empfindsam und expressiv. Ihr Denken ist, je nach Alter, von Symbolik und

magischen Elementen geprägt, was eine breite Grundlage für einen kreativen Umgang bietet.

Häufig sind Kinder als Patienten von Angehörigen begleitet, die intensiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden müssen. Der Wechsel der Gesprächsebenen, zwischen Kind und Angehörigem, macht eine hohe Kompetenz an Kommunikationssituationsdifferenzierung (KSD) erforderlich.

Anmerkungen für die Praxis:

Das von den SchülerInnen präsentierte Rollenspiel kann dazu verwendet werden bestimmte Kommunikationstechniken zu identifizieren bzw. einzuführen. Dazu bleiben die SpielerInnen auf der „Bühne“ oder werden zur Erprobung von Handlungsalternativen durch BeobachterInnen ersetzt. Die Lehrende übernimmt dabei die Moderation. Die Transaktionsanalyse (TA) von Eric Berne, als Parallelform einzelner Ich-Zustände kann erläutert werden, ebenso die Watzlawickschen Axiome und die vier Seiten des Kommunikationsquadrats von Schulz von Thun.

Zudem können im Rollenspiel kreative Umgangsformen mit Kindern (Rollenspiele, Figurenspiele, Fingerspiele, Stellvertreter Spiele, Geschichten, dialogisches Lesen und/ oder Erzählen, Symbolspiele, Malen nach Musik, Geräusche zu Geschichten u.v.m.) mittels verfügbarer Materialien des Pflegealltags (z.B. Blechschüsseln, Verbände, Spritzen, Handschuhe) erprobt werden. Deutungen der kindlichen Ausdrucksformen schließen sich solchen Versuchen an.

Der Wechsel von Kommunikationssituationen kann anhand der Gesprächspartner, Kind und Angehöriger, versucht werden.

2. Gespräche mit Erwachsenen

In die Gesprächsführung mit Erwachsenen fließen sehr viele persönlichkeitspsychologische Kenntnisse ein. So auch das Persönlichkeitsmerkmal „repressor vs. sensitizer“, als Kriterium für unterschiedliche Sichtweisen von Krankheit und Gesundheit.

Als weitere Themenbereiche zählen Aspekte der multikulturellen Pflege und Gender- Aspekte hinzu.

Anmerkungen für die Praxis:

Als Schwerpunktsetzung in diesem breiten Themenfeld eignet sich die konkrete Aufgabenstellung für das vorzubereitende Rollenspiel. Die Aufgabenstellung kann beispielsweise lauten: „Gespräch zur Vorbereitung einer Pflegemaßnahme mit einem italienischen Gastarbeiter“.

Die Bearbeitung des Rollenspiels erfolgt in jeder Einheit ähnlich, d.h. die Protagonisten bleiben präsent und werden ggf. durch BeobachterInnen ersetzt. Das Denken und Fühlen der Rollenfiguren wird expliziert und alternative Handlungsverläufe erprobt.

Die Parallelität von Transaktionen, die Axiome von Watzlawick und das Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun werden diskutiert. Dabei findet eine Fokussierung auf Deutungen einzelner Handlungsweisen statt.

Entweder durch das Rollenspiel angeregt oder zusätzlich aufgenommen, werden im Unterrichtsgespräch Merkmale und/ oder Unterschiede in der Pflege anderer Kulturen und Gender- Aspekte diskutiert.

3. Gespräche mit alten Menschen

Zusätzliche Unterrichtsmethode: Biografiearbeit

Die Gespräche mit alten Menschen unterscheiden sich nicht wesentlich von Gesprächen, wie sie mit Erwachsenen bereits dargestellt wurden. Ergänzend kommt lediglich hinzu, dass ältere Menschen über einen langen Erfahrungs- und Erlebnishintergrund verfügen und dementsprechend oftmals über zurückliegende Lebensereignisse berichten. Um diese Berichte einordnen und für die Pflege nutzbar machen zu können, wird die Technik der Biografiearbeit verwendet. Diese besteht darin, durch die Methode des Aktiven Zuhörens, die PatientInnen zu motivieren über ihr vergangenes Leben zu berichten und daraus Ableitungen zu treffen, über welche Ressourcen der oder die Einzelne

verfügt. Personale Ressourcen (z.B. Krisenbewältigung, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen) oder soziokulturelle Ressourcen (z.B. musiche Aktivitäten) werden in Anamnesegesprächen nicht unbedingt zum Ausdruck gebracht, obwohl sie für die Pflege oftmals sehr relevant werden können. Außerdem fördert Biografiearbeit durch Aktives Zuhören, eine Beziehung, die von Verständnis, Wertschätzung und Anerkennung geprägt ist und damit als tragfähige Pflegebeziehung gelten kann.

Anmerkungen für die Praxis:

Zur Bearbeitung des Rollenspiels kommt die Erstellung einer Zeitschiene des vergangenen Jahrhunderts hinzu. Politische, wirtschaftliche, soziokulturelle und technische Ereignisse werden an einer Plakatwand grafisch festgehalten und so zu einer Gedächtnisstruktur der SchülerInnen geprägt. Anhand dieser Zeitschiene können individuelle Lebensgeschichten eingeordnet werden und erhalten dadurch Erklärungswert.

Das Rollenspiel sollte bzgl. der Methode des Aktiven Zuhörens und der Entwicklung von Empathie bearbeitet werden und ggf. durch weitere Übungen vertieft werden.

Biografiearbeit kann als Übung für Deutungsfähigkeit verstanden werden.

IV. Gespräche mit stark belasteten Pflegebedürftigen

Unterrichtsziele: Reflektiertheit, Deutungskompetenz, Sozialkompetenz, Personale Kompetenz

Unterrichtsmethoden: Übungen, Induktives Vorgehen, Unterrichtsgespräch

1. Menschen mit chronischen Krankheiten/ Schmerzen

Menschen mit chronischen Krankheiten und / oder Schmerzen entwickeln häufig besondere psychische Reaktionen. Dazu gehören Regression, Aggression, Depression, Verdrängung und magisches Denken. Mit dem Wissen über solche Reaktionen kann verhindert werden, dass es zu unkontrollierbaren Spannungen und Beziehungsproblemen kommt.

Anmerkungen für die Praxis:

Im Rollenspiel können die typischen, psychischen Reaktionen auf chronische Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit identifiziert und bearbeitet werden. Als Handlungsalternative kann die Stärkung des Selbstwertgefühls (Förderung der Selbstständigkeit und das Ausnutzen der vorhandenen Ressourcen) im Spiel erprobt werden, ebenso nonverbale Kommunikationsinhalte (z.B. Berührung) und das Aktive Zuhören. Darüber sollen Deutungen erfolgen. Weitere Übungen zu nonverbaler Kommunikation, zum Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun und zum Aktiven Zuhören, als Bestandteile von Helfenden Gesprächen, sollten angeschlossen werden.

Im Unterrichtsgespräch lenkt die Lehrende auf das Thema, Grenzen der Belastbarkeit von Pflegenden hin und regt durch Übungen zur Auseinandersetzung damit an, was wiederum allgemein die Reflektiertheit fördert.

Zusätzlich können Elemente des Szenischen Spiels eingebracht werden. Die Unterrichtseinheit „Krank sein - Schmerzen haben“ (Oelke et al. 2000, S.77-91) eignet sich gut dazu. Die Aufmerksamkeit sollte auf die typischen Fehler, „Es wird schon wieder“ oder „Anderen geht es auch so“ gelenkt werden. Die Fähigkeit zuhören zu können, ohne Stellung zu beziehen, wird hierbei vermittelt.

2. Schwerstkranke Menschen/ Gespräche über Tod und Sterben

Zusätzliche Methoden: Selbsterfahrungsübungen, Dialoge, Literaturbeispiele, Unterrichtsgespräche

Das Thema Tod und Sterben gilt als Tabuthema in unserer Gesellschaft. Häufig wird es verdrängt und verantwortliches Handeln an Pflegende delegiert. Der Pflegealltag ist geprägt von schwerstkranken und sterbenden Menschen, so dass eine vertiefende Auseinandersetzung damit stattfinden muss. Eng damit verbunden sind die professionelle Begleitung von schwerstkranken Menschen, der Umgang mit trauernden Angehörigen und die Hospizarbeit im ambulanten und stationären Bereich. Die Sterbeforscherin, Elisabeth Kübler- Ross, hat viel

Wissen darüber zusammengetragen und in ihren Büchern veröffentlicht. Ihr Phasenmodell und ihre Beschreibung der Bedürfnisse Sterbender stellen wichtige Erkenntnisse dar.

Anmerkungen für die Praxis:

Zunächst muss die Lehrende für sich selbst klären, in welcher Tiefe sie das Thema bearbeiten kann (eigene Unterrichtserfahrungen, Gruppengröße, Unterrichtsrahmen) und inwieweit starke emotionale Reaktionen von SchülerInnen aufgefangen werden können. Ein Rollenspiel sollte wohl überlegt sein.

Als alternativer Themeneinstieg eignen sich Literaturbeispiele, z.B. „Der kleine Prinz“ (de Saint- Exupéry 1995), „Besuch der Ahnen“ (Böke et al. 1999, S.64-67), „Stufen“ (Hesse 1981, S.676)¹.

Selbsterfahrungsübungen sind beispielsweise, den eigenen Lebensweg in Symbolen zu malen (Böke et al. 1999, S.27), im Zweiergespräch mit einer MitschülerIn sich darüber austauschen, „Was ist mir im Leben so wichtig, dass mir ein Abschied schwer fällt?“.

Das Unterrichtsgespräch muss Raum für persönliche Erfahrungsberichte von SchülerInnen lassen. Ebenso sollte dabei das Thema der eigenen Belastbarkeit vertiefend reflektiert werden. „Wo sind meine persönlichen Grenzen?“, kann als Thema für einen fiktiven Tagebucheintrag genutzt werden.

Der Darstellung der Erkenntnisse von Kübler- Ross, können Übungen zur nonverbalen Kommunikation und insbesondere zum Monologen Dialog angeschlossen werden, wobei die Deutung eigener und fremder Handlungen im Mittelpunkt stehen sollte.

Die Beziehung zu Schwerstkranken schließt Besonderheiten der Pflege ein, die zu einer einfühlsamen und wertschätzenden Beziehungsgestaltung genutzt werden können. Dazu gehören:

- Angelegenheiten regeln/ organisieren, damit sie geregelt werden

¹ de Saint- Exupéry, Antoine. 1995. Der kleine Prinz. 50.Aufl. Düsseldorf: Karl Rauch Verlag
Böke, Hubert. Knudsen, Lena. Müller, Monika. 1999. Nach innen wachsen. Ein Begleiter zum Leben und Sterben. Düsseldorf: Patmos Verlag
Hesse, Hermann. 1981. Die Gedichte. 5. Aufl. 2 Bände. Berlin: Suhrkamp.

- besondere Pflege bzgl. Durst, Schmerzen, körperlicher Pflege
- Berührung und Nähe
- Aktives Zuhören

Wichtig ist die Informationsweitergabe über ambulante und stationäre Hospizarbeit der Region und palliativmedizinische Einrichtungen.

Ein weiterer Themenbereich ist der Umgang mit trauernden Angehörigen. Die Kenntnis von Trauermodellen (z.B. Pisarski 2001)¹ und die Beschäftigung mit Trauerritualen ergänzen die Hinweise zur Gesprächsführung mit Angehörigen.

Die Bedeutung von Religion für Sterbende und Trauernde sollte in Gesprächen/ Interaktionen behutsam ermittelt werden.

3. Interaktion mit verwirrten Menschen

Zusätzliche Methoden: Gruppenarbeit, Frontalunterricht, Übungen, Selbstorganisiertes Lernen (SOL), Szenisches Spiel

Der Anteil von verwirrten Menschen wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege werden verwirrte Menschen einen großen Teil der Klientel ausmachen. Deshalb sind Interaktionsformen mit verwirrten Menschen ein wichtiges Lernfeld in der Pflege.

Das allgemeine Prinzip im Umgang mit verwirrten Menschen ist, einen Zugang zu der „ver- rückten“ Welt der betroffenen Menschen zu finden. Dazu können Ansätze wie „Personenzentrierter Ansatz“ von Kitwood (2000), „Validation“ von Naomi Feil (1993) und „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ von Jennie Powell (2002) herangezogen werden. Allerdings sind diese Ansätze so angelegt, dass zwischen Pflegenden und Gepflegten eine dauerhafte Beziehung aufgebaut wird, die auf Vertrauen und Kenntnissen über die Gepflegten basiert. Das stellt die Krankenpflege vor das Problem, dass Patienten meist nur eine kurze Verweildauer im Krankenhaus haben und damit die Voraussetzungen an eine Vertrauensbasis und Kenntnisse über die Person nur bedingt erfüllt werden können. Trotzdem muss auch hier die Interaktion so

¹ Pisarski, Waldemar. 2001. Anders trauern- anders leben. 6.Aufl. Gütersloher Verlagshaus

gestaltet sein, dass eine erfolgreiche medizinisch- pflegerische Behandlung möglich ist.

Anmerkungen für die Praxis:

Je nach Ausbildungsstand kann zunächst das vorhandene neurologische und gerontopsychiatrische Wissen aktualisiert werden.

Dazu eignen sich Methoden des Selbstorganisierten Lernens (SOL), wie z.B. Kartenmemory (Herold & Landherr 2003, S.69-73)¹.

Für das Verständnis des Erlebens und Handelns von dementiell veränderten Menschen erweist sich eine Darstellung in Wirsing (2000, S.300)² als sehr sinnvoll.

Die Präsentationen über die Kommunikationsmodelle von Tom Kitwood, Naomi Feil und Jennie Powell werden in einer Kurzform wiederholt.

Zusätzlich bereitgestellte Literatur zu milieutherapeutischen Ansätzen³ und zu Pflegeansätzen wie der Basalen Stimulation¹ sollen dazu genutzt werden, in einer Gruppenarbeit (Teilaufgaben in Kleingruppen) eine so genannte Lösungskiste für den Umgang mit verwirrten Menschen zu erstellen. Das Ergebnis soll eine Liste von förderlichen Umgangsformen sein, die direkt und praktisch nutzbar sind.

Weitere Übungen zur nonverbalen Kommunikation können die Deutungsfähigkeit vertiefen (vgl. Ital & Knöferl 2001, S.48).

Sehr anschaulich sind auch Filmbeiträge zur Validation, die Naomi Feil aus ihrer Arbeit zusammengestellt hat (vgl. Lehrfilme im Ernst Reinhardt Verlag).

Je nach Zeitrahmen kann in dieser Unterrichtseinheit ein Einschub zum Thema „Gewalt in der Pflege“ erfolgen. Kutschke (2001)² gibt darüber einen guten Überblick und Oelke et al. (2000) vertieft dieses Thema mit einem Vorschlag zum Szenischen Spiel (Oelke et al. 2000, S.196-218).

¹ Herold, Martin. Landherr, Birgit. 2003. SOL. Ein systematischer Ansatz für den Unterricht. 2.überarb. Aufl. Hohengehren: Schneider Verlag

² Wirsing, Kurt. 2000. Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. 5. vollst. überarb. und erw. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union

³ Bremer-Roth, Friedericke et al. (Hrsg.). 2005. In guten Händen. Altenpflege. Bd. 1. Berlin: Cornelsen.

Bohnes, Heike et al. (Hrsg). 2006. In guten Händen. Bd. 2. Berlin: Cornelsen

V. Gespräche innerhalb und mit anderen Berufsgruppen

Unterrichtsziele: KSD, Reflektiertheit, Fach-, Sozialkompetenz

Unterrichtsmethoden: Übungen, Unterrichtsexperiment: Führungsstile, Schreibspiele

In diesem Kapitel steht die Kommunikation mit anderen, an der Pflege beteiligten Personengruppen im Mittelpunkt, zum einen mit anderen Pflegenden und zum anderen mit Angehörigen pflegenaher Berufe.

Im engeren Sinn geht es hierbei um soziale Situationen im KollegInnenkreis, mit Vorgesetzten und mit Angehörigen anderer Berufsgruppen, wie Ärzten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern und Hauswirtschaftskräften. Zentrale Themen sind dabei Teamentwicklung und der Umgang mit Macht.

Das Ziel der Unterrichtseinheit besteht in der Kompetenzerweiterung zur Differenzierung von Kommunikationssituationen, zur Gestaltung von Teamprozessen und der Reflexionsfähigkeit zum Umgang mit Macht. Zielführend sind die Techniken „Feedback geben und annehmen können“ und „klare Aussagen treffen“.

1. Mit Menschen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen

Pflegende arbeiten mit Auszubildenden, mit KollegInnen und mit Vorgesetzten zusammen, also mit Menschen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen.

Anmerkungen für die Praxis:

„Selbsterfahrbare Lernen“ ließe sich ein Unterrichtsexperiment zu Führungsstilen bezeichnen. Dabei geht es darum, dass die Lehrende in Abhängigkeit der Dimensionen laissez faire, demokratisch und autoritär ihren Führungsstil im Unterricht systematisch variiert. Dies erfolgt ohne die SchülerInnen über das Experiment zu informieren. Falls die

¹ Bienstein, Christel. Fröhlich, Andreas. 1997. Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben

² Kutschke, Andreas. 2001. Pflege unter Druck- Gewalt in der Betreuung hilfloser und psychisch auffälliger alter Menschen. In: Berghaus et al. Anspruch- Hoffnung- Wirklichkeit. Thema 170. Köln: KAD. S.135-141

Unterrichteten die unterschiedlichen Führungsstile nicht selbst erkennen und dazu Stellung beziehen, ist es die Aufgabe der Lehrenden, am Ende der Einheit, die Auszubildenden in einem Unterrichtsgespräch die Unterschiede des Führungsverhaltens reflektieren zu lassen und dabei ihr Erleben zu thematisieren.

Darauf bezogen, kann das Thema „Teamentwicklung“ und Gestaltungsmöglichkeiten von Teamprozessen angeschlossen werden, ebenso der Umgang mit Macht. Als Reflexionsmethode eignen sich so genannte Schreibspiele (Klein 2002, S.12-18)¹. Auf einem großen Bogen Papier wird eine provokante Aussage, wie z.B. Der Mächtige gewinnt immer, geschrieben und Kleingruppen von maximal sieben SchülerInnen nehmen dazu schriftlich Stellung. Ohne Worte werden Bemerkungen aufgeschrieben, Antworten gegeben und neue Gedanken formuliert.

„Feedback geben und annehmen“ und „klaren Aussagen treffen“ sollten in kurzen Rollenspielen oder Szenen, z.B. zum Thema „Die Neue“ oder „Ich als PDL“, geübt werden. Dabei können die vier Seiten des Kommunikationsquadrats von Schulz von Thun analysiert werden.

2. Mit Menschen anderer Berufsgruppen

Ärzte sind die Berufsgruppe, mit der Pflegende eine ausgedehnte Zusammenarbeit verbindet. Diese Zusammenarbeit ist in vielen Fällen nicht spannungsfrei und oftmals von unreflektierten Normen geprägt (vgl. Darmann 2000)².

Darüber hinaus erfordern Ansätze des Casemanagements eine integrative Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen, um möglichst viele Aspekte bei der Pflege einer Person zusammenzuführen (vgl. Brandenburg & Klie 2003, S.127)³.

¹ Klein, Kerstin. 2002. So erklär' ich das! 60 Methoden für produktive Arbeit in der Klasse. Verlag an der Ruhr

² Darmann, Ingrid. 2000. Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. *Pflege*. 13.Jhrg. Heft 4. S.219-225

³ Brandenburg, Hermann. Klie, Thomas (Hrsg). 2003. Gerontologie und Pflege. Hannover: Vincentz.

Anmerkungen für die Praxis:

Anknüpfend an das Szenische Spiel zum Thema „Visite“ können sprachliche Merkmale (Wortwahl, Sprechhäufigkeit, Blickkontakt u.ä.) als Ausdruck sozialer Macht im Unterricht besprochen werden. Möglicherweise fließen dabei Reflexionen aus dem Szenischen Spiel mit ein, die damit „sichtbar“ werden würden.

In Übungen und Rollenspielen, die als interdisziplinäres Arrangement angelegt sein sollten, können KSD, sowie Feedback geben und annehmen und klare Aussagen treffen, vertieft werden.

VI. Gespräche in schwierigen sozialen Situationen

Unterrichtsziele: Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit, personale, soziale und Methodenkompetenz

Unterrichtsmethoden: Übungen (GFK, Ich- Botschaften),

Unterrichtsgespräche, Induktiv- Deduktives Vorgehen, Schreibspiele

Konfliktlösungen werden in vielen Fällen dadurch erschwert, dass die Beteiligten das Vorhandensein von Konflikten nicht wahrhaben wollen und Spannungen stattdessen verschleiern. „*Häufig wird ein Konflikt als peinliche Panne erlebt, als unangenehmer Störfall, der ‘wegoperiert’ werden muss. ... Diese Haltung ist trügerisch, da Konfliktvermeidung letztlich Kontaktverlust bedeutet. Es gibt keinen echten Kontakt ohne Konflikt! Konflikte sind kein Defekt und nicht unnormal, sondern zu akzeptierende Realität und unentbehrlich für Korrekturprozesse*“ (Benien 2007, S.70)¹.

Konflikte und Konfliktlösungsversuche berühren das Thema „Macht“ und zwar in einer Art und Weise, wie es gesellschaftlich weit verbreitet ist. In Konflikten wird der Mächtigere zum Gewinner und der weniger Mächtige zum Verlierer. Derjenige, der über mehr Macht verfügt, zwingt andere zur Übernahme seiner Vorstellungen. Dieses Vorgehen ist kontraproduktiv und blockiert in vielen Fällen das Zusammenleben und –arbeiten von Menschen. Der Verlierer reagiert mit Ärger, Wut und möglicherweise mit Aggression und nutzt seine Potenziale

¹ Benien, Karl. 2007. Schwierige Gespräche führen. Modelle für Beratungs-, Kritik- und Konfliktgespräche im Berufsalltag. 4.Aufl. Reinbek: Rowohlt TB Verlag

nicht für eine kreative Weiterentwicklung, sondern vielmehr für Rachepläne. In der Auffassung von Gordon et al. (1999)¹ ist aber nur eine Konfliktlösung ohne Verlierer eine wirkliche Lösung, die das Verantwortungsbewusstsein der Beteiligten fördert und zu positiven Veränderungen führt (Gordon et al. 1999, S.192-193). Machtmissbrauch als Konfliktlösung gilt als verfehlt.

Die Sprache kann als Machtwerkzeug missbraucht werden, sie kann aber auch im reflektierten Gebrauch zur Gewaltfreien Kommunikation beitragen. Marshall B. Rosenberg² stellt einen überzeugenden Ansatz zur Gewaltfreien Kommunikation dar und damit einen reflektierten Umgang mit Sprache. Ingrid Holler³ entwickelte dazu ein Trainingsbuch.

1. Bedeutung von Macht

In den Pflegeberufen besteht ein ausgeprägtes Machtgefälle zwischen Pflegenden und Gepflegten, sowie in der Hierarchie der Pflegekräfte. Der verantwortungsvolle und reflektierte Umgang mit Macht ist daher eine Grundvoraussetzung für gelingende Beziehungen und Konfliktlösungen (vgl. Darmann 2000).

Anmerkungen für die Praxis:

Das Schreibspiel zum Thema „Macht“ (vgl. Kap. V des Handbuchs) kann auch an dieser Stelle durchgeführt werden. Die Präsentation zu Gordon et al. ist mit dem Schwerpunkt, Konfliktlösung ohne Verlierer, zu aktualisieren.

2. Konflikte und Lösungsmöglichkeiten

Das Ziel dieser Unterrichtseinheit ist die Fähigkeit „Ich- Botschaften“ zu senden, zu empfangen und von unechten „Ich- Botschaften“ (verdeckte „Du- Botschaften“) abzugrenzen. „Aktives Zuhören“ und „klare Aussagen treffen“ sind ebenfalls Kommunikationswerkzeuge zur Konfliktlösung.

¹ Gordon, Thomas. Edwards, Sterling W. 1999. Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. München: Heyne Verlag

² Rosenberg, Marshall B. 2004. Konflikte lösen durch Gewaltfreie Kommunikation. Freiburg: Herder Verlag

³ Holler, Ingrid. 2004. Trainingsbuch Gewaltfreie Kommunikation. Paderbonn: Junfermann Verlag

Anmerkungen für die Praxis:

Das vorbereitete Rollenspiel bildet die Grundlage für die Übungen zur Konfliktlösung ohne Verlierer. Je nach Gesamtgröße der Gruppe kann es auch sinnvoll sein, zwei Rollenspiele zu diesem Themenfeld vorbereiten zu lassen, um unterschiedliche Konfliktarten darzustellen. Benien (2007) gibt dazu einige Beispiele. Da im Alltag häufig Beziehungskonflikte von Sachkonflikten überlagert werden, sollte ein Rollenspiel in dieser Art konstruiert werden. Gemäß dem Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun kann das zweite Spiel entweder einen Bedürfnis- oder Inneren Konflikt behandeln.

Das Vorgehen, den Spielverlauf zu stoppen, Gefühle und Gedanken auszusprechen und alternative Handlungsweisen zu versuchen, ist dazu geeignet den konstruktiven Konfliktlösungsansatz nach Benien (2007) zu erarbeiten (induktiv- deduktives Vorgehen).

Als Arbeitsergebnis dieser Einheit kann eine so genannte Lösungskiste (Liste praktisch umsetzbarer Handlungsmöglichkeiten) erstellt werden. Dazu notiert sich ein Schriftführer alle Spielideen, die am Ende auf ihre Tauglichkeit geprüft werden und in die Lösungskiste aufgenommen oder verworfen werden.

3. Übungen und Beispielgespräche

Anmerkungen für die Praxis:

Im Unterrichtsgespräch lassen sich sprachliche Eigenheiten sammeln, die die Kommunikation erschweren oder blockieren (z.B. Worte wie „nie“, „immer“ oder „du musst“). Diese Sprachwendungen werden als die so genannte „Wolfssprache“ identifiziert und der „Giraffensprache“ gegenübergestellt (Rosenberg 2004). Das Trainingsbuch zur Gewaltfreien Kommunikation von Holler beschreibt zahlreiche Übungsbeispiele, die für die Unterrichtsgestaltung ausgewählt werden können.

VII. Beratung

Unterrichtsziele: pädagogische, soziale, personale, Methoden- und Fach-Kompetenz (vgl. Brandenburg & Huneke 2006, S.87)¹

Unterrichtsmethoden: Übungen, Induktiv- Deduktive Elemente

Bereits im Titel ihres Artikels, „Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege“, deuten die Pflegewissenschaftlerinnen, Gabriele Müller-Mundt, Doris Schäffer, Sabine Pleschberger und Petra Brinkhof (2000)², an, dass ihre Sicht auf den Stand der Patientenberatung im deutschen Pflegesystem nicht gerade positiv ist. Im Fazit konstatieren sie „Pflegeberatungslücken“, aufgrund unzureichender Qualifikationen der Berater, fehlender Rahmenbedingungen, z.B. ein geeigneter Abrechnungsmodus, und aufgrund fehlender Forschungsergebnisse und dokumentierender Literatur. Damit liefern die Wissenschaftlerinnen ein gewichtiges Argument, Beratung als explizites Thema in die Kommunikationsausbildung aufzunehmen.

Zunächst fällt eine Begriffsvielfalt auf, die von Patientenedukation, Patientenschulung, Compliance bis Pflegeberatung reicht. Was nun genau unter jedem Begriff zu verstehen ist, entschlüsseln Müller- Mundt et al. (2000) und Koch- Straube (2001)³ jeweils für sich. Eine übersichtliche Systematisierung eines fachspezifischen Verständnisses von Beratung in der Pflege gibt Martina Harking (2005, S.74)⁴. Anlässe, Voraussetzungen, Merkmale und Ergebnisse eines Beratungsprozesses werden in allgemeiner Form expliziert.

Einen kurzen Überblick über psychologische, sozialwissenschaftliche und ein integratives Beratungskonzept enthält die Darstellung von Koch- Straube. Sie beschreibt auch einen stufenweisen Ablaufplan eines Beratungsprozesses (Koch- Straube 2001, S.118).

Beratung als eine Herausforderung an die Pflege zu verstehen, nimmt Angelika Abt- Zegelin für sich und ihr Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/ Herdecke, in Anspruch und kooperiert mit Pflegeeinrichtungen, um

¹ Brandenburg, Hermann. Huneke, Michael. 2006. Professionelle Pflege alter Menschen. Stuttgart: Freiburg

² Müller- Mundt et al. 2000. Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege. Pflege & Gesellschaft. 5.Jhrg. Nr.2. S.42-53

³ Koch- Straube, Ursula. 2001. Beratung in der Pflege. Bern: Huber

⁴ Harking, Martina. 2005. Beratung in der Pflege. In: Schneider (Hrsg). Pflegepädagogik. 2.überarb. und akt. Aufl. Heidelberg: Springer. S.59-77

Modellprojekte, wie z.B. das Patienten- Informations- Zentrum (PIZ) in Lüdenscheid zu etablieren (Abt- Zegelin 2000)¹.

Beratung erfordert spezifisches Fachwissen, das dem jeweiligen Beratungsgegenstand angepasst ist. Dieses Fachwissen ist nur zu einem begrenzten Teil Inhalt der Pflegeausbildung (z.B. Wohnberatung) und muss in Fort- und Weiterbildungen erworben bzw. vertieft werden.

Anmerkungen für die Praxis:

Anhand des Rollenspiels lassen sich Beratungsanlass und der Beratungsablauf analysieren. Die Verwendung der Kommunikationswerkzeuge, „Aktives Zuhören“, „Feedback geben und empfangen“ und „klare Aussagen treffen“ kann entweder hervorgehoben oder ergänzt werden. Als zusätzliche Übung zur Adressatenbezogenheit von Beratung ließe sich die systematische Variation des Sprachniveaus (z.B. Wortwahl, Fremdwörtergebrauch) nutzen, um im Sinne des allgemeinen Vorgehens bei Rollenspielen, Gefühle und Gedanken der Akteure deutlich zu machen. Gegebenenfalls kann ein Exkurs zu den Lernbedingungen, insbesondere zu den Lernbedingungen im Alter, erfolgen, der als SOL organisiert ist.

Das Rollenspiel lässt es zu, einen allgemeinen Aufbau eines Beratungsgespräches abzuleiten, Beratungsvoraussetzungen und –ziele zu formulieren.

Im Unterrichtsgespräch kann das Thema „Motivation“ vertieft werden, um Faktoren zur Förderung der Motivation zu identifizieren.

Die Unterrichtseinheit schließt mit einem kurzen Vortrag der Lehrenden, indem sie die Chancen im Bereich der Pflegeberatung aufzeigt und für eine kreative Weiterentwicklung durch Pflegefachkräfte wirbt. Dabei werden die pessimistischen Einschätzungen der Pflegewissenschaftlerinnen, den Möglichkeiten zur kreativen Innovation gegenüber gestellt.

¹ Abt- Zegelin, Angelika. 2000. Neue Aufgaben für die Pflege – Patientenedukation. Die Schwester. Der Pfleger. 39. Jhrg. Heft 1. S.56-59

VIII. Anleitung

Unterrichtsziele: pädagogische, soziale, Fach-kompetenz, Reflektiertheit, KSD

Unterrichtsmethoden: Übungen, SOL

Anleitung ist die praktische Unterweisung in eine Handlung bzw. ein Tun. Anleitung erfahren SchülerInnen von Anfang ihrer Ausbildung an. PflegeanleiterInnen führen sie ins praktische Handeln in der Pflege ein. Auszubildende verfügen also schon sehr bald über eine Vielzahl von Anleitungserfahrungen. In dieser Form sind sie allerdings die Angeleiteten. Im Verlauf ihrer Ausbildung übernehmen sie immer häufiger die Rolle der AnleiterIn, indem sie Pflegehilfskräfte, SchülerInnen niedriger Klassen und Gepflegte anleiten. Die Anleitung von Gepflegten besteht darin, dass diese bestimmte Pflegemaßnahmen (z.B. Wundversorgung) selbst durchführen können oder bestimmte Hilfsmittel (z.B. Blutzuckermessgerät) selbstständig benutzen können.

Pädagogische Kompetenzen zu erwerben, insbesondere die Verknüpfung von lerntheoretischem Wissen mit Motivationspsychologie und didaktischem Geschick, bilden die Grundlage für erfolgreiches Anleiten.

Anmerkungen für die Praxis:

Zunächst gilt es die vielfältigen Erfahrungen der Auszubildenden zu aktivieren und gleichzeitig zu systematisieren, um mögliche Hinweise auf lern- und motivationspsychologische Inhalte hervorzuheben. Dazu eine sinnvolle Ergänzung zu liefern, ist die Aufgabe der Lehrenden. Reflexionsübungen, z.B. „Was fördert mein praktisches Lernen?“ oder „Was behindert es?“, können ebenfalls dazu genutzt werden.

Konkrete Übungen im Unterricht, um die Voraussetzungen und Merkmale einer gelungenen Anleitung zu betonen, lassen sich entwickeln, indem man Anleitungssituationen des täglichen Lebens herausgreift. So könnte ein Rollenspiel, das eine SchülerIn zum Gebrauch eines Musikinstrumentes anleitet, zum Inhalt haben, entweder nur Töne zu erzeugen oder ein Stück zu spielen, je nach Kenntnisstand der Akteure. Ebenso kann zur Ausführung einer Sportübung (z.B. Aufschlag beim Tennis oder Kugelstoß) angeleitet werden. Eine häufige

Anleitungssituation, gerade unter jungen Leuten, ist die Unterweisung zum Gebrauch eines elektronischen Gerätes (z.B. das neue Handy oder die neue Digitalkamera).

Je nachdem welches lernpsychologische Wissen vorauszusetzen ist, wird dieses erweitert oder daran angeknüpft, um eine gelingende Anleitungssituation zu beschreiben:

- die Lern- und Gedächtnisleistung eines Anzuleitenden einschätzen
- den Anzuleitenden bei seinem Wissensstand und seinem Vermögen abholen, ohne stillschweigende Voraussetzungen anzunehmen
- motivieren
- die angeleitete Handlung zu einem passenden Zeitpunkt überprüfen.

Die Anleitungssituation ist geprägt von dem Versuch, adressatengerecht zu handeln, d.h. Kommunikationssituationen zu differenzieren. Wie in vielen pädagogischen Situationen gibt es kaum klare Erfolgsrezepte, als vielmehr die Strategie, Situationen zu reflektieren, bzgl. gelungener und weniger gelungener Anteile, um sich damit langfristig praktische Erfahrung zu erwerben.

Die Zusammenfassung der Rollenspiele und Unterrichtsgespräche sollen den SchülerInnen selbst Motivation vermitteln, sich auf Anleitungsprozesse einzulassen und die eigenen Fähigkeiten reflektierend weiterzuentwickeln.

IX. Zusammenfassung

Dieses Handbuch ist zunächst noch ein Überblick über die Bausteine der Kommunikationsausbildung in der Pflege und deren unterrichtliche Präsentation. Dabei besteht das Gerüst aus den theoretischen Vorarbeiten der Autorin zur Kommunikation und wird durch didaktische Überlegungen ergänzt. Eine vertiefende Bearbeitung dieser Inhalte wird für die Zukunft angestrebt. Bisher fand eine Umsetzung in Form von zwei Unterrichtsversuchen statt, die im dritten Teil dargestellt sind.

Anhang H: Beispiele für Übungsmaterial zum Kommunikationsseminar

Übung zum Aktiven Zuhören

Bei der Körperpflege sagt eine Patientin (P) zum Personal (Thomas):“ Das hat ja doch alles keinen Zweck mehr!“

Thomas (T) rückt sich einen Stuhl ans Bett (Signal, ich höre zu) und fragt:
„Warum?“

P: “Ich weiß gar nicht, was das alles soll; erst machen sie mir die größten Hoffnungen und jetzt muss ich doch operiert werden!“

T.

Wie könnte der Dialog weiter gehen?

Gruppenarbeit zum Modell von Schulz von Thun

Gespräch 1

Krankenschwester Sonja kommt ins Stationszimmer; dort trifft sie ihre Kollegin Petra, die sich mit der Stationsschwester unterhält. Petra wendet sich Sonja zu und begrüßt sie mit dem Satz: „ Du, unter dem Bett von Herrn Schmidt liegen lauter zerknüllte Tempos rum!“

Aufgabe 1

Analysieren sie zu jedem Gespräch die vier Kommunikationsfaktoren, nach dem Modell von Schulz von Thun.

Anhang I: Niederschrift des Kommunikationsseminars 7/2006

Niederschrift des Kommunikationsseminars des Unterkurses vom 5.7. bis 7.7.2006 der Krankenpflegeschule in Schwabach (Kurs 2005/ 2008)

I. Begrüßung und Einführung

Vorstellen des Zeitplanes und der Seminarinhalte:

Übung zu Haltungen und Werte in der Pflege (Szenisches Spiel zum Thema „Visite“; Oelke et al. 2000, S.157- 170)

Gruppenarbeit zur Vorbereitung von Rollenspielen zu den Themenbereichen:

I. Gespräche mit Kindern

II. Gespräche mit Erwachsenen

III. Gespräche mit alten Menschen

IV. Gespräche mit chronisch Kranken

V. Gespräche mit verwirrten Menschen

VI. Gespräche mit Schwerstkranken

VII. Gespräche über Sterben und Tod

VIII. Soziale Konflikte im Team

IX. Beratung in der Pflege

Vorstellen der Besonderheit des Seminars:

- die Grundlage bildet die TZI nach dem Modell von Ruth Cohn
- Gesprächsregeln (z.B. Zurückhaltung bei Interpretationen der anderen TeilnehmerInnen, authentisches und selektives Verhalten)
- Einstreuen von „Blitzlichtern“ (vgl. Ruth Cohn)
- Wahrnehmungsübungen
- Vervollständigen eines Satzes auf vorbereiteten Kärtchen: „Pflege ist für mich.....“

II. Zusammenfassung der bisherigen Unterrichtseinheiten

Referate zu den Kommunikationstheoretikern bzw., -modellen.

III. Haltungen und Werte in der Pflege

Szenisches Spiel zum Thema „Visite“, nach Oelke et al. 2000. S.157-170

- a. Einführung und Information über die Lerneinheit Arztvisite – Pflegevisite; persönliche Erfahrungen darstellen lassen.
- b. Körper- und Bewegungsübungen oben - unten
- c. Standbilder

Es wurden vier Gruppen mit fünf bis sieben TeilnehmerInnen gebildet. Jede Gruppe entwickelt drei Standbilder zum Thema „Visite“ und gibt jedem der Standbilder einen Titel. Danach werden die Standbilder der Reihe nach vorgestellt. Der Beginn und das Ende eines jeden Standbildes wird signalisiert. Danach treten die BeobachterInnen hinter die Figuren, legen ihnen die Hand auf die Schulter und fragen sie, was sie denken, fühlen und empfinden. Die Figuren antworten. Die BeobachterInnen interpretieren das Standbild und versuchen den Titel zu erraten.

Gruppe I (5 TeilnehmerInnen)

Bild 1:

Patient liegt; vier Pflegekräfte / Ärzte beugen sich über ein Papier;

Interpretation: „Wir schauen uns an was er hat, nicht was er will!“

Titel: Kurvenvisite

Bild 2

Patient liegt; zwei Pflegekräfte über ein Papier gebeugt, reden über ihn; zwei Pflegekräfte halb abgewandt, im Weggehen;

Interpretation: „Jeder hat andere Absichten!“

Titel: Visite unter sich

Bild 3

Patient liegt entblößt; vier Pflegekräfte beugen sich über ihn;

Interpretation: „Verstoß gegen die Intimsphäre!“

Titel: Visite als Entblößung

Gruppe II (7 TeilnehmerInnen)

Bild 1

Zwei PatientInnen liegen; zwei ÄrztInnen blicken in die Papiere; zwei Pflegekräfte stehen dahinter und sehen den ÄrztInnen zu; eine SchülerIn steht noch weiter hinten und versucht etwas mitzubekommen;

Interpretation: „Jede interessiert sich nur für die eigene Arbeit!“

Titel: Verplante Visite

Bild 2

Eine PatientIn sitzt; sechs Pflegekräfte/ ÄrztInnen über sie gebeugt, ihr zugewandt; eine der Pflegekräfte sitzt am Bettrand und hält die Hand der PatientIn

Interpretation: „Nähe, die bedrängt!“

Titel: Visite bei PrivatpatientIn

Bild 3

Zwei PatientInnen; eine davon entblößt; Pflegekräfte an ihr beschäftigt; Ärztin im Weggehen; eine Pflegekraft reißt die Tür auf; SchülerIn an der Tür fragt etwas; eine Pflegekraft halb zur PatientIn, halb zur Tür gewandt;

Interpretation: „Chaos!“

Titel: Chaos- Visite

Gruppe III (6 TeilnehmerInnen)*Bild 1*

Eine PatientIn fragt etwas; zwei Pflegekräfte heben abwehrend die Hände; drei Pflegekräfte/ ÄrztInnen mit dem Rücken zum Bett;

Interpretation: „Zeitmangel!“

Titel: Ignorante Visite

Bild 2

Eine PatientIn liegt; Knie ist verbunden; fünf Pflegekräfte/ ÄrztInnen über das Knie gebeugt, mit sehr interessierten Mienen; ein Arzt deutet auf das Knie;

Interpretation: „Diese besondere Verletzung muss jeder einmal gesehen haben!“ „Verletzung der Intimsphäre!“

Titel: Überrumpelungsvisite

Bild 3

Eine PatientIn liegt; ÄrztIn erklärt PatientIn auf Augenhöhe die Kurve; Angehörige sitzt am Bettrand dabei und hält die Hand der PatientIn;

ÄrztIn deutet an noch weitere Fragen zu beantworten; Pflegekräfte deuten an etwas für die PatientIn tun zu wollen;

Interpretation: „Gute Stimmung; Angenommen sein!“

Titel: Idealvisite

Gruppe IV (6 TeilnehmerInnen)

Bild 1

Eine PatientIn liegt; fünf Pflegekräfte mit dem Rücken zur PatientIn;

Interpretation: „Ohne Plan arbeiten!“

Titel: Anonyme Visite

Bild 2

Eine PatientIn greift sich zum Knie; ÄrztIn greift zum Bauch der PatientIn; vier Pflegekräfte sehen zu;

Interpretation: „Verwechslung!“

Titel: Planlose Visite

Bild 3

Zwei PatientInnen; eine davon hat Besuch von drei Angehörigen; eine Pflegekraft arbeitet an der anderen Patientin;

Interpretation: „Angehörige neugierig auf Erkrankung der Bettnachbarin!“

Titel: Visite mit Verletzung der Intimsphäre

Zusammenfassung und Auswertung

- PatientInnen haben sich missachtet, ignoriert, abgeschoben, degradiert, nicht angenommen, ängstlich, hilflos und verunsichert gefühlt.
- PatientIn in der „Visite bei PrivatpatientIn“ (Gruppe II, Bild 2) hat sich nicht angenommen, sondern bedrängt gefühlt;
- PatientIn in der „Idealvisite“ hat sich ernst genommen und gut behandelt gefühlt (Gruppe III, Bild 3)

- Nachstellen der „Idealvisite“: Was braucht der Patient, um sich angenommen zu fühlen? Verschiedene SchülerInnen drücken aus, was man als PatientIn möchte;
- Unterschied zur „Privatvisite“ im Standbild nachgestellt: nicht die PatientIn war gemeint, zu viele über ihr; niemand auf Augenhöhe;

Blitzlicht

IV. Einteilung zur Gruppenarbeit

V. Seminarthemen

I. Gespräche mit Kindern

Rollenspiel:

Lena (10 Jahre) wird von ihrer Mutter und ihrer Schwester ins Krankenhaus gebracht; Pflegekraft fragt Lena, was passiert sei; Mutter antwortet, dass Jungs sie von der Schaukel geschubst hätten; Pflegekraft fragt Lena: „ Wo tut es weh?“ Mutter antwortet.... .Schwester quengelt, wann sie endlich gehen könnten; Pflegekraft bleibt ruhig und fragt Lena weiter, was sie gerne trinken wolle und vieles mehr; Mutter antwortet stets an Lenas Stelle; Pflegekraft bittet Mutter eine Telefonkarte zu besorgen; Mutter verlässt den Raum; Pflegekraft unterhält sich mit Lena, die eine andere Geschichte erzählt, als ihre Mutter; niemand habe sie von der Schaukel geschubst, sie sei selbst herunter gefallen; sie verabscheue Pfefferminztee usw.

BeobachterInnen stellen sich hinter die SpielerInnen und sprechen aus, was sie an ihrer Stelle denken, fühlen und empfinden würden; SpielerInnen ergänzen ihre Gedanken und Gefühle.

Unterrichtsgespräch

Besonderheiten im Umgang mit Kindern:

- Ernst nehmen (keine Bevormundung)
- keine Angst erzeugen, sondern Angst nehmen; z.B. erst bekommt der Teddy die Spritze, dann das Kind
- altersgemäßer Umgang (z.B. magisches Denken- Hinweis auf Entwicklungspsychologie- Jean Piaget)
- symbolischer Umgang mit Identifikationsfiguren
- Phantasie der Kinder einbeziehen

- Geschichten für/ mit Kindern erzählen, lesen, dialogisches Lesen (Kinder- und Jugendliteratur aufzählen)
- Phantasie: z.B. Gummihandschuh, jeder Finger wird mit Kuli als Gesicht bemalt; Fingerspiel, als Geschichte/ Phantasiereise

Frontalunterricht:

Kurze Darstellung der Transaktionsanalyse von Eric Berne.

Einteilung zur Erstellung von Lernkärtchen zu den jeweiligen Themen

II. Gespräche mit Erwachsenen

Unterrichtsgespräch:

Persönliche Erfahrungen sind sehr unterschiedlich; Aussagen: „Das können Sie noch nicht, Sie sind ja noch SchülerIn!“ bis zu „Sie machen das immer am Besten!“

Frontalunterricht:

Persönlichkeitspsychologie: BIG 5 und sensitizer vs. represser;

Modell Schulz von Thun (Vier Ohren hören)

Übung AB (Bsp. Sonja- Tempos)

Text: Interkulturelle Pflege (Bärle, Petra. 2005. Interkulturelle Pflege. Psychologie Heute. Heft 4. S.52- 55, in Auszügen)

Unterrichtsgespräch:

Kulturelle Unterschiede kennen

- Wissen über politische und historische Hintergründe (z.B. Deportationen von Ostaustraliedlern)
- Individuelle Erfahrungen der Menschen mit diesem Wissen verbinden
- Jeweiliges Krankheits- Gesundheitsverhalten kennen lernen
- Dieses Verhalten mit westlicher Schulmedizin verbinden

Lernkärtchen

III. Gespräche mit alten Menschen

Rollenspiel:

Eine alte, gebrechliche, hilflose, aber sehr dankbare und kooperative Patientin wird von Pflegekraft mit Frühstück versorgt. Bei der anschließenden

Mobilisation entwickelt sich ein freundlich zugewandtes Gespräch. Zwei Physiotherapeutinnen versuchen Gehübungen mit der Patientin durchzuführen. Diese wirkt sehr ängstlich und besorgt, so dass die Übungen sehr mühsam vorangehen. Dabei bringt die Patientin das Gespräch auf ihren 83-jährigen Ehemann, der selbst Hilfe braucht, auf ihren großen Garten, der ihr viel Arbeit macht und auf ihre Befürchtungen alles nicht mehr zu schaffen. Sie spricht davon sich eine Umsiedelung ins Heim zu überlegen. Die Therapeutinnen sind sehr zugewandt, greifen diese Gesprächsthemen nicht auf.

Selbstreflexionsübung:

Viele Zeitungs- und Zeitschriftenbilder liegen verteilt am Boden. Jede SchülerIn soll sich ein Bild aussuchen, das sie persönlich mit „Alt sein“ verbindet.

Danach zeigt jede ihr Bild in der Gruppe und erzählt ihre Gedanken, warum sie dieses ausgesucht hat.

Nur eine negative Aussage zum Thema „Alt sein“: Versteinerung, starr, unbeweglich sein.

Viele positive Aussagen: viel Zeit für Hobbys, Zeit um zu genießen, Malen, Tauchen, Wandern, Wein trinken, Sonnenuntergänge beobachten, tolle Landschaften erleben; selbstständige Lebensführung, ohne finanziellen Druck; Gelassenheit im Alter; risikobewusster leben; so alt werden, wie Eulen; Ruhe und Zeit haben, um Natur und Landschaften zu genießen.

Entspannungsübung: Paarübung Tennisballmassage

Wiederholung Rollenspiel (Gespräche mit alten Menschen) per Video

Unterrichtsgespräch:

Rollenspiel wird als realistische Darstellung bewertet;

Vorhandene Gesprächsansätze über Ehemann, Garten, Selbstständigkeit, Heim blieben ungenutzt;

Rollenspielfortsetzung:

Dargestellte Situation aufgreifen, fortsetzen, indem Gesprächsansätze aufgegriffen werden;

- -Biografiearbeit

Unterrichtsgespräch:

Biografiearbeit (vorhandenes Wissen aktualisieren) Zeitleiste vorstellen;

Frontalunterricht:

Ressourcen

Aktives Zuhören: Merkmale erarbeitet

AB (Pfleger Thomas)

IV. Gespräche mit chronisch Kranken

Rollenspiel:

Patientin zum wiederholten Mal stationär im Krankenhaus, wegen chronischer Lungenentzündung; Pflegekraft thematisiert „Rauchen“ der Patientin; Patientin reagiert aggressiv; Pflegekraft bespricht sich mit Kolleginnen über Umgangsmöglichkeiten mit dieser Patientin.

Unterrichtsgespräch:

Verhaltensweisen bei chronischen Krankheiten/ Pflegebedürftigkeit

- Aggression (Schuldzuweisungen)
- Depression (Verzweiflung)
- Regression
- Magisches Denken
- Hohe Beeinflussbarkeit
- Schicksal annehmen

Gesprächsmethoden:

Aktives Zuhören (Grenze zur Psychotherapie erkennen)

Mit Vier- Ohren hören (Schulz von Thun)

Axiome von Watzlawick

Szenisches Spiel (Oelke et al. 2000. S.77- 91)

Thema: Krank sein- Schmerzen haben

Einführung über Ziele der Lerneinheit

Unterrichtsgespräch über persönliche Erfahrungen

Haltungsübung

Jede TeilnehmerIn demonstriert ihre Schmerzhaltung und wiederholt die Haltung der VorgängerIn, wobei sie deren Namen nennt;

Standbilder

Sechs Gruppen bereiten je ein Standbild vor, wobei sie einen Titel auswählen;

Gruppe 1

PatientIn an Kopf und Arm verbunden; drückt Schmerzen aus; 3 Pflegekräfte stehen ratlos daneben;

Interpretation: Trotz medizinischer Versorgung klagt die PatientIn und die Pflegekräfte sind ratlos

Titel: Ratlosigkeit

Gruppe 2

PatientIn drückt Schmerzen aus; 3 Pflegekräfte drehen sich weg;

Interpretation: Pflegekräfte wollen das Klagen und Jammern nicht sehen

Titel: Abgestumpft

Gruppe 3

SchmerzpatientIn; eine Pflegekraft dreht sich genervt weg (Mimik), andere Pflegekraft wendet sich der PatientIn zu;

Interpretation: Je nach persönlicher Einstellung/ Verfassung nehmen sich Pflegekräfte den Schmerzen an

Titel: Willkür

Gruppe 4

PatientIn hat Schmerzen; Pflegekräfte drehen sich weg;

Interpretation: Pflegekräfte ignorieren PatientIn

Titel: Ignoranz

Gruppe 5

Zwei Schläger kämpfen miteinander und fügen sich gegenseitig Schmerzen zu

Interpretation: Kämpfen

Titel: Kampf

Gruppe 6

PatientIn bei der Geburt; Ehemann und Arzt kümmern sich um sie;

Interpretation: große Aufmerksamkeit und Anteilnahme für diese Schmerzen

Titel: Geburt

BeobachterInnen treten hinter die Figuren und formulieren die dabei entstehenden Gefühle (Verlassen sein, nicht Ernst genommen sein, nicht angenommen sein, bei Seite geschoben sein).

Wahrnehmungsübung

Paarübung; eine PartnerIn verbindet sich die Augen, die andere Partnerin führt sie durch das Haus; im Wechsel;
(Erfahrungen der Verunsicherung, vor allem bezüglich Entfernungen)

Stimmenskulptur

SchmerzpatientIn sitzt in der Mitte, erklärt ihre Schmerzen und ihre Erfahrungen damit (SpielerIn aus dem Standbild der Gruppe 4). BeobachterInnen treten hinter sie und formulieren ihre Gefühle, die sie dabei erleben. Sie bleiben hinter der SpielerIn stehen. Die SpielerIn hört die Stimmen und bringt diese in eine Rangordnung, wie genau damit ihre eigene Gefühlslage angesprochen wird. Die Stimmen werden mehrfach wiederholt, bis die SpielerIn alle Stimmen geordnet hat.

(Z.B. „Alles tut mir weh!“ „Ihr lasst mich im Stich!“ „Haut ab ihr blöden Weiber!“)

Widerworte

Sammlung von scheinbaren Trostworten:

Wird schon wieder!

Ein Indianer kennt keinen Schmerz!

Ein Lurch kommt durch!

Mir geht es viel schlechter!

Sei nicht so wehleidig!

Bist doch noch jung!

Bis zur Hochzeit ist alles vorbei!

Hab dich nicht so!

Ein Spieler sitzt in der Mitte und wird von den anderen TeilnehmerInnen mit diesen „Trostworten“ konfrontiert. Er gibt zu jeder Aussage Antworten (Widerworte). Abwehr (Lautstärke und Körperhaltung des Spielers) nimmt mit der Anzahl der „Trostworte“ ab. Spieler wird leiser und rutscht zunehmend tiefer in seinen Stuhl.

Paarübung

Eine PartnerIn schildert der anderen die Situation, als sie krank war und sich dabei gut gepflegt gefühlt hat. Sie beschreibt alle Details genau, auch was sie

dabei dachte und empfand. Danach spielen beide die Situation, als Paarspiel, nach, wobei diejenige, die die Situation berichtete die Rolle der Pflegenden übernimmt. Wechsel.

Unterrichtsgespräch über die Auffassungen von guter Pflege

Es tut mir gut:

- ernst genommen zu werden
- verwöhnt zu werden
- Wünsche von den Augen abgelesen zu bekommen
- Hilfe zur Selbsthilfe zu bekommen
- Entscheidungshilfen zu bekommen
- behandelt zu werden
- Zeit geschenkt zu bekommen
- Interesse an der eigenen Person zu spüren
- in Ruhe gelassen zu werden
- Auszeit von Aufgaben zu bekommen

V. Gespräche mit verwirrten Menschen

Gedicht einer schottischen, alten Frau (Brandenburg et al. 2006. S.5)

Unterrichtsgespräch

Was bedeutet es verwirrt zu sein? Unterschied akute und chronische Verwirrung.

Werkzeugverlust (Wirsing 2000, S.300)

Drängende Fragen der SchülerInnen nach Rezepten für den Umgang mit verwirrten Menschen.

Frontalunterricht

Validation (Naomi Feil)

Personenzentrierter Ansatz (Tom Kitwood)

AB

„Herr Anderson“ aus Bohnes et al (Hrsg). 2006. S.28

Fragen zum Dialog (Wie fühlt sich der Schüler dabei?)

Entwickeln von Handlungsmöglichkeiten im Unterrichtsgespräch.

Rollenspiel

Erproben der vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeiten im Spiel.

Ertasten von Alltagsgegenständen mit geschlossenen Augen.

Hörmemorie.

Rückenmassage.

VI. und VII. Gespräche mit Schwerstkranken und Gespräche über Tod und Sterben

Dialogszene aus Gestrich. 2006. S.65- 66

Unterrichtsgespräch

Helfen- Fürsorge- Grenzen

SchülerIn: „Im Krankenhaus haben wir die Aufgabe zu helfen, damit jemand wieder gesund wird. Wenn jemand nicht mehr gesund werden kann, gehört er nicht ins Krankenhaus. Vielleicht ins Hospiz!“

- Begleitung von Schwerstkranken
- Bedürfnisse von Schwerstkranken
- Bedeutung und Aufgabe von Hospizen (Hospizeinrichtungen in der Region)

Frontalunterricht

Elisabeth Kübler- Ross

Modell der fünf Phasen

Unterrichtsgespräch

Gesprächen mit Schwerstkranken:

Non- verbale Kommunikation

Monologer Dialog

VIII. Soziale Konflikte

Rollenspiel 1

Gespräch zwischen drei Pflegekräften und einer SchülerIn über eine Kollegin. Kollegin wird als schlampig, unzuverlässig, faul und als Drückebergerin bezeichnet. SchülerIn wird aufgefordert nichts weiter zu erzählen. Betreffende Kollegin betritt den Raum und eine andere geht. Gespräch richtet sich auf die

Pflegekraft, die den Raum verlassen hat, ihr werden die gleichen Dinge unterstellt, wie am Anfang des Gesprächs der abwesenden Kollegin. Die SchülerIn wird aufgefordert zu schweigen.

Rollenspiel 2

Pflegekraft legt etwas ab, es fällt hinunter, etwas verrutscht und es entsteht Unordnung. Stationsleitung kommt und sieht die Unordnung, zwei Pflegekräfte kommen dazu. Pflegekraft: „Das war bestimmt Schüler Michael!“ Pflegekraft, der die Dinge heruntergefallen waren, stimmt zu. Michael tritt dazu und weist jede Verantwortung von sich, aber alle anderen beschuldigen ihn. Widerstand des Schülers nimmt ab, eine Pflegekraft sagt, er habe gesehen, wie der Schüler alles nur hingeworfen habe. Stationsleitung: „Das wird Folgen für die Beurteilung haben!“ Schüler räumt kommentarlos auf.

Unterrichtsgespräch

Gründe für Konflikte:

- Unaufrichtigkeiten (Intrigen)
- Über jemanden reden, statt mit jemanden
- Zuschreibungen: sie ist ...
- Lügen
- Schuldzuweisungen
- Machtmittel einsetzen
- Gruppendruck einsetzen

Zusammenfassung

- benutzte Sprache (du bist, du musst, das ist normal, immer, nie...) ist statische Sprache, die Konflikte fördert
- es gibt Gewinner und Verlierer in Konflikten

Frontalunterricht

Statische Sprache vermeiden; Prozesssprache verwenden (GFK nach Rosenberg. 2004)

Kommunikationsblockaden („Schubser“ nach Rosenberg)

Konfliktlösung ohne Verlierer (Gordon. 1999. S.187- 208)

Übungen

AB GFK

Sprachübungen zur Prozesssprache (Beobachtbares formulieren)

Ich- Botschaften senden

Lernkärtchen erstellen

VI. Abschlussrunde

Wiederholung der Eingangsfrage „Pflege ist für mich...“, auf der Rückseite der eigenen Karte.

VII. Verabschiedung

Thema „Beratung“ musste aus Zeitgründen verschoben werden.

Anhang J: Niederschrift des Kommunikationsseminars 4/2008

Niederschrift des Kommunikationsseminars vom 28.4 bis 30.4.2008

I. Einführung und Begrüßung

Darstellung des Programms der drei Seminartage und Vorstellen des Ablaufs:

- Grundlage bildet TZI nach Ruth Cohn
- Gesprächsregeln: jeder ist sein eigener chairman, Störungen haben Vorrang, es spricht nur einer, Zurückhaltung bei der Interpretation von anderen
- Durchführen von Blitzlichtern
- Wahrnehmungsübungen

Nachtrag der zwei Präsentationen über Naomi Feil und Tom Kitwood.

II. Zusammenfassung

Alle Modelle und Theoretiker, einschließlich angesprochene Techniken bzw. Werkzeuge werden auf einer Flip- Chart dargestellt.

III. Haltungen und Werte in der Pflege

Elemente des Szenischen Spiels nach Oelke et al. 2000, S.157-170, zum Thema „Visite“.

1. Einführung in die Lerneinheit

Arztvisite; Erfahrungen der SchülerInnen; ein Schüler ergänzt, dass er auch so genannte Pflegevisiten kennen gelernt hat.

2. Bewegungsübung

Paare, ein Partner liegt oder sitzt, der andere steht und es wird dabei Blickkontakt gehalten. Wie fühlt es sich an unten zu sein? Was ist angenehmer?

3. Standbilder

Es werden Gruppen mit fünf bis sechs TeilnehmerInnen gebildet, mit dem Auftrag, ein Standbild aus den TeilnehmerInnen zu bauen, zu dem Thema „Visite“ und diesem Standbild einen Namen zu geben, den die anderen erraten müssen. Folgende Standbilder sind entstanden:

„Wissen ist Macht“ (fünf TeilnehmerInnen): Patient liegt, Chefarzt liest in einem Papier, Oberarzt will mitlesen, wird abgedrängt, Pflegekraft steht im Rücken der beiden und kann nichts sehen, SchülerIn steht abseits und bekommt nichts mit.

„Hierarchie im Krankenhaus“ (sechs SpielerInnen): Patient liegt, in einer Reihe stehen Ärzte erhöht, Pflegekräfte aufrecht und zuletzt Schüler gebückt.

„Chefarzt Dr. Roth“ (fünf TeilnehmerInnen): Patient liegt, Chefarzt deutet auf Pflegekräfte, diese sind gebeugt und blicken ihn an.

„Ich bin dann mal weg“ (fünf TeilnehmerInnen): Patient liegt, Arzt im Weggehen, Patient wendet sich Pflegekraft zu, diese blickt zum Arzt.

„Auch Ärzte haben Grenzen“ (fünf TeilnehmerInnen): Patient liegt, zwei Ärzte blicken sich an, einer schaut auf die Uhr, Pflegekraft und SchülerIn stehen im Hintergrund.

„Visite auf Distanz“ (fünf TeilnehmerInnen): Patient liegt, streckt seine Hand aus, Arzt in großer Entfernung, blicken zum Patienten.

Bei allen Standbildern versuchen die BeobachterInnen den Titel des Standbildes zu erraten. Dies gelingt zumindest annähernd. Danach treten BeobachterInnen hinter einzelne Figuren, tippen diese an der Schulter an und sprechen aus, was die Figur in dieser Situation denken und empfinden könnte.

1. Blitzlicht:

Fast alle Schülerbeiträge drücken Erschrecken aus, wie übermächtig, bzw. zum Teil unmenschlich Visiten ablaufen. Kein positives Beispiel einer Visite, da dies nicht den bisher gemachten Erfahrungen entspricht.

2. Darstellende Vorschau, welche Fähigkeiten in der Kommunikationsausbildung erworben werden sollen (Folie)

3. Gruppenübung: Ein langes kreisförmig zusammengebundenes Seil liegt am Boden. Die Gesamtgruppe hat die Aufgabe, alle Hände an das Seil zu bekommen und dann auf Anweisung geometrische Figuren zu legen (Raute, Viereck, Trapez, Quadrat, Parallelogramm, Sechseck, Kreis)

IV. Gruppenarbeiten

Anhand des Skripts wird das Seminarprogramm nochmals besprochen und der Ablauf erklärt. Insgesamt sollen sich sieben Gruppen bilden, die jeweils ein Rollenspiel zu den einzelnen Gliederungsinhalten vorbereiten und in der Chronologie des Seminars vortragen. Diese Rollenspiele werden zur weiteren

Bearbeitung videotechnisch aufgezeichnet. Folgende Gruppenthemen wurden vergeben:

- Pflege eines Kindes (vier TeilnehmerInnen)
- Pflege eines älteren Italieners (fünf TeilnehmerInnen)
- Pflege eines alten Menschen (ohne Verwirrung) (fünf TeilnehmerInnen)
- Pflege eines chronisch kranken Menschen (vier TeilnehmerInnen)
- Konflikte im Pflegeteam (fünf TeilnehmerInnen)
- Konflikte mit Angehörigen (vier TeilnehmerInnen)
- Beratung (vier TeilnehmerInnen)

V. Seminarthemen

I. Pflege eines Kindes

Rollenspiel:

Bei einem Kind soll im Beisein der Mutter Fieber und Blutdruck gemessen werden. Examinierte Pflegekraft begrüßt das Kind mit seiner Mutter und will Fieberthermometer ins Ohr stecken. Das Kind schreit und wehrt sich. Pflegekraft spricht mit dem Kind und versucht es wieder, mehrmals erfolglos. Die Mutter bleibt passiv. Die PflegeschülerIn nimmt das Blutdruckmessgerät und gibt es dem Kind in die Hand. Danach „misst“ die SchülerIn beim Teddy Blutdruck. Das Kind lässt sich daraufhin von der SchülerIn behandeln.

Unterrichtsgespräch über Umgang mit Kindern: begreifen lassen, symbolisches Handeln wie Teddy oder Mutter ins Spiel einbeziehen z.B. kranker Teddy.

Ausführungen der Dozentin: Entwicklung des Denkens bei Kindern, magisches Denken, Bedeutung von Geschichten, Märchen, Symbolen, Kreativität.

Werkzeuge/ Techniken:

- Phantasie und Kreativität
- Geschichten, Rollenspiele
- stellvertretende Aktionen z.B. Teddy, Mutter
- keine Forderungen
- Wertschätzung und Empathie
- Zuhören
- parallele Kommunikation (TA)

II. Gespräche mit Erwachsenen

Rollenspiel: Pflege eines älteren Italieners

SchülerIn versucht Patienten die Einnahme eines Kontrastmittels zu erklären. Patient versteht nichts und schüttelt den Kopf. SchülerIn holt die examinierte Kraft, diese versucht es ebenso vergeblich. Der Arzt kommt hinzu und stellt sich mit verschränkten Armen vor den Patienten und meint, dass ohne das Kontrastmittel keine Untersuchung möglich sei. Der Patient versteht nichts. In diesem Moment klopft die Putzfrau an und möchte sauber machen, als sie die Personen im Zimmer sieht, will sie die Türe wieder schließen. Aber die Pflegekraft ruft sie und fragt, ob sie nicht Italienerin sei und dem Patienten die Einnahme des Kontrastmittels erklären könne. Die Putzfrau kommt ins Zimmer und übernimmt die Dolmetscheraufgabe.

Unterrichtsgespräch:

Ein Schüler weiß, dass es auf allen Stationen Listen gibt, auf denen Personen genannt sind, die in verschiedene Sprachen dolmetschen können. Hauptsächlich sind dies Pflegekräfte aus den jeweiligen Ländern. Die sprachliche Verständigung wird als Voraussetzung für erfolgreiche Pflege genannt. Danach gibt es eine Diskussion darüber, ob Pflegekräfte mit kulturellem Wissen besser pflegen können, oder ob dabei nicht vielleicht die Gefahr bestehe diese Menschen in kulturelle „Schubladen“ zu schieben. Die Diskussion zentriert sich auf Essgewohnheiten aufgrund religiöser Zugehörigkeit und es wird gefordert in einer ausführlichen Anamnese auch möglichst viele kulturbbezogene Informationen zu bekommen und ansonsten den Menschen wie er ist zu pflegen. Die Dozentin moderiert die Diskussion.

Als Zusammenfassung lesen alle einen Text zur Interkulturellen Pflege(Bärurle 2005 in Auszügen).

Frontalunterricht (kurzer Einschub):

Persönlichkeitspsychologie, was versteht man unter Persönlichkeit? BIG 5.
Besonderes Merkmal für die Pflege: represser vs. sensitizer.

Werkzeuge/ Techniken:

- parallele Kommunikation (TA)
- Aktives Zuhören (an dieser Stelle nur genannt)
- Zuhören mit „4- Ohren“; Erklärung und Übungsbeispiel: Schwester Sonja (Anhang H).

III. Gespräche mit alten Menschen

Reflexionsübung:

Eine Vielzahl von Fotos, Bildern und Zeitungsbildern liegen verstreut am Boden. Ohne Worte und spontan soll sich jeder ein Bild aussuchen, das für ihn zum Thema „Alt sein“ passt. Jeder erläutert danach seine Gedanken. Nur positive Gedanken über Alt sein, im Sinn, dann genieße ich das Leben, gönne ich mir etwas, verreise ich usw. werden geäußert.

Erarbeiten einer Zeitschiene über das 20. Jh.:

Historische, politische, sozialgeschichtliche, technische und bildungspolitische Fakten werden zusammengetragen (Literatur, Material liegt vor); anhand dessen werden zwei fiktive Biografien entwickelt, ein Mann und eine Frau mit Geburtsjahr 1920. Die 50-er Jahre werden als wirtschaftlicher Aufschwung gedeutet, mit Konsum und ersten Reisen. An dieser Stelle widersprechen zwei SchülerInnen, die von ihren Großeltern eine andere Entwicklung in den ostdeutschen Bundesländern kennen. Daraufhin werden die fiktiven Biografien erweitert, je nach Wohnort.

Werkzeug:

- Biografiearbeit

Blitzlicht

Rollenspiel:

1. Szene: Alte Patientin will sich selbst waschen, ist aber gehandicapt, ist umständlich und langsam. Pflegekraft nimmt ihr den Waschlappen ab und wäscht sie. Eine Woche lang verläuft das morgendliche Waschen so.

2. Szene: Eine andere Pflegekraft kommt zum Waschen. Die Patientin ist völlig passiv und will sich waschen lassen. Die Pflegekraft motiviert sie: „Das können Sie selbst! Sehen Sie, ich bereite das Wasser vor. Hier Ihr Waschlappen. Sie schaffen das!“

Unterrichtsgespräch:

Dozentin lenkt auf das Thema Ressourcen. Erläutert personelle, soziale, materielle und körperlich/ gesundheitliche Ressourcen. Deutung der Ressourcen der Patientin im Rollenspiel, dabei werden fehlende Informationen hinzu interpretiert. Erste Pflegekraft hätte im Rollenspiel Aktiv Zuhören können, um über Ressourcen und Bedürfnisse der Patientin etwas zu erfahren. Im Anschluss an die täglichen Waschdurchgänge hätten sich Gespräche, evtl. zur Biografie anschließen können.

Werkzeug:

- Aktives Zuhören

AB: Aktives Zuhören (Anhang H), Arbeitsauftrag die kurze Szene weiter zu entwickeln und als Dialog darzustellen.

1. Spiel:

Pat.: Es hat doch alles keinen Sinn mehr.

Pflegekraft: (rückt sich Stuhl zurecht) Was hat keinen Sinn mehr?

Es entwickelt sich ein Dialog, bei dem Pflegekraft argumentiert und überredet, dass weitere Behandlungen sinnvoll sind. Pat. nimmt dies an.

(Anschließend zum Ausdruck gebrachte Gedanken/ Gefühle der SpielerIn durch eine BeobachterIn: „O.k. jetzt weiß ich besser Bescheid!“

2. Spiel:

Gleiche Ausgangssituation. Pflegekraft erklärt die Notwendigkeit einer Röntgenuntersuchung. Pat.: Ich habe Angst. Pflegekraft ändert ihre Strategie: „Ich verstehe Ihre Angst“. Der Dialog entwickelt sich auf der Ebene des Empfindens, Erlebens und der Gefühle weiter.

(Anschließend ausgedrückte Gefühle der Pat., sie fühlte sich angenommen und verstanden).

Zwei mögliche Alternativen für ein helfendes Gespräch, je nachdem was Patienten erwarten und brauchen und je nachdem wie einfühlsam Gesprächspartner sind dies zu erkennen und umzusetzen.

Merkmale Aktiven Zuhörens:

- Wertschätzung
- Empathie
- Spiegeln des Gehörten
- Keine Wertungen
- Aufmerksamkeit

Als Zusammenfassung Text (Tausch, 1998)

IV. Gespräche mit chronisch kranken Menschen

Sammeln von Sprüchen, die fast jeder schon gesagt bekommen hat, wenn er/sie krank war: Es wird schon wieder! Sei nicht so empfindlich! Ein Indianer kennt keinen Schmerz! Bis zur Hochzeit ist alles wieder gut! Anderen geht es viel schlechter als dir! Usw.

Körperübung:

Haltung „Krank sein“, jeder stellt seine Haltung vor. Vier Freiwillige gehen in die Mitte, zeigen ihre Körperhaltung, alle anderen treten dazu und jeder ruft der Reihe nach seinen Spruch zum Krank sein. Die SpielerInnen in der Mitte machen sich immer kleiner, je länger es dauert.

Rollenspiel:

Patient liegt im Bett und hat Atemnot. Klingelt. SchülerIn kommt herein: „Sie haben schon wieder geklingelt? Was ist denn?“ Pat: „Ich bekomme keine Luft!“ (röhbelt). „Das ist doch bei Ihnen immer so. Da kann ich nichts machen. Es wird schon wieder besser werden!“ Patient liegt schwer atmend im Bett und kann kaum mehr sprechen als die examinierte Pflegekraft kommt. Diese reagiert sofort: „Was ist los?“ Anweisung: „Sauerstoff! Schnell!“. Als es der Patientin besser geht, fragt sie sie, warum sie nicht geklingelt habe.

Dozentin macht auf Deutungsmöglichkeiten von Verhalten aufmerksam. Bezogen auf das Rollenspiel, welche Deutungen des Verhaltens der SchülerIn sind möglich. Diskussion. Dabei bringt eine SchülerIn Beispiele von Patienten, die kurz vor dem Entlassungstag, trotz positiver medizinischer Aussage, plötzlich starke Beschwerden (z.B. Herzrasen, Bluthochdruck) bekommen und der Entlassungstermin verschoben werden muss. Es wird zu verschiedenen Deutungen angeregt.

Standbilder zum Thema „Krank sein“:

- „Geborgenheit“
- „Vier Phasen Schmerz“
- „Brustkrebs“
- „Leidensevolution“
- „Parkinson“
- „Depressionstreppe“

Das Erraten der Themen wird als Deutungsversuch betrachtet. Die Themen stehen für sich!

Werkzeuge:

- Aktives Zuhören
- Deutungen erstellen
- parallele Kommunikation (TA)
- mit 4-Oren hören

V. Interaktion mit verwirrten Menschen

Folie des Gedichts: „Was seht ihr, Schwestern!“ (Brandenburg et al. 2006, S.5)

Gedankenaustausch.

Unterrichtsgespräch über Erfahrungen in der Pflege von verwirrten Menschen. SchülerInnen beklagen, dass sie von den Patienten nicht verstanden werden, alles oft wiederholen müssten und doch nichts erreichen. Irgendwann sei dann ihre Geduld zu Ende.

Dozentin versucht den Zustand „verwirrt zu sein“ zu erklären.

Folie: Wirsing. 2000. Demenz als Werkzeugverlust. S.300 und Demenzgesetze, S.301-304.

Hinweis der Dozentin: Verständnis ist der Weg, um mit verwirrten Menschen zufrieden stellende Interaktion zu gestalten.

Kurze Darstellung von Validation (Bremer- Roth et al. 2005, S.377-379)

Unterrichtsgespräch über verschiedene Wahrheiten, über verschiedene Wirklichkeiten, subjektive Wahrnehmung und deren Repräsentation. Verwirrte Menschen haben Recht auf würdevolle Behandlung, sie haben ihr Leben gelebt, mit Erfolgen und Niederlagen, das gilt es zu achten.

Werkzeug:

- Biografiearbeit
- Validation
- Personenzentrierter Ansatz von Kitwood, daraus positive Interaktionen
- Fragen, um Menschen zu verstehen: **wer, wann, wo, was;** wie- Fragen vermeiden, weil diese häufig dazu führt dem verwirrten Menschen seine Defizite zu zeigen.

Wahrnehmungsübungen (z.B. Hörmemorie, mit dem Finger auf den Rücken schreiben, sich führen lassen; im Wechsel)

VI. Konflikte

Rollenspiel: Konflikte mit Angehörigen

Zwei Schwestern sitzen am Bett der somnolenten Mutter. Sie diskutieren darüber, wer die Mutter nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause pflegen soll. Eine wehrt die Aufgabe mit dem Argument ab, sie wohne zu weit entfernt. Die andere mit dem Argument, sie habe die Mutter schon jahrelang versorgt und nun sei die Schwester an der Reihe. Eine Pflegekraft kommt dazu und versucht zu vermitteln, indem sie anregt, sich für einen Pflegeplatz zu interessieren. Zunächst wehren beide Schwestern ab und ihr Streit wird heftiger, nach einer Weile greifen sie den Gedanken einer stationären Pflege auf und verabreden eine Besichtigung.

Unterrichtsgespräch: Welche Strategie verfolgen die Schwestern?

Jede will sich durchsetzen, jede will gewinnen! Welche Konsequenzen folgen aus dieser Strategie? Heftigkeit der Auseinandersetzung nimmt zu, reden aneinander vorbei, jede versucht die andere zu „besiegen“ und gemeinsamer Lösungsweg wird blockiert.

Wie empfindet die Patientin den Streit? Hinweis, dass das Gehör auch bei schwerstkranken Patienten funktioniert und sie Gespräche am Krankenbett mitbekommen.

Rollenspiel: Konflikt im Pflegeteam

Beim Pflegedurchgang wird eine SchülerIn zum Austeilen des Nachmittagskaffees von einer examinierten Pflegekraft weggeschickt. Eine andere Pflegekraft fragt nach dieser SchülerIn, der sie einen Pflegedurchgang zeigen wollte und am Krankenbett entsteht ein Streit darüber, wer von den beiden Pflegekräften SchülerInnen Anweisungen geben darf und wer letztlich Entscheidungen treffen darf. Die SchülerIn steht sehr verunsichert daneben.

Unterrichtsgespräch:

Welche Strategien verfolgen die Pflegekräfte und mit welchen Folgen? Jede will sich durchsetzen und die Entscheidungsmacht für sich in Anspruch nehmen, damit wird ein Lösungsweg blockiert.

Rollenspiel wird mit anderer Strategie gespielt: Pflegekräfte suchen Lösung, ohne den anderen zum Verlierer der Auseinandersetzung zu machen.

Frontalunterricht: Konfliktlösung ohne Verlierer (Gordon 1999, Benien 2007)

- zunächst Konfliktdiagnose: jeder überlegt was er/ sie will und worum es ihm/ ihr geht, was er/ sie erreichen will.
- Ablauf einer Konfliktklärung: Dialog in dem jeder seinen Standpunkt vertritt und anschließend dem anderen zuhört, um auch den anderen Standpunkt zu verstehen; Konfliktdialog: echtes Zuhören und eigener Standpunkt ohne Vorwürfe, auf eigene Bedürfnisse gerichtet; Verständnis ist nicht gleich Einverständnis; danach Lösungssuche, die für beide Seiten möglich erscheint, dabei formuliert jeder was ihn/ ihr

wichtig ist; wenn möglich Verständigung auf einen Lösungsweg und Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt, ob Lösung gelungen ist.

- Sprachliche „Schubser“ verstärken Konflikte; GFK identifiziert Schubser (Urteile, Forderungen, Vergleiche, Verantwortung leugnen); sprachliche Wendungen wie „immer, nie, du musst, du bist“ usw., verschärfen Konflikte.

AB zur Übung der Prozesssprache (Giraffensprache) der GFK, mit Abgrenzung zur statischen Sprache (Wolfssprache) (Holler 2004, S.35-38)

Werkzeuge:

- Ich- Botschaften
- Echtes Zuhören
- Klare Aussagen treffen
- Feedback geben
- Mit 4- Ohren hören
- GFK

VII. Gespräche mit Schwerstkranken und Gespräche über Sterben und Tod

Vorlesen: Saint- Exupéry (1995, S.86-89)

Unterrichtsgespräch: Warum ist das Thema Sterben und Tod so ein schweres Thema? Wegen Trauer, Traurigkeit, Hilflosigkeit; Gespräche mit Angehörigen oft schwerer als mit Patienten selbst.

Frontalunterricht: Elisabeth Kübler- Ross; Biografie und Werk; Sterben als individueller Vorgang, der trotzdem Ähnlichkeiten zu anderen aufweist.

Phasenmodell von Kübler- Ross (1982, 1983, 1987 2001)

Trauermodell von Pisarski (2001)

Wie kann Interaktion mit Schwerstkranken aussehen? Sprache und falls nicht mehr oder nur teilweise vorhanden, non- verbale Kommunikation (Kübler- Ross 1987).

Frontalunterricht und Unterrichtsgespräch: Formen und Wirkung non- verbaler Kommunikation; Berührung und monologer Dialog.

Statt Rollenspiel Übungsbeispiel (Gestrich 2006, S.67-68)

Dialog lesen und Gesprächswerkzeuge identifizieren: Aktives Zuhören, Mitleiden, Information.

Kritische Diskussion: Mitleid muss Grenzen haben, eine professionelle Distanz bei gleichzeitiger Nähe ist zu erwerben.

Werkzeuge:

- Aktives Zuhören
- Nonverbale Kommunikation
- Bedenke: Es gibt keine Nicht- Kommunikation (Watzlawick)

Zusammenfassung dieses Themas.

Zusammenfassung des Seminars und Veranschaulichung an der Flip- Chart:
Was wurde bearbeitet, welche Techniken/ Werkzeuge stehen zur Verfügung, für welche Anlässe und mit welcher Überlegung. Das Thema Beratung und Anleitung muss verschoben werden.

Abschlussrunde und Verabschiedung.

Niederschrift des Kommunikationsunterrichts vom 5.5.2008

VIII. Beratung und Anleitung

Rollenspiel:

Zwei Berater der Suchtberatungsstelle beraten einen jungen Mann mit Alkoholproblemen. Der junge Mann kann nicht still sitzen, ist sehr unruhig, schnieft andauernd und versucht das Gespräch so schnell als möglich zu beenden. Er habe kein Problem, wenn seine Frau eines habe, sei das ihre Sache. Berater versucht Zusammenfassung über den Grund der Vorstellung in der Beratung, junge Mann zweifelt es an und betont mehrfach er habe kein Problem und schnieft dabei andauernd. Berater will Einsicht erzeugen durch Verweis auf Sorgen der Frau, was der junge Mann nicht annimmt. Berater gibt den Rat eine Therapie zu beginnen und händigt dem jungen Mann eine Therapieadresse aus. Dieser nimmt sie, steht auf und geht.

Eine weitere Klientin betritt das Beratungszimmer. Eine junge Frau, die wegen Medikamentenmissbrauch von ihrem Arbeitgeber geschickt wurde. Sie zeigt

keine Einsicht und beharrt darauf, ständig Schmerzen zu haben und deshalb Schmerzmittel einnehmen zu müssen. Erst der Verweis des Beraters, dass sie möglicherweise ihren Job verliere, wenn sie nichts unternehme, motiviert sie eine Therapeutin aufzusuchen.

Unterrichtsgespräch: Welche Merkmale einer Beratung konnten identifiziert werden? Fachwissen der Berater, Motivationsprobleme einer Beratung, Weiterleitung zur Therapie (Schnittstelle) und Freiwilligkeit bzw. Zwang.

Diskussion über therapeutisches Arbeiten der Berater oder Weiterleitung. Hinweis auf benötigte therapeutische Ausbildung bzw. nicht-therapeutische Beratung durchführen und ggf. weiterleiten.

Frontalunterricht:

- Abgrenzung der Begriffe Beratung, Patientenedukation, Patientenschulung, Compliance (Koch- Straube 2001)
- Definitionsversuch von Beratung
- Systematisierung von Beratung (Folie) (Harking 2005, S.74)
- Aufgaben von Beratung (Müller- Mundt et al. 2000)
- Ablauf einer Beratung (Koch- Straube 2001)
- Realität der Beratung in der Pflege (Müller- Mundt et al. 2000)

Werkzeuge:

- Adressatenbezogenheit immer bedenken
- Werte reflektieren
- Bedenke die fünf Axiome von Watzlawick
- Aktives Zuhören
- GFK
- Klare Aussagen treffen
- Feedback geben
- 4- Ohren Modell
- Pädagogische und didaktische Kenntnisse
- Fachwissen

Übungsbeispiel: Herr Paul (Koch- Straube 2001, S.95)

Anhang K: Fragebogen 1**Befragung zur Kommunikationsausbildung 01**

1. **Welche** Erwartungen haben Sie an die Kommunikationsausbildung?

2. **Für** welche Gesprächssituationen möchten Sie etwas hinzulernen?

3. **Für** wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?

sehr wichtig wichtig teils/teils weniger wichtig gar nicht wichtig

4. **Wie** kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/

Gesprächsführung?

sehr kompetent kompetent teils/ teils weniger kompetent gar nicht kompetent

5. **Wie** reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden?

D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.

6. **Gelingt** es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre

Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)

immer meist teils/teils selten gar nicht

7. **Denken** Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas

Unvorhergesehenes ereignet?

immer meist teils/teils selten gar nicht

Welche Gedanken machen Sie sich?

8. **Fühlen** Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

9. **Fühlen** Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

10. **Fühlen** Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

11. **Fühlen** Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

12. **Fühlen** Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen
gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

13. **Wenn** Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?

ignorieren vergessen überlegen mit anderen reden Experten suchen

14. **Welche** Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig
erleben?

15. **Belasten** Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?

sehr meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Gedanken kommen Ihnen dabei in den Sinn?

Vielen Dank für Ihre Mühe zur Beantwortung der Fragen. G. Herzig- Walch

Anhang L: Fragebogen 2**Befragung zur Kommunikationsausbildung 02**

1. **Werden** in der Kommunikationsausbildung solche Fachkenntnisse vermittelt, die Sie im Berufsalltag benötigen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Bemerkung:

2. **Wie** zufrieden Sind Sie mit der Kommunikationsausbildung?

(Kommunikationsseminar und Unterrichtseinheiten)

insgesamt sehr zufrieden teils/teils eher nicht gar nicht

bzgl. Unterrichtsgestaltung (theoretische& praktische Elemente)

sehr zufrieden teils/teils eher nicht gar nicht

bzgl. Unterrichtsmethoden (Gruppenphasen, Frontalunterricht, Rollenspiele)

sehr zufrieden teils/teils eher nicht gar nicht

bzgl. eigene Ideen/ Vorschläge einbringen zu können

sehr zufrieden teils/teils eher nicht gar nicht

Bemerkung:

3. **Profitieren** Sie auch in nicht- beruflichen Lebenssituationen von

Kenntnissen der Gesprächsführung?

sehr etwas teils/teils eher nicht gar nicht

4. **Wie** kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/

Gesprächsführung?

sehr kompetent kompetent teils/ teils weniger kompetent gar nicht kompetent

5. **Wie** reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden?

D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.

6. **Gelingt** es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre

Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)

immer meist teils/teils selten gar nicht

7. **Denken** Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas

Unvorhergesehenes ereignet?

immer meist teils/teils selten gar nicht

Welche Gedanken machen Sie sich?

8. **Fühlen** Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

9. **Fühlen** Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

10. **Fühlen** Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

11. **Fühlen** Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

12. **Fühlen** Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen

gewachsen?

ja meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Probleme erleben Sie?

13. **Wenn** Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?

ignorieren vergessen überlegen mit anderen reden Experten suchen

14. **Welche** Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?

15. **Belasten** Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?

sehr meist teils/teils eher nicht gar nicht

Welche Gedanken kommen Ihnen dabei in den Sinn?

16. **Für** wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?

sehr wichtig wichtig teils/teils weniger wichtig gar nicht wichtig

Vielen Dank für Ihre Mühe zur Beantwortung der Fragen. G. Herzig- Walch

Abkürzungsverzeichnis

AltPfIAPrV Altenpflege- Ausbildungs- und Prüfungs- Verordnung

AltPfIG Altenpflegegesetz

BEA Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen

BIBB Bundesinstitut für Berufsbildung

BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

DBfK Deutscher Berufsverband für Krankenpflege

DEKV Deutscher Evangelischer Krankenhausverband

dip Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung

DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft

IAB Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

IAP Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung; ehemals Institut für angewandte Pflegeforschung

IGF Institut für gerontologische Forschung

IPP Institut für Public Health und Pflegeforschung

KDA Kuratorium Deutsche Altershilfe

KPS Krankenpflegeschule

KrPfIAPrV Krankenpflege- Ausbildungs- und Prüfungs- Verordnung

KrPfIG Krankenpflegegesetz

MDK Medizinischer Dienst der Krankenkassen

MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände

MGSFF Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie

PQSG Pflegequalitätssicherungsgesetz

QZ Qualitätszirkel

RBS Robert Bosch Stiftung

SGB Sozialgesetzbuch

WIDO Wissenschaftliches Institut der AOK

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1: Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (nach BMFSFJ 2002, S.167).....	28
Tab. 2: Begriffliche Kategorien für Qualifikation und Kompetenz (nach Erpenbeck & von Rosenstiel 2003, S.XXX)	125
Tab. 3: Veranschaulichung der drei Vorstellungen von Schlüsselqualifikationen mit der allgemeinen Systematisierung und der Differenzierung nach Erpenbeck& von Rosenstiel (2003).....	133
Tab. 4: Gegenüberstellung der gewünschten, geschätzten und erlebten Förderung von Schlüsselqualifikationen im Modellversuch von Oelke & Menke	142
Tab. 5: Konstruktionsphasen eines Curriculums nach Bielefeld & Noska 2006	219
Tab. 5a: Übertragung des Konstruktionsprozesses eines Curriculums auf die Kommunikationsinhalte	220
Tab. 6: Systematik der Lerneinheiten für das Kommunikationshandbuch	260
Tab. 7: Übersicht zur Evaluationsstudie.....	275
Tab. 8: Bezüge zu den Fragen des Fragebogens 1	280
Tab. 9: Bezüge zu den Fragen des Fragebogens 2.....	281
Tab. 10: Auswertungskategorien bzgl. Reflektiertheit	296
Tab. 11: Bewältigungsstrategien gemäß Fragebogen 2 im zweiten Unterricht	304
Tab. 12: Vergleich der Ergebnisse von Fragebogen 1 und Fragebogen 2 des zweiten Unterrichts.....	309
Tab. 13: Lernbereiche Kranken- und Kinderkrankenpflege	346
Tab. 13a: Aufgaben und Lernbereiche der Altenpflege	347

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1: Kriterien und Bereiche des EFQM	89
Abb. 2: Modell der Reflektiertheit.....	165
Abb. 3: Einteilung von Gesprächen nach Gesprächspartnern	354
Abb. 4: Sender- Empfänger- Modell.....	356