Wolfgang Becker (Hrsg.)

Ausbildung in den Pflegeberufen

Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis

BAND 1

Empirische Begründung, theoretische Fundierung und praktische Umsetzung der „dualisierten" Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege

Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB

Forschen
Beraten
Zukunft gestalten

Ausbildung in den Pflegeberufen – Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis Band 1

BIBB

WOLFGANG BECKER (HRSG.)

Ausbildung in den Pflegeberufen –

Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis

BAND 1 Empirische Begründung, theoretische Fundierung und praktische Umsetzung der „dualisierten" Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege

Schriftenreihe
des Bundesinstituts
für Berufsbildung
Bonn

Bundesinstitut
für Berufsbildung
BIBB
Forschen
Beraten
Zukunft gestalten

Bibliografische Informationen der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abzurufen

ISBN 3–7639–1068–9



Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative-Commons-Lizenz (Lizenztyp: Namensnennung – Keine kommerzielle Nutzung – Keine Bearbeitung – 3.0 Deutschland).

Weitere Informationen finden Sie im Internet auf unserer Creative-Commons-Infoseite www.bibb.de/cc-lizenz.

Vertriebsadresse:

W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 33, 33506 Bielefeld
Telefon: (0521) 9 11 01 11
Telefax: (0521) 9 11 01 19
Internet: www.wbv.de
E-Mail: service@wbv.de
Best.-Nr. 110.468

© 2005 by Bundesinstitut für Berufsbildung
Herausgeber: Bundesinstitut für Berufsbildung
53142 Bonn
Internet: www.bibb.de
E-Mail: zentrale@bibb.de

GrafikDesign:
Druck:
Verlag: W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
Printed in Germany

ISBN 3–7639–1068–9

Inhalt

Vorwort 7

Teil I

Die Entwicklung der Ausbildung 13

Berufsentwicklung, Beschäftigungs- und Erwerbstätigenzahlen, Arbeitsmarktnachfrage und Fachkräftebedarf im Berufsbereich „Pflege" – Fakten, Trends und Indikatoren 15

- Erwerbstätigen- und Beschäftigungsentwicklung im Berufsfeld Gesundheit 16
- Allgemeine Entwicklung des Wirtschaftssektors Gesundheit 18
- Erwerbstätige aus Pflegeberufen in der Gesundheitswirtschaft 20
- Beschäftigte im Bereich „Pflege" 21
- Sektoren der Beschäftigungsentwicklung 21
- Entwicklung der Erwerbstätigkeit für Altenpflege- und Krankenpflegekräfte 24
- Die Entwicklung der Auszubildendenzahlen 27
- Qualifikationsnachfrage und Qualifikationsbedarf im Berufsfeld Gesundheit 29
- Demografische Entwicklung und Bedarf an Pflegekräften 31
- Fachkräftebedarf bei hoher Arbeitslosigkeit 33
- Schlussfolgerungen 34

Die Systematik der Berufe – Trends und Veränderungen im Berufsfeld Gesundheit 37

- Das Berufsfeld: Der Zustand der Zersplitterung und die Folgen 38
- Das Berufsfeld Gesundheit und seine Systematik 43
- Neue Anforderungen an die Entwicklung von Berufen und die Bestimmung von beruflichen Qualifikationen 47

Anpassungsoptionen und Veränderungsnotwendigkeiten der Berufsausbildungen im Berufsbereich „Pflege" 49

- Die Veränderungsansätze 50
- Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung 50
- Lernfeldstrukturierte schulische Ausbildung 54

„Dualisierte“ Berufsausbildung für Altenpflege
und Gesundheits- und Krankenpflege –
das Ausbildungskonzept des Bundesinstituts für Berufsbildung 61

Didaktische Vorüberlegungen 63

Arbeitsprozessorientierung der schulischen Ausbildung: Weg in die Lernfelder 65

Didaktische Orientierungen in der Berufspädagogik 67

Didaktische Ziele der Dualisierung 70

Das Ausbildungskonzept des BIBB 71

Der Integrationsansatz 76

Teil II

Die Umsetzung der Ausbildung 79

Die Umsetzung der schulischen Ausbildung 81

Lernfelder und Arbeitsprozessorientierung –
Traditionsbrüche für die Didaktik der schulischen Berufsausbildung 89

Vorrang für die praktische Ausbildung 93

Lernfelder bedeuten: Neue Aufgabenverteilung zwischen Schule und Praxis 94

Arbeitsprozesse in der Alten- und Krankenpflege müssen erst beschrieben werden 96

Anpassung erforderlich: Revision der Didaktik des handlungsorientierten
Ausbildungsunterrichts für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege 104

Die Umsetzung der lernfeldorientierten schulischen Ausbildung –
Kollisionslinien mit den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen 108

Sequenzierung des Ausbildungsprozesses:
Didaktisch sinnvolle Einheiten bilden, begründen, verbinden 111

Die Verteilung der Ausbildungszeiten 111

Die zeitliche Organisation der Ausbildung 111

Ausbildungssequenzen definieren, begründen und verbinden 115

Lernsituationen – systematische Lernstruktur der
beruflichen Bildung oder pädagogische Artefakte? 121

Lernsituation = Fallbeispiel? = Pflegesituation? 123

Lernsituation = Fach mit Lernfeldcharakter? 127

Lernsituationen = Sprengsatz für traditionelle Schulstrukturen? 129

Lernsituationen – wie geht das? 133

Die Abschlussprüfung – Abfrage von Wissen oder Unterstützung bei der Kompetenzfeststellung? 139

Begründungszusammenhänge für neue Prüfungsformen in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege 140

Die Umsetzung der praktischen Ausbildung 153

Praktische Ausbildung im Umbruch: Anleiten oder ausbilden? Integration von Ausbildung in betriebliche Arbeitsprozesse 163

Die Planung der praktischen Ausbildung auf der Grundlage der Ausbildungsrahmenpläne der BIBB-Curricula 164

Identifikation lernförderlicher Arbeitsprozesse in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege 165

Festlegung von Ausbildungsinhalten 168

Entwicklung des Ausbildungsplans 171

Entwicklung von Ausbildungsaufgaben 174

Wahl von Ausbildungsmethoden 178

Das Berichtsheft 182

Organisation der Lernortkooperation 185

Ausbilderqualifikationen für Praxisanleiter 191

Integriert ausbilden – in der Praxis? 199

Integriert ausbilden in der Praxis – wie soll das gehen? 202

ANHANG

Berufsausbildung im dualen System nach der „Zeitrahmenmethode" 205

Verzeichnis der Abbildungen 207

WOLFGANG BECKER

Vorwort

Mit dem Erlass der neuen Berufsgesetze für die Berufsausbildung in der Altenpflege (AltPflG)[1] und der Gesundheits- und Krankenpflege (KrPflG)[2] hat eine in der Geschichte der Ausbildung beider Berufe noch nie da gewesene Experimentierwelle bei Schulträgern und Schulen in der Alten- und Krankenpflege eingesetzt.

Gestützt auf die so genannten „Experimentierklauseln" in beiden Gesetzen[3], die zur Erarbeitung und Erprobung von „Ausbildungsmodellen" ermuntern, angeregt durch Wettbewerbe privater Stiftungsorganisationen[4] oder staatliche Förderprogramme[5] und gedrungen durch ausbleibende, unzureichende oder unverbindliche Vorgaben der für die Durchführung der Ausbildung zuständigen Ministerien der Bundesländer (oder der von ihnen eingesetzten Lehrplankommissionen) hat sich in Deutschland eine kaum noch zu überschauende Vielzahl an Experimenten, Modellen und Ausbildungsgängen für beide Ausbildungsberufe entwickelt. Sie übertreffen heute bereits deutlich die noch vor wenigen Jahren beklagte und als Begründung für den Erlass des Altenpflegegesetzes herangezogene Zersplitterung der Ausbildungslandschaft in regionale oder lokale Sonder- und Insellösungen. Damit geraten Qualität und Standards der beruflichen Qualifizierung für Alten- und Krankenpflege auf den neuen gesetzlichen Grundlagen schon in Gefahr, bevor sie überhaupt entwickelt, geschweige denn gefestigt worden wären.

In einigen Fällen versuchen Bundesländer gegenwärtig, den offenbar ausufernden Wildwuchs in der Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften durch verbindliche Ausbildungsrichtlinien und Lehrplanvorgaben einzudämmen. Allerdings sind diese grundsätzlich begrüßenswerten Versuche zur Sicherung möglichst vergleichbarer Ausbildungsgrundlagen nur von begrenztem Nutzwert: Als bundeslandspezifische Regelungen bestätigen sie zum einen die regionalen Standards und Grenzen der Berufsbildung in den Gesundheitsberufen. Als schulische Bildungsgänge vernachlässigen sie andererseits – was sie mit den meisten Experimentier- und Modellausbildungen verbindet – nach wie vor die wichtigsten Standards moderner Ausbildungsberufe wie die Definition praktischer Ausbildungsinhalte und Qualifikationsziele sowie ein an betriebstypischen Geschäfts- und Arbeitsprozessen orientiertes, schlüssiges Lernfeldkonzept. Da-

---

1 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG), BGBl. 2003, Teil I Nr. 44 vom 4. September 2003 sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPflAPrV), BGBl. 2002, Teil I Nr. 81 vom 29. November 2002.

2 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (Krankenpflegegesetz - KRPflG), BGBl. 2003, Teil I Nr. 36 vom 21. Juli 2003 sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV), BGBl. 2003, Teil I Nr. 55 vom 19. November 2003.

3 § 4, Abs. 6 KrPflG sowie AltPflG legen fest, dass zur „zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen, (... die Länder von den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abweichen können), sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird."

4 Beispielsweise: Wettbewerb der Robert-Bosch-Stiftung „Pflege neu denken – zukunftsfähige Ausbildungskonzepte", der 2002 ausgelobt wurde.

5 Beispielsweise: Modellvorhaben des BMFSFJ „Weiterentwicklung der Pflegeberufe – Erprobung neuer Ausbildungsmodelle in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege" auf der Grundlage von § 4, Abs. 6 AltPflG und KrPflG (Ausschreibung vom 12. Juni 2003 im Bundesanzeiger Nr. 107)

mit koppeln sie sich von den Qualifikationsanforderungen und Qualifikationsverwertungsbedingungen einer sich im Wandel befindenden Altenhilfe und Gesundheitswirtschaft ab.

Viele Träger beider gesellschaftlichen Leistungsbereiche trennen sich gegenwärtig aus wirtschaftlichen Erwägungen in nennenswertem Umfang von Fachpersonal und Ausbildungsplätzen. In ambulanten und stationären Gesundheitsdienstleistungen werden die Möglichkeiten zum Ersatz von traditionellen beruflichen Fachqualifikationen durch einfachere, mindestens aber zeitlich gestraffte Ausbildungsgänge geprüft. Durch strukturelle und ökonomische Umbrüche stehen in Krankenhäusern sowie in Einrichtungen und Betrieben der Altenhilfe auch die Leistungsfähigkeit und die Eignung der Qualifikationsprofile von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zur Disposition.

In dieser Situation müssen sich Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege in Berufsausübung und Berufsausbildung von ihrer traditionellen Ausrichtung am System der „Gesundheitsfürsorge" und einem fachsystematisch geprägten Schulunterricht nach Fächern lösen. „Berufliche Handlungskompetenz" unter Marktbedingungen, funktional geprägter Arbeitsorganisation und betrieblicher Gewinnausrichtung buchstabiert sich zuerst nach den Regeln von Leistungsfähigkeit, Flexibilität und operativer Autonomie in der gesundheitsbezogenen beruflichen Dienstleistung. Berufliches Wissen und berufliche Kompetenz dienen unter diesen Voraussetzungen nicht mehr der möglichst vollständigen Abbildung von disziplinärem oder Fächerwissen, sondern an erster Stelle dem Verständnis, der Planung und der Erledigung berufsspezifischer und einsatzgebietstypischer Arbeits- und Geschäftsprozesse.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) seit 2002 Ausbildungscurricula und weiter führende Ausbildungsmaterialien für die Berufsausbildung in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt. Curricula und Materialien berücksichtigen selbstverständlich die Vorgaben der neuen Berufsgesetze, realisieren aber im Rahmen der gesetzlich möglichen Gestaltungsspielräume alle relevanten Standards einer modernen betrieblichen Berufsausbildung.

Hierzu zählen insbesondere

- die Entwicklung von lernzielgesteuerten, an beruflichen Handlungskompetenzen orientierten **Ausbildungsrahmenplänen** für die praktische Ausbildung in zeitlicher und sächlicher Gliederung,
- die Gestaltung der **Rahmenlehrpläne** für die schulische Ausbildung beider Berufe nach dem KMK-Lernfeldkonzept mit Lernzielen und Verweis auf (mögliche) Lerninhalte,
- die Entwicklung von **Lernsituationen** als Grundlage für die fächerübergreifende Durchführung des schulischen Ausbildungsunterrichts,
- die exemplarische Entwicklung von **Ausbildungsaufgaben** als Grundlage für die Ausbildungspläne der praktischen Ausbildung.

Sie sind – zusammen mit einer Reihe weiterer Materialien, Hilfsmitteln und Unterlagen für die schulische und die praktische Ausbildung – zur Unterstützung von Lehrkräften und Ausbildern/innen im dritten und abschließenden Teil dieses Sammelbandes vollständig dokumentiert.

Alle hier vorgestellten Entwicklungen verfolgen dabei ein doppeltes Ziel:

- Mit ihrer Hilfe werden einerseits die wichtigsten Konventionen des „dualen", betrieblichen Berufsbildungssystems auf die schulischen Ausbildungsgänge der Gesundheitsberufe übertragen. Das Konzept der „Dualisierung" soll dabei vor allem dazu beitragen, „die Praxis" der Alten- und Krankenpflege als Schwerpunkt und Hauptakteur der Ausbildung zu verankern und die bislang gängige Anleitung während des Arbeitseinsatzes im Rahmen von Praktika endgültig zu ersetzen. Die Gewichtsverlagerung von der ausbildenden

Schule auf den ausbildenden Betrieb oder die ausbildende Einrichtung entspricht nicht nur der Verteilung der Ausbildungsstunden in den neuen Berufsgesetzen für Altenpflege und Krankenpflege – sie ist angesichts der veränderten Qualifikationsanforderungen, Arbeitsorganisationsformen und Aufgabenstellungen in allen Bereichen der ambulanten und stationären Pflege notwendige Voraussetzung für eine realistische und anforderungsgerechte Berufsausbildung. Ausbildung anstelle von Anleitung zur Arbeit ist die zwingende Konsequenz aus dieser Entwicklung: Höhere Komplexität und zunehmende Verdichtung der Arbeit, aber auch die Differenzierung des Angebots an gesundheitlichen Dienstleistungen und ihre fortschreitende Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Sektor erfordern einen eigenständigen Ausbildungsbeitrag der praktischen Ausbildungsstätten – und eine neue Rollenverteilung zwischen ausbildender Schule und Ausbildungspraxis.

- Auf der anderen Seite ermöglicht die „dualisierte" Ausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nach den Vorgaben der BIBB-Curricula zum ersten Mal in der Geschichte beider Ausbildungsberufe die systematische Annäherung der Berufsausbildung im Gesundheitswesen an das Regelsystem der Berufsausbildung in Deutschland. Dieser mit den BIBB-Curricula begonnene Prozess der Überwindung bestehender Grenzlinien zwischen schulischem und betrieblichem Ausbildungswesen setzt im wesentlichen auf drei kleine Schritte, die jedoch in ihrer Konsequenz für die Gewinnung von Ausbildungsnachwuchs, die gesellschaftliche Anerkennung der Berufe und die Verwertung der in der Ausbildung erworbenen Berufsqualifikationen am Arbeitsmarkt nicht unterschätzt werden dürfen:

  – Der erste und gleichzeitig wichtigste Schritt war die Bestimmung und Entwicklung eines fachlichen Profils für jeden der beiden Ausbildungsberufe. Die Entwicklung eines so genannten „Berufsprofils" setzt unter anderem die Klärung voraus, welche fachlichen Orientierungen den beruflichen Qualifikationserwerb leiten, welche Qualifikationsinhalte mit welcher Begründung für den Ausbildungsprozess genutzt werden und welche Fachdisziplinen in welcher Form ihren Beitrag zur beruflichen Qualifizierung leisten können. Danach ergibt sich für die Altenpflege ein gerontologisches, für die Gesundheits- und Krankenpflege ein „salutogenetisches", gesundheitsförderndes Profil. Diese Profilierung schlägt sich in der Orientierung der praktischen und schulischen Ausbildung an entsprechenden Kern- oder Schlüsselqualifikationen nieder, die sich immer auf die jeweiligen fachlichen Zentren (Gerontologie, Gesundheitsförderung/Public Health) beziehen. Daraus wird – in der Zusammenfassung von Lernfeldern und den Positionen des Ausbildungsrahmenplans für die praktische Ausbildung – ein von anderen Berufen unterscheidbares Ausbildungsberufsbild, das wie in einem „Qualifikationspass" Kompetenzen und fachliche Orientierungen des erlernten Berufs für jedermann kenntlich und verständlich herausstellt.

  – Mit der fachlichen Profilierung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege waren die Voraussetzungen geschaffen, um Qualifikationsziele und diejenigen beruflichen Handlungskompetenzen zu bestimmen, die im Prozess der beruflichen Bildung mindestens vermittelt werden sollen. Profilierung, Lernzielorientierung und Definition beruflicher Handlungskompetenzen in den beruflichen Curricula ergeben einen Effekt, der insbesondere für schulische Ausbildungsberufe bislang nicht hinreichend beachtet wurde, der in seinen Auswirkungen jedoch nicht hoch genug eingeschätzt werden kann: Der Beruf wird in seinen Qualifikationen und Kompetenzen, in seinen Anforderungen und Anmutungen, in Inhalten und Wissensbestandteilen „kommunikationsfähig". Ausbildungsinteressierte können erkennen, was die Ausbildung fordert und zu welchem Ziel sie führt. Auszubildende können kommuni-

zieren, was, wie und zu welchem Ende sie ihren Beruf lernen und müssen dazu nicht auf (Schul-) Fächer und abstrakte Fächerinhalte zurückgreifen. Arbeitgeber erhalten zum ersten Mal die Chance, Aufgaben und Gestaltungsmöglichkeiten der (praktischen) Ausbildung realistisch in die Arbeitsabläufe ihrer Institutionen und Einrichtungen zu integrieren. Insgesamt also können Gesundheitsberufe sich jetzt mit den für den Beruf charakteristischen Kompetenzen öffentlich und begründet darstellen. Damit ist – wie die Erfahrungen mit der Umsetzung der Curricula für Alten- und Krankenpflege bestätigen – ein entscheidender und erfolgreicher Schritt für eine angemessene gesellschaftliche Wahrnehmung und Anerkennung der Gesundheitsberufe als „Facharbeiterberufe" getan.[6]

– Beide Schritte – fachliche Profilierung und curriculare Strukturierung – wären nicht möglich gewesen, ohne weiteres Neuland zu betreten: In Vorbereitung und Begleitung der Arbeit an den Ausbildungscurricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege wurden erstmals in der Ausbildungsgeschichte beider Berufe an 36 nach repräsentativen Kriterien ausgewählten Arbeitsstandorten (Einrichtungen, Krankenhäusern und ambulanten Diensten) in insgesamt 92 Untersuchungsdurchgängen empirisch gestützte Arbeits-, Arbeitsorganisations- und Qualifikationsbedarfsanalysen durchgeführt. Die systematisierten Ergebnisse der Untersuchungen wurden mit Unterstützung von berufskundigen und (berufs-) pädagogisch erfahrenen Experten/innen gesichtet, bewertet und in ihrer Relevanz für die praktische und/oder schulische Ausbildung eingeordnet. Auf Grundlage dieser Klassifikation wurden – unter Beachtung der neuen Aufgabenschneidung zwischen den Lernorten Schule und Praxis – beruflich relevante Kompetenzbereiche definiert und in Ausbildungsbereiche (praktische Ausbildung) und Lernfelder (schulische Ausbildung) übertragen. Auf dieser Grundlage wurden unter Hinzuziehung von Lehrkräften und Praxisanleitern/innen, Schul- und Betriebsleitern sowie verantwortlichen Mitarbeitern/innen aus zuständigen Landesministerien die Curricula in Gegenständen, Inhalten und Zielen sowie in sachlicher und zeitlicher Gliederung sukzessive entwickelt.

– Fachliche Profilierung, Lernzielorientierung sowie Definition beruflicher Handlungskompetenzen sind wiederum maßgebliche Voraussetzungen für die Entwicklung von Ausbildungsstandards für die Alten- und Krankenpflege, die eine möglichst weit gehende Vergleichbarkeit der beruflichen Bildung unabhängig vom Ausbildungsort und regionalen Besonderheiten ermöglichen sollen. Da die Berufsgesetze für Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege für die Durchführung der Berufsausbildung die Kultushoheit der Bundesländer beachten müssen, ist dieser Ansatz der BIBB-Curricula – anders als im dualen System der betrieblichen Berufsausbildung – lediglich eine Option, jedoch keine Verpflichtung.

  Das Konzept der BIBB-Curricula für die beiden Gesundheitsberufe erlaubt jedoch eine andere Form der Vereinheitlichung, die im Hinblick auf die Zukunft der beruflichen Bildung in diesem Berufsbereich von nachhaltiger Wirkung sein kann: Beide Ausbildungsgänge sind so angelegt, dass sie sowohl nach innen wie nach außen gerichtet „integrationstauglich" sind: Bei beiden Berufen kann das erste Ausbildungsjahr als integrierte Berufsausbildung für die Alten- oder Krankenpflegehilfe genutzt

6 Allein durch die Vorlage des dualisierten Curriculums für die Berufsausbildung in der Altenpflege konnte im Saarland (flächendeckender Einsatz des BIBB-Curriculums seit Oktober 2002) bis heute die Nachfrage bei Schulabgängern sowie die Ausbildungsbereitschaft bei Institutionen und Betrieben der Altenhilfe mehr als verdoppelt werden. Im Unterschied zur Entwicklung im gesamten Bundesgebiet liegt dort die Beteiligung ambulanter Dienste an der Ausbildung in der Altenpflege bei fast 40%.

werden.[7] Darüber hinaus ist der Aufbau beider Curricula so aufeinander abgestimmt, dass eine in Teilen gemeinsame oder „integrierte" Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften – bei weiterhin getrennten Berufsabschlüssen – möglich ist.[8]

Diese und eine Reihe weiterer Neuerungen haben so umfangreiche Konsequenzen für das Ausbildungsgeschehen in Schule und Praxis sowie für die beruflichen Perspektiven der ausgebildeten Alten- und Krankenpflegekräfte, dass wir uns entschieden haben, den gesamten Entstehungsprozess der BIBB-Curricula in ihren Zusammenhängen, Begründungen und Problemstellungen grundsätzlich und im Detail zu dokumentieren. Diesen Darstellungen ist der erste Teil dieses Bandes gewidmet. In ihm werden insbesondere aus sozialwissenschaftlicher und berufspädagogischer Perspektive sowie aus Sicht der Berufsbildungsforschung Grundlagen und Argumentationen für die Entwicklung „dualisierter" Curricula für die Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege und ihre Position im Verhältnis zu den alten und neuen Traditionen der Pflege in Wissenschaft und Praxis beleuchtet.

Im zweiten Teil des Bandes werden dann die zentralen Problemstellungen und Erfahrungen bei der Umsetzung der Ausbildungen in praktischer und schulischer Ausbildung vorgestellt und analysiert. Dabei geht es nicht um einzelne Ereignisse, die den Implementationsprozess mehr oder weniger beeinflusst haben, sondern vor allem um (berufs-)pädagogische, didaktische und methodische Problemstellungen von grundsätzlicher Bedeutung für die Berufsausbildungen im Berufsbereich „Pflege", die auch unabhängig vom Einsatz der BIBB-Curricula ihre Relevanz haben.

Im dritten Teil dieser Publikation schließlich werden alle für die Ausbildungen in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege entwickelten curricularen Materialien einschließlich der beispielhaft entwickelten Lernsituationen auf dem neuesten Stand und unter Einschluss der im Umsetzungsprozess vorgenommenen leichten Veränderungen vorgestellt und – wo erforderlich – in ihrer Wertung durch Praxis und Theorie kommentiert..

Die BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege werden gegenwärtig in zwei Bundesländern und einer ständig wachsenden Zahl großer und kleiner Träger und Organisationen in Deutschland eingesetzt. Ohne den intensiven, ermunternden und kritischen Erfahrungsaustausch mit allen an der Ausbildung beteiligten Personen, Organisationen, politisch Verantwortlichen und amtlichen Stellen, mit Lehrern/innen, Praxisanleitern/innen und Auszubildenden wäre weder die Entwicklung noch die Umsetzung der Ausbildungscurricula möglich gewesen. Ihnen allen sei an dieser Stelle für ihren Mut, ihren Realismus, ihre Neugier und ihre Geduld gedankt, ohne die sie sich wahrscheinlich nicht entschieden hätten, den Schritt in eine neue und mit vielen Traditionsbrüchen behaftete neue Ausbildung zu machen. Die Erfahrungs- und Lernprozesse, die wir alle auf diesem Weg bis heute gemacht haben, bestärken uns allerdings in der Vermutung, nicht nur die richtige Richtung eingeschlagen zu haben, sondern auch, das Ziel erreichen zu können.

---

7 Von dieser Möglichkeit der Integration wird gegenwärtig lediglich im Saarland Gebrauch gemacht: Schulabgängern mit Hauptschulabschluss wird der Zugang zur Ausbildung ermöglicht. Nach der Abschlussprüfung als Altenpflegehelfer/in besteht die Möglichkeit – das Einvernehmen aller Ausbildungspartner vorausgesetzt – die Ausbildung im zweiten Jahr als Altenpfleger/in fortzusetzen.

8 Diese Variante der Ausbildung wird bis 2006 im Rahmen eines Modellprojektes in Brandenburg erprobt. Ziel ist es dabei, diese Form der „integrierten Ausbildung" so weit zu stabilisieren, dass sie in Brandenburg zur Regelausbildung geführt werden kann.

Teil I

Die Entwicklung der Ausbildung

Ausbildungsberufe entstehen weder zufällig noch sind sie in das Belieben einzelner Personen, Gruppen oder Organisationen gestellt. Berufe, die für sie erforderlichen Qualifikationen und die mit ihnen verbundenen Berechtigungen sind „soziale Konstrukte" (BECK) – in mehrfacher Hinsicht: Theoretisch regelt das System Gesellschaft über Berufe und formal organisiertes berufliches Lernen den Zugang zu den Sektoren beruflicher Facharbeit mit ihren geregelten Entlohnungssystemen und exklusiven Berechtigungen. Daraus folgt, dass Berufe als Repräsentanten definierter Qualifikationen für denjenigen Wirtschafts- oder Produktionssektor, dem sie zugeordnet werden, geeignet, bedarfsgerecht oder, wie es in der Systemtheorie heißt, „legitim" sein müssen: Ihre Qualifikationen müssen für das Leistungssystem, dem sie zugeordnet sind, bedarfsgerecht sein; auf der Seite der Individuen – Lernende, Anwender und Nutzer beruflicher Qualifikationen – müssen sie den Bedürfnissen nach Inklusion (Arbeitsmarkt) und Fachlichkeit entsprechen. Politisch spiegeln die Verfahren zur Entwicklung von Berufen und beruflichen Qualifikationen die historisch gewachsene und hoch differenzierte Balance der Macht zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern (den Sozialparteien) auf der einen sowie von Wirtschafts- und Bildungspolitik sowie Bundes- und Länderpolitik auf der anderen Seite.[1]

In der Praxis der Berufs- und Berufsbildungsforschung werden Berufe und berufliches Lernen auf der Grundlage von einsatzgebietsspezifischen Arbeits-, Arbeitsmarkt- und Qualifikationsanforderungsanalysen „konstruiert": Wirtschaftlicher Bedarf an berufsförmiger Arbeit, betriebsübliche und berufstypische Arbeitsstrukturen sowie Qualifikationsanforderungen der Arbeit in den beruflichen Einsatzgebieten werden in berufliche Handlungskompetenzen übersetzt. Sie fließen im Rahmen des Ausbildungscurriculums unter Beachtung berufspädagogischer Regelsysteme (zum Beispiel: Taxonomie der Lernziele, zeitliche und sachliche Gliederung der Inhalte) in die Ausbildungsrahmenpläne für die praktische sowie die Rahmenlehrpläne der schulischen Ausbildung ein.

---

1 Bei der politischen Zuständigkeit für Berufe und die Festlegung der für sie erforderlichen beruflichen Qualifikationen wird auf dem Gebiet der betrieblichen („dualen") Berufsausbildung grundsätzlich zwischen „Fachministerium" und „Benehmensministerium" unterschieden. Fachministerium ist grundsätzlich derjenige Zuständigkeitsbereich, in dem die Arbeitgeber des zu entwickelnden Berufes überwiegend angesiedelt sind. Auf dem Gebiet der gewerblichen Wirtschaft ist dies der Wirtschaftsminister. Benehmensminister ist der für die Organisation der beruflichen Bildung zuständige Minister. Auf dem Gebiet der Gesundheitsberufe ist die Zuständigkeit ähnlich unklar wie auf Länderebene: Obwohl beispielsweise die Altenpflege explizit als Heilhilfsberuf konstruiert wurde, bleibt die fachliche Zuständigkeit beim Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ); die Gesundheits- und Krankenpflege ressortiert dagegen beim Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS).

Diese komplexen Zusammenhänge, die bei der Konzeption und Konstruktion von Ausbildung und Beruf zu beachten sind, müssen grundsätzlich auch für die Entwicklung von Pflegeberufen im Rahmen des schulischen Ausbildungssystems berücksichtigt werden, wenn gesellschaftliche Legitimität und Arbeitsmarkterfolg nicht in Gefahr geraten sollen. Allerdings führt die Einhaltung der beruflichen Konstruktionsregeln aus dem Gebiet der gewerblichen Wirtschaft im Ergebnis zu deutlich anderen Berufsbildern und Qualifikationsstrukturen, als diese im schulischen Berufsbildungssystem und insbesondere im Berufsbereich Pflege bislang realisiert worden sind. Zu fragen ist vor diesem Hintergrund, welche Arbeits-, Arbeitsmarkt- und Qualifikationsanalysen der Entwicklung der Ausbildungsgänge von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zugrunde gelegt wurden und welchen Niederschlag diese Analysen in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen gefunden haben.

Im Teil I dieses Bandes werden alle relevanten Einflußfaktoren vorgestellt, die für die vom Bundesinstitut für Berufsbildung entwickelten, an die Standards des dualen Systems angepassten („dualisierten") Ausbildungscurricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege eine Rolle gespielt haben. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die so genannten „harten Fakten" und die historisch-systematische Entwicklung des Berufsfeldes „Gesundheit" gelegt, die in den auf pflege- und gesundheitswissenschaftlichem Gebiet geführten Debatten über Berufs- und Curriculumentwicklungen bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine nachgeordnete Bedeutung haben.

Auf dieser Grundlage werden die Modernisierungsoptionen für die Entwicklung zeitgemäßer, anforderungsgerechter und arbeitsmarktkonformer Ausbildungsberufe im Berufsbereich Pflege dargestellt. Sie werden anschließend am Beispiel der Ausbildungscurricula und Qualifikationskonzepten des Bundesinstituts für Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege konkretisiert und mit Blick auf Chancen und Schwierigkeiten gemeinsamer oder „integrierter" Ausbildungskonzepte für die Berufe in der Alten- und Krankenpflege diskutiert.

WOLFGANG BECKER

Berufsentwicklung, Beschäftigungs- und Erwerbstätigenzahlen, Arbeitsmarktnachfrage und Fachkräftebedarf im Berufsbereich „Pflege" – Fakten, Trends und Indikatoren

In wohl keinem einem anderen Berufssektor haben sich Entwicklung, Konstruktion und Ordnung von Berufen und beruflichen Qualifikationen so weit von systematischen Bezügen, ökonomischen und arbeitsmarktlichen Fakten sowie quantitativen und qualitativen gesellschaftlichen Fakten entfernt wie im Berufsfeld „Personenbezogene und sozialen Dienstleistungsberufe" im allgemeinen und dem Berufsbereich „Pflege" im besonderen: Akademisierung der Berufsausbildung, „evidenzbasiertes" berufliches Arbeiten sowie die kaum noch überschaubare Flut von Ausbildungsmodellversuchen, in der jedes „Modell" neue, häufig nicht begründete regionale oder lokale Standards setzt, sind nur Stichworte einer zunehmend realitätsfernen Entwicklung von Berufen und beruflichen Qualifikationen in der Pflege. Umgekehrt liegen zu kaum einem anderen und wirtschaftlich so bedeutsamen Sektor wie diesem so wenige empirisch valide, systematisch nutzbare und so wenige für die bedarfsgerechte Anpassung von Berufen und Qualifikationen direkt verwertbare Daten und Informationen vor.

In diesem auf dem Gebiet der beruflichen Bildung wohl einzigartigen Vakuum hat sich die Debatte über Reformen von Berufsbildung und Berufen im Berufsbereich „Pflege" und darüber hinaus in den vergangenen Jahren immer wieder auf eine in der Substanz wechselnde, im Umfang jedoch sehr überschaubare Zahl von Leitformeln gestützt. Unter ihnen nimmt die Forderung nach „beruflicher Professionalisierung" für Pflegeberufe seit jetzt mehr als 20 Jahren eine herausragende Position, wenn nicht sogar den Charakter einer Grundkonstante ein: Kein anderer Begriff hat berufsbildungspolitische Entscheidungen (Erlass von Berufsgesetzen), die Hochschulentwicklung (Gründung und Ausbau von pflegebezogenen Studiengängen) und die ideologische Ausrichtung berufsverbandlicher und berufsorganisatorischer Interessen bis heute nachhaltiger beeinflusst als der Begriff der Professionalisierung für die Berufsgruppe der Pflegeberufe.[1]

Auch die Entwicklung und der Erlass der neuen Berufsgesetze für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege hat sich ausdrücklich auf die Notwendigkeit der „Professionalisierung" der Berufe auf dem Gebiet der Pflege alter und kranker Menschen berufen.[2] Die damit

1 In diesem Zusammenhang ist der Forderung nach „Professionalisierung" seit Anfang der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts zunehmend auch die Perspektive der „Akademisierung" der Berufsausbildung im Bereich Pflege zur Seite gestellt worden. Hierzu im Ausgang noch als Argumentation für die Qualifizierung von Lehr- und Leitungskräften ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hrsg.): Pflege braucht Eliten. Gerlingen 1992, dann aber bald als generelle Forderung für den Beruf, zum Beispiel SCHRÖCK, R.: Zur Akademisierung der Pflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 5/1992, S. 320 – 322 sowie zuletzt wiederum ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hrsg.): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart 2000 sowie die Argumentationen aus hochschulischer Sicht zur Konzeption neuer, grundständig qualifizierender Studiengänge („Bachelor of Nursing"); hierzu beispielsweise REINHART, M. in: Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 14 vom 02.04.2004, Seite A-902.

2 Vgl. die Begründung der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, in: Bundesratsdrucksache 477/02 vom 31. Mai 2002, insbesondere S. 23ff.

ausgesprochene politische Anerkennung eines bis dahin eher von verbandlichen Interessengemeinschaften zur Sicherung von öffentlichem Einfluss und Fördermitteln eingesetzten Begriffs mutet um so erstaunlicher an, als die Argumentationsgrundlagen, auf die sich die gegenwärtig ausgetauschten berufliche Professionalisierungskonzepte stützen könnten, entweder nicht durch Fakten gestützt sind – oder eine bei weitem differenziertere Argumentation erforderlich machen würden, als dies den öffentlich vorgetragenen Forderungen nach beruflicher Statusgleichheit mit akademischen Berufsabschlüssen im Gesundheitswesen zu entnehmen ist.

Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden die Qualifikationsprofile der neuen Ausbildungsberufe für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege mit empirisch belastbarem Material und Daten zur Entwicklung von Erwerbstätigkeit und Qualifikationsnachfrage aus mehr als zehn Jahren gegenübergestellt werden. Die Analyse von Fakten, Trends und Prognosen soll dazu dienen, die Arbeitsmarkttauglichkeit der beruflichen Qualifikationen für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege realistisch zu beurteilen, Korrekturen am Qualifikationsprofil und Qualifizierungskonzept, wie sie die BIBB-Curricula vorsehen, nachzuvollziehen und Konsequenzen für künftige Berufsentwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheitswirtschaft jenseits jeder Interessengebundenheit abzuleiten.

Erwerbstätigen- und Beschäftigungsentwicklung im Berufsfeld Gesundheit

Einer der größten Störfaktoren für eine vernünftig begründete Diskussion über den Qualifikationsbedarf in den personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen ist das Fehlen präziser und berufsgenauer statistischer Informationen zu den Ausbildungen, zu Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit im gesamten Berufsfeld personenbezogener und sozialer Dienstleistungen oder – anders betrachtet – im Sektor der Gesundheitswirtschaft:

Weder Statistiken der Länder zu den überwiegend schulischen Ausbildungsgängen (Statistische Landesämter), noch die Erwerbstätigenstatistik (Bundesagentur für Arbeit [BA] / Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung [IAB]), noch die jährlichen Mikrozensen (Statistisches Bundesamt [MZ / StatBA]) liefern auch nur annähernd zweifelsfrei nutzbare Informationen. Die Ursachen für diese zutiefst unbefriedigende Situation, die jede rational begründete Berufsbildungsplanung und Berufsentwicklung erheblich erschwert, sind sehr vielfältig und nicht trennscharf auseinanderzuhalten.[3] Als wichtigste Akteure dieser „informativen Zersplitterung" erweisen sich jedoch immer wieder

- die Bundesländer, die Zahlen zur Entwicklung der Schülerzahlen in schulischen Ausbildungsberufe (Schulen des Gesundheitswesens, Fachschulen, Berufsfachschulen) über die Statistischen Landesämter entweder gar nicht oder nur unvollständig zur Verfügung stellen;
- die Bundesagentur für Arbeit, die trotz wiederholter Interventionen in Fachgremien das Erhebungsraster ihrer Erwerbstätigenstatistik insbesondere bei Berufen, die auf schulischen Ausbildungsgängen beruhen und bei neuen gesundheitsbezogenen Dienstleistungsberufen, mit dem Argument datentechnischer Probleme nicht berufsgenau liefert;
- das Statistische Bundesamt, das Teilauswertungen aus den Mikrozensen zur Beschäftigungsentwicklung nur sehr unpräzise in seinen Sonderberichten (zum Beispiel: Gesund-

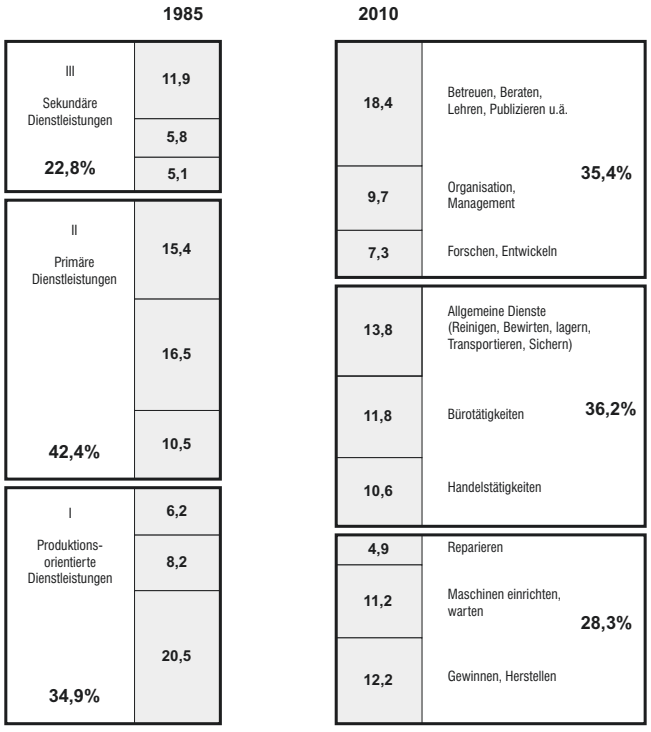
3 Vgl. BECKER, W.; MEIFORT, B.: Ausbildung – Weiterbildung – Beruf im Gesundheits- und Sozialwesen: Reform oder Stillstand? Problemlagen - Reformoptionen - Politikstrategien. In: Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin, Band 46. Berlin 2001.

heitsberichterstattung) und auf sehr diskussionsbedürftigen Materialgrundlagen zur Verfügung stellt;

- der Bund, der bei Verabschiedung des „Dienstleistungsstatistik-Gesetzes" im Jahr 2000[4] zwar dafür gesorgt hat, dass wirtschaftsbezogene, nicht aber personenbezogene und soziale Dienstleistungsberufe in die kontinuierliche Datenerhebung aufgenommen werden.

Die hier nur grob skizzierten politischen und administrativen Versäumnisse und Traditionslinien bei der Erhebung und Veröffentlichung von berufsbezogenen Daten und Informationen ergeben zusammen mit der Regionalisierung der Berufsbildung für Gesundheitsberufe eine für keinen anderen gewerblichen Berufsbereich zu beobachtende gesellschaftliche Benachteiligung und Statusabwertung: Berufe, über die man nichts weiß, schaffen es nicht auf die „politische Agenda", bleiben für politische Planung nachrangig und für die Ordnung von Berufen und Berufsausbildung ein Nebenwiderspruch – auch, wenn der Wirtschaftssektor „Gesundheit", dem sie zugeordnet sind, im Hinblick auf Produktivität, Beschäftigung und Erwerbstätigkeit in Deutschland an vorderster Stelle steht.[5]

Abbildung 1: **Prognose der Erwerbstätigenentwicklung 1985 bis 2010** (IAB 1995)



4 Vgl. Dienstleistungsstatistikgesetz (DlStatG) vom 19. Dezember 2000

5 In diesem Zusammenhang muss daran erinnert werden, dass für alle Berufe, in denen nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet wird, nicht nur ein jährlicher Berufsbildungsbericht veröffentlicht, sondern auch jährlich eine Ausbildungsstatistik erhoben und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wird.

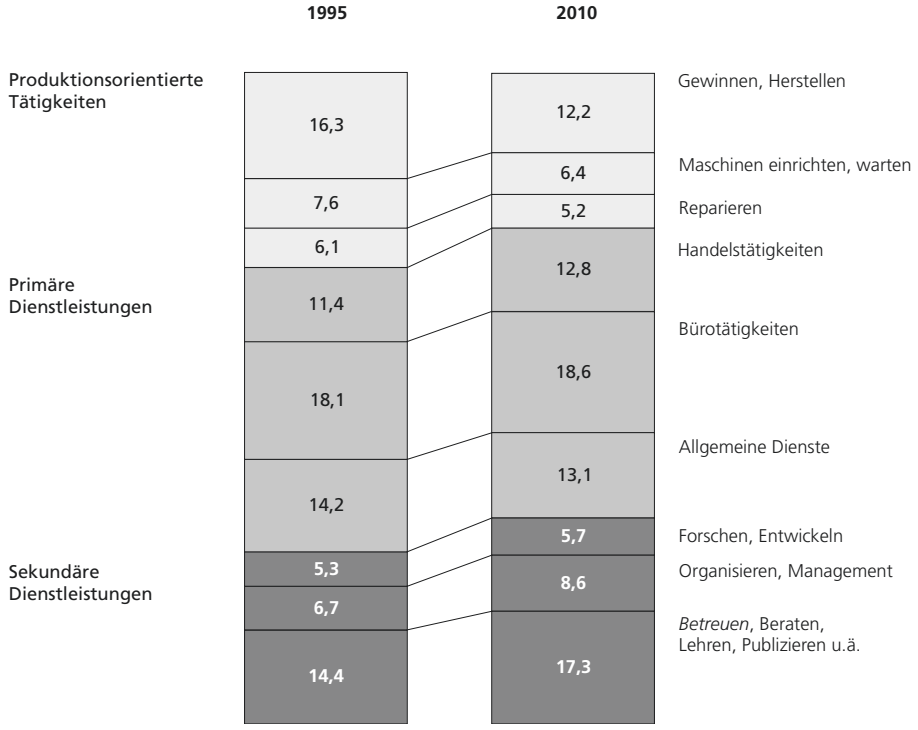
Allgemeine Entwicklung des Wirtschaftssektors Gesundheit

Mitte der 90er Jahre legt das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zum ersten Mal mittelfristige Modellrechnungen zur Entwicklung der Erwerbstätigkeit in den Wirtschaftssektoren in Deutschland vor.[6] Die Berechnung kann zwar nicht als Entwicklungsprognose für einzelne Berufe oder Berufsgruppen genutzt werden, hat sich aber im Rahmen des damaligen Forschungsschwerpunktes von Arbeitsmarkt- (IAB) und Berufsbildungsforschung (BIBB) zur Früherkennung von Beschäftigungs- und Qualifikationsentwicklungen ausdrücklich als Indikator für künftige Berufsentwicklungen und Qualifikationsprofile verstanden (vgl. Abbildung 1):

Danach werden für die Gebiete der produktionsorientierten und primären Dienstleistungen für den Zeitraum bis 2010 deutliche Beschäftigungsverluste (- 6.6% bzw. - 6.2%), in einzelnen Segmenten dieser Bereiche stagnierende, höchstens aber geringfügig wachsende Beschäftigungszuwächse prognostiziert. Danach zählen die „sekundären Dienstleistungen" zu den einzigen und deutlichen Gewinnern der weiteren Wirtschaftsentwicklung: In allen Teilbereichen wird ein deutliches Wachstum gegenüber den Ausgangsdaten von 1985 berechnet.

Deutlicher Wachstumsmotor ist der Sammelbereich „*Betreuen*, Beraten, Lehren, Publizieren u.ä.", der einen berechneten Beschäftigungsgewinn von 6.5% ausweist. Aufgrund der mehrheitlich äußerst unscharfen Berufsklassifizierungen in den Arbeitsmarktstatistiken wird zwar ersichtlich, dass unter der Rubrik „Betreuen" auch Gesundheits- und Sozialberufe zusammengefasst sind – mit welchen Anteilen sie an der prognostizierten positiven Beschäftigungsentwicklung beteiligt sind, wird jedoch nicht deutlich.

Abbildung 2: **Prognose der Erwerbstätigenentwicklung 1995 bis 2010** (IAB 1999)

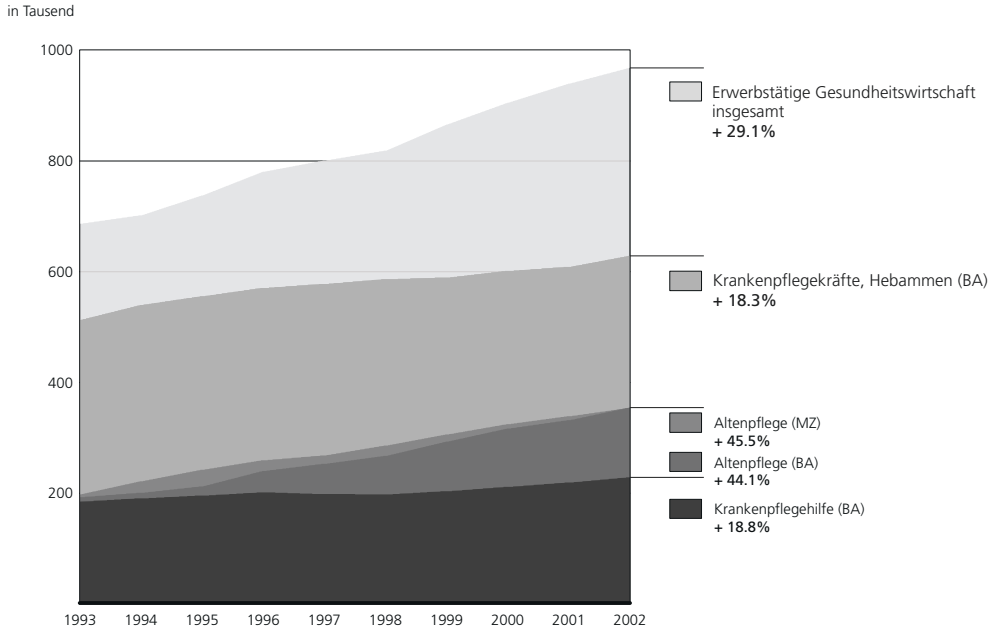


6 TESSARING, M.; ALEX, L.: Neue Qualifizierungs- und Beschäftigungsfelder. Bielefeld 1998.

Die insgesamt positiven Beschäftigungsprognosen für den Bereich der sekundären Dienstleistungen ist wenige Jahre später in einer neuen Berechnung noch einmal bestätigt worden (vgl. Abbildung 2) – wenn auch mit interessanten Differenzierungen:[7] In der nur noch auf 15 Jahre angelegten Betrachtung (1995 – 2010) haben sich die Gewichtungen zwischen den und innerhalb der Sektoren unter dem Einfluss neuer Beschäftigungsstrategien (Zunahme von Teilzeitarbeit), geschlechterspezifischem Erwerbsverhalten (Zunahme erwerbstätiger Frauen), wachsender Rationalisierungseffekte und demografischer Einflüsse leicht verschoben. Während sich im Bereich der produktionsorientierten und primären Dienstleistungen nur geringfügige Veränderungen zeigen, verliert der sekundäre Dienstleistungsbereich fast die Hälfte seiner Zuwächse: Er schrumpft vor allem unter der wahrscheinlichen Annahme wachsender Teilzeitarbeitspotenziale bei Frauen und Männern auf ein Wachstumsvolumen von nur noch 5.2%. Auch das Segment „*Betreuen*, Beraten, Lehren, Publizieren u.ä." geht jetzt auf einen Zuwachs von nur noch 2.9% (- 3.6%) zurück.

Diese Analyse widerspricht dezidiert allen euphorischen Annahmen über einen geradezu explosionsartig wachsenden Arbeitsmarkt in den personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen. Sie enthält einen auch für die Berufs- und Qualifikationsentwicklung im Berufsbereich Pflege wichtigen Kern: Zwar kann hier nach wie vor und im Unterschied zu allen übrigen Wirtschaftssektoren von wachsenden Beschäftigungsmöglichkeiten ausgegangen werden, doch werden die Entwicklungsspielräume merklich geringer ausfallen als ursprünglich angenommen. Das aber bedeutet auch, dass die Konkurrenzbeziehungen und Verdrängungsansprüche der Berufe auch im Leistungssegment der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen eine neue Qualität erreichen werden. Bei geringeren arbeitsmarktlichen Verteilungsspielräumen muss deshalb darauf geachtet werden, dass die beruflichen Qualifikationen den Anforderungen und dem Bedarf einer sich im Angebot und organisatorisch differenzierenden „Gesundheitswirtschaft" möglichst genau entsprechen.

Abbildung 3: Erwerbstätige aus Pflegeberufen in der Gesundheitswirtschaft 1993 – 2002 (BA)



7 ENGELBRECH, G.; JUNGKUNST, M.: Die Zukunft der Frauenbeschäftigung. Veränderung der Arbeitslandschaft nach Tätigkeiten und Qualifikationsebenen zwischen 1995 und 2010. IAB-Werkstattbericht Nr. 20 vom 31.12.1999.

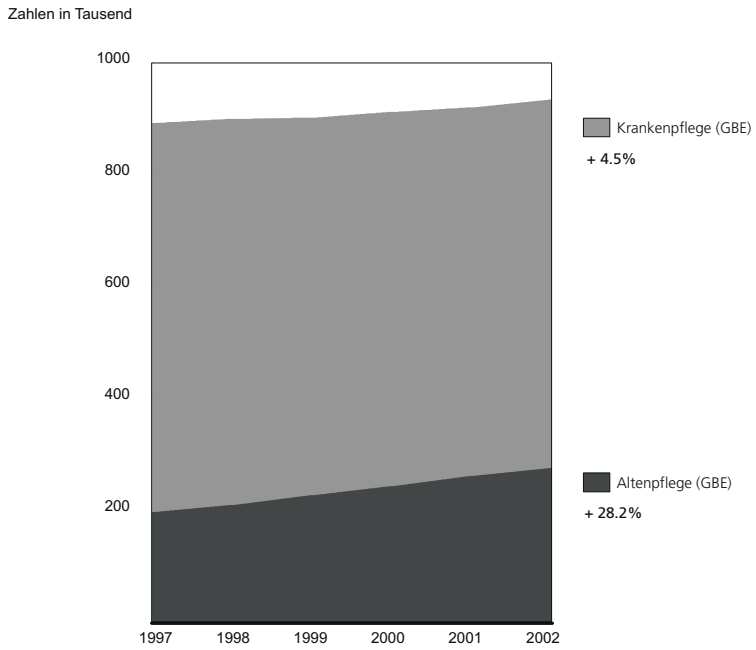
Konkret: Im Gegensatz zu den grassierend modischen „Generalismuskonzepten" für Pflegeausbildungen werden arbeitsmarktkonforme und beschäftigungswirksame Qualifikationskonzepte eher auf berufliche Profilschärfung und Leistungsdifferenzierung setzen müssen, um sich am Arbeitsmarkt – vor allem auch in Konkurrenz zu akademischen Berufsabschlüssen und ausländischen Pflegekräften – behaupten zu können.

Unabhängig davon wird aus berufspädagogischer Sicht zu prüfen sein, ob vor dem Hintergrund beruflicher Kooperationserfordernisse in und zwischen den Systemen der Altenhilfe und der Gesundheitsversorgung eine in Teilen gemeinsame Ausbildung von Altenpflege- und Krankenpflegekräften sinnvoll erscheinen lässt.

Erwerbstätige aus Pflegeberufen in der Gesundheitswirtschaft

In den zurückliegenden zehn Jahren hat das Beschäftigungsvolumen in der Gesundheitswirtschaft um gut 30% zugenommen und dürfte heute die Marke von 1 Million berufstätigen Fachkräften überschritten haben. Unter den Pflegeberufen stellen erwerbstätige Fachkräfte in der Krankenpflege die größte Gruppe (629.000); immerhin noch 229.000 Erwerbstätige mit Abschluss sind in der Krankenpflegehilfe tätig; beide Berufsgruppen erreichten seit 1993 etwas mehr als 18% Beschäftigungszuwachs.[8] Dem stehen mit Erhebungsstand 2002 356.000 erwerbstätige examinierte Altenpflegekräfte gegenüber – dafür allerdings mit einem mehr als doppelt so hohen Beschäftigungswachstum (45%) als in der Krankenpflege.

Abbildung 4: Beschäftigtenentwicklung im Bereich „Pflege" (GBE)



8 Die Angaben der Erwerbstätigenstatistik der Bundesagentur für Arbeit beziehen sich auf den erworbenen förmlichen Berufsabschluss (Erwerbstätigenstatus). Dies unterscheidet sie von den Angaben in den Mikrozensen, die auf der Grundlage von Selbstangaben der Befragten die aktuelle Beschäftigung erfragen (Beschäftigtenstatus). Dieses Missverhältnis führt zu teils erheblichen Unschärferelationen zwischen den beiden statistischen Standardwerken, wie den folgenden Auswertungen der Mikrozensen entnommen werden kann.

Beschäftigte im Bereich „Pflege“

Etwas anders stellt sich die Entwicklungssituation dar, wenn man die auf den Mikrozensen des Statistischen Bundesamtes beruhenden Informationen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) zugrunde legt (vgl. Abbildung 4):

Allein auf dem Gebiet der Krankenpflege zählen die Statistiker 934.000 Beschäftigte – seit 1997 ein verhältnismäßig geringer Zuwachs von 4.5%. Als beschäftigt in der Altenpflege meldet die Gesundheitsberichterstattung im Jahr 2002 nur 277.000 Menschen – eine gegenüber der Erwerbstätigenzählung der Bundesanstalt für Arbeit kaum erklärliche Abweichung.[9] Allerdings bestätigen auch die Angaben aus den Mikrozensen einen gegenüber der Krankenpflege erheblichen Beschäftigungszuwachs um fast ein Drittel (+ 28.2%).

Sektoren der Beschäftigungsentwicklung

Die genauere Prüfung der statistischen Informationen, in welchen Leistungssektoren der Gesundheitswirtschaft die Beschäftigungsentwicklung für Alten- und Krankenpflege in den vergangenen fünf Jahren besonders auffällig war, ergibt ein überaus erstaunliches Bild:

Relativ zu den erhobenen Ausgangsgrößen von 1997 hat die Krankenpflege in ihrer „beruflichen Heimat“, dem Krankenhaus, die geringsten Zuwächse (+ 1.7%); auch im ambulanten Sektor gewinnt sie „nur“ 6.1% hinzu. Nennenswerte Beschäftigungsimpulse gehen danach nur vom stationären/teilstationären Bereich (+ 19.7%) und – eine ebenso erstaunliche wie schwer zu kommentierende Entwicklung – von Arztpraxen aus (+ 11.7%).

Abbildung 5: **Beschäftigungsentwicklung in Krankenhaus, Prävention, Rehabilitation** (GBE)

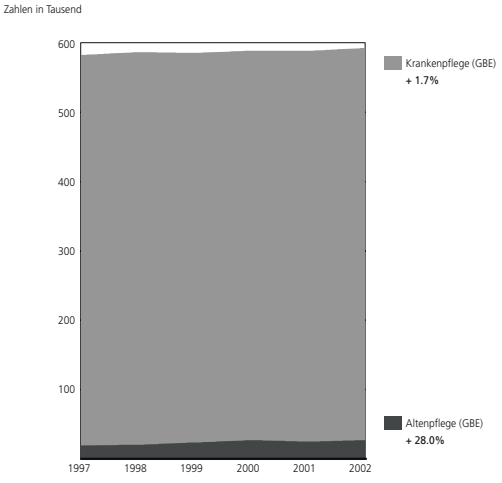
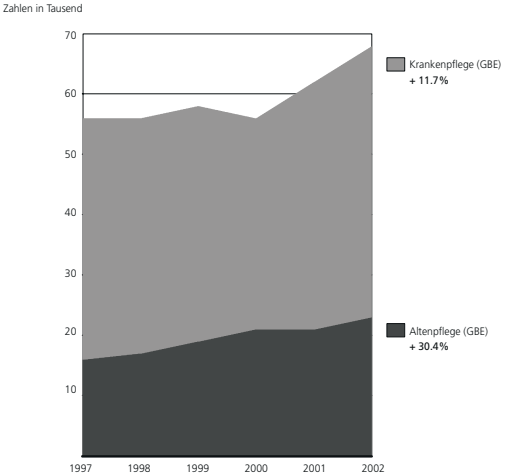


Abbildung 6: **Beschäftigungsentwicklung im stationären und teilstationären Bereich** (GBE)



9 Die nicht immer zweifelsfrei offengelegte Datenbasis der Gesundheitsberichterstattung ist vielfach heftiger Kritik unterzogen worden. So wurden beispielsweise im Gesundheitsbericht 2000 die Auszubildendenzahlen in der Altenpflege auf der Grundlage von bundesweit (!) 143 Schulen vorgelegt; tatsächlich liegt die Zahl der Altenpflegeschulen bei etwa jährlich 8.500 Auszubildenden um ein Vielfaches höher. Zur Kritik an der Gesundheitsberichtserstattung vgl. BECKER, M.; MEIFORT, B.: Ausbildung – Weiterbildung – Beruf im Gesundheits- und Sozialwesen: Reform oder Stillstand?, a.a.O.

Abbildung 7: **Beschäftigungsentwicklung im ambulanten Bereich** (GBE)

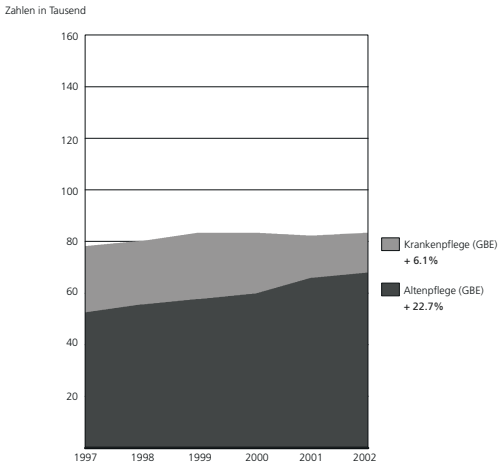
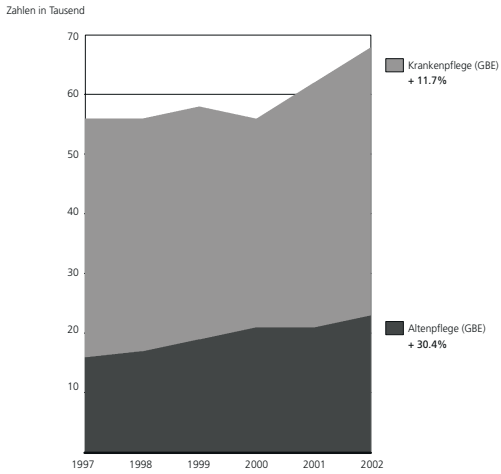


Abbildung 8: **Beschäftigungsentwicklung in Arztpraxen** (GBE)



Völlig anders stellt sich die Situation für die Altenpflege dar: In keinem der statistisch erschlossenen Leistungssektoren werden Beschäftigungsgewinne unter 20% verzeichnet. Besonders hoch sind sie im stationären/teilstationären Bereich (+ 30.6%), im Krankenhaus (+ 28%) sowie – auch hier überraschend – in Arztpraxen. Im ambulanten Bereich steigt die Beschäftigung für die Altenpflege relativ betrachtet am geringsten; hier ist es ein Gewinn in fünf Jahren von + 22.7%.

Allerdings verraten die relativen Werte nur die Hälfte der Wahrheit. So hat die Krankenpflege auf dem Gebiet ihrer geringsten Beschäftigungsgewinne, dem Krankenhaussektor, in fünf Jahren immerhin 10.000 Beschäftigungsverhältnisse hinzugewonnen (auf 593.000). Für die Altenpflege, die sich im Krankenhaus um 28% verbessert hat, waren es in absoluten Zahlen hingegen nur 5.000 (auf 25.000).

Die Betrachtung der absoluten Zahlen ändert jedoch nichts an der Feststellung, dass in der Altenpflege die meisten Beschäftigungsverhältnisse hinzugewonnen werden konnten. Bedarf für Altenpflegekräfte gab es vor allem im stationären/teilstationären Sektor sowie in erheblichem Ausmaß auch im ambulanten Bereich. Überraschend ist nach wie vor auch die Zunahme der Beschäftigungsverhältnisse für Altenpflegekräfte in Arztpraxen in diesem Ausmaß.

Zwar gewinnt auch die Krankenpflege in allen Sektoren hinzu, doch konnte die hohe Beschäftigungswirksamkeit von Arztpraxen so nicht erwartet werden. Unerwartet kommt auch, dass

Tabelle 1: **Beschäftigungsgewinne (absolut) für Alten- und Krankenpflege 1997 – 2002** (GBE)

Leistungssektoren	Beschäftigungsgewinne für …	
	Krankenpflege	Altenpflege
Krankenhaus, Prävention, Rehabilitation	10.000	5.000
Stationärer und teilstationärer Bereich	15.000	46.000
Ambulanter Bereich	5.000	15.000
Arztpraxen	12.000	7.000
SUMME	**42.000**	**73.000**

der ambulante Sektor Krankenpflegekräften in einem vergleichsweise nur geringem Volumen zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten bietet.

Ob der Arbeitsmarkt für Krankenpflegekräfte weithin „gesättigt" ist und insofern die Arbeitsmarktbedeutsamkeit von Qualifikationen in der Krankenpflege auf relativ hohem Niveau fast stagniert, kann vor dem Hintergrund dieser Daten ebenso wenig entschieden werden wie die Frage, ob die (gegenüber Krankenpflegekräften) leicht geringeren Lohnkosten für Altenpflegekräfte die offensichtlichen Beschäftigungsvorteile erbracht haben – oder vielleicht ihre im Hinblick auf bestehende Leistungsanforderungen „passenderen" Qualifikationen.

In der Tat erlauben die quantitativen Daten eine erste Hypothese auf die Konstruktion von Qualifikationen und Berufen auf dem Gebiet der Gesundheitswirtschaft: Obwohl Krankenpflege in ihrer Leistungsdomäne, dem Krankenhaus, unangefochtener „Leitberuf" ist und bleibt, geht aus den Daten der Erwerbstätigen- und Beschäftigungsentwicklung deutlich hervor, dass sich der institutionelle/betriebliche Bedarf nach berufsförmigen Qualifikationen offenbar nicht (mehr) allein aus der traditionellen fachlichen Perspektive der (Gesundheits- und) Krankenpflege definieren lässt. Altenpflege als Beruf, als Träger beruflicher Handlungskompetenzen, hat in der Entwicklung der Nachfrage am Arbeitsmarkt der Krankenpflege den Rang abgelaufen. Diese Entwicklung erfordert eine kritische Revision sowohl der unverkennbaren krankenpflegerischen Schwerpunkte des neuen Altenpflegegesetzes als auch der meist indifferenten Qualifika-

Tabelle 2: Systematik und Klassifizierung der Berufe

SYSTEMATIK DER BERUFE – BA/IAB		KLASSIFIZIERUNG DER BERUFE – STATBA	
BG	Zugeordnete Berufe	BG	Zugeordnete Berufe
853	Kinderkrankenschwester/pfleger **Krankenschwester/pfleger** Hebamme/Entbindungshelfer	853/ 8530 8631 8632 8533 8534 8535 8536 8538	Krankenschwester/pfleger Unterrichtsschwester/pfleger Lehrhebamme/-entbindungspfleger Säuglings-, Kinderkrankenschwester/pfleger Psychiatrieschwester/pfleger Operationsschwester/pfleger Anästhesieschwester/pfleger Hebamme/Entbindungspfleger Gemeindeschwester/pfleger
854	**Krankenpflegehelfer/in**	854 8541 8542 8543	Helfer/in in der Krankenpflege Krankenpflegehelfer/in Sanitäter/in Wochenpfleger/in
861	Sozialarbeiter/in Sozialpfleger/in Fürsorger/in Erziehungsberater/in Familienpfleger/in Dorfhelfer/in Jugendpfleger/in **Altenpfleger/in**	861 8610 8611 8612 8613 8614 8615 8616 8617 8618	Sozialarbeiter/in Sozialpädagoge/in – in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien – in der Arbeit mit alten Menschen – im Gesundheits- und Rehabilitationsbereich – in der Arbeit mit Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen – in der sozialen Bildungs-, Kultur- und Freizeitarbeit – in der betrieblichen Sozialarbeit – Helfer/in (Sozialarbeit) – Fach-, Praxisberater/in, Supervisor/in

tionsthemen des neuen Krankenpflegegesetzes. Sie betrifft aber auch die von Berufs- und Interessenverbänden seit Jahren mit Aufwand vorangetriebenen Diskussionen über einen „generellen" Pflegeberuf, der bis heute beharrlich nur aus der Perspektive der Krankenpflege beschrieben wird. Und sie stützt auch die Legitimation des Versuchs, mit den BIBB-Curricula für beide Berufe neue fachliche Perspektiven zu öffnen und einen „dualisierten" Qualifikationsweg zu beschreiten.

Entwicklung der Erwerbstätigkeit für Altenpflege- und Krankenpflegekräfte

Vor diesem Hintergrund sollen die Daten der Mikrozensen zur Beschäftigungsentwicklung in einem etwas präziseren, möglichst berufsgenauen Zugriff noch einmal mit den Informationen der Erwerbstätigenstatistik der Bundesanstalt für Arbeit kontrastiert werden:

Die Erwerbstätigenstatistik erfasst – bei aller Kritik im einzelnen – als einziges statistisches Standardwerk in Deutschland Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit von so genannten „Erwerbspersonen" nach Berufsabschlüssen. Dies geschieht nach einer sehr umfänglichen Berufssystematik, die allerdings 1992 zum letzten Mal überarbeitet wurde und die nicht mit dem beruflichen Klassifikationsraster des Statistischen Bundesamtes in Einklang zu bringen ist (vgl. Tabelle 2):[10]

Beide Systematiken sind weder systematisch noch logisch kompatibel. So unterscheidet die Klassifizierung des Statistischen Bundesamtes beispielsweise nicht zwischen Aus- und Forbildungsabschlüssen und nimmt zusätzlich allgemeine Tätigkeitsmerkmale als beschreibendes Ordnungskriterium auf. Auch die von der Bundesanstalt für Arbeit genutzte Ordnung der Berufe weist erhebliche systematische Probleme auf: So ist es beispielsweise nicht nachvollziehbar, weshalb der Berufsabschluss in der Krankenpflegehilfe als Alleinstellungsmerkmal berücksichtigt wird (BG 854), während die unbestrittenen Leitberufe von Gesundheitswirtschaft und Altenhilfe in beruflichen Sammelbecken geführt werden, die keinerlei differenzierte berufsbezogene Informationen mehr zulassen.

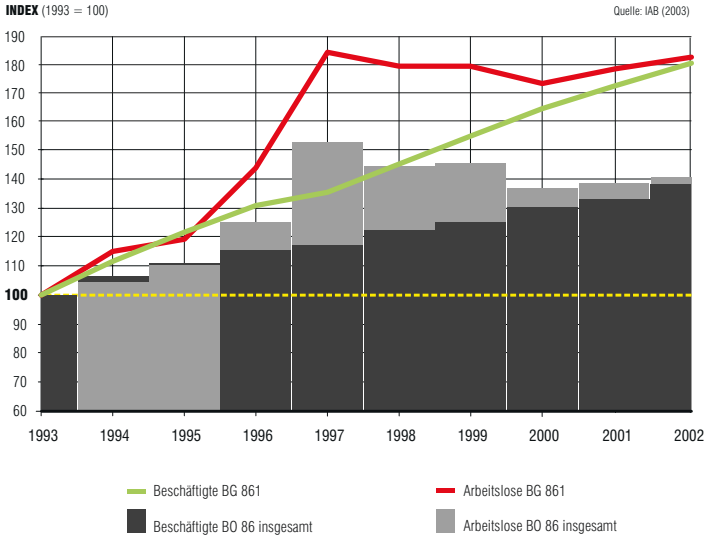
Besonders irritierend ist die Situation in der Berufsgruppe 861, der auch die Altenpflege zugeordnet wird: Hier wurden und werden (mindestens) acht äußerst leistungsheterogene Berufsabschlüsse zusammengeführt, die – nimmt man die Altenpflege heraus – zwar gewisse qualifikatorische Berührungslinien aufweisen, die aber aus der Perspektive beruflicher Einsatzgebiete keinesfalls systematisch zusammengehören. Die Kritik gilt vor allem für die Einordnung der Altenpflege in diese Sammelgruppe, die auch als traditionell sozialpflegerischer Beruf weder von ihrer Qualifikationsstruktur noch von ihrem Leistungsspektrum her systematisch nutzbare Bezüge zu irgendeinem der anderen Berufsabschlüsse aufweist.

Noch fragwürdiger wird die Einordnung der Altenpflege in diese Berufsgruppe nach Erlass des neuen Altenpflegegesetzes: Nach dem Willen des Gesetzgebers erhält die Altenpflege jetzt das Profil eines „Gesundheitsfachberufs", der nunmehr (wenigstens formal) überhaupt keine Berührungspunkte mehr zur Struktur dieser Gruppe aufweist, dennoch aber auch in den neuesten Statistiken weiterhin unter dieser Ordnungsnummer rubriziert.

Problematisch sind die hier beispielhaft herausgegriffenen Sammelgruppen jedoch nicht nur aus berufssystematischer Sicht: Da die Erhebungs- und Auswertungspraxis der Bundesanstalt für Arbeit keine berufsgenauen Auswertungen unterhalb der Berufsgruppen zulässt, ergibt sich die schon paradoxe Situation, dass zwar für die Helfer/innen in der Krankenpflege differenzierte Arbeitsmarktdaten zur Verfügung stehen, nicht aber für die Leitberufe des Berufsbe-

10 Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Klassifizierung der Berufe. Wiesbaden 1988 sowie BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (Hrsg.): Klassifizierung der Berufe. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Nürnberg 1992 (letzte Aktualisierung)

Abbildung 9: Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Berufsgruppe 861 (1993 – 2002)
(Sozialarbeiter, Sozialpfleger, *auch*: Fürsorger, Erziehungsberater, Familienpfleger, Dorfhelfer, Jugendpfleger, Altenpfleger)



reichs Pflege. Auch hier leidet die Altenpflege unter einer besonders skandalösen Form der beruflichen Marginalisierung: Seit etwa 2000 werden der Sammelgruppe 861 zusätzlich auch die immer zahlreicher in einzelnen Bundesländern verabschiedeten schulischen Assistenz- und Helferberufe (zum Beispiel „Sozialassistent/in", „Gerosozialer Betreuer" u.a.m.[11]) zugeordnet, was jede trennschafe statistische Information vollends verhindert und beinahe jede Wertung auf das Niveau einer ungesicherten Mutmaßung zurückwirft.

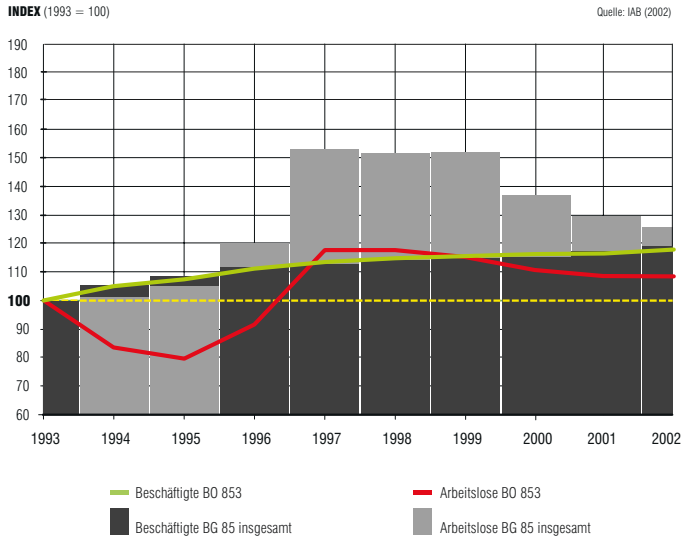
Trotz aller systematischen Mängel und kritikwürdigen Datenaggregationen bleibt die Erwerbstätigenstatistik der Bundesanstalt für Arbeit die einzige regelmäßig erhobene Informationsquelle in Deutschland, die Auskunft zur arbeitsmarktlichen Relevanz beruflicher Qualifikationen gibt. Deshalb soll zunächst ein Zeitreihenvergleich mit den Arbeitsmarktdaten von Krankenpflege und Altenpflege zur Schärfung der Hypothese herangezogen werden, dass der Arbeitsmarktbedarf nach „pflegerischen" Qualifikationen in eine wesentlich differenziertere Nachfrage mündet, als dies in den ideologisch aufgeheizten Visionen einer „generellen" Pflege und den bereits generell pflegerisch aufgebauten Ausbildungsgesetzen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zur Kenntnis genommen wird:

- Im gesamten Berufsfeld der personenbezogenen und sozialen Dienstleistungsberufe (auch: Berufsfeld Gesundheit) weisen nur zwei Berufsgruppen positive Beschäftigungstrends auf, die merklich über die generellen Entwicklungsverläufe in diesem Berufsfeld hinausgehen: die Rehabilitationsberufe (Krankengymnasten u. a.; BG 852 = + 47%) und die sozialpflegerischen Berufe (Altenpflege u. a.; BG 861 = + 55%; vgl. Abbildung 9).

  Die außergewöhnliche Entwicklung der Erwerbstätigkeit in diesen beiden Berufsgruppen wird auch durch einen Kontrollvergleich mit den bürokaufmännischen Berufen (BG 781) bestätigt, die über einen ähnlich hohen Frauenanteil unter den Erwerbstätigen verfügen wie die sozialpflegerischen Berufe: Hier liegt die relative Zunahme der Erwerbstätigkeit über eine Zeitspanne von zehn Jahren (1993 – 2002) bei gleichzeitig deutlich ansteigender Arbeitslosigkeit (+ 25%) deutlich unter 10%.

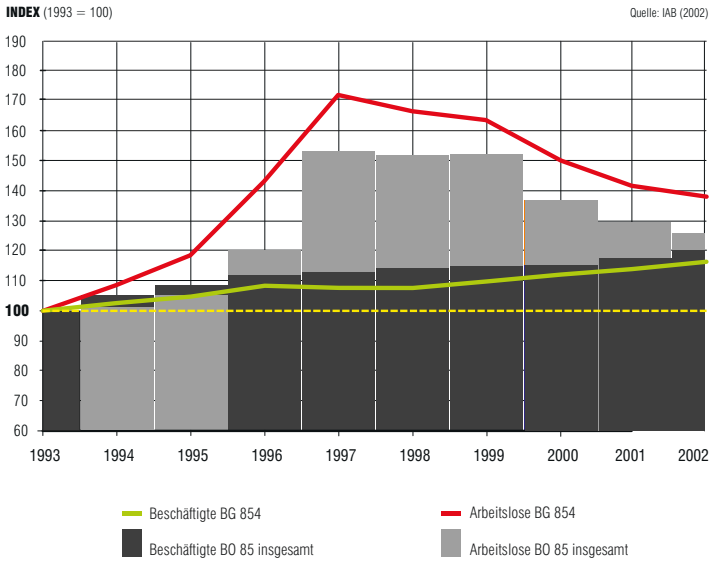
11 Vgl. Kapitel „Die Systematik der Berufe – Trends und Veränderungen im Berufsfeld Gesundheit", S. 37ff

Abbildung 10: Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Berufsgruppe 853 (1993 – 2002)
(Krankenschwestern/pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger, *auch:* Säuglings- und Kinderkrankenschwestern/pfleger)



Unter Nutzung eigener Berechnungsansätze kann nachgewiesen werden, dass bei der Entwicklung der Erwerbstätigkeit die Daten für (examinierte) Altenpflegekräfte mit nur sehr geringen Abweichungen der Trendlinie der gesamten Berufsgruppe entsprechen. Lediglich die Entwicklung der Arbeitslosigkeit unter Altenpflegekräften fällt danach bis 1997 zwar hoch, in der Spitze jedoch um ca. 12% geringer als der Durchschnitt aller Berufe der Berufsgruppe 861 aus; die Trendlinie nimmt ansonsten einen ähnlichen Verlauf. Vor dem Hintergrund dieser Informationen kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsmarktentwicklung in der Altenpflege durchaus symptomatisch für die gesamte Berufsgruppe ist

Abbildung 11: Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Berufsgruppe 854 (1993 – 2002)
(Helfer/innen in der Krankenpflege, *auch:* Sanitäter/innen, Krankenpflegehelfer/innen)



Auffällig ist, dass hier bei (fast) gleichförmig wachsender Erwerbstätigkeit ab Mitte der 90er Jahre die Arbeitslosigkeit geradezu zu explodieren scheint und bis zum letzten Erhebungszeitpunkt 2002 teilweise bis zu 40% über der Erwerbstätigkeit liegt (Nachberechnung Altenpflege). Alle Indikatoren sprechen dafür, dass die statistischen Informationen ein Abbild der genau für diesen Zeitraum in Form einer Längsschnittuntersuchung bestätigten Berufsfluchtbewegungen in der Altenpflege liefern.[12] Dass sich die Schere zwischen Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit mit Beginn des 21. Jahrhunderts wieder schließt, muss mit den anhaltend hohen Arbeitslosigkeitsrisiken zusammenhängen, die eine mit hohen finanziellen Verlusten verbundene „Flucht" aus der Altenpflege offenbar kaum noch als berufsbiografische Alternative erscheinen lässt.

- Alle übrigen Berufe – vor allem aber die gern als „Motor" der künftigen Entwicklung im Berufsfeld überschätzte Krankenpflege – zeigen keine Entwicklungsmerkmale, die über den Durchschnitt des Berufsfeldes hinausgehen (vgl. Abbildung 10): Zwar zeigt sich die die Entwicklung der Arbeitslosigkeit fraglos unterdurchschnittlich und ist auch im Durchschnitt niedriger als in der gesamten Berufsordnung 85, doch spricht die Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Zehn-Jahres-Betrachtung nicht dafür, dass es in der Gesundheitswirtschaft einen nachhaltigen Bedarf an Krankenpflege-Qualifikationen geben könnte. Im Gegenteil: Zusammen mit der Umsetzung verschiedener Gesetzesinitiativen, die alle erhebliche ökonomische Auswirkungen auf die Institution Krankenhaus haben (zum Beispiel: Gesundheitsstrukturgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz) scheint auch die Rekrutierung von Krankenpflegepersonal anscheinend an eine gewisse Sättigungsgrenze gelangt zu sein.

- Die Sättigungsgrenze scheinen die Helfer/innen in der Krankenpflege am Arbeitsmarkt bereits überschritten zu haben: Die Verlaufskurve der Erwerbstätigkeit entspricht fast exakt derjenigen der „großen" Krankenpflege. Die gleichzeitig enorm wachsende Arbeitslosigkeit, die bis heute deutlich über dem Niveau der Erwerbstätigkeit liegt, signalisiert zuverlässig, dass für diese Berufsqualifikationen nur von einem äußerst begrenztem institutionellen/betrieblichen Bedarf auszugehen ist.

  Dieser Trend entspricht auch der Arbeitsmarktentwicklung aller übrigen Helfer- und Assistenzberufe im gesamten Berufsfeld Gesundheit: Äußerst geringe Erwerbstätigkeitsgewinne verbinden sich mit exorbitant wachsendem Arbeitslosigkeitsrisiko – eine Entwicklung, die in Zeiten zunehmender politischer Neigung, den bestehenden Ausbildungs- und Arbeitsmarktproblemen mit der Entwicklung kurzer, „einfacher" oder „theoriegeminderter" Ausbildungsberufe zu begegnen, nicht außer Acht gelassen werden darf.

Die Entwicklung der Auszubildendenzahlen

Die Nachzeichnung der Entwicklung der Auszubildendenzahlen im gesamten Berufsfeld Gesundheit, vor allem aber für die schulischen Ausbildungsberufe im Berufsbereich Pflege ist mit erheblichen statistischen Ungenauigkeiten behaftet – und bei Zugrundelegung strenger Urteilskriterien eigentlich nicht möglich:

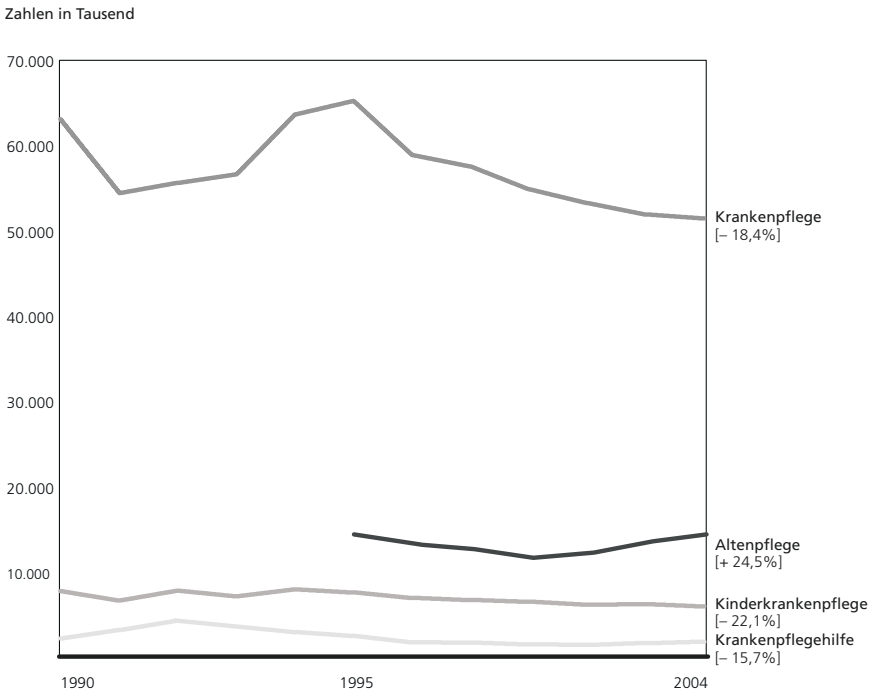
Im Berufsbildungsbericht der Bundesregierung wird die quantitative Entwicklung der Schulen und Schüler in den Berufen des Gesundheitswesens jährlich ausgewiesen. Die dort veröffentlichten Zahlen stützen sich im Wesentlichen auf die Zusammenstellungen der Fachserie 11

12 Vgl. BECKER, W.; MEIFORT, B.: Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Bielefeld 1997 sowie DIES.: Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Bielefeld 1998.

(„Bildung und Kultur"), Reihe 2 („Berufliche Schulen") des Statistischen Bundesamtes, die wiederum auf den Angaben der Statistischen Landesämter der Bundesländer beruhen, die in ihrer Verantwortung für das schulische Bildungswesen die erforderlichen Daten bereitstellen – oder nicht: Schon bei oberflächlicher Betrachtung der Schul- und Schülerzahlen fallen drei für die Datennutzung problematische Faktoren ins Auge:

- Drei Bundesländer stellen keine oder nur unzureichende Informationen über Schul- und Schülerzahlen zur Verfügung: Hessen erhebt keine Daten zu Schulen und Auszubildenden in den Berufen des Gesundheitswesens. Sachsen weist die Auszubildenden als Schüler der Berufsfachschulen aus; in Thüringen erfolgt der Nachweis bei den Berufsfach- und Fachschulen, so dass in beiden Fällen keine genaue Klärung der Datenlage erfolgen kann. Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt weisen die Auszubildendenzahlen in den Berufen des Gesundheitswesens nur ohne die Schüler aus, die in Berufsfach- und Fachschulen ausgebildet werden.
- Daraus folgt geradezu zwangsläufig eine erheblich eingeschränkte Nutzbarkeit der öffentlich zugänglichen Informationen über Schul- und Schülerzahlen. Die Datenbasis ist bei allen Berufen des Berufsbereichs Pflege so eingeschränkt, dass die Zahlenangaben kaum mehr als ungefähre Beschreibungen eines Zustandes liefern: In der Krankenpflege sind nur ca. 84% der schulischen Ausbildungsstätten erfasst, in der Altenpflege sogar noch nicht einmal 20%. Demzufolge sind die Auszubildendenzahlen mit großer Skepsis zu betrachten, wenn sie nicht – wie bei der Altenpflege – kaum noch als repräsentativ zu einzuschätzen sind.
- Für nicht alle Berufe des Berufsbereichs Pflege wurden und werden die Daten so konsistent erhoben, dass ein Zeitreihenvergleich zwischen den Ausbildungsberufen möglich ist.

Abbildung 12: Entwicklung der Auszubildendenzahlen im Berufsbereich Pflege 1990 – 2004



Dies gilt vor allem für die Altenpflege, die erst 1995 in den Daten des Berufsbildungsberichtes zu den Berufen im Gesundheitswesen erscheint.

Trotz dieser erheblichen Einschränkungen lohnt sich ein Blick auf die Entwicklung der Auszubildendenzahlen.[13] Zwar können sie nicht als wirklich belastbare Vergleichsinformationen herangezogen werden, doch ist es schon erstaunlich, wie ähnlich die Entwicklungsverläufe im Ausbildungswesen zu den Verlaufskurven im Erwerbstätigkeits- und Beschäftigungssektor sind (vgl. Abbildung 12): Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe verlieren spätestens seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre deutlich an Ausbildungsvolumen, während die Altenpflege seit Beginn ihrer Registrierung im Berufsbildungsbericht nach ebenfalls rückläufigem Beginn seit etwa 1997 in nennenswertem Umfang Auszubildende hinzugewinnt.

Qualifikationsnachfrage und Qualifikationsbedarf im Berufsfeld Gesundheit

„Qualifikationsnachfrage" oder „Qualifikationsbedarf" sind keine klar definierten Größen, sondern analytische Hilfskonstruktionen aus der Bildungsökonomie („manpower demand"), mit deren Hilfe die Wechselbeziehungen zum (Qualifikations-) Angebot von Lernenden und beruflichen Bildungsstätten am „Bildungsmarkt" beschrieben werden können: Unter „Qualifikationsangebot" versteht man dabei die Menge an Ausbildungsabsolventen und Berufsangehörigen, die für den Arbeitsmarkt (grundsätzlich) zur Verfügung stehen. Unter „Qualifikationsbedarf" oder „Qualifikationsnachfrage" wird demgegenüber die Menge der Berufsangehörigen verstanden, die Arbeitgeber zu bestimmten Bedingungen (Vertrag, Entlohnung usw.) einzustellen bereit sind.

Die Entwicklung der Qualifikationsnachfrage lässt sich in ihrem Volumen nur eingeschränkt mit den Indikatoren der Erwerbstätigkeits- oder Beschäftigungsentwicklung nachzeichnen. Einen ungefähren Hinweis darauf, ob und in welcher Form Art und Zahl der Berufsqualifikationen in einem bestimmten Wirtschaftssegment mit den dort geltenden Arbeits- und Qualifikationsanforderungen und den Leistungserwartungen von Arbeitgebern in Einklang zu bringen sind, bietet die Analyse von Stellenanzeigen. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass qualifizierte Ergebnisinterpretationen allein auf der Grundlage der Ausschreibungstexte oft nicht möglich sind, da die tatsächlichen Qualifikationsanforderungen entweder chiffriert sind oder erst im Vorstellungsgespräch verhandelt werden. Das Bundesinstitut für Berufsbildung hat im Rahmen von mehreren Forschungsprojekten Stellenanzeigenanalysen im Berufsfeld Gesundheit durchgeführt. Die Ergebnisse der Analysen von Stellenanzeigen in der Tagespresse und in Fachzeitschriften des Berufsfeldes bestätigen dabei die bisher vorgestellten Hypothesen vom hohen Bedarf nach Fachkräften im Berufsbereich Pflege:[14]

Zwar werden am Stellenanzeigenmarkt für Gesundheitsberufe Ende der 90er Jahre und Anfang des 21. Jahrhunderts die meisten Anzeigen auf der Suche nach Krankenpflegekräften aufgegeben, doch folgt mit nur geringem Abstand schon die Suche nach examinierten Altenpflegern/innen (vgl. Abbildung 13). Quantitativ betrachtet überschreitet sonst nur noch bei den

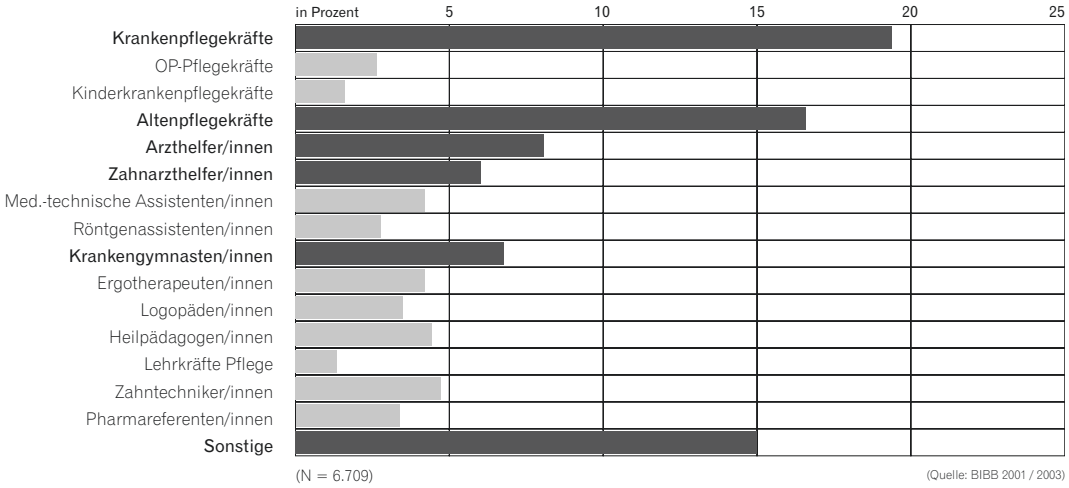
13 Vgl. Berufsbildungsbericht 1990 – 2004, nach: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Fachserie 11, Bildung und Kultur, Reihe 2, Berufliche Schulen. Wiesbaden, jährlich

14 Forschungsvorhaben „Weiterbildungsstrukturanalyse" (1998 – 2001), in dessen Rahmen mehr als 1.800 Stellenanzeigen in *Fachzeitschriften* des Gesundheitswesens analysiert wurden, sowie Forschungsprojekt „Stellenanzeigenanalyse", das im Rahmen der Früherkennung von Qualifikationsanforderungen 2002 ca. 5.000 Stellenanzeigen für Gesundheitsberufe in regionalen und überregionalen *Tageszeitungen* ausgewertet hat.

beiden wichtigen Arzthilfeberufen und bei den in der Untersuchungszeitspanne wirtschaftlich „boomenden" Krankengymnasten der Arbeitsmarktbedarf die Fünf-Prozent-Marke.

An diesen zeitlich eng zusammenliegenden Momentaufnahmen des Arbeitsmarktes für Gesundheitsberufe ist für den hier vorgestellten Diskussionszusammenhang ein Untersuchungsdetail von hohem Interesse: Während für Altenpflegekräfte in den Anzeigen sowohl in Tageszeitungen als auch in Fachzeitschriften deutlich überwiegend spezifische Qualifikations- und Arbeitsanforderungen beschrieben werden, treten diese für Krankenpflegekräfte häufig in den Hintergrund. An ihre Stelle treten sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Inserenten ganz allgemein der Faktor „Berufserfahrung" sowie überwiegend knappe Aufrisse des künftigen Arbeitsortes (Beispiel: „Ambulanter Dienst im Raum Nürnberg sucht erfahrene Krankenschwester"). Dieses Phänomen, das übrigens auch am Stellenmarkt der Arzthilfeberufe zu verzeichnen ist,[15] erlaubt im Wesentlichen zwei Interpretationsansätze:

Abbildung 13: Nachgefragte Gesundheitsberufe in Stellenanzeigen (2001 – 2003)



- Die relativ hohe Standardisierung der Arbeitsaufgaben und Leistungsanforderungen für die (Gesundheits- und) Krankenpflege macht eine Differenzierung der Qualifikationsanforderungen für die meisten der neu zu besetzenden Einsatzbereiche überflüssig; nur bei wenigen tatsächlich spezialisierten Aufgabengebieten werden explizit (Funktions-) Weiterbildungen vorausgesetzt. Diese Interpretationshypothese entspricht in großen Teilen den Ergebnissen einer 2004 vom Bundesinstitut für Berufsbildung durchgeführten Arbeitsorganisationsuntersuchung in Krankenhäusern:[16] Danach lassen sich die Arbeitsanforderungen für Krankenpflegekräfte im stationären Sektor im Großen und Ganzen auf zehn Tätigkeitsbündel reduzieren, die durch Umgebungsvariablen – beispielsweise den Einsatz auf chirurgischen oder inneren Stationen – nur peripher verändert werden. Auf die Ausbildung bezogen würde diese Hypothese durchaus für eine „generalisierte" Kern-

15 Allerdings mit dem mindestens ebenso interessanten Unterschied, dass bei Arzthelferinnen bei nicht beschriebenen Qualifikationsanforderungen und Leistungserwartungen auffällig oft Verhaltensmerkmale („freundliche Arzthelferin", „Gute Laune ist uns wichtig …") als primäres Leistungsmerkmal in den Vordergrund gerückt werden.

16 Die Untersuchung „Arbeitsorganisation und Ausbildung im Krankenhaus" war nur auf den stationären Sektor konzentriert und sollte die Bedingungen analysieren, unter denen die gegenwärtig übliche sporadische „Anleitung" von Praktikanten/innen durch berufspädagogisch validierte Ausbildung ersetzt werden könnte.

qualifikation von Krankenpflegekräften sprechen, die in Modulen auf spezielle Einsatzgebiete oder besondere Anforderungen profiliert werden könnte.

- Diese Hypothese birgt jedoch eine Reihe von Risiken. Sie stützt sich unter anderem auf die Vorannahme, dass sich krankenpflegerische Berufskompetenz im Schwerpunkt in der direkten Interaktion zwischen pflegebedürftigen Personen und Pflegekraft zeige – weshalb die Rahmenbedingungen pflegerischer Berufsarbeit bei der Nachfrage nach Qualifikationen auf Seiten der Arbeitgeber eine nachgeordnete Rolle spielen. Die auch in großen Teilen pflegerischer Berufsverbände und der Pflegewissenschaften verbreitete Einschätzung vernachlässigt jedoch die Alltagsrelevanz einer auf die gegebenen Rahmenbedingungen **und** die Gesundheitslage der zu pflegenden Personen abgestimmten Pflegeprozessplanung, die eben nicht nur aus dem unmittelbaren pflegerischen Interaktionsprozess abgeleitet werden kann; im Gegenteil:

  Mit Einführung und Aushandlung diagnosebezogener Fallpauschalen (DRGs) wird sich berufliche Kompetenz in der Pflege vor allem in Krankenhäusern in der budgetneutralen Gestaltung des (institutionellen) Versorgungs- und (individuellen) Gesundungsprozesses abbilden; die Patient-Pflegekraft-Interaktion ist eine Funktionsvariable dieser Rahmenbedingungen, die in der gewerblichen Wirtschaft üblicherweise als „Geschäftsprozesse" bezeichnet werden. Die erforderlichen Prozessplanungs- und Prozessgestaltungskompetenzen können jedoch weder aus allgemein definierter Berufserfahrung noch aus allgemeinen pflegerischen Qualifikationen generiert werden. Als den Beruf prägende Schlüsselkompetenzen setzen sie eine auf berufstypische und einsatzgebietsübliche Geschäfts- und Arbeitsprozesse fokussierte schulische und praktische Ausbildung voraus. Das nachweislich bis heute in allen beruflichen Einsatzfeldern der Krankenpflege vernachlässigte Instrument der Pflegeprozessplanung riskiert daher ebenso wie die offenbar fehlende strategische Qualifikationsplanung im Krankenhaus die Funktionsfähigkeit des Leistungssystems Krankenpflege.

Demografische Entwicklung und Bedarf an Pflegekräften

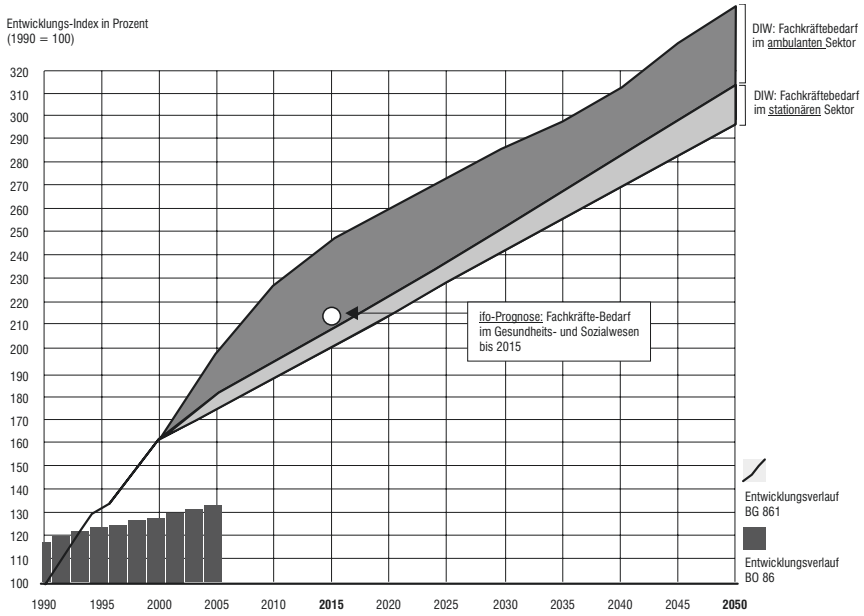
Der gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedarf nach berufsförmigen Qualifikationen ergibt sich nicht nur aus den ökonomischen Eckpfeilern von Angebot und Nachfrage. Angebot und Nachfrage wiederum sind Variablen einer Vielzahl so genannter „gesellschaftlicher Rahmenbedingungen", die mittelbar oder unmittelbar steuernd auf sie einwirken.

Einer der in den zurückliegenden zwanzig Jahren wohl am meisten diskutierten Einflussfaktoren auf den Fachkräfte- und Qualifikationsbedarf in der Gesundheitswirtschaft ist die demografische Entwicklung der Gesellschaft bis 2050. Bereits zu Anfang der 90er Jahr wurde die erste empirisch abgesicherte Untersuchung zum Hilfe- und Pflegebedarf in der ambulanten häuslichen Versorgung vorgelegt,[17] aus der vor dem Hintergrund der damals bekannten Bevölkerungsprognosen und der Analyse erbrachter Hilfs- und Pflegeleistungen ein erheblich wachsender Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal und die Notwendigkeit eines speziellen Ausbildungsberufes für den ambulanten Sektor abgeleitet wurde.

Die vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) im Januar 2001 vorgelegte Prognose auf die als Ergebnis der demografischen Entwicklung bis 2050 zu erwartende Zahl der Pfle-

17 SCHNEEKLOTH, U.; POTTHOFF, P.: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung" im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend. Schriftenreihe des BMFFSJ Nr. 20. Bonn 1993

Abbildung 14: Prognosen zum Fachkräftebedarf in pflegerischen Gesundheitsdienstleistungen (2015 mit Blick auf 2050)



gefälle[18] beinhaltet die erste Personalbedarfsberechnung für den Berufsbereich „Pflege" seither. Sie unterscheidet bei den berufsbezogenen Prognosedaten allerdings nur zwischen „Fachkräftebedarf" im engeren Sinne und „Bedarf bei anderen Beschäftigten" (i. d. R. Verwaltungs- und Hauswirtschaftskräfte). Berufsgenaue Angaben macht diese Berechnung nicht, bezieht sich aber bei allen Aussagen explizit auf „Pflegefachkräfte im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes" – also auf Berufsangehörige, für die erbrachte Pflegeleistungen abgerechnet werden können.

Die Interpretation der DIW-Daten erlaubt eine erstaunlich treffgenaue und plausible Anbindung an die bis heute vorliegenden Informationen zur Erwerbstätigenentwicklung im Berufsfeld:

- Für den stationären Sektor geht das DIW bis 2050 von einem zusätzlichen Bedarf an „professioneller außerfamiliärer Hilfe" in Höhe von 130% bis 145% aus – verglichen mit den Ausgangsdaten von 2000.

  Zeichnet man eine Entwicklungslinie, die in ihrem Verlauf dem Durchschnitt der demografischen Entwicklung zwischen 2000 und 2050 folgt, von 2050 zurück an den Ausgangspunkt der DIW-Berechnungen im Jahr 2000, kann diese Linie nur mit den Entwicklungsbewegungen der „sozialpflegerischen Berufe" aus der Erwerbstätigenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (und hier vorrangig mit der Altenpflege) Verbindung aufnehmen (vgl. Abbildung 14sowie Abbildung 9). Alle übrigen Berufsgruppen – mit gewissen Ausnahmen bei den Rehabilitationsberufen – sind in ihrer Beschäftigungsentwicklung nicht anschlussfähig an die Berechnungen des DIW.

- Ein vergleichbares Bild zeigt sich auch für den ambulanten Sektor: Hier prognostiziert das DIW vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und unter der Voraussetzung eines gleichbleibenden Verhältnisses von Sach- und Geldleistungen aus der Pflegeversicherung (19 : 81) bis 2020 einen wachsenden Fachkräftebedarf („Pflegekräfte für Dienst-

18 SCHULZ, E.; LEIDL, R.; KÖNIG, H.-H.: Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW-Diskussionspapier Nr. 240. Berlin, Januar 2001.

Tabelle 3: Entwicklung der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen (Prognose)

	2020	2050
Pflegestufe I	+ 50%	+ 56%
Pflegestufe II	+ 55%	+ 66%
Pflegestufe III	+ 50%	+ 63%

leistungen im Sinne der Pflegeversicherung") von + 48% (40.100), bis 2050 ist es ein Zuwachs von 131% (62.400).

Unter der Voraussetzung, dass sich das Verhältnis von Sach- und Geldleistungen aus der Pflegeversicherung das heutige Niveau der Pflegestufe III erreicht (25 : 75), würde sich der Fachkräftebedarf nach den Berechnungen des DIW bis 2020 sogar um 95% (52.800), bis 2050 sogar um 204% (82.200) erhöhen. Auch die Entwicklungslinien für den ambulanten Sektor sind in ihrem prognostizierten Verlauf weitgehend nur an die Erwerbstätigenentwicklung der Berufsgruppe 861 (sozialpflegerische Berufe) anschlussfähig.

- Die Entwicklungsdynamik des Pflegesektors zeigt sich auch in der Berechnung des DIW zur Entwicklung der Nachfrage nach Betreuungsdienstleistungen nach Pflegestufen: Unterstellt man, dass die Betreuung Pflegebedürftiger auf dem Niveau der Pflegestufe I eher von ambulanten Diensten, die Betreuung auf Pflegestufe III hingegen eher im stationären Bereich stattfindet, zeigt sich, dass die prognostizierten Beschäftigungspotenziale mindestens zur Hälfte von ambulanten Diensten getragen werden.

Die wachsende Bedeutung des ambulanten Sektors für die Rekrutierung von qualifizierten Fachkräften ergibt sich nach den Prognosen des DIW auch aus mindestens zwei weiteren Entwicklungen:

- Bei erwartet stark zunehmender Berufstätigkeit von Frauen steht das bislang stark in Anspruch genommene „innerfamiliäre weibliche Pflegepotenzial" (Töchter pflegen Eltern) in immer geringerem Umfang zur Verfügung. Der Rückgang muss durch „professionelle außerfamiliäre Hilfen" in Form von ambulanten pflegerischen Dienstleistungen ersetzt werden.
- Die Prognosen des DIW konzentrieren sich ausschließlich auf Pflegeleistungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Ambulante sozialpflegerische Dienstleistungen könnten sich jedoch grundsätzlich auf ein weitaus umfangreicheres Spektrum an personenbezogenen Dienstleistungen erstrecken (Beratung, Haushaltsführung, Familiendienstleistungen, soziale Hilfen usw.), was wiederum erhebliche Auswirkungen auf das Beschäftigungspotenzial des ambulanten Sektors insgesamt hätte.

Fachkräftebedarf bei hoher Arbeitslosigkeit

Zur Prüfung der Prognosen des DIW bietet sich eine zeitgleich erschienene Studie des Instituts für Wirtschaftsforschung an der Universität München (ifo) zum Fachkräftebedarf bei hoher Arbeitslosigkeit an.[19] Die Untersuchungen des ifo nehmen dabei auf das für moderne Industriegesellschaften charakteristische „Mismatch-Problem" Bezug, dass nämlich der Bedarf an quali-

19 MUNZ, S.; OCHEL, W.: Fachkräftebedarf bei hoher Arbeitslosigkeit. Studie im Auftrag des Bundesministeriums des Inneren, unabhängige Kommission „Zuwanderung". München (ifo-Kurzbericht), Februar 2001

fiziertem Personal trotz hoher Arbeitslosigkeit in fast allen Wirtschaftsbranchen nicht gedeckt werden kann.

Die Berechnungen des ifo sind aufgrund ihres relativ hohen beruflichen Abstraktionsgrades grundsätzlich nur als Projektionen zu nutzen; dies gilt für die Aussagen zur künftigen allgemeinen Beschäftigungsentwicklung ebenso wie für die Annahmen zur Qualifikationsentwicklung unter den „Gesundheits- und Sozialberufen" im Besonderen.

- Danach ergibt sich für „Gesundheits- und Sozialberufe" bis 2015 ein Personalbedarf von etwa 2 Millionen zusätzlich Beschäftigten, für Berufe in der „Körperpflege, Gästebetreuung und Hauswirtschaft" wird ein Beschäftigungsbedarf von ca. 300.000 Personen erwartet.

  Während sich der vom ifo berechnete Trend für den Bereich „Körperpflege, Gästebetreuung und Hauswirtschaft" aus den Entwicklungsdaten der Erwerbstätigenstatistik bis 2002 so nicht abgeleitet werden kann, liegen die Prognosen des Instituts für die „Gesundheits- und Sozialberufe" ziemlich genau in der Mitte der vom DIW berechneten Entwicklungslinie für den stationären und ambulanten Sektor (vgl. Abbildung 14).

- Alle Projektionen des Qualifikationsbedarfs für die „Gesundheits- und Sozialberufe" sprechen dafür, dass die Veränderungen im Wirtschaftssektor Gesundheit (vom „Gesundheits- und Sozialwesen" zur „Gesundheitswirtschaft"), seine Arbeitsorganisation und seinen Tätigkeitsstrukturen eine vergleichsweise hohe berufliche Qualifizierung der Erwerbstätigen erforderlich macht. Angelernten-, Ungelernten- und Helferqualifikationen unterhalb der beruflichen Fachqualifikation bieten keine Perspektive – weder für Beschäftigte, noch für Einrichtungen und Betriebe der Gesundheitswirtschaft.

- Der Bedarf nach hohen beruflichen Qualifikationen in allen Wirtschaftssektoren wird sich nach den Untersuchungen des ifo mit Abstand am stärksten auf die „Gesundheits- und Sozialberufe" auswirken. Umgekehrt wird die Nachfrage nach nicht formal Qualifizierten proportional genau in diesem Berufsbereich am stärksten sinken.

Schlussfolgerungen

Alle Daten und Prognosen zur Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Berufsentwicklung legen folgende Schlussfolgerungen nahe:

- Die positive Beschäftigungsentwicklung im Berufsfeld Gesundheit wird im Wesentlichen nur von zwei Berufsgruppen getragen: den Rehabilitationsberufen sowie den sozialpflegerischen Berufen – und hier nach allen Indikatoren insbesondere von der Altenpflege.

- Ambulante und stationäre soziale und gesundheitliche Dienstleistungen werden vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung für (mindestens) die kommenden 50 Jahre zu etwa gleichen Teilen für Arbeitsmarkt- und wirtschaftliche Effekte sorgen, die alle übrigen Wirtschaftssektoren bei weitem übertreffen. Der Beschäftigungsbedarf wird noch nicht einmal näherungsweise durch die Rekrutierung von Personal ohne formale Qualifikationen (Hilfskräfte, Un- und Angelernte, Ehrenamtliche usw.) abgefedert werden können. Im Schwerpunkt zielt der prognostizierte Bedarf auf ein hohes formales berufliches Qualifikationsniveau (qualifizierte Facharbeit).

- Auf diese Veränderungen, die sich insbesondere aus gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Strukturverschiebungen ergeben, ist vor allen Dingen die berufliche Bildung im Berufsfeld Gesundheit nicht vorbereitet. Dies gilt insbesondere für den Berufsbereich Pflege,

der die Hauptlast der weiteren Entwicklung der Gesundheitswirtschaft zu tragen haben wird:

- Fast alle Berufe im Berufsbereich Pflege – vor allem aber Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege – stützen sich in ihrem Qualifikationshaushalt auf traditionelle Orientierungen (z. B. Defizite, Erkrankungen, Krankheitsbilder), die weder die aktuellen Geschäfts- und Arbeitsprozesse in der Gesundheitswirtschaft abbilden noch eine entwicklungsoffene weitere berufliche Kompetenzentwicklung im Berufsfeld zulassen.
- Fast alle Berufe im Berufsbereich Pflege sind am Qualifikationsbedarf des stationären Bereichs orientiert. Dies führt bekanntermassen zu Einsatz- und Qualifikationsverwertungsproblemen im ambulanten Bereich, dessen Qualifikationsanforderungen und Arbeitsweisen in kaum einer der bestehenden Ausbildungen im Berufsbereich Pflege hinreichend abgebildet sind. Als nachteilig erweist sich hier insbesondere die schulische Ausbildungsform, die die Entwicklung praktischer Handlungskompetenz nicht angemessen berücksichtigen kann und die sich auch in der Organisation der so genannten „Außenpraktika" (Praktikumseinsätze im ambulanten Bereich) eher als Hemmnis erweist.

■ Aus diesem Befund ergibt sich eine zentrale handlungsleitende Schlussfolgerung: Berufe, Qualifikationsprofile und Qualifikationsinhalte des Berufsbereichs „Pflege", insbesondere aber die Ausbildungsgrundlagen der beiden Leitberufe Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege müssen einer grundsätzlichen Revision unterzogen werden. Das Konzept der berufspädagogischen Rekonstruktion der Ausbildungen muss in enger Bindung an die Entwicklungen in der Arbeitsorganisation, der ökonomischen und arbeitsmarktlichen Rahmenbedingungen sowie der strukturellen Entwicklung des gesundheitsbezogenen Dienstleistungssektors erfolgen. Dies schließt Überlegungen zur strukturellen „Dualisierung der schulischen Berufsbildung (Entwicklung eines Ausbildungsrahmensplans für die praktische Ausbildung) ausdrücklich ein.

WOLFGANG BECKER, BARBARA MEIFORT

Die Systematik der Berufe – Trends und Veränderungen im Berufsfeld Gesundheit[1]

An der Schwelle zum neuen Jahrhundert haben sich die Verhältnisse im Gesundheits- und Sozialwesen maßgeblich verändert. Vor allem für die Organisation und die Durchführung der beruflichen Bildung hat die politisch gewollte „marktwirtschaftliche Öffnung" des Gesundheits- und Sozialwesens zu einem nach wirtschaftlichen Prinzipien organisierten Dienstleistungssektor („Gesundheitswirtschaft") Folgen: Die beruflichen Anforderungen an Arbeit und Qualifikationen der Berufe im Berufsfeld „Gesundheit" befinden sich in einer tief greifenden Wandlung.

Indizien für die Heftigkeit von Veränderungen und Neuerungen sind

- das seit Mitte der 90er Jahre mit wachsender Dynamik zu beobachtende Entstehen neuer schulischer Ausbildungsbildungsberufsprofile unterhalb einer dreijährigen Ausbildungszeit, insbesondere auf Gebieten der so genannten „Assistenz" bei gesundheitlichen und sozialen Aufgabenstellungen,
- eine Reihe neu entstandener Berufsprofile in neuen gesundheitsbezogenen Dienstleistungsschwerpunkten sowie
- die Vervielfachung von nicht normierten „neuen Weiterbildungsabschlüssen" in fast allen Berufsbereichen des Berufsfeldes.

Jede dieser Entwicklungen unterstreicht für sich die Notwendigkeit einer Neuorientierung von beruflichen Bildungsinhalten und der Reorganisation der systematischen Struktur des Berufsfeldes. Allerdings entzieht sich diese vielfach „wilde Modernisierung" auf dem Gebiet der beruflichen Bildung und der Berufsentwicklung im Berufsfeld Gesundheit bis heute einer systematischen berufsbildungspolitischen Steuerung und Qualitätskontrolle: Da sowohl die Verordnungsgeber (Bund, Bundesländer) als auch der mittlerweile fast durchgängig privatisierte „Bildungsmarkt" eigene Standards vorantreiben, besteht die Gefahr, dass sich das ohnehin bestehende Merkmal der Zersplitterung des Berufsfeldes ein weiteres Mal verschärft und zu einer neuen gesellschaftlichen Entwertungsspirale der beruflichen Bildung auf dem Gebiet der personenbezogenen und sozialen Dienstleistungsberufe führt.

In dieser Situation bedarf jedes Konzept zu Reformen der beruflichen Bildung für Gesundheits- und Sozialberufe einer sorgfältigen und – vor allen Dingen – systemischen Begründung. Dieser Verpflichtung haben sich bislang alle Modellvorstellungen zu Ausbildungsreformen in den so genannten „Pflegeberufen" entzogen. Zwar finden sich verstreut Versuche zur Systematisierung der Reformvorstellungen, doch sind diese meist selbstreferenziell auf die Struktur und Botschaft des eigenen Vorschlags gerichtet[2] und gerade nicht auf die primär relevanten Umgebungsvariablen beruflichen Lernens und beruflicher Arbeit: Die Konkurrenz- oder Ergänzungsbeziehungen des vorgeschlagenen Berufsbildes zu dem umgebenden Berufesystem, die Anschlussfähigkeit der Qualifikationsstruktur zum beruflichen und allgemeinen Bildungssystem,

1 Vgl. zu den folgenden Ausführungen insbesondere MEIFORT, B.: Die pragmatische Utopie. Bielefeld 2004.

2 Vgl. beispielhaft STÖCKER, G.: Reformbewegungen in der pflegeberuflichen Erstausbildung. In: MEYER, G.; LUTTERBECK, J. (Hrsg.): Pflegebildung – quo vadis? Beiträge zur 10. Werkstatt für die Pflege. Münster 2002.

die Leistungsfähigkeit und Nachfragerelevanz des Berufsbildes für das Arbeitsmarkt- und Wirtschaftssystem sowie die gesellschaftliche Kommunikationsfähigkeit des Berufs, ohne die weder gesellschaftliches Ansehen noch individuelle Identifikationen mit dem Beruf entstehen können.

Das Berufsfeld: Der Zustand der Zersplitterung und die Folgen

Gemeinsam ist allen öffentlichen Debatten und berufsbildungspolitischen Reformen im Gesundheits- und Sozialwesen seit Mitte der 70er Jahre vor allem, dass sie sich lediglich auf Teilaspekte oder Details gesellschaftlicher, rechtlicher, ökonomischer und beruflicher Veränderungen und Umbrüche konzentrieren, ohne die ihnen gemeinsamen Begründungen und Verbindungslinien zu beachten und einer umfassenden, systematischen Lösung zuzuführen. Dies betrifft insbesondere die Reformen und/oder Neuregelungen der beruflichen Bildung für die Leitberufe des Berufsbereichs Pflege, die seither immer wieder nur als einzelberufliche Optimierungen (als Berufsgesetze des Bundes) oder als regionale Sonderlösungen (als Verordnungen einzelner Bundesländer zur Berufsbildung einzelner Berufe) in Angriff genommen wurden.[3]

Dieses bis heute für das Gesundheits- und Sozialwesen prägende Merkmal der „Zersplitterung“[4] macht sich vor allem auf dem Gebiet der Berufskonstruktion, der Berufssystematik und der beruflichen Bildung bemerkbar. Hier herrscht ein kaum zu durchschauendes Ausmaß an struktureller Unordnung, geteilten Zuständigkeiten und Einflussnahmen, systematischer Unschärfe sowie begrifflicher Verwirrung.

Dieser Zustand hat in Deutschland zu einem sehr heterogenen und regional unterschiedlichen Entwicklungszustand bei Berufen und beruflicher Bildung im Gesundheits- und Sozialwesen geführt und wird wohl auch nach Erlass der neuen Berufsgesetze für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege zu weiterer Zersplitterung führen:

- Für die Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens gelten nach wie vor zwei unterschiedliche berufliche Qualifikations- und drei Rechtssysteme: Dem „dualen System“ der (überwiegend) betrieblichen Berufsausbildung nach den Regeln des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) steht das System der schulischen Berufsbildung der Bundesländer an Fach-, Berufsfach-, Kollegschulen oder anderen Schulen des Gesundheitswesens gegenüber. Zusätzlich zum Rechtssystem der dualen Ausbildung, das sich im Gesundheitswesen bislang nur im Bereich der Primärversorgung (Arzthilfe), der Körperpflege (Friseur, Kosmetik) sowie der Hauswirtschaft durchgesetzt hat, gelten im Berufsfeld sonst die Rechtsnormen der Berufsgesetze des Bundes (zum Beispiel: Krankenpflegegesetz, Altenpflegegesetz) sowie die Verordnungen und Ausbildungsregelungen der einzelnen Bundesländer (Landesregelungen).
- Für 59 Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen existieren gegenwärtig 168 Regelungen für die Ausbildung. In der beruflichen Weiterbildung sind es für 99 staatlich anerkannte Weiterbildungsabschlüsse 144 Regelungen. Auf dem Gebiet der „sonstigen Weiterbildung“, die ihre Abschlüsse keinen normierten und nachvollziehbaren Qualitätskriterien

3 Eine Ausnahme bildet hier die im Februar 2000 geschlossene Rahmenvereinbarung der Länder über die Berufsausbildung zum/zur Erzieher/in, die – bei nicht bestehender Kompetenz des Bundes zum Erlass eines Berufsgesetzes – die einzige Möglichkeit darstellt, zur „Harmonisierung“ schulischer Ausbildungsgänge in Länderhoheit zu gelangen. Allerdings ist die Wirksamkeit der Rahmenvereinbarung bis heute eher nur von theoretischer Bedeutung geblieben.

4 Der Begriff der „Zersplitterung“ geht zurück auf MEIFORT, B.: Das Berufsfeld Gesundheit – Entwicklungen, Probleme, Lösungsvorschläge. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik 7/8 1983, S. 170 – 176

Übersicht 1: Berufsfeld Gesundheit I (Personenbezogene und soziale Dienstleistungsberufe)

Berufsbereiche	Berufe	Ausbildungsdauer	Regelungsgrundlage
Prävention	Desinfektor/in	1 bzw. 3 Monat(e)	Landesregelung
	Diätassistent/in	3 Jahre	Bundesgesetz
	Gesundheitsaufseher/in	2 bzw. 3 Jahre	Landesregelung
	Podologe/in	2 Jahre	Bundesgesetz
	Schwimmmeister/in	3 Jahre	BBiG
Primärversorgung	Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre	BBiG
	Rettungsassistent/in	2 Jahre	Bundesgesetz
	Tiermedizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre	BBiG
	Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre	BBiG
Pflege	Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger	3 Jahre	Bundesgesetz
	Krankenpflegehelfer/in	1 Jahr	Landesregelung
	Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/pfleger	3 Jahre	Bundesgesetz
	Hebamme/Entbindungspfleger	3 Jahre	Bundesgesetz
	Altenpfleger/in	3 Jahre	Bundesgesetz
	Altenpflegehelfer/in	1, 1½ oder 2 Jahr(e)	Landesregelung
	(Haus- und) Familienpfleger/in	2 bzw. 3 Jahre	Landesregelung
	Dorfhelfer/in	1 bzw. 2 Jahr(e)	Landesregelung
	Heilerziehungspfleger/in	2 bzw. 3 Jahre	Landesregelung
	Heilerziehungs(pflege-)helfer/in	1 Jahr	Landesregelung
Zugangsberufe / Ergänzungsberufe zum Bereich Pflege / Erziehung	Sozialassistent/in	2 Jahre	Landesregelung
	Sozialpflegeassistent/in	2 Jahre	Landesregelung
	Sozialbetreuer/in	2 Jahre	Landesregelung
	Sozialhelfer/in	1 Jahr	Landeregelung
	Fachkraft Hauswirtschaft und Sozialpflege	3 Jahre	Landesregelung
	Fachkraft soziale Arbeit	3 Jahre	Landesregelung
	Sozialmedizinische/r Assistent/in	1 Jahr	Landesregelung
	Sozialpädagogische/r Assistent/in	2 Jahre	Landesregelung
Erziehung	Kinderpfleger/in	1, 2 oder 3 Jahr(e)	Landesregelung
	Erzieher/in	2 bzw. 3 Jahre	Landesregelung
	Erziehungshelfer/in	1 bzw. 2 Jahr(e)	Landesregelung
	Arbeitserzieher/in	2 bzw. 3 Jahre	Landesregelung

unterzieht, dürfte die Zahl der Abschlussbezeichnungen allein im Gesundheitswesen mittlerweile die Schwelle von 1.000 bereits deutlich überschritten haben (vgl. hierzu Übersicht 3).[5] Hier nimmt das Segment der Altenpflege eine problematische Spitzenposition ein: Allein für Berufstätige aus diesem Bereich werden im Bundesgebiet mehr als 60 Weiterbildungen mit Abschlüssen angeboten, die in der Bezeichnung die Übernahme einer herausgehobenen Position suggerieren (Beispiel: „Altentherapeut/in"; hier mit dem

5 Vgl. BECKER, W.: Taugt Weiterbildung als Instrument beruflicher Entwicklungsplanung? In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 5/2000.

Übersicht 2: Berufsfeld Gesundheit II (Personenbezogene und soziale Dienstleistungsberufe)

Berufsbereiche	Berufe	Ausbildungsdauer	Regelungsgrundlage
Rehabilitation	Atem- / Sprech- / Stimmlehrer/in	3 Jahre	Landesregelung
	Ergotherapeut/in	3 Jahre	Bundesgesetz
	Gymnastiklehrer/in	2 Jahre	Landesregelung
	Heilerzieher/in	3 Jahre	Landesregelung
	Heilpädagoge/in	1, 1½, 2, 3 Jahr(e)	Landesregelung
	Logopäde/in	3 Jahre	Bundesgesetz
	Masseur/in, med. Bademeister/in	2½ Jahre	Bundesgesetz
	Motopäde/in	3 Jahre	Landesregelung
	Neuro-otologische/r Assistent/in	3 Jahre	Landesregelung
	Orthoptist/in	3 Jahre	Bundesgesetz
	Physiotherapeut/in	3 Jahre	Bundesgesetz
Medizintechnik	MTA Funktionsdiagnostik	3 Jahre	Bundesgesetz
	MTA Labor	3 Jahre	Bundesgesetz
	MTA Radiologie	3 Jahre	Bundesgesetz
	Veterinärmedizinisch-technische/r Assistent/in	3 Jahre	Bundesgesetz
	Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in	2½ Jahre	Bundesgesetz
	Zytologie-Assistent/in	2 Jahre	Landesregelung
	Medizinische/r Sektionsassistent/in	2 Jahre	Landesregelung
	Medizinische/r Dokumentar/in	3 Jahre	Landesregelung
	Medizinische/r Dokumentationsassistent/in	2 bzw. 3 Jahre	Landesregelung
	Kardiotechniker/in	2 Jahre	Landesregelung
Hauswirtschaft	Hauswirtschafter/in	3 Jahre	BBiG
	Hauswirtschaftsassistent/in	2 Jahre	Landesregelung
	Hauswirtschaftstechnische/r Assistent/in	3 Jahre	Landesregelung
	Fachkraft Hauswirtschaft und Ernährungsberatung	3 Jahre	Landesregelung
	Assistent/in Ernährungsberatung	2 Jahre	Landesregelung
Körperpflege	Kosmetiker/in	3 Jahre	BBiG
	Kosmetiker/in	2 Jahre	Landesregelung
	Friseur/in	3 Jahre	BBiG

Suffix „-therapeut/in). In den Inhalten gehen diese „Weiterbildungen" jedoch nicht oder nur marginal über das Qualifikationsniveau der angesprochenen Ausgangsberufe hinaus. Auch die Annahme solcher Abschlüsse am Arbeitsmarkt ist nach Untersuchungen des BIBB sehr zurückhaltend zu bewerten.[6]

- Die hier nachgezeichnete Erosion der Berufsstruktur, die auch als eine schleichende Entwertung der etablierten Berufsabschlüsse im Gesundheits- und Sozialwesen gelesen werden kann, betrifft jedoch nicht nur den Bereich der Weiterbildung; sie ist im gesamten Berufsfeld auch im Bereich der Ausbildung zu beobachten: Seit Mitte der 90er Jahre werden

6 Vgl. DERS., ebenda

Übersicht 3: Berufsbereiche und Regelungen im Berufsfeld Gesundheit (Stand: 2004)

Berufsbereiche	Landesregelungen		Berufsgesetze	Berufsbildungsgesetz
	Ausbildungs-regelungen	Weiterbildungs-regelungen	Ausbildung	Ausbildungs- / Fortbildungsordnungen
Prävention	2	6	2	1
Primärversorgung			1	3
Pflege	6	121	5	
„Ergänzungsberufe"	8			
Erziehung	4			
Rehabilitation	6	10	5	
Medizintechnik	5	7	5	
Hauswirtschaft	4			1
Körperpflege	1			2

mit tendenziell wachsender Geschwindigkeit in einzelnen Bundesländern „neue Berufsabschlüsse" auf Helfer- oder Assistenten-Niveau erlassen (vgl. Übersicht 4). Bei allen landesspezifisch konstruierten Unterschieden tragen diese „Zugangs-" oder „Ergänzungsberufe" vergleichbare Merkmale der Destandardisierung und Marginalisierung:

– Sie unterschreiten alle das Niveau der anerkannten Beruflichkeit entweder im Hinblick auf die Ausbildungsdauer oder im Hinblick auf das Leistungsniveau des Berufsbildes („Fachkraft" bzw. „Fachangestellte/r").

– Alle Berufsbilder sind weder in ihrer arbeitsmarktlichen Funktion noch in ihrer Abgrenzung zueinander oder zu anderen im gleichen Arbeitsmarktsegmenten tätigen Berufen genau bestimmt. Ihnen fehlt damit das Merkmal der Unterscheidbarkeit, ein „Alleinstellungsmerkmal", das diese Berufsbilder in ein nachvollziehbares und (auch: betriebswirtschaftlich) kalkulierbares Verhältnis zu anderen Berufen im Berufsbereich und im Berufsfeld setzen würde. Die (Ergänzungs-) Berufsbilder tragen insofern – ganz ähnlich wie die oben erwähnten „neuen Weiterbildungsabschlüsse" – erhebliche Arbeitsmarktrisiken, die zusammen mit dem Merkmal der „Frauenberufe" in hohem Ausmaß zur sozialen Marginalisierung der hier Beschäftigten beitragen.

Übersicht 4: Explodierende Berufsstruktur im Berufsfeld Gesundheit

Berufsbereich	Berufsabschlüsse	Ausbildungsdauer	Regelungsart
Zugangsberufe bzw. Ergänzungsberufe zum Bereich Pflege / Erziehung	Sozialassistent/in	2 Jahre	Landesregelung(en)
	Sozialpflegeassistent/in	2 Jahre	Landesregelung(en)
	Sozialmedizinische/r Assistent/in	1 Jahr	Landesregelung(en)
	Sozialhelfer/in	1 Jahr	Landesregelung
	Sozialbetreuer/in	2 Jahre	Landesregelung(en)
	Sozialpädagogische/r Assistent/in	2 Jahre	Landesregelung(en)
	Fachkraft Soziale Arbeit	3 Jahre	Landesregelung
	Fachkraft Hauswirtschaft und Sozialpflege	3 Jahre	Landesregelung

„Zersplitterung" als prägendes Kennzeichen für berufliche Bildung und die Berufsentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen ist jedoch kein ausschließlich in die Vergangenheit gerichteter Befund; er prägt auch die in Zukunft möglichen Entwicklungsspielräume für die berufliche Bildung in diesem Bereich:

- Der gegenwärtig erreichte Zustand der „Zersplitterung", Regionalisierung und Partikularisierung von Berufen und beruflicher Bildung im Gesundheits- und Sozialwesen führt zu der Frage, ob die Qualität der vielfach von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich definierten beruflichen Qualifikationen den tatsächlichen Anforderungen der Arbeit sowie dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Qualifikationsbedarf entspricht. Jedenfalls liegt kein empirischer Befund dafür vor, der es legitimieren würde, Gesundheits- oder Sozialberufe mit anerkannt bundesweitem Bedarf mit bundeslandspezifischen Qualifikationsprofilen zu versehen. Vor allem die Zuständigkeit der Bundesländer für die Organisation, Durchführung und inhaltliche Prägung der schulischen Berufsbildung sowie ihr nachhaltiger Widerstand gegen vereinheitlichende Gesetzgebungen oder Regelungen des Bundes in der beruflichen Bildung lassen eine Überwindung der Uneinheitlichkeit auf dem Gebiet der Aus- und Weiterbildung im Gesundheits- und Sozialwesen nur unter erschwerten Bedingungen möglich erscheinen.

- Skepsis im Hinblick auf die Überwindung uneinheitlicher Strukturen und Inhalte in der Berufsbildung scheint auch angesichts der bis in die Gegenwart hinein wirksamen Traditionen im Selbstverständnis der Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen, in ihrer Präferenz für bestimmte Aufgabenbereiche und in ihrer Abgrenzung der „Zuständigkeiten" zu anderen Berufen angebracht. Im Unterschied zur betrieblichen Berufsausbildung nach den Regeln des Berufsbildungsgesetzes, die schon seit mehr als zwanzig Jahren auf berufsfeldbreite, weithin durchlässige Qualifikationskonzepte setzt,[7] gehen fast alle neueren Ausbildungskonzepte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen einen völlig anderen Weg: Sie konzentrieren sich auf ein geradezu kolonialistisches Professionen-Modell, nach dem ein „Leitberuf" (Beispiel: Krankenpflege) für einen Berufsbereich (Pflege) bestimmt wird, dessen Qualifikationen erweitert und optimiert werden und als Orientierungsrahmen oder sogar als „Norm" für alle übrigen Berufe des Bereichs Geltung beanspruchen. Aktuelles Beispiel ist die Konzeption der Altenpflege als „Heilhilfsberuf" und in der dominierenden Orientierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an kranken alten Menschen als „kleine Krankenpflege".

  Dieses Verfahrensmodell ist jedoch nur eingeschränkt geeignet, die Uneinheitlichkeit der Berufsbildungslandschaft im Gesundheits- und Sozialwesen zu beheben: Zwar können grundsätzlich durch die Bestimmung eines Qualifikationspools für einen ganzen Berufsbereich in einem einzigen („generalistischen") Berufsprofil vorhandene Unterscheidungslinien zwischen den Berufen eingeebnet werden. Doch besteht die Gefahr, dass durch ein solches Konzept fachlich und beruflich notwendige Unterscheidungen zwischen den Berufen im Berufsbereich verloren gehen. Darüber hinaus konzentriert sich das von den meisten Berufsorganisationen in der „Pflege" favorisierte Modell zu wenig auf seinen Berufsfeldbezug, um auch inhaltlich einheitsstiftend sein zu können und die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen berufsfeldbreit zu stimulieren.

---

7 Erstes Beispiel für berufsfeldbreite, teilweise integrierte Ausbildungskonzepte ist die Neuordnung der Ausbildungsberufe im industriellen Metallbereich von 1982. Erläuterungen hierzu finden sich bei BECKER, W.: Das Eis ist brüchig … oder: Wie viele Berufe verträgt das System? Überlegungen zur Zukunft gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe. In: MEIFORT, B.; BECKER, W.: Berufliche Bildung für Pflege- und Erziehungsberufe. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 178. Bielefeld 1995, S. 35 – 80

In einer vorläufigen Zusammenfassung ergibt sich in der Beurteilung des Entwicklungsstandes des Berufsfeldes ein äußerst problematischer Befund: Auf allen für die berufliche Bildung relevanten Ebenen hat das Ausmaß der Zersplitterung und das erreichte Niveau der Destandardisierung riskante Marken erreicht. Diese Situation macht eine umfassende und kritische Bestandsaufnahme der Passgenauigkeit von Berufsprofilen und beruflichen Qualifikationen der im Berufsfeld vertretenen Berufe im Hinblick auf Arbeitsmarktbedarf, Qualifikationsanforderungen und berufliche Aufgaben erforderlich.

Das Berufsfeld Gesundheit und seine Systematik

Zu den gebräuchlichen systematisierenden beruflichen Ordnungsdefinitionen zählt in Deutschland das „Berufsfeld". Berufsfelder bezeichnen in Wissenschaft, Statistik und Politik die allgemeinste Ebene einer beschreibenden Ordnungssystematik für Berufe. Üblicherweise wird dabei nach drei Systematisierungsansätzen unterschieden:

- In der Berufsbildungsforschung werden Berufsfelder genutzt, um Berufsbereiche, Berufsgruppen und einzelne Berufe bzw. Berufsabschlüsse, die sich in ihren Qualifikationsspektren, beruflichen Tätigkeiten und Arbeitsanforderungen inhaltlich berühren, darstellend zusammenzufassen und gegenüber anderen Berufsfeldern abzugrenzen.

  Berufsfelder als allgemeinste Ebene der Systematisierung von Berufen und Berufsabschlüssen bestehen aus einer oder mehreren „Berufsgruppen" oder „Berufsbereichen". In ihnen sind diejenigen Berufe zusammengefasst, die nach beruflichen Aufgaben, Qualifikationsanforderungen und Tätigkeiten fachinhaltliche Berührungspunkte aufweisen und insofern als „verwandt" gelten.

  Grundlage und Maßstab der systematischen Zuordnung von Berufen zu einem Berufsfeld und die Untergliederung eines Berufsfeldes in Berufsbereiche oder Berufsgruppen sind in Berufssoziologie und Berufsbildungsforschung im Regelfall immer

  – empirisch untermauerte Arbeits- und Tätigkeitsanalysen,

  – Untersuchungen zu berufsspezifischen Qualifikationsanforderungen sowie

  – Vergleiche der beruflichen Qualifikationsinhalte aus der Ausbildung,

  aus denen sich begründet und nachvollziehbar Berührungspunkte und Unterscheidungen zwischen Berufen und Berufsbereichen ableiten lassen.[8]

- Der Gedanke der Systematisierung von Berufen mit spezifischen Ähnlichkeitsmerkmalen zu Berufsgruppen und zu Berufsfeldern hat seine Wurzeln in den deskriptiven Statistiken der Volkszählungen und Mikrozensen des Statistischen Bundesamtes. Die in diesen regelmäßigen Erhebungen registrierten „Berufsbenennungen" werden in einem so genannten „Verzeichnis der Berufsbenennungen" seit 1975 festgehalten und einem hierarchisch aufgebauten Klassifikationssystem nach Berufsklassen, Berufsordnungen und Berufsgruppen bis hin zu Berufsbereichen (allgemeine Ebene) zugeordnet.[9] „Berufsbenennungen" sind hier tätigkeitsbezogene Selbstbeschreibungen der Befragten, die nicht identisch mit anerkannten Berufsabschlüssen sein müssen und deren einziges Zuordnungskri-

8 Vgl. hierzu die erste systematische Darstellung von BENNER, H.: Ordnung der staatlich anerkannten Ausbildungsberufe. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 48. Berlin 1982

9 Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Klassifizierung der Berufe. Wiesbaden 1988

terium eine alltagsweltlich verstandene „Wesensverwandtschaft" der Tätigkeitsmerkmale (ohne jede explizite analytische Fundierung) ist.

Ein ungefähr vergleichbares berufsbezogenes Ordnungssystem mit gleich lautenden Ordnungsbegriffen und ähnlich undeutlichen Zuordnungskriterien nutzt auch die jährlich erscheinende Erwerbstätigenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Allerdings sind es hier nicht die subjektiven Berufsbenennungen der Befragten, sondern die tatsächlichen Berufsbezeichnungen und Berufsabschlüsse der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die für dieses statistische Grundwerk der Arbeitsmarktanalyse genutzt werden. Sie werden in einer gesonderten Klassifizierung der Berufe festgehalten.[10]

- Ein dritter Systematisierungsansatz nach Berufsfeldern beruht auf einer Initiative der Kultusministerkonferenz (KMK) von 1972 nach dem Erlass des Berufsbildungsgesetzes von 1969. Sie hatte im Wesentlichen zwei Ansatzpunkte:
  - Die Definition von Berufsfeldern sollte (hochschulorganisatorisch) eine Zuordnung der fachrichtungsbezogenen Ausbildung für Lehrer an berufsbildenden Schulen ermöglichen, vor allem im Hinblick auf die Erteilung des Unterrichts an Berufsschulen[11].
  - Die Definition von Berufsfeldern sollte Grundlage für die Einrichtung des Berufsgrundbildungsjahres (BGJ) und die Anrechnung dieser Bildungszeit auf eine nachfolgende Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf gem. § 25 BBiG sein.

Unabhängig von den seit ihrer Vereinbarung strittigen Schneidungskriterien der KMK, die erkennbar (hoch)schulorganisatorisch-pragmatischen und keinen wissenschaftlich fundierten Kriterien folgt, ist die Orientierung an Berufsgruppen und Berufsfeldern (ersatzweise: Orientierung an Wirtschaftsbereichen oder Branchen) sowie dem betrieblichen Qualifikationsbedarf auf dem Gebiet der betrieblichen Berufsbildung die Regel und feste Grundlage der Konzeption von Ausbildungs- und Weiterbildungsordnungen. Im Gegensatz dazu werden auf dem Gebiet der Berufsbildung für Gesundheitsberufe, die bis auf wenige Ausnahmen dem System der schulischen Berufsbildung zugerechnet sind, Neuregelungen oder Reformen bestehender Berufe im Regelfall nur aus der Perspektive einzelner Berufe oder – dort, wo Berufsgesetze des Bundes nicht greifen – einzelner Bundesländer konzipiert. Die Systematisierung von Berufen zu Berufsgruppen und ihre Zuordnung zu einem Berufsfeld hat sich hier bis zum heutigen Tag nicht als handlungs- oder entscheidungsleitende Norm, ja noch nicht einmal als Verständigungskonvention für die Konzeption beruflicher Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen durchgesetzt.

Genau genommen ist die dem Berufsfeld Gesundheit zugrunde liegende Bezeichnung „Gesundheits- und Sozialwesen" nicht die Bezeichnung eines Berufsfeldes, sondern die zweier gesellschaftlicher und politischer Handlungssysteme: Beide Systeme beziehen sich auf unterschiedliche Unterstützungs- und Fürsorgesysteme,[12] die sich in der bis heute zum Teil bestehenden Trennung bzw. wechselnder ministerieller Zuständigkeiten nachvollziehen lässt. Die Teilung von politischen Funktionssystemen und gesellschaftlichen Strukturen in „Gesundheits-

10 BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (Hrsg.): Klassifizierung der Berufe. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Nürnberg 1992 (letzte Aktualisierung)

11 Vgl. KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER (Hrsg.): Rahmenvereinbarung über Ausbildung und Prüfung für das Lehramt mit Schwerpunkt Sekundarstufe II – Lehrbefähigung für die Fachrichtungen des berufsbildenden Schulwesens. In: Sammlung der Beschlüsse der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder, Band 2. Darmstadt 1982 sowie DIES. (Hrsg.): Bezeichnungen zur Gliederung des beruflichen Schulwesens, ebenda.

12 Dies verdeutlichen beispielhaft die bis heute systemisch getrennten Bereiche der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung.

dienste" auf der einen und „Sozialfürsorge" auf der anderen Seite hatte Auswirkungen auf die Entwicklung der Berufe und der beruflichen Bildung im Gesundheits- und Sozialwesen, die bis heute wirksam sind:

Im Gegensatz zu den Berufen im Sozialwesen haben die Berufsprofile im Gesundheitswesen ein hohes Ausmaß an „funktionaler Differenzierung" erreicht:[13] Aktuell werden dem Gesundheitswesen 52 Ausbildungsberufsabschlüsse zugerechnet. Davon gehören allein zehn Ausbildungsabschlüsse zum Berufsbereich „Pflege".[14] Demgegenüber besteht im Sozialwesen auf dem Gebiet der Ausbildung außerhalb von Hochschulen eine berufliche „Monokultur": Neben den Berufen „Kinderpfleger/in" und „Erzieher/in", die beide auf unterschiedlichen Niveaus das gleiche berufliche Einsatzgebiet besetzen, sind keine weiteren Ausbildungsabschlüsse auf dem Niveau eines Fachberufs zu verzeichnen.

Der Leitimpuls zur Systematisierung von Ausbildungsberufen in Berufsfeldern geht vom Erlass des Berufsbildungsgesetzes (1969) und den darauf folgenden Beschlüssen zur Berufsfeldschneidung der KMK aus. Der zweite wichtige Ansatz zur systematischen Ordnung von Berufen und beruflichen Qualifikationen – insbesondere auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens – ist demgegenüber nicht legislativ, sondern wissenschaftlich begründet: Zu Beginn der 80er Jahre wurden in der Berufsbildungsforschung vom Bundesinstitut für Berufsbildung erstmals empirische Arbeitsanforderungs- bzw. Tätigkeitsanalysen sowie Vergleiche der beruflichen Lerninhalte bei Gesundheitsberufen durchgeführt. Sie führten im Ergebnis dazu, die bis dahin gültige Gruppierung der „Heilhilfsberufe" als Assistenzberufe für Mediziner aufzulösen und durch die Definition eines Berufsfeldes „Gesundheit" zu ersetzen, dessen Fachberufe in systematisch gegliederten Berufsbereichen aufgeteilt wurden.[15] Berufsgruppen und Berufe, die nach Qualifikationen und beruflichen Einsatzbereichen empirisch nachvollziehbare Ähnlichkeitsmerkmale aufweisen, gehören danach zu einem Berufsfeld. Ihr prägendes Leistungsmerkmal ist eine durch Anforderungen und Qualifikationen begründete arzt- und medizinunabhängige fachliche Eigenständigkeit. Dies soll durch die Sammelbezeichnung aller im „Berufsfeld Gesundheit" zusammengeführten Berufe als „nichtärztliche Gesundheitsberufe" herausgehoben werden. Dieses erste „Berufsfeld Gesundheit" beinhaltet vier Berufsgruppen mit insgesamt 25 Berufen.[16] Ausschlusskriterium für die Berücksichtigung im Berufsfeld ist die staatliche Anerkennung des jeweiligen Berufsabschnittes

Ein vorläufiger Endpunkt in der exklusiven Definition des „Berufsfeldes Gesundheit" ist Anfang der 90er Jahre mit Bals erreicht,[17] der den von ihm so bezeichneten „Gesundheitsfachberufen" aus systematischen Erwägungen heraus auch Berufe der Körperpflege, des Gesundheitshandwerks und der Gesundheitsverwaltung zurechnet. Während sich die Zuordnung des Berufsbereiches „Körperpflege" aufgrund wirtschaftsstruktureller Veränderungen und des Erlasses weiterer Ausbildungsverordnungen (Kosmetiker/in, BBiG – Podologe/in, Berufsgesetz) mittlerweile durchgesetzt hat, ist die Integration des Gesundheitshandwerks (zum Beispiel: Ortho-

13 Zur horizontalen und vertikalen Differenzierung der Berufe im Gesundheitswesen vgl. MEIFORT, B.: Berufsschneidung im Berufsfeld Gesundheit unter dem Gesichtspunkt einer ganzheitlichen, patientenorientierten, kooperativen Gesundheitsversorgung. In: HOFFMANN, U.; TATSCHMURAT, C.; ZETTEL, O.: Berufsübergreifende Gruppenpraxen. Neue Formen medizinisch-psychosozialer Versorgung im ambulanten Bereich. München 1983. Als „Querspaltung" und „Längsspaltung" wird die horizontale und vertikale Differenzierung der Berufe auch bei VOGES, W.: Pflege alter Menschen. Wiesbaden 2002, S. 27f problematisiert.

14 Vgl. BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hrsg.): Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe. Bielefeld 2004.

15 Vgl. MEIFORT, B.; PAULINI, H.: Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 76. Berlin 1984.

16 Vgl. MEIFORT, B.: Die pragmatische Utopie. Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen. Bielefeld 2004, S. 70.

17 Vgl. BALS, T.: Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansatz. Alsfeld 1993.

pädieschuhmacher/in) und der kaufmännisch-verwaltenden Berufe im Gesundheitswesen (zum Beispiel: Gesundheitskaufmann/frau) in das Berufsfeld bislang nicht gelungen.

In der Folgezeit treten unter dem Eindruck des absehbaren demografischen Wandels und der gesundheitspolitischen Maxime, der ambulanten Versorgung Vorrang vor der stationären Unterbringung einzuräumen,[18] in der Berufsbildungsforschung und der Berufsbildungspolitik die Verbindungslinien zwischen unmittelbar gesundheitsbezogenen und sozialen bzw. pädagogischen Hilfs- und Unterstützungsleistungen immer mehr in den Vordergrund. In diesem Zusammenhang erlangen neben den Leitberufen des Gesundheitswesens – insbesondere den Krankenpflegeberufen – auch die bis dahin wenig beachteten so genannten „kleinen Pflegeberufe" mit sozialpflegerischen Akzentuierungen Altenpflege, Haus- und Familienpflege sowie Heilerziehungspflege größere Beachtung.[19] Qualifikations- und Arbeitsanforderungsanalysen ergeben sowohl im beruflichen Handeln als auch im beruflichen Lernen weit reichende gemeinsame Orientierungen über die bis dahin geltenden Berufsbereichsgrenzen zwischen „Pflege", „Sozialpflege" und „Erziehung" hinweg.[20]

Übersicht 5: Berufsbereich Pflege (seit 1995)

Berufsbereiche	Berufe	Ausbildungsdauer	Regelungsgrundlage
Pflege	Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger	3 Jahre	Bundesgesetz
	Krankenpflegehelfer/in	1 Jahr	Landesregelung
	Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/pfleger	3 Jahre	Bundesgesetz
	Hebamme/Entbindungspfleger	3 Jahre	Bundesgesetz
	Altenpfleger/in	3 Jahre	Bundesgesetz
	Altenpflegehelfer/in	1 Jahr	Landesregelung
	(Haus- und) Familienpfleger/in	2 bzw. 3 Jahre	Landesregelung
	Dorfhelfer/in	1 bzw. 2 Jahre	Landesregelung
	Heilerziehungspfleger/in	2 bzw. 3 Jahre	Landesregelung
	Heilerziehungs(pflege-)helfer/in	1 Jahr	Landesregelung

Damit verliert in der Berufsbildungsforschung die bis dahin bei der Konzeption von Ausbildungs- und Berufsprofilen für Pflegeberufe dominante Abgrenzung von den Wissensdomänen der Medizin und den Machtarealen der Ärzte ihre Bedeutung. An ihre Stelle treten nunmehr an erster Stelle Analyse, Bestimmung und Begründung berufs- und berufsbereichsübergreifender Kooperationsbeziehungen (berufliches Arbeiten) und Qualifikationsinhalte (berufliches Lernen) zwischen pflegerischen und sozialpflegerischen Berufen – in deren Folge im Berufsfeld Gesundheit der Berufsbereich Pflege um sozialpflegerisch-pädagogische Berufsabschlüsse erweitert wird (vgl. Übersicht 5).

18 Vgl. damals: RVO § 185, heute: § 3 SGB XI: Vorrang häuslicher Pflege.

19 Ein wesentlicher Impulsgeber für die Einbeziehung weiterer Berufe in die systematische Betrachtung von Berufen und beruflicher Ausbildung waren die Diskussionen auf europäischer Ebene zur Ausgestaltung der globalen Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" sowie die darauf basierenden regionalen Strategien in Europa. Vgl. WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO), Regionalbüro für Europa, Kopenhagen: Einzelziele für „Gesundheit 2000" zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie. Hrsg. von der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt/Main 1985.

20 Vgl. BECKER, W.; MEIFORT, B.: Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 169. Bielefeld 1994.

Neue Anforderungen an die Entwicklung von Berufen und die Bestimmung von beruflichen Qualifikationen

Die rasante Ausweitung der ambulanten Dienste auf dem Gebiet der gesundheitlichen Unterstützung, Versorgung und Pflege alter und erkrankter Menschen sowie die in der zweiten Hälfte der 90er Jahre ebenso schnell einsetzende Ökonomisierung und „Verbetrieblichung" des Gesundheitswesens führte dazu, dass die Prinzipien der Berufskonstruktion und der Ableitung von Berufsqualifikationen noch einmal nachjustiert werden mussten: Die Dynamik der veränderten Arbeitsorganisationen und die rasch wachsende Differenzierung wirtschaftsförmiger gesundheitsbezogener Dienstleistungen konnte nicht mehr angemessen mit den bis dahin überwiegend genutzten vier relativ statischen beruflichen Systematisierungskriterien der

- Ordnung der Wirtschaftsbereiche,
- berufsgeschichtlichen Verwandtschaft,
- Vergleichbarkeit der berufstypischen Arbeitszusammenhänge und
- Ähnlichkeit beruflicher Qualifikationsinhalte

abgebildet werden. Deshalb wurde in der Berufsbildungsforschung das der Systemtheorie entlehnte Kriterium der „systemischen Leistungsfähigkeit"[21] als zusätzlicher beruflicher Systematisierungsbaustein eingeführt.

Die Berücksichtigung des Kriteriums der „Leistungsfähigkeit" zur Systematisierung des Berufsfeldes ist vor allem pragmatisch begründet: Aus der Nachfrage nach spezifischen berufsförmigen Leistungen aus der Gesundheitswirtschaft – zum Beispiel in der ambulanten häuslichen Versorgung – ergibt sich auf Seiten der ambulanten Dienste der Bedarf nach nachfragekonformen und betriebswirtschaftlich möglichst „leistungsfähigen", das heißt in erster Linie anforderungsgerechten und für schnell wechselnde Aufgabenstellungen möglichst flexiblen Qualifikationsprofilen. Aufgabe der Berufsbildungsforschung ist es in diesem Zusammenhang unter anderem, den Stand der arbeitsmarktlich verwertbaren Qualifikationen nach Berufen zu erfassen und sie so nach Berufsbereichen zu systematisieren, dass eine Prüfung des bestehenden Qualifikationspotenzials und – wenn dies erforderlich sein sollte – die Konzeption neuer Berufe oder die Reform bestehender Ausbildungsgänge ermöglicht wird.

Qualifikationsanforderungs- und Arbeitsorganisationsanalysen, die im Bundesinstitut für Berufsbildung auf der Grundlage des Prüfkriteriums der systemischen Leistungsfähigkeit im Berufsfeld Gesundheit durchgeführt wurden, haben seit Mitte der 90er Jahre nachhaltige Wirkungen auf die Entwicklung beruflicher Qualifikationsbilder auf dem Gebiet der Versorgung, Unterstützung und Pflege erkrankter und alter Menschen entwickelt:

- Als Fortbildungsabschluss hat sich die „Fachhauswirtschafterin für ältere Menschen" auf dem Gebiet der ambulanten häuslichen Unterstützung betreuungs- und pflegebedürftiger Personen bundesweit mit relativ großer Nachfrage etabliert.[22]
- Im Hinblick auf den durch das Gesundheitsstrukturgesetz angestoßenen Bedeutungsgewinn für präventive Gesundheitsdienstleistungen wurde der/die „Fachangestellte in Bäderbetrieben" als Beruf mit präventiven Schwerpunkten neu geregelt.

---

21 Vgl. insbesondere LUHMANN, N.; SCHORR, K.-E.: Reflexionsprobleme im Erziehungssystem. Frankfurt am Main 1979 sowie DIES.: Zwischen Anfang und Ende. Fragen an die Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik 1/1992, S. 141–150.

22 Vgl. MEIFORT, B.: Modulares Weiterbildungskonzept „Hauspflege" zur Gewinnung zusätzlicher Personalressourcen für die Pflegeberufe. In: KUHLMEY, A.; LANDENBERGER, M. (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven der Kranken- und Altenpflege. Berlin/München 1993

- Die technischen Entwicklungen und Spezialisierungen der Gesundheitsversorgung im Krankenhaus erforderte die Entwicklung neuer Berufsabschlüsse: Das Bundesinstitut für Berufsbildung hat die Entwicklung des Berufsprofils „Kardiotechniker/in" beratend begleitet und den Ausbildungsberuf des/der „Operationstechnischen Angestellten" als Ausbildungsordnung nach § 107 BBiG entwickelt.[23]
- Auf Grundlage einer gemeinsamen Initiative der Spitzenorganisationen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern wurde im BIBB 2001 das Ausbildungsberufsbild für einen dualen Ausbildungsberuf für den ambulanten Sektor entwickelt („Pflegefachkraft für ambulante Dienste").[24] Ebenfalls auf Grundlage einer gemeinsamen Initiative der Sozialparteien ist 2001 in nur dreimonatiger Beratungszeit die Ausbildungsordnung zur/zum „Kosmetiker/in" erarbeitet worden.[25]

Die Frage nach der systemischen Leistungsfähigkeit stellt sich natürlich auch für die Berufskonzepte und die Ausbildungsqualifikationen von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege: Veränderten wirtschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, neuen Arbeitsorganisationsformen, neuartigen Lebensstilen und Gesundheitsrisiken sowie zunehmendem Technikeinsatz auf allen Gebieten der gesundheitlichen Unterstützung, Versorgung und Pflege erkrankter und alter Menschen kann nicht im erforderlichem Ausmaß mit den Traditionskonzepten schulischer Wissensvermittlung begegnet werden. Arbeits- und Qualifikationsanforderungen in Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Diensten müssen in unterscheidungsfähige und bedarfsgerechte Berufsbilder und berufliche Curricula übersetzt werden, die ihr Fundament in berufstypischen und betriebs- oder einsatzgebietsüblichen Geschäfts- und Arbeitsprozessen haben. Ohne eine solche Anpassung der gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen und die Entwicklung anforderungsgerechter Ausbildungscurricula riskieren Gesetzgeber und Ausbildungsträger in Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege Fehlqualifikationen in erheblichem Umfang. Sie gefährden nicht nur das Leistungssystem „Gesundheitswirtschaft", sondern auch die zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland dringend erforderliche Attraktivität der Berufe für Schulabsolventen beiderlei Geschlechts.

23 Das Bundesland Schleswig-Holstein hat die Ausbildungsordnung im Sommer 2004 erlassen.

24 Die weitere Entwicklung der Ausbildungsordnung konnte aufgrund grundlegend widersprüchlicher Positionen der Sozialparteien zur Ausbildungsdauer nicht fortgeführt werden.

25 Die Ausbildungsordnung ist zum 1.8.2003 in Kraft getreten.

WOLFGANG BECKER

Anpassungsoptionen und Veränderungsnotwendigkeiten der Berufsausbildungen im Berufsbereich „Pflege“

Die Notwendigkeit zur nachbearbeitenden Neuordnung[1] der Ausbildungsgrundlagen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege, für die hier der Arbeitsbegriff „Anpassung“ genutzt werden soll, ergibt sich in erster Linie aus der kritischen Analyse der ordnungspolitischen Versäumnissen, fachlichen Irrtümer und berufspädagogischen Unterlassungen der seit 2003 in Kraft getretenen Berufsgesetze. Alle hier vorgestellten Anpassungsvorschläge speisen sich in der Sache aus dieser Kritik – und nutzen für sie die auf dem Gebiet der Berufskonstruktion und Ausbildungsentwicklung in der Berufsbildungsforschung üblichen Materialien, Instrumente und analytischen Verfahren zur Definition und Strukturierung beruflicher Qualifikationen, wie sie in den voraufgegangenen Kapiteln beispielhaft dargelegt wurden. Vor diesem Hintergrund folgen alle Auseinandersetzungen mit den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und der Berufsgesetze dem Kriterium analytisch-kritischer Objektivität – unterwerfen sich aber keiner Verpflichtung zur Neutralität in der Wertung der begangenen Fehler.

Angesichts der bereits eingetretenen demografischen, epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Veränderungen müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um die beiden Leitberufe der Gesundheitswirtschaft in Ausbildungsinhalten und Ausbildungsformen aus den regionalisierten Schulbildungstraditionen und ihrer quasi-akademischen „Professionalitätsfalle“ zu lösen und an den deutlich zu Tage tretenden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedürfnis- und Bedarfsstrukturen zu orientieren. Ohne eine solche „realistische Wende“ in der Berufs- und Qualifikationsentwicklung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege werden in Zukunft weder genügend Interessenten für diese beiden schon jetzt dramatisch unterbesetzten Ausbildungsberufe[2] gewonnen werden können noch werden sich Ausbildungsstätten und/oder Betriebe in der Gesundheitswirtschaft bereit finden, im erforderlichen Umfang Fachkräfte auszubilden und einzustellen.[3]

---

1 Der Begriff der „Neuordnung“ ist dem Begriffsrepertoire der Entwicklung von Ausbildungsberufen im Rahmen des „dualen Systems“ entnommen – und bezeichnet sehr präzise, worum es in solchen „Neuordnungsverfahren“ geht: Haben sich beispielsweise durch Einsatz neuer Techniken oder veränderte Arbeitsorganisationen berufliche Qualifikationsanforderungen verändert, muss der Beruf und seine Qualifikationen nicht neu erfunden, wohl aber neu geordnet werden. Im dualen System bezieht sich der Begriff der „Ordnung“ neben den Qualifikationsinhalten aber auch auf die rechtlichen Rahmenbedingungen des Berufs – die „Ausbildungsordnung“ –, in denen wie bei den Berufsgesetzen des Bundes für die schulische Ausbildung die formal zu definierenden Regeln des Berufs und des beruflichen Lernens festgehalten sind.

2 Im Oktober 2003 wurden allein in der Altenpflege 20.000 nicht besetzte Fachkraft-Stellen gemeldet. Aufgrund von betriebswirtschaftlichen Umstrukturierungen und veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen ist in 2004 im gesamten Bundesgebiet ein erheblicher Rückgang von Ausbildungsplätzen in der Krankenpflege (geschätzt bis zu 40%) zu erwarten, der maßgeblich auch mit dem geringen praktischen Nutzwert der schulischen Ausbildung begründet wird. Vgl. hierzu Pressemitteilung des Instituts für angewandte Pflegeforschung (IAP) in Köln vom 8.10.2004.

3 Beide Aussagen speisen sich aus Ergebnissen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der Implementation der BIBB-Curricula: Im Saarland konnte die Zahl der ausbildenden Einrichtungen und Betriebe seit Oktober 2002 bis heute mehr als verdoppelt werden; die Ausbildungsbeteiligung von ambulanten Diensten in der Altenhilfe hat mit mehr als 40% ein in Deutschland ungewöhnlich hohes Niveau erreicht. Beide Effekte auf den Gebieten von Ausbildungsnachfragern und Ausbildungsanbietern sind eindeutig auf die in Anforderungen und Zielen „lesbare“ und damit realistische Struktur des BIBB-Curriculums zurückzuführen.

Die im Folgenden vorgestellten curricularen Veränderungsansätze und Anpassungen der Ausbildungsgrundlagen für die Altenpflege und die Gesundheits- und Krankenpflege laufen im Kern auf eine weitgehende „Dualisierung" der schulischen Berufsausbildung hinaus – und damit über eine grundsätzliche Praxisorientierung der beruflichen Qualifikationen auf eine möglichst intensive Beteiligung von Betrieben und Ausbildungsstätten in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung an Durchführung und der Verantwortung für die (praktische) Berufsausbildung.

Diese Form der Beteiligung und Mitverantwortung der „Praxis" an der Qualifizierung ihres Fachkräftenachwuchses durch „Ausbildung im Prozess der Arbeit" ist im Regelsystem der beruflichen Bildung in Deutschland seit mehr als 30 Jahren verankert. Sie hat, vom gegenwärtigen Zustand aus betrachtet, erhebliche Konsequenzen für den Aufbau und die (inhaltliche) Ausrichtung des beruflichen Qualifikationsprozesses im Berufsbereich „Pflege". Da es jedoch weder beabsichtigt ist noch erreicht werden kann, die gerade erst erlassenen Berufsgesetze[4] substanziell zu modifizieren, müssen alle erforderlichen Veränderungen sorgfältig auf Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege abgestimmt werden, um die Rechtmäßigkeit der angepassten Ausbildungscurricula nicht in Frage zu stellen.

Die Veränderungsansätze

Grundsätzlich lassen die Vorgaben der Berufsgesetze und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zwei Veränderungsansätze zu: Die Entwicklung eines zeitlich und sachlich gegliederten, berufliche Handlungskompetenzen und arbeitsprozessorientierte Lernziele ausweisenden Ausbildungsrahmenplans für die praktische Ausbildung auf der einen und die Erarbeitung eines nach Lernfeldern strukturierten Curriculums für die schulische Ausbildung auf der anderen Seite.

Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung

- Weder in den Gesetzen noch in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ist der zeitlich überwiegende Anteil der praktischen Berufsausbildung (etwa 60% der Ausbildungszeit) mit dort verbindlich zu vermittelnden Ausbildungsinhalten beschrieben. Während für die Gesundheits- und Krankenpflege überhaupt keine Gegenstände der praktischen Berufsausbildung beschrieben sind, begnügt sich die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege lediglich mit einer fünfstufigen abstrakten Umschreibung von zu erreichenden individuellen Fertigkeitsniveaus.

  Aus Sicht der Berufsbildungsforschung ist der Verzicht des Gesetzgebers auf eine curriculare Erschließung der in den Betrieben und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft zu absolvierenden Ausbildungszeit ein am Beginn des 21. Jahrhunderts kaum mehr entschuldbarer Anachronismus:

  – Er ignoriert die seit mehr als zehn Jahren vorliegenden (und seither immer wieder bestätigten) Ergebnisse aus Qualifikations- und Berufsforschung zu den Gründen

4 Wo nicht anders vermerkt ist mit Bezug auf die „Berufsgesetze" für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nicht nur das jeweilige Gesetz selber, sondern immer auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mit ihren Anhängen zu den Inhalten der schulischen Ausbildung gemeint.

für die nach wie vor extrem hohe Berufsfluktuation in Altenpflege und Krankenpflege. Als einer der sehr früh wirksamen Demotivationsfaktoren und Ausstiegsbegründungen wird dort die „Beziehungslosigkeit" zwischen schulischer Ausbildung und den Ausbildungspraktika beschrieben: Die in der Schule erworbenen Qualifikationen haben mit der angeleiteten Mitarbeit während der Praktika nichts oder nur wenig zu tun und sind damit als beruflich verwertbare Handlungskompetenzen entwertet. Die erfahrene Sinnlosigkeit beruflicher Bildungsanstrengungen mündet bei Auszubildenden und Berufsanfängern zu erheblichen Anteilen geradewegs in den Ausbildungs- oder Berufsausstieg.[5]

– Auf systematischen und damit zwischen „Theorie" und „Praxis" anschlussfähigen beruflichen Kompetenzerwerb wird für deutlich mehr als die Hälfte der Ausbildungszeit verzichtet. Statt dessen setzt der Gesetzgeber offenbar für die Ausbildungszeit, die in Form von „Praktika" absolviert werden soll, auf die aus beruflichen Anlernverhältnissen bekanten Prinzipien der „Sozialisation durch (angeleitete) Arbeit". Ein beruflicher Qualifizierungsprozess, der für mehr als die Hälfte der Ausbildungszeit auf systematisch strukturiertes Lernen verzichtet, verliert nicht nur den Anspruch auf „Professionalität". Das Fehlen systematisierter (und nachvollziehbarer) Qualifikationsverbindungen zwischen schulischem und praktischem Lernen festigt die traditionell beklagten „Theorie-Praxis-Differenzen" und macht den Erfolg des beruflichen Qualifikationserwerbs, der sich im Wesentlichen auf das individuelle Geschick von Praxisanleitern/innen und Auszubildenden verlassen muss, die Beziehungen zwischen „Theorie" und „Praxis" zu erschließen, zufällig und riskant.

– Der Verzicht auf eine systematisch aufgebaute praktische Ausbildung bedeutet auch, die Arbeitskraft der Auszubildenden zur frühzeitigen „Vernutzung"[6] im Arbeitsalltag freizugeben. Obwohl die Zeit beruflichen Lernens – geschützt durch besondere vertragliche Regelungen, die sich von arbeitsvertraglichen Regelungen unterscheiden – der Aus**bildung** dienen soll, werden Auszubildende in Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege in den meisten Fällen nicht nur vollständig auf den Stellenschlüssel der Ausbildungseinrichtung angerechnet, sondern de facto auch als „vollwertige" Arbeitskraft in den Schichten ihrer Praktika eingesetzt. „Ausbildung" als Mitarbeit als Prinzip der Ausbildungspraktika ist jedoch scharf von „Ausbildung im Prozess der Arbeit" zu unterscheiden, wie sie als Prinzip der dualen Berufsausbildung gilt: Ohne systematische Unterstützung durch arbeits- und geschäftsprozessorientiertes Berufslernen, das wiederum die Identifikation und didaktische Erschließung qualifikationstauglicher Arbeitszusammenhänge voraussetzt, führt angeleitete Mitarbeit zu einer Form des „Nachahmungslernens", das jeden Anspruch auf Berufs**bildung** und nachhaltige Wirksamkeit verspielt.

Die Berufsgesetze für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege machen weder strukturell noch berufspädagogisch brauchbare Vorgaben für die praktische Berufsausbildung. Da das Fehlen systematisch aufgebauter praktischer Ausbildungsinhalte zu einer weit reichenden Destandardisierung beruflicher Kompetenzen führen muss und bei den Auszubildenden erhebliche berufliche Qualifikationsdefiziten nach sich ziehen wird, er-

5 Vgl. beispielhaft hierzu zu Berufsausstieg und Berufsverbleib in der Altenpflege: BECKER, W.; MEIFORT, B.: Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? .Bielefeld 1997 sowie DIES.: Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Bielefeld 1998. ZIMBER, A.: Abgespannt und ausgebrannt. Arbeitsbelastungen des Altenpflegepersonals und die Einführung der Pflegeversicherung. In: Altenpflege-Forum 3/1997, S. 13-24. Für den Berufsbereich Krankenpflege vgl. u.a. DIETRICH, H.: Zur Situation und Entwicklung der Pflegeberufe in der Bundesrepublik Deutschland. In: Forschungsbericht Sozialforschung Nr. 239. Hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Bonn 1994.

6 Vgl. RIBOLITS, E.: Die Arbeit hoch? Berufspädagogische Streitschrift wider die Totalverzweckung des Menschen im Post-Fordismus, Wien/München 1995, S. 82 ff

gibt sich als erster und wohl wichtigster Veränderungsansatz die Entwicklung von systematisch mit der schulischen Ausbildung verzahnten, konsequent auf die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenzen gerichteten, sachlich und zeitlich gegliederten Ausbildungsrahmenplänen für die praktische Berufsausbildung beider Berufe.

Ausbildungsrahmenpläne erfüllen in der beruflichen Bildung die Aufgabe, den Zugang zu den Inhalten der (praktischen) Ausbildung zu vereinheitlichen. Durch den weitgehend vereinheitlichten Aufbau werden die Qualifikationsinhalte zwischen den Berufen vergleichbar und einer systematischen Aufbereitung in den betrieblichen Ausbildungsplänen zugänglich gemacht. Mit ihren sachlich und zeitlich gegliederten Gegenständen und Inhalten der praktischen Berufsausbildung beruhen Ausbildungsrahmenpläne auf der vorausgegangenen Bestimmung berufstypischer Einsatzgebiete. In der berufspädagogischen Terminologie dienen diese als „Handlungsfelder" zunächst der Definition von adäquaten Ausbildungsaufgaben, die das fachlich kompetente Agieren im beruflichen Einsatzgebiet ermöglichen sollen. Gleichzeitig sind die den Ausbildungsrahmenplan strukturierenden „Handlungsfelder" die leitende Bestimmungsgrundlage für die später zu leistende Entwicklung von „Lernfeldern" für den schulischen Teil der Berufsausbildung.

Aus diesen Zusammenhängen lässt sich leicht ableiten, dass die Entwicklung von Ausbildungsrahmenplänen für die praktische Ausbildung in Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege mehr ist als eine handwerkliche Kompensation der bei der Erarbeitung der Berufsgesetze entstandenen Defizite. Die Entwicklung von Ausbildungsrahmenplänen für die praktische Ausbildung ist ein nicht mehr zu umgehender Schritt, um den marginalisierenden „Sonderstatus" der Berufsausbildung von Gesundheitsberufen im allgemeinen, der Berufsausbildung der Berufe im Berufsbereich „Pflege" im besonderen zu beenden: Mit der Erarbeitung von Ausbildungsrahmenplänen beginnt der Weg der „inhaltlichen Dualisierung" der Berufsausbildung im Berufsbereich „Pflege". Gleichzeitig ist die Entwicklung von Ausbildungsrahmenplänen die zwingende Voraussetzung für Definition und Gestaltung beruflicher „Lernfelder" und beruflicher Lernsituationen für den schulischen Teil der Berufsausbildung – den weiteren notwendigen Veränderungen an den Ausbildungsgrundlagen für die beiden Pflegeberufe.

Unter diesen Voraussetzungen empfiehlt es sich, anstelle schwer zu legitimierender Sonderentwicklungen für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege bei der Erarbeitung von Ausbildungsrahmenplänen für die praktische Ausbildung – auch wenn sich im Verlauf der Umsetzung Anhaltspunkte für berufsbereichsspezifische Modifikationen ergeben sollten – zunächst auf das Grundraster der Ausbildungsrahmenpläne für die Berufsausbildungen im dualen System zurückzugreifen (vgl. Abbildung 1):

Abbildung 1: Struktur des Ausbildungsrahmenplans für die praktische Berufsausbildung

Lfd. Nr.	Teil des Ausbildungsberufsbildes	Zu vermittelnde Kenntnisse und Fertigkeiten	Zu vermitteln im Ausbildungsjahr		
			1	2	3

Der klassische Ausbildungsrahmenplan in der dualen Berufsausbildung besteht aus vier (Text-) Spalten:

– In der ersten Spalte werden unter der Ordnungsüberschrift „Lfd. Nr." die Gegenstände der praktischen Berufsausbildung in eine systematische Abfolge gebracht. Die in dieser Spalte vergebene Nummerierung bedeutet grundsätzlich nicht, dass Gegenstände und Inhalte der Ausbildung in dieser Reihenfolge vermittelt werden.

Sie dient vielmehr der ordnenden Gliederung der Ausbildungsgegenstände, die in dieser Abfolge das so genannte „Ausbildungsberufsbild" ergeben. Angaben zur tatsächlichen Vermittlungsfolge werden im Rahmen der zeitlichen Zuordnung in der vierten Spalte des Ausbildungsrahmenplans getroffen.

– Die zweite Spalte beinhaltet unter der Rubrik „Teil des Ausbildungsberufsbildes" die beruflichen Handlungs- oder Kompetenzfelder, die Gegenstand der praktischen Berufsausbildung sein sollen. Als Gerüst des Ausbildungsberufsbildes, das so etwas wie das Ausweispapier des Berufes und der im Rahmen der Ausbildung zu vermittelnden Qualifikationen darstellt (und als solches auch zentraler Bestandteil der Ausbildungsordnung ist[7]), beziehen sich die hier rubrizierten Gegenstände auf berufstypische und betriebsübliche Arbeits- und Geschäftsprozesse, die als Grundlage für das praktische Berufslernen herangezogen werden sollen.

– In der dritten Spalte werden unter der Bezeichnung „Zu vermittelnde Kenntnisse und Fertigkeiten" die den Gegenständen der praktischen Berufsausbildung zugeordneten Ausbildungsinhalte in einer für die berufliche Qualifizierung typischen begrifflichen Verfassung und taxonomischen Differenzierung aufgefächert. Wichtigste Leitlinie ist dabei, dass alle hier aufgeführten beruflichen Qualifikationen lernzielorientiert dargeboten werden, beruflich verwertbare Kompetenzen benennen sollen und handlungsorientiert sein müssen. Alle im Ausbildungsrahmenplan enthaltenen Kenntnisse und Fertigkeiten, die Gegenstand der Berufsausbildung sein sollen, stellen so genannte „Mindestqualifikationen" dar: Mindestens sie müssen im Ausbildungsprozess prüfbar vermittelt werden; sofern das Ausbildungsziel dadurch nicht in Gefahr gerät, kann der Ausbildungsbetrieb jedoch im Einzelfall und begründet über die definierten Qualifikationsziele hinausgehen.

– In der vierten Spalte schließlich wird die zeitliche Zuordnung von Ausbildungsgegenständen und Ausbildungsinhalten vorgenommen. Die in Abbildung 1gewählte Darstellungsform bezieht sich auf eine eher traditionelle zeitliche Strukturierung der Ausbildung: Hier können die Ausbildungsinhalte entweder global einem Ausbildungsjahr (durch die so genannte „Ankreuzmethode") zugerechnet werden oder es wird die Dauer der Vermittlungszeit in Wochen pro Ausbildungsjahr angegeben; dabei ist es grundsätzlich möglich, die Vermittlung der Ausbildungsinhalte auf mehrere Jahre zu verteilen. In den vergangenen Jahren hat sich bei neu geordneten Ausbildungsberufen – zusammen mit der Unterscheidung der zu vermittelnden Qualifikationen in „Kern-" und „Fachqualifikationen" – die so genannte „Zeitrahmenmethode" durchgesetzt, bei der Anteile mehrerer Positionen der praktischen Ausbildung unter einen orientierenden „Kompetenzrahmen"[8] gestellt werden. Dabei wird der Zeitrahmen der Vermittlungsdauer in mindestens bzw. höchstens zu verwendenden Monaten angegeben und in Bezug auf das oder die Ausbildungsjahre gebracht, in denen der Kompetenzrahmen vermittelt werden soll.

Bei der Entwicklung der Ausbildungsrahmenpläne für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege haben wir im Einverständnis mit allen an der Umsetzung der Ausbildung beteiligten Gremien und Experten zunächst auf die wohl traditionellste aller zeitlichen Zu-

7 In der ausbildungsrechtlichen Verankerung des Ausbildungsberufsbildes in den Ausbildungsordnungen des dualen Systems ähnelt es in gewisser Hinsicht dem im § 3 der Berufsgesetze festgehaltenen Ausbildungsziele, die die Befähigungsperspektiven der Ausbildung festhalten.

8 Der „Kompetenzrahmen" entspricht im wesentlichen den „Mottos", die zur Umsetzung der lernfeldorientierten schulischen und dualisierten praktischen Ausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege eingesetzt werden. Vgl. Kapitel „Sequenzierung des Ausbildungsprozesses: Einheiten bilden, begründen, verbinden", S. 111 ff sowie die beispielhafte Darstellung eines Ausschnitts der am 1.8.2004 erlassenen Ausbildungsordnung zum/zur „Konstruktionsmechaniker/in" im ANHANG 1, Seite 205.

ordnungssysteme zurückgegriffen: Die Inhalte de praktischen Ausbildung werden lediglich durch Ankreuzen einem Ausbildungsjahr zugewiesen. Im der Evaluation der Umsetzung beider Ausbildungsgänge wird diese Aufteilung einer Prüfung unterzogen, doch schien der Umstieg vom Praktikum auf eine „dualisierte" praktische Ausbildung durch möglichst einfache und grobe Vorgabestrukturen gegenüber allen anderen Verfahren, die sehr schnell immer wieder die Grenze der Überforderung überschritten haben, deutlich erleichtert zu sein.

Lernfeldstrukturierte schulische Ausbildung

Die Inhalte der schulischen Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege werden in berufspädagogisch überwiegend völlig untauglichen Stoff- oder Themenbereichen aufgehoben, die eine Übertragung in anforderungsgerechte sowie arbeits- und geschäftsprozessorientierte berufliche Qualifizierungsprozesse – wenn überhaupt – nur unter erheblichen Interpretationsanstrengungen und Anpassungsarbeiten möglich machen.[9]

- Die dargebotenen Ausbildungsthemen werden bei der Ausbildung für die Altenpflege zeitlich nach Unterrichtsstunden ohne Zuordnung nach Ausbildungsjahren differenziert, wobei der Schwerpunkt der schulischen Ausbildung mit mehr als einem Drittel der Ausbildungszeit (720 Stunden) in der „Pflege alter kranker Menschen" gelegt wird. Unklar bleibt dabei, welche Legitimität eine solche auf gesundheitliche Defizite alter Menschen konzentrierte Schwerpunktsetzung haben kann, die sich aufgrund des zeitlichen Umfangs natürlich auch auf die Vermittelbarkeit anderer beruflich relevanter Qualifikationsgebiete auswirken wird:

  Grundsätzlich gehen alle Prognosen der so genannten „Morbiditätsentwicklung" alter Menschen davon aus, dass es vor allem in den Alterskohorten der „hoch-" und „höchstaltrigen" Personen zu einer erheblichen Zunahme der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit kommen wird und dass diese Entwicklung im Wesentlichen die Pflege alter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe betreffen wird (vgl. Kapitel IV: Berufsentwicklung, Beschäftigungs- und Erwerbstätigenzahlen, Arbeitsmarktnachfrage und Fachkräftebedarf im Berufsbereich „Pflege" – Fakten, Trends und Indikatoren).

  Übersehen wird dabei gern, dass diese Entwicklung nach gegenwärtigem Wissensstand maximal etwa ein Drittel der betreuungs- und pflegebedürftigen hochaltrigen Altersgruppen betreffen wird.[10] Diese Gruppe alter Menschen wird in der Tat die Betreuungsformen und die Arbeitsbedingungen im stationären Bereich der Altenhilfe nachhaltig beeinflussen. Mit anderen Worten: Die alterungsbedingte Entwicklung der gesundheitlichen Un-

9 Dass eine direkte oder wenigstens doch „unkomplizierte" Übernahme der Vorgaben für die schulische Berufsausbildung in Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege geradezu unmöglich erscheint, zeigen die ersten „Übersetzungsversuche" der Lehrplankommissionen einzelner Bundesländer, die bis heute ihre Ergebnisse öffentlich zugänglich gemacht haben: **Jeder** landesspezifische Rahmenlehrplan verfolgt andere Lösungs- und Qualifizierungsansätze, **keine** Entwicklung übernimmt die Strukturen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen auch nur annäherungsweise. Dadurch wird nicht nur der Zustand der „beruflichen Zersplitterung" (MEIFORT) der Gesundheitsberufe ein weiteres Mal zementiert. Für die gesundheitliche Versorgung kranker und alter Menschen in Deutschland und die gesellschaftliche Anerkennung beider Berufe wird es sich nachhaltig negativ auswirken, dass über die Ländergrenzen hinweg kein Einverständnis über das Qualifikationsbild eines Berufes möglich erscheint: Wenn jede Region ausbilden kann, wie sie will, kann letztlich auch jede/r pflegen – und Qualifikationsstandards für (diese) Berufe werden überflüssig.

10 Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.) Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik", Bundestags-Drucksache 14/8800, Berlin, 18. März 2002 sowie SCHULZ, E.; LEIDL, R.; KÖNIG, H.-H.: Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW-Diskussionspapiere Nr. 240. Berlin, Januar 2001.

terstützungs- und Pflegebedürftigkeit betrifft nach heutigem Wissensstand nur einen Ausschnitt der Altersbevölkerung und im Schwerpunkt die stationäre Altenhilfe.

Darüber hinaus wird Altenpflege als Beruf ihren Schwerpunkt nur in Ausschnitten im stationären Sektor entwickeln. Statt dessen wird sie sich mit ihren beruflichen Dienstleistungen zunehmend auf den ambulanten und den intermediären Sektor konzentrieren und dort ihre Qualifikationsschwerpunkte entwickeln müssen (vgl. ebenfalls: Bedarfsentwicklung im ambulanten Sektor, S. 15ff).

Schließlich wird Altenpflege mit der festgelegten qualifikatorischen Schwerpunktsetzung als „kleine Krankenpflege" für alte Menschen ihre arbeitsmarktlichen Konkurrenzbeziehungen zu anderen Berufen im Berufsbereich „Pflege" – insbesondere zur Gesundheits- und Krankenpflege – nur schwer und unter beständigem Legitimitäts- und Lohndruck bestehen können.

- Für die Gesundheits- und Krankenpflege bleibt im Unterschied zur Altenpflege die Zeitstruktur der schulischen Ausbildung völlig offen; lediglich die Zeitvorgaben für die bei einer integrierten Ausbildung zur „Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/pfleger" zu beachtenden „Integrations-" und „Differenzierungsphasen" der Ausbildung sind vermerkt. Die einzige Zeitstruktur, die die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Gesundheits- und Krankenpflege anbietet, ist eine äußerst grobteilige zeitliche Einteilung nach so genannten „Bezugswissenschaften", die sich jedoch nicht auf einzelne Themenbereiche oder Ausbildungsjahre, sondern auf die **gesamte** Ausbildungszeit beziehen:

  So sind im Rahmen der dreijährigen Ausbildung für die „Wissensgrundlagen"

–	Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften	950 Stunden
–	Pflegerelevante Kenntnisse der Naturwissenschaften und Medizin	500 Stunden
–	Pflegerelevante Kenntnisse der Geistes- und Sozialwissenschaften	300 Stunden
–	Pflegerelevante Kenntnisse aus Recht, Politik und Wirtschaft	150 Stunden

  reserviert, die den Themenbereichen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zugeordnet werden sollen.[11] Diese im Tenor verallgemeinernd „generalistische" und quasi-hochschulische fachliche Orientierung des beruflichen Qualifikationsprozesses birgt in mehrfacher Hinsicht Probleme für Konzeption und Durchführung der Berufsausbildung:

  – Die an „Wissensgrundlagen" orientierte Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege bezieht sich überwiegend nicht auf Wissenschaftsgebiete, sondern zu einem guten Teil auf Hochschuldisziplinen, die in ihrer Abstraktheit als „Domänen" keinen praktischen Nutzwert für die curriculare Gestaltung der Ausbildung entfalten können.[12] Und selbst dort, wo Wissensgebiete (zum Beispiel: Recht, Politik und

11 Zusätzlich stehen noch 200 Unterrichtsstunden ohne explizite Zuteilung zu einem Wissensgebiet „zur Verteilung" zur Verfügung.

12 Beispiel: „Pflegerelevante Kenntnisse der Geistes- und Sozialwissenschaften" – welche (Er-) Kenntnisse der Geisteswissenschaften (Disziplin) wären „pflegerelevant"? Grundsätzlich wäre an Sachverhalte beispielsweise aus den Kommunikationswissenschaften oder der Psychologie zu denken, die jedoch als ausbildungsrelevante Wissenschaftsgebiete nicht explizit genannt werden. Dadurch entsteht ein „Fachlichkeitsvakuum", in das geradezu beliebige Interpretationen und Füllungen einströmen können, die den Beruf für willkürliche Profilierungen öffnet.

Wirtschaft) oder ein Wissenschaftsbereich (zum Beispiel Gesundheitswissenschaften) fassbar werden, bleiben sie zu allgemein, um selbst im Zusammenspiel mit den Themenbereichen eine den Beruf profilierende Wirkung entfalten zu können.

– Mit einiger Sicherheit ist die nach Unterrichtsstunden differenzierende Aufteilung in Themenbereiche, wie sie bei der schulischen Ausbildung in der Altenpflege vorgenommen wurde, kein realitätstauglicher berufspädagogischer Verfahrensansatz – dazu fehlen den getroffenen Einteilungen nachvollziehbare und prüftaugliche Begründungszusammenhänge. Allerdings entsteht dadurch wenigstens ein formales Planungsraster, mit dem sich jeder zu entwickelnde Ausbildungsplan auseinander setzen muss und kann. Umgekehrt ist die völlig offen gehaltene Zeitstruktur der Themenbereiche in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Gesundheits- und Krankenpflege ein gänzlich untaugliches Mittel, um auf dieser Grundlage eine an der Realität berufstypischer Arbeits- und Geschäftsprozesse orientierte und mit dem Anspruch auf Vergleichbarkeit ausgestattete systematische Berufsausbildung anzubieten: Sie öffnet willkürlichen Interpretationen des beruflichen Kompetenzprofils und geradezu beliebigen Agglomerationen von beruflich erforderlichen Fachinhalten und Unterrichtsstoffen Tür und Tor. Damit gefährdet die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in der vorliegenden Form nicht nur die Eindeutigkeit des beruflichen Kompetenzprofils und der Leistungsfähigkeit von ausgebildeten Fachkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege, sondern auch die systemische Legitimität des Berufs in der Gesundheitswirtschaft.

– Die Eindeutigkeit des fachlichen Leistungsprofils und damit (auch) die Offenlegung von Qualifikationsschwerpunkten und Schlüsselqualifikationen ist bei der Entwicklung von Berufen und der Definition beruflicher Ausbildungsqualifikationen eine der wichtigsten Eingangsvoraussetzungen nicht nur für die systemische, sondern vor allem auch für die soziale und arbeitsmarktliche Legitimation der Arbeitsergebnisse. Das „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“ findet hier eine für das System der schulischen Berufsbildung typische und typisch eigenartige Lösung:

  Im Rahmen der Berufsausbildung im dualen System werden im so genannten „Ausbildungsberufsbild“ die Gegenstände sowie im Ausbildungsrahmenplan die sachlich und zeitlich gegliederten Inhalte der Ausbildung direkt in die Ausbildungsordnung integriert und somit das Qualifikationsprofil des Berufes systematisch nachvollziehbar dargeboten. Im Unterschied dazu operiert das Krankenpflegegesetz mit einer mehrfachen Brechung des Kompetenzbildes der Ausbildung: § 3 des Gesetzes legt das Ziel der Ausbildung fest, wobei im Unterschied zur Ausbildungsordnung nicht die Ausbildungsgegenstände, sondern (wissenschaftlich begründete) subjektive **Kompetenzen**, die im Ausbildungsprozess zugrunde zu legenden fachlichen **Orientierungen** sowie globale pflegerische **Aufgabenbereiche** genannt werden, für deren Bewältigung die Ausbildung befähigen soll. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung informiert im § 2 darüber, dass die Ziele des Gesetzes (nur) für die praktische Ausbildung gelten; der in der Anlage 1 zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung präsentierte „theoretische und praktische Unterricht“ beinhaltet in den einzelnen Themenbereichen zwar subjektive „Befähigungsziele“, lässt jedoch nur ungefähre Beziehungen zu den Ausbildungszielen erkennen und enthält wie diese keine Ausbildungsgegenstände oder -inhalte. Kurz: Wozu die Auszubildenden als lernende Subjekte befähigt werden sollen, beschreiben Gesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mehr oder weniger nachvollziehbar; was jedoch mit welchem Ziel (berufliche Handlungskompetenzen!) und für welche berufstypischen Einsatzgebiete im schulischen Teil der Ausbildung vermittelt werden soll, bleibt völlig offen.

Alle hier beispielhaft dargestellten Indikatoren der Berufsgesetze für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege weisen auf die wohl maßgebliche Fehlorientierung der (hoch-) schulisch gedachten Berufsausbildung im Berufsbereich Pflege hin: Offenes oder „heimliches" Curriculum von Bildungsinhalten und Lernzielen ist die „subjektive Didaktik" eines allgemeinbildenden Schulunterrichts[13] – nicht aber die didaktischen Konzepte und Theorien der Berufs- und/oder Wirtschaftspädagogik der berufsbildenden Schule. Aus diesem Orientierungsproblem ergibt sich geradezu zwangsläufig die konstatierte Profillosigkeit der Berufsbilder.

Die Profilierung des Berufs entsteht jedoch gerade bei schulischen Ausbildungsberufen im Rahmenlehrplan für die schulische Ausbildung. Jede Indifferenz im Qualifikationsbild beeinträchtigt die Unterscheidbarkeit des Berufs – ein Nachteil, der sich bei der Akquise von Schulabgängern für die Berufsausbildung bemerkbar macht, zunehmend bei der unternehmerischen Entscheidung, Alten- und/oder Krankenpflegekräfte auszubilden wirksam wird und bei der Einstellungsentscheidung von Arbeitgebern eine empirisch belegte herausragende Rolle spielt.[14]

Profilierung der Berufsbilder, Bestimmung von betrieblich und arbeitsmarktlich relevanten Qualifikationsbündeln und Kompetenzen sowie die Sicherung der Anschlussfähigkeit der berufsbildenden Curricula für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege an die Ausbildungsgrundlagen des dualen Ausbildungssystems in Deutschland durch Nutzung vergleichbarer Aufbauformen und didaktischer Prinzipien waren die wichtigsten Argumente für die Entwicklung von lernfeldstrukturierten schulischen Ausbildungscurricula für die Berufe im Berufsbereich Pflege. Beide vom BIBB entwickelten Rahmenlehrpläne für den schulischen Ausbildungsteil von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege legen alle Vorgaben der Themenbereiche aus den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zugrunde, stellen sie allerdings in den Kontext einer grundsätzlich neu aufgebauten, sachlich und zeitlich systematisch gegliederten beruflichen Kompetenzentwicklung:

– Grundsätzlich wurde das bei der Entwicklung beruflicher Ausbildungsgänge übliche Verfahren übernommen, die Ziele, Gegenstände und Inhalte der schulischen Berufsausbildung an den berufstypischen und betriebsüblichen Qualifikationsanforderungen zu orientieren. Dabei übernimmt der Ausbildungsunterricht die Aufgabe, diejenigen (auch: theoretischen und wissenschaftlich fundierten) Grundlagen bereitzustellen, die zur Erschließung, Aneignung und Verarbeitung (Reflexion) der Arbeitsrealität vorausgesetzt werden müssen und erforderlich sind. Anders ausgedrückt: Lernfelder, Lernziele und Lerninhalte orientieren sich weder an abstrakten Fachsystematiken noch an (mindestens ebenso abstrakten) „Pflegephänomenen", sondern an beruflich prägenden Geschäfts-, Arbeits-, und Organisationsprozessen und bieten die Möglichkeit, die Begründungen, Zusammenhänge und Auswirkungen der Planung, Durchführung und Bewertung beruflichen Handelns in berufstypischen und realistisch komplexen Lernarrangements zu erarbeiten. Damit erreicht der Aus-

13 Zentrale Annahmen der „subjektiven Didaktik" beziehen sich darauf, dass Lernende autopoietisch, autonom und selbstreferenziell denken und handeln. Eine im Sinne des berufsbezogenen Qualifizierungserfolgs vergleichbar „riskante" Überhöhung des pädagogischen Anspruchs beruflichen Lernens wird sowohl in der KMK-Empfehlung zur lernfeldorientierten Berufsausbildung als auch in einer Reihe von wissenschaftlichen Diskussionsbeiträgen als besonderer „Bildungsauftrag" der Berufsschule kodifiziert. Dies mag angesichts der Marginalisierung der Berufsschule im System der betrieblichen Berufsausbildung gerechtfertigt erscheinen, angesichts der Rollenverteilung der Lernorte in der Berufsausbildung für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege wirkt die Subjektzentrierung beruflichen Lernens problemverursachend. Vgl. u.a. KUTSCHA, G.: Didaktik der beruflichen Bildung im Spannungsfeld von Subjekt- und Systembezug. In: DEHNBOSTEL, P., WALTER-LEZIUS, H.-J. (Hrsg.): Didaktik moderner Berufsbildung. Standorte, Entwicklungen, Perspektiven. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 186. Berlin/Bonn 1995, S. 266-278.

14 Vgl. u.a. SCHADE, H.: Qualifikationsanforderungen der Betriebe an neue Mitarbeiter/innen im Berufsfeld Gesundheit/Wellness.. Bonn 2004.

bildungsunterricht – verglichen mit den Traditionen der Pflegeausbildung – eine neue Qualität von „Praxispropädeutik": Es geht nicht mehr um das vorausgreifende Einüben pflegerischer Tätigkeiten, sondern um die Erschließung der handlungsleitenden Prinzipien beruflicher Pflegearbeit unter den für den Beruf typischen Rahmenbedingungen und Einflussgrößen. Die Umsetzung des Lernfeldlernens erfolgt in so genannten „Lernsituationen", die zur Unterstützung beruflicher Handlungskompetenz grundsätzlich als handlungsorientierte Lernprozesse arrangiert werden sollten (vgl. die Kapitel „Lernfelder und Arbeitsprozessorientierung ...", S. 89ff sowie „Lernsituationen ...", S. 121ff).

– Eine besondere Herausforderung an Entwicklung und taxonomische Differenzierung der Lernfelder bildete der Anspruch, die Rahmenlehrpläne zur fachlichen Profilierung der Berufe zu nutzen: Weder für Altenpflege noch für Krankenpflege waren eigenständige „fachliche Zentren" bestimmt, die als Merkmal beruflicher Autonomie geeignet gewesen wären, den Beruf anders als einen „Heilhilfsberuf"[15] im Wortsinn darzustellen. Anders als im betrieblichen Ausbildungswesen, das sich bei der Entwicklung von Lernfeldern im wesentlichen auf berufliche Einsatzgebiete und typische Arbeitsaufgaben stützt,[16] wurden spezielle Lernfelder entwickelt, die die fachliche Orientierung beruflichen Handelns von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege in den Mittelpunkt stellen. Sie stehen aufgrund des besonderen Aufbaus der Ausbildungsgänge, die als Bausteine einer gemeinsamen Ausbildung von Berufen im Berufsbereich Pflege angelegt sind, im ersten Ausbildungsjahr im Mittelpunkt (vgl. das folgende Kapitel „Die „dualisierte" Berufsausbildung für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege ...", S. 61ff).

– In Ergänzung dazu sollten die Lernfelder in Form einer „horizontalen Differenzierung" die Schrittfolge beruflicher Kompetenzentwicklung über den gesamten Ausbildungsprozess hinweg darstellbar machen. In einer Art „inneren Stufung" repräsentiert jedes Ausbildungsjahr der schulischen (und der praktischen) Ausbildung ein spezifisches Niveau beruflicher Kompetenz, das jeweils in so genannten „Schlüssel-Lernfeldern" aufgehoben wird.

– Wie bei der praktischen Ausbildung sollte auch der schulische Ausbildungsteil im Aufbau und der Verteilung der Qualifikationen die Möglichkeit bieten, die Ausbildung zum/zur Alten- oder Krankenpflegehelfer/in zu integrieren. Dabei war für die Entwicklung der lernfeldorientierten schulischen Ausbildungscurricula zu berücksichtigen, welche beruflichen Aufgabenbereiche und betrieblichen Geschäftsprozesse in der Gesundheitswirtschaft für einjährig qualifizierte Kräfte in Frage kommen. Am Beispiel der Altenpflege haben wir uns entschieden, den Einsatzbereich für Helfer/innen auf die im SGB V und XI beschriebenen Aufgaben in der Grundpflege zu konzentrieren. Gleichzeitig werden im ersten (schulischen) Ausbildungsjahr alle fachlichen Grundlagen angeboten, die es den Auszubildenden ermöglichen, ihre „Helferaufgaben" mit den Anforderungen und Aufgaben der „großen Pflege" in Beziehung zu setzen und zu verbinden.

Als Ordnungsmittel für die Lernfeldcurricula von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege haben wir das Grundmuster der berufsschulischen Rahmenlehrpläne genutzt –

15 Der Begriff „Heilhilfsberuf" wird im § 107 Berufsbildungsgesetz (BBiG) erwähnt. Dort wird festgelegt, dass „bundesgesetzliche Regelungen" für die Ausbildung in den Heilhilfsberufen von der Ausbildung nach BBiG „unberührt (bleiben)", also nicht in den Geltungsbereich des BBiG überführt werden sollen.

16 Vgl. wiederum am Beispiel der 2004 neu geordneten industriellen Metallberufe die Darstellung der Entwicklung von Lernfeldern für die berufsschulische Ausbildung von DIEBOLD, W.: Die Rahmenlehrpläne der neuen Metallberufe – Herausforderung und Chance für die berufsbildenden Schulen. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 4/2004, S. 14- 17.

wenn auch mit Anpassungen, die uns für einen so grundsätzlichen Orientierungs- und Arbeitswechsel unerlässlich erschienen:

– Lernfeldnummerierung, Zuordnung zum Ausbildungsjahr, Lernfeldbezeichnung und zeitlicher Richtwert der vorgesehenen Ausbildungszeit entsprechen dem Muster der Rahmenlehrpläne für die berufsschulische Ausbildung im dualen System.

Abbildung 2: Muster der Lernfeldstruktur in den BIBB-Curricula

Lernfeld 2		1. Ausbildungsjahr
Gesundheits- und Krankenpflege als Beruf		140 Stunden
Bezug APO	Zielformulierungen:	
2.3 3.2	2.1 Die Schülerinnen und Schüler beachten …	
Bezugswissenschaften nach Ausbildungs- und Prüfungsverordnung:		
Inhalte:		

– Unter der Rubrik „Zielformulierungen" haben wir uns dazu entschlossen, den sachlogischen Bezug zu den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen auszuweisen. Am Beispiel der Gesundheits- und Krankenpflege bedeutet also die unter „Bezug APO" ausgewiesene Ziffer „2.3", dass das Lernziel in Bezug zum Themenbereich 2, Spiegelstrich 3 steht (vgl. Abbildung 2).

  Für dieses gegenüber den ersten Auflagen der Curricula abweichende Vorgehen gibt es eine ganze Reihe von Begründungen: Die Möglichkeit, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und BIBB-Curricula nachvollziehbar zueinander ins Verhältnis zu setzen, soll für Lehrkräfte den Umstieg in ein neuartiges didaktisches Bezugssystem erleichtern und die Sicherheit vermitteln, dass alle Anforderungen aus den Berufsgesetzen eingelöst werden. Gleichzeitig ergeben sich auf diese Weise Möglichkeiten, den Nachweis zu führen, dass und wann alle prüfungsrelevanten Ausbildungsgegenstände und -inhalte vermittelt wurden.

  Dabei ergeben sich nicht selten mehrfache Bezüge, da Lernfelder immer größere Zusammenhänge im Blick haben als die in den Berufsgesetzen festgehaltenen „Themenbereiche", die – wie später zu sehen sein wird – eher als Strukturierungsmittel für Lernsituationen tauglich sind. Hinzu kommt, dass die „Befähigungsziele" der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (wenigstens in der Gesundheits- und Krankenpflege) überwiegend so abstrakt formuliert sind, dass eine eindeutige Zuordnung zu Ausbildungsgegenständen der Lernfelder kaum möglich ist.

  Schließlich erhalten auch die Zielformulierungen der Lernfelder Ordnungsziffern, die es später erleichtern sollen, die Lernziele der Lernfelder den unterrichtsprägenden Lernsituationen zuzuordnen.

– Abweichend von der Norm der Rahmenlehrpläne für das betriebliche Ausbildungswesen haben wir für die Gesundheits- und Krankenpflege die Rubrik „Bezugswissenschaften" eingefügt. Sie bezieht sich auf die Anforderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, *„innerhalb der Themenbereiche … verschiedene fachliche*

Wissensgrundlagen zu vermitteln, (die) bei der Planung des Unterrichts … den einzelnen Themenbereichen" zugeordnet werden sollen.[17] Diese Wissensgrundlagen werden im Krankenpflegegesetz, § 3, Absatz 1 als *„bezugswissenschaftliche Erkenntnisse"* bezeichnet.

– In der Rubrik „Inhalte" wird in den Rahmenlehrplänen üblicherweise ein Aufriss des möglichen Unterrichtsstoffs gegeben. Diesem Konzept wird auch in den lernfeldorientierten Curricula des BIBB gefolgt, allerdings mit einigen Abweichungen gegenüber den Regeln der dualen Ausbildung: Weder für Altenpflege noch für Gesundheits- und Krankenpflege liegen so genannte „Fachdidaktiken" vor, die in Bezug zu den Lernfeldern hätten abgebildet werden können. Die für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege vorliegenden Stoffverteilungspläne sind so heterogen, dass sie als Anhaltspunkte für die Beschreibung von Ausbildungsinhalten für die schulische Ausbildung nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden konnten. Hinzu kommt, dass der traditionell genutzte „Stoff" in der Regel (Schul-) Fachsystematiken, in neuerer Zeit so genannten „Pflegephänomenen"[18] als Systematisierungsparametern folgt, die für eine arbeits- und geschäftsprozessorientierte Ausbildung nur von sehr begrenztem Nutzen sind. Wir haben deshalb eine eher thematisch Gliederung bevorzugt, die in der notwendigen Differenzierung einen Rahmen anbietet, in dem der Ausbildungsunterricht stattfinden sollte.

Die Entwicklung eines Ausbildungsrahmenplans für die praktische Ausbildung sowie eines lernfeldstrukturierten Curriculums für die schulische Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege (sowie die dazugehörigen Ausbildungsaufgaben und Lernsituationen) sind die wichtigsten Anpassungserfordernisse für eine zeitgemäße und im System der Berufsbildung anschlussfähige Ausbildung. Damit sind aber keineswegs alle Veränderungsnotwendigkeiten der Berufsgesetze abgedeckt. An erster Stelle der noch erforderlichen Anpassungsarbeiten wären die ausbildungsbegleitenden Prüfungen zu nennen, die sich in den Berufsgesetzen als System schulisch gedachter Wissensüberprüfungen, nicht aber als Prüfungen beruflicher Handlungsfähigkeit präsentieren. Aufgrund der bestehenden gesetzlichen Vorgaben können sich alle Veränderungsansätze nur auf die Gestaltung der Prüfungsdurchführung, nicht aber auf Modifikationen beispielsweise in der Gewichtung der Prüfungsanteile oder auf die Einführung von Zwischenprüfungen beziehen – so sinnvoll sie auch in den Ausbildungsprozess integriert werden könnten.

Im Rahmen der Umsetzung der Alten- und Krankenpflegeausbildung nach den BIBB-Curricula sind die zuständigen Ministerien, Ämtern und Ausbildungseinrichtungen beraten worden, die Handlungs- und Praxisorientierung der Ausbildung möglichst auch in Aufbau und Ablauf der Abschlussprüfungen abzubilden und auf eventuell übliche Wissensabfragen zu verzichten. Schriftliche und mündliche Prüfungsteile sollten danach möglichst als Vorbereitung und Ergänzung der im Mittelpunkt des gesamten Prüfungsgeschehens stehenden praktischen Prüfung eingesetzt werden, nicht aber als (teil-) autonome Einheiten. Während aus der Umsetzung der Altenpflegeausbildung zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit der Durchführung der ersten beiden Altenpflegehilfeprüfungen erste und gute Erfahrungen mit dieser Grobkonzeption gemacht wurden, steht die Entwicklung einer handlungsorientierten Abschlussprüfung für die Gesundheits- und Krankenpflege noch am Anfang. Konzepte und Erfahrungen werden im Teil II dieses Bandes (Kapitel „Die Prüfung – Selektionsinstrument oder Unterstützung bei der Kompetenzentwicklung?", S. 139ff) vorgestellt.

17 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I Nr. 55. Bonn, 19. November 2003, S. 2270.

18 Vgl. etwa FAUST, O.; MÜNCH, K.: Pflegen können. Stuttgart 2004, die die gesamte schulische Ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege in Parzellen so genannter „Pflegephänomene" aufteilen.

WOLFGANG BECKER

„Dualisierte" Berufsausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege – das Ausbildungskonzept des Bundesinstituts für Berufsbildung

Die Berufsausbildung in den beiden wohl wichtigsten Berufen des Berufsbereichs „Pflege" wird gegenwärtig tief greifenden Veränderungen unterzogen: Die Berufsausbildung in der Altenpflege erfolgt seit dem 1. August 2003 nach dem vom Bundesverfassungsgericht bestätigten Altenpflegegesetz (AltPflG). Allerdings besteht bis heute kaum Klarheit darüber, wie die neuen Anforderungen des Bundesgesetzes curricular umgesetzt werden sollen; jedes Bundesland hat seine eigenen Lehrplankommissionen beauftragt, um Lehrpläne zu entwickeln und Unterrichtslösungen zu finden. Dadurch besteht die große Wahrscheinlichkeit, dass die Ausbildung in der Altenpflege auch auf neuer gesetzlicher Grundlage in den traditionellen Zustand der länderspezifischen „Zersplitterung" zurückfällt.

Ähnlich problematisch scheint sich die Situation in der Krankenpflege zu entwickeln. Die Berufsausbildung der Krankenpflegeberufe wird seit dem 1. Januar 2004 nach dem reformierten Krankenpflegegesetz (KrPflG) durchgeführt. Allerdings überlässt der Gesetzgeber auch hier den Bundesländern die Umsetzung der (schulischen) Ausbildung. Und auch für die Krankenpflege steht zu erwarten, dass im Ergebnis die Ausbildung in Zukunft nicht einheitlicher wird, sondern in eine Vielzahl regionaler und trägerspezifischer Insellösungen zerfällt. Diese Situation ist um so kritischer zu werten, als der Gesetzgeber in beiden Berufsgesetzen in einer „Modellklausel" ausdrücklich dazu ermuntert, integrierte Ausbildungsgänge für „Pflegeberufe" zu entwickeln. Offen bleibt allerdings, welchen Standards berufliche Integrationskonzepte folgen sollen, wenn die Ausbildungsgesetze keine dafür nutzbaren Strukturen erkennen lassen.

Aus fachlicher Sicht sind beide Berufsgesetze umfassender Kritik unterzogen worden.[1] Dabei gilt die Kritik den erstaunlich voneinander abweichenden rechtlichen Rahmenvorgaben der Berufsgesetze, im Schwerpunkt aber den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, die im Wesentlichen die zeitliche Struktur sowie Inhalte und Gegenstände von Ausbildung und Prüfungen bestimmen sollen. In diesem Zusammenhang geraten vor allem die folgenden Punkte in die Diskussion:

- Obwohl die praktische Ausbildung in Altenpflege und Krankenpflege mit etwa 60% der Zeitanteile der gesamten Ausbildungszeit überwiegt, hat es der Gesetzgeber versäumt, die Ausbildungsinhalte für die praktische Ausbildung verbindlich festzulegen. Statt dessen werden unter Vernachlässigung der einfachsten Standards der Berufspädagogik lediglich abstrakte Fertigkeitsvorstellungen und individuelle Dispositionen angesprochen, die im Verlauf der praktischen Ausbildung erreicht werden sollen. Damit ist der bedeut-

1 Vgl. beispielsweise BECKER; W.: Pflegeausbildung – Quo vadis? In: MEYER, G.; LUTTERBECK, J. (Hrsg.): Pflegebildung – quo vadis? Beiträge zur 10. Werkstatt für die Pflege. Münster 2002. BECKER, W.: Zur Arbeit mit dem Lernfeldkonzept in der Ausbildung nach dem neuen Krankenpflegegesetz. In: ver.di (Hrsg.): Ausbildung nach dem neuen Krankenpflegegesetz. Tagungsband der dritten bundesweiten Fachtagung für Lehrerinnen und Lehrer in der Pflege am 12.11.2003 in Dortmund. Berlin 2003. BISCHOFF-WANNER, C.: Akademisierung der Berufsbildung – Chance oder Risiko? In: BECKER, W.; MEIFORT, B. (Hrsg): Alles Pflege – oder was? Ergebnisse der 12. Hochschultage Berufliche Bildung 2002. Bielefeld 2002.

samste Teil der Ausbildung geregelten und verbindlichen beruflichen Bildungsprozessen entzogen. Der Standard einer jeden Berufsausbildung, berufliche Leistungsfähigkeit und arbeitsmarktliche Einsatzfähigkeit der Ausbildungsteilnehmer dadurch nachzuweisen, dass das Ausbildungscurriculum die mindestens zu vermittelnden beruflichen Handlungskompetenzen in allgemein nachvollziehbar systematischer, zeitlich und sachlich gegliederter Form enthält, wird bei beiden Berufen noch nicht einmal in Ansätzen eingehalten.

- Auch die Ausbildungsinhalte für die schulische Ausbildung sind im berufspädagogischen Sinne nicht hinreichend an beruflichen Handlungskompetenzen orientiert. Nach wie vor richten sich die Lernziele der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen nach einer veralteten Stoff-, Fächer- und Fachsystematik oder – besonders herausgehoben im Falle der Gesundheits- und Krankenpflege – an abstrakten und realitätsfremden Zielvorstellungen:

  So werden die ausbildenden Schulen in den Themenbereichen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Gesundheits- und Krankenpflege beispielsweise aufgefordert, die Auszubildenden zu befähigen, ihr *„Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen" auszurichten, es „mit Hilfe von pflegetheoretischen Konzepten zu erklären"* und schließlich *„Forschungsergebnisse in Qualitätsstandards zu integrieren"*. An anderer Stelle wird das Ausbildungsziel beschrieben, *„berufliches Selbstverständnis (zu) entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen"*. Dabei soll es unter anderem darum gehen, *„den Pflegeberuf im Kontext der Gesundheitsfachberufe zu positionieren"*.

  Ähnlich abstruse Verwechslungen von impliziten und expliziten beruflichen Lernzielen, die nicht nur auf eine erhebliche verstehende Unschärfe zwischen bildungstheoretischer und berufsbildender Didaktik zurückzuführen sind, finden sich auch in den Lernbereichen der Altenpflege. Auch hier wird *„Pflegeforschung und Umsetzung von Forschungsergebnissen" ebenso als explizites berufliches Qualifikationsziel formuliert wie die „Professionalisierung der Altenpflege"*.

  An diesen Beispielen wird deutlich, dass die für beide Berufe gefundenen Lernziele wenigstens in Teilen anforderungsfremd sind und wie arbeitsprozessrelevante berufliche Handlungskompetenzen in den Hintergrund geraten. Der Anwendungsbezug der Lerninhalte ist dadurch ebenso wenig erkennbar wie eine sinnvolle Vorbereitung auf berufsübliche und einsatzgebietstypische Arbeits- und Geschäftsprozesse.

- Die (schulischen) Ausbildungsinhalte beider Berufe orientieren sich nicht an den im Berufsbildungssystem anerkannten Standards der Lernfeldstruktur für die Rahmenlehrpläne der schulischen Ausbildung:[2] Lernfelder sollen den (berufs-) schulischen Ausbildungsablauf unter Verzicht auf die traditionelle Fach-/Fächersystematik auf die Arbeits- und Geschäftsprozesse der beruflichen Praxis orientieren (Anwendungsbezug) und übergreifende berufliche Orientierungen zur Unterstützung von Flexibilität und beruflichen Entwicklungsoptionen in Fort- und Weiterbildung anbieten. Beide Berufsgesetze bieten hierzu kein schlüssiges und fachlich vertretbares Konzept.

  Dies gilt umso mehr, als die Grundvoraussetzung eines funktionierenden Lernfeldkonzeptes die Definition von Ausbildungsinhalten, Lernzielen und beruflichen Handlungskompetenzen ist, die mit der praktischen Berufsausbildung vermittelt werden sollen.[3] Fehlt dieser (Anwendungs-) Bezug, weil Ziele, Gegenstände und Inhalte der praktischen Ausbil-

2 Maßgeblich für die Definition der lernfeldstrukturierten Rahmenlehrpläne für die berufsschulische Ausbildung ist der Beschluss der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen für den berufsbezogenen Unterricht in den Berufsschulen und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Bonn, 15. September 2000.

3 Vgl. u. a. BADER, R.; SCHÄFER, B.: Vom komplexen Handlungsfeld zur didaktisch strukturierten Lernsituation – Leitfragen zur didaktischen Reflexion komplexer Handlungsfelder und Analyse ihrer Bildungsrelevanz für den Unterricht in der Berufsschule (Arbeitspapier für KMK-Fortbildungen), o. O. 1998.

dung nicht beschrieben sind, bleiben „Lernfelder" ohne systematische Fundierung und für die Didaktik der beruflichen Bildung wirkungslos.

- Hinzu kommt, dass beide Berufsgesetze trotz ausdrücklicher Ausrichtung auf „integrierte" oder teilweise gemeinsame Ausbildungsmodelle von Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege[4] strukturell und inhaltlich so unterschiedlich angelegt sind, dass eine sinnvolle Verzahnung dieser beiden Ausbildungen im Berufsbereich Pflege in der vorgelegten Form nicht erleichtert, sondern maßgeblich erschwert wird.

Didaktische Vorüberlegungen

Die weit reichenden Versäumnisse und Indifferenzen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege machen die verstehende Interpretation, fachliche Zuordnung und didaktische Neuorganisation der Ausbildungsinhalte zwingend erforderlich. Dies belegen alle bislang entwickelten bundeslandspezifischen Lehrplankonzepte für beide Berufe, die durchweg neue Zuordnungen und Organisationen für die Themenbereiche der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen präsentieren. Die bislang gefundenen schulischen Lösungsansätze in den Lehrplänen der Länder unterstreichen allerdings auch nachdrücklich, dass die Ausrichtung an kleinräumigen pflegerischen Anforderungen (Beispiel: „Patient mit Grippe" – 2 UStd.) und/oder so genannten „Pflegephänomenen" (Beispiel: „Pflegephänomen Erinnerung") zwar individuell bildsam sein kann, als systematische Struktur für eine arbeitsprozessorientierte Berufsausbildung in Schulen, Betrieben und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft nicht geeignet ist. In Form von teilweise hoch abstrakten „Pflegephänomenologien" (Beispiel: „Personale Pflegephänomene")[5] oder extrem kleinteilig beschriebener Pflegesituationen (Beispiel: „Medikamente verabreichen")[6] riskieren sie vielmehr schon in der Ausbildung das Entstehen „hilfloser Helfer".[7]

Exemplarisch durchgeführte Arbeits- und Arbeitsorganisationsuntersuchungen in stationären Gesundheitseinrichtungen[8] lassen demgegenüber keinen Zweifel daran, dass die pflegende Interaktion erst durch konsequente Rückbindung in Planung, Durchführung und Evaluation an tatsächliche und komplexe, in ihren Zusammenhängen empirisch erfasste Arbeitsprozesse wirt-

4 In der Koalitionsvereinbarung der Regierungsparteien SPD und Bündnis 90/Die Grünen von 1998 ist *„langfristig vorgesehen ..., die Ausbildung in den Pflegeberufen auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen. … Dementsprechend wird die durch Artikel 2 des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege … sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I, S. 1513) in das geltende Krankenpflegegesetz eingefügte Modellklausel in den vorliegenden Gesetzentwurf übernommen. Dadurch wird den Ländern ... ermöglicht, gemeinsame Ausbildungsstrukturen in der Altenpflege-, Kinderkrankenpflege- und Krankenpflegeausbildung zu erproben, um richtungsweisende Erkenntnisse für eine Weiterentwicklung der Ausbildungen in den Pflegeberufen zu erhalten."* In: Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Bundesrat-Drucksache 477/02 vom 31. Mai 2002, S. 24f.

5 Die Beispiele sind entnommen aus FAUST, O.; MÜNCH, K.: Pflegen können. Stuttgart 2004. Das Buch enthält einen schulischen Ausbildungsplan, der gleichzeitig auch Grundlage für einige Ausbildungsmodellversuche ist.

6 Dieses Beispiel stammt aus MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN: Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW. Düsseldorf 2004.

7 Der Begriff bezieht sich auf SCHMIDBAUER, W.: Die hilflosen Helfer. Reinbek 1986.

8 Im Rahmen der vom Bundesinstitut für Berufsbildung in Auftrag gegebenen Untersuchung „Arbeitsorganisation und Berufsausbildung im Krankenhaus" wurden Genese, Ablauf und Gestaltungsräume der krankenpflegerischen Arbeit und der Anleitung von Auszubildenden in chirurgischen und internistischen Stationen (N = 18) ausgewählter Krankenhäuser analysiert Ziel der Untersuchung war es, die Organisationsreserven im Krankenhaus für die Durchführung einer praktischen Berufsausbildung nach den Standards des dualen Systems zu erfassen und exemplarische Ausbildungsaufgaben zu entwickeln. Vergleichbare Untersuchungen wurden vor und während der Entwicklung des Altenpflege-Curriculums durchgeführt (N=18). Die Veröffentlichung befindet sich in Vorbereitung.

schaftlich lohnend, in der gesundheitlichen Unterstützung wirksam und individuell sinnvermittelnd – also zum „Leistungsprozess" wird. Arbeitsprozessorientierung als Leitprinzip der Ausbildung ist jedoch im Rahmen traditioneller schulischer Ausbildungsformen, die sich überwiegend situativ und/oder an einzelnen Pflegetätigkeiten ausrichten, nicht zu realisieren. Arbeitsprozessorientierung benötigt ein Ausbildungssystem, das berufliche Qualifizierung an beiden Lernorten aus der Perspektive ausbildungstauglicher berufsüblicher und einsatzgebietstypischer Arbeitszusammenhänge betrachtet und in der Praxis als „Ausbildung im Prozess der Arbeit" stattfindet. Für den Lernort Schule bedeutet diese neuartige qualitative Gewichtung die Übernahme einer neuen Rolle: Sie wird „Dienstleister" der beruflichen Realität, die sie mit exemplarisch aufgebauten Lehr-/Lernarrangements („Lernsituationen") in Begründungen, Zusammenhängen und Wissensbasierung erschließt. Anders ausgedrückt: Wenn die Berufsausbildung der Gesundheitsberufe die Realität beruflicher Arbeit mit ihren Leistungserwartungen, Arbeits- und Qualifikationsanforderungen erreichen will, ist eine systematische Anbindung an die Standards der dualen Berufsausbildung unumgänglich.

Die Entwicklung der an den Standards der dualen Berufsausbildung orientierten Curricula des BIBB für die Berufsausbildung in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege hat das Ziel, den marginalisierenden Sonderweg der Berufsausbildung im Berufsbereich Pflege zu beenden und gleichzeitig den Anschluss an das Regelsystem der Berufsausbildung in Deutschland zu sichern. Dafür sind nicht nur die Ergebnisse der empirischen Berufs- und Berufsbildungsforschung zu berücksichtigen, Arbeits- und Qualifikationsanforderungsanalysen in die Curriculumentwicklung einzubeziehen sowie die bestehenden Ausbildungsmaterialien einer kritischen Bestandsaufnahme zu unterziehen. Mindestens ebenso wichtig ist auch die Konturierung eines didaktischen Bezugsrahmens, der für die Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege den Anschluss an die didaktischen Diskurse in der Berufsbildung herstellt und Koordinierungshilfen für die Umsetzung und Nutzung der Ausbildungscurricula zur Verfügung stellt.

Dazu benötigt die Berufsausbildung für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege – im Gegensatz zu zahlreichen pflegewissenschaftlichen Aspirationen[9] – keine neue didaktische Theorie, um so notwendiger aber eine pragmatische berufspädagogisch-didaktische Fundierung. Dies gilt vor allem für die Vorhaben,

- für die praktische Ausbildung einen Ausbildungsrahmenplan nach dem Muster der betrieblichen Berufsausbildung zu entwickeln, der systematisch sachlich und zeitlich gegliederte berufliche Handlungskompetenzen beschreibt;
- für die schulische Ausbildung einen nach so genannten „Lernfeldern" aufgebauten Rahmenlehrplan zu entwickeln, der – orientiert an der jeweils spezifischen beruflichen Praxis – arbeitsprozessorientierte berufliche Lernziele beinhaltet, die in unterrichtsrelevanten beruflichen „Lernsituationen" aufgeschlüsselt werden können;
- ein Konzept für die gemeinsame („integrierte") Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege zu entwerfen, das der Optimierung realer beruflicher Kooperationsprozesse und den aktuellen Anforderungen gesundheitsbezogener Dienstleistungsarbeit entspricht.

Lernfeldstruktur, Arbeitsprozess- und Handlungskompetenzorientierung der beruflichen Bildung in Praxis und (Berufs-) Schule sowie die (teilweise) gemeinsame Ausbildung von Berufen – im gleichen Berufsfeld oder berufsfeldübergreifend – sind als konstruktiv wirksame didaktische Strategien im dualen System seit langem die Regel. Zu prüfen ist für das Konzept der curricularen „Dualisierung" der Berufsausbildungen für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege

9 Vgl. beispielhaft aus jüngerer Zeit KOEPPE, A.; MÜLLER, K.: Auswahl und Gestaltung neuer Praxisfelder im Rahmen der Pflegeausbildung. In: PrinterNet Pflegepädagogik 5/2004, S. 261-266 sowie DARMANN, I.: Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung. In: PrinterNet Pflegepädagogik 4/2004, S. 197-203.

vor diesem Hintergrund, ob und in welcher Form die Definitionsgrundlagen der beruflichen Lernorganisation in Berufsschule und Betrieb auf der einen und die didaktischen Positionen der Berufs- und Wirtschaftspädagogik auf der anderen Seite als Koordinaten für das neue Ausbildungskonzept zugrunde gelegt werden können.

Arbeitsprozessorientierung der schulischen Ausbildung: Weg in die Lernfelder

Im dualen System werden Gegenstände, Inhalte und Gliederung der praktischen Ausbildung im Rahmen von so genannten „Ordnungsverfahren" unter Beteiligung und Rückgriff auf wissenschaftliche Vorarbeiten des Bundesinstituts für Berufsbildung von Experten der Sozialparteien in Verpflichtung zum Konsens festgelegt. Die Einbeziehung der Spitzenorganisationen von Wirtschaft und Gewerkschaften sichert in diesen Verfahren die bundesweite Anerkennung und die vergleichbare Umsetzung der im Ausbildungsrahmenplan festgelegten praktischen Ausbildungsinhalte; die Kammern als zuständige Stellen sollen die regelgerechte Umsetzung der praktischen Ausbildung fördern und prüfen. Die Sozialparteien sind es auch, die die Notwendigkeit zur Anpassung bestehender oder zur Entwicklung neuer Ausbildungsordnungen feststellen und gemeinsam eine Neuordnung beim zuständigen „Fachministerium" initiieren.

Für den berufsschulischen Teil der Ausbildung sind die Bundesländer im Rahmen ihrer „Kultushoheit" zuständig. Experten der Sozialparteien werden an der Erarbeitung der Rahmenlehrpläne formal nicht beteiligt; Akteure sind hier in der Regel von den Bundesländen benannte Berufsschullehrer. Wissenschaftler des Bundesinstituts für Berufsbildung genießen in den Rahmenlehrplankommissionen jedoch ein Gastrecht, um die Verzahnung von praktischer und schulischer Ausbildung zu sichern. Koordiniert wird die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen vom Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister (KMK). Die KMK hat seit ihrem Bestehen darauf geachtet, unter Berücksichtigung länderspezifischer Interessen das Prinzip der bundesweiten Vergleichbarkeit auch für den schulischen Teil der Berufsbildung zu sichern. Angesichts der Heterogenität der Länderinteressen auf dem Gebiet der (beruflichen) Bildung waren dazu die Entwicklung von Normen und Standards für die didaktische Orientierung der berufsschulischen Ausbildung unerlässlich.

Im Umfeld der letzten großen Neuordnungsverfahren, die im informationstechnologischen, im kaufmännischen und im Metallbereich durchgeführt wurden, hat die KMK Grundsatzpositionen bezogen, die seither erhebliche Auswirkungen auf die didaktische Struktur der schulischen Ausbildung entwickelt haben. Sie sind meist unter dem Stichwort „Lernfeldorientierung" bekannt geworden, betreffen aber bei genauerem Zusehen nicht nur Lernfelder als schulisches Ordnungsprinzip beruflicher Qualifikationen, sondern Ausrichtung, Funktion und Durchführung der beruflichen Qualifikationsvermittlung insgesamt. Als grundsätzliche Positionsbestimmung der schulischen Berufsausbildung im gesamtgesellschaftlichen Kontext ist ihre Relevanz nicht auf das duale System begrenzt, sondern auch für die Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege offensichtlich:

In ihren „Überlegungen zur Weiterentwicklung der Berufsbildung" stellen die Kultusminister der Bundesländer 1998 einvernehmlich fest:

> *„Die sich wandelnden Qualifikationsanforderungen erfordern ein Umdenken bei der Ausgestaltung neuer Berufe und der Überarbeitung traditioneller Berufsbilder. Innovationszeiten von Produkten und Dienstleistungen sind heute schon in vielen Fällen kürzer als ein Ausbildungsdurchlauf. ....*
> *Handlungskompetenz basiert ganz wesentlich auf Arbeitsprozesswissen. Die Berufsausbildung in Betrieb und Berufsschule muss daher am Arbeitsprozess ausgerichtet werden. Das duale System der Berufsausbildung bietet in seiner Grundstruk-*

tur des Zusammenwirkens der Lernorte Betrieb und Berufsschule im Rahmen ihres jeweiligen Bildungsauftrags die Möglichkeit, Arbeitsprozesswissen in nahezu idealtypischer Weise in der beruflichen Erstausbildung zu realisieren."[10]

Die hier vorgenommene Wertung von Entwicklung und Auswirkungen der beruflichen Qualifikationsanforderungen ist eindeutig: Ziel der beruflichen Bildung ist die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz. Berufliches Lernen in der Schule muss sich daher an (betrieblich organisierten) Arbeitsprozessen orientieren. Dies lässt sich nach Meinung der Kultusminister am besten in dualen Qualifikationsstrukturen erreichen.

Der Weg von der Situationsanalyse zur Einführung einer neuartigen didaktischen Konzeption für den schulischen Teil der Berufsausbildung war ungewöhnlich kurz. Bereits zwei Jahre nach der Analyse mündet der Befund der Kultusminister von 1998 in der Veröffentlichung von Richtlinien für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen in der Berufsbildung.[11] Die Entwicklung von Arbeitsprozesswissen und beruflicher Handlungskompetenz als Ziele der Berufsbildung werden hier in der Empfehlung gebündelt, die Orientierung des Unterrichts an berufstypischen „Handlungen" als grundlegendes didaktisches Konzept zu befolgen:

„Die Zielsetzung der Berufsausbildung erfordert es, den Unterricht an einer auf die Aufgaben der Berufsschule zugeschnittenen Pädagogik auszurichten, die Handlungsorientierung betont und junge Menschen zu selbstständigem Planen, Durchführen und Beurteilen von Arbeitsaufgaben im Rahmen ihrer Berufstätigkeit befähigt.

Lernen in der Berufsschule vollzieht sich grundsätzlich in Beziehung auf konkretes, berufliches Handeln sowie in vielfältigen gedanklichen Operationen, auch gedanklichem Nachvollziehen von Handlungen anderer. Dieses Lernen ist vor allem an die Reflexion der Vollzüge des Handelns (des Handlungsplans, des Ablaufs, der Ergebnisse) gebunden. Mit dieser gedanklichen Durchdringung beruflicher Arbeit werden die Voraussetzungen geschaffen für das Lernen in und aus der Arbeit. Dies bedeutet für den Rahmenlehrplan, dass die Beschreibung der Ziele und die Auswahl der Inhalte berufsbezogen erfolgt.

Auf der Grundlage lerntheoretischer und didaktischer Erkenntnisse werden in einem pragmatischen Ansatz für die Gestaltung handlungsorientierten Unterrichts folgende Orientierungspunkte genannt:

- *Didaktische Bezugspunkte sind Situationen, die für die Berufsausübung bedeutsam sind (Lernen für Handeln).*
- *Den Ausgangspunkt des Lernens bilden Handlungen, möglichst selbst ausgeführt oder aber gedanklich nachvollzogen (Lernen durch Handeln).*
- *Handlungen müssen von den Lernenden möglichst selbstständig geplant, durchgeführt, überprüft, ggf. korrigiert und schließlich bewertet werden.*
- *Handlungen sollten ein ganzheitliches Erfassen der beruflichen Wirklichkeit fördern, zum Beispiel technische, sicherheitstechnische, ökonomische, rechtliche, ökologische, soziale Aspekte einbeziehen.*
- *Handlungen müssen in die Erfahrungen der Lernenden integriert und in Bezug auf ihre gesellschaftlichen Auswirkungen reflektiert werden.*

10 Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK): Überlegungen der Kultusministerkonferenz zur Weiterentwicklung der Berufsbildung. Bonn, 23. Oktober 1998, S. 5

11 Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen für den berufsbezogenen Unterricht in den Berufsschulen und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe, a.a.O.

– *Handlungen sollen auch soziale Prozesse, zum Beispiel der Interessenerklärung oder der Konfliktbewältigung, einbeziehen. ..."*[12]

Zwar weisen die Kultusminister noch darauf hin, dass auch in der handlungsorientierten schulischen Ausbildung Fachsystematiken integriert sein werden. Allerdings steht fest, dass „Fächer" keine prägende Rolle mehr für den Ausbildungsunterricht haben sollen. An ihrer Stelle wird das schulische Ausbildungscurriculum nach „Lernfeldern" strukturiert, die aus den Handlungsfeldern des Berufs (Einsatzgebieten, Tätigkeitsfeldern, Aufgabenbereichen) abgeleitet werden. Auf diese Weise entsteht ein grundsätzlich fächerübergreifender (Rahmen-) Lehrplan. An die Stelle des traditionell fachlogischen tritt ein handlungssystematischer Aufbau.

Didaktische Orientierungen in der Berufspädagogik

Die Bedeutung der didaktischen Hinweise der Kultusministerkonferenz für die Berufsausbildung im Berufsbereich Pflege (und darüber hinaus) ergibt sich vor allem aus dem Umstand, dass explizit berufsbildende didaktische Theorien und Konzepte auf dem Gebiet der Curriculumentwicklung für Pflegeberufe eine weitgehend nachrangige Bedeutung haben.[13] Zwar ist seit einigen Jahren eine Renaissance didaktischer Theoriebildungen für den (schulischen) Unterricht im pflegerischen Berufsbereich zu verzeichnen,[14] doch sind die hier publizierten Beiträge meist Anpassungsversuche allgemeiner Lehr-/Lerntheorien, die den didaktischen Gesamtzusammenhang der beruflichen Bildung häufig nur an der Oberfläche streifen.[15]

Arbeits-, und Geschäftsprozessorientierung sowie berufsübliche Handlungszusammenhänge in den Mittelpunkt der beruflichen Curricula für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege zu stellen, macht zunächst eine Klärung erforderlich, mit welchem Anspruch die zu entwickelnden didaktischen Konzepte berufliche Lehr- und Lernprozesse abbilden und beeinflussen wollen. Dabei können vier didaktische Grundpositionen unterschieden werden:[16]

■ Modellierung von Lehr- und Lernsituationen

Didaktische Modelle verfolgen grundsätzlich das Ziel, Einflussfaktoren und Wirkzusammenhänge ihres Gegenstandsbereiches zu strukturieren. Sie haben streng formalen Charakter und gewinnen erst in Verbindung mit konkreten Theoriebildungen den Bezug zu einem (berufs-) pädagogischen Gegenstandsbereich. Hierzu werden im Regelfall empirische Forschungsansätze genutzt.

---

12 DIES., ebd., S. 10f

13 Eine Ausnahme bilden in jüngerer Zeit die Unterrichtsentwicklungskonzepte der Zeitschrift „Unterricht Pflege" (Prodos-Verlag) oder die in SCHNEIDER, K.: Das Lernfeldkonzept – zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Bremen 2003 herausgearbeiteten Vorschläge zur Übertragung des Lernfeldkonzeptes auf die schulische Ausbildung im Pflegebereich.

14 Beispielhaft: DARMANN, I.: Interaktion im Pflegeunterricht. In: BECK, K.; ECKERT, M.; REINISCH, H.; TRAMM, T. (Hrsg.) Didaktik beruflichen Lehrens und Lernens – Entwicklungsdiskurse. Opladen 2002. WALLRAVEN K.-P. u.a. (Hrsg): Beiträge zum 1. Göttinger Symposion „Didaktik der Pflege". Baunatal 1993 oder WITTNEBEN, K.: Handlungsfelder – Lernfelder – Bildungsinhalte: In. PrinterNet Pflegepädagogik 4/2003, S. 124 – 135.

15 Im pflegerischen Berufsbereich wird traditionell sehr gern auf die bildungstheoretische Didaktikkonzepte Klafkis, vereinzelt auch auf Winkel zurückgegriffen. Vgl. zum Beispiel KLAFKI, W.: Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim/Basel 1993. WINKEL, R.; GUDJONS, H.; TESKE, R. (Hrsg.): Didaktische Theorien. Hamburg 1991.

16 Für die nachfolgenden Unterscheidungen greife ich zurück auf EULER, D.: Die Grundlagen des Neuen: Strömungen in der didaktischen Theoriediskussion. In: DEHNBOSTEL, P., WALTER-LEZIUS, H.-J. (Hrsg.): Didaktik moderner Berufsbildung. Standorte, Entwicklungen, Perspektiven. Berlin/Bonn 1996, S. 190 – 206.

Didaktische Modellbildungen werden beispielsweise in der kritisch-konstruktiven Didaktik,[17] der lerntheoretischen Didaktik[18] oder der kritisch-kommunikativen Didaktik[19] vorgenommen.

- Entwicklung von lehr-/lernprozessrelevanten Theorien

  Didaktik als Entwicklung von anwendungsbedeutsamen Theorien konzentriert sich vor allem darauf, zu empirisch begründeten allgemeinen Aussagen über das praktische (berufs-) pädagogische Handeln zu gelangen. Dabei sollen sich die empirischen Aussagen immer auf praxisrelevante Problemstellungen beziehen. Durch diese Praxisorientierung soll die Berücksichtigung von „Alltagstheorien" für den Forschungsprozess auf der einen Seite und die Nutzbarmachung wissenschaftlicher Theorien für die pädagogische Praxis auf der anderen Seite gefördert werden.

  Diese Form der Didaktik ist als Abwendung von den großen didaktischen Modellbildungen zu verstehen. Anwendungsorientierte Didaktiken haben vor dem Hintergrund einer eher psychologischen Grundorientierung ihren Schwerpunkt in der empirischen Lehr-/Lernforschung gebildet. In der Berufsbildungsforschung ist diese Forschungsrichtung lange – mit Ausnahmen etwa in der Benachteiligtenforschung oder bei Forschungen zur beruflichen Sozialisation von ausgewählten Personengruppen – eher zurückhaltend aufgenommen worden, hat aber in den vergangenen Jahren im Rahmen von Forschungsarbeiten zur beruflichen Kompetenzentwicklung und bei der Evaluation beruflicher Qualifikationsprozesse wieder an Aktualität gewonnen.[20]

- Orientierung an prinzipiengeleiteten (beruflichen) Handlungskonzepten

  Didaktische Handlungskonzepte sind konkreter als abstrakte Modellbildungen, aber auch abstrakter als didaktische Rezepte. Sie orientieren sich an grundlegenden methodischen Prinzipien wie beispielsweise dem handlungsorientierten Unterricht und versuchen, auf der Folie einer normativen (methodischen) Grundausrichtung, die in den pädagogischen Prozess des beruflichen Ausbildens „übersetzt" werden muss, den pädagogisch Handelnden (Lehrenden und Lernenden) eine realitätstaugliche und möglichst wirksame Orientierung zu vermitteln. In der Berufsbildungsforschung steht diese Form der Konzeptentwicklung im Mittelpunkt der Entwicklung von Ausbildungsplänen für Betrieb und Berufsschule: „Dualisierung" des Lernens, Arbeits- und Geschäftsprozessorientierung des beruflichen Bildungsprozesses oder die Ausrichtung an des beruflichen Lernens an „Schlüsselqualifikationen" sind Beispiele für solche prinzipiengeleitete didaktische Entwürfe. Allerdings – dies zeigt sich an der zunehmenden Diffusion des Begriffs der „Handlungsorientierung" sehr deutlich – müssen die Leitideen didaktischer Konzepte hinreichend präzise erläutert und operationalisiert werden, um einer beliebigen und für den Lernprozess riskanten Auslegung oder Nutzung zu entgehen.

---

17 Die kritisch-konstruktive Didaktik übernimmt die Tradition der kommunikativen Didaktik, verschiebt aber deren Schwerpunkt von „Bildung" (als Begegnung von Lernenden und kulturellen Inhalten) auf „Lehr- und Lernprozesse" (als Interaktion der an pädagogischen Prozessen Beteiligten). Vgl. u.a. KLAFKI, W.: Neue Studien zu Bildungstheorie und Didaktik, a.a.O.

18 Vgl. PETERSSEN, W. H.: Didaktik und Curriculum. In: ROTH, L. (Hrsg.): Pädagogik. Handbuch für Studium und Beruf. München 1991, S. 658 – 673

19 Vgl. BIERMANN, R.: Aufgabe Unterrichtsplanung. Perspektive und Modelle der kommunikativen Didaktik. Essen 1985.

20 Die Arbeitsgemeinschaft betrieblicher Weiterbildungsforschung hat im Rahmen des öffentlich geförderten Projekts „Qualifikations-Entwicklungs-Management (QUEM)" umfangreiche Forschungsarbeiten zur beruflichen Kompetenzentwicklung initiiert und vorgelegt; vgl. u.a. FRIELING, E.; SCHÄFER, E.; FÖLSCH, T.; HINGST, M.: Mitarbeiterorientierte Kompetenzentwicklung im Team. In: QUEM-Bulletin 6/2003, S. 1-7. Lesenswert ist in Auseinandersetzung mit grundsätzlichen Fragen beruflicher Kompetenzentwicklung in Ausbildungs- und Weiterbildungsprozessen auch FRANKE, G. (Hrsg.): Komplexität und Kompetenz. Bielefeld 2001.

- Formulierung von anwendungsbezogenen Rezepten

  Didaktische Konzepte, die auf die Darbietung situativ wirksamer pädagogischer Rezepte fokussiert sind, zielen auf die kommunikativen Aufbau von Lehr-/Lernsituationen: Im Zentrum steht das Verhalten von Lehrenden und Lernenden in konkreten pädagogischen Prozessen, die im Hinblick auf ihre Beeinflussbarkeit und Gestaltungsfähigkeit erörtert werden sollen. Didaktische Rezeptologien sind pragmatisch formulierte, auf die unmittelbare Anwendung bezogene, aber überprüfungsbedürftige Verfahrensvorschläge für den pädagogischen Alltag.

  Didaktische Rezepte haben im Rahmen der Berufsbildungsforschung eine lange Tradition und gewinnen angesichts von arbeitsorganisatorischen und technischen Veränderungen in der beruflichen Arbeit sowie den sich schnell verändernden Qualifikationsanforderungen und neuen Ausbildungsregelungen zunehmende Bedeutung: Sie sind für die Ausbildungspraxis in Betrieb und Schule wichtige Brücken zwischen (berufs-) pädagogischen Theorien und ihrer Umsetzung. Umgekehrt ergeben sich für Berufsbildungsforschung und (berufs-) pädagogische Theoriebildung durch Evaluation der Wirksamkeit solcher Rezepte wichtige Rückschlüsse auf die Legitimität theoretischer didaktischer Handlungskonzepte.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich für die Entwicklung berufsbildender Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege ein klarer und dreifach gestufter didaktischer Bezugsrahmen:

- Angesichts der mangelnden Präzision und der Indifferenz der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege müssen die Curricula für praktische und schulische Ausbildung als *prinzipiengeleitete berufliche Handlungskonzepte* angelegt werden. Das normative Gerüst der Curricula sollten diejenigen Standards der Berufsausbildung im dualen System bilden, die ohne Verletzung der gesetzlichen Grundlagen in das didaktische Konzept integriert werden konnten – an herausgehobener Stelle dabei die Arbeitsprozess- und Handlungsorientierung des beruflichen Lernens insgesamt sowie der Vorrang der praktischen Ausbildung. Die bei einem solchen Paradigmenwechsel notwendigen begrifflich-systematischen Präzisierungen wurden durch die ergänzende Entwicklung von differenzierenden „Umsetzungshilfen" vorgenommen – zum Beispiel in Form von Lernsituationen und Ausbildungsaufgaben bis hin zur Entwicklung einer Muster-Fortbildungsordnung für Praxisanleiter/innen.

- Fehlende Erfahrungen in der nach Lernfeldern strukturierten, arbeitsprozessorientierten schulischen Ausbildung und nicht ausgebildete Traditionen in der praktischen Ausbildung machen es erforderlich, Curricula und umsetzungsunterstützende Materialien für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege mit *anwendungsbezogenen Rezeptologien* zu unterlegen, die der unmittelbaren Planung, Vorbereitung und Durchführung von praktischer Ausbildung und Unterricht gewidmet sind. Dies gilt insbesondere für die Entwicklung von Lernsituationen und unterrichtsvorbereitenden Materialien für die schulische Ausbildung sowie Handreichungen und Aufgabenentwürfe für die praktische Ausbildung.

- Aufgrund der Vielfalt von Neuerungen und Traditionsbrüchen war es darüber hinaus geboten, die Umsetzung mit empirischen Forschungsprozessen und Analysen zu begleiten, die der Evaluation der Curricula sowie der Gestaltung der beruflichen Lehr-/Lernprozesse in ausbildenden Betrieben und Schulen gelten sollte. Auf dieser Grundlage sollen nach abgeschlossener Implementation und Evaluation Beiträge zur *Entwicklung von lehr- und lernprozessrelevanten Theorien* geleistet werden, die wiederum in die Konzeption angepasster und/oder neuer Curricula eingespeist werden können.

Didaktische Ziele der Dualisierung

Das BIBB-Konzept der Dualisierung der Berufsausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nimmt die in den Berufsgesetzen vorgegebene Verteilung des Ausbildungsprozesses auf die Lernorte Betrieb (Einrichtung) und (Berufs-) Schule ernst: Ausbildung findet an beiden Lernorten statt – mit einem deutlichen zeitlichen Übergewicht für die praktische Ausbildung. Die anachronistische Unterscheidung zwischen „Schule" und „Praktikum", zwischen „schulischem Lernen" und „praktischer Anleitung" wird aufgegeben. Ausbildung findet an beiden Lernorten mit neu verteilten Qualifikationsaufgaben statt. Gleichzeitig erhalten die Ausbildungsstätten Schule und Betrieb/Einrichtung aufeinander abgestimmte, sachlich und zeitlich gegliederte Curricula, die beide gleichermaßen den Prinzipien der Arbeitsprozess- und Handlungsorientierung verbunden sind.

Arbeitsprozessorientiertes Ausbilden und Lernen bezieht sich auf eine grundsätzlich andere „Planungsrationalität" als das traditionelle schulische Ausbildungslernen – unabhängig davon, ob es in dualen oder schulischen Ausbildungssystemen stattfindet: Grundsätzlich geht es darum, die Qualifikationsinhalte von (berufs-) pädagogisch zu gestaltenden Arbeitszusammenhängen (praktische Ausbildung) und Lernsituationen (schulische Ausbildung) nicht mehr auf die Inhalte bestimmter Fachgebiete und ihre Stoffvolumina zu beschränken, sondern weitgehend auf die betriebliche und/oder die institutionelle Realität auszurichten – einschließlich ihrer Organisation, ihres „Marktes" und ihrer Verwertungsbezüge.

- In der **schulischen Ausbildung** von Alten- und Krankenpflegekräften steht damit nicht mehr die Verarbeitung von fachsystematisch gegliedertem Stoff im Vordergrund, sondern der Aufbau und die unterrichtliche Gestaltung von „Lernsituationen". Sie sollen sich – unter Beachtung der in den Lernfeldern des Rahmenlehrplans festgehaltenen Lernzielen – an berufstypischen und einsatzgebietsüblichen Arbeitszusammenhängen orientieren und diese in ihren Rahmenbedingungen, Begründungszusammenhängen und Wissensgrundlagen exemplarisch erschließen.

  Da der Ausbildungsunterricht nicht mehr von der Systematik des Fachwissens und dem Kriterium der vollständigen Vermittlung abhängt, sondern den Aufbau einer auf berufsübliche Arbeitsprozesse gerichteten beruflichen Handlungskompetenz im Blick hat, die die Gegebenheiten des Berufs, seine Arbeitsbedingungen und Einsatzgebiete (Rahmenbedingungen), Arbeitsanforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten abwägt, beurteilt und reflektiert, gelten für ihn auch andere Planungsgrößen. Die wichtigste ist wohl die aktive Beteiligung der Auszubildenden an thematischer Gliederung, Gestaltung und Durchführung des Lernens durch geeignete Unterrichtsformen (zum Beispiel: Projekt- und Gruppenlernen). Damit verläuft der Lernprozess nicht mehr hierarchisch von Wissenden zu Unwissenden, sondern Ausbildung nutzt die „Lernsituationen", um unter Nutzung geeigneter Arrangements das ausbildungsbezogene Lernen für Auszubildende und Lehrkräfte zu öffnen: Der Auszubildende ist nicht mehr das mit Wissen zu füllende „Vakuum", sondern er bekommt – auch auf die Gefahr von Fehler und Irrtum – die Möglichkeit, berufsrealistische Anforderungen zu bewältigen. Die Themen der Lernsituation sind dabei die Medien, um den beruflichen Sozialisationsprozess (eine „Berufsidentität" zu entwickeln) aktiv zu gestalten. Dadurch verändert sich gleichzeitig auch die Rolle der Lehrkräfte im Ausbildungsgeschehen: Sie werden von Lehrenden mit Zuständigkeit für die direkte Vermittlung von Ausbildungsinhalten zu Arrangeuren des Lernens und zu Vermittlern und Begleitern („Moderatoren") des Lernprozesses.

  Allerdings bleibt immer zu beachten, dass auch unterrichtliche Lernsituationen so aufgebaut („arrangiert") werden müssen, dass sich das Lernen nicht zufällig ereignet, sondern systematisch und geplant erfolgt und im Ergebnis in praktische Ausbildung und Arbeit

übertragen werden kann. Dazu gehört auch das Arrangement von schulischen und praktischen Ausbildungsphasen in einer der Entwicklung beruflicher Kompetenz dienlichen Abfolge („Sequenzierung") und Verzahnung.

- Für die **praktischen Ausbildung** macht das Prinzip der Arbeitsprozess- und Handlungsorientierung die Einführung der „Ausbildung im Prozess der Arbeit" erforderlich. Dieser Kern der dualen Berufsausbildung bedeutet jedoch mehr als Qualifikation und Arbeit zu integrieren. Ausbildung im Prozess der Arbeit setzt eine didaktisch reflektierte Gestaltung, notfalls auch Veränderung von Arbeitsprozessen voraus, um ausbilden zu können und Lernprozessen einen Raum im Leistungs-, Mengen- und Zeitgerüst des Arbeitsprozesses zu geben.

  Zu fragen ist also: Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden, damit im Prozess der Arbeit qualifiziert werden kann? Wie (und von wem) können diese Rahmenbedingungen gestaltet werden? Und: Was kann eine berufsbildende Didaktik, die sich nicht mehr auf „veranstaltete" Ausbildungssituationen, sondern auf prozessuales Lernen konzentriert, zur Gestaltung „lernförderlicher Arbeitsbedingungen" beitragen?

  Diese Fragen sind für viele Bereiche hoch integrierter industrieller Fertigung ebenso schwer vorab zu beantworten wie für die Gesundheitswirtschaft – der „Praxis" für Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege. Angesichts der notorischen Vernachlässigung der Frage der praktischen Ausbildung im Ausbildungssystem für Gesundheitsberufe wird jedes arbeitsprozessorientierte didaktische Konzept zunächst die Funktion einer Heuristik für noch nicht didaktisierte, vielleicht nur mit großen Anstrengungen überhaupt didaktisierbare Arbeitszusammenhänge übernehmen müssen:[21] Inhaltliche und methodische Perspektiven (wie man etwas machen könnte…) und Entscheidungshilfen (wie man eine Arbeitsweise begründen kann ...) für Wege bereitstellen, deren genauer Verlauf noch unbekannt ist und deren Elemente und Teilstrecken man noch nicht vollständig vorausplanen kann. Nicht ausgefeilt arrangierte Ausbildungssituationen sind hier das Medium der Ausbildung, sondern konkret zu bewältigende Arbeits- oder – wie es neue didaktische Zugänge zur Berufsbildung formulieren – betriebliche Leistungsprozesse.[22]

Das Ausbildungskonzept des BIBB

Um die Berufsausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege für einen „dualisierten" Qualifikationsprozess erschließen zu können, ist die Entwicklung von Handreichungen, Umsetzungshilfen und unterstützenden Materialien für die Lernorte Schule und Einrichtung/Betrieb allein nicht ausreichend. Der Versuch einer berufspädagogischen „Didaktisierung" der Ausbildung im Berufsbereich Pflege ist für Beschäftigungs- und Qualifikationssystem ein tiefgreifender Orientierungswechsel und beginnt folgerichtig zuerst mit der Entwicklung von plausiblen und in das Leistungssystem Gesundheitswirtschaft passenden Ausbildungsprofilen und curricularen Strukturen. Allein die Klärung dieser wichtigen Eckwerte der Berufsausbildung stellt auf dem Gebiet der Gesundheitsberufe eine große Herausforderung dar:

- Die Festlegung von Ausbildungsschwerpunkten und grundlegend wichtiger Strukturdaten wie beispielsweise die innere Stufung des Ausbildungsprozesses sind Qualifikations-

21 Zum Problem der didaktischen Erschließung „hermetischer" Arbeitsumgebungen vgl. u.a. HERZ, G.: Dezentrales Lernen: Was taugt die Didaktik für die Produktion. In: DEHNBOSTEL, P., WALTER-LEZIUS, H.-J. (Hrsg.): Didaktik moderner Berufsbildung. Standorte, Entwicklungen, Perspektiven, a.a.O., S. 101 – 119.

22 Vgl. etwa BAHL, A.; KOCH, J.; MEERTEN, E.; ZINKE, G.: Was bedeutet prozessorientiert ausbilden? In Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP) 5/2004, S. 10 - 14.

bedarfsfragen, die bei Ordnungsverfahren im dualen System vor Beginn der Entwicklung oder der Anpassung von Ausbildungsberufen unter Hinzuziehung von Qualifikations- und Arbeitsanalysen von den Spitzenorganisationen der Sozialparteien mit Blick auf den gesellschaftlichen und betrieblichen Bedarf geklärt werden. Diese normbildende Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen war bei der Entwicklung der BIBB-Curricula nur eingeschränkt möglich: Nur die Erarbeitung des Curriculums für die Altenpflege, das aufgrund der politischen Willensbildung für den flächendeckenden Einsatz in diesem Bundesland konzipiert wurde, konnte nach unterstützenden empirischen von Arbeit, Arbeitsorganisation und Qualifikationsanforderungen in der Altenhilfe unter Beteiligung von relevanten „gesellschaftlichen Gruppen" im Altenhilfesektor (Schulen und Schulträger, Lehrkräften und ausbildungserfahrenen Fachkräften, Betriebs- und Einrichtungsträgern sowie dem Fachministerium) durchgeführt werden. Das Krankenpflege-Curriculum verfügt zwar auch über eine empirisch-analytische Fundierung, ist aber mit Unterstützung eines „Experten-Screenings" ohne demokratische Beteiligungsstrukturen entwickelt worden.[23]

Diese Rahmenbedingungen waren bei der Erarbeitung der Curricula – insbesondere aus Gründen der zur Verfügung stehenden Zeit – nur geringfügig zu beeinflussen. Um so wichtiger war für beide Entwicklungsvorhaben die analytische und empirische Fundierung vorab zu treffender Grundsatzentscheidungen zu Struktur, Profilierung und Schwerpunktsetzungen der Ausbildungen, sofern dies nach den Vorgaben der Berufsgesetze möglich war:

– Profilierung der Ausbildungen: Profilierung oder „Unterscheidbarkeit" sind die wohl wichtigsten Konstruktionskriterien bei der Entwicklung von Ausbildungscurricula und Berufsbildern. Wichtigstes Unterscheidungsmerkmal von Berufen ist ihre Leistungsfähigkeit in den ihnen zugedachten Einsatzgebieten. Kriterium der Leistungsfähigkeit sind ihre in den beruflichen Curricula definierten Qualifikationen. Wertungsinstanz der Leistungsfähigkeit ist der Ausbildungs- und Arbeitsmarkt – konkret: Betriebe und Arbeitgeber, die über Ausbildung und Einstellung nach den Kriterien der (wirtschaftlichen) Nützlichkeit und des (betrieblichen) Bedarfs entscheiden.

  Angesichts der hohen fachlichen Indifferenz der gesetzlichen Vorgaben, die zwar Angaben über berufliche Aufgabenbereiche, nicht aber über die fachlichen Bezugsgrößen macht, auf deren Grundlage die Aufgaben in Unterscheidung und in Konkurrenz zu anderen Berufen mit *spezifischer Expertise* bewältigt werden können, war die Herausarbeitung eines jeweils besonderen fachlichen Profils für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege unabdingbare Voraussetzung für die curricularen Entwicklungsarbeiten. Da „Pflege" als genereller Leitbegriff und die Ausrichtung der Arbeit an bestimmte Personengruppen (alte Menschen, kranke Menschen) zur fachlich begründeten beruflichen Profilbildung untauglich sind, die Berufe selber auf der anderen Seite in der Zeit ihres Bestehens (über die Anlehnung an medizinisch-naturwissenschaftliche Wissensbestände hinaus) keine differenzierten fachlichen Fundamente entwickelt haben, die zur Bestimmung eines Profils nutzbar gewesen wären, mußte die fachliche Profilierung der Curricula in Form einer empirisch-analytisch begründeten „normativen Setzung" geschehen:

23 Die Entwicklung des Curriculums für die Gesundheits- und Krankenpflege geht auf eine Anfrage des Bundeslandes Brandenburg zurück, das im Rahmen eines Modellversuchs Unterstützung und Beratung bei der politischen Entscheidungsfindung erbeten hatte, ob und unter welchen Voraussetzungen eine integrierte Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften nach dualen Standards in Brandenburg zur Regelausbildung werden solle. Dabei sollte das BIBB-Curriculum für die Altenpflege als Maßstab zugrunde gelegt werden.

- Für die Altenpflege wurde die Gerontologie als maßgebliche fachliche Bezugsgröße der Ausbildung gesetzt: „Gerontologisch begründete Arbeitsweisen" bilden das Zentrum des beruflichen Kompetenzerwerbs.
- Für die Gesundheits- und Krankenpflege wurde – unter Rückgriff auf die durchgeführten Anforderungsanalysen und unter Bezugnahme auf die veränderte Berufsbezeichnung und die an einigen Stellen vorgenommene Akzentuierung der Ausbildungsthemen – Gesundheitsförderung (Salutogenese) als fachliche Bezugsgröße der Ausbildung definiert. Hier bilden „salutogenetisch begründete Arbeitsweisen" den zentralen Bezugspunkt des beruflichen Qualifikationsprozesses. Als normative Definitionen unterliegen beide Entscheidungen der Evaluation im Rahmen des Umsetzungsprozesses beider Ausbildungscurricula.

– **Struktur der Ausbildungen**: Ausbildungscurricula benötigen eine systematische Ablaufstruktur, mit deren Unterstützung für Lehrkräfte, Ausbilder und Lernende der geplante Aufbau und innere Stufung des Qualifizierungsprozesses nachvollziehbar gemacht werden kann. Diese „sachliche und zeitliche Gliederung" ist bei Ausbildungsordnungen im dualen System eine der zentralen Eckwertentscheidungen – nicht zuletzt zur systematischen Einbettung der beruflichen Prüfungen.

  Beide Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen enthalten keine nutzbaren Vorgaben zur Strukturierung der Ausbildung. Die vorhandenen bundeslandspezifischen Lehrpläne für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zeichnen sich durch völlig unterschiedliche Aufbaustrukturen der jeweiligen Ausbildungsgänge aus, die im einzelnen weder begründet noch nachvollziehbar gemacht werden. Sie führen zu völlig heterogenen Ausbildungsabläufen und scheiden daher als Folie für die Erarbeitung einer Aufbaustruktur aus.

  Aus dem mit den beiden BIBB-Curricula verbundenen Anspruch auf arbeitsprozessorientierte Ausbildungskonzepte ergibt sich die Ausrichtung des Curriculumaufbaus

Abbildung 1: Aufbau der Ausbildung

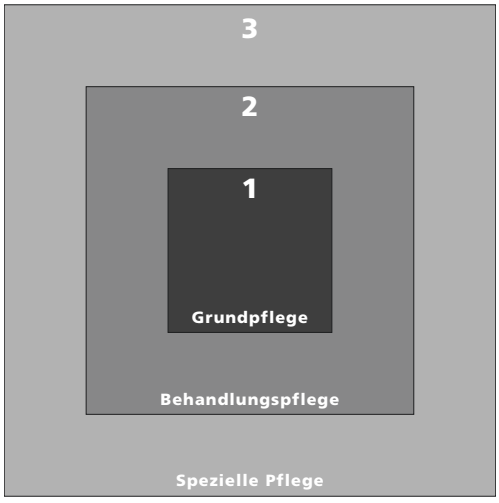
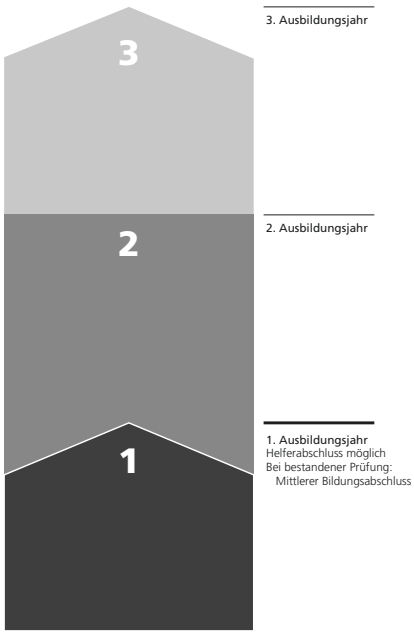


Abbildung 2: Zeitstruktur der Ausbildung



an zunehmend komplexeren beruflichen Aufgabenstellungen. Sie werden in Form einer Arbeitsdefinition mit den Aufgabengebieten „Grundpflege", „Behandlungspflege" und „spezielle Pflege" konsekutiv auf die drei Ausbildungsjahre verteilt (vgl. Abbildungen 1und 2).

Dieser Qualifikationsweg von der „basalen Pflege" zur „beruflichen Meisterschaft" ergab sich vor dem Hintergrund, dass in beiden Curricula im ersten Ausbildungsjahr die auf dem Gebiet der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege grundsätzlich möglichen Helferausbildungen integriert sind: Im Saarland, das die dualisierte Altenpflegeausbildung unter dem Dach der Vorgaben des Berufsgesetzes in Form eines Landesgesetzes im Jahre 2002 eingeführt hat, bestand der politische Wille, mit der bestandenen Abschlussprüfung zum/zur Altenpflegehelfer/in gleichzeitig auch den mittleren Bildungsabschluss zu bestätigen und somit für alle diejenigen, die ihre Ausbildung mit einem Hauptschulabschluss begonnen hatten, eine Möglichkeit zum Durchstieg in die Altenpflegeausbildung zu eröffnen.[24]

Gleichzeitig ist der Aufgabenkreis „grundpflegerischer Verrichtungen" das einzig realistische und aufgrund der Vorgaben des Sozialgesetzbuches (SGB XI) auch wirtschaftlich sinnvolle Einsatzgebiet für Absolventen einer nur zwölfmonatigen Berufsausbildung.

– Schwerpunkte der Ausbildungen: Der nach beruflichen Aufgabenfeldern unterscheidende, konsekutive Aufbau der Ausbildungen bedeutet nicht, dass sie in drei getrennte Qualifikationsbereiche aufgeteilt wäre – im Gegenteil: Ebenso wie Aufgaben in der so genannten „Grundpflege" auch auf dem Gebiet der „Behandlungspflege" und der „speziellen Pflege" ihre Relevanz haben, bilden Kompetenzen in der „Behandlungspflege" (oder: direkte Pflege) die Basis für Qualifikationen in der „speziellen Pflege".

  Dem Prinzip der gegenseitigen Durchdringung der Ausbildungsabschnitte wurde durch eine zirkuläre Konstruktion der Lernfelder der schulischen Ausbildung Rechnung getragen: (Fast) Alle Lernfelder weisen Berührungspunkte zu den sie umgebenden Lernfeldern aus den folgenden Ausbildungsjahren auf; ihre fachliche Akzentuierung ergibt sich durch den Bezug zum Aufgabenbereich (vgl. Abbildung 3). Dadurch entsteht eine äußerst dynamische Lernprozessstruktur, die sich nicht eindimensional linear, sondern spiralförmig bis zur Abschlussprüfung entwickelt (vgl. Abbildung 4).

  Dieser Aufbau ist darin begründet, dass mit den BIBB-Curricula erstmalig in der Berufsausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege eine neuartige Schwerpunktbildung erprobt wird: Um die Helferausbildungen in ihrem Kompetenzprofil nicht von den Qualifikationen der Fachberufe abzukoppeln, werden **alle** „Schlüsselqualifikationen" (am Beispiel Altenpflege: Strukturkompetenzen, gerontologisch begründete Arbeitsweisen, Grundlagen und Methoden des kultursensiblen Pflegens, Ansätze der Gesundheitsförderung) bereits im ersten Ausbildungsjahr vermittelt – unter Bezugnahme auf grundpflegerische Aufgaben. Ihre Übertragungshilfen sind explizite Kompetenzen in der Beobachtung, Interpretation und Abgrenzung altersspezifischer Gesundheitszustände, die wiederum im Rahmen grundpflegerischer Aufgabenstellungen eingesetzt werden sollen.

24 Eine vergleichbare Lösung ist jetzt in Brandenburg für die Krankenpflegehilfe gefunden worden. Vgl. Gesetz über die Berufsausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegehilfe ...

Abbildung 3: Konzentrische Struktur der Lernfelder

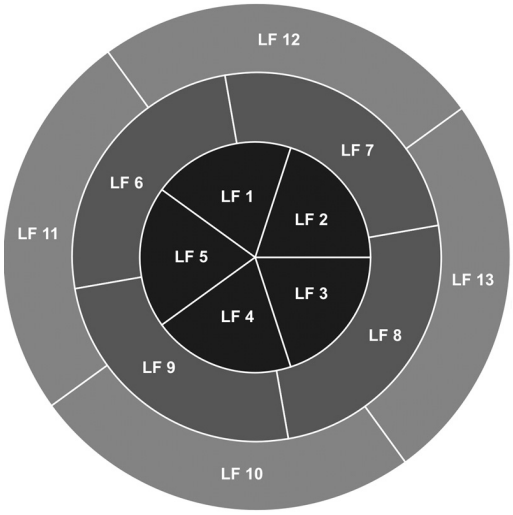
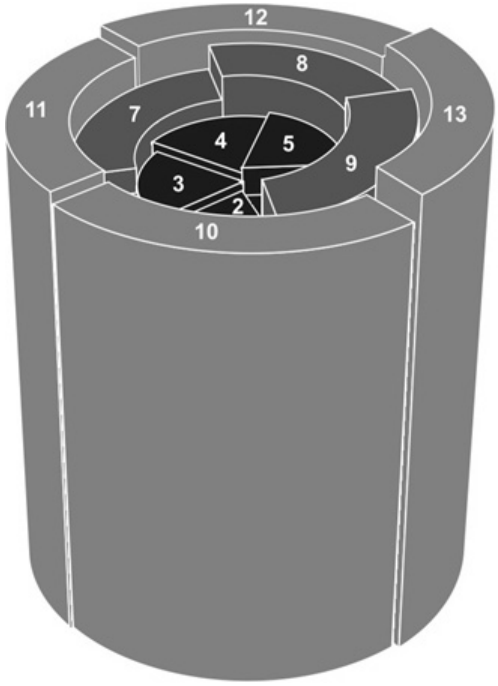


Abbildung 4: Spiralförmige Struktur des Lernprozesses



Dadurch erhalten die durch die kurze Ausbildungszeit ohnehin begrenzten Qualifikationen der Helferabschlüsse im Sinne ihrer Eingliederung in den Arbeitsprozess eine deutlich höhere Funktionalität und können dazu beitragen, auch auf dem Gebiet der grundpflegerischen Unterstützung ohne Gefahr der Vernutzung und ohne das Risiko eines „gefährlichen Einsatzes" auf Dauer beruflich tätig zu sein. Gleichzeitig werden sie auch „anschlussfähig" an die Fachqualifikationen des „Vollberufs" und können dazu anregen, in die dreijährige Ausbildung durchzusteigen.[25]

Diese „pragmatische Utopie" von den Berufen Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege hat im Wesentlichen zwei Stoßrichtungen:

- Sie beteiligt sich bewusst nicht am theoretischen Überschuss der dogmatischen akademischen Pflegediskussionen, sondern richtet sich auf die gängigen Standards der Berufskonstruktion und der Berufspädagogik. Damit wird die Anschlussfähigkeit des Berufsbildes und der beruflichen Qualifikationsinhalte an das übrige Berufssystem gewährleistet und ein neuerlicher Sonderweg für „die Pflege" vermieden.
- Mit ihrer fachlichen Ausrichtung orientiert sie sich konsequent am Prinzip der systematischen Verzahnung unterschiedlicher beruflicher Leistungsprofile. Sie widerspricht damit explizit dem Ansatz einer generalistischen Pflegeausbildung, sondern legt ihren Schwerpunkt auf die Schärfung beruflicher Qualifikationsprofile, um aus der Bestimmung der fachlichen Unterschiede und Differenzen die Möglichkeiten einer funktionalen beruflichen Kooperation und einer gemeinsamen Ausbildung definieren zu können.

25 Am Beispiel der Altenpflegeausbildung im Saarland kann nachgewiesen werden, dass diese konzeptionelle Überlegung äußerst realistisch war: Die Zahl der „Durchsteiger" aus der Altenpflegehilfe- in die Altenpflegeausbildung übertraf am Ende des ersten Ausbildungsjahres (2003) alle Erwartungen. Von allen Auszubildenden mit Hauptschulabschluss haben mehr als die Hälfte in die „Vollausbildung" der Altenpflege gewechselt.

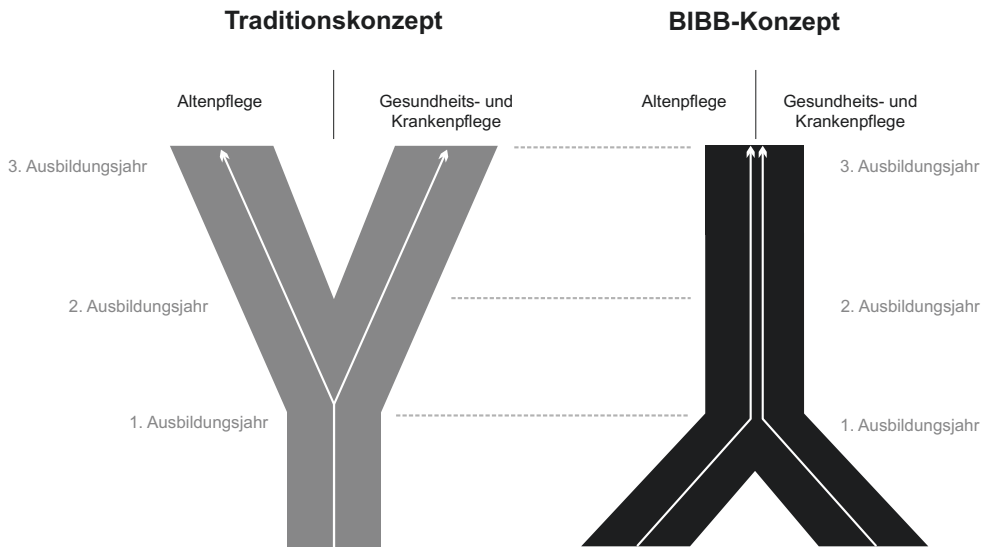
Der Integrationsansatz

Obwohl sie in Reihen der Gesundheitsberufe in der jüngsten Vergangenheit immer wieder als bahnbrechende Innovation gefeiert werden, sind „integrierte“ oder (teilweise) gemeinsame Ausbildungsgänge in der beruflichen Bildung durchaus traditionelle Mittel, um in Situationen des Einsatzes neuer Techniken, veränderter Arbeitsorganisationen oder bei anderen strukturell neuartigen Entwicklungen in Berufen oder Berufsbereichen qualitativ hochwertige, konsensfähige und betriebswirtschaftlich akzeptable Lösungen zu finden. Alle größeren (und kleineren) Reformen in der dualen Berufsausbildung sind seit Beginn der 80er Jahre diesen Weg gegangen. Vor allem die demografische Entwicklung der Bevölkerung und die absehbar weitere Entwicklung der stationären Gesundheits- und Krankenversorgung sind Anlass genug zu der Frage, ob eine Annäherung oder gar Integration der Ausbildungen im Berufsbereich Pflege in Teilen oder insgesamt ebenfalls zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen beruflichen Dienstleistungen führen kann.

Diese Fragestellung liegt auch den BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zugrunde, die in Brandenburg als „integrierte Ausbildung“ erprobt werden. Allerdings geht es hierbei nicht um die großen Strukturprobleme der künftigen gesundheitlichen Unterstützung der Bevölkerung, sondern um möglichst einfache Wege zu einer realistischen Modernisierung der Ausbildung in den künftig wohl wichtigsten Pflegeberufen. Die „Integration“ der Ausbildungsgänge ist dabei nicht mehr als ein Verfahren, das zur Rationalisierung beruflicher Kooperationen und zur Optimierung der pflegerischen Leistungserbringung dienen soll. Deshalb stehen im Rahmen der modellhaften Erprobung Inhalte, Umfang und Methoden der gemeinsamen (integrierten) Ausbildung zur Überprüfung an.

In diesem Zusammenhang wird auch die Diskussion über die Konzeption der integrierten Ausbildung neu entfacht werden: Während traditionelle Integrationsmodelle von der nicht minder traditionellen Vorstellung ausgehen, dass im Verlauf des ersten Ausbildungsjahres einfache Lerninhalte gemeinsam vermittelt werden können und sich vom Beginn des zweiten Ausbildungsjahres bis zum Abschluss der Ausbildung zunehmende Phasen der fachlichen Spezialisierung anschließen, geht das BIBB-Konzept hier einen anderen Weg (vgl. Abbildung 5). Jetzt sollen im ersten Ausbildungsjahr zunächst die fachlichen Differenzen der Berufe herausgebildet werden, vor deren Hintergrund dann - beginnend mit dem zweiten Ausbildungsjahr – bis zum

Abbildung 5: Traditionskonzept gemeinsamer Ausbildungen und BIBB-Konzept



Ende des dritten Ausbildungsjahres überwiegend gemeinsame, wenigstens aber synchrone Ausbildungsphasen durchgeführt werden.

Dieser Ansatz geht von der empirisch begründeten Feststellung aus, dass fachlich begründete berufliche Kooperationen von Altenpflege- und Krankenpflegekräften erst „am Bett", in Situationen der „direkten" oder der „speziellen Pflege" oder in Situationen der „Überleitung" zwischen den ambulanten und stationären Institutionen der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe stattfinden. Daher macht gemeinsames oder „integriertes" berufliches Lernen erst dann Sinn, wenn vor dem Hintergrund bereits herausgearbeiteter fachlicher Fundamente über gemeinsame oder unterschiedliche berufliche Sichtweisen, methodische Begründungen und einsatzgebietstypische Verfahrensweisen entschieden werden kann.

Wie schon bei der Umsetzung der Altenpflegeausbildung nach dem BIBB-Curriculum im Saarland liegen die Paradigmenwechsel der integrierten Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege jedoch weniger in der theoretischen Begründung des Integrationskonzeptes und der Bestimmung von „Integrationsmodulen". Vielmehr geht es um eine pragmatische Neuorientierung der gemeinsamen schulischen Ausbildung beider Berufe auf das Lernfeldkonzept ohne Fächer- und Fachstrukturen und der Entwicklung von arbeitsprozessbegründeten, handlungsorientierten und übertragungsfähigen Lernsituationen und Unterrichtsmustern.

Vergleichbare Neuerungen stehen – wie schon in der Altenpflege – auch für die praktische Ausbildung des Integrationsansatzes an: Für die neuartige „Ausbildung im Prozess der Arbeit" werden zunächst Rahmenbedingungen auf Stationen, Wohngruppen und in der ambulanten Arbeit definiert, beschrieben und in der Praxis verankert werden müssen, die für alle an der Ausbildung Beteiligten eine aktive und gestaltende Mitwirkung am Qualifikationsprozess möglich machen. Dabei wird es mit dem Wechsel von der „Anleitung" zur „Ausbildung" vor allem im Krankenhaus und den ambulanten Diensten um die Qualifizierung des Ausbildungspersonals, die Sicherung und Finanzierung der erforderlichen Vorbereitungsarbeiten und die Identifikation von Arbeitsorganisationsspielräumen gehen, die Ausbildung als beruflichen Lernprozess erst ermöglichen. Und schließlich wird geprüft werden müssen, in welcher Form die „integrierte Ausbildung" nicht nur eine Angelegenheit des schulischen Lernens, sondern auch der praktischen Qualifizierung sein kann.

Teil II

Die Umsetzung der Ausbildung

Konzeption und Konstruktion von Ausbildungsgängen bewähren sich – bei allem Idealismus während der Erarbeitung der Curricula – erst im Verlauf ihrer Implementation. Kein noch so detaillierter Plan, keine noch so umfangreiche Sammlung von Ausbildungsmaterialien, keine noch so vollständige Vorbereitung von Ausbildern/innen und Lehrern/innen können den berufspädagogischen Prozess des Ausbildens so präzise antizipieren, dass dieser ohne Anpassungen, Korrekturen oder Revisionen zu bewältigen wäre.

Dies war auch bei jeder Umsetzung der BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege der Fall.[1] Als besonders prägende Rahmenbedingung kam hier noch hinzu, dass zwischen den politischen Entscheidungen zur Anwendung der BIBB-Curricula und dem Ausbildungsbeginn in keinem Fall mehr als sechs Monate Zeit für die operative Vorbereitung von Schulen und Einrichtungen bzw. Betrieben zur Verfügung stand. Unter diesem enormen Druck war an eine erschöpfende Vorbereitung aller an den Ausbildungsprojekten beteiligten Organisationen (Einrichtungs-, Betriebs- und Schulträger) und Personen (Schul- und Pflegedienstleitungen, Lehrkräfte, Ausbilder und Auszubildende) nicht zu denken. Dieser Umstand, der zusätzlich noch durch die mangelnden Vorerfahrungen so gut wie aller Beteiligten mit arbeitsprozessorientiertem und lernfeldstrukturierten Ausbildungsunterricht auf der einen und einer praktischen „Ausbildung im Prozess der Arbeit" auf der anderen Seite bereichert wurde, machte in der ersten Zeit der Umsetzung der neuen Ausbildungen ein Verfahren erforderlich, das am besten mit dem Paradoxon „Forschung, Entwicklung und Unterstützung im Prozess der Anwendung" umschrieben werden kann:

Alle ausbildungsunterstützenden Materialien (insbesondere die Lernsituationen für die schulische sowie Ausbildungsaufgaben und Handreichungen für die praktische Ausbildung), aber auch die erforderlichen Schulungen für Ausbilder/innen und Lehrkräfte wurden anfangs notgedrungen sehr zeitnah zum Ausbildungsgeschehen entwickelt und angeboten. Aus diesem vielfach durch die vorgegebenen Rahmenbedingungen heraufbeschworenen Zwang zur Improvisation hat sich ein zwar zu

1 Die BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege wurden zuerst im Saarland (Altenpflege: seit 2002; Gesundheits- und Krankenpflege: auf freiwilliger Basis seit 2004) und in Brandenburg (integrierte Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege, seit 2003 erprobungsweise) umgesetzt. Zwischenzeitlich haben eine Reihe großer Trägereinrichtungen dort, wo bundesländerspezifische Regelungen dem nicht entgegenstehen, die Ausbildungskonzepte des BIBB ebenfalls übernommen. Da diese Übernahmen jedoch keiner systematischen Evaluation unterliegen, beziehen sich alle Informationen und Diskussionen im Folgenden auf die vom BIBB begleitete Umsetzung der Ausbildungen im Saarland und in Brandenburg.

Beginn aufwändiger, aber außergewöhnlich fruchtbringender Diskussionsprozess zwischen Wissenschaftlern und Entwicklern auf der einen und Entscheidern (Arbeitgeber) und Anwendern (Ausbilder, Lehrer, Schüler) auf der anderen Seite ergeben, der ohne die vielen Sprünge ins „kalte Wasser" des Ausbildungsalltags nicht zustande gekommen wäre.

Mit Unterstützung dieser Diskussionsprozesse konnten notwendige Anpassungen und Revisionen im Lehrplan selbst und im gesamten Ausbildungsprozess viel einfacher und – vor allen Dingen – zeitnäher durchgeführt werden, als wenn dies in einem vollständigen, geschlossenen und vorab definierten Rahmen geschehen wäre. Darüber hinaus wurde durch den die Ausbildung permanent begleitenden Diskurs zwischen Konzeptentwicklern und Anwendern, der Entdeckung von Fehlern und die Suche nach ihrer Behebung, die Entwicklung von Ausbildungsideen und ihre unterstützte Erprobung eine weitaus größere Akzeptanz für neues Denken, Planen und Ausbilden erreicht, als dies bei verpflichtend erlassenen Ausbildungsrichtlinien möglich sein kann.[2]

Vor diesem Hintergrund sind die in diesem Kapitel vorgestellten Entwicklungsarbeiten und Umsetzungsergebnisse aus schulischer und praktischer Ausbildung als Etappen eines zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht ganz beendeten, aber in seinen Grundzügen vollständig zu Ende geplanten Weges zu lesen. Sie sollen zur Diskussion anregen – auch unter Ausbildungsbedingungen in Bundesländern oder an Schulen, die eine Übernahme des BIBB-Ausbildungskonzeptes nicht gestatten. Sie können als Planungsgrundlage eingesetzt werden, auch wenn eine Dualisierung der Ausbildung nach den hier präsentierten curricularen Grundlagen nicht in Aussicht steht. Und sie können genutzt werden, um die gegenwärtig noch unterentwickelte Diskussion zu alltagstauglichen berufspädagogischen Theorien und Konzepten für Berufe im Berufsbereich Pflege anzureichern, die anschlussfähig an die Didaktik der Berufsbildung im gewerblichen Sektor sein sollen.

2 Beispiel: Verpflichtende Rahmenrichtlinie Gesundheits- und Krankenpflege Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2004

WOLFGANG BECKER

Die Umsetzung der schulischen Ausbildung

Die Umsetzung der schulischen Ausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nach den Curricula des Bundesinstituts für Berufsbildung erfordert eine Vielzahl von Orientierungswechseln gegenüber den bis heute praktizierten Traditionen der „schulischen" Pflegeausbildungen. Für diese Neuerungen war im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung und berufspädagogischen Unterstützung aller Umsetzungsbeispiele der Curricula – verglichen mit der Implementation der praktischen Ausbildung sowie den begleitend erforderlichen politischen und bürokratischen Diskussionsprozessen – der größte Aufwand an (Lehrer-) Fortbildungen und systematischer, berufspädagogischer Unterstützung erforderlich.

Die Veränderungen in den Schulstrukturen, der Organisation des Lehrens und Lernens und in der Praxis des Ausbildungsunterrichts werden zwar durch die neuartige Systematik der „dualisierten" Berufsausbildung angestoßen. Sie betreffen jedoch im Wesentlichen längst überfällige Reformen und Anpassungsleistungen des schulischen Ausbildungssystems im Berufsbereich Pflege an moderne, empirisch fundierte berufliche Qualifikationsprozesse. Dies gilt vor allem für die nachfolgend herausgehobenen und exemplarisch kommentierten strukturellen, didaktischen und pädagogischen Eckwerte, die in allen Umsetzungsbeispielen erst mit der Übernahme der BIBB-Curricula in die Diskussion gerieten und die mit der Entwicklung von exemplarischen Umsetzungskonzepten die Qualität des beruflichen Qualifikationsprozesses nachhaltig beeinflusst haben:

- **Berufspädagogische Qualifizierung der Lehrkräfte an Altenpflege- und Krankenpflegeschulen:** Eines der größten Probleme des schulischen Ausbildungssystems im Berufsbereich Pflege und das mit Blick auf die Qualifikationsleistungen für Arbeitsmarkt und Gesellschaft wohl riskanteste Defizit sind die im Regelfall nur unzureichenden berufspädagogischen Qualifikationen sowie der grundsätzlich sehr heterogene und oft nicht angemessene Qualifikationsstand des Lehrpersonals.

  Im Rahmen der Umsetzung der Altenpflege- und Krankenpflegeausbildungen und zahlreicher Fachkontakte mit ausbildenden Schulen im gesamten Bundesgebiet sind wir auf vier „Fachlehrertypen" gestoßen, die durchaus signifikant für die fragwürdige Leistungsfähigkeit des schulischen Ausbildungssystems Pflege sein dürften:[1]

  – Der nebenamtliche Dozent: Ausbildungsschulen im Berufsbereich Pflege arbeiten nur in seltenen Ausnahmefällen vollständig mit hauptamtlichen Lehrkräften. Im Rahmen der Fachkontakte zur Umsetzung der BIBB-Curricula oszillierte der Stand hauptamtlicher Lehrkräfte zwischen 20% und etwa 85%; ein realistischer Durchschnittswert für Pflegeschulen dürfte bei ungefähr 60% hauptamtlichen und 40% nebenamtlichen Dozenten liegen. Krankenpflegeschulen sind dabei grundsätzlich besser ausgestattet als Altenpflegeschulen.

    Der typische nebenamtliche Dozent gibt nur stundenweise, an bestimmten Tagen und zu bestimmten Fachgebieten Unterricht. Der nebenamtliche Dozent steht für

1 Der Lesbarkeit halber wird im Folgenden überwiegend die männliche Funktionsbezeichnung genutzt.

die Auszubildenden daher nur sehr eingeschränkt für Lernberatungen und Rückfragen zur Verfügung. Die Beteiligung des nebenamtlichen Dozenten an der Ausbildungs- und Unterrichtsplanung ist sehr lückenhaft; Ansätze zur Integration nebenamtlicher Dozenten in die Konzeption des schulischen Ausbildungsablaufs scheitern meist an den Faktoren hauptamtlicher beruflicher Bindungen, Terminschwierigkeiten und der Notwendigkeit, zusätzliche (zeitliche) Aufwendungen gesondert abrechnen zu müssen. Beispielhaft für nebenamtliche Dozenten sind der in medizinischen Fachgebieten unterrichtende Arzt oder der zu Fragen des Sozialrechts dozierende Sachgebietsleiter einer Krankenkasse.

– Die berufserfahrene Fachkraft: Die berufserfahrene Fachkraft verfügt über keinen formalen pädagogischen Fort- oder Weiterbildungsabschluss für Unterrichtsfunktionen. Als langjährig erfahrene Beschäftigte in der Alten- oder Krankenpflege ist sie zum Beispiel bei Gründung der Schule oder im Rahmen einer trägerinternen Stellenausschreibung ohne besondere Qualifikationsvoraussetzung in die Funktion einer „unterrichtenden Fachkraft" gelangt. Das pädagogische Rüstzeug schöpft sie aus ihrer Praxiserfahrung, der kollegialen Unterstützung sowie periodischen Teilnahmen an thematischen Fortbildungen. Die berufserfahrene Fachkraft gehört zum Stammpersonal aus der Gründungsphase vieler Ausbildungsschulen in der Pflege und stellte bis weit in die 90er Jahre hinein – auch hier wiederum vor allem in der Altenpflege – die Mehrheit unter den hauptamtlichen Lehrkräften.

– Die weitergebildete Lehrkraft: Seit etwa Anfang der 90er Jahre gehört die erfolgreiche Teilnahme an abschlussbezogenen pädagogischen Weiterbildungen – zum Beispiel an Weiterbildungen zur „Unterrichtsfachkraft" – bei vielen Schulträgern zu den Grundvoraussetzungen für die Einstellung als Lehrkraft und die Übernahme von schulischen Ausbildungsaufgaben im Bereich Pflege. Allerdings unterliegen diese Weiterbildungen bis heute weder einer staatlichen Regulierung noch einer funktionierenden Qualitätskontrolle. Hauptanbieter sind meist privatwirtschaftlich organisierte Weiterbildungsinstitutionen, die unabhängig voneinander für ihre Lehrkraftabschlüsse pädagogische Kompetenzprofile entwickeln, die nur eines gemeinsam haben: Sie ignorieren berufspädagogisch relevante Qualifikationsinhalte.[2] Weitergebildete Lehrkräfte gehören bis heute zum Stammpersonal der meisten Kranken- und Altenpflegeschulen.

– Die Lehrkraft mit Hochschulabschluss: In der zweiten Hälfte der 90er Jahre setzt ein zögernder „Professionalisierungsschub" in vielen schulischen Ausbildungsstätten für Pflegeberufe ein. Diese Entwicklung beruht grundsätzlich auf zwei Fundamenten: Den ersten Absolventenjahrgängen aus pflegewissenschaftlichen oder pflegepädagogischen (Weiterbildungs-) Studiengängen an Universitäten und Fachhochschulen und der sich langsam durchsetzenden berufsverbandlichen Ideologie zur Ausbildung pflegerischer „Eliten".[3]

  Allerdings zeigt sich an den Ausbildungsschulen für Krankenpflege und Altenpflege keine einheitliche Rekrutierungsstrategie für Pflege-Lehrkräfte mit Universitätsabschluss: Während sich in den neuen Bundesländern meist Diplom-Medizinpädagogen überwiegend in der Krankenpflege durchsetzen, zeigt sich das Qualifikations-

2 Vgl. BECKER, W.: Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales: Taugt Weiterbildung als Element beruflicher Entwicklungsplanung? Ergebnisse der Strukturanalyse berufliche Weiterbildung. In: Berufsbildung und Qualifikationstrends im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Bestandsaufnahme und Konzepte für Aus- und Weiterbildung. Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Heft 61. Bonn, Oktober 2002, S. 5 - 54.

3 Vgl. stellvertretend die Positionsschriften der ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hrsg.): Pflege braucht Eliten. Stuttgart 1990 sowie DIES. (Hrsg.): Pflege neu denken. Stuttgart 1999.

bild der Lehrkräfte in den alten Bundesländern bunter und heterogener. Hier werden eher allgemeine pädagogische (zum Beispiel erwachsenenpädagogische) Studienabschlüsse bevorzugt. Aber auch hier ist das Tätigkeitsfeld der akademisch qualifizierten Lehrkräfte eher die Ausbildung in der Krankenpflege als in der Altenpflege oder anderen Pflegeberufen.

– Der Pflegepädagoge: Seit Anfang des 21. Jahrhunderts setzt eine zweite Professionalisierungswelle unter den Lehrkräften an „Pflegeschulen" ein. Jetzt gelangen die ersten Absolventen pflegepädagogischer Studiengänge – überwiegend aus Studiengängen an Fachhochschulen – an die ausbildenden Schulen. Der Pflegepädagoge ist dabei, sich zum Regelabschluss bei (neuen) Lehrkräften in der Kranken- und Altenpflege zu entwickeln.

Bei der Umsetzung der Ausbildungskonzepte für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege musste das gesamte Qualifikationsspektrum von Pflegelehrkräften in den berufspädagogisch-didaktischen Orientierungswechsel der „Dualisierung" des Ausbildungsgeschehens einbezogen werden. Dabei erwies sich schnell nicht der unterschiedliche formale Qualifikationsstand der Lehrkräfte als Hauptschwierigkeit bei der Entwicklung neuer Konzepte für den Ausbildungsunterricht beider Berufe. Vielmehr war es die allen Qualifikationsebenen gemeinsame, wenn auch unterschiedlich qualifizierte Orientierung an medizinisch-pflegerischem Wissen, krankheitsbezogenen Defizit- oder Defektzuschreibungen und die Orientierung an systematisch getrennten Fächer- und Fachdomänen, die einen großen Teil der fachlichen Auseinandersetzungen, Lehrkräftefortbildungen, Teambesprechungen und Ausbildungsgangkonferenzen bestimmt und gebunden haben:

Bis in den Beginn des zweiten Ausbildungsjahres hinein waren mit der Lernfeldorientierung der schulischen Ausbildung, der Strukturierung des Ausbildungsunterrichts nach Lernsituationen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen für Unterrichtsplanung und Unterrichtsdurchführung ein großer Teil der ausbildungsunterstützenden Ressourcen für die Altenpflege- und Krankenpflegeschulen in Anspruch genommen. Dieser Sachverhalt verdient in diesem Bericht besondere Erwähnung, weil jeder ernst zu nehmende Versuch der Übertragung des Lernfeldkonzeptes auf die Ausbildung in den Pflegeberufen – unabhängig davon, ob nach den Konzepten der BIBB-Curricula oder anderen Konzepten ausgebildet wird – neben dem Qualifikationsniveau der einzusetzenden Lehrkräfte vor allem auch Art und Inhalte der Lehrkräftequalifikationen in den Blick genommen werden müssen: Ohne eine valide berufspädagogische Qualifizierung des Lehrkörpers werden an keiner Ausbildungsstätte arbeitsmarkt- und betriebstaugliche moderne Ausbildungskonzepte für Altenpflege oder Gesundheits- und Krankenpflege entstehen können.

Nach den bis heute gesammelten Erfahrungen mit der Umsetzung der schulischen Berufsausbildung in Alten- und Krankenpflege an den Lernorten, die die BIBB-Curricula verwenden, aber auch dort, wo auf den gesetzlichen Grundlagen eigene Ausbildungskonzepte realisiert werden, ist diese Feststellung nicht kompromissfähig. Erst die thematische Strukturierung des (schulischen) Lernprozesses nach beruflichen Lernsituationen und seine Ausrichtung an berufstypischen und einsatzgebietsüblichen Arbeitsprozessen und -aufgaben bis in die Abfolge des Unterrichts hinein ermöglicht es, die Herrschaft von Fächergrenzen, Wissensdomänen sowie Definitionen, Symptomatiken und Defektologien aufzulösen und Fächer und Fachwissen unmittelbar in den Dienst eines auf berufliche Aufgabenbewältigung ausgerichteten Ausbildungsunterrichts zu stellen:

Fächer und Fachwissen werden daraufhin befragt, was sie zur Planung und Bewältigung beruflicher Aufgaben beizutragen imstande sind. Erst danach fällt die Entscheidung über Art, Umfang und Zeitpunkt ihrer Nutzung für die schulische Ausbildung. Dieser Aufbau

von intendiertem Lernen und Lernarrangements in der ausbildenden Schule an Ablauf und Rahmenbedingungen der den Beruf prägenden Arbeitsprozesse löst nicht nur die Macht des klinisch-medizinischen Herrschaftswissens auf – er ist ohne solide berufspädagogische Qualifizierung des Lehrpersonals nicht oder nur mit erheblichen Friktionen zu leisten:

Die Relevanz des Unterrichtsthemas „Patient mit Diabetes mellitus" beispielsweise ergibt sich für einen an beruflichen Handlungskompetenzen ausgerichteten („dualisierten") Ausbildungsunterricht primär nicht aus der Häufigkeit des Erkrankungsvorkommens, die es zu einem der „klassischen" Themen in der Krankheitslehre gemacht haben, sondern aus den berufstypischen Umgebungen, Rahmenbedingungen und Arbeitsprozessen, in deren Zusammenhang die Wahrnehmung oder die pflegerische Beeinflussung diabetischer Symptome eine Rolle spielt und die die pflegerischen Aufgaben und berufliche Verantwortung maßgeblich beeinflussen. „Diabetes" erhält somit seine Relevanz für den Ausbildungsunterricht ausschließlich aus den für Pflegekräfte in ambulanten und/oder stationären Arbeitsumgebungen vorherrschenden Aufgabenstellungen, die geplant, organisiert, kommuniziert, begründet und durchgeführt werden müssen – nicht aber, weil Pflegekräfte möglicherweise mit Erkrankungssymptomen konfrontiert werden könnten, für die sie ein „vorsorglich vollständiges Wissen" über Diabetes bereithalten sollten.

Dieser Perspektivenwechsel für den schulischen Teil der Ausbildung, der Themen, Inhalte und Methoden des Unterrichts grundsätzlich aus den für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege prägenden Geschäfts- und Arbeitsprozessen ableitet und sie mit Blick auf ihre berufliche Verwertbarkeit didaktisch aufbereitet, ist ohne berufspädagogische Qualifizierung des schulischen Lehrpersonals nicht zu leisten. Da diese Qualifikation in Altenpflege- und Krankenpflegeschulen im Regelfall nicht vorhanden ist, erhalten die Struktur der Lernfelder, die taxonomische Differenzierung der Lernziele in berufliche Handlungskompetenzen sowie die Entwicklung und Beschreibung von Lernsituationen für den Ausbildungsunterricht eine wichtige Brückenfunktion für das Gelingen der Ausbildung.

- **Orientierungswechsel des Ausbildungsunterrichts – Rollenwechsel für die Lehrkräfte:** Die Forderung nach berufspädagogischen Qualifikationen des schulischen Lehrpersonals ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Umsetzung der Altenpflege- und Krankenpflegecurricula nicht nur als Problem formaler Bildungsabschlüsse zu sehen. Der Begriff „Berufspädagogik" ist unabhängig von seinen fachlichen Konnotationen auch als Aufforderung zu verstehen, die im Unterricht der Alten- und Krankenpflegeschulen traditionell genutzten Unterrichtsstile und Rollenverteilungen zu überdenken und – wo nötig – zu korrigieren. Vor allem die didaktische Struktur des Unterrichts und des Unterrichtens hat sich im Verlauf der Umsetzung der Alten- und Krankenpflegeausbildung als entscheidende Schnittstelle für das Gelingen oder Misslingen der neuartigen schulischen Ausbildungsprozesse herausgebildet:

  Vor dem Hintergrund der oft nicht ausreichenden berufspädagogischen Qualifikation nutzen viele Lehrkräfte Unterrichtsmittel und Unterrichtsstile, die der beruflichen Aufgabenstellung, für die qualifiziert werden soll, nicht, wenigstens aber nicht in vollem Umfang entsprechen. Die soll an zwei Beispielen dargestellt werden:

  – Aufgabenstellung und Zeitverbrauch: In mehreren Fällen konnte im Verlauf der ausbildungsbegleitenden Untersuchungen festgestellt werden, dass Lehrkräfte Ausbildungsaufgaben formulieren ohne Zeitvorgaben festzulegen, ja selbst ohne eigene Vorstellungen dafür zu entwickeln, welcher Zeitverbrauch für die Bewältigung der Aufgabe angemessen und im Hinblick auf die den Beruf üblicherweise prägenden Rahmenbedingungen realistisch wäre.

So wurden beispielsweise für die Ausbildungssequenz „Gesundheitsberatung unter Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen" (vgl. Lernsituation 18 für das 2. Ausbildungsjahr, S.) von einer verantwortlichen Lehrkraft zehn Unterrichtsstunden (fünf Doppelstunden an drei Unterrichtstagen in zwei Wochen) angesetzt: Eine Doppelstunde wurde – auf der Grundlage von unterschiedlichen Fallbeispielen, für die sich jeweils Gruppen gebildet hatten – für Informationsbeschaffung (Bibliothek, Internet) und eine erste, grobe Systematisierung (Eigenarbeit) genutzt. Die beiden darauf folgenden Doppelstunden, für die die verantwortliche Lehrkraft erst fünf Tage später eingesetzt war, verstrichen unter der Vorgabe *„Prüfen Sie, welche Informationen Sie in welcher Form zur Beratung nutzen können!"* in einer Art „schüleraktiven Unterrichts" ohne direkte pädagogische Intervention oder gar Steuerung. Auf die Frage, weshalb fast ein gesamter Vormittag mit einem im Hinblick auf das Beratungsziel und/oder die Beratungsmethode nicht näher spezifizierten Prüfauftrag verwendet würde, antwortete die Lehrkraft: *„Heute sehen wir erst einmal, wie weit wir kommen. Beratung hat so viele Aspekte, da brauchen die Schüler Zeit, um sich einzufinden im Thema. Das nächste Mal wird es dann konkret."*

Auch die im Sinne des Lernerfolgs durchaus problematische „Stückelung" der Ausbildungssequenz in drei relativ weit auseinander liegende Blöcke (Dienstag – Montag – Donnerstag) war nicht „ausbildungsrational" sondern ausschließlich schulorganisatorisch begründet: Eine Bündelung der gesamten Sequenz war aufgrund des durchaus üblichen Springereinsatzes der meisten hauptamtlichen (Fach-) Lehrkräfte auch in anderen Ausbildungsklassen der Schule gar nicht möglich.

– Mediennutzung und Ausbildungsziel: Im Ergebnis der gleichen Unterrichtssequenz hatten sich die Auszubildenden entschieden, die gesammelten und systematisierten Informationen in Form eines DIN A 1-Posters zu präsentieren und mit der Präsentation die Ausbildungssequenz abzuschließen.

  Im Einvernehmen mit der verantwortlichen Lehrkraft wurde der Rest der Unterrichtszeit darauf verwendet, Ausschnitte aus Zeitschriften und selbst gefertigte Textsequenzen vorzubereiten und nach Geschmack auf bereitgelegte Plakatbögen zu kleben. An keiner Stelle des Ausbildungsunterrichts wurde dagegen problematisiert, ob und in welcher Form das genutzte Medium (Poster) in funktionalem Zusammenhang mit der gewählten Ausbildungsaufgabe steht oder stehen kann und in welchem Umfang es bei der Nutzung „unsymmetrischer" Kommunikationsmedien zu Informationsstörungen oder Fehlberatungen kommen kann.

Die berufspädagogische Kompetenz von Lehrkräften spiegelt sich nicht nur in der für die berufliche Kompetenzentwicklung sinnvollen Nutzung von Unterrichtsmitteln, sondern mindestens gleichgewichtig auch in einer angemessenen Definition und Darbietung der pädagogischen Rolle: Vor allem die Dominanz der so genannten „Vermittlungsdidaktik" mit ihren Traditionen der „Abwicklung" des Unterrichts in passivierender Frontalform und die Stoffvermittlung im „Lehrervortrag" (zum Mitschreiben) haben die Umsetzung der schulischen Ausbildung in den ersten eineinhalb Jahren an fast allen Standorten geprägt, ohne tatsächlich nachhaltig beeinflusst werden zu können. Prägend für die erstaunliche Resistenz der herkömmlichen Lehrerrolle als „Wissensvermittler" und „Darbieter" waren im Wesentlichen zwei Faktoren, deren Überwindung nicht nur konstitutiv für berufspädagogische Kompetenz, sondern auch für die Wirksamkeit der schulischen Ausbildung ist: die Orientierung vieler Lehrkräfte an einem „kontrollierten" Unterricht und die mangelnde Erfahrung mit moderierenden, schüleraktivierenden didaktischen Konzepten und Unterrichtsstilen.

- **Lernfelder statt Stoffverteilungsplan – Lernsituationen ersetzen Fächer:** Die notwendige Auseinandersetzung mit der berufspädagogischen Kompetenz der Lehrkräfte an den ausbildenden Schulen in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege bezieht sich nicht nur auf die Auswahl angemessener didaktischer Konzepte und Unterrichtsstile. Grundlegend für das von allen ausbildenden Lehrkräften vorauszusetzende Kompetenzniveau ist vielmehr das Verständnis des Lernfeldkonzeptes und seine Übertragung in einen in Planung, Begründung und Evaluation auf berufliche Arbeitsprozesse gerichteten, handlungsorientierten Ausbildungsunterricht ohne parzellierende Fächerstruktur (vgl. Kapitel „Lernfelder und Arbeitsprozessorientierung", S. 89ff). Dazu müssen die in den Lernfeldern niedergelegten beruflichen Lernziele in ihren inhaltlichen, didaktischen und zeitlichen Dimensionen zunächst interpretiert, auf Bezüge mit dem Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung geprüft und in für die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz geeignete Lerneinheiten („Lernsituationen") unterteilt werden. Dabei ist aus (berufs-) pädagogischer Sicht zu fragen, ob und in welcher Form die erarbeiteten Lernsituationen den Erwerb berufstypischer Kompetenzen ermöglichen und ob sie in der gewählten Form den Prinzipien exemplarischen Lernens genügen. Schließlich ist zu entscheiden, welche Fachinhalte in welcher Breite und Tiefe anzusprechen sind und in welcher Abfolge die Lernsituationen auf die schulischen Ausbildungsphasen der drei Ausbildungsjahre verteilt werden sollen (vgl. Kapitel „Sequenzierung des Ausbildungsprozesses", S. 111ff).[4]

  Auf diese neuen und im Verhältnis zum traditionellen Unterricht sehr komplexen Aufgaben war nach dem Inkrafttreten der neuen Berufsgesetze kaum eine ausbildende Schule angemessen vorbereitet. Für diese riskant defizitäre Situation in der Berufsausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege, die jedem Anspruch auf „berufliche Professionalität" entgegensteht, ist jedoch nicht nur der grundsätzliche berufspädagogische Qualifikationsmangel unter den Lehrkräften im Berufsbereich „Pflege" verantwortlich zu machen. Als zusätzliche Störfaktoren, die eine abwägende und kritisch reflektierende Auseinandersetzung mit dem bereits erprobten und gewerteten Lernfeldkonzept der betrieblichen Berufsausbildung[5] bis heute verhindern, haben sich insbesondere der in den Berufsgesetzen selbst nicht in hinreichender Schärfe dargelegte Lernfeldbegriff auf der einen und die seit 2003 geradezu inflationär vorgestellten „Lernfelderfindungen" und „Lernfeldbegründungen" in der Pflege[6] auf der anderen Seite beigetragen. Dabei haben sich die verbreitete (pflege-) theoretische Hybris der Verfasser und die ihnen meist gemeinsame Missachtung der Normen und berufspädagogisch-didaktischen Bezugsgrößen für das „Konstruieren von Lernfeldern"[7] zu einer höchst kritisch zu bewertenden Mischung verbunden, die im Ergebnis (fast) an jeder Ausbildungsschule zu einem eigenständigen Lernfeldkonzept und zwischen den Schulen zu höchst unterschiedlichen Ausbildungsverfahren geführt hat. Gegenwärtig muss davon ausgegangen werden, dass das

4 Die notwendigen Schritte für die Planung der Ausbildung sind – am Beispiel der Berufsausbildung in der Altenpflege – detailliert beschrieben in BECKER, W.; JANSSEN, B.: Berufsausbildung in der Altenpflege. Leitfaden für die praktische Ausbildung. Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung. Bielefeld 2003.

5 Vgl. beispielhaft PÄTZOLD, G.: Lernfeldcurricula und Lernsituationen - Entwicklung und Erprobung. In: RAUNER, F. (Hrsg.): Qualifikationsforschung und Curriculum. Analysieren und Gestalten beruflicher Arbeit und Bildung. Bielefeld 2004, S. 99 - 114 sowie DERS.: Lernortkooperation im Lernfeldkonzept. In: PrinterNet Pflegepädagogik 1/2004, S. 5 - 13

6 Vgl. in einer Auswahl der jüngsten Veröffentlichungen: GREB, U.: Lernfelder fachdidaktisch interpretieren. In: PrinterNet Pflegepädagogik 12/2004, S. 660 - 669; OLBRICH, C.: Modulentwicklung auf der Grundlage der Kompetenztheorie. In: PrinterNet Pflegepädagogik 12/2004, S. 670 - 676; BOHRER, A.; WELLING, K.: Schritt für Schritt. In: Altenpflege 10/2004, S. 30 - 33; AHRENDT, C.; THEILIG, K.; PEHLKE-MILDE, J.: Fördert das Lernfeldkonzept die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz? In: PrinterNet Pflegepädagogik 9/2004, S. 453 - 460.

7 BADER, R.: Entwicklung von Rahmenlehrplänen nach dem Lernfeldkonzept. In: MÜLLER, M.; ZÖLLER, A. (Hrsg.): Arbeitshilfen für Rahmenlehrplanausschüsse. München/Halle 2001, S. 17 - 28.

grundgesetzliche Prinzip der Vergleichbarkeit der (Aus-) Bildungsbedingungen auf dem Gebiet der Berufsausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland keine Gültigkeit mehr hat.

- **Prüfungen – Wissensabfrage oder Kompetenzfeststellung:** Qualität und Relevanz beruflicher Qualifikationsprozesse spiegeln sich an herausgehobener Stelle in Konzept, Gestaltung und Erfolg beruflicher Prüfungen; sie sollen in möglichst verlässlicher Form und unter Nutzung geeigneter Prüfungsverfahren und Prüfungsmethoden die vermittelte und erworbene berufliche Handlungskompetenz der Auszubildenden im Hinblick auf Vollständigkeit und Qualität bewerten.

  Im beruflichen Prüfungswesen haben sich insgesamt drei Orientierungsgrößen durchgesetzt, die sicherstellen sollen, dass der mit der Abschlussprüfung verbundene Anspruch der Bewertung beruflicher Handlungskompetenz auch tatsächlich eingelöst werden kann:[8]

  – **Praxisorientierung:** Jedes Prüfungselement sollte sich an berufstypischen Aufgabenstellungen und/oder Arbeitsanforderungen orientieren und sie so realistisch wie möglich an geeigneter Stelle in den Prüfungsablauf integrieren.[9]

  – **Handlungsorientierung:** Berufstypische Anforderungen sollten bei beruflichen Abschlussprüfungen so miteinander verbunden werden, dass sie einen vollständigen, in sich abgeschlossenen und stimmigen Handlungsablauf (Handlungsprozess) abbilden. Die gestellten Aufgaben sollten immer das Kriterium der Komplexität (Abbildung variabler und vernetzter Anforderungen) erfüllen.

  – **Prozessorientierung:** Moderne berufliche Prüfungen gehen methodisch über die Bewertung einzelner, aber vollständiger und komplexer berufstypischer Handlungsabläufe hinaus: Sie orientieren sich in der Aufgabenstellung im Schwerpunkt an berufstypischen Geschäfts- und Arbeitsprozessen. Dabei beziehen sie bei der Gestaltung der Prüfungsaufgabe immer auch die dem Handlungsprozess vor- und nachgelagerten oder umgebenden Abläufe mit ein.

  Alle drei Kriterien haben sich bei Gestaltung und Durchführung der beruflichen Abschlussprüfungen im Berufsbereich Pflege – von Einzelfällen abgesehen – bis heute grundsätzlich nicht durchgesetzt. Praxis- und Handlungsorientierung sind im Großen und Ganzen Derivate der praktischen Prüfung geblieben; das Prinzip der Prozessorientierung ist bis heute unbekannt. Schriftliche und mündliche Prüfungen kreieren – nicht selten noch in traditioneller Ausrichtung auf Fächer – ihre eigenen Logiken und erschöpfen sich vielfach auf isolierte Wissensabfragen im Multiple-Choice-Verfahren.

  Unter den Lehrkräften überlagert die Abschlussprüfung bis zum heutigen Zeitpunkt alle unterrichtlich-didaktischen Überlegungen und Entscheidungen: Die Möglichkeit, Unterrichtsinhalte als „prüfungsrelevant" zu markieren und dadurch besondere Anstrengungen der Auszubildenden einzufordern, ist für viele von ihnen das wichtigste Relevanzmerkmal ihres Beitrags zur schulischen Ausbildung. Auf der anderen Seite führte auch die Erfahrung vieler Schulen, dass Prüfungsinhalte oftmals relativ „ausbildungsfern" in den Landesprüfungsämtern (oder von anderen zuständigen Stellen) festgelegt werden, zu der Forderung, die Prüfungsinhalte der neuen Ausbildungen so frühzeitig wie möglich zu bestimmen, um die Inhalte der schulischen Ausbildung danach ausrichten zu können. Allerdings führt jede Form einer frühzeitigen Prüfungszentrierung des Ausbildungsunterrichts

8 Vgl. hierzu u. a. BROSI, W.: Prüfungsmethoden in der beruflichen Aus- und Weiterbildung - neue Forschungsergebnisse. Bonn 2005.

9 Möglich ist dies beispielsweise durch Planungsaufgaben oder die Nutzung des so genannten „Fachgesprächs".

zu einer nicht zu unterschätzenden Gefahr der Fehlsteuerung im Qualifikationsprozess: Nicht die Entwicklung und Formung beruflicher Kompetenzen stünden im Mittelpunkt des Unterrichtsgeschehens, sondern die Ansammlung prüfungsrelevanten Wissens „auf Halde", wenn Prüfung und (möglichst frühzeitig einsetzende) Prüfungsvorbereitung zum „heimlichen Lehrplan" der Ausbildung werden.

Auch hier geht es demnach um die Entwicklung berufspädagogischer Kompetenzen unter den Lehrkräften in den ausbildenden Schulen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege: Den Unterricht nicht als „Wissensablage" zu missbrauchen, deren Inhalte in Prüfungsabfragen reaktiviert werden müssen, sondern als Medium der arbeitsprozessorientierten beruflichen Kompetenzentwicklung zu verstehen und zu gestalten, die es in der Abschlussprüfung zu bewerten gilt.

Dieses Umsteuern in der Konzeption beruflicher Abschlussprüfungen bedeutet allerdings auch eine maßgebliche Veränderung in den Anforderungen an die prüfungsbeteiligten Lehrkräfte: Mit abnehmender Relevanz testtheoretischer Instrumente und der Beurteilung einzelner Prüfungspositionen tritt die Fähigkeit zur Beurteilung im beruflichen Gesamtzusammenhang (schriftliche und mündliche Prüfung) sowie zur bewertenden Beobachtung (praktische Prüfung) komplexer Aufgabenstellungen in den Vordergrund. Die Prüfung beruflicher Kompetenz wird somit auch zur Kompetenzanforderung für die Prüfer/innen – ein Sachverhalt, der die herausragende Bedeutung einer soliden berufspädagogischen Qualifikation aller an der Ausbildung verantwortlich Beteiligten nochmals unterstreicht.

WOLFGANG BECKER

Lernfelder und Arbeitsprozessorientierung – Traditionsbrüche für die Didaktik der schulischen Berufsausbildung

Spätestens seit 2001 wird für den berufsschulischen Teil der Berufsausbildung in Deutschland sowie für jeden neu geordneten Ausbildungsberuf verbindlich das so genannte „Lernfeldkonzept" genutzt. Die Verpflichtung zur Entwicklung, Umsetzung und Anwendung von Lernfeldern geht auf den ein Jahr zuvor gefassten Beschluss der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK) zurück.[1] Konzept und Begründung des Lernfeldgedankens beruhen im Wesentlichen auf den Vorarbeiten von Reinhard Bader, der seine Vorstellungen bis heute weiter ausgearbeitet und differenziert begründet hat.[2]

In den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege ist das Lernfeldkonzept nicht verankert. Dennoch werden die Themenblöcke der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege irrigerweise als „Lernfelder" bezeichnet. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Gesundheits- und Krankenpflege definiert für den schulischen Teil der Berufsausbildung lediglich „Themenbereiche" und keine Lernfelder. Sie zeigt damit zwar größere fachliche Ehrlichkeit als die gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen für die Altenpflege, vergibt aber gleichzeitig mit der Themenbereichslösung die große Chance, die Berufe in der Krankenpflege auf den aktuellen Stand der Berufsausbildung in Deutschland zu bringen.

Vor allem in der so genannten „Pflegepädagogik" ist vor diesem Hintergrund das Lernfeldkonzept sowie die Definition, Nutzung und Umsetzung von Lernfeldern zu einem breit diskutierten Thema geworden. Allerdings kommt es dabei zu einer für den Berufsbereich „Pflege" symptomatischen Verwirrung: Weder wird das Lernfeldkonzept in seinen klar definierten berufspädagogischen Normen und Standards in den pflegerischen Ausbildungssektor übernommen, noch wird die sich aus den neuen Berufsgesetzen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege ergebende Chance zur (selbst-) kritischen Reflexion der vorhandenen Ausbildungssystemstrukturen und pädagogischen Prämissen genutzt.

Statt dessen kommt es zu einer Art kollektivem Abgrenzungsreflex gegenüber „professionsfremden" Konzepten und Theoriebildungen: Seit 2001 wurden nach einer nicht vollständigen Auswertung der deutschsprachigen pflegespezifischen Fachliteratur (Fachzeitschriften und Periodika) mehr als 100 unterschiedliche Lernfeldkonzepte und „-theorien" vorgestellt[3]. Sie alle

---

1 Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (Hrsg.): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen für den berufsbezogenen Unterricht in den Berufsschulen, a.a.O.

2 BADER, R.; SCHÄFER, B.: Lernfelder gestalten – Vom komplexen Handlungsfeld zur didaktisch strukturierten Lernsituation. In: Die berufsbildende Schule, 7/8 1998, S. 229 - 233; BADER, R.; SLOANE, P. (Hrsg.): Lernen in Lernfeldern. Theoretische Analysen und Gestaltungsansätze zum Lernfeldkonzept. Markt Schwaben 2000. BADER, R.; SCHÄFER, B.: Vom Lernfeld zur Lernsituation. Typisierung der Transformationsarbeit in den Schulen. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 2/2002, S. 71 ff

3 In die Auswertung wurden die folgenden Fachzeitschriften einbezogen: PrinterNet/Pflegepädagogik, Altenpflege, Dr. med. Mabuse, Häusliche Pflege, Heilberufe, Pflege aktuell, Unterricht Pflege sowie Pflege und Gesellschaft.

sind jedoch weder systematisch mit einander verbunden noch stellen sie Weiterentwicklungen oder Optimierungen vorhandener Konzepte dar. Vielmehr präsentieren sich diese Pflege-Lernfeldkonzepte als singuläre Artefakte, sind daher nicht miteinander vergleichbar und beziehen sich jeweils auf völlig unterschiedliche phänomenologische und pädagogisch-psychologische Ausgangsgrößen.

„Pflegefremde" wissenschaftliche Standards in ihren sozialwissenschaftlichen, psychologischen oder (berufs-) pädagogischen Kontexten und Konnotationen zu ignorieren und sie statt dessen aus Sicht „der Pflege" neu zu konstruieren und zu begründen, ist seit Beginn der 90er Jahre eines der hybriden Alleinstellungsmerkmale von Pflegewissenschaften und Pflegepädagogik. Gleichzeitig erweist sich dieses höchst selbstreferenzielle Vorgehen nicht nur als ein Phänomen der Fachliteratur. Parallel zu der kaum noch zu systematisierenden Lernfeldkonzeptliteratur zeigen sich in der Realität der Lehrplankommissionen und schulischen Unterrichtsplanungsteams zwei durchaus vergleichbare Entwicklungen:

- Die Lehrplankommissionen der Bundesländer haben – sofern überhaupt lernfeldorientierte Umsetzungskonzepte für die schulische Ausbildung erarbeitet wurden – auf Grundlage der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen länderspezifische Durchführungsbestimmungen für den schulischen Teil der Ausbildung entwickelt, die über die Ländergrenzen hinweg inhaltlich nicht kompatibel sind. Auch hier werden die Berufe Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege in jedem Bundesland neu „erfunden".
- Ob mit oder ohne verpflichtende oder empfehlende Durchführungsbestimmungen der Länder muss der Ausbildungsunterricht für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege auf der didaktischen Ebene für den Ausbildungsunterricht auf jeden Fall noch einmal neu aufgebaut werden. Hier zeigt sich nach den seit 2003 gesammelten Erfahrungen mit der Umsetzung der neuen Berufsgesetze und den Durchführungsbestimmungen der Länder, dass jede Schule, jedes Lehrerteam eigene, pflegesymptomatische Interpretationen des Lernfeldgedankens vornimmt, die im Regelfall nicht oder nur sehr zufällig auf den Ausgangsgedanken dieses Konzepts fokussiert sind.

Gemeinsam mit der Zersplitterung in regionalisierte Ausbildungsvorschriften droht die stark entwickelte Selbstreferenzialität bei der Auseinandersetzung mit beruflichen Qualifizierungskonzepten den Ausbildungsbereich Pflege vollends von den Standards und Regeln der beruflichen Bildung in Deutschland abzukoppeln. Im Hinblick auf Umsetzung und Anpassung des Lernfeldkonzeptes für die Berufsausbildung in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege fällt dabei besonders nachteilig ins Gewicht, dass alle Konzepte aus dem pflegepädagogischen Bereich die konzeptionelle Basis des Lernfeldgedankens grundsätzlich vernachlässigen: Lernfelder sind primär keine autodidaktischen, subjektorientierten pädagogischen Erfahrungsräume, sondern konstituieren sich grundsätzlich zuerst in unmittelbarem Bezug auf berufstypische Einsatzgebiete („Handlungsfelder") und Aufgabenstellungen („Handlungssituationen"). Erst in diesem Rahmen geben sie – didaktisch begründet – Raum für angemessene und individuell ermöglichende Lernformen.

In diesem Zusammenhang ist es von herausragender Bedeutung, dass berufliche Handlungsfelder, die ja die Grundlage der Lernfelder für die schulische Ausbildung bilden sollen, strukturell, inhaltlich und in ihrer konstitutiven Wirkung auf die den Beruf prägenden Arbeitsprozesse analytisch und auf empirischer Basis durchdrungen werden, bevor sie definiert und operationalisiert – in „Lernsituationen" oder andere didaktischen Arrangements überführt werden können:[4] Lernfelder entstehen weder als quasi naturwüchsiges Ergebnis aus so genannten „Pflegephänomenen" (zum Beispiel: „Dekubitusversorgung") noch können sie „in actu" aus den

4 Vgl. BADER, R.: Theoriegeleitet-pragmatischer Ansatz zum Konstruieren von Lernfeldern. In: MÜLLER, M.; ZÖLLER, A. (Hrsg.): Arbeitshilfe für Rahmenlehrplanausschüsse, a. a. O., S. 29

alltäglichen Tätigkeiten des Berufs (zum Beispiel: „Essen reichen") oder gar als „naive Phänomenologie" aus den so genannten „Aktivitäten (und Ereignissen) des Lebens" abgeleitet werden. Als definitiver Rahmen beruflicher Kompetenzentwicklung benötigen Lernfelder, bevor sie auf der Mesoebene der didaktischen Umformung und berufspädagogischen Gestaltung unterzogen werden, eine im empirischen Sinne begründungsfähige Struktur, um nicht beliebig zu werden.

Eine empirisch begründete Analyse von Arbeit, Arbeitsorganisation und Qualifikationsanforderungen als Basis der Entwicklung von Lernfeldern für die schulische Berufsausbildung fehlt allen Lernfeldkonzepten aus dem Umfeld von Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft grundsätzlich. Auch Bader[5] vernachlässigt die notwendige empirische Basis für die Lernfeldkonstruktion, die er unausgesprochen entweder in die Verantwortung der vorausgehenden Entwicklung der praktischen Ausbildung verschiebt, an der sich Lernfelder und schulische Ausbildung zu orientieren haben, oder sie der Kompetenz der Entwickler überlässt. Dafür hebt er jedoch die Bedeutung analytischer Genauigkeit bei der Entwicklung von Lernfeldern als Strukturgitter für den schulischen Rahmenlehrplan heraus, die er in insgesamt acht Teilschritte unterteilt.[6]

Übersicht 1: Entwicklungsschritte bei der Konzeption von Lernfeldern (Vergleich zwischen KMK-Empfehlungen und BIBB-Vorgehen)

Konzept für Rahmenlehrplanausschüsse (Bader)		Empirische Curriculumentwicklung BIBB	
Schritt	Entwicklungsaufgabe	Schritt	Entwicklungsaufgabe
1	Erfassen des Zusammenhangs zwischen dem Beruf und Arbeitsprozessen	1	Empirische Phase: Arbeitsanalysen, Arbeitsorganisationsanalysen, Qualifikationsbedarfsanalysen in berufstypischen Einsatzgebieten, in denen auch „Praktika" durchgeführt werden Systematisieren / Clustern von Ergebnissen, Beschreiben von Arbeitsprozessen
2	Erfassen der Ausbildungsbedingungen im Beruf		
3	Erfassen von Handlungsfeldern		
4	Beschreiben einzelner Handlungsfelder		
5	Beurteilen der erfassten Handlungsfelder hinsichtlich ihrer Eignung als Grundlage für Lernfelder und Auswahl von Handlungsfeldern	2	Interpretationsphase: Abgleich von Arbeitsprozessen und berufsgesetzlichen Vorgaben: Repräsentieren die Arbeitsprozesse alle Anforderungen von Gesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung?
6	Transformieren der ausgewählten Handlungsfelder zu einem Arrangement von Lernfeldern	3	Transformationsphase: Gruppieren von Arbeitsprozessen, Identifikation von exemplarisch erforderlichen Wissensbestandteilen, Arrangement von Lernfeldern in zeitlicher und sachlicher Abfolge
7	Ausgestalten und Formulieren der einzelnen Lernfelder	4	Entwicklungsphase I: Lernfelder Experten-Screening zu Lernfeldern Entwicklung von Lernzielen für Lernfelder Exemplarische Zuordnung von Inhalten
8	Ausgestalten und Formulieren von Lernsituationen durch Konkretisieren der Lernfelder unter Orientierung an den Handlungsfeldern	5	Entwicklungsphase II: Lernsituationen Experten-Screening zu Lernsituationen Entwicklung von Lernsituationen für Lernfelder Beschreibung, systematische Zuordnung von Inhalten und Bezügen zur praktischen Ausbildung

5 Vgl. BADER, R.: Theoriegeleitet-pragmatischer Ansatz zum Konstruieren von Lernfeldern. In: MÜLLER, M.; ZÖLLER, A. (Hrsg.): Arbeitshilfe für Rahmenlehrplanausschüsse, a. a. O., S. 29ff

6 Ders., ebda., S. 31ff

Empirische Untersuchungen von Arbeit, Arbeitsorganisation und Qualifikationsanforderungen sind im Vorfeld und begleitend zur Entwicklung der BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege erstmals eingesetzt worden und haben im Ergebnis den Aufbau, die Inhalte und die Verteilung der Ausbildungsinhalte auf die Lernorte Schule und Praxis grundlegend beeinflusst. Wie der Gegenüberstellung der Verfahrensschritte bei der Entwicklung von Lernfeldern in Übersicht 1entnommen werden kann, unterscheidet sich das für die Konzeption der BIBB-Curricula gewählte Verfahren nicht grundsätzlich von den Vorschlägen Baders für die Rahmenlehrplanausschüsse. Im Unterschied zu Baders Arbeitshilfen systematisiert das vom BIBB genutzte Vorgehen nicht nur die Schrittfolge der Entwicklung selbst, sondern auch die im Entwicklungsprozess zu berücksichtigenden methodologischen Niveaus:

Wichtigstes Unterscheidungsmerkmal ist die Festlegung der jeder Lernfeldentwicklung obligatorisch vorausgehenden empirischen Untersuchungsphase. Bader mutet die für seine Entwicklungsschritte 1 bis 4 erforderlichen empirischen Klärungen ausschließlich den Mitgliedern der Rahmenlehrplanausschüsse zu, indem er ihnen hierzu das differenzierende „Sichten von Forschungsberichten" und Ordnungsmitteln, Unternehmensbegehungen sowie Expertenbefragungen empfiehlt. Zwar handelt es sich bei den Mitgliedern von Rahmenlehrplanausschüssen im Regelfall um erfahrene (Berufsschul-) Lehrkräfte, doch dürften sie als ehrenamtlich Berufene unter normalen Umständen weder über entsprechende zeitliche noch über sächliche Ressourcen verfügen, die es ihnen gestatten würden, diese empirische Phase in der erforderlichen Systematik und Repräsentativität wahrzunehmen. Im Rahmen der Konzeption der BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege sind berufliche Experten – Lehrkräfte, Praxisanleiter/innen, Verwaltungsfachkräfte der für die Ausbildung zuständigen Ministerien – konstitutiv erst in den beiden letzten Entwicklungsphasen einbezogen worden, auch wenn sie bereits in der empirischen Untersuchungsphase als Befragte und Beobachtete beteiligt waren. Auf Grundlage der Ergebnisinterpretation aus den empirischen Analysen (Schritt 2) und einer ersten groben Systematisierung möglicher Ausbildungseinheiten (Schritt 3) wurden sie als (berufs-) pädagogische Praktiker – unter fachlicher Moderation der Berufsbildungsforschung – als Entwicklungsverantwortliche für Lernfelder, Lernfeldstruktur, Lernziele und -inhalte sowie später bei der Entwicklung von Lernsituationen einbezogen.[7]

In diesem Entstehenszusammenhang hat sich die empirisch fundierte Lernfeldentwicklung nicht nur als Legitimationsbasis für das Konstrukt „Lernfeld", sondern auch als vereinheitlichende Argumentationshilfe für die berufspädagogisch-didaktische Umsetzung von Lernfeldern und Lernzielen in Konzepte für den Ausbildungsunterricht erwiesen: Die Dominanz des häufig unterrichtsleitenden Erfahrungswissens, auf dessen Grundlage Lehrkräfte oft ihre wenig mit anderen Erfahrungen kompatible „Berufsrealität" erschaffen, konnte vor dem Hintergrund der Analysen kanalisiert, auf beruflich prägende Arbeitsprozesse konzentriert und letztlich auch für die Vereinheitlichung der Berufsausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege genutzt werden.

7 Die empirischen Arbeits-, Arbeitsorganisations- und Qualifikationsbedarfsanalysen wurden an 36 nach repräsentativen Kriterien ausgewählten Arbeitsstandorten (Einrichtungen und Betrieben) in der Altenhilfe und Krankenpflege in insgesamt 92 Untersuchungsdurchgängen durchgeführt. Die systematisierten Ergebnisse wurden von berufskundigen und (berufs-) pädagogisch erfahrenen Experten/innen gesichtet, bewertet und in ihrer Relevanz für die praktische und/oder schulische Ausbildung klassifiziert. Auf der Grundlage dieser Klassifikation wurde – unter Beachtung der neuen Aufgabenschneidung zwischen den Lernorten Schule und Praxis – beruflich relevante Kompetenzbereiche definiert und in Ausbildungsbereiche (praktische Ausbildung) und Lernfelder (schulische Ausbildung) übertragen. Auf dieser Grundlage wurden unter Hinzuziehung von Lehrkräften und Praxisanleitern/innen, Schul- und Betriebsleitern sowie verantwortlichen Mitarbeitern/innen aus zuständigen Landesministerien die Curricula in Gegenständen, Inhalten und Zielen sowie in sächlicher und zeitlicher Gliederung sukzessive entwickelt.

Vorrang für die praktische Ausbildung

Bei der Konstruktion von (Ausbildungs-) Berufen werden in einem kodifizierten Beteiligungsverfahren aller relevanten gesellschaftlichen Gruppen zuerst Gegenstände, Inhalte und Ziele der praktischen Berufsausbildung sowie ihre sachliche und zeitliche Gliederung im so genannten Ausbildungsrahmenplan festgelegt. Dieses Vorgehen ist auf dem Gebiet der betrieblichen Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) vor allem im Vorrang der praktischen Berufsausbildung vor der berufsschulischen Qualifizierung begründet, muss aber nach der Verteilung der Ausbildungszeiten zwischen praktischer (2.500 Stunden) und schulischer Berufsausbildung (2.100 Stunden) nach den neuen Berufsgesetzen grundsätzlich auch für die Alten- und Krankenpflegeausbildung berücksichtigt werden. Das bedeutet: Erst **nach** der Festlegung der Qualifikationsbestandteile der praktischen Berufsausbildung werden Gegenstände, Inhalte und Ziele der schulischen Berufsausbildung bestimmt.

Folgt man diesem Konstruktionsprinzip, orientiert sich die schulische Ausbildung in Struktur, Inhalten und Qualifizierungsleistungen primär an den Erfordernissen der beruflichen Arbeit. Dabei treten jetzt an die Stelle der traditionellen Orientierung an „Stoff" und Fach-Wissensdomänen die Lernfelder als Strukturgitter der schulischen Ausbildung in den Vordergrund. Sie spiegeln und reflektieren die Anforderungs-, Leistungs- und Verwertungslogiken der beruflichen Arbeit und umgreifen in diesen Zusammenhängen die wichtigsten Schnittstellen zu Fachwissen und berufsübergreifenden Wissensgebieten, zu Arbeitsformen und -methoden, zu Technik und beruflicher Techniknutzung sowie den Bezug auf Gesellschaft und die gesellschaftliche Legitimität beruflicher Arbeit. Lernfelder repräsentieren insofern im systemischen Sinne die „Schlüsselkompetenzen" des Berufs in den für ihn typischen Einsatzgebieten und Aufgabenfeldern.[8]

Vor diesem Hintergrund kann die Definition von Lernfeldern allerdings nicht beliebig oder im Rückgriff auf pflegerische Phänomene, Probleme oder Theoreme erfolgen, sondern ist zwingend an empirische Arbeits-, Arbeitsorganisations- und Qualifikationsbedarfsanalysen im Berufsbereich gebunden: Erst aus der systematischen und berufsgenauen empirischen Untersuchung der Fragen

- Was wird gearbeitet?
- Wie wird gearbeitet?
- Welche Qualifikationen sind für die Arbeit und ihre Anforderungen erforderlich?

können die für berufliches Handeln erforderlichen beruflichen Kompetenzen abgeleitet werden. Solche Untersuchungen werden in der Berufsbildungsforschung grundsätzlich **vor** den Expertenberatungen über Gegenstände und Inhalte sowie die sachliche und zeitliche Gliederung der Ausbildung durchgeführt, um bei der Konstruktion von Ausbildungsberufen rational und – aus der Perspektive der Wissenschaft – so empirisch begründet wie möglich vorgehen zu können. Solche qualifikationsbezogenen Strukturanalysen sind für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege bislang nie durchgeführt worden. Zum ersten Mal in der Geschichte beider Berufe kamen sie **vor** der Entwicklung der BIBB-Curricula zum Einsatz und haben maßgeblich den Aufbau, die Abfolge und die Inhalte der Lernfelder für die schulische Ausbildung bestimmt.

8 Das Primat von Bedingungen, Abläufen und Zusammenhängen betrieblicher oder institutioneller Arbeit bei der Definition von Lernfeldern bedeutet keinesfalls, dass berufliches Lernen in der Schule als Anpassung an vernutzende Arbeitsprozesse konzipiert würde; im Gegenteil: Die kritische Reflexion beruflicher Arbeit muss sich, um als Veränderungs- oder Gestaltungskompetenz für Planung, Begründung, Durchführung und Wirkungsanalyse wirksam werden zu können, trennscharf auf berufliche Arbeitsabläufe beziehen.

Dies gilt insbesondere für die Bestimmung, Systematisierung und explizite Beschreibung der fachlichen Bezugsgrößen und Orientierungen von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege, die ebenfalls bis zur Entwicklung der BIBB-Curricula nie vorgenommen wurde. Kamen bis dahin unter dem generell diffusen Begriff „Pflege" überwiegend eher medizinisch- pflegerische Wissensanteile zum Einsatz, um beide Berufe aus Sicht von Pathogenese und Morbidität fachlich zu akzentuieren, prägen jetzt unterscheidbare fachliche Schwerpunkte die Ausbildungen: Alle Kompetenzen der Altenpflege ergeben sich während der schulischen Ausbildung im Rückgriff auf, wenigstens aber in Auseinandersetzung mit gerontologischen Wissensbestandteilen. Für die Gesundheits- und Krankenpflege treten an die Stelle der Gerontologie die Gesundheitswissenschaften. Dabei wird das Prinzip der Salutogenese als Basis aller beruflich relevanten Kompetenzen, die im Verlauf der schulischen Ausbildung vermittelt werden, herausgehoben. Relativ zu diesen Orientierungsschwerpunkten sind Strategien, Konzepte und Methoden der Gesundheitsförderung im beruflichen Einsatzfeld eine wichtige Bezugsgröße für die schulischen Lernziele beider Berufe. Für beide fachlichen Schwerpunkte von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege wurden in den BIBB-Curricula auch in zeitlicher Hinsicht exponierte Lernfelder sowie weitere Lernfeldbestandteile (in anderen Lernfeldern) reserviert.

Diese fachliche Akzentuierung der Lernfelder erfolgte in direktem Rückgriff auf die vorgehenden empirischen Analysen, deren Ergebnisse wiederum mit dem aktuellen Stand der berufsbezogenen Fachliteratur abgeglichen und geprüft wurden. Prüfgegenstand waren neben den berufsbestimmenden Inhalten der üblicherweise zu leistenden Arbeit auch die Verifizierung von Trends, die die Anforderungen an die Berufe absehbar beeinflussen werden.

Die daraus abgeleiteten thematischen Schwerpunkte für die Ausbildung insgesamt wurden unter Leistungsgesichtspunkten – das heißt in diesem Zusammenhang: Welcher Lernort kann welche beruflichen Qualifikationsleistungen erbringen? – in Qualifikationssegmente unterteilt: Zunächst für die praktische Ausbildung (Ausbildungsrahmenplan), für die unter Zugrundelegung der einsatzgebietstypischen Struktur von Geschäfts- und Arbeitsprozessen arbeitsprozessgebundene Qualifikationsbündel (Gegenstände der praktischen Ausbildung) definiert wurden. Auf dieser Grundlage konnten die Qualifikationsaufgaben für die schulische Ausbildung (Rahmenlehrplan) in „theoretischer Fundierung" der den Beruf prägenden Arbeitsprozesse durch Wissensvermittlung, sowie durch Vermittlung von Begründungszusammenhängen, berufstypischen Planungsverfahren und exemplarischen methodischen Standards bestimmt werden.

Lernfelder bedeuten: Neue Aufgabenverteilung zwischen Schule und Praxis

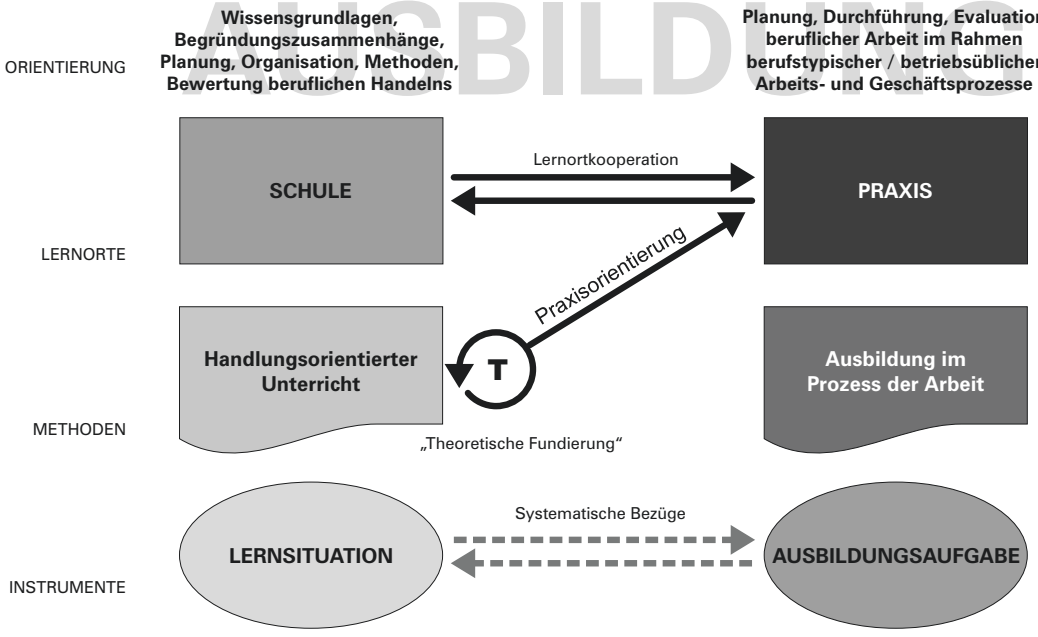
Lernfelder orientieren sich zwar grundsätzlich an den Bedingungen, den Anforderungen und der Praxis beruflicher Arbeit, sind aber nicht ihr Abbild. Vor allem vor dem Hintergrund, dass in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege die Zeit für die praktische Ausbildung überwiegt und deutlich mehr Zeit für die schulische Berufsausbildung zur Verfügung steht, als dies im betrieblichen Ausbildungswesen der Fall ist, macht eine Neubestimmung der Arbeitsteilung zwischen den Lernorten Schule und Praxis möglich:

In den traditionellen schulisch-„theoretischen" Ausbildungen von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege wurde vom möglichst vollständigen Fachwissen bis zur Einübung von einzelnen Arbeitshandlungen (Übungen am Bett, an der „Puppe") alles vorgeleistet, was für die Beteiligung der Schüler/innen an der Arbeit während ihrer Ausbildungspraktika notwendig war. Die Schule erbrachte somit bis auf wenige Ausnahmen die gesamte Ausbildungsleistung, während in den so genannten Praktikumseinsätzen bis zum heutigen Tag keine Ausbildung im berufspädagogischen Sinne stattfindet, sondern überwiegend „Arbeiten" geübt wird.

Die Lernfelder der BIBB-Curricula sind demhingegen Grundlage einer etwas anderen Praxispropädeutik: Sie orientieren sich an den jeweils für den Ausbildungsberuf konstitutiven (Geschäfts- und) Arbeitsprozessen, um diese durch die Vermittlung von beruflichen Wissensgrundlagen, Begründungszusammenhängen, Planungsverfahren und Methoden beruflicher Arbeit exemplarisch zu fundieren und zu reflektieren (vgl. Abbildungen 1und 2). Auf dieser Grundlage sind die Organisation, Begründung, Durchführung, Verzahnung, technische Unterstützung und – nicht zuletzt! – Qualitätssicherung beruflicher Arbeit die wichtigsten Aufgabenschwerpunkte der praktischen Ausbildung „im Prozess der Arbeit", die grundsätzlich auf den qualifizierenden Teilleistungen der ausbildenden Schule aufbauen. Lernfelder haben also nicht nur die Aufgabe, über den schulpädagogischen Binnendiskurs zwischen Lehrkräften und Lernenden berufliches Lernen zu ermöglichen,[9] sondern sie dienen an erster Stelle dazu, das Leistungsprofil des schulischen Lernens im Verhältnis zur praktischen Ausbildung zu begründen.

Die Übernahme des Prinzips der Arbeitsprozessorientierung klärt jedoch nicht nur die erforderlichen Qualifikationsleistungen der Schule für eine gelingende praktische Ausbildung. Arbeitsprozessorientierung als Prinzip der beruflichen Bildung dient auch dazu, die Anforderungen zu bestimmen, die an die praktische Ausbildung gestellt werden müssen, um auch in der Praxis das Prinzip der beruflichen Bildung nachhaltig zu verankern. Auch die praktische Ausbildung muss das Prinzip der Arbeitsprozessorientierung in Ausbildungsanforderungen und Ausbildungsaufgaben so abbilden, dass sich aus der Komplexität und Problemhaltigkeit der Ausbildung Anknüpfungspunkte an die schulischen Aufgabenschwerpunkte ergeben. Arbeitsprozessorientierung als leitende Orientierungsgröße führt demnach zu einer spezifischen Aufgabenteilung zwischen den Lernorten, die im Zusammenhang mit dem zwischen Schule und Praxis alternierenden Ausbildungsablauf zu einem komplexen, aber äußerst fruchtbringenden Kooperationsprozess führen kann:

Abbildung 1: Schulische Ausbildung zwischen Theorie und Praxis



9 Wahrscheinlich stammt der in jüngster Zeit in der Pflegepädagogik modisch gewordene Begriff der „Ermöglichungsdidaktik" aus diesen Überlegungen. Vgl. beispielhaft aus der Erwachsenenpädagogik: ARNOLD, R. (Hrsg.): Ermöglichungsdidaktik. Erwachsenenpädagogische Grundlagen und Erfahrungen. Hohengehren 2003

Aus der Vorklärung bestimmter Sachverhalte, Begründungszusammenhänge, Planungsverfahren und methodischer Alternativen der beruflichen Arbeit, die sich vor dem Hintergrund der in den Lernfeldern festgehaltenen Lernziele (und ihrer Operationalisierung in Lernsituationen) ergeben, lassen sich Anforderungen an die praktische Ausbildung, die Arbeitsprozesse und die Ausbildungsaufgaben so formulieren, dass sie in Anforderungsreichtum und Beziehungshaltigkeit anschlussfähig (an den schulischen Ausbildungsprozess) und lernförderlich (im Prozess der Arbeit) sind. Umgekehrt ergeben sich aus der Lernhaltigkeit praktischer Ausbildungs- und Arbeitsprozesse Anforderungen an die schulische Ausbildung: Beispielsweise, die Verfahren, Methoden und Techniken beruflicher Arbeit zu dekontextualisieren, sie zu befragen und zu reflektieren, um sie mit dem notwendigen arbeitsprozessorientierten Wissen so anzureichern, dass die spätere Anwendung gefördert wird. Diese systematische Engführung zwischen Schule und Praxis weist jedem Lernort eine eigenverantwortliche, aber kooperationsverpflichtende Rolle zu, in deren Zusammenhang es durchaus erwünscht ist, dass auch die Praxis Leistungserwartungen an die Schule formuliert.

Arbeitsprozesse in der Alten- und Krankenpflege müssen erst beschrieben werden

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Funktionieren der Aufgabenteilung zwischen den beiden beruflichen Lernorten ist die Arbeitsprozessorientierung beruflichen Lernens sowohl in der Schule als auch in der Praxis. Diese „realistische Wende" in der schulischen Ausbildung wird – so viel kann nach der Implementierung der BIBB-Curricula für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege als gesichert gelten – den größten Teil der so genannten „Theorie-Praxis-Transfer-Probleme" grundsätzlich und endgültig beheben. Mehr noch: Arbeitsprozessorientierung als leitendes Paradigma beider Lernorte kann erfolgreich dazu beitragen, den unter dem Begriff „Pflegeprozess" zu praktischer Bedeutungslosigkeit versunkenen Grundgedanken einer über einzelne gesundungsbezogenen Tätigkeiten hinausgehenden Arbeit und Arbeitsplanung unter den herrschenden Bedingungen der Gesundheitswirtschaft und Altenhilfe mit neuem Leben zu erfüllen. Dabei birgt die Orientierung am Arbeitsprozess gegenüber der in großen Teilen der Pflegepädagogik dominierenden „Pflegeprozessorientierung" erhebliche Vorteile: Der Begriff „Pflegeprozess" fokussiert in seiner Konzentration auf die Tätigkeit des „Pflegens" lediglich gewisse Kernbereiche des beruflichen Aktionsspektrums einer bestimmten Berufsgruppe im Leistungssegment der gesundheitlichen und sozialpflegerischen Betreuung alter und/oder erkrankter Menschen. Demgegenüber erlaubt eine Orientierung von Ausbildungsinhalten und didaktischen Entscheidungen an den einsatzgebietsüblichen (Geschäfts- und) Arbeitsprozessen einen über die unmittelbaren beruflichen Tätigkeits-, Aufgaben- und Zuständigkeitsgrenzen hinaus reichenden Qualifizierungsansatz:

Abbildung 2: Geschäfts- und Arbeitsprozesse als Grundlage der Berufsausbildung

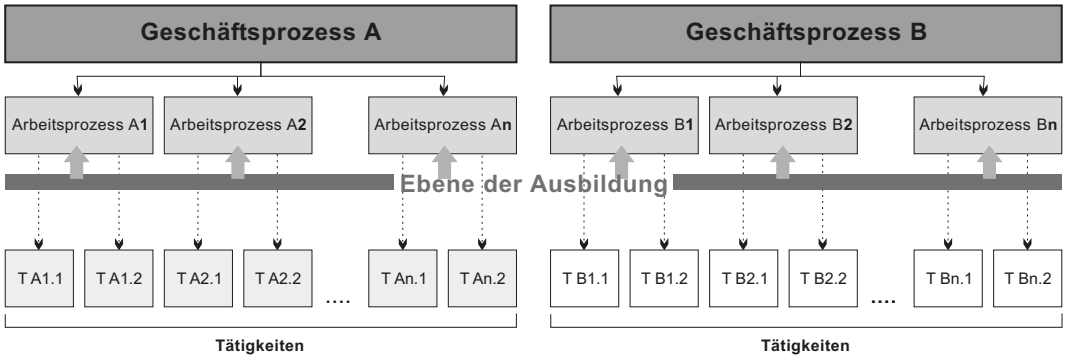
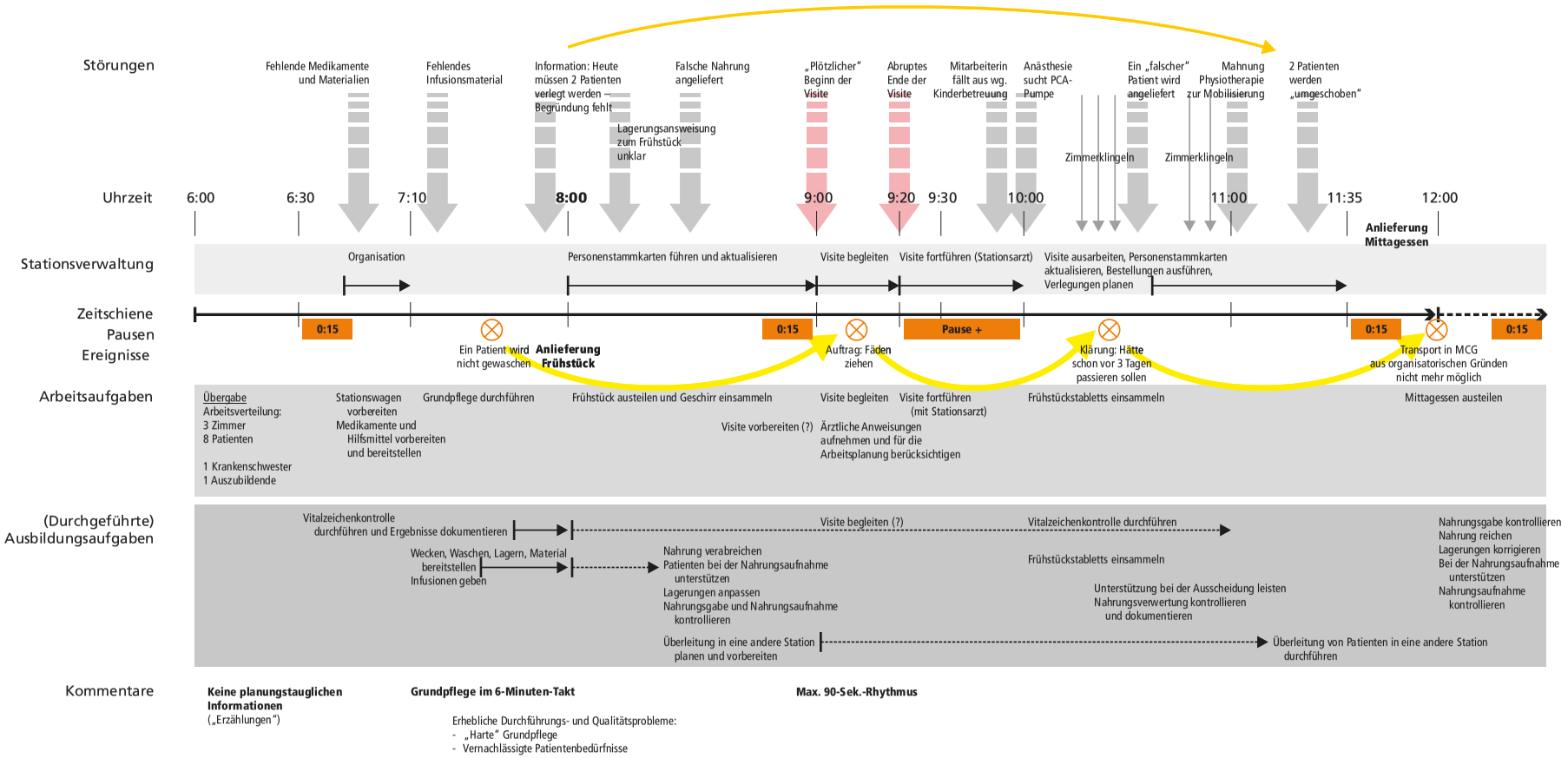


Abbildung 3: Exemplarisches Muster eines Schichtablaufs in der stationären Krankenpflege (2004)



Betrachtet man die Berufsgeschichte von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege der vergangenen 25 Jahre, stellt der Begriff „Pflege/Pflegen" ein im Kern separatistisches Konstrukt dar, das ohne jeden Zweifel eine exklusive berufliche Tätigkeitsdomäne herausstellen und abgrenzen soll. Allerdings kann sich das Alleinstellungsmerkmal des beruflichen Pflegens (der „Pflege") nicht aus der voluntaristischen Reklamation einer Tätigkeit oder eines Tätigkeitsbündels allein ergeben. Der Zuständigkeitsanspruch für „die Pflege" und seine Begründung ergeben sich – vor allem in Ausbildungszusammenhängen – nicht „qua definitionem", sondern erst aus der Wichtung und kritischen Reflexion der Leistungsfähigkeit pflegerischer Berufsqualifikationen im Vergleich und in Abgrenzung zu anderen beruflichen Dienstleistungen und Diensten bei Aufgaben der gesundheitlichen und sozialpflegerischen Unterstützung. Erst im Rahmen von Arbeitsprozessen im Leistungssegment der gesundheitlichen und sozialpflegerischen Unterstützung erkrankungsbedrohter, kranker, genesender und/oder alter Menschen lässt sich vor dem Hintergrund berufsspezifischer Qualifikationen entscheiden, welche Teile des Arbeitsprozesses in Verantwortung oder unter Mitwirkung welcher Berufe und in welchen Kooperationsbeziehungen durchgeführt werden. „Pflege" ist somit ein empirisch und analytisch begründeter permanenter Aushandlungs- und Positionierungsprozess, der vor dem Hintergrund von spezifischen Aufgaben im Rahmen eines Arbeitsprozesses immer wieder neu durchgeführt werden muss. Die mittlerweile insbesondere bei Berufsangehörigen aus der (Gesundheits- und) Krankenpflege zum Gemeingut gewordene Generaldefinition, (fast) jede gesundheitsbezogene Tätigkeit dem Oberbegriff „Pflege" zuzuordnen, führt damit sowohl im Hinblick auf eine realistische Bestimmung beruflich erforderlicher Qualifikationen als auch für die Planung leistungsgerechter Kooperationen in eine hybride und selbstreferenzielle Nische. Eine realitätstaugliche berufliche Qualifizierung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege muss daher die für die Berufe typischen Arbeitsprozesse exemplarisch nutzen, um in Abwägung aller relevanten Faktoren Anforderungen, Aufgaben und Rolle des Berufs trennscharf zu klären.

Allerdings ergab sich für die Umsetzung des an beruflichen Arbeitsprozessen orientierten, lernfeldbasierten Curriculums des BIBB ein grundlegendes Problem: Weder für das Konzept der Arbeitsprozessorientierung noch für die Planung der didaktischen Umsetzung des „arbeitsprozessorientierten Lernens" konnte auf eine Tradition bereits eingeführter und bestimmter (abgegrenzter) alten- oder krankenpflegerischer (Geschäfts- oder) Arbeitsprozesse zurückgegriffen werden. Anders als in allen wirtschaftsbereichsbezogenen betrieblichen Ausbildungsberufen war (und ist) die Arbeitsprozessorientierung als Prinzip der (schulischen) Ausbildung bei den schulischen Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens völlig unbekannt. Statt dessen beherrsch(t)en fachbezogene Stoffverteilungspläne oder dort, wo an Schulen für Alten- oder Krankenpflege das Konzept der Handlungsorientierung umgesetzt wird, Unterrichtspläne die Ausbildung, die sich auf einzelne Tätigkeiten oder Tätigkeitsbündel („Dekubitus versorgen", „Essen reichen" u. ä.) orientieren. Hinzu kommt, dass unter vielen Lehrkräften im pflegerischen Berufsbereich immer noch eine äußerst diffuse Interpretation des Lernfeldkonzeptes verbreitet ist, die – bei allen Unterschieden im einzelnen – im Zentrum die Ermöglichung individuellen Lernens und Erkennens in den Blick nimmt, nicht aber die Konzentration schulischer Qualifikationsleistungen auf Planung, Vorbereitung und Begründung berufstypischer Handlungs- oder besser: Arbeitsprozesse.

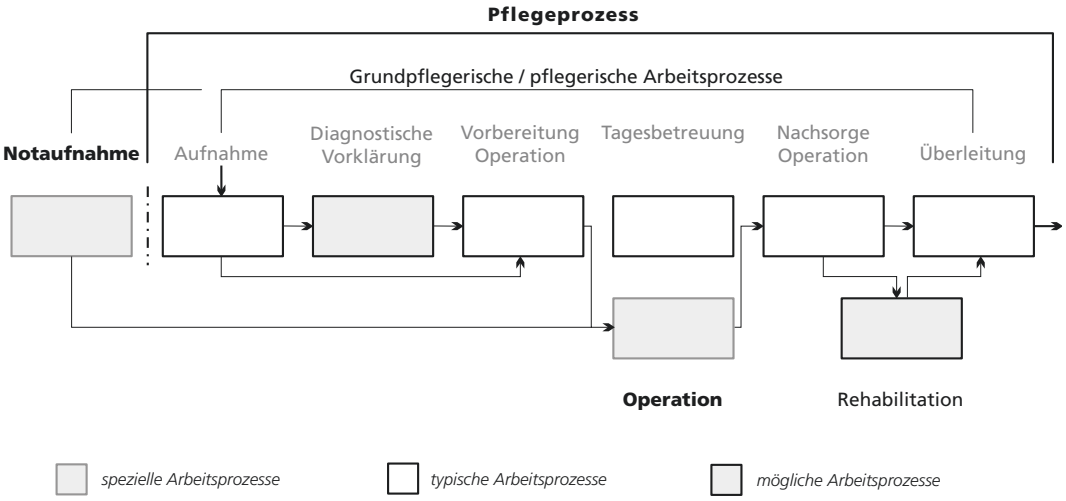
Als Instrument schulpädagogisch gestützter Persönlichkeitsentwicklung erschien die Implementation des lernfeldorientierten schulischen Ausbildungscurriculums wenig Erfolg versprechend: Ohne die Nutzung größerer Zusammenhänge beruflicher Arbeit (Arbeitsprozesse) macht auch die Umstellung der schulischen Ausbildung auf größere Lernkomplexe (Lernfelder) keinen Sinn. Deshalb wurden vor Beginn der Ausbildungen und ergänzend dazu ausbildungsbegleitend die bereits beschriebenen Arbeits-, Arbeitsorganisations- und Qualifikationsbedarfsanalysen in der Alten- und Krankenpflege durchgeführt. Sie hatten unter anderem zum

Ziel, die den Beruf grundsätzlich in seinen typischen Einsatzgebieten prägenden (Geschäfts- und) Arbeitsprozesse exemplarisch zu erfassen, zu beschreiben und Handreichungen für ihre Nutzung im schulischen Ausbildungsprozess zu entwickeln.

Dabei haben sich für beide Berufe charakteristische, einsatzgebietsspezifische Aufgaben- und Arbeitsstrukturen ergeben, die noch einmal deutlich herausstreichen, dass es ein schwerwiegender Fehler wäre, die gegenwärtig kursierenden berufsverbandlichen und politischen Vorstellungen einer „generellen" Pflegeausbildung weiter zu verfolgen:

- Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass sich die Arbeitsabläufe in den stationären Einsatzgebieten von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege maßgeblich unterscheiden:
  - Die Arbeitsabläufe der Pflege erkrankter Menschen im Krankenhaus unterliegen einem weitgehend standardisierten und mit überwiegend strengen Zeitrhythmen untersetzten, quasi-industriellen Produktionsprozess (von Gesundheit).[10] Arbeit, Arbeitsorganisation und Arbeitsanforderungen im Krankenhaus sind (spätestens seit Einführung der „Fallpauschalen-Regelung" [DRGs] ab 2004) grundlegend der Wiederherstellung und Unterstützung von relativer Gesundheit in einer maßgeblich von ökonomischen Kriterien bestimmten Zeitspanne unterworfen. Deshalb können Arbeit und Arbeitsprozesse der Gesundheits- und Krankenpflege im stationären Sektor (Krankenhaus) am besten als **Funktionsprozess** beschrieben werden, dem so gut wie alle (kranken-) pflegerischen Teilleistungen untergeordnet sind. Alle Qualifikationsleistungen der Schule müssen sich daher, wenn sie nicht das Risiko der Fehlqualifikation eingehen wollen, auf die spezifische Funktionalität der zu planenden Arbeitsschritte im Rahmen des jeweiligen Geschäftsprozesses (Operation, Rehabilitation ...) beziehen – allerdings nicht nur als affirmativer Nachvollzug der herrschenden Praxis, sondern durchaus in kritischer Reflexion und mit Blick auf mögliche Gestaltungsansätze und Möglichkeiten der Qualitätsentwicklung (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Arbeitsprozesse im Krankenhaus (exemplarisches Schema)

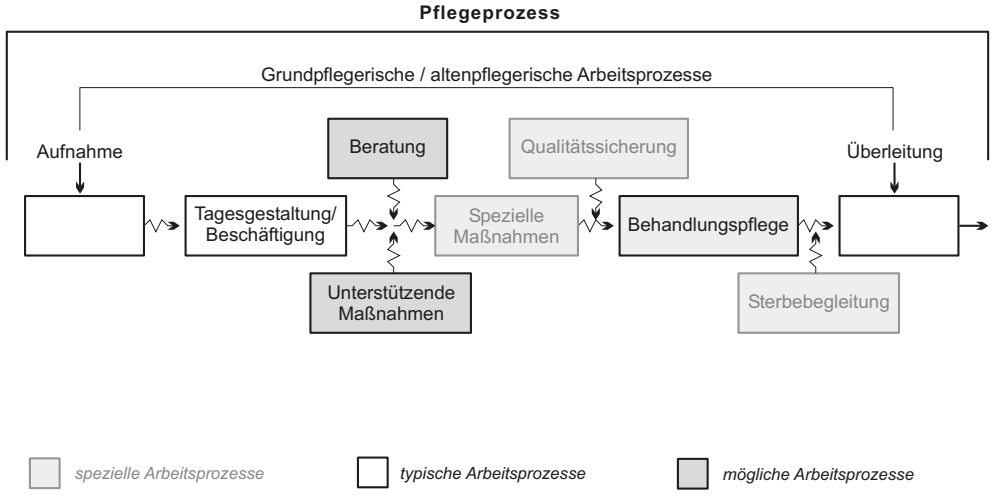


10 In allen untersuchten Krankenhaustypen (Krankenhäuser der Allgemein- und Spezialversorgung, Krankenhäuser in Städten, in Ballungsgebieten sowie „auf dem Lande", Krankenhäuser mit unter 100, bis 250 und über 250 Betten) wurden jeweils Internistische und Chirurgische Stationen in die Untersuchung einbezogen, da hier auch von angehenden Gesundheits- und Krankenpflegekräften im Regelfall die überwiegende Zeit der praktischen Ausbildung verbracht wird.

– Die Arbeitsabläufe der Pflege erkrankter und unterstützungsbedürftiger alter Menschen in stationären Einrichtungen der Altehilfe unterscheiden sich erkennbar von denen in der Krankenhauskrankenpflege.[11] Unabhängig vom Ausmaß der individuellen Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit spielt in der stationären Altenhilfe die Organisation der Arbeit als Teil eines zeit- und geldökonomisch gesteuerten Funktionsprozesses (Wiederherstellung von Gesundheit innerhalb eines definierten Zeitraums) eine geringere Rolle als im Krankenhaus. Zwar ist die Arbeit in der stationären Altenhilfe durchaus ökonomischen und zeitlichen Rahmenbedingungen unterworfen, doch können viele Ziele der altenpflegerischen Berufsarbeit – auch im Rahmen unmittelbar gesundheitsbezogener Unterstützungs- und Pflegeleistungen – in ihren zeitlichen und qualitativen Dimensionen beeinflusst und gestaltet werden.[12] Deshalb erscheint es angemessen, Arbeit und Arbeitsprozesse der Altenpflege im stationären Sektor im Schwerpunkt als **Unterstützungs- und Gestaltungsprozesse** mit sozialpflegerischer Akzentuierung zu beschreiben (vgl. Abbildung 5).

  Die aus den empirischen Analysen von Arbeit, Arbeitsorganisation und Qualifikationsbedarf abgeleitete Charakterisierung altenpflegerischer Arbeitsprozesse widerspricht den Vorgaben des Gesetzgebers, der die Altenpflege mit Blick auf die Regelungskompetenz des Bundes als „Heilhilfsberuf" mit medizinisch-pflegerischen Schwerpunkten (insbesondere: „Pflege alter kranker Menschen") entworfen hat. An dieser – auch mit Blick auf die Zukunft des Berufs[13] – nur in Teilen begründeten Festlegung können auch die BIBB-Curricula nichts ändern. Wenn sie aber Realität und zukünftige Optionen des Berufs und die ihn prägenden Arbeitsprozesse widerspiegeln wollen, müssen sich die schulischen Ausbildungsleistungen vor diesem Hintergrund darauf konzentrieren, bei Interpretation, Planung und Begründung aller altenpflegerischer Maßnahmen immer auch Gestaltungs- und sozialpflegerische Aspekte zu berücksichtigen.

Abbildung 5: Arbeitsprozesse in der stationären Altenhilfe (exemplarisches Schema)



11 Untersucht wurden Altenheime, Altenpflegeheime und Tagesstätten der Altenhilfe in Städten, Ballungsräumen und ländlichen Gebieten mit unter 50, bis 150 und über 150 Plätzen. Wo möglich, wurden jeweils Gruppen mit leicht bzw. schwer pflegebedürftigen Bewohnern sowie „Dementenwohngruppen" getrennt in die Analysen einbezogen.

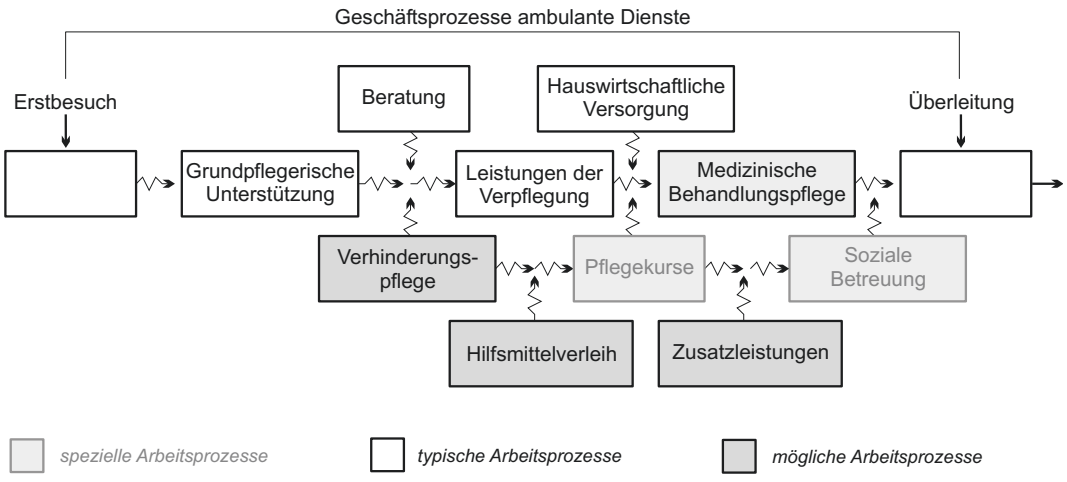
12 Die Klage fehlender Zeit vereint seit mehr als 20 Jahren alle Pflegekräfte in stationären und (seit etwa 10 Jahren) ambulanten Arbeitsumgebungen.

13 Vgl. Kapitel „Berufsentwicklung, Beschäftigungs- und Erwerbstätigenzahlen, Arbeitsmarktnachfrage und Fachkräftebedarf im Berufsbereich Pflege – Fakten, Trends und Indikatoren", S. 15ff

- Empirische Arbeits-, Arbeitsorganisations- und Qualifikationsbedarfsanalysen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege im ambulanten Sektor konnten vor Erarbeitung der BIBB-Curricula aus organisatorischen und ökonomischen Gründen nicht durchgeführt werden. Hier musste die Literaturanalyse sowie eine auf den Ergebnissen der Literaturauswertung durchgeführte Expertenhörung die benötigten Grundlagen liefern.[14] Die Ergebnisse liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf der Aggregationsebene typischer „Geschäftsprozesse" ambulanter Dienste vor (vgl. Abbildung 6), können aber durchaus als Grundlage der Ausbildungsplanung genutzt werden.
  - Aufgrund des klar definierten Angebots- und Leistungsspektrums (insbesondere SGB V, XI), der geltenden ökonomischen Rahmenbedingungen sowie der relativ klaren Arbeits- und Arbeitsorganisationsformen (Einzelarbeit) im ambulanten Sektor können Arbeit und Arbeitsprozesse von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege auch im ambulanten Sektor als höchst kleinteiliger **Funktionsprozess** beschrieben werden, dem alle pflegeberuflichen Teilleistungen untergeordnet sind. Alle Qualifikationsleistungen der Schule müssen sich daher auch für den ambulanten Bereich auf die spezifische Funktionalität der zu planenden Arbeitsschritte im Rahmen des jeweiligen Geschäftsprozesses konzentrieren.

Die empirische Fundierung der Entwicklung von Curricula wurde bei der Revision der Berufsausbildung für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege zum ersten Mal für schulisch auszubildende Gesundheitsberufe eingesetzt.[15] Das hier vorgestellte Verfahren soll insbesondere für die Lehrkräfte der Ausbildung den Blick auf den Beruf als (Dienst-) Leistungserbringer im System ökonomischer, sozialer und gesundheitlicher Leistungsprozesse und die für das Gelingen dieser Leistungsprozesse konstitutiven Arbeitszusammenhänge (Arbeitsprozesse) schärfen. Mit diesem empirisch gestützten Perspektivwechsel auf den Beruf und die für ihn prägenden Zusammenhänge der Arbeit soll auch der nur noch schwer zu legitimierende Anachronismus der bislang üblichen Pflegeausbildungen beendet werden, berufliche (Handlungs-) Kom-

Abbildung 6: Geschäftsprozesse im ambulanten Sektor (exemplarisches Schema)



14 Zurückgegriffen werden konnte auch auf die Eckwerte des Qualifikationsspektrums eines Ausbildungsberufs für den ambulanten Sektor („Pflegefachkraft für ambulante Dienste"), der 2002 in Zusammenarbeit mit Experten der Gewerkschaft ver.di und der Arbeitgeberorganisationen der ambulanten Dienste erarbeitet worden war, jedoch bis heute nicht als Ausbildungsberuf erlassen wurde.

15 Im Gegensatz zu den schulischen Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens ist die empirisch fundierte Entwicklung von Ausbildungscurricula für die wenigen Gesundheitsberufe, die im dualen System ausgebildet werden – die Arzthilfeberufe/medizinischen Fachangestellten – bereits seit mehr als dreißig Jahren Tradition.

Abbildung 7 : Vorbereitung des Ausbildungsunterrichts nach dem Lernfeldkonzept

EMPIRISCH-ANALYTISCHE VORBEREITUNG DER AUSBILDUNG

Identifikation krankenhaustypischer Geschäftsprozesse
(zum Beispiel: Notfallversorgung, Operation, Diagnose, Rehabilitation, Palliativpflege ...)

Zuordnung krankenhaustypischen Arbeitsprozesse

- Definition
- Bestimmung von Anfang und Ende
- Identifikation von Schnittstellen im Arbeitsprozess
  (Verbindungslinien zu weiteren Arbeitsprozessen)
- Berufliche Kooperationserfordernisse festlegen,
  berufliche und organisatorische Konkurrenzen beachten

Welche Rolle spielt die „Gesundheits- und Krankenpflege“ in diesen Arbeitsprozessen?
Welche Aufgaben und Zuständigkeiten übernimmt der Beruf im Arbeitsprozess?

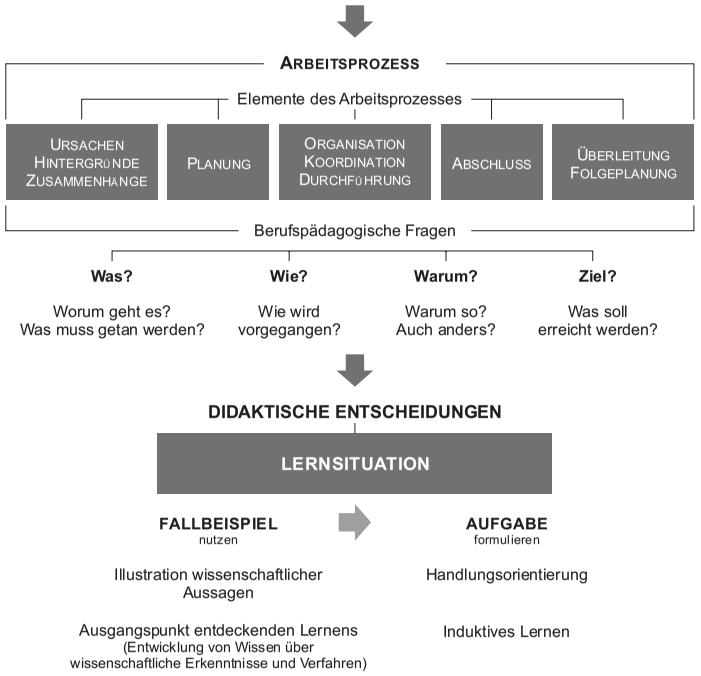
Den Arbeitsprozessen Tätigkeiten zuordnen,
nach Exemplarität und Relevanz für kompetentes berufliches Handeln ordnen

ORGANISATORISCH-DIDAKTISCHE VORBEREITUNG DES UNTERRICHTS

Welche Arbeitsprozesse eignen sich als exemplarische „Lernfolie“
für welches Lernfeld?

Prüfung der Lernziele des Lernfeldes: Was soll für die Arbeit gelernt werden?

Ableitung von Lernsituationen, mit denen Lernziele erreicht werden können
(Lernsituationen sollten optimalerweise an Schlüsselelementen berufstypischer Arbeitsprozesse angedockt werden!)



petenzen aus einer nicht näher umrissenen Menge von Fachwissen herleiten zu wollen, dem zur Veranschaulichung des notgedrungen „theoretischen" Unterrichts „Pflegephänomene" oder „Pflegesituationen" (Ereignisse oder Tätigkeiten) unterlegt werden.

Nur aus einer äußerst naiven Perspektive auf den Beruf können Ereignisse und Tätigkeiten – auch wenn sie in der Pflegepädagogik begrifflich gern emphatisch überhöht als „Pflegephänomene" und „Pflegesituationen" dargeboten werden – als konstitutiv für berufliche Qualifikationen und berufliche Lernprozesse bezeichnet werden. Sie sind vielmehr die Variablen und die Resultate derjenigen Geschäfts- und Arbeitsprozesse, die es für die schulische Ausbildung zu entschlüsseln, in ihrer Relevanz zu prüfen sowie in geeignete und hinreichend komplexe schulische Lernarrangements zu übersetzen gilt. Im Rahmen von Lernsituationen können sie als exemplarische Muster oder Fallbeispiele eine unterrichtsrelevante Rolle spielen – allerdings immer erst nach Prüfung ihrer Lernhaltigkeit für beruflich prägende Arbeitsprozesse und ihrer systematischen Zuordnung zu Lernfeldern und den dort festgehaltenen Lernzielen.

Die Leistung in der Umsetzung des lernfeldorientierten schulischen Ausbildungsunterrichts besteht demnach vor allem darin, Lernfelder und Lernziele mit berufstypischen und einsatzgebietsüblichen Arbeitsprozessen in Verbindung zu bringen und in qualifikationstaugliche Lernarrangements zu übersetzen. Während die Exemplarität des beruflichen Lernens von der Auswahl geeigneter Handlungszusammenhänge oder Arbeitsprozesse abhängt, mit deren Unterstützung sich die geforderten Lernziele erreichen lassen, ist die Tauglichkeit der Lernarrangements im Rahmen schulischer Qualifikationsprozesse immer eine Frage von handlungsorientierter Didaktik und der Unterstützung entdeckenden, selbstgesteuerten Lernens.

Für die Umsetzung der schulischen Ausbildung nach den Prinzipien der Arbeitsprozessorientierung und des Lernfeldkonzepts hat es sich als unabdingbar erwiesen, die Perspektivwechsel und didaktischen Veränderungen in Form schrittweiser Anleitungen und Erläuterungen zu unterstützen (vgl. Abbildung 7). Ohne diese Form der Unterstützung der ausbildenden Schulen und der dort unterrichtenden Lehrkräfte wäre weder die Implementation der „dualisierten" Ausbildungen gelungen noch hätte sich eines der wichtigsten Ziele des „Dualisierungskonzeptes" der BIBB-Curricula – die Sicherung einer möglichst gleichwertigen und vergleichbaren Ausbildung unabhängig vom Lernort – realisieren lassen. Dabei gehen die „berufspädagogischen Handreichungen" nie so weit, dass sie vollständige und hermetische, in sich geschlossene Handlungsanweisungen beinhalten. Sie versuchen lediglich, die ausbildungsrelevanten Schnittstellen in der Planung der schulischen Ausbildung sowie zentrale berufspädagogische Fragestellungen in einen möglichst systematischen und nachvollziehbaren Ablauf zu stellen. Pädagogisch-didaktische Entscheidungen wie beispielsweise die Auswahl von Arbeitsprozessen unter Exemplaritätsgesichtspunkten und ihre Zuordnung zu Lernfeldern oder die Beschreibung und Systematisierung von Fallbeispielen bleiben auch weiterhin in Kompetenz und Verantwortung von Lehrkräften und schulischen Planungskonferenzen.

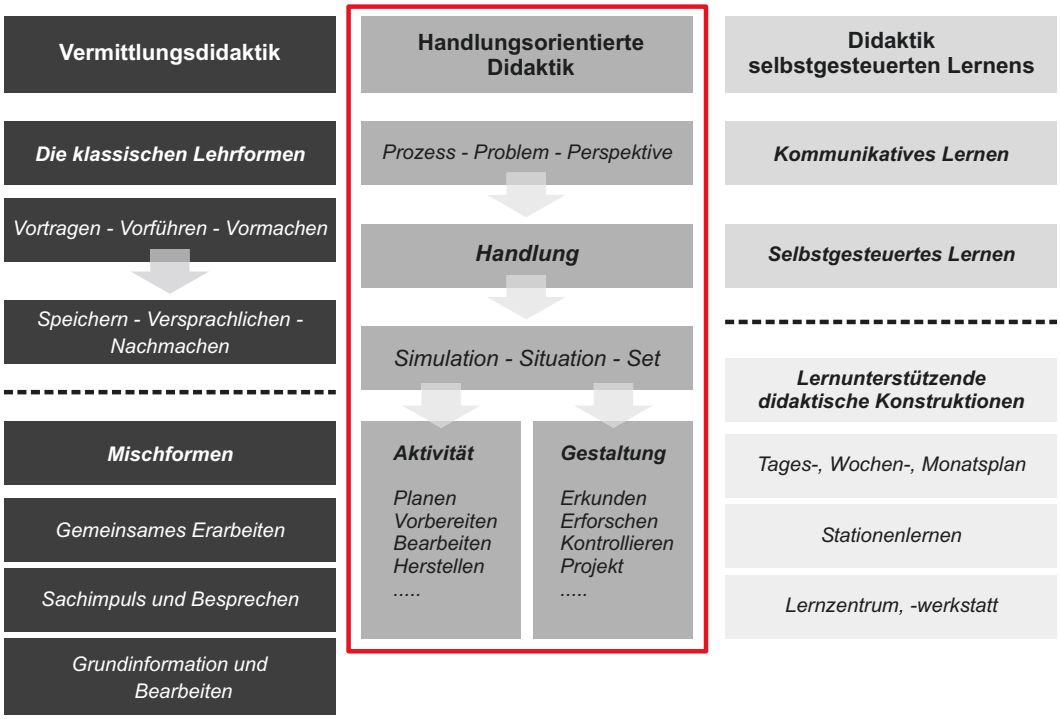
Die berufspädagogischen Defizite der traditionellen Ausbildung in Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege führen allerdings zu einer kleinschrittigen Systematisierung der Anleitungen, die auf den ersten Blick überkomplex und nur schwer nachvollziehbar erscheint. Dieses schon in den Handreichungen der KMK zur lernfeldorientierten schulischen Berufsausbildung zu beobachtende Phänomen (Bader schlägt acht Planungsschritte unter Berücksichtigung von 63 Prüffragen für die Unterrichtsplanung vor!) ist jedoch weniger das Ergebnis von Konstruktionsfehlern des („dualen") Lernfeldkonzeptes, als vielmehr der Ausdruck des Sonderweges, den die schulische Berufsausbildung im Berufsbereich Pflege in den vergangenen vierzig Jahren gegangen ist – und deren pädagogisch-didaktischer Ekklektizismus jetzt nur relativ aufwendig auf die Regeln und Standards einer arbeitsmarktkonformen und den Anforderungen des Gesundheitssystems entsprechenden beruflichen Bildung zurückzuführen ist.

Anpassung erforderlich: Revision der Didaktik des handlungsorientierten Ausbildungsunterrichts für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege

Vorbereitung und Vermittlung beruflicher Handlungskompetenzen im Rahmen des schulischen Ausbildungslernens ist zwingend an einen im Zentrum handlungsorientierten Qualifikationsprozess gebunden. Dabei sollten im Hinblick auf die Entwicklung beruflicher Selbstständigkeit möglichst realistische und komplexe Anforderungen zur Selbstorganisation und Selbststeuerung des beruflichen Qualifikationserwerbs formuliert werden.

Bei der Umsetzung der beruflichen Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege musste allerdings zur Kenntnis genommen werden, dass in den ausbildenden Schulen keine gesicherten Grundlagen für die Durchführung eines handlungsorientierten und im Hinblick auf tatsächliche berufliche Anforderungen möglichst selbstgesteuerten (berufliche Autonomie vermittelnden) Ausbildungsunterrichts vorhanden sind. Vielmehr beziehen sich die Grundmuster der schulischen beruflichen Ausbildung in beiden Pflegeberufen und an fast allen im Umsetzungsprozess kontaktierten Schulen auf Spielarten der traditionellen Vermittlungsdidaktik: Die Lehrkraft hat ein fachspezifisches Unterrichtsthema vorbereitet, bietet es in Form eines mehr oder weniger ausgeprägten „Lehrervortrags" – unter gelegentlichem Einschluss von Eigenaktivitätsphasen der Auszubildenden – dar und stellt den Auszubildenden unter Umständen ergänzende Informationen (Kopien, Materialien) zum Unterrichtsthema zur Verfügung. Trotz lang anhaltender didaktischer Reformdiskussionen in allen pädagogischen Bereichen zu handlungsorientierten und autonomiefördernden Lehr- und Lernformen ist diese didaktische Tradition erstaunlich verbreitet. Sie führt auf Seiten der Lernenden zu Passivierung und Konsumverhalten, auf Seiten der Unterrichtsdurchführung zur Notwendigkeit von regelmäßigen Leistungskontrollen und Lernstandsprüfungen, die den Aufwand für alle Beteiligten maßgeblich erhöhen, aber keinen Rückschluss auf den tatsächlichen beruflichen Kompetenzgewinn erlauben.

Abbildung 8: Didaktische Typologien in der Berufsbildung



Zwar hat der vermittelnde Ausbildungsunterricht im Zusammenhang mit Lernsituationen und relativ offenen Lernarrangements durchaus seine Berechtigung, als didaktische Monokultur ist er jedoch selbst unter Nutzung von Mischformen für schulische Ausbildungsgänge kontraproduktiv (vgl. Abbildung 8).[16] Erst handlungs- und arbeitsprozessorientierte Didaktiken, die den Prinzipien des exemplarischen Lernens und bei der Entwicklung von Aufgaben oder Lernsituationen der problemhaltigen und realistischen Komplexität verpflichtet sind, können die oft beklagte Theorie-Praxis-Differenz der schulischen Berufsbildung – und damit auch die Risiken ihres Scheiterns überbrücken: Sie müssen den Mittelpunkt der Berufsausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege bilden, um die Relevanz des schulischen Qualifikationsangebotes für die praktische Ausbildung zu untermauern und umgekehrt die Leistungserwartungen der „Praxis" an die ausbildende Schule mit einem begründenden, methodisch fundierenden, planenden und die Relevanz des Gelernten (kritisch) reflektierenden Unterrichts zu befriedigen.

Auf der Grundlage einer solchen zwischen den Lernorten „legitimationsfähigen" didaktischen Verzahnung können schließlich auch Formen des selbstgesteuerten und – wo möglich – selbstverantworteten Lernens in der Ausbildung erschlossen werden. Didaktisch gerahmte Autonomiespielräume gehören in modernen Ausbildungskonzepten („Übungsfirma", „Auftragslernen") mittlerweile zum Regelangebot. Für schulische Ausbildungsgänge sind selbstgesteuerte und selbstverantwortete Qualifikationsprozesse bis heute eher die Ausnahme. Deshalb ist es bei der Umsetzung der BIBB-Curricula von großer Bedeutung, mit der Einrichtung handlungs- und arbeitsprozessorientierter Unterrichtsformen auch die Möglichkeiten offener und selbstorganisierter Lernformen zu prüfen.

In der Berufspädagogik werden gegenwärtig fünf relevante Modelle der Selbststeuerung zwischen Öffnung und weit reichender Offenheit beruflicher Lernprozesse genutzt. Sie können je nach Lernsituation, Lerngegenstand oder Ausbildungsfortschritt als didaktische Varianten eingesetzt (vgl. Abbildung 9)[17] – oder auch als strategische Optionen der lernfeldbezogenen Organisationsentwicklung in der Schule genutzt werden. Die hier beispielhaft vorgestellten didaktischen Modelle beschreiben jeweils unterschiedliche Niveaus der Selbstorganisation der Auszubildenden im beruflichen Qualifikationsprozess.

Die möglichst weit gehende Unterstützung der Selbstorganisation des beruflichen Qualifikationsprozesses in der ausbildenden Schule ist eine der Schlüsselpositionen modernen beruflichen Lernens: Flexible Lernfähigkeit oder die Entwicklung von „Lernkompetenz" haben sich in den vergangenen Jahren zu zentralen Themen der Berufsbildungsforschung und einer Reihe von öffentlich geförderten Modellversuchen entwickelt.[18] Selbstorganisiertes und flexibles Lernen zu fordern sowie Entwicklung und Nutzung entsprechender Lerntechniken zu unterstützen ist gleichzeitig eines der wichtigen Unterscheidungsmerkmale der beruflichen Bildung vom Unterricht in den abgebenden allgemein bildenden Schultypen: Beide Ausbildungscurricula des BIBB fordern deshalb gleich in der ersten schulischen Lernsituation („Berufliches Lernen entwickeln und von schulischem Lernen unterscheiden") von den ausbildenden Schulen eine definitive Klärung der Lernverhältnisse und Lernanforderungen.

Dazu gehört es an erster Stelle, dass der schulische Lehr- und Ausbildungsplan in seinen Strukturen und Inhalten, in Anforderungen und zugrunde gelegtem Material für alle Beteiligten – alle Auszubildende und alle Lehrkräfte – transparent und „lernbar" wird. Die in Abbildung 9 beispielhaft vorgestellten Prinzipien sind dabei nicht mehr als Wegmarken oder Mindeststan-

16 Nach: BÖNSCH, M.: Kommunikatives und offenes Lernen. In: PrinterNet Pflegepädagogik 1/2005, S. 9ff

17 In Anlehnung an BÖNSCH, M.: Kommunikatives und offenes Lernen, a. a. O., S. 10

18 Vgl. u.a. die vom Bundesminister für Bildung und Forschung geförderte Modellversuchsreihe „L^3", sowie den Abschlussbericht der Enquête-Kommission der Bundesregierung „Lebenslanges Lernen".

dards, die je nach den in der ausbildenden Schule vorhandenen Möglichkeiten weiter entwickelt werden können, niemals aber unterschritten werden sollten:

- Der basale Schritt zur aktiven Teilhabe der Auszubildenden am Lernprozess und zum Rollenwechsel der Lehrkräfte als „Lernprozessmoderatoren" und „-begleiter" ist die Offenlegung von Lerninhalten, Lernzielen und Lernanforderungen rechtzeitig vor Beginn einer Ausbildungsphase. Die Herstellung von Transparenz sollte sich im lernfeldorientierten Ausbildungsunterricht immer an so genannten Lernsituationen orientieren, kann aber grundsätzlich auch im Rahmen des traditionellen Fächerunterrichts oder auch in Mischformen eingesetzt werden. Ob in diesem Zusammenhang die gesamte (schulische) Ausbildungsphase transparent gemacht wird, einzelne Lernsituationen schrittweise oder andere Zeitabschnittstrukturen gewählt werden, bleibt der berufspädagogischen Planungskompetenz der ausbildenden Lehrkräfte überlassen.
- Unter der Überschrift „Wochenplanarbeit" geht es im nächsten Schritt zum selbstorganisierten Lernen um die anschließende didaktische Differenzierung des Ausbildungsunterrichts: Die Ausbildungsklasse, Arbeits- oder Projektgruppen oder einzelne Auszubildende erhalten Aufgaben und Zeitvorgaben für einen bestimmten, der beruflichen Realität angemessenen Bearbeitungsschritt. Er kann sich über die gesamte Lernsituation oder über einen bestimmten Zeitanteil der Lernsituation (zum Beispiel einen Tag, einige Tage, eine Woche usw.) erstrecken.[19] Natürlich kann ein solches Vorgehen auch für einen nach Fächern strukturierten Unterricht genutzt werden – wenn auch nicht mit den gleichen Effekten für die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz. Natürlich geht es bei einem

Abbildung 9: Didaktische Modelle selbstgesteuerten Lernens

Didaktische Modelle	Lernmöglichkeiten	Grad der Selbstverantwortung
Wochenplanarbeit	*Der Wochenplan gibt Aufgaben in den jeweils genutzten Lernarrangements vor. Pflichtaufgaben, Wahlaufgaben, Selbst- oder Fremdkontrolle sind gesichert.*	*Die Auszubildenden können Reihenfolge, Art der Bearbeitung und Formen der Zusammenarbeit selbst bestimmen. Der Zeitrahmen ist vorgegeben.*
Freie Arbeit	*Es wird Raum für inhaltlich selbstbestimmtes Lernen gegeben: Übungen, Lernspiele, kleine Projekte.*	*Die Auszubildenden können in einem gegebenen Zeitrahmen auch Anliegen, Inhalte und Anspruch selbst bestimmen.*
Wahldifferenzierter Unterricht	*Nach der Einführung in eine Lernsituation wird aus unterschiedlichen Bearbeitungsangeboten ausgewählt und diese einzeln oder in Gruppen bearbeitet. Die Ergebnisse werden berichtet.*	*Die Auszubildenden können informiert Teilthemen wählen (auch: Kooperationsformen) und bearbeiten. Sie müssen ihre Arbeitsergebnisse vorstellen und verantworten.*
Stationenlernen	*Mehrere Lernstationen (Aufgaben, Materialien, Geräte usw.) bieten Lernaufträge an.*	*Die Auszubildenden können die Stationen in freier oder gebundener Reihenfolge nach ihrer Arbeitsweise und ihrem eigenen Arbeitstempo (unter Beachtung eines Gesamtzeitbudgets) bearbeiten.*
Lernwerkstatt	*Eine Lernwerkstatt bietet eine Vielzahl von Lerngelegenheiten an (Druckerzeugnisse, Computer, Medien, Geräte, Lernspiele usw.); sie steht als Lernumgebung ständig offen.*	*Die Auszubildenden können in dafür bestimmten Zeiten völlig frei lernen, sich einer vorbereiteten Thematik zuwenden („Buffetmodell") oder Lernwege wählen.*

19 Der Begriff „Wochenplanarbeit" stammt ursprünglich aus den traditionellen Fächerumgebungen der Schule und nutzt den „Wochenplan" als Symbol für größere, nicht auf den Stundenplan und Fächereinheiten reduzierte Lerneinheiten.

Abbildung 10: Wege zum selbstgesteuerten Lernen



solchen Ausbildungsplan auch um den Einsatz von Lernstands- oder – in der berufsüblichen Diktion – Qualitäts- und Leistungskontrollen gehen, die möglichst immer in den Bearbeitungsprozess integriert und nicht als gesonderte Prüfungen oder „Klassenarbeiten“ abgehalten werden sollten; sie können grundsätzlich auch als Formen der Selbstkontrolle und Selbsteinschätzung der Auszubildenden durchgeführt werden.

- „Selbstorganisiertes Lernen“ ist nur in seiner idealen Variante oder in Sequenzen des Lernprozesses tatsächlich von den Lernen vollständig selbst organisiert und gesteuert. In der Realität der schulischen Berufsausbildung wird es immer um didaktische Mischformen gehen, die in ihrer Summe eine möglichst weit gehende Selbstorganisation der Lernenden ermöglichen sollten. Entscheidungsleitend für die Zusammenstellung des Ausbildungsunterrichts aus Vermittlungsphasen, Sammlung und Erarbeitung von Lernmaterialien, Bestimmung von Verfahrensweisen, „Lernwegen“ und Lernorten sind immer die für den Qualifikationsprozess erforderlichen und die im beruflichen Arbeitsprozess üblichen individuellen oder kollektiven Freiheitsgrade. An ihnen entscheidet sich auch das zu planende Zeitvolumen für eine Unterrichtsphase und/oder eine Lernsituation.

Die Umsetzung der lernfeldorientierten schulischen Ausbildung – Kollisionslinien mit den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

Die „Lernfelder" und Themenbereiche in der Form, wie sie in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege dargeboten werden, sind keine unmittelbar umsetzungsrelevanten Vorlagen für eine lernfeldorientierte schulische Berufsausbildung – dazu entfernen sie sich zu stark von der konzeptionellen Basis der berufspädagogisch gedachten Lernfeld-Empfehlungen der KMK. Auch liefern sie keine Handhabe zur sachlichen und zeitlichen Gliederung von vorgegebenen Themen, Ausbildungsgegenständen und Ausbildungsinhalten, so dass Interpretationen, Anpassungen und Übertragungen auf curricularer und taxonomischer Ebene für die Umsetzung der Ausbildung unerlässlich sind.

Vor allem die fehlende zeitliche und sachliche Gliederung der Ausbildungsgegenstände sowie die oftmals willkürlich anmutende und gering ausgeprägte Systematik der „Lernfelder" und Themenbereiche macht ihre rechtliche Verbindlichkeit zu einem manifesten Problem: Fehlende oder nicht entsprechend ihrer beruflichen Bedeutung herausgehobene Ausbildungsthemen, die längst Stand des Wissens beispielsweise auf den Gebieten der Gerontologie, der Gesundheitsförderung, der Ethnologie oder der Sozialpädagogik sind, müssen ebenso wie Fachinhalte, die die Lernziele der Themen oder Felder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bedienen könnten, identifiziert, (neu) zugeordnet, herausgestellt oder subsumiert, mit Zeitwerten versehen und in eine didaktisch nutzbare, systematische Abfolge gestellt werden.

Diese notwendige De- und Rekonstruktion der vom Gesetzgeber vorgegebenen Ziele und Gegenstände der Berufsausbildung in Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege führt in jedem Fall zu einer ganzen Reihe von Kollisionen mit der Struktur der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen:

- In der Gesundheits- und Krankenpflege, deren Ausbildungs- und Prüfungsverordnung keine Zeitvorgaben für die dort festgelegten Themenbereiche enthält, muss eine Zuordnung zu den vier so genannten „Bezugswissenschaften" der Ausbildung vorgenommen werden, für die lediglich globale Zeitkontingente im Umfang von jeweils mehreren hundert Unterrichtsstunden vorgeschrieben sind.

- In der Altenpflege wiederum tauchen keine Bezugswissenschaften auf, dafür aber verbindliche Zeitrichtwerte für jedes einzelne „Lernfeld" der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Jeder (notwendige) Versuch der zeitlichen und sachlichen Gliederung des Ausbildungsablaufs führt im einfachsten Falle dazu, dass Teilmengen aus den Lernfeldern entnommen und auf die Ausbildungsjahre verteilt werden müssen.

  Bei komplexeren Gestaltungsversuchen mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die sich zwangsläufig mit dem Anspruch der Entwicklung einer arbeits- und anforderungsgerechten Ausbildung in der Altenpflege verbinden, geht es jedoch nicht mehr nur um die rechnerische Verteilung der vorgegebenen Zeitbudgets auf die Ausbildungsjahre:

  Fachliche Profilierung, Arbeitsprozessorientierung und Anforderungsgerechtigkeit als Leitlinien der Curriculumentwicklung und taxonomischen Differenzierung erfordern die Bestimmung von beruflichen „Schlüsselqualifikationen", die gleichzeitig auch als Leitbegriffe von Lernfeldern eingesetzt werden können – und denen dann die „Tätigkeitsqualifikationen" der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zugeordnet werden können. Die Lernfelder der BIBB-Curricula folgen diesem Konzept (beispielsweise „Gerontologisch begründete Arbeitsweisen" oder „Kultursensible Pflege") – was allerdings die Schwierig-

keit mit sich brachte, das Vorhandensein eines jeden Lernfeldes und Lernziels inhaltlich und im mindestens geforderten Stundenumfang nachweisen zu müssen.

Was mit der Verteilung von Stunden und Ausbildungsgegenständen auf die Lernfelder des BIBB-Curriculums zwar mühsam zu bewerkstelligen, aber letztlich zu lösen war, erwies sich im Zusammenhang mit den weiteren Bestimmungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege als schwer zu bewältigendes Problem. Insbesondere die Bestimmungen zur Vergabe von (Vor-) Noten für die Auszubildenden, die wiederum an die Lernfelder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geknüpft sind, erwies sich als unterrichtspraktisches Hindernis bei der Umsetzung der meisten der neu zusammengesetzten Lernfelder der Altenpflegeausbildung:

Da Teilmengen aus den Lernfeldern der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung extrahiert und den Lernfeldern des BIBB-Curriculums zugeordnet wurden, waren die Lehrkräfte vor Beginn einer jeden Lernsituation aufgefordert zu klären (und den Auszubildenden zu vermitteln), auf welches Lernfeld die zu vergebenden Noten angerechnet würden; entsprechende Hinweise sind in jeder Lernsituation für die Umsetzung der BIBB-Curricula enthalten.[20] Die pro Lernfeld gesammelten Noten würden dann im Durchschnitt bewertet und als Vornote für die Abschlussprüfung zur Verfügung stehen.

Dieses zunächst etwas kompliziert anmutende Verfahren ist jedoch nicht das Ergebnis des BIBB-Curriculums, sondern die notwendige Folge des „wissensthematischen" Aufbaus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung: Keines der unter den „Lernfeldern" rubrizierten Themen kann im Ausbildungsunterricht „en bloc" – zu einem Zeitpunkt der Ausbildung vollständig und abschließend – vermittelt werden. Vielmehr muss jedes Thema, je nach Ausbildungsfortschritt und inhaltlichen Bezügen, im Ablauf der Ausbildung mehrfach neu erschlossen und auf differenzierten Niveaus behandelt werden. Die Notwendigkeit zum didaktischen Neuarrangement der Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist mittlerweile – unabhängig von den jeweils zugrunde gelegte Curricula – auch als pflegepädagogischer Konsens zu erkennen.[21]

- Vor diesem Hintergrund stellen sich für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zum Teil erhebliche Probleme bei der (ebenfalls erforderlichen) Differenzierung der taxonomischen Niveaus von Lernzielen: Moderne Ausbildungscurricula – auch dies ist in der Pflegepädagogik unbestritten – arbeiten ein Lernziel nicht „in einem Durchlauf" vollständig ab, sondern prüfen zunächst, ob das Ziel in mehreren Stufen in unterschiedlichen Zusammenhängen und beispielsweise über die gesamte Ausbildungszeit hinweg erreicht werden sollte. Diese Qualifizierungsstrategie in „Lernspiralen" beinhaltet unter didaktischen Gesichtspunkten notwendigerweise eine Transposition von Lernzielen und Themenstellungen, die schließlich nur noch mit erheblichem Aufwand in ihrer ursprünglichen, in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen festgehaltenen Form nachgewiesen werden können.

  So können beispielsweise die in der Altenpflegeausbildung unter der Themenstellung „Beratung und Anleitung ..." zu vermittelnden beruflichen Qualifikationen nur zu sehr geringen Anteilen (zum Beispiel die rechtlichen und kommunikativen Aspekte der Beratung) in dieser thematischen Abstraktion angesprochen werden. Die tatsächlich beruflich relevanten Beratungs- und Anleitungsqualifikationen können demhingegen erst im Zusammenhang mit entsprechenden berufstypischen Arbeitsprozessen – zum Beispiel in der

20 Vgl. Band 2: Die Ausbildungsmaterialien für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege.

21 Auf einer Anhörung des nordrhein-westfälischen Landtags zur Altenpflegeausbildung am 14. Januar 2004 wurde von allen gehörten Experten die Notwendigkeit einer Rekonstruktion der thematischen Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege bestätigt und unterstrichen.

Überleitung, dem Erstbesuch in der ambulanten Pflege oder der tertiären Prävention – vermittelt werden. Dort verliert das Thema „Beratung und Anleitung ...“ allerdings sein Alleinstellungsmerkmal. Vielmehr wird es in den Dienst der Aufgaben und Arbeitsschritte gestellt, die beispielsweise im Zusammenhang mit der Planung geriatrischer Rehabilitationsprozesse von Altenpflegern/innen üblicherweise und unter Berücksichtigung des Einsatzgebietes und seiner Merkmale zu erledigen sind – und kann nur noch Lernsituation Bestandteil einer Lernsituation identifiziert werden, nicht aber als in seinen Unterrichtsstundenanteilen präzise abgrenzbares Thema.

WOLFGANG BECKER

Sequenzierung des Ausbildungsprozesses: Didaktisch sinnvolle Einheiten bilden, begründen, verbinden

Die Verteilung der Ausbildungszeiten

Im Rahmen der betrieblichen Berufsausbildung des „dualen Systems" ist der Wechsel zwischen den Lernorten Betrieb und Berufsschule (im Regelfall) klar im Wochenrhythmus reglementiert: Auf der Grundlage einer Verteilung der Ausbildungszeiten im rechnerischen Verhältnis von durchschnittlich 75 : 25 zugunsten des ausbildenden Betriebs werden ein bis zwei Berufsschultage in die wöchentliche Ausbildungszeit integriert.

Die Berufsausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege folgt grundsätzlich anderen und formal nicht vorgeschriebenen Verteilungsmustern. Zwar sind die an den Lernorten Schule und „Praxis" mindestens zu absolvierenden Ausbildungsstunden in den Berufsgesetzen festgeschrieben: 2.100 schulischen Ausbildungsstunden stehen 2.500 praktische Ausbildungsstunden gegenüber; das entspricht einer rechnerischen Gewichtsverteilung von ungefähr 45 : 55 zugunsten der praktischen Ausbildung. Die gesetzliche Festlegung der Ausbildungsanteile sagt jedoch nichts über die tatsächliche Verteilung der Ausbildungszeit auf die beiden Lernorte im Ausbildungsprozess aus. Bis heute ist die Organisation der schulischen Ausbildungsphasen – in Abstimmung mit den praktischen Ausbildungsstätten – in die Planungsverantwortung der Alten- und Krankenpflegeschulen gelegt.

Die zeitliche Organisation der Ausbildung

Im Rahmen von Vorbereitung und Umsetzung der Ausbildungsgänge haben sich bei Recherchen bei Ausbildungsstätten im gesamten Bundesgebiet[1] sehr heterogene Verteilungsmuster bei der zeitlichen Organisation von schulischen und praktischen Ausbildungsphasen ergeben. Sie lassen sich – ohne Anspruch auf eine abschließende Bewertung – in drei für die Verfassung der Ausbildung in den Pflegeberufen charakteristische Gruppen unterteilen:

- Das „Grundmodell" bei der Gestaltung der schulischen und praktischen Ausbildungsphasen weist sich durch einen relativ gleichgewichtigen Wechsel zwischen schulischer (etwa 4 – 5 Wochen) und praktischer Ausbildung (etwa 5 – 6 Wochen) über die gesamte Ausbildungszeit aus.

  In der Begründung beziehen sich die befragten Organisationsverantwortlichen der Schulen fast ausschließlich auf relativ abstrakte Entscheidungsdimensionen für dieses Wech-

1 Befragt wurden insgesamt 80 Schulen für Altenpflege und Krankenpflege im Verlauf des Ausbildungsjahres 2003/2004. Alle Angaben beziehen sich auf Planungen vor dem Einsatz der neuen Berufsgesetze für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege, allerdings ist zu erwarten, dass sich mit Einführung der neuen Ausbildungsgrundlagen nichts an den hier geschilderten Verteilungen der Ausbildungsphasen geändert hat..

selmuster: Überwiegend wird auf die lange Tradition dieser Verteilung der Ausbildungszeiten verwiesen. In anderen Fällen wird ohne nähere Begründung argumentiert, in vier oder fünf Wochen didaktisch sinnvolle Blockbildungen im Unterrichtsstoff vornehmen zu können.

- Das am zweithäufigsten für Pflegeausbildungen genutzte „Schwerpunktmodell" folgt wie das Grundmodell dem Gedanken eines möglichst regelmäßigen Wechsels zwischen den Lernorten, doch ist die Dauer der Ausbildungsphasen in Schule und Praxis normalerweise fast auf das Doppelte des Grundmodells erhöht: Die schulischen Ausbildungsphasen betragen 7 – 8 Wochen, die praktischen Ausbildungsphasen 8 – 10 Wochen.

  Die Begründungen für dieses Verteilungsmodell sind nicht generell oder abstrakt. Sie beziehen sich im Unterschied zum Grundmodell durchgängig und meist sehr konkret auf schulorganisatorische Sachzwänge (zum Beispiel kontinuierliche Belegung der Schulräume) oder – hier insbesondere in der Krankenpflege – auf das Interesse der praktischen Ausbildungsstätten an einer längeren Verweildauer der Praktikanten/innen in der Einrichtung oder dem Betrieb.

  Vor allem wiederum in der Krankenpflege lässt sich eine Variante des Schwerpunktmodells feststellen: Hier werden die grundsätzlich als zu lang betrachteten, aber offenbar nicht zu vermeidenden Ausbildungsphasen mehrfach durch kurze (ein- bis zweitägige) Intervalle „praktischen" oder „klinischen Unterrichts" unterbrochen.

  Die Argumente für diese Unterrichtsvariante sind ebenso vielfältig wie ihre Anlässe. Gemeinsam ist ihnen allerdings, dass sie sich **nicht** auf das Risiko der langen Ausbildungsblöcke beziehen, „totes Wissen" zu produzieren, das im darauf folgenden Ausbildungsturnus nicht mehr oder nur noch schwer aktualisiert werden kann.

- Das dritte Verteilungsmuster zwischen schulischer und praktischer Ausbildung ist deutlich seltener anzutreffen als die beiden vorausgegangenen, ist aber dennoch keine Randerscheinung in der Ausbildung für Pflegeberufe; es kann als „Splittermodell" bezeichnet werden: Hier werden in unregelmäßigem Wechsel beispielsweise zweiwöchige mit vierwöchigen oder anders dimensionierten schulischen und praktischen Ausbildungsphasen kombiniert, so dass sich die jährliche Ausbildungszeit in eine Vielzahl von „Ausbildungsclustern" auflöst.

  Das Splittermodell ist überwiegend in der Altenpflege anzutreffen und bezieht sich in den Begründungen im wesentlichen auf schulorganisatorische Gründe, die eine kohärentere Gestaltung des Ausbildungsablaufs offenbar nicht gestatten.

Jedes dieser Verteilungsmuster ist für sich diskussionsbedürftig. Aufgrund der relativ eingeschränkten empirischen Basis der Abfrage und bislang fehlender Folgeuntersuchungen[2] soll an dieser Stelle nur auf drei grundsätzliche Problemstellungen verwiesen werden, die sich aus der für das Ausbildungsgeschehen der Pflegeberufe so typischen Blockbildung des schulischen und praktischen Lernens ergeben:

- **Stofforientierung und Vollständigkeit des Lernens:** Eine der bis heute wohl wirksamsten Begründungen für die Blockbildung in der schulischen Ausbildung ist die an der Vollständigkeit beruflich bedeutsamen Wissens orientierte Stoffvermittlung in dem nach (Unterrichts-) Fächern gegliederten Ausbildungsunterricht für Pflegeberufe. Unterrichtsinhalte – der „Stoff" – werden im Regelfall nicht danach ausgewählt, welche (exemplarische) Relevanz sie für Planung, Durchführung und Begründung berufstypische und betriebs-

2 Solche Folgeuntersuchungen hätten sich insbesondere um den Qualifikationserfolg und die Verwertbarkeit der „blockweise" vermittelten beruflichen Qualifikationen zu kümmern.

oder einrichtungsübliche Aufgaben und Arbeitsprozesse haben. Auswahlkriterium ist vielmehr, „was gewusst werden muss", um den Arbeitseinsatz während des nächsten Praktikums bestehen zu können. Dabei bestimmen die Regeln der Fachsystematik vor allem in der Krankenpflege Umfang und Tiefe der Stoffvermittlung; sie wiederum ist in den meisten Fällen eher am Kriterium der „Vollständigkeit" als an dem der „Angemessenheit" im Ausbildungsaufbau orientiert. Unterrichtsthemen wie „Die Haut" oder „Die Pflegeplanung" werden danach beispielsweise nicht an den typischen Aufgabenstellungen einer Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr ausgerichtet, sondern im Regelfall umfassend und – nicht selten bereits zu sehr frühen Zeiten der Ausbildung – abschließend vermittelt.[3]

Aus dieser Perspektive einer fachssystematischen Stoffvermittlung, die grundsätzlich in Stunden-Volumina der zu vermittelnden Inhalte denkt, kann die Blockbildung der (schulischen) Ausbildung logisch erscheinen. Für eine schulische Ausbildung allerdings , die sich im Sinne exemplarischen Lernens an beruflichen Handlungskompetenzen im Zusammenhang mit berufstypischen Arbeits- sowie einsatzgebietsüblichen Geschäftsprozessen orientiert, muss das Prinzip der Blockbildung bei den Unterrichtsphasen hinterfragt werden.

- **Schulische Ausbildung als „Praxispropädeutik":** Eine andere Begründung für die traditionell in mehr oder weniger großen Blöcken durchgeführten schulischen Ausbildungsphasen ist die Notwendigkeit, den Auszubildenden möglichst alle diejenigen praktischen Qualifikationen zu vermitteln, die sie für ihren ersten Praktikumseinsatz benötigen. In der Tat gehen die so genannten Praktikumseinrichtungen bis heute mehrheitlich davon aus, dass alle wichtigen Handgriffe für Pflegeberufe – vom Waschen, Betten und Lagern bis hin zur Verabreichung von Spritzen und Infusion – von den Auszubildenden beherrscht werden, wenn sie ihr Praktikum beginnen. Für diese Form der schulischen „Praxispropädeutik" hat das schulische Ausbildungssystem für die Pflegeberufe sogar eine eigenständige Unterrichtsform gefunden, der als „praktischer Unterricht" auch in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Berufsausbildung in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege besondere Erwähnung findet.

  Die traditionell doppelte Aufgabenstellung für die ausbildende Schule kann ebenfalls ein nachvollziehbarer Grund für mehrwöchige Blockbildungen im Unterricht sein. Allerdings sind sie maßgeblich an die bis heute bestehende Befreiung der in der Gesundheitswirtschaft ausbildenden Einrichtungen und Betriebe von Ausbildungsaufgaben im eigentlichen Sinne gebunden. Eine Neuverteilung der Ausbildungsaufgaben zwischen ausbildender Schule und ausbildender Praxis könnte auch hier eine veränderte Aufteilung der Wechsel zwischen den beiden Lernorten nahelegen.

- **Schule als Einstieg in die Ausbildung**: In der Tradition des schulischen Ausbildungssystems beginnt die Ausbildung immer mit einem mehrwöchigen Block schulischen Lernens. Diese Verfahrensweise wird auch nach der Umsetzung der beiden neuen Berufsgesetze in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege fortgeführt – obwohl der zeitliche Schwerpunkt beider Ausbildungsgänge in der praktischen Ausbildung liegt. Für die Fortführung des traditionell schulischen Ausbildungsbeginns gibt es weder eine plausible noch eine formal zu beachtende Begründung – es sei denn, man wollte die in den Berufs-

3 Wie prägend diese Denkweisen in „der Pflegedidaktik" sind, lässt sich beispielhaft an dem vom Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ) zusammen mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) als Handreichung für die Umsetzung der Altenpflegeausbildung nach dem Altenpflegegesetz herausgegebenen Band von SOWINSKI, Chr.; BEHR, R.: Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung – Materialien für die Umsetzung der Stundentafel, Köln 2002, unmittelbar nachvollziehen.

gesetzen festgelegte „Gesamtverantwortung" der Schule für das Ausbildungsgeschehen als Fingerzeig auf einen schulischen Ausbildungsbeginn verstehen.

In der Tat wäre unter der Perspektive einer herausgehobenen Bedeutung der praktischen Ausbildung für den gesamten Ausbildungsprozess auch ein Ausbildungsbeginn in den Betrieben und Einrichtungen von Altenhilfe und Gesundheitswirtschaft denkbar – und in der Altenpflege vor dem Hintergrund des mit „der Praxis" geschlossenen Ausbildungsvertrages sogar logisch. Allerdings wäre auch dieser Richtungswechsel an die Voraussetzung gebunden, dass „die Praxis" ihre Ausbildungsverantwortung ernst nimmt und die bislang üblichen Praktikumsphasen (mit ihren Anteilen angeleiteter Mitarbeit) durch berufspädagogisch fundierte Ausbildung ersetzt.

Darüber hinaus wäre grundsätzlich zu prüfen, welche (ausbildungs-) sozialisatorischen Wirkungen der schulische Einstieg in die Ausbildung entfaltet und ob mit einem Ausbildungsbeginn in der Praxis wenigstens Teile der nach wie vor virulenten „Theorie-Praxis-Differenz" behoben, mindestens aber korrigiert werden können.

Diese bis zum heutigen Zeitpunkt lokal, bestenfalls in begrenztem Raum regional wirksamen Organisationslösungen von Schulen und Trägern über Abfolge, Schwerpunktbildungen und Effektivität der Ausbildungen in den Pflegeberufen bestimmen in maßgeblichem Umfang über Qualität und Nachhaltigkeit der beruflichen Qualifikationsprozesse im Berufsbereich Pflege: Sie sind offenbar ebenso zufällig wie willkürlich und lassen plausible Bezüge zu Inhalten und beruflichen Kompetenzstrukturen der Ausbildungsberufe vermissen. Ihr leitendes Prinzip scheint eher die Verteilung verfügbarer Zeit auf kodifiziertes Wissen, nicht aber die Bereitstellung von Ausbildungszeit für die Entwicklung berufstypischer und einsatzgebietsüblicher beruflicher Handlungskompetenzen zu sein.

Demzufolge muss jeder Versuch der Reform der Berufsausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege ganz basal damit beginnen, die Ausbildungsstrukturen in eine grundsätzlich nachvollziehbare und in Bezug auf den beruflichen Qualifikationsprozess sinngebende Systematik von aufeinander aufbauenden Schrittfolgen der beruflichen Kompetenzentwicklung einzubetten.

Ausbildungssequenzen definieren, begründen und verbinden

Dabei bleibt zu beachten, dass für die Entwicklung eines neuen Aufbaus der Ausbildung weder die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege noch die sonst für schulische Ausbildungsgänge üblichen „Stoffverteilungspläne" eine sinnvolle Argumentationsgrundlage bilden. Voraussetzung für Einleitung und Fundierung einer neuen Ausbildung ist die Entwicklung eines schulischen Ausbildungscurriculums nach dem Lernfeldprinzip sowie eines Ausbildungsrahmenplans für die praktische Ausbildung nach dem Muster des „dualen" beruflichen Ausbildungssystems.[4] Sie bieten, wenn sie die Grundregeln der Berufsentwicklung beachten, in Lernfeldern (Schule) und Berufsbildpositionen (Praxis) aufeinander abgestimmte und gegenseitig ergänzende thematische Einheiten an, die im Idealfall als Grundgerüst für die Bestimmung von Ausbildungssequenzen genutzt werden können (vgl. Abbildung 1): In einer solchen idealen gegenseitigen Ergänzung von schulischer und praktischer Ausbildung entspräche jedes Lernfeld und jede Ausbildungsrahmenplanposition jeweils einer schulischen und praktischen Ausbildungsphase. Sie wären immer – im Sinne systematisch fortschreitender beruflicher Kompetenzentwicklung – thematisch-inhaltlich aufeinander abgestimmt, so dass die jeweils folgende auf den Darbietungen und Ergebnissen der vorausgehenden beruflichen Qualifikationsphase aufbauen könnte.

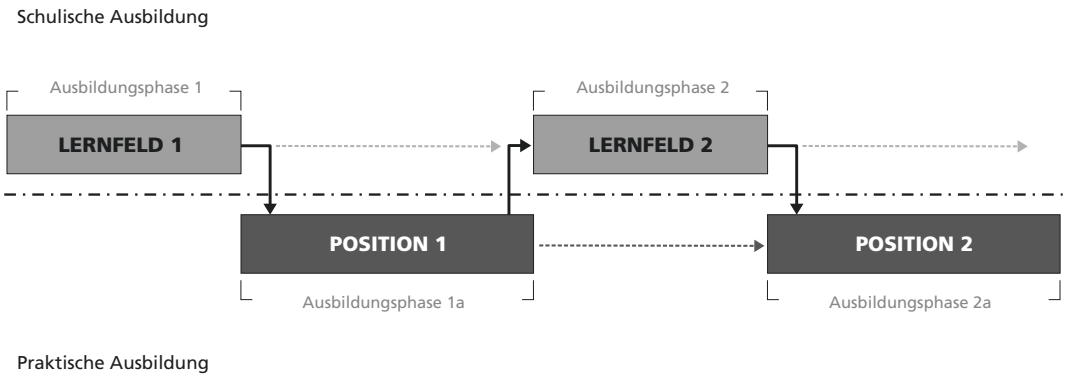
Der Idealfall muss jedoch notwendigerweise ein berufspädagogisches Modell bleiben, da er sich immer (und mindestens) an zwei Realitäten zu orientieren hat: den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und den zwischen Schulen/Schulträgern und praktischen Ausbildungsstätten/Betrieben gefundenen Lösungen zur Aufteilung der Ausbildungsjahre in schulische und praktische Ausbildungsphasen. Im Falle der Umsetzung der Altenpflegeausbildung nach dem BIBB-Curriculum kam zusätzlich noch der Faktor „politische Realität" hinzu: Die im Saarland getroffene sozialpolitische Entscheidung, in die Ausbildung zur Altenpflege eine einjährige Qualifizierung zur Altenpflegehilfe zu integrieren, hat dazu angeregt, die Lernfeldstruktur in Form einer „inneren Stufung" an dieses Konzept anzupassen.

Die in den BIBB-Curricula entwickelten Lernfelder für den schulischen Teil der Ausbildung sind das Ergebnis der aus berufspädagogischer Sicht notwendigen kritischen Auseinandersetzung mit der Realität der so genannten „Themenbereiche" in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege. Als solche sind und bleiben zunächst „Konstrukte",[5] die vor der Umsetzung in einen schulischen Ausbildungsunterricht erst an der zweiten Realität der Ausbildungsphasen in den Einsatzgebieten angepasst werden müssen – oder umgekehrt: Das würde bedeuten, dass die Umstellung auf die lernfeldstrukturierte Ausbildung im Land oder auch nur in der unmittelbaren Kooperation zwischen Schule und

4 Bei den 2004 in Kraft getretenen neuen industriellen Metallberufen „(…) wird aus Sicht der Berufsschule die direkte zeitliche und thematisch-inhaltliche Anbindung des schulischen Rahmenlehrplans an die Gegenständer der jeweils umgebenden praktischen Ausbildung als großer Schritt zur Minderung von Abstimmungsschwierigkeiten zwischen Schule und Betrieb" herausgehoben. Vgl. DIEBOLD, W.: Die Rahmenlehrpläne der neuen Metallberufe – Herausforderung und Chance für die berufsbildenden Schulen. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 4/2004, S. 14 - 17. Allerdings wird in diesem Zusammenhang auch zu diskutieren sein, welche Effekte das von DIEBOLD vertretene Idealbild einer sachidentischen Spiegelung der Gegenstände der praktischen Ausbildung im Rahmenlehrplan der schulischen Ausbildung auf die Rolle der Berufsschule und des berufsschulischen Lernens im gesamten Ausbildungsgeschehen haben kann: Ist diese Position im Rahmen des ohnehin eingeschränkten Anteils berufsschulischer Ausbildung eine „realistische Wende" und Besinnung auf das in 1,5 Schultagen pro Woche Machbare – oder ist sie als „Kapitulation" des schulischen (Berufs-) Bildungsgedankens vor der Realität betrieblicher Qualifikationsinteressen zu werten?

5 Als „Konstrukte" werden Lernfelder und Ausbildungsrahmenplanpositionen der BIBB-Curricula im Verlauf der Umsetzung selbstverständlich einer kritischen Revision unterzogen. Sie bezieht sich sowohl auf die Verfassung der Lernfelder selbst als auch auf die in ihnen abgebildeten taxonomischen Niveaus, die Inhalte und die Kommunikationstauglichkeit der Sprache.

Abbildung 1: Ideale Struktur von schulischer und praktischer Ausbildung



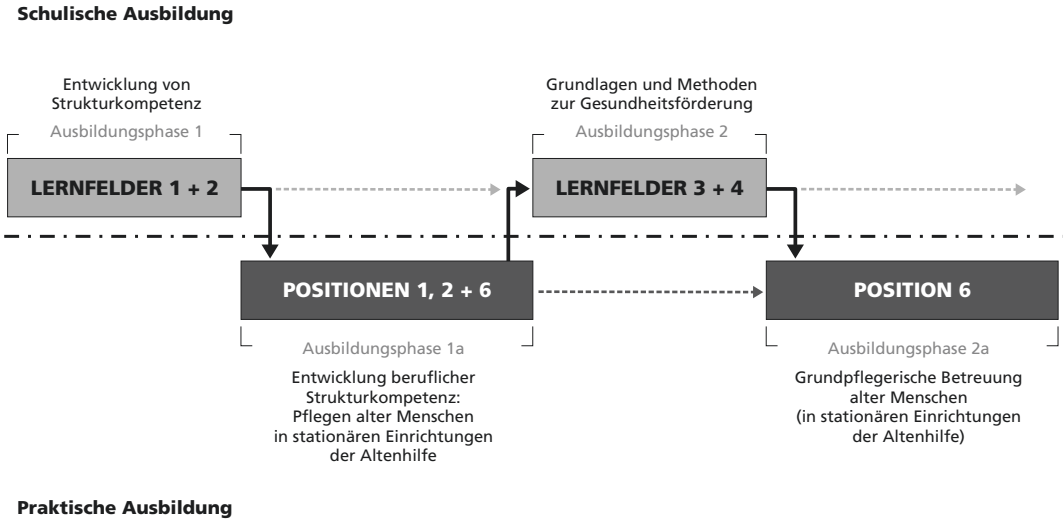
praktischen Ausbildungsstätten zum Anlass genommen würde, um die Anzahl und die Dauer der Ausbildungsphasen auf die Vorgaben der Lernfelder umzustellen.

In allen Fällen des Einsatzes der lernfeldorientierten BIBB-Curricula – aber auch in den meisten anderen Fällen der Anwendung von „Lernfeldcurricula" für die Berufe in der Alten- und Krankenpflege – haben sich allerdings die traditionell angewendeten Strukturen der Ausbildungszeitorganisation gegenüber den neuen Lernfeldmustern durchgesetzt. Das heißt, dass Anzahl und Inhalte der Lernfelder pro Ausbildungsjahr an die Anzahl der (schulischen) Ausbildungsphasen angepasst werden mussten und müssen. Für dieses „Homogenisierungsverfahren", das in jedem Fall angewendet werden muss, wenn es nicht mehr um fächerorientierten und fachsystematisch aufgebauten Ausbildungsunterricht geht, gibt es eine einfache und eine etwas komplexere Lösung:

- „Einfach" kann die Anpassung grundsätzlich dadurch gelöst werden, dass Lernfelder, die in ihrer Dauer die tatsächlichen Ausbildungsphasen über- oder unterschreiten, an möglichst sinnvollen Schnittstellen geteilt oder nach dem Kriterium größtmöglicher Plausibilität zusammengefasst werden. Dies ist jedoch kein Verfahren, das auf simple Rechenoperationen reduziert werden könnte, mit deren Hilfe die Zeitvorgaben der Lernfelder auf die tatsächlich pro Ausbildungsphase zur Verfügung stehenden Unterrichtsstunden verteilt werden. Schwierig wird die scheinbar einfache Anpassungslösung jedoch dadurch, dass die in den Lernfeldern enthaltenen beruflichen Qualifikationsziele („Die Schülerinnen und Schüler beherrschen …") – und dies unterscheidet sie vom fächerbezogenen „Unterrichtsstoff" – nicht ohne weiteres teilbar sind und umgeschichtet werden können: Sie sind insgesamt auf die Erschließung des beruflichen Lernfeldes gerichtet und repräsentieren als Gesamtheit die Komplexität des für kompetentes berufliches Handeln erforderlichen Begründungswissens.

- Die komplexere, aber letztlich für die unterrichtliche Erschließung beruflich relevanter Qualifikationen lohnendere Anpassungsvariante für alle diejenigen Fälle, in denen die Anzahl von Lernfeldern (oder „Themenbereichen" oder anderen curricularen Einheiten) und die Anzahl von Ausbildungsphasen nicht identisch sind, ist der Ersatz von Lernfeldern durch die Definition neuer Zieldimensionen oder, um es etwas altmodisch zu bezeichnen, „sinngebender Einheiten" für jede Ausbildungsphase. Im Verlauf der Implementation der BIBB-Curricula für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege haben wir hierfür den Arbeitsbegriff „Motto" gewählt, der in mehrfacher Hinsicht die Leistungsansprüche an die Ausbildungsphasen in einer lernfeldorientierten (schulischen) Berufsausbildung zusammenfasst (vgl. Abbildung 2):

Abbildung 2: Mottos als Strukturierungshilfe der Ausbildung



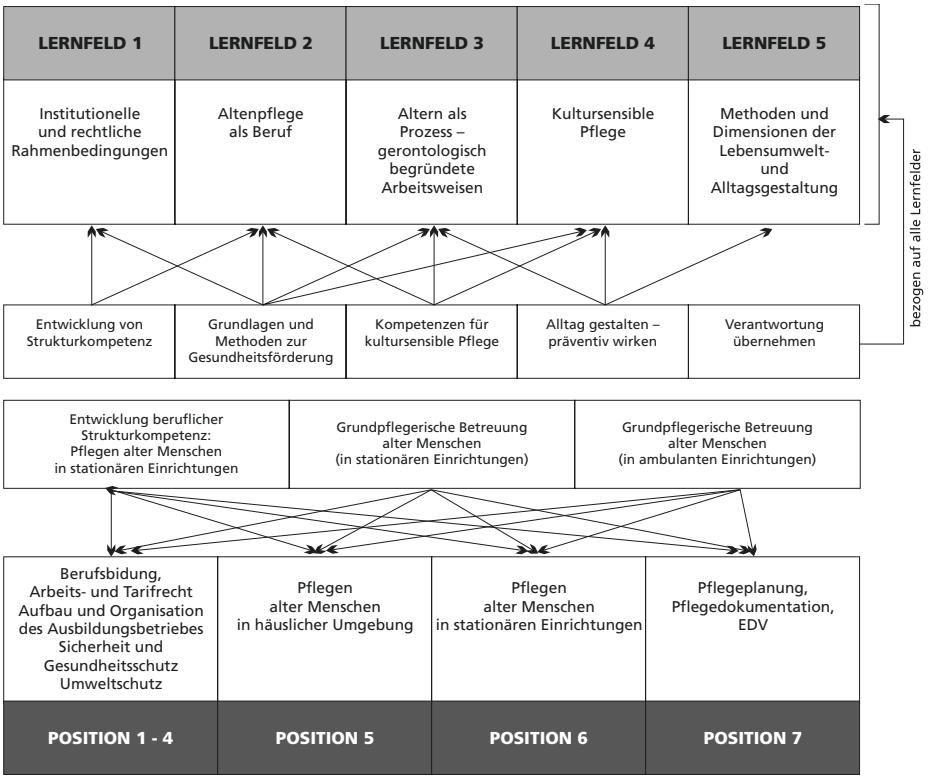
– Da, wo Lernfelder zusammengefasst oder geteilt werden, werden komplexe berufliche Kompetenzbündel aufgeschnürt: Die ursprüngliche Bezeichnung gilt nicht mehr oder nur noch eingeschränkt; gleichzeitig ist das, was im Verlauf der Ausbildungsphase vom Ausbildungsunterricht geleistet werden soll, mehr als die Summe der Lernziele, die neu zusammengesetzt werden. Um eine möglichst zielgenaue Orientierung von Mitwirkenden (Lernende, Lehrende) und Unterrichtseinheiten (Themen, Lernsituationen, Inhalte, Methoden) am Leistungsziel einer Ausbildungsphase zu ermöglichen, sollte für jede angepasste Ausbildungsphase ein geeignetes „Motto" definiert werden.

– Die Definition eines „Mottos" hat nicht nur konzeptionelle, unterrichtsstrukturierende Bedeutung. „Mottos" als definitorischer Ersatz für die (schul-) organisatorisch erzwungene Auflösung von Lernfeldern bieten aus der Perspektive aller an der Ausbildung Beteiligten – Auszubildende, Lehrkräfte, Praxisanleiter und Mentoren – wichtige Orientierungspunkte und Kommunikationshilfen, worum es in der Ausbildung und konkret im Unterricht in der jeweiligen Ausbildungsphase gehen soll: Den Auszubildenden wird nicht nur eine Orientierungs- und Strukturierungshilfe für den eigenen Lernprozess gegeben. Mit „Mottos" erhalten sie gleichzeitig auch ein einfaches Prüfmittel, mit dessen Hilfe sie im konkreten Fall den dargebotenen Stoff sowie Unterrichtsinhalte und -methoden auf Plausibilität und Leistungsfähigkeit für das Erreichen des Qualifikationszieles am Ende der jeweiligen Ausbildungsphase befragen können. Lehrkräften wird die fächerübergreifende thematische Gliederung, die Entwicklung von Lernsituationen und die konkrete, fächerunabhängige Unterrichtsplanung erleichtert. Und schließlich vereinfacht die Definition von Mottos die Absprache zwischen ausbildender Schule und praktischen Ausbildungsstätten bei der Bestimmung von abgestimmten Ausbildungsaufgaben.

Konkret ergab sich beispielsweise bei der Planung des ersten Ausbildungsjahres für die Altenpflege die didaktische Überlegung, die Lernfelder 1 („Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen") und 2 („Altenpflege als Beruf") in einer Ausbildungsphase zusammenzulegen.

Gleichzeitig sollte am Ende des ersten Ausbildungsjahres sowohl für diejenigen, die ihre Ausbildung als Altenpflegehelfer/innen abschließen würden, als auch zur Präzisierung des Übergangs

Abbildung 3: Sequenzierung der schulischen und praktischen Ausbildung im ersten Ausbildungsjahr (Beispiel: Altenpflege)



auf ein neues Niveau berufsförmiger Pflege eine neu zu bezeichnende vierwöchige Ausbildungsphase eingefügt werden. Im Ergebnis haben wir uns dazu entschieden, die erste (aus den Lernfeldern 1 und 2 zusammengefasste) Ausbildungsphase mit dem Motto „Entwicklung von Strukturkompetenz" zu überschreiben. Die letzte Ausbildungsphase, in der die Schlüsselkompetenzen für berufliches Arbeiten von Altenpfleghelfern/innen auf dem Gebiet der so genannten „grundpflegerischen Aufgabenstellungen" zusammengefasst werden sollten,[6] erhielt (zunächst als Arbeitsbezeichnung) das Motto „Verantwortung übernehmen". Für alle übrigen Ausbildungsphasen wurden weitgehend die Lernfeldbezeichnungen des BIBB-Curiculums als Mottos übernommen.

Daraus ergab sich für die Altenpflege (spiegelbildlich in der gemeinsamen Ausbildung auch für die Gesundheits- und Krankenpflege) eine insgesamt fünfgliedrige Sequenzierung des ersten Ausbildungsjahres, an die ebenfalls fünf Sequenzen für die praktische Ausbildung angefügt wurden (vgl. Abbildung 3). Im schulischen Teil der Ausbildung wurde jede dieser Sequenzen noch einmal thematisch untergliedert und mit entsprechend ausgearbeiteten Lernsituationen gefüllt. Die auf den ersten Blick vielleicht etwas aufwändig erscheinende thematisch-inhaltliche Strukturierung der Ausbildungsjahre darf nicht als dogmatisches berufspädagogisches l'art-pour- l'art missverstanden werden: Schon als Versuch, den einzelnen Ausbildungsphasen ein möglichst verständliches und kommunizierbares Ziel zu geben und damit der Ausbildung insgesamt – unabhängig von den gewählten Unterrichtsformen und -methoden – bei allen Beteiligten zu mehr Plastizität zu verhelfen, ist Grund genug für diese Anstrengungen. Dies gilt erst recht für alle diejenigen Fälle, in denen es nicht gelingt, den Ausbildungsunterricht aus dem Fachlehrerprinzip, der Fächerbindung und der Ausrichtung an abstrakten Fachsystemati-

6 Bei den hier so genannten „Schlüsselkompetenzen" handelt es sich um Lernzielextrakte (fast) aller Lernfelder des ersten Ausbildungsjahres, die in entsprechende Lernsituationen eingebettet wurden.

ken zu befreien und möglichst vollständig in arbeitsprozesstypische, dem Prinzip der exemplarischen Darbietung von Stoff und Wissen verpflichtete Lernsituationen zu überführen. Hier bieten Mottos und thematische Untergliederungen der Ausbildungsphasen für Lehrende und Lernende wichtige Orientierungshilfen zur sinngebenden Ordnung des Stoffs und stützen damit den individuellen beruflichen Lernprozess unmittelbar.[7]

Die Leistungsfähigkeit der **thematisch-inhaltlichen Strukturierung** der Ausbildungsphasen besteht jedoch nicht nur in der nach „innen", auf das Geschehen im Ausbildungsunterricht gerichteten sinngebenden Ordnung der schulischen Berufsbildung. Zur Innovation auf dem Gebiet der schulischen Berufsbildungsgänge wird sie immer dann, wenn es gelingt, auch die praktischen Ausbildungsphasen in eine vergleichbare und an die schulischen Ausbildungsleistungen anschlussfähige „sinngebende Struktur" einzupassen (vgl. Abbildung 2). Dann nämlich könnten die Qualifikationsprozesse der Ausbildung insgesamt nicht nur lernortspezifisch, sondern systemisch, über die Lernortgrenzen hinweg gestaltet und gesteuert werden. Eine solche gestaltende Steuerung der Berufsausbildung in den Berufen des Berufsbereichs Pflege wäre zweifelsohne auch ein nicht zu unterschätzender Beitrag zur Überwindung der bis heute beklagten „Theorie-Praxis-Differenz" der Ausbildung im schulischen Berufsbildungssystem.

Die an die Qualifikationsanforderungen des Berufs und die Anforderungen der Ausbildung angepasste **zeitliche Sequenzierung** der Ausbildungsphasen bleibt gegenüber der jederzeit und unter (fast) allen curricularen Voraussetzungen zu leistenden thematisch-inhaltlichen Strukturierung in der Berufsausbildung der Pflegeberufe ein gegenwärtig noch nicht zu erfüllender berufspädagogischer Traum. Der grundsätzlich nicht zu unterschätzende Vorteil des schulischen gegenüber dem dualen Berufsbildungssystems, mit höheren Anteilen schulischer Ausbildungszeiten eine flexible und anforderungsgerechte Aufteilung von schulischen und praktischen Ausbildungsphasen einsetzen zu können, um den komplexen Qualifikationsansprüchen im Berufsbereich Pflege zu entsprechen, wird leider in aller Regel nicht genutzt. Dem Plan, schulische und praktische Ausbildungsphasen in ihrer zeitlichen Dauer und in ihrer Abfolge (Sequenzen) den jeweiligen Qualifizierungsaufgaben anzupassen, stehen dabei im Wesentlichen verwaltungsbürokratische Regularien, schulorganisatorische Zwänge und betriebswirtschaftliche Interessenlagen vieler praktischer Ausbildungsstätten entgegen.[8] In der Folge werden bis heute Behelfs- oder Überbrückungslösungen eingesetzt – in der Krankenpflege beispielsweise Formen des „klinischen Unterrichts", der zum Beispiel lange Phasen schulischer Ausbildung durch Praxisübungsphasen ergänzen soll –, die jedoch lediglich Symptome curricularer Fehlsteuerungen erfassen (können), nicht aber deren Ursachen:

---

7 Grundsätzlich müsste diese systematisch beschreibende Gliederung der schulischen auch auf die praktische Ausbildung übertragen werden. Dies ist – bis auf sehr wenige Ausnahmen – in allen Anwendungsgebieten, in denen die BIBB-Curricula, die als bislang einzige Qualifikationsgegenstände, -inhalte und ziele sowie berufliche Kompetenzniveaus der praktischen Ausbildung definitiv beschreiben, eingesetzt werden, nicht gelungen. Die Gründe für diese berufspädagogische „Widerständigkeit" der Praxis sind relativ einfach zu beschreiben und sollen an anderer Stelle noch ausführlicher analysiert und diskutiert werden: [1] Es ist als klares historisches, soziales und systematisches Versäumnis der letztlich (in der Durchführung) in Länderverantwortung liegenden schulischen Berufsbildungssystems zu werten, den praktischen Teil der Berufsausbildung inhaltlich nicht verbindlich regeln zu wollen. [2] Demzufolge haben die praktischen Ausbildungsstätten ihren Teil der Ausbildung günstigstenfalls als „Anleitung", realiter überwiegend als Verpflichtung (der Schülerinnen und Schüler) zur Mitarbeit interpretiert; jede systematische Ausbildung stört aus dieser Perspektive die betriebswirtschaftliche Profitabilität der „Praktika". [3] In der Folge gibt es keine Tradition in der „berufspädagogischen Rekonstruktion" pflegerischer Berufsarbeit, die Arbeits- und Geschäftsprozesse auf dem Gebiet des berufsförmigen Pflegens in pädagogisch sinnvolle und nützliche Qualifikationseinheiten (Ausbildungsaufgaben) gegliedert hätte – ganz zu schweigen von Vorstellungen zur lernförderlichen Gestaltung der Arbeit. [4] Aus dieser defizitären Gesamtsituation ergibt sich geradezu zwangsläufig die grundlegende berufspädagogische Unterqualifikation von Praxisanleitern/innen und Mentoren/innen, die jede Anmutung zur systematischen Entwicklung von praktischen Ausbildungsplänen und aufgaben zur Überforderung werden lässt.

8 Und natürlich fehlt in den meisten Fällen neben dem schulischen Rahmenlehrplan ein Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung, aus dem aus Sicht der Berufsarbeit in der Pflege eine solche flexible Sequenzierung der Ausbildungszeiten plausibel gemacht werden könnte.

Ein Ausbildungsaufbau, der sich im Wesentlichen darauf verlässt, dass die ausbildende Schule nicht nur das für den Beruf erforderliche (Begründungs-) Wissen, sondern auch alle relevanten Arbeitstechniken und -verfahren vermittelt, so dass die euphemistisch als „Praktika" beschriebenen praktischen Ausbildungsphasen neben gelegentlicher handwerklicher Anleitung überwiegend der Mitarbeit dienen, ist nicht nur anachronistisch, sondern lässt auch die (wirtschaftlich bedeutsamen) Qualifikationsreserven der in den Betrieben der Gesundheitswirtschaft möglichen beruflichen Bildung weithin ungenutzt. Da praktische Ausbildung gerade auch unter den veränderten ökonomischen Bedingungen im gesamten Gesundheitsbereich nicht als Kosten- sondern an erster Stelle als bedeutsamer Investitionsfaktor für die Gestaltung (betriebs-) wirtschaftlicher Ausgangslagen unter Konkurrenzbedingungen am „Markt" betrachtet werden muss, gehört die bedarfsgerechte zeitliche Aufbau der Berufsausbildung an den Anfang der gewiss umfangreichen Agenda zur Verbesserung der Berufsausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege.

WOLFGANG BECKER

Lernsituationen – systematische Lernstruktur der beruflichen Bildung oder pädagogische Artefakte?

> *„Auf der Grundlage der Lernfelder werden Lernsituationen entwickelt. Mit der Lernfeldkonzeption ist im Sinne eines handlungsorientierten Unterrichts die Ausarbeitung komplexer Lehr-/Lernarrangements verbunden. In solchen Arrangements werden die kasuistischen Strukturen des Handlungsfeldes rekonstruiert, jedoch zum einen mit einer Bildungsabsicht und nicht als funktionale Vorbereitung auf Betriebsarbeit und zum anderen mit dem Anspruch, Fachwissen zu situieren. Ziel dieser Arrangements ist die Förderung transferfähigen Wissens, welches das Handeln der Lernsubjekte in potentiellen Handlungsfeldern der Praxis verbessert."*[1]

> *„Lernfelder sind allgemeine Vorgaben … Diese sind verbindlich und der Lehrer muss nun von den diesen Handlungsfeldern ausgehend … entscheiden, welche weitergehende inhaltliche Unterfütterung er vornimmt und wie er die Relevanz hierfür einschätzt."*[2]

Die Probleme der Lernfeldkonzeption für die schulische Berufsausbildung können nicht präziser dargestellt werden als mit diesen Zitatauszügen. Gleichzeitig sind sie auch ein gut nachvollziehbares Beispiel für eine zwischenzeitlich auch in der Literatur beklagte[3] „strukturelle Kurzsichtigkeit" dieses pädagogischen Innovationsansatzes. Während Aufbau, Begründung und Strukturen von Lernfeldern als (berufspädagogische) Makrostrukturen in höchster, häufig auch übertriebener theoretischer Raffinesse und argumentativer Differenzierung dargeboten werden, bilden Lernsituationen kaum mehr als das „peterum post" der „großen" Lernfelddiskussion: Lernsituationen sind das, was das Lehrerkollegium oder einzelne Fachlehrkräfte „in didaktischer Reflexion der beruflichen … Handlungssituationen"[4] aus den „allgemeinen Vorgaben" der Lernfelder machen (sollen).

Diese Form der Arbeitsteilung zwischen einer berufspädagogischer Makroebene, zuständig für das Große, Ganze, (berufs-)bildungspolitisch Relevante und Allgemeine auf der einen und einer berufspädagogischer Mikroebene auf der anderen Seite, zuständig für die berufliche Handlungskompetenz der „Lernsubjekte" sowie Relevanz, Transfer, Komplexität und Situiertheit des Wissens ist in ihrer Risikohaltigkeit nicht zu unterschätzen. Die Orientierung des Berufes an grö-

---

1 KREMER, H.; SLOANE, P.F.E.: Lernfelder – Motor didaktischer Innovationen? Kölner Zeitschrift für Wirtschaftspädagogik, Heft 26/1999, S. 37 - 60, zitiert nach ZÖLLER, A.: Ordnungsmittel in der dualen Berufsausbildung. In: MÜLLER, M.; ZÖLLER, A.: Arbeitshilfe für Rahmenlehrplanausschüsse, a. a. O., S. 9f

2 DIES., ebda., S. 11

3 Vgl. u.a. PÄTZOLD, G.: Lernfeldcurricula und Lernsituationen – Entwicklung und Erprobung, a. a. O., insbesondere S. 109ff; auch: DREES, G.; PÄTZOLD, G.: Lernfelder und Lernsituationen. Realisierungsstrategien in Berufskollegs. Dortmund 2002.

4 BADER, R.: Entwicklung von Rahmenlehrplänen nach dem Lernfeldkonzept. In: MÜLLER, M.; ZÖLLER, A. (Hrsg.): Arbeitshilfe für Rahmenlehrplanausschüsse, a. a. O., S. 26

ßeren, fächerübergreifenden Qualifikationszusammenhängen und Wissen in beruflich relevanten Arbeitsprozessstrukturen, die Ausrichtung des schulischen Lernens an definierten Qualifikationszielen und mindestens zu erreichenden beruflichen Handlungskompetenzen liefert mit den Lernfeldern ein Grundgerüst, das den Beruf in seinen Anforderungs- und seinen Leistungsdimensionen klar und mit Anspruch auf Vergleichbarkeit der Ausbildungsabläufe und Ausbildungsinhalte konturiert. Struktur und Systematik der Lernfelder erfordern jedoch einen hieran konkret anschlussfähigen Aufbau von Lernsituationen, die am Beispiel berufs- und einsatzgebietstypischer Arbeitsprozesse mehr oder weniger stark gebündelte Teile des Arbeitsprozesses (vgl. Abbildung 7, S. 102) als Strukturraster des beruflichen Qualifikationserwerbs nutzen. Nur so kann ein über die einzelnen Ausbildungsstätten hinaus vergleichbares (wenn auch nie „einheitliches") Qualifikations- und Leistungsprofil der Ausbildungsberufe erreicht werden.

Die Freistellung der Lernfelder für eine mehr oder weniger beliebige Inspirations- und Interpretationsleistung von Lehrkräften handelt demhingegen mit der Hoffnung, dass das Erreichen definierter Ziele (niedergelegt in den Lernzielen der Lernfelder) die entscheidende Leistung des Ausbildungsunterrichts sei – der dabei einzuschlagende Weg bleibt grundsätzlich entscheidungsoffen und in die Kompetenz der zuständigen Pädagogen gelegt. Dabei wird in Kauf genommen – und dies muss als berufspädagogisch-formatives Risiko erkannt werden –, dass „offene" Lernweg-Entscheidungen das Profil des Berufes in erheblichem Umfang partikularisieren und diffundieren können, so dass am Ende zwar unter Beweis gestellt werden kann, wozu die Lernenden in der Lage sind, nicht aber in der wünschenswerten Eindeutigkeit, worauf sie sich beim Einsatz der erworbenen Kompetenzen stützen.

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass berufspädagogisch einschlägig qualifizierte Lehrkräfte die Einsatzgebiete und Arbeitsprozesse des Berufs mit ihren prägenden Handlungs- und Qualifikationsanforderungen kennen und die daraus abzuleitenden Lehr-/Lernarrangements für den schulischen Ausbildungsunterricht in organisatorischer, methodischer und fach-inhaltlicher Hinsicht beherrschen. Auf dem Gebiet der betrieblichen Berufsausbildung ist diese didaktische Strukturkompetenz neben der Möglichkeit, auf die immer zuerst entwickelten betrieblich-praktischen Ausbildungsinhalte zurückgreifen zu können, die einzig denkbare Grundlage für die Arbeitsteilung zwischen Lernfeldentwicklern (Rahmenlehrplanausschüsse) und Lernfeldanwendern und Entwicklern von Lernsituationen (Berufsschulen, Berufsschullehrkräfte).

Auf dem Gebiet der Berufsausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege können genau diese selbstverständlichen Grundlagen berufspädagogischer Kompetenz nicht (Erarbeitung des Ausbildungsrahmenplans **vor** der Lernfeldentwicklung), im Hinblick auf die didaktische Strukturkompetenz der Lehrkräfte nicht ohne erhebliche Zweifel vorausgesetzt werden. Wie die Implementation der Ausbildungsgänge nach den neuen Berufsgesetzen in der Alten- und Krankenpflege dort, wo sie öffentlich zugänglich dokumentiert sind, sehr deutlich unter Beweis stellen,[5] führt die weit verbreitete „freie" Interpretation der Lernfeld-Vorgaben und ihre Übertragung in Unterrichtseinheiten oder Lernsituationen selbst bei gleichen Lernzielen zu so unterschiedlichen Lernwegen und Lerninhalten, dass für den schulischen Teil der Ausbildung eine ausbildungsstättenübergreifende Vergleichbarkeit des beruflichen Lernens nicht mehr gewährleistet ist:

Der Ausbildungsunterricht für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege – dies kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt grundsätzlich festgehalten werden – bedient unter solchen Voraussetzungen nicht mehr das mit Anspruch auf Vergleichbarkeit der Qualifikationen ausgestat-

5 In der Dokumentation des BIBB werden gegenwärtig – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – 34 in Ablauf und Inhalten dokumentierte, wenigstens aber in ihrer Rahmenstruktur beschriebene „Ausbildungsprojekte" geführt. Einen einigermaßen aktuellen Überblick über aktuelle Ausbildungsaktivitäten liefert die vom Verlag Fachbuch Richter (Münster) verantwortete Dokumentation der „10. Werkstatt für die Pflege" am 1./2. März 2005.

tete „soziale Konstrukt" Beruf, sondern zeigt sich nur noch als Patchwork pädagogisch-pflegerischer Einfälle, als „Artefakt".

Um die Vergleichbarkeit der Ausbildung in der Alten- und der Gesundheits- und Krankenpflege zwischen den einzelnen Ausbildungsstandorten nach Möglichkeit zu sichern, die Tragfähigkeit des „integrierten" Ausbildungskonzeptes zu erproben (Brandenburg) und die Arbeitsprozessorientierung des gesamten Ausbildungsgeschehens bis in die Gestaltung des Ausbildungsunterrichts hinein zu verankern, haben wir uns entschieden, die schulische Ausbildung für beide Berufe vollständig mit beispielhaft entwickelten, systematisch aufeinander aufbauenden Lernsituationen zu unterlegen (vgl. auch Band 2, Kapitel „Die Lernsituationen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege", dort ab S. 57). Diese Entscheidung war zunächst „operativ" begründet und sollte in erster Linie der Einführung, Einhaltung und Sicherung von „dualen" Ausbildungsstandards auf dem Gebiet der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege dienen, die ohne solche Musterentwicklungen nur schwer oder zufällig zu realisieren gewesen wäre.

Im Verlauf der Umsetzung der schulischen Berufsausbildung zunächst in der Altenpflege (ab 2002), später im Rahmen der integrierten Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften (ab 2003) sowie seit 2004 im Zusammenhang mit der Umsetzung des BIBB-Curriculums für die Gesundheits- und Krankenpflege an einer Reihe weiterer Ausbildungsstandorte in Deutschland erhielt die systematische Entwicklung von Lernsituationen neben der operativen Unterstützung des lernfeldorientierten Ausbildungsunterrichts zunehmend grundsätzlichen und – im Hinblick auf die Begründung unterrichtswirksamer Entscheidungen zu Inhalten und Methoden – theoriebildenden Charakter. Die Erweiterung des ursprünglich rein pragmatisch gedachten Entwicklungskonzeptes ins Grundsätzliche hat im Wesentlichen drei Gründe:

- Die erheblichen begrifflichen und konzeptionellen Unschärfen, mit denen „Lernsituationen" auf dem Gebiet der Pflegepädagogik belegt sind;
- die bürokratisch-ideologischen Transformationen, denen das Lernfeldkonzept und seine Umsetzung in Lernsituationen durch die für die Ausbildung zuständigen Behörden der Bundesländer unterzogen wird sowie
- die Feststellung, dass die „Dualisierung" des Ausbildungsunterrichts, seine Orientierung an Lernfeldern und seine Gestaltung nach Lernsituationen nicht nur durch eine Veränderung der „pädagogischen Beschlusslage" der ausbildenden Lehrkräfte herzustellen ist, sondern gleichzeitig auch tief greifende Veränderungen der Schulorganisation und Schulverfassung erforderlich macht.

Lernsituation = Fallbeispiel? = Pflegesituation?

Mit der Einführung der neuen Berufsgesetze für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege beginnt in weiten Teilen der so genannten „Pflegepädagogik" die bis heute nicht abebbende Diskussion um die Lernfeldorientierung des schulischen Teils der Ausbildung, die dafür geeigneten Theorien und Konzepte sowie die Nutzung von Lernsituationen für den Ausbildungsunterricht. Diese im Wesentlichen durch die im Altenpflegegesetz (nicht korrekt) genutzten Begriffe angestoßene Entwicklung traf Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik offenbar weitgehend unvorbereitet, wie an der Spannbreite der Meinungen und den bis heute publizierten Fachbeiträgen gut nachvollzogen werden kann:

Zu Beginn der Umsetzung der Altenpflegeausbildung nach dem BIBB-Curriculum wurde unter Rückgriff auf damals nur mündlich verbreitete Informationen aus einem von der Robert-Bosch-Stiftung unterstützten Modellversuch vielfach davon ausgegangen, dass Lernsituatio-

nen mit der (längst bekannten) unterrichtlichen Nutzung von Fallbeispielen gleichzusetzen seien. Seit Einführung des neuen Krankenpflegegesetzes mehren sich auch schriftlich verbreitete Vermutungen, dass Lernsituationen mit „Pflegesituationen" gleichzusetzen seien, die im Unterricht auf der Grundlage von Fallbeispielen präsentiert werden sollen.[6] Schließlich wurde noch im Herbst 2004 auf einer Fortbildungsveranstaltung für Lehrkräfte, die in Rahmenlehrplankommissionen verschiedener Bundesländer die Umsetzung des neuen Krankenpflegegesetzes vorbereiten sollten, die Mutmaßung geäußert, bei „Lernsituationen" gehe es um „Situationen, in denen die Schüler lernen".

Diese drei willkürlich herausgegriffenen Beispiele unterlegen deutlich, dass die lakonische Definition der Berufspädagogik, Lernsituationen sollten Lernfelder „konkretisieren" und sich dabei auf berufliche „Handlungssituationen" beziehen, auf dem Gebiet der Berufsausbildung für die Berufe der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nicht ohne Weiteres anschlussfähig ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig und sollen an dieser Stelle in ihren wichtigsten Facetten kurz gestreift werden:

- Die mit den neuen Berufsgesetzen in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege begonnenen und mit der Umsetzung der BIBB-Curricula fortgesetzten Diskussionen über Lernfeld- und Arbeitsprozessorientierung der schulischen Ausbildung verlässt mit der Entwicklung und dem Einsatz von Lernsituationen die Abstraktion theoretischer Überlegungen. Die Anmutung, den Ausbildungsunterricht zukünftig in Form von Lernsituationen zu gestalten, greift tief in die bei jedem Ausbildungsträger, in jeder Alten- und Krankenpflegeschule mehr oder weniger nachhaltig gewahrten Traditionen der fach- und fächerzentrierten „Schulausbildung" im Berufsbereich Pflege ein. Hierzu gehören an prominenter Stelle auch die (Fach-) Qualifikationen und das sich aus ihnen ableitende Selbstverständnis der Lehrkräfte als „Fach-Lehrer", die beide nicht auf einfachem Wege durch die Veränderung pädagogischer Stichwörter entwertet werden können. Denn der Einsatz von Lernsituationen bedeutet in letzter Konsequenz die Auflösung des in Fächer geteilten Unterrichts: Gefragt wird – in vereinfachter Zuspitzung – nicht mehr, wie viele Stunden der Fächer Anatomie und/oder Physiologie notwendig sind, um menschliche Gesundheits- oder Erkrankungszustände (möglichst umfassend) erfassen und auf sie reagieren zu können, sondern welche Qualifikationen erforderlich sind, um berufstypische Anforderungen im Hinblick auf Planung, Begründung, Organisation, Methodik und Bewertung berufstypischer Arbeitsprozesse bewältigen zu können und welche Fachinhalte zu diesem Zweck exemplarisch herangezogen werden sollten.

  In solchen Situationen des drohenden beruflichen Rollenverlustes durch (berufs-) pädagogische Neuerungen kam es in allen uns bekannten Fällen der Umsetzung lernfeldorientierter Ausbildungskonzepte für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege (und natürlich auch bei der Implementation der BIBB-Curricula) bei der Planung von Lernsituationen in den Lehrkräftekollegien zunächst zu so genannten „Abwehrreflexen". Sie reichten von der Fortführung des traditionellen Unterrichts unter neuem Namen über die Erfindung von unterrichtlichen Mischformen bis zur trotzigen Frage: Mit „Fallbeispielen" habe man schon immer gearbeitet und insofern auch schon Ansatzpunkte zur Auflösung der Fächerunterrichts entwickelt – was sei eigentlich „neu" an Lernsituationen?

  Was also ist neu an Lernsituationen? Im Verlauf der Umsetzung der BIBB-Curricula und in Beratung einer Reihe weiterer Ausbildungszentren haben wir angesichts solcher Reaktio-

6 Vgl. KERNGRUPPE CURRICULUM (Hrsg.): Das Stuttgarter Modell – Integrative Pflegeausbildung. Stuttgart 2003. Die Lernsituation „Selbstpflegekompetenz in Anleitungssituationen einschätzen und nutzen" wird als Aufgaben- und Problemstellung in einer so genannten „Pflegesituation" präsentiert, die vermutlich auf einem Fallbeispiel beruht. Zitiert nach SPÜRK, D. u. a.: Lernsituationen in der Gesundheits- und Krankenpflege. In: PrInterNet 2/2005, S. 90.

nen und Fragen eine Reihe von „experimentellen Definitionen" zu Lernsituationen entwickelt, die grundsätzlich auf die Erforschung der Möglichkeiten dieses Qualifizierungskonzeptes – und natürlich auch der Entwicklung von Neugier auf ihre Umsetzung angelegt sind. Sie sind offener und weiter angelegt als die auf die Regeln des dualen Systems bezogenen Normen der KMK-Empfehlungen und unterliegen prinzipiell dem Vorbehalt ihrer Bewährung bei der Ausgestaltung des Ausbildungsunterrichts.[7]

Die erste und allgemeinste dieser experimentellen Definitionen lautet:

> *Lernsituationen sind möglichst komplex arrangierte, pädagogisch „gerahmte" und in ihrer Struktur arbeitsprozessorientierte Lern- und Erfahrungsräume, deren zeitliche und (fach-) inhaltliche Dimensionen, theoretische und / oder praktische Akzentuierung allein den berufstypischen und einsatzgebietsüblichen Anforderungen und Rahmenbedingungen bei der Aufgabenbewältigung unterliegt.*

Neu ist also der entwicklungsleitende Bezug von Lernsituationen auf solche beruflichen Arbeitsprozesse, die den Beruf und das Leistungsprofil der Berufsangehörigen maßgeblich und beispielhaft prägen. Probleme bereitete es bei der Implementation der Lernsituationen, dass die den Beruf konstituierenden Arbeitsprozesse bis zur Entwicklung der BIBB-Curricula weder analysiert noch beschrieben waren. Das hatte dazu geführt, dass im traditionellen Ausbildungsunterricht so genannte „Praxissituationen" unter Nutzung möglichst komplexer Fallbeispiele immer wieder „theoretisch" (aus Sicht der Schule und der Fächer) neu erfunden wurden.

Die für Beruf und Ausbildung relevanten Arbeits- und Geschäftsprozesse sind seit Entwicklung der BIBB-Curricula analysiert und beschrieben. Die damit verbundene empirisch gestützte Objektivierung und Rationalisierung ausbildungsrelevanter beruflicher Arbeitsformen und Arbeitsanforderungen beinhaltete jedoch gleichzeitig auch eine schleichende Entwertung der oftmals sehr phantasiereichen und manches Mal nur noch zufällig realitätskonformen Fallbeispiel-„Erfindungen"[8] aus Kreisen der Pflegelehrkräfte, die mit dem Einsatz der neuen Curricula nicht mehr genutzt werden sollten. Dieser Widerstreit zwischen neutraler, auf die Vergleichbarkeit von Ausbildungsprozessen angelegter Analyse und teils sehr subjektiv geprägten Unterrichtswelten in den Schulen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege hat die Umsetzung der neuen Ausbildungen mehr als zu Beginn vermutet beeinflusst.

Diese Fremdheitserfahrungen zwischen Berufspädagogik und Pflegeunterricht wurden zusätzlich durch ein offenbar tief verankertes Misstrauen unter pflegeerfahrenen Lehrkräften gegenüber „berufsfremden" Analysen des (ehemals eigenen!) pflegerischen beruflichen Handelns befördert: Zwar sind den Lehrkräften eine Vielzahl von Tätigkeiten und (Pflege-) Situationen bekannt, die den beruflichen Alltag in der Alten- und Krankenpflege prägen, aber deren systematische Verbindungslinien zu wirtschaftlich definierten Dienstleistungs- und/oder ergebnisorientierten Arbeitsprozessen sind aus einer gewissen berufsethischen Fehlsteuerung heraus (beispeilhaft: Primäre Orientierung allen Handelns am Wohlergehen der Pflegebedürftigen; Ableitung des Wohlergehens aus den so ge-

7 „Nützlichkeit" und Grenzwertigkeit solcher definitorischer Brückenschläge zwischen Tradition und Innovation werden im Rahmen der integrierten Ausbildung von Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegekräften in Brandenburg evaluiert.

8 In einem Fall der Altenpflegeausbildung nach dem BIBB-Curriculum ist eine Schule beispielsweise dazu übergegangen, anstelle von Lernsituationen in gewissen Abständen ein über die gesamte Ausbildungszeit fortgeschriebenes und jeweils auf die aktuellen Lernfelder angepasstes Fallbeispiel zu nutzen: Es beginnt mit basaler häuslicher Unterstützungsbedürftigkeit eines alten Ehepaares und endet im dritten Ausbildungsjahr mit der Begleitung des Sterbens eines der Ehepartner.

nannten „Aktivitäten und Ereignissen des Lebens" [AEDL] ...) nicht, wenigstens aber nicht zureichend zur Kenntnis genommen worden. Das Patchwork aus unterrichtlich genutzten Fallbeispielen und „Pflegesituationen",[9] wie es den traditionellen Unterricht an Pflegeschulen dominiert, ist demgegenüber nur über theoretisch-normativ konstruierte Gesundheits- oder Krankheitsdefinitionen (Was sind die Symptome von ...?) oder ebenso definitive pflegerische Interaktionsgebote (Was macht man bei ...?) miteinander verbunden. Aus arbeitsanalytischer Sicht sind diese situativen Behelfskonstrukte nur im Rahmen einer arbeitsprozessorientierten Ausbildung und entsprechend aufgebauten Lernsituationen qualifizierungstauglich, nicht aber als (selbst-) tragende Säulen der beruflichen Bildung: Pflegesituationen entstehen danach nicht aus dem abstrakten Aufeinandertreffen aus Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit und Pflegekompetenz, sondern sind in Entstehen, Verlauf und Wirksamkeit eingebettet in Strukturen und Rahmenbedingungen des beruflichen Einsatzgebietes, die in Planung, Begründung, methodischer Herangehensweise und Evaluation beruflichen Handelns berücksichtigt werden müssen.

Diese sehr unterschiedlichen Blickwinkel auf die Konzeption von ausbildungstauglichen Lernsituationen haben die Entwicklung des Ausbildungsunterrichts bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nachhaltig beeinflusst und im Umsetzungsprozess der BIBB-Curricula zu einer zweiten „experimentellen" Definition des Innovationscharakters von Lernsituationen geführt:

> *Lernsituationen (als Elemente des Ausbildungsunterrichts) sind Möglichkeiten, die Strukturen beruflichen Wissens und Handelns kennen zu lernen und zu analysieren, um daraus (konkrete) berufstypische Arbeitsschritte in Planung, Begründung, Methode, Kooperation (Verfahren), Zielstellung und Wirksamkeitsüberprüfung abzuleiten.*

Neu ist also an Lernsituationen, dass sie die den Beruf in Wissen und Handeln prägenden Strukturen thematisieren und jede berufliche Intervention (Tätigkeit) in Zielstellung, Begründung, Methodik, Verfahren und Evaluation systematisch auf diese Strukturen beziehen.

Lernsituationen sind jedoch nicht nur ein Gradmesser des Innovationsbedarfs in der Berufsausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege, sondern spiegeln darüber hinaus auch ein grundlegendes Problem der „Pflegeberufe" im Berufesystem: Die bis heute auf den Gebieten der Pflegewissenschaften und Pflegepädagogik vernachlässigte (sozialwissenschaftliche) Dimension der Arbeits- und Anforderungsanalysen als Grundlage beruflicher Qualifikationsstrategien hat – frei nach Axmachers „Heimatverlusthypothese" für Krankenpflege als Beruf[10] – zu einer tief reichenden und beharrlich praktizierten „Strukturblindheit" in den Ausbildungen für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege geführt, die im Befund nicht unmaßgeblich an der hybriden systemischen Isolation der „Pflege" im deutschen Berufe- und Bildungssystem beteiligt ist.[11]

---

9 SPÜRK, D. u. a. beschreiben beispielsweise den Ausbildungsunterricht in der Gesundheits- und Krankenpflege als Form von „Wunschzielen der Lehrenden an Inhalte" (a. a. O., S. 87) und definieren: „Lernsituationen stellen grundsätzlich immer eine didaktisch-methodisch begründbare Auswahl aus Beschreibungen von konkret erlebten (sic! W.B.) Arbeitssituationen dar." (a. a. O., S. 90).

10 Vgl. AXMACHER, D.: Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: RABE-KLEBERG, U.; KRÜGER, H.; KARSTEN, M.; BALS, T. (Hrsg.): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld 1991.

11 Vgl. hierzu exemplarisch nochmals SPÜRK, D. u. a.: Lernsituationen in der Gesundheits- und Krankenpflege, a. a. O., S. 87, die lapidar und ohne weitere Begründungen feststellen, dass „das Prinzip der Lernsituation … im Berufsfeld Pflege als personenbezogenem Dienstleistungsbereich nicht einfach aus dem Bereich der technischen Berufe übertragen werden (kann), sondern … einer eigenständigen didaktisch-methodischen Begründung (bedarf)."

Lernsituation = Fach mit Lernfeldcharakter?

> „*Lernsituationen* sind curriculare Strukturelemente der Lernfeldkonzeption. Sie gestalten die *Lernfelder* für den schulischen Lernprozess aus. … Sie haben für das Lernen im Lernfeld exemplarischen Charakter, indem sie Zielformulierungen und Inhalte aus den Lernfeldern vor dem Hintergrund der *beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsabläufe* aufnehmen und für die unterrichtliche Umsetzung didaktisch und methodisch aufbereiten. Insgesamt orientieren sich Lernsituationen am *Erwerb umfassender beruflicher Handlungskompetenz* und beachten die Entwicklung möglichst aller Kompetenzdimensionen."[12]

Diese zusammenfassende Einordnung des Begriffs der Lernsituationen für Mitglieder der beruflichen Rahmenlehrplanausschüsse der Bundesländer fasst alle für einen modernen Ausbildungsunterricht zu beachtenden Schlüsselpositionen zusammen: Lernfelder, Lernsituationen, berufliche Arbeitsprozesse und umfassende berufliche Handlungskompetenzen bilden für den beruflichen Qualifizierungsprozess eine systematische Einheit. Eine Störung oder gar Unterbrechung dieser systematischen Bildungsstruktur hätte erhebliche Konsequenzen auf die Qualität der Entwicklung beruflicher Kompetenzen.

Diese einfach nachzuvollziehenden Zusammenhänge für eine anforderungsgerechte Berufsausbildung werden in den Berufsgesetzen (Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen) für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege entweder nicht beachtet – oder nachträglich durch nicht selten (schul-) bürokratisch geleitete Durchführungsbestimmungen in den Bundesländern wieder zerstört. Die dadurch entstehende Unsicherheit auf Seiten ausbildender Lehrkräfte, was unter Lernsituationen zu verstehen und wie sie in einen lernfeldorientierten Ausbildungsunterricht zu integrieren seien, hat die Umsetzung der neuen Ausbildungen lange Zeit zum Teil erheblich beeinträchtigt. Dabei waren insbesondere die beiden nachfolgenden Faktoren ausschlaggebend:

- Weder das Altenpflegegesetz noch das Krankenpflegegesetz liefern schlüssige und/oder nachvollziehbare Lernfeldkonzepte, die als Folie für die Entwicklung von Lernsituationen als Grundlage des Ausbildungsunterrichts tauglich wären: Das Altenpflegegesetz bezeichnet die in Anlage 1 zu § 1, Absatz 1 in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung niedergelegten Ausbildungsbereiche „Lernfelder"[13], obwohl sie den von der KMK festgelegten Kriterien für Lernfelder bei weitem nicht entsprechen – insbesondere aber den notwendigen Bezug zu den Zielen und Inhalten der praktischen Berufsausbildung (Arbeitsprozessorientierung beruflichen Handelns!) nicht einlösen können. Das Krankenpflegegesetz vermeidet im Gegensatz zum Berufsgesetz für die Altenpflege den Lernfeldbegriff grundsätzlich und führt statt dessen den in der Berufspädagogik in dieser Form nicht belegten Begriff des „Themenbereichs" ein, der aber aufgrund der ebenfalls fehlenden Ausbildungsinhalte für die praktische Ausbildung nur äußerst schwer in beruflichen Lernsituationen zu operationalisieren ist. In beiden Ausbildungen hängen also Lernsituationskonzepte, sofern sie sich primär auf die Rahmenvorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verlassen wollen, buchstäblich in der Luft:

  „Umfassende berufliche Handlungskompetenz" als Ausbildungsziel kann ohne gesicherte Bezüge auf ein Lernfeldkonzept, dessen Koordinaten auf berufstypische und einsatzgebietsübliche Arbeitsprozesse bezogen sind, und ohne definierte praktische Ausbildungsinhalte nicht realisiert werden. Diese systematischen Defizite haben die Umstellung

12 MÜLLER, M.; ZÖLLER, A. (Hrsg.): Arbeitshilfe für Rahmenlehrplanausschüsse, a. a. O., S. 79

13 Zum Beispiel in den §§ 10, 11 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

der Berufsausbildung in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege auf moderne und im System der Berufsausbildung in Deutschland insgesamt anschlussfähige Qualifikationsstrukturen bis heute negativ beeinflusst.

- Ziel der Lernfeldkonzeption der KMK war es, die Parzellierung der berufsschulischen Ausbildung nach Fächern aufzulösen und an ihrer Stelle eine berufskompetenz-, arbeitsprozess- und handlungsorientierte schulische Qualifizierung zu setzen, in der Lernsituationen als unterrichtsleitendes Stilmittel fungieren. Dieser Versuch, die kaum mehr anforderungsgerechten pädagogischen Traditionen an berufsbildenden Schulen einer längst überfälligen curricularen Erneuerung zuzuführen, hat auf dem Gebiet der schulischen Berufsausbildung im Berufsbereich Pflege seine ganz eigene Sprengkraft entwickelt:

  Während eine nur noch schwer zu überblickende Vielzahl von „Ausbildungsmodellen" auf der Suche nach innovativen Qualifizierungskonzepten das für die gesellschaftliche Anerkennung des Berufs und seiner Leistung notwendige einheitliche und – unabhängig vom Lernort – wiedererkennbare Berufsbild zusehends zerstören, lässt der „bürokratische Komplex"[14] nichts unversucht, die an den Ausbildungsstätten offenbar überschießende Nutzung der Ausbildungsfreiheit wieder einzuschränken und definitorisch zu reglementieren. Dabei werden entweder – wie in Nordrhein-Westfalen – empfehlende (Altenpflege) oder verbindliche Ausbildungsrichtlinien (Gesundheits- und Krankenpflege) erlassen, deren regelkonforme Einhaltung von amtlich eingesetzten (Hochschul-) Experten überprüft werden soll. Oder aber es werden – am Beispiel Niedersachsen – Rahmenrichtlinien zur schulischen Ausbildung erlassen, die Lernsituationen zum subsidiären Instrument des Fächerunterrichts uminterpretieren – ganz offenbar, um der drohenden Anarchie eines aus den Traditionen der Fächerbindung befreiten Unterrichts zu begegnen:

  > „Aufgabe der … Schulen ist es, die Fächer durch Lernsituationen zu konkretisieren … Lernsituationen sollen die Fächer beispielhaft repräsentieren und dabei schulische Rahmenbedingungen sowie ggf. spezifische Erfordernisse und Gegebenheiten regionaler Praxiseinrichtungen berücksichtigen."[15]

  Der offenkundige Widerspruch zwischen der (berufs-) pädagogischen Definition der Lernsituation, die sich die KMK in ihren Empfehlungen zu eigen gemacht hatte, und den davon abweichenden, nachgeschobenen Durchführungsbestimmungen der Verwaltungsbürokratien der Länder hat die Einführung einer lernfeldorientierten schulischen Ausbildung, in denen Lernsituationen als Instrumente der arbeitsprozessbezogenen beruflichen Kompetenzentwicklung eingesetzt werden, in vielen Fällen nachhaltig beeinträchtigt:[16] Im Zwiespalt zwischen pädagogischem Wissen und Gehorsamsverpflichtung den Aufsichtsbehörden gegenüber haben sich viele Schulen schließlich dafür entschieden, die Vorgaben zu befolgen und den traditionellen Fächerunterricht unter gelegentlicher Auflockerung (beispielsweise mit fallbeispielbasierten Unterrichtsprojekten oder selbst erfundenen Lernsituationen) zu organisieren.

---

14 Mit dem Begriff „bürokratischer Komplex" sind die in den Bundesländern jeweils für die Berufsausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege zuständigen Kultus- und/oder Sozialbürokratien gemeint.

15 NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM (Hrsg.): Rahmenrichtlinien für das Fach berufsbezogener Unterricht, zitiert nach SPÜRK, E. u. a.: Lernsituationen in der Gesundheits- und Krankenpflege, a. a. O., S. 86.

16 In diesen Fällen war die Implementation der BIBB-Curricula nicht betroffen, da der Einsatz von Lernsituationen als Stilmittel des Ausbildungsunterrichts mit den ausbildenden Schulen entweder in Form einer „freiwilligen Selbstverpflichtung" (Saarland) verabredet oder zum verpflichtenden Bestandteil der schulischen Ausbildung (Brandenburg) gemacht worden war. Im Saarland ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Implementation von Lernsituationen in den Ausbildungsunterricht in der Altenpflege auf freiwilliger Basis aufgrund der bestehenden Schulstrukturen (u. a.: keine Schulen in staatlicher Trägerschaft, Lehrkräftequalifikation und Ausstattungsdefizite mit hauptamtlichen Lehrkräften) noch nicht durchgängig realisiert.

Die Möglichkeiten eines modernen Ausbildungsunterrichts mit seinen Auswirkungen gerade auch auf die Qualität der praktischen Ausbildung konnten insofern nur in wenigen Ausnahmefällen erkundet und genutzt werden; die allerdings müssen in einer vorläufigen Bewertung als außergewöhnlich vielversprechend eingestuft werden: An allen Ausbildungsstätten, die das Ausbildungskonzept des BIBB umsetzen, berichten Schulleitungen, Lehrkräfte und praktische Ausbilder/innen davon, dass der mit den Lernsituationen verfolgte „strukturs ystematische Ansatz“[17] sowohl im schulischen als auch im praktischen Bereich im Vergleich zu traditionell ausgebildeten Altenpflege- oder Krankenpflegejahrgängen zu erheblichen, schon nach der ersten Ausbildungssequenz (also bereits nach etwa zwei Monaten Ausbildungszeit!) festzustellenden Selbstständigkeits- und Souveränitätsvorteilen bei den Lernenden geführt habe. Übereinstimmend weisen die Ausbildungsverantwortlichen aus Schulen und Praxis darauf hin, dass sich die positiven Effekte der schulischen Ausbildung nach Lernsituationen sowohl in der Qualität der Bearbeitung schulischer Ausbildungsaufgaben[18] als auch in der Bewältigung praktischer Aufgabenstellungen[19] sehr deutlich bemerkbar macht. Allein diese Hinweise[20] sprechen in aller notwendigen Deutlichkeit dafür, dass der von einer Reihe von Aufsichtsbehörden in den Bundesländern gewählte Weg der Konservierung bestehender Schul-Fächer-Strukturen in den Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege den falschen Weg weisen. Die notwendigen und mit den neuen Berufsgesetzen möglichen Erneuerungen der Ausbildungen, ihre Öffnung für eine struktursystematische und arbeitsprozessorientierte berufliche Bildung sind nur in konsequenter Nutzung von Lernfeldern und Lernsituationen möglich.

Lernsituationen = Sprengsatz für traditionelle Schulstrukturen?

Wirksamkeit und Innovationskraft von Lernsituationen für den Qualifizierungserfolg der beruflichen Bildung sind auf dem Gebiet der betrieblichen Berufsausbildung geklärt und belegt. So weist beispielsweise Pätzold in Auswertung des BLK-Modellversuchs SELUBA in Nordrhein-Westfalen[21] darauf hin, dass allen untersuchten Ausbildungskonzepten, die Lernsituationen nutzen, gemeinsam sei, „dass den Auszubildenden Handlungs- und Erfahrungsmöglichkeiten erschlossen werden, ohne sie durch übergroße Komplexität zu überfordern. … Anspruchsvolle Lernziele aus unterschiedlichen Kompetenzbereichen (wurden) problemorientiert zu erreichen versucht sowie gleichzeitig zielorientiert eine gelungene Kommunikation wie auch Selbstständigkeit der Lernenden gefördert. … Die zentralen Argumente der in die Fallstudien einbezogenen Berufsschullehrerinnen und Berufsschullehrer lassen sich in der Formel zusammenfassen: Die Arbeit mit Lernsituationen wird berufspädagogisch als richtig und wichtig eingeschätzt. Sie

17 Der hier genutzte Begriff „struktursystematisch“ bezieht sich darauf, dass neben den beruflich prägenden Arbeitsprozessen in den typischen Einsatzgebieten auch die den Beruf prägenden Strukturen in Bildung, Gesellschaft, Recht, Geschichte, Kultur usw. als notwendige Grundlage beruflicher Kompetenzentwicklung bei der Konzeption von Lernsituationen einbezogen werden.

18 Hier beispielhaft: Erkennen und Beurteilen von (fächerübergreifenden) Zusammenhängen und deren Einbeziehung beispielsweise in Planungsaufgaben.

19 Hier beispielhaft: Arbeitsaufgaben werden nicht mehr nur nach Vorgabe „abgearbeitet“, sondern Begründungen und organisatorische Zusammenhänge werden erfragt und in die Arbeit einbezogen.

20 Die Hinweise beziehen sich auf Zwischenergebnisse der Evaluation der integrierten Ausbildung in Brandenburg, sowie die Ergebnisse einer Fortbildungstagung mit Krankenpflegeschulen, die nach dem BIBB-Curriculum ausbilden, im April 2005. Darüber hinaus stellt das saarländische Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales in einer ebenfalls im April 2005 publizierten Pressemeldung heraus, dass es mit der Altenpflege-Ausbildung nach dem BIBB-Curriculum unter Hinweis auf eine ganze Reihe von Indikatoren zu einer spürbaren Qualitätsentwicklung in der Altenhilfe gekommen sei. Eine systematische und vergleichende Evaluation der Leistungsfähigkeit der BIBB-Ausbildungen wird erst nach Abschluss des ersten Ausbildungsdurchgangs – also frühestens Anfang 2006 – möglich sein.

21 Die Abkürzung SELUBA steht für „**S**teigerung der **E**ffizienz neuer **L**ernkonzepte und **U**nterrichtsmethoden in der dualen **B**erufs**a**usbildung“; dokumentiert u. a. in DREES, G.; PÄTZOLD, G.: Lernfelder und Lernsituationen. Realisierungsstrategien in Berufskollegs. Dortmund 2002.

bewirkt mehr Lerneffektivität und schafft potenziell größere Arbeitszufriedenheit bei den Lehrerinnen und Lehrern."[22]

Allerdings weist Pätzold auch auf die Risiken und Nebenwirkungen bei der Umsetzung einer lernfeldorientierten schulischen Ausbildung unter Nutzung von Lernsituationen hin,[23] die auch bei der Implementation der BIBB-Curricula für Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege eine Rolle gespielt haben:

- Die Leistungsbewertung der Auszubildenden kann nicht mehr durchgängig nach den traditionellen Beurteilungsmustern erfolgen; sie muss in die Konzeption der Lernsituationen einbezogen werden:

  Grundsätzlich impliziert die Umstellung des Ausbildungsunterrichts in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege auf Lernsituationen auch eine veränderte Bewertungs- und Beurteilungseinstellung unter Lehrkräften und Lernenden: Auf dem Weg zum möglichst selbstgesteuerten, handlungsorientierten Berufslernen sollte die fächerorientierte „Lernstandskontrolle" durch aufgaben- und lernsituationsbezogene Verfahren der Kompetenzfeststellung ersetzt werden.[24] Diese neuen Formen der Wertung des Qualifikationsstandes von Auszubildenden hat die Diskussion in der beruflichen Bildung und der beruflichen Kompetenzforschung der vergangenen Jahre stark geprägt – allerdings ohne in der so genannten „Pflegepädagogik" jemals registriert worden zu sein. Deshalb existieren zum gegenwärtigen Zeitpunkt für die Berufsausbildung in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege keine validierten Konzepte zu den Möglichkeiten der Leistungsbewertung bei Einsatz von Lernsituationen.

  Im Rahmen der Umsetzung der BIBB-Curricula wurden neue Bewertungsverfahren an allen Ausbildungsstandorten angeregt und eingesetzt; unter „kontrollierten" Bedingungen, die auch eine spätere Auswertung ihres Erfolgs oder Misserfolgs erlauben, allerdings nur im Rahmen der integrierten Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften in Brandenburg. Unabhängig von ihrer Konzeption im einzelnen berücksichtigen sie alle mindestens die folgenden Kriterien:

  – Vorgesehene Leistungsbewertungen oder -kontrollen werden den Auszubildenden im Rahmen einer jeden Lernsituation vorab im Hinblick auf Zeitpunkt, Art, Dauer und Gegenstand mitgeteilt. Im Hinblick auf die nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu vergebenden Vornoten wird eine eindeutige Zuordnung zu den „Lernfeldern" oder Themenbereichen der Berufsgesetze vorgenommen.

  – Die Leistungsbewertungen richten sich in Gegenstand und Art grundsätzlich nach den im Beruf geforderten Leistungen. So werden also beispielsweise Präsentationen einer thematisch vorgegeben Ausarbeitung oder Arbeitsplanung mit den beruflich relevanten Medien und Hilfsmitteln und im Hinblick auf die üblicherweise im Beruf für solche Anforderungen zur Verfügung stehende Zeit und die vorgesehene Zielgruppe(n) vorgenommen.

    Die Art der Kompetenzfeststellung orientiert sich grundsätzlich an den für die Lernsituation relevanten Lernzielen des Lernfeldes: Es wird also nicht der Wissensstand im Fach/Wissensbereich/Thema abgefragt, sondern die Zielerreichung, die eingeschlagenen Lösungswege, die Begründungen hierfür, die Problematisierungsansätze usw.

22 PÄTZOLD, G.: Lernfeldcurricula und Lernsituationen – Entwicklung und Erprobung, a. a. O., S. 110f.

23 DERS., ebda., S. 111f.

24 Vgl. Kapitel „Lernfelder und Arbeitsprozessorientierung", insbesondere ab S. 104.

– In die Leistungsbewertungen werden – unabhängig davon, ob es sich um Einzel- oder Gruppenarbeiten handelt – die Auszubildenden nach Möglichkeit und in angemessener Form in die Bewertungen einbezogen.

Nicht alle dieser Verfahrensansätze – obwohl sie den Vorgaben der Berufsgesetze für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nicht widersprechen – sind bruchlos mit den Vorstellungen und Traditionen des schulischen Lehrens und Lernens zu vereinbaren. Hinzu kommt, dass die neuen Formen der Kompetenzfeststellung wenigstens in Teilen von den Lehrkräften als Kontrollverlust wahrgenommen und mit einer Bedeutungsminderung ihrer Unterrichtsleistungen gleichgesetzt werden. Darüber hinaus ziehen sie zusätzlich zu den Umstellungen des Unterrichts auf das fächerunabhängige Unterrichten in Lernsituationen einen nicht zu vernachlässigenden Mehraufwand in der Vorbereitung und zahlreiche Einstellungsveränderungen der Lehrenden und Lernenden nach sich.

Erschwerend hat sich im Verlauf der Umsetzung in diesem Zusammenhang auch herausgestellt, dass unter den Lehrkräften immer wieder Zweifel an der Validität der neuartigen Leistungsbewertungen geäußert wurden: Die Umstellung von Wissensüberprüfungen – oft genug in Form von „multiple choice"-Tabellen mit ihren definitiven richtig/falsch-Ergebnissen – auf Einschätzungen, gemeinsamen Qualitätsabwägungen und Zielvereinbarungen mit den Lernenden führte oft genug zu der Frage, wie auf dieser Grundlage „objektive" Noten vergeben und vergleichbar beurteilt werden könnte. Diese Fragen sind (fast) so alt wie die Pädagogik und stellen sich bei didaktischen Innovationen immer wieder aufs Neue; dies gilt auch für die schulische Ausbildung in Lernsituationen: Die Beschreibung und Beurteilung des individuellen Lernprozesses in (relativ) komplexen, arbeitsprozessorientierten Settings ist und bleibt eine Herausforderung, auf die das Konzept der Lernsituationen keine fertige und validierte Lösung bereit hält. Es bleibt deshalb zu prüfen, inwieweit die Mittel der traditionellen schulischen Notengebung in den neuen Lernumgebungen sinnvoll und funktional eingesetzt werden können.

- Berufslernen im Rahmen (arbeitsprozessorientierter) Lernsituationen erfordert eine neue, „lernprozesskompatible" Konzeption von Abschlussprüfungen:[25]

  Lernsituationen als berufspädagogisches „Stilmittel" der exemplarischen Orientierung schulischen Lernens an beruflichen Arbeitsprozessen hat unmittelbare Auswirkungen auf die Konzeption beruflicher (Abschluss-) Prüfungen: Arbeitsprozessorientierung als Prinzip beruflichen Lernens muss sich als Prinzip beruflicher Prüfungen wiederholen. Prüfungen, die keinen Bezug zu Konzept und Zielen des Qualifikationserwerbs aufweisen, erlauben kein Urteil über den individuellen Stand beruflicher Kompetenzen und sind – im Sinne des juristischen Anspruchs der Berufsgesetze – kein verwertbarer Reflex auf die „Berufszulassungsfähigkeit" der Probanden. Dies gilt an herausgehobener Stelle für die Abschlussprüfung in der Altenpflege, die allein aufgrund ihres äußerst geringen Zeitbudgets in der praktischen Prüfung keinen verwertbaren Reflex auf die Berufskompetenz der Auszubildenden erlaubt.

  Mehr noch als neuartige Kompetenzfeststellungen im Ausbildungsunterricht stoßen arbeitsprozessorientierte Prüfungskonzepte auf Skepsis und Widerstände – nicht zuletzt bei den in den Ländern zuständigen Aufsichtsbehörden und Landesprüfungsämtern. Viel stärker noch als in den Lehrerkollegien kollidieren Veränderungen an den traditionellen Prüfungsabläufen mit der „Macht des Apparates" und seinen gesetzlich niedergelegten Legitimierungsansprüchen (Berufszulassung) sowie der Kontroll- und Organisationsgewalt über das Prüfungsgeschehen insgesamt (landeseinheitliche Zentralprüfungen).

25 Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel „Die Prüfung – Selektionsinstrument oder Unterstützung bei der Kompetenzfeststellung?", S. 139ff.

Auf dieses Problem sind wir auch bei der Implementation der Ausbildungen nach den BIBB-Curricula gestoßen: So gibt es im Saarland bei der Umsetzung der Altenpflegeausbildung – trotz entsprechender Initiativen aus den Schulen – auf Seiten der Aufsichtsbehörde immer noch große Vorbehalte gegen eine praktische Abschlussprüfung in den Einrichtungen und Betrieben der Altenhilfe; auch die schriftlichen Prüfungen (Altenpflegehilfe) werden immer noch in einer Mischform aus Wissensüberprüfung (multiple choice) und fallbeispielbasierter Problembearbeitung durchgeführt. Im Rahmen der integrierten Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege in Brandenburg sollen die Abschlussprüfungen für beide Berufe in allen Teilen arbeitsprozessorientiert und systematisch aufeinander bezogen durchgeführt werden; hierzu sollen alle Möglichkeiten der so genannten „Modellversuchsklauseln" der Berufsgesetze ausgeschöpft werden.[26]

In Zukunft wird es somit darauf ankommen, die Durchführungsbestimmungen der Ausbildungen in den Bundesländern (und die Verfahrensregeln der Landesprüfungsämter) so anzupassen, dass eine den Standards der beruflichen Kompetenzfeststellung entsprechende Prüfungsdurchführung ermöglicht wird. Ohne den administrativen Willen zur Modernisierung werden allerdings alle innovativen Konzepte zum Scheitern verurteilt sein.

- Zeitstrukturen und Personaleinsatzkonzepte des traditionellen Schulbetriebs sind nur noch sehr bedingt kompatibel mit dem Unterrichtskonzept der Lernsituationen:

  In seiner Bestandsaufnahme des Berufsschulunterrichts nach Lernsituationen stellt Pätzold klar und deutlich fest: „Wer Unterricht verändern will, muss lernen, insgesamt auf das System Schule hin zu denken und zu handeln. Geschieht dies nicht, werden einzelne, durchaus ernst zu nehmende Veränderungsbemühungen immer wieder als innovative Spielereien oder vorübergehende pädagogische Modetrends abgetan."[27]

  Bezogen auf den Einsatz von Lernsituationen als unterrichtsprägendes Stilmittel bedeutet dies beispielsweise, wenigstens teilweise den traditionellen 45minütigen Zeitrhythmus der Unterrichtsorganisation aufzuheben und – besonders in der Einführungsphase neuer didaktischer Strukturen ein virulentes Phänomen – die so genannten „Springereinsätze" der Lehrkräfte zwischen unterschiedlichen Ausbildungsklassen und Ausbildungsgängen nach Möglichkeit zu vermeiden. Beide Organisationsmerkmale der Institution Schule können ganz entscheidend dazu beitragen, dass neue didaktische Strukturen gelingen – oder scheitern.

  Die Zeitstrukturen des Unterrichts und die Organisation des Lehrkräfteeinsatzes haben auch die Implementation der BIBB-Curricula lange Zeit beeinträchtigt. Die größten Neuerungen sind in diesem Zusammenhang in Brandenburg gelungen, wo zunächst das „Fachlehrerprinzip" zugunsten einer (periodisch wechselnden) Koordinatorenrolle für Lernsituationen oder (mehrere Lernsituationen umfassende) schulische Lernphasen aufgegeben wurde. Die Koordinatoren organisieren die (fach-) inhaltliche Ausgestaltung der Lernsituationen, den Zeitbedarf sowie die Verteilung der Unterrichtsaufgaben im Lehrkräfteteam. In diesem Zusammenhang wird auch über die – je nach Lernsituation – zu nutzende Zeit entschieden. Zu einer echten Auflösung der 45-Minuten-Struktur des Ausbildungsunterrichts ist es dabei jedoch nicht gekommen; im Regelfall wird über ein zu nutzendes rechnerisches Vielfaches der normalen Unterrichtsstunde diskutiert – also beispielsweise 90 oder 180 Minuten für eine Bearbeitungssequenz.

---

26 Die dazu erforderlichen Prüfungsmodifikationen sind bei den Aufsichtsbehörden in Brandenburg beantragt und werden zum Zeitpunkt der Drucklegung geprüft. Eine genaue Darstellung des Prüfungskonzepts findet sich im Kapitel „Die Prüfung – Selektionsinstrument oder Unterstützung bei der Kompetenzfeststellung", S. 139ff.

27 PÄTZOLD, G.: Lernfeldcurricula und Lernsituationen – Entwicklung und Erprobung, a. a. O., S. 111.

Selbst diese kleinen Veränderungen wären jedoch nicht ohne eine mutige schulorganisatorische Entscheidung der Schulleitung möglich gewesen: Seit Mitte des zweiten Ausbildungsjahres sind die im „integrierten Ausbildungsmodell" eingesetzten Lehrkräfte nur noch in diesem Ausbildungsgang und nicht mehr in anderen Klassen der Schule eingesetzt; ihr Stundendeputat steht somit der neuen Ausbildung vollständig zur Verfügung. Nur mit dieser Lösung konnte seither das Konzept des Unterrichts nach Lernsituationen ohne größere Abstriche und organisatorische Beschränkungen umgesetzt werden.

Unklar ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt allerdings, ob und wie diese Lösung auch von kleineren Schulen mit einer geringen Zahl von Lehrkräften und von Schulen, die mit hohen Anteilen nebenamtlicher Dozenten arbeiten, nachvollzogen werden kann. Und unklar ist auch, ob diese organisatorisch gefundene Lösung auf Dauer den ungeteilten Beifall aller Lehrkräfte finden wird: Nachdem die Zustimmung in den ersten Monaten aufgrund verringerter Belastungen (entfallende Springereinsatz, thematische Konzentration auf Lernsituationen) einhellig war, melden sich jetzt, nach etwa einem halben Jahr, die ersten kritischen Stimmen, die froh wären, „auch einmal wieder andere Gesichter sehen" zu können.

Die meisten Strukturkomponenten der Organisation (Berufs-) Schule – hier beispielhaft herausgegriffen: Leistungsbewertung, Prüfung, Zeitstrukturen/Personaleinsatz – werden unabhängig vom dazugehörigen Berufsbildungssystem beim Einsatz der lernfeldorientierten schulischen Ausbildung und bei Nutzung von Lernsituationen mehr oder weniger verändert werden müssen, um das Ziel dieser didaktischen Innovation erreichen zu können: Die Ausrichtung beruflichen Lernens an beruflichen Kompetenzen anstatt an der abstrakten Kumulation von Fachwissen, der Ersatz von Tätigkeits- und Situationsorientierung durch die Orientierung des Lernens an berufs- und einsatzgebietstypischen Arbeitsprozessen zielt direkt auf die „theorielastigen" Traditionen der Alten- und Krankenpflegeschulen, deren Folgen seit Jahrzehnten unter dem Oberbegriff „Theorie-Praxis-Differenz" in der Fachliteratur beschrieben werden. Einführung und Nutzung von Lernsituationen ist vor diesem Hintergrund nicht als pädagogisch-didaktische Insellösung in einzelnen (Modell-) Klassen oder von einzelnen innovationsbereiten Lehrkräften unter Beibehaltung der hergebrachten Schulstrukturen zu realisieren. Hierbei kommt es im Regelfall zu wenig produktiven Mogelpackungen (alter Fächerinhalt, neue Bezeichnung), im günstigsten Fall zu pädagogischen Kompromissen und Mischformen, die aber nach allen Erfahrungen wenig erfolgversprechend sind: Dies „kann so weit gehen", berichtet Pätzold, „dass sich die Situation dann nicht sonderlich von der bisher üblichen mit einzelnen wohlplazierten Projekten garnierten alten Berufsschulroutine unterscheidet."[28] Lernsituationen als Kern einer neuen Berufspädagogik für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege können nur dann wirksam eingesetzt werden, wenn sich das gesamte System Schule schrittweise auf die neue Didaktik einstellt. Diese produktive Form von Schulentwicklung ist – anders ausgedrückt – zwingend erforderlich, um das schulische Berufsbildungssystem an die anerkannten Standards der beruflichen Bildung heranzuführen.

Lernsituationen – wie geht das?

Die meisten pflegepädagogischen Diskussionen und Beschreibungsversuche zu Lernsituationen versuchen sich das Thema in einer Form theoretischer Deduktion zweiten Grades zu erschließen: Da Forschungsstand und Standards der Berufspädagogik nur in seltenen Ausnahmefällen zur Kenntnis genommen werden, konzentrieren sich die in der Literatur vertretenen Darbietungen in der Mehrzahl auf die Frage, was „Lernsituationen in der Pflege"sind und wie sie

28 PÄTZOLD, G.: Lernfeldcurricula und Lernsituationen – Entwicklung und Erprobung, a. a. O., S. 112.

theoretisch in das jeweils bevorzugte pflegepädagogische Konzept eingeordnet werden können. Allerdings unterbleibt dabei im Regelfall der auch für Pflegepädagogik als Wissenschaft nicht zu vernachlässigende Schritt – nämlich den „Abnehmern" und Zielgruppen ihrer Disziplin zu erklären, wie man das macht: Lernsituationen beschreiben, entwickeln und für den Unterricht nutzbar aufzubereiten.

Solche Übertragungslücken in der Kette von großen pädagogischen Entwürfen zu alltäglichem pädagogischem Handeln bestimmen maßgeblich darüber, ob Theorie in der Realität zur Kenntnis genommen werden oder sogar als „allgemeines Prinzip täglichen Handelns" gelten können. Dies war zunächst auch das Problem der Einführung von Lernfeldern und Lernsituationen im Rahmen der betrieblichen, dualen Berufsausbildung, auf das bereits hingewiesen wurde: Das Konzept war grundsätzlich stimmig und führte zur Empfehlung der Kultusministerkonferenz, Lernfelder und Lernsituationen zur Grundlage des Berufsschulunterrichts zu machen. Die Umsetzung des Konzepts in den Unterricht war zum damaligen Zeitpunkt allerdings wenig präzise beschrieben und führte letztlich zu der Anmutung von KMK und Entwicklern, auf der Grundlage der von den Rahmenlehrplanausschüssen erarbeiteten Lernfelder sollten die Berufsschulen die unterrichtliche Umsetzung in Lernsituationen in eigener Kompetenz (und Verantwortung) übernehmen.

Dieser lakonische pädagogische Optimismus hatte allerdings auf dem Gebiet der dualen Berufsausbildung eine einigermaßen verlässliche Grundlage: Sie reicht von der (bislang) universitären Qualifikation der Berufsschullehrer/innen über die erprobte und spezifisch definierte Rolle der Berufsschule im betrieblichen Ausbildungswesen bis hin zur klaren Definition aller Qualifikationsziele in Betrieb und Schule, an denen sich die Entwicklung von Lernsituationen ausrichten kann. Als besonders hilfreich hat es sich bei der Umstellung der dualen Ausbildung auf das Lernfeldkonzept aber erwiesen, dass es hier eine lange, bewährte und durch die Berufsbildungsforschung wissenschaftlich untermauerte Tradition der empirisch-analytisch basierten Beschreibung und berufspädagogischen „Übersetzung" von betrieblichen Geschäfts- und Arbeitsprozessen gibt, die als Orientierung und Grundlagen der beruflichen Bildung und der Entwicklung von Lernsituationen in den Berufsschulen genutzt werden konnten.

Für einen solchen Optimismus gibt es auf dem Gebiet der schulischen Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege weder gegenwärtig noch in absehbarer Zukunft Grund oder Grundlagen. Dies gilt sowohl für die durchschnittlichen formalen Qualifikationen der Lehrkräfte an den so genannten „Pflegeschulen", die in den Berufsgesetzen wenig erhellend definierte Rolle der Schulen für den gesamten Ausbildungsprozess, insbesondere aber für die praktische Ausbildung, speziell für den nicht definierten (praktischen) Ausbildungsrahmenplan. Und natürlich ist die in Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik bislang nicht beachtete Analyse und Beschreibung von einsatzgebietstypischen Geschäfts- und Arbeitsprozessen in Altenhilfe und Gesundheitswirtschaft ein elementares Versäumnis für die Aufnahme, Entwicklung und Nutzung von Lernfeldern und Lernsituationen in die Ausbildung.

Zwar liefern die BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege das elementare Rüstzeug zur Umsetzung einer lernfeldorientierten schulischen Ausbildung, doch sind die Curricula nur die Grundlagen, die der berufspädagogischen Interpretation bedürfen, um im Sinne der beschriebenen Lernziele in geeignete Lernsituationen übertragen zu werden. Genau dieser Schritt – die berufspädagogische Gestaltung des Weges zum Ziel des schulischen Berufslernens in Form von Lernsituationen – bereitete in allen Fällen der Implementation der neuen Ausbildungsgrundlagen große Schwierigkeiten. Da für die Ausbildung in Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege keine nutzbaren Beispiele für Lernsituationen vorlagen und auch die üblicherweise in Form auftragsbezogenen Lernens vorhandenen Lernsituationen aus dem betrieblichen Ausbildungswesen nur gelegentlich als Inspirationsfolie eingesetzt werden konnten, haben wir beide Curricula vollständig mit neu entwickelten Lernsituationen unterlegt.

Diese Lernsituationen übersetzen den Lernfeldgedanken und die dort festgehaltenen Lernziele in Vorschläge für ausbildungsspezifische Lehr-/Lernarrangements: Im Zentrum beschreiben sie exemplarisch die für den Beruf handlungsleitenden Problemstellungen und ihre Rahmenbedingungen in für ihn typischen Arbeitszusammenhängen. Die Lernsituationen versuchen somit die Struktur der Lernfelder in ein für den Ausbildungsunterricht nutzbares „Lernsystem" zu übertragen. Dabei ist es grundsätzlich möglich, die Lernsituationen „Schritt für Schritt" (sequenziell) abzuarbeiten als auch – vom Ausgangspunkt gesehen – einen davon abweichenden Durchlauf durch die vorgeschlagenen „Lernräume" des Ausbildungsthemas zu wählen (vgl. Abbildungen 1und 2).[29]

Abbildung 1: Sequenzielle Abfolge von Lernsituationen

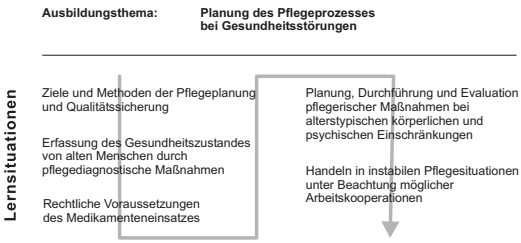
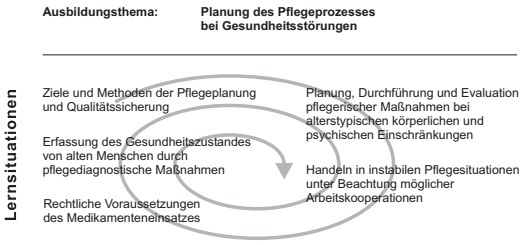


Abbildung 2: Spiralförmige Abfolge von Lernsituationen



Daraus ergibt sich, dass die für die BIBB-Curricula entwickelten Lernsituationen weder dogmatisch noch normativ gedacht sind: Sie sind nicht mehr als Skizzen oder Möglichkeiten, wie der Gestaltungsraum von Lernsituationen aussehen könnte – aber nicht muss. Sie sind Anregungen für die ausbildenden Lehrkräfte, wie die für Lernsituationen zu schaffenden Lehr-/Lernarrangements beschrieben werden könnten, sie sind aber keine bindenden Verpflichtungen, wie der Ausbildungsunterricht durchzuführen sei. Die Expertise, ob in der jeweils aktuellen Ausbildungssituation die vorgeschlagenen Lernsituationen treffend sind, liegt immer in der (berufs-) pädagogischen Verantwortung der Lehrkräfte.[30]

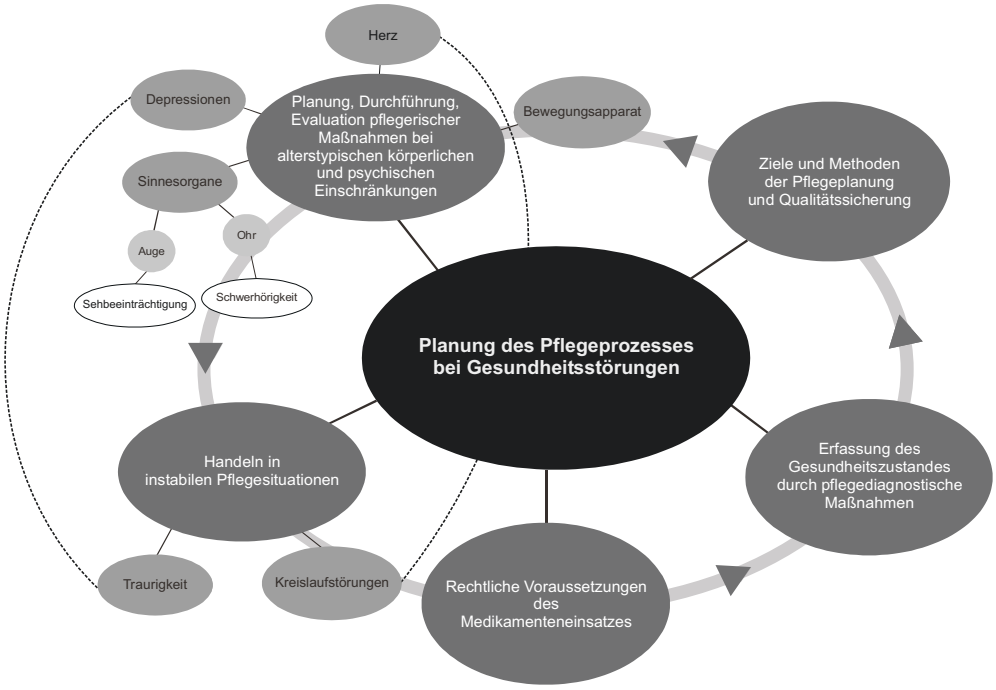
Lernsituationen sind also gleichzusetzen mit berufspädagogischen Gestaltungsräumen: Für Lernende im Sinne eines möglichst selbstorganisierten Lernprozesses, für Lehrkräfte auf der Suche und in der Beschreibung der „Lernhaltigkeit" und qualifikationsrelevanten Inhalte beruflicher Arbeitsprozesse und Arbeitsumgebungen. In Situationen wie in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege, in denen die für die berufliche Qualifizierung relevanten Arbeitsprozesse ebensowenig allgemein bekannt sind wie die Qualifikationsinhalte, mit denen die schulische Ausbildung die für den Beruf erforderlichen Kompetenzen in Planung, Begründung, Organisation, Methoden und Bewertung beruflichen Handelns vermitteln sollte, gab es im Rahmen der unterrichtlichen Umsetzung der BIBB-Curricula nur die Möglichkeit eines experimentellen Brückenschlags: In Workshops mit den Lehrkräften der ausbildenden Schulen wurde mit großem Erfolg die Methode des „Mindmappings" eingesetzt, um (berufs-) pädagogische Kreativität der Lehrkräfte möglichst eng an (nachvollziehbare) Strukturen zu binden, die Planung, Organisation und Durchführung des Ausbildungsunterrichts erleichtern.

29 Die hier beispielhaft gewählten Ausbildungsthemen stammen aus dem 2. Ausbildungsjahr des BIBB-Curriculums für die Altenpflege. Die „spiralförmige" Abfolge von Lernsituationen bedeutet, dass a) die Abfolge des Lernens verändert werden und dass b) der selbe Lerngegenstand auf unterschiedlichen Niveaus oder in unterschiedlicher Komplexität im Unterricht in mehrfachen „Durchläufen" angesprochen werden kann.

30 Die integrierte Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegekräften in Brandenburg wurde vollständig auf der Grundlage der vom BIBB entwickelten Lernsituationen durchgeführt, um ihre Ausbildungstauglichkeit zu erproben.

Dabei nutzt das Mindmapping ein relativ einfaches Verfahren, um aus den statischen Bezugspunkten der schulischen Ausbildung (Lernfelder und Lernziele) eine in sich dynamische und fächerungebundene schulische Ausbildungsstruktur nach Lernsituationen zu schaffen – unabhängig davon, ob man den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung direkt oder den BIBB-Curricula folgen will: Ausgangspunkt sind immer einzelne oder die Kombination mehrerer Lernziele der Lernfelder, die für einen bestimmten Ausbildungsabschnitt genutzt werden sollen – beispielsweise aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege das Lernziel „Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege", die hier am Beispiel von alterstypischen Störungen der Gesundheit zum Thema des Ausbildungsunterrichts werden soll (vgl. Abbildung 3).[31]

Abbildung 3: Mindmaps als Strukturierungshilfe für Lernsituationen
(Beispiel aus dem zweiten Ausbildungsjahr Altenpflege)



Dem Thema des Ausbildungsunterrichts werden zunächst in beliebiger Reihenfolge mehr oder weniger voluminöse „Schlüsselthemen" zugeordnet, die exemplarisch diejenigen Qualifikationen abbilden, die zum konkreten Zeitpunkt der Ausbildung (hier: zweites Ausbildungsjahr) in beruflichen Lern- und Arbeitszusammenhängen typischerweise als berufliche Kompetenzen gefordert werden. Sie haben grundsätzlich einen Bezug zu beruflichen Arbeitsprozessen und können in diesem Rahmen eher „theoretisch" (zum Beispiel: Ziele und Methoden der Pflegeplanung) oder eher „praktisch" akzentuiert sein. Diese „Schlüsselthemen" werden später, nachdem ihnen exemplarisch zu vermittelnde (Fach-) Inhalte, Methoden und Zeit zugeordnet wurden, zu Lernsituationen. Lernsituationen sind nach Möglichkeit nicht in sich abgeschlossen, sondern sollten so konstruiert und beschrieben werden, dass Querverbindungen zwischen ihnen möglich sind, die es ermöglichen, einen ähnlichen Ausbildungsgegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven oder in unterschiedlicher Tiefe oder Breite zu betrachten: In Abbildung 3sind beispielsweise die die Gegenstände „Depressionen" und „Traurigkeit" miteinander

31 Die hier wiedergegebene Mindmap ist nur als Arbeitsbeispiel gedacht; sie ist weder systematisch noch inhaltlich vollständig wiedergegeben!

verbunden, um – in unterschiedlichen Lernsituationen und unter unterschiedlichen Aufgabenstellungen – „harte" (als Krankheitsbild definierte) und „weiche" Erscheinungsformen gesundheitlicher Störungen gegeneinander abgrenzen und als berufstypische Anforderung an die Beobachtungs- und Urteilsfähigkeit einer Altenpflegekraft herausstellen zu können. In diesem Zusammenhang wäre es beispielsweise auch möglich, Verbindungslinien zur Lernsituation „Erfassung des Gesundheitszustandes ..." oder auch anderen Lernsituationen zu ziehen; Medium solcher Querverbindungen können beispielsweise Fallbeispiele oder Projektaufgaben sein. Am Ende ergibt sich auf diese relativ einfache Weise ein multidimensionales Geflecht von Lehr-/Lernarrangements, mit deren Unterstützung in allen bei der Umsetzung der neuen Berufsgesetze bislang dokumentierten Anwendungsfällen ein Effekt relativ leicht und problemlos realisiert werden konnte: Die traditionelle Frage, welche Fachinhalte vermittelt werden müssten, um Fachwissen möglichst vollständig abzubilden, wird verdrängt von der Frage, welches Fachwissen beispielhaft herangezogen werden kann, um die berufstypischen Ausbildungsaufgabe(n) im Rahmen einer Lernsituation bewältigen zu können. Nimmt man – am Beispiel der BIBB-Curricula – noch die neuartige Verteilung der Ausbildungsaufgaben auf Schule und Praxis hinzu, entsteht in der schulischen Ausbildung mit dem ihr insgesamt zur Verfügung stehenden großen Zeitbudget mit Unterstützung von Lernsituationen eine grundsätzlich durchaus komfortable Lernumgebung, deren Professionalisierungsvorteile beispielsweise gegenüber hochschulischen Ausbildungsgängen in Pflegeberufen („Bachelor of Nursing" u. ä.) noch lange nicht ausgeschöpft sind.

WOLFGANG BECKER

Die Abschlussprüfung – Abfrage von Wissen oder Unterstützung bei der Kompetenzfeststellung?

In der beruflichen Bildung beziehen sich moderne berufliche Prüfungen nicht mehr auf punktuell abgefragte Kenntnisse und isolierte Fertigkeiten und Fähigkeiten. Prüfungen werden vielmehr „ganzheitlich" organisiert und gestaltet und sind auf die Bewertung individueller beruflicher Handlungskompetenzen in ihren kognitiven, emotional-volativen und motorischen Zusammenhängen ausgerichtet.[1] Von solchen neuen Prüfungskonzepten und Prüfungsformen ist die berufliche Bildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege noch weit entfernt:

In einer Untersuchung der zentral erstellten Aufgaben für die schriftlichen Prüfungen in der Krankenpflege in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2003[2] kommen die Autoren zu einem vernichtenden Urteil über die Konstruktion der Prüfungsaufgaben: Die fast ausschließlich in Form von multiple-choice-Fragen verfassten Aufgabenstellungen präsentieren sich durchgängig als verrichtungs-, symptom- und – ganz herausragend – krankheitsorientiert. Die Dimensionen der Verhaltens- und Handlungsorientierung sind nur in wenigen Ausnahmefällen nachweisbar. Ein ergänzend zu diesem Literaturbefund vorgenommener stichprobenartiger Vergleich mit schriftlichen Prüfungsfragen mehrerer Bundesländer in Altenpflege und Krankenpflege aus den Jahren 2004 und 2005 belegt die Analyse der Krankenpflegeprüfung in Nordrhein-Westfalen: In der Mehrzahl der Prüfungsfragen wird Pflegen bei bestimmten Erkrankungen (herausragend: Herzerkrankungen, Diabetes) thematisiert bzw. abgefragt. Daraus ist zu schließen, dass in den beruflichen Prüfungen für die Leitberufe im Berufsbereich Pflege bis heute ein streng naturwissenschaftliches, eng funktionales Verständnis beruflicher Anforderungen dominiert, das sich ganz überwiegend aus Wissensinhalten und der Systematik der Medizin bedient; Dimensionen von Patienten- oder Handlungsorientierung beispielsweise sind in nur sehr geringfügigem Umfang (unter 3% aller Fragen in der NRW-Untersuchung[3]) festzustellen.

Die aktuellen Diskussionen und Entwicklungen auf dem Gebiet beruflicher Abschlussprüfungen, zielen bei allen konzeptionellen Differenzen im Einzelnen insgesamt auf die Bewertung beruflicher Handlungskompetenzen durch Praxis-, Handlungs- und (Arbeits-) Prozessorientierung der Prüfungsaufgaben ab. Demhingegen stellt sich bei den aktuell geltenden Prüfungsbestimmungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege die Frage, ob die Prüfungsgestaltung für die beiden Gesundheitsberufe in ihrer aktuellen, traditionsbelasteten Form überhaupt geeignet ist, berufliche Handlungskompetenzen in ihren Praxis-, Handlungs- und

1 Die Attribuierung der Prüfung als „ganzheitlich" oder die Forderung nach „Ganzheitlichkeit" der Prüfungsstruktur wendet sich in der Literatur durchgängig gegen die traditionell übliche Zerstückelung beruflicher Bildungspläne in Inhaltskataloge, deren Aufteilung in Fächer, für die Fachlehrkräfte zuständig sind und die Spiegelung dieser Traditionen in den beruflichen Prüfungen. Vgl. u. a. SCHMIDT, J. U.: Neue Ausbildungsabschussprüfungen: Praxisnah, handlungsorientiert, integriert, ganzheitlich, In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 3/1998 sowie argumentationsgleich SEYD, W.: Neuere didaktische Konzepte in der Pflegebildung. GHK Kassel 2005.

2 SAVELSBERG, K.; HELLBUSCH, L.: Die Krankenpflegeklausuren als Teil der staatlichen Prüfungen. Untersuchung der Examensklausuren in NRW unter formalen und inhaltlichen Aspekten. In: PrInternet Pflegepädagogik 9/2003, S. 205 - 218.

3 Vgl. DIES., a. a. O., S. 216

Arbeitsprozessbezügen abzubilden und zu ermitteln. Mit der derzeit üblichen Beschränkung auf die Reproduktion passiven Wissens und der Vernachlässigung beispielsweise von Übertragung und Anwendung problemlösender Strategien zur Förderung individueller Gesundheit ist dies jedenfalls nicht zu erreichen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass berufliche (Abschluss-) Prüfungen als Abfrage kanonischen Wissens den Lehr- und Lernprozess der schulischen Ausbildung so frühzeitig und umfassend beeinflussen, dass sie den Charakter eines „heimlichen Lehrplans" erhalten, der die innovative Kraft des lernfeldorientierten Unterrichts zerstört und auf die hergebrachte Wissensvermittlung und -dressur reduziert.[4]

Dieser Widerspruch zwischen modernen, lernfeldorientierten Lernprozessstrategien und althergebrachten Prüfungsverfahren, die im Wesentlichen immer noch auf die taxonomischen Klassifikationen von Bloom[5] und Mager[6] aus den 50er und 60er Jahren zurückgreifen (insbesondere: knowledge based learning), hat auch die schulische Ausbildung bei der Umsetzung der BIBB-Curricula maßgeblich beeinflusst. Bereits in der zweiten Hälfte des ersten Ausbildungsjahres der integrierten Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege begannen Fragen der Prüfungsrelevanz den noch nicht ganz „lernfeldfesten" Ausbildungsunterricht zu überlagern: Aus Sicht der Auszubildenden, um möglichst frühzeitig wichtige von scheinbar unwichtigen Unterrichtsinhalten trennen zu können – aus Perspektive der meisten Lehrkräfte, um die Relevanz der dargebotenen Inhalte möglichst nachdrücklich zu unterstreichen. Beide Intentionen haben sich schnell gegenseitig verstärkt, so dass gegen Ende des ersten Ausbildungsjahres die Durchführbarkeit des arbeitsprozess- und lernfeldorientierten Unterrichts (nach Lernsituationen) in Frage gestellt war.

Bereits zu diesem frühen Zeitpunkt der Ausbildung konnte kein Zweifel mehr daran bestehen, dass die Orientierung des schulischen Ausbildungsgeschehens an Lernfeldern, beruflichen Handlungskompetenzen und berufstypischen Arbeitsprozessen durch eine berufliche Abschlussprüfung ergänzt werden muss, die in Struktur und Intentionen dem beruflichen Qualifikationsprozess und seinen Bildungszielen entspricht. Da eine solche Neuausrichtung der Prüfungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege notwendigerweise tief in das Selbstverständnis und die mehr oder weniger (bundes-) staatlich „administrierte" Praxis des beruflichen Prüfungswesens schulischer Ausbildungsberufe eingreift, sind nicht nur präzise Analysen, sondern auch sorgfältige Begründungen erforderlich:

Begründungszusammenhänge für neue Prüfungsformen in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege

Die Entwicklung neuer Prüfungsformen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege verfolgt ein doppeltes Ziel: Zum einen sollen die beruflichen Prüfungen in Aufbau, Abfolge und Aufgabenstellung Auskunft über den Entwicklungsstand beruflicher Handlungskompetenzen der Auszubildenden am Ende ihrer Ausbildungszeit geben. Zum anderen sollen Verfahren, Form und Inhalte der Prüfungen im Rahmen der Experimentierklauseln der Berufsgesetze so verändert werden, dass die Abschlussprüfung in ihren Teilen ebenso wie in ihrer Gesamtheit den didaktischen Prinzipien der praktischen und schulischen Ausbildung – Geschäftsprozess-, Arbeitsprozess- und Handlungsorientierung sowie Autonomie, Vollständigkeit und Selbst-

4 Vgl. hierzu auch SLOANE, P. F. E.: Lehrerselbstqualifizierung und Organisationsentwicklung als mögliche Bedingungen für das Gelingen/Misslingen des Lernfeldkonzepts!? – Ein Erfahrungsbericht. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 2/2004, S. 29 - 51, zum Thema „Prüfungen" insbesondere S. 36.

5 Vgl. BLOOM, B. S.: Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I, cognitive domain. New York, Toronto 1956 (Longmans, Green)

6 Vgl. MAGER, R.; BEACH, K.: Developing vocational instrruction. Belmont, CA, 1967 (Pitman Learning); MAGER, R.: Preparing Instructional Objectives (2nd Edition). Belmont, CA 1975 (Lake Publishing Co.)

steuerung des beruflichen Handelns – möglichst weitgehend entspricht. Vor diesem Hintergrund müssen sich moderne Prüfungskonzepte zunächst der grundlegenden curricularen, didaktischen und pädagogischen Prinzipien der Ausbildung, deren Qualifikationserfolg beurteilt werden soll, vergewissern.

- Ziel der Ausbildungen in Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege ist es, Fachkräfte zu qualifizieren, die mit ihrem breit angelegten Qualifikationsprofil im gesamten Spektrum stationärer, teilstationärer und ambulanter gesundheitlicher Unterstützung, Versorgung und Pflege alter und erkrankter Menschen eingesetzt werden können. Sie sollen in der Lage sein, flexibel auf berufliche Veränderungen zu reagieren und sich aktiv an der Gestaltung der Qualität beruflicher Arbeit in den jeweiligen beruflichen Einsatzgebieten zu beteiligen.

  Diese Ausbildungsziele für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege werden durch die wichtigsten Strukturmerkmale der Ausbildungscurricula des Bundesinstituts für Berufsbildung unterstützt. Dies betrifft insbesondere

  – die erstmalige Entwicklung eines verbindlichen Ausbildungsrahmenplans für die praktische Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege. Die in der Praxis zu vermittelnden beruflichen Handlungskompetenzen werden definiert, beschrieben, zeitlich zugeordnet und in aufeinander bezogenen taxonomischen Niveaus („Fertigkeitsebenen") differenziert;

  – die Gliederung der schulischen Ausbildung in den Beruf profilierende Lernfelder. Die taxonomische Differenzierung der Lernziele („Fähigkeitsebenen") entspricht dem grundsätzlichen Ziel des beruflichen Qualifikationsprozesses, die Auszubildenden umfassend zu befähigen, die ihnen im Beruf gestellten Aufgaben durch selbstständiges Planen, Durchführen, Koordinieren, Begründen und Kontrollieren zu erledigen sowie die Arbeitsaufgaben in institutionelle bzw. betriebliche Gesamtzusammenhänge einzuordnen;

  – die gegenseitige Anschlussfähigkeit von praktischem und schulischem Ausbildungscurriculum in Struktur und Inhalten. Dies betrifft die Integration der Altenpflegehilfe- bzw. Krankenpflegehilfeausbildung als einjährige Berufsqualifikation in die Fachausbildung, die Stufung der gesamten Ausbildung – entsprechend der dreijährigen Ausbildung – in drei pflegeberufstypische Kompetenzebenen (vgl. insbesondere S. 73ff) und die Möglichkeit einer (teilweise) gemeinsamen Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften im zweiten und dritten Ausbildungsjahr (vgl. beispielsweise S. 76);

  – die Orientierung aller Ausbildungsqualifikationen an betriebs- oder institutionstypischen Geschäftsprozessen, berufsüblichen Arbeitsprozessen, Kundenbeziehungen oder Dienstleistungen;

  – die Ermöglichung selbst gesteuerter und möglichst selbst kontrollierter beruflicher Lernprozesse durch den Einsatz von Lernsituationen im schulischen Ausbildungsunterricht, die den traditionell fächerorientierten Unterricht ersetzen sollen.[7]

- Moderne berufliche Qualifikationskonzepte unterscheiden nicht mehr nach getrennt oder lernortspezifisch zu vermittelnden Fähigkeiten (Schule) und Fertigkeiten (Praxis). Dies geht auf das traditionelle und heute überholte Rollenverständnis der ausbildenden Schule als Ort der Kenntnis- und Wissensvermittlung und der Einrichtung/des Betriebs als

7 Zu Begründung und Wirksamkeit einer „Selbstregulation" beruflichen (Handlungs-) Lernens vgl. grundsätzlich KAISER, F. J.; PÄTZOLD, G. (Hrsg.): Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn 1999, insbesondere S. 280 ff.

Ort der Vermittlung praktischer Fertigkeiten zurück. Berufsrelevante Fähigkeiten und Fertigkeiten werden als Qualifikationen „integriert" und in gegenseitiger Ergänzung an beiden Lernorten beruflicher Bildung vermittelt. Dabei liegt der Schwerpunkt der schulischen Ausbildungsleistungen auf der Vermittlung und Reflexion von Prinzipien, Begründungszusammenhängen, Rahmenbedingungen und Zielen beruflicher Arbeit in selbstständiger Planung, Durchführung und Ergebniskontrolle unter Berücksichtigung einsatzgebietstypischer Geschäfts- und Arbeitsprozesse. Im Mittelpunkt der praktischen Ausbildung steht die Vermittlung beruflicher Handlungskompetenzen, die dazu befähigen sollen, die beruflichen Aufgaben selbstständig, effizient und vollständig im Rahmen betrieblicher oder institutioneller Gesamtzusammenhänge als Prozess auszuführen, zu gestalten und zu kontrollieren.

Aus diesen Prinzipien der Ausbildung ergeben sich grundsätzliche Anforderungen an berufliche Prüfungen als Instrumente der Kompetenzfeststellung:

- Die berufliche Abschlussprüfung hat die Funktion, zu ermitteln, ob das Ausbildungsziel erreicht wurde. Die Abschlussprüfung muss demnach dazu geeignet sein zu ermitteln, ob die Auszubildenden die Befähigung zu qualifiziertem Handeln im Rahmen von betrieblichen oder institutionellen Geschäftsprozessen und zur Gestaltung von Arbeitsabläufen oder Arbeitsprozessen entwickelt und alle dafür erforderlichen Qualifikationen erworben haben. Grundsätzlich erforderlich ist daher eine Prüfungskonzeption, die sich, wie die Ausbildung selbst, an berufstypischen und einsatzgebietsüblichen Geschäfts- und Arbeitsprozessen orientiert. Prüfungen, die diesem Prinzip folgen, werden in der Berufsbildungsforschung als „prozessorientierte Prüfungen" bezeichnet:

  Das Konzept der Geschäftsprozesse gliedert die in einem Unternehmen anfallenden Aufgaben in zusammenhängende, alle an der Bearbeitung beteiligten Bereiche oder Abteilungen integrierende Abfolgen von Tätigkeiten. Geschäftsprozesse beziehen sich dabei grundsätzlich auf betriebliche Abläufe (Arbeitsprozesse), die mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftreten und die der Wertschöpfung dienen. Daraus ergibt sich ein im Kontext von Ausbildung und Prüfung besonders relevantes Merkmal von Geschäfts- und Arbeitsprozessen: die Kunden-, Bewohner- oder Patientenorientierung. Gegenstand prozessorientierter Prüfungen sind damit immer auch Aspekte der Kundenbeziehungen und der Kundenorientierung.

- Inflexibilität und abstrakte Wissensorientierung des bisherigen beruflichen Prüfungswesens auf dem Gebiet der Gesundheitsberufe hat zu den mittlerweile verbreiteten und fachlich begründeten Forderungen nach veränderten beruflichen Prüfungsformen geführt. Sie beziehen sich im Kern auf

  – die Erfassung beruflicher Handlungskompetenzen insbesondere auch in den schriftlichen Prüfungen und Prüfungsaufgaben;

  – die Entwicklung ganzheitlicher praktischer Prüfungsformen im Kontext der Arbeit;

  – die Einführung einer insgesamt problemhaltigen und prozessorientierten Prüfungsstruktur:

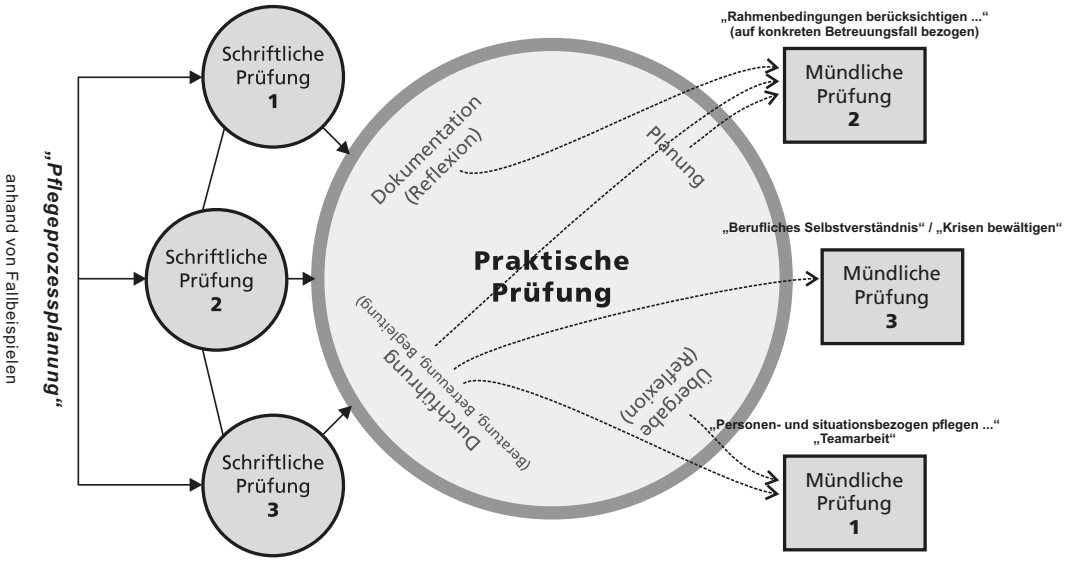
  Lernstandsfeststellungen und Kompetenzüberprüfungen im handlungsorientierten Ausbildungsunterricht bauen grundsätzlich auf möglichst komplexen, problemhaltigen Aufgabenstellungen (auch: Fallbeispiele) auf, für die alternative Lösungswege mit begründeten Entscheidungen gefunden werden können. Dabei sollen möglichst Aspekte aus unterschiedlichen beruflichen Anforderungsbereichen erfasst und verbunden werden.[8] Die-

8 Vgl. SCHELTEN, A.: Einführung in die Berufspädagogik. Wiesbaden 2004, S. 251.

se „ganzheitlichen" Prinzipien müssen auch in Konzepte für Abschlussprüfungen übertragen werden.

Vor diesem Hintergrund hat das BIBB auf der Grundlage der geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen Konzepte für die beruflichen Abschlussprüfungen von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, die das Spektrum der traditionellen Wissensabfragen und Testverfahren hinter sich lassen. Mit ihrer Unterstützung soll erreicht werden, das Qualifikationsspektrum, das für qualifiziertes berufliches Handeln im Rahmen der den Beruf prägenden Geschäfts- und Arbeitsprozesse erforderlich ist, in aussagekräftiger Breite und Tiefe zu prüfen und zu beurteilen. Dies soll durch eine stärkere Anbindung der Prüfungskonzeption insgesamt, der Prüfungsmethoden und der Prüfungsstrukturen an den Ausbildungsprozess und die Berufspraxis erreicht werden. Dadurch soll die Qualität der Erfassung und Beurteilung beruflicher Qualifikationen und Befähigungen optimiert und der Aussagegehalt von Prüfungen über die von den Auszubildenden am Arbeitsplatz zu erwartende berufliche Leistungsfähigkeit gesteigert werden (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Prüfungsstruktur Altenpflege (schematische Darstellung)



- Dies soll erreicht werden, indem die praktische Prüfung in den Mittelpunkt des gesamten dreiteiligen Prüfungsgeschehens rückt und der gesamte Prüfungsablauf „prozessorientiert" gestaltet wird:
  - Die schriftlichen Prüfungen bereiten die praktische Prüfung vor und sind – als Teile einer „Pflegeprozessplanung" ebenso auf sie bezogen wie systematisch untereinander verbunden.
  - Die praktische Prüfung findet für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege in praktischen Arbeitszusammenhängen statt und wird über die Dauer einer Schicht abgehalten. Die praktische Prüfung nutzt dabei optimalerweise die in der Pflegeprozessplanung erarbeiteten Verfahrensgrundlagen.
  - Die mündlichen Prüfungsteile leiten sich aus der praktischen Prüfung und ihren Bestandteilen her und beziehen sich auf sie.

- Methodisch wird die Prozessorientierung durch spezifisch angepasste Prüfungsinstrumente realisiert: Die schriftlichen Prüfungsteile werden als Elemente einer „Pflegeprozessplanung" (Planung, Durchführung/Koordination, Evaluation) angelegt. Grundlage der praktischen Prüfung ist eine „ganzheitliche (Pflege-) Aufgabe" für eine definierte Gruppe von pflegebedürftigen Personen. Pflegeprozessplanung und Durchführung praktischer Arbeitsaufgaben werden in Form einer selbst- und prozesskritischen „Ergebniskontrolle und Bewertung" in den mündlichen Prüfungsteilen aufgegriffen.
- Im schriftlichen Teil der Abschlussprüfung – der im Rahmen des BIBB-Konzepts als dreiteilige „Pflegeprozessplanung" firmiert – werden aktuelle, für die Ausbildungseinrichtung, den Ausbildungsbetrieb oder das berufliche Einsatzgebiet typische Pflegeaufgaben (Pflegeaufträge, nicht: Pflegesituationen oder -tätigkeiten) als Grundlage aufgegriffen.

  Dabei repräsentieren die schriftlichen Prüfungsteile I und II Aufgabenstellungen in der Pflegeprozessplanung, die für die Anforderungen im jeweiligen Beruf typisch sind (Arbeitsprozesse mit berufsprofilprägenden Fachqualifikationen); Prüfungsteil III greift Themenstellungen auf, die grundsätzliche, berufsübergreifende Bedeutung haben.

Übersicht 1: Gegenüberstellung schriftliche Prüfungsteile Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege

„Pflegeprozessplanung"	Prüfungsteile	Altenpflege	Gesundheits- und Krankenpflege
	Prüfungsteil I	– Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen – Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren	– Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten
	Prüfungsteil II	– Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen – Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken	– Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten
	Prüfungsteil III	– Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	– Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten

Allerdings hat auch dieses Konzept mit den Ungereimtheiten der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zu kämpfen:

– Auffällig ist, dass zwei der für die Altenpflege vorgesehenen schriftlichen Prüfungsteile aus Kombinationen von „Lernfeldern" bestehen, hingegen bei der Gesundheits- und Krankenpflege eine eindeutige Zuordnung von Themenbereichen vorgenommen wird.

  Aus Sicht einer möglichst unzweideutigen Feststellung beruflicher Kompetenzen mit Hilfe von Prüfungen ist die für die Altenpflege gefundene Kombinationslösung als sehr unglücklich einzustufen, da sie immer auch Gewichtungsfragen bei der Erstellung von Prüfungsaufgaben und der Bewertung der von den Prüfungsteilnehmern gefundenen Lösungen aufwerfen wird.

– Kritisch zu werten ist auch der inhaltlich völlig unterschiedliche Aufbau der schriftlichen Prüfungsteile von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege: Während bei der Altenpflege theoretisch-wissenschaftliche Aspekte beruflichen Handelns in Kombination mit Planung, Dokumentation und Bewertung altenpflegerischen Berufshandelns stehen, erhält die wissenschaftliche Fundierung der gesundheits- und krankenpflegerischen Arbeit einen eigenen Prüfungsteil. Dafür fehlt bei der Gesundheits- und Krankenpflege – obwohl hier von maßgeblicher Bedeutung – der Themenbereich „Mitwirkung bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie" im schriftlichen Prüfungsteil; er taucht dafür später in der mündlichen Prüfung wieder auf (vgl. Übersicht 2).

  Aus fachlicher Sicht wäre es ohnehin zu befürworten gewesen, wenn eine für beide Berufe vergleichbare Prüfungsstruktur gefunden worden wäre. Dazu zählt an erster Stelle, nicht die theoretische Fundierung der Planung altenpflegerischen Berufshandeln zuzuordnen, sondern die Einbeziehung von Lebenswelten und sozialen Netzwerken.

Übersicht 2: Gegenüberstellung mündliche Prüfungsteile Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege

Prüfungsteile	Altenpflege	Gesundheits- und Krankenpflege
Prüfungsteil I	– Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen	– Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten
Prüfungsteil II	– Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	– Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen
Prüfungsteil III	– Berufliches Selbstverständnis entwickeln – Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen	– Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und in Gruppen und Teams zusammenarbeiten

– Auch für die mündlichen Prüfungen gelten für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nach den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen deutlich unterschiedliche Schwerpunkte (vgl. Übersicht 2). Dabei war es für die Anpassung der Prüfung weniger schwierig, die vorgeschriebenen Prüfungsteile in das neu entwickelte Konzept einzubetten als die Frage zu klären, ob mit der vom Gesetzgeber gefundenen thematischen Aufteilung zwischen schriftlichen und mündlichen Prüfungsbestandteilen („Lernfelder" und Themenbereiche) die den Beruf und seine Leistungsfähigkeit prägenden (Handlungs-) Kompetenzen in angemessener Form erfasst werden können.

  Diese Zweifel nähren sich auf dem Gebiet der mündlichen Prüfung vor allem an den Vorgaben beider Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, die „Entwicklung beruflichen Selbstverständnisses" sowie die Fähigkeit, „berufliche Anforderungen zu bewältigen" bzw. „mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umzugehen" mündlich prüfen zu sollen. Zwar kann beklagt werden, dass den Entwicklern der gesetzlichen Vorgaben die für die Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen notwendige Unterscheidung zwischen Lern- und Verhaltenszielen sowie impliziten und expliziten Lernzielen und ihrer Operationalisierbarkeit im Ausbildungsprozess (und damit

ihrer Prüfungsrelevanz) offensichtlich nicht hinreichend präsent war. Diese Klage allein löst jedoch nicht das Problem, wie geprüft werden kann, was noch nicht einmal in den Teillernzielen der „Lernfelder" für die Altenpflege und in den „Themenbereichen" für die Gesundheits- und Krankenpflege weder als Qualifikationsziel noch als berufliche Kompetenz valide definiert ist (vgl. Übersicht 3):

Übersicht 3: Relevante Teillernziele für die mündliche Prüfungen (Auszug)

Prüfungsteile	Teillernziele Altenpflege	Teillernziele Gesundheits- und Krankenpflege
Berufliches Selbstverständnis entwickeln (und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen)	– Geschichte der Pflegeberufe – Berufsgesetze der Pflegeberufe – Professionalisierung der Altenpflege; Berufsbild und Arbeitsfelder – Berufsverbände und Organisationen der Altenpflege – Teamarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen – Ethische Herausforderungen der Altenpflege – Reflexion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns	Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen, – den Pflegeberuf im Kontext der Gesundheitsfachberufe zu positionieren, – sich kritisch mit dem Beruf auseinander zu setzen, – zur eigenen Gesundheitsvorsorge beizutragen, – mit Krisen- und Konfliktsituationen konstruktiv umzugehen.

- Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie der Entwicklungsstand eines äußerst abstrakten dispositiven Konstrukts wie „berufliches Selbstverständnis" überhaupt in Form einer mündlichen Prüfung festgestellt werden kann: Objektivierbare Kriterien, nach denen „Selbstverständnis" in Prüfungskontexten festgestellt werden könnte, sind nicht bekannt. Unbekannt ist auch, wie individuelle Einschätzungen, Werte oder Werthaltungen, die sich mit beruflichem Selbstverständnis und seiner Beurteilung notwendigerweise verbinden, mit einer Chance auf Vergleichbarkeit skaliert und gewertet werden können.

- Berufliche Prüfungen als Instrumente der Kompetenzbeurteilung stützen sich auf definierte Lernziele in beruflichen Curricula. Diese nutzen im Regelfall unterschiedliche taxonomische Niveaus, um berufliche Fähigkeiten und Fertigkeiten möglichst multidimensional darstellen zu können.
  Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege vernachlässigt diese Standards der beruflichen Lehr-/Lernforschung. Sie nutzt zwar für ihre „Lernfelder" Zielformulierungen – die „Lernfelder" sind jedoch nicht durch so genannte Teillernziele unterlegt, sondern enthalten lediglich eine in ihrer Zusammenstellung wenig plausible Menge an Unterrichtsstoff, dessen Intentionen und Bezüge zum Lernziel unklar und beliebig bleiben. Es darf daher mit einigem Recht vermutet werden, dass die Entwickler dieses Konzepts der Auffassung waren, die Vermittlung einer bestimmten Menge von Wissensinhalten werde aus sich heraus – um beim oben gewählten Beispiel zu bleiben – zur Entwicklung von beruflichem Selbstverständnis führen. Diese Vermutung ist ebenso naiv und irrig wie beispielsweise die Anmutung, dass die Abfrage von Berufsgesetzen oder das Aufzählen von Berufsverbänden zur Beurteilung von beruflichem Selbstverständnis tauglich sein könne.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Gesundheits- und Krankenpflege geht einen etwas anderen, aber ebenso kritikwürdigen Weg wie die Altenpflege: Hier enthält der für die mündliche Prüfung relevante Themenbereich in der Tat Teillernziele, die grundsätzlich zur Beurteilung des individuellen Kompetenzstandes eingesetzt werden könnten. Als problematisch muss allerdings angesehen werden, dass die taxonomischen Niveaus der „Befähigungsziele" weder auf berufliche Kompetenzen ausgerichtet sind noch in Prüfungszusammenhängen umsetzbar sind. „Positionieren", „beitragen", „auseinander setzen" und „umgehen" können sind als Attribute beruflicher Kompetenzen untauglich und können auch nicht als Bewertungsmaßstäbe zur Beurteilung beruflichen Selbstverständnisses eingesetzt werden.

- Mit der Verbindung der drei Prüfungsteile durch berufstypische Aufgabenschwerpunkte wird der Prozessorientierung auch strukturell entsprochen. Die Verklammerung von Planung (schriftliche Prüfung), Durchführung (praktische Prüfung) und Kontrolle/Bewertung (mündliche Prüfung) berufstypischer Leistungen hebt die traditionelle Trennung von Kenntnissen und Fertigkeiten, von Theorie und Praxis auf, so dass die in der Ausbildung erworbenen Qualifikationen im Sinne ganzheitlichen Denkens und Handelns beurteilungsrelevant in die Prüfung eingebracht werden können.

- Um dieses Ziel erreichen zu können, wird im Rahmen der integrierten Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege unter Bezug auf die Modellversuchsklausel die Dauer der praktischen Prüfung beider Berufe angeglichen: Für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege gilt einheitlich für die Prüfungsdauer ein Zeitrahmen von sechs Stunden.[9] Diese – zunächst erprobungsweise – vorgenommene Abweichung von den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen stützt sich im Schwerpunkt auf die folgenden Argumente:

  Die Feststellung beruflicher Kompetenzen im Rahmen von praktischen Prüfungen basiert grundsätzlich auf einer (möglichst) systematischen Verhaltensbeobachtung. Dazu werden im Regelfall kombinierte schriftliche, handlungs- und gesprächsorientierte Verfahren eingesetzt; so auch in den Prüfungsbestimmungen für die beiden Pflegeberufe (vgl. Übersicht 4). Allerdings ergeben sich hierbei teils erhebliche Differenzen zwischen den Anforderungen für Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege, die – je nach Sichtweise – zu einer Diskriminierung der beruflichen Leistungsfähigkeit der Altenpflege oder einer Benachteiligung der Gesundheits- und Krankenpflege führen:

  – Eines der handlungsleitenden Argumente für den Erlass des Altenpflegegesetzes war die „Aufwertung" des Berufs Altenpflege durch seine Zuordnung zu den so genannten „Heilhilfsberufen". Die im Zuge der verfassungsrechtlichen Beurteilung des Berufsgesetzes mit hohem Aufwand geführte Debatte über den Wandel der Altenpflege mit einem „sozialpflegerischen" Kern zu einem „Pflegeberuf" stützte sich im Wesentlichen auf Argumente, dass sich Pflegebedarf und Anforderungen an die Pflege alter Menschen deutlich verändert und maßgeblich erhöht hätten. Von diesem Paradigmenwechsel ist bei der Struktur der praktischen Prüfung in der Altenpflege nichts mehr übrig geblieben:

    Die praktische Prüfung bezieht sich – auch in deutlicher Unterscheidung zur Gesundheits- und Krankenpflege – auf Lernbereiche, die zum einen „theoretisch" ak-

9 Im Rahmen der politischen Beratungsaufgaben des BIBB soll darauf hingewirkt werden, dass die extrem voneinander abweichenden Prüfungszeiten von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege entweder im Rahmen der Durchführungshoheit der Länder oder durch eine Revision des Berufsgesetzes für die Altenpflege aneinander angeglichen werden.

Übersicht 4: Prüfungsbestandteile für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege

Prüfungsbestandteile	Altenpflege	Gesundheits- und Krankenpflege
Prüfungsgegenstand	Der praktische Teil der Prüfung besteht aus einer Aufgabe zur umfassenden und geplanten Pflege einschließlich der Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen.	Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Pflege einer Patientengruppe von höchstens vier Patientinnen oder Patienten.
Prüfungsbereich	(Der praktische Teil der Prüfung) bezieht sich auf die Lernbereiche „Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege“ und „Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung“	Der Prüfling übernimmt in dem Fachgebiet ..., in dem er zur Zeit der Prüfung an der praktischen Ausbildung teilnimmt, ...
Prüfungsaufgabe	Die Prüfungsaufgabe besteht – aus der schriftlichen Ausarbeitung der Pflegeplanung, – aus der Durchführung der Pflege einschließlich Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen und – aus einer abschließenden Reflexion.	… alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation und Übergabe. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling sein Pflegehandeln zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren.
Prüfungsziel		Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der Praxis anzuwenden sowie befähigt ist, die Aufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege … eigenverantwortlich auszuführen.
Prüfungszeitraum	Die Aufgabe soll in einem Zeitraum von höchstens zwei Werktagen vorbereitet, durchgeführt und abgenommen werden.	(Der praktische Teil der Prüfung) kann auf zwei aufeinander folgende Tage verteilt werden.
Prüfungsdauer	Der Prüfungsteil der Durchführung der Pflege soll die Dauer von 90 Minuten nicht überschreiten.	Der praktische Teil der Prüfung soll für den einzelnen Prüfling in der Regel in sechs Stunden abgeschlossen sein.

zentuiert sind („Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege“) und zum anderen nichts mit den Aufgabenschwerpunkten eines Heilhilfsberufes zu tun haben, sondern eher das traditionelle „sozialpflegerische Standbein“ der Altenpflege betreffen („Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung“).[10]

– Gegenstand der praktischen Prüfung für die Altenpflege soll die „umfassende und geplante Pflege einschließlich der Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen“ sein. Für die „Durchführung der Pflege“ – ohne Erarbeitung der Pflegeplanung und die abschließende Reflexion – steht den Prüfungsteilnehmern mit 90 Minuten nur ein Bruchteil (ein Viertel) des Zeitrahmens zur Verfügung, der in der Gesundheits- und Krankenpflege genutzt werden kann. Vor allem unter Beachtung der Zusatzaufgaben „Beratung, Betreuung und Begleitung ...“ ist der Zeitrahmen von 90 Minuten für den Anspruch einer Kompetenzfeststellung wenig realistisch:

  Vor allem im Hinblick auf die arbeitsprozessorientierte Gestaltung der Ausbildung erscheint es angemessen, auch für die praktische Prüfung nicht isolierte Situationen, sondern die Zusammenhänge der Unterstützung bei der Lebensgestaltung in ihrer

10 Hinzu kommt, dass der Lernbereich „Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung“ mit 300 Unterrichtsstunden weniger als die Hälfte der Ausbildungszeit des pflegeberuflichen Mittelpunkts der Altenpflege („Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen“ – 720 Unterrichtsstunden) belegt.

realistischen Komplexität und Umgebungsabhängigkeit in den Blick zu nehmen. Hierzu gehören auch die Beziehungen, die bei Aufgaben und Maßnahmen in der Lebensgestaltung beispielsweise mit erforderlichen pflegerischen Interventionen hergestellt werden müssen, um als wirksam und nachhaltig gesundheitsförderlich gelten zu können. Solche komplexen Arbeitsprozesse sind jedoch nicht in 90minütigen Ausschnitten des Arbeitsalltags darzustellen, sondern lassen sich im Rahmen praktischer Prüfungen mit Aussicht auf Aussagefähigkeit nur im Zeitrahmen eines Schichtablaufs zu präsentieren.

– Zum geforderten Realismus der praktischen Prüfung gehört auch, dass alle Dimensionen der Aufgabenverteilung dem beruflichen Alltag so genau wie möglich entsprechen. Dazu gehört auch, dass die Konzentration der Prüfung auf die Unterstützung einer pflegebedürftigen Person, wie dies die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Altenpflege vorsieht, überdacht wird:

  - Unter den herrschenden Bedingungen in der stationären Altenhilfe ist die Konzentration (alten-) pflegerischer Leistungen auf einzelne Personen ein eher abstrakter Idealfall. Demgegenüber gehören Fähigkeiten zur Arbeitsplanung und Arbeitsorganisation zu den herausragenden beruflichen Kompetenzen, die es ermöglichen können, die erforderlichen Unterstützungs- und Pflegeleistungen in angemessenem Umfang auf die im Regelfall zu betreuenden Personengruppen zu verteilen.

  - Die Arbeitsbedingungen in den ambulanten Diensten widersprechen den in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege festgelegten Vorgaben vollständig. Weder die Konzentration auf eine pflegebedürftige Person noch der Zeitrahmen für Prüfungsaufgaben – zumal bei der Konzentration der praktischen Prüfung auf das Thema „Lebensgestaltung" – entsprechen den betriebstypischen und berufsüblichen Rahmenbedingungen. Vor diesem Hintergrund wird zu klären sein, wie der Ausbildungs- und Lernort „ambulanter Dienst" in die praktische Prüfung der Altenpflege einbezogen werden kann.

■ Das hier skizzierte Konzept zur Arbeitsprozessorientierung der beruflichen Abschlussprüfungen und zur systematischen Verknüpfung der Prüfungsteile von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege sieht auch vor, die Abfolge der einzelnen Prüfungsteile so weit wie möglich zu entzerren: Wochenlange Unterbrechungen zwischen schriftlicher, praktischer und mündlicher Prüfung, wie sie bislang in den Bundesländern üblich sind, widersprechen dem Gedanken der Integration der einzelnen Prüfungsteile zu einer „ganzheitlichen" beruflichen Kompetenzfeststellung.

  Besonders deutlich wird dies an dem Vorhaben, die mündliche Prüfung direkt auf die praktische Prüfung zu beziehen. Um die geforderten Themen in unmittelbarem Bezug zu Ablauf und Geschehnissen der praktischen Prüfung setzen zu können, ist eine enge zeitliche Bindung an die praktische Prüfung unerlässlich – wenn nicht zusätzliche Anforderungen an die Prüfungsteilnehmer (beispielsweise in Form eines Ablaufprotokolls) gestellt werden sollen.

  Gleiches gilt für die schriftliche Prüfung: Als „Pflegeprozessplanung" konzipiert und im Idealfall in konkreter Beziehung zu einer Personengruppe, einem Wohnbereich oder einer Station aufgebaut, die in die praktische Prüfung einbezogen werden soll(en), verbietet sich eine längere, meist mehrwöchige Unterbrechung zwischen den schriftlichen und mündlichen Prüfungsteilen. Selbst zwischen den drei erforderlichen „Klausuren" sollte der zeitliche Abstand mit Blick auf ihren thematischen Zusammenhang so gering wie

möglich gehalten werden: Im Rahmen der integrierten Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegekräften in Brandenburg ist vorgesehen, die erforderlichen Arbeiten in zwei Tagen durchzuführen.

- Ein Problem der hier vorgestellten Anpassung des Prüfungsprozesses kann allerdings darin bestehen, dass durch die Verdichtung des Prüfungsablaufs die Zahl der Prüfer und Prüfungsbeteiligten spürbar über das bis dahin gewohnte Maß hinausgeht und der für die Prüfungen zu leistende Zeitaufwand ansteigt. Dabei müssen insbesondere die folgenden Punkte beachtet werden:

  – Allein die Angleichung der Dauer der praktischen Prüfungen bedeutet für die Altenpflege eine Vervierfachung des in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ursprünglich nur auf 90 Minuten festgelegten zeitlichen Aufwands. Was dabei für die Auszubildenden als Chance auf eine berufsorientierte Normalisierung des Prüfungsgeschehens gelesen werden kann, bedeutet für das Prüfungspersonal (Praxisanleiter, Lehrkräfte, ärztliches Personal sowie das vorsitzende Mitglied des Prüfungsausschusses) eine deutliche Steigerung der Aufwendungen.

  – Die Anhebung der Zeit für die praktische Prüfung kann dazu führen, dass der für die Abschlussprüfungen in der Altenpflege insgesamt zu veranschlagende Zeitrahmen ansteigt, da täglich nur noch ein Prüfungsdurchlauf (in der praktischen Prüfung) möglich ist.

  – Die Anhebung der Zeit für die praktische Prüfung in der Altenpflege kann bei Auszubildenden, die ihren Ausbildungsvertrag bei Sozialstationen oder ambulanten Diensten abgeschlossen haben, zu schwer organisierbaren Prüfungsabläufen führen: Weder ist der Verbleib der gesamten Prüfungskommission über die gesamte Prüfungsdauer von sechs Stunden bei einer ambulant zu pflegenden Person vorstellbar noch ist die Begleitung des Prüflings über einen sechsstündigen ambulanten Einsatz eine realistische Alternative.[11]

  – Die möglichst enge Kopplung der mündlichen an die praktische Prüfung[12] kann dazu führen, dass einzelne Prüfer (insbesondere Praxisanleiter, aber auch: Lehrkräfte) je nach Zahl der Auszubildenden mehrere Tage mit nur geringen Unterbrechungen am Prüfungsgeschehen beteiligt sind – eine Beanspruchung, die Fragen der Freistellung und der Umverteilung von anfallender Arbeit aufwerfen wird.

Die hier beispielhaft skizzierten Problemstellungen beziehen sich im Wesentlichen auf Fragen der Prüfungsorganisation. Sie entstehen zum größten Teil in Auseinandersetzung der arbeitsprozessorientierten Ausbildungs- und Prüfungskonzepte mit den im Verhältnis zu vielen Ausbildungsordnungen vergleichsweise komplexen Verfahrensvorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, die Veränderungen im Ablauf des Prüfungsgeschehens eher erschweren. Alle hier vorgestellten Verfahrenskonzepte sind noch in der Erprobung und nicht abschließend bewertet. Deshalb wird im weiteren Prozess der Umsetzung der Ausbildungen zu klären sein, welche Anpassungen des Prüfungsgeschehens im Rahmen der geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen – möglicherweise in

11 Dabei geht es nicht nur um Fragen des Versicherungsrechts und des Transports aller Prüfungsbeteiligten oder die Abgrenzung von Fahrt- zu Prüfungszeiten; auch die Organisation des Ablaufs und das Einholen der Einwilligung aller zu pflegenden Personen stellt erhöhte logistische Anforderungen. Im Falle des erprobungsweise veränderten Prüfungsablaufs bei der integrierten Ausbildung von Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegekräften in Brandenburg wird eine Regelung angestrebt, nach der die praktische Prüfung in ambulanten Diensten auch an zwei aufeinander folgenden Tagen durchgeführt werden kann, wenn die Sachlage dies erforderlich machen sollte.

12 Nach den gegenwärtigen Planungen für die integrierte Ausbildung in Brandenburg werden die mündlichen Prüfungen in der auf die praktische Prüfung unmittelbar folgenden Woche durchgeführt.

Verantwortung der an der Umsetzung beteiligten Bundesländer – möglich sind oder ob mittelfristig eine Revision der Prüfungsvorschriften vorgeschlagen werden soll.

Schwierigkeiten bei der Veränderung des Prüfungsszenarios ergeben sich jedoch nicht nur vor dem Hintergrund der Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen; auch die Durchführungsregeln in den Bundesländern müssen bei beabsichtigten Prüfungsmodifikationen beachtet werden: So wird beispielsweise in vielen Bundesländern die Abschlussprüfung einheitlich als zentrale Prüfung mit landesweit einheitlichen Prüfungsaufgaben für die schriftlichen und ergänzenden Fragen für die mündliche Prüfungen durchgeführt. Daran gekoppelt sind in den meisten Fällen auch explizite Vorgaben für den Zeitpunkt und den zeitlichen Ablauf der einzelnen Prüfungsteile. Auch im Hinblick auf solche Durchführungsbestimmungen wird zu prüfen sein, ob arbeitsprozessorientierte Prüfungskonzepte wie das vom BIBB entwickelte Modell in landeseinheitliche Prüfungsverfahren integriert werden können oder ob der Aufwand für Durchführung und Kontrolle der Prüfungen durch die vorgeschlagenen Veränderungen zu hoch wird.

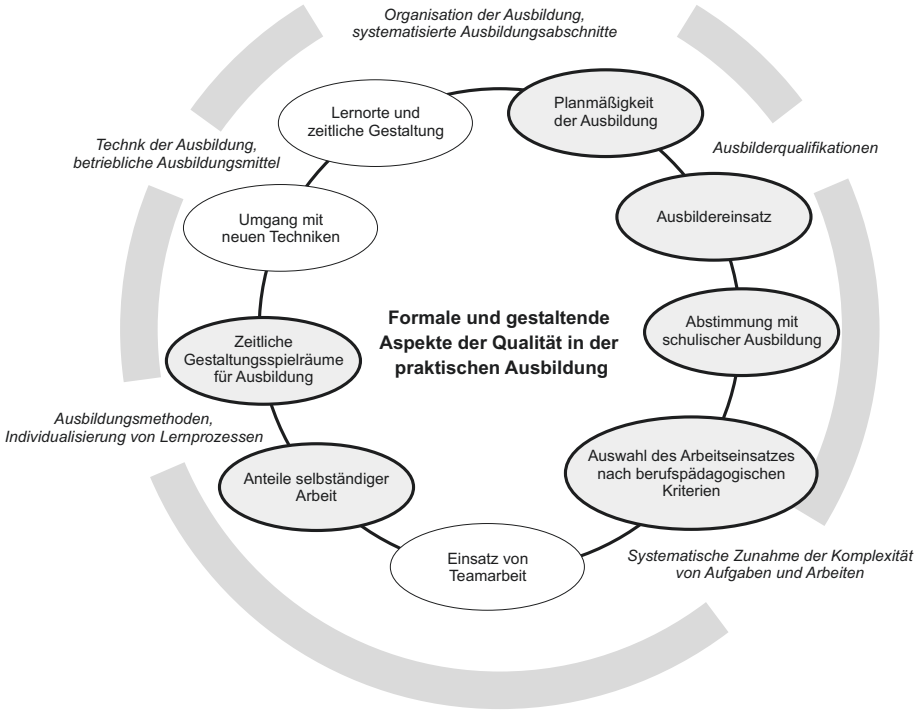
WOLFGANG BECKER

Die Umsetzung der praktischen Ausbildung

Während sich die Implementation der schulischen Ausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nach den Ausbildungscurricula des BIBB mit einer Reihe von didaktischen und strukturellen Orientierungswechseln in Schulen des Gesundheitswesens auseinanderzusetzen hatte, musste für die Umsetzung der praktischen Ausbildung ein völliger Neuanfang gewagt werden: In den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens sind insgesamt keine „ausbildungspädagogischen" Traditionen, geschweige denn übertragungsfähige berufspädagogische Standards für eine praktische oder gar „betriebliche" Ausbildung mit eigenen Ausbildungszielen und Kompetenzdimensionen vorhanden. Daher bestand die zweite große Herausforderung der Umsetzungsprozesse darin, die mindestens erforderlichen „dualen" Strukturen und Inhalte für eine geschäfts- und arbeitsprozessorientierte praktische Ausbildung für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zu definieren, bei den Ausbildungsstätten und Ausbildungsbetrieben einzuführen und sie im Hinblick auf Operationabilität und Wirksamkeit im Prozess der Umsetzung zu prüfen.

Da im Gegensatz zum Berufsbildungsgesetz und den auf seiner Grundlage erlassenen Ausbildungsordnungen weder Berufsgesetze noch Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verwertbare Kriterien für die Konzeption solcher Strukturen für die praktische Ausbildung enthalten, mussten die für die duale Berufsausbildung geltenden und genutzten Qualitätskriterien

Abbildung 1: Indikatoren der Qualität praktischer Ausbildungsprozesse



auf Übertragbarkeit und ihre Verwendungsrationalität geprüft werden. Dabei haben wir uns im Wesentlichen auf die bis heute anerkannten Standards der so genannten „Inputqualität" der dualen Berufsausbildung gestützt, die die wichtigsten, von Ausbildungsstätten und -betrieben zu schaffenden Voraussetzungen für eine anforderungsgerechte und in ihrer Qualität nachhaltige Ausbildung maßgeblich beeinflussen: Die eher formalen, auf systematische und vergleichbare Ausbildungsstrukturen zwischen Betrieben, Berufen und Regionen ausgelegten Kriterien der meist nach ihrem damaligen Leiter benannten „Edding-Kommission"[1] von 1974 sowie ergänzend hierzu die vom BIBB Ende der 80er Jahre entwickelten Qualitätsindikatoren für betriebliche Ausbildungsprozesse, die sich – fünfzehn Jahre nach den Vorarbeiten der Sachverständigenkommission – mehr auf das Gestaltung kooperativer Lernmöglichkeiten im praktischen Ausbildungsprozess konzentrieren (vgl. Abbildung 1).[2]

Im Prozess der Prüfung, welche der qualitätsbeeinflussenden Standards aus dem Bereich der dualen Berufsausbildung – auch vor dem Hintergrund der geltenden berufsgesetzlichen Rahmenbedingungen – genutzt werden könnten, wurde schnell klar, dass eine Überführung „dualer Standards" im Rahmen der insgesamt dreijährigen Implementationsphase der BIBB-Curricula nur in Ausschnitten gelingen konnte. Da bei der Umsetzung der praktischen Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege in der Regel keine, höchstens aber so genannte „Hausstandards" (Verabredungen oder Vereinbarungen zwischen Schule und Ausbildungsstätte) galten und gelten, mussten zuerst diejenigen Qualitätskriterien ausgewählt werden, die für die erstmalige Einführung einer praktischen Ausbildung an Stelle des bis dahin üblichen Praktikums unverzichtbar waren. Vor diesem insgesamt äußerst defizitären Hintergrund war es unverzichtbar, sich zunächst auf die für die erstmalige Umsetzung der praktischen Ausbildungsrahmenpläne erforderlichen formalen Strukturen in den Ausbildungsstätten und Betrieben zu konzentrieren (vgl. Abbildung 1, *kursiv* dargestellt) und sie so weit wie möglich im Ausbildungsprozess zu verankern:[3]

- **Organisation und Planung der Ausbildung, Systematisierung der Ausbildungsabschnitte:** Die Organisation der praktischen Ausbildung sowie die Systematisierung ihres Ablaufs in den ausbildenden Einrichtungen und Betrieben von Altenhilfe und Gesundheitswirtschaft ist einer der herausragenden Schwerpunkte bei der Implementation der „dualisierten" Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege.

  Dazu gehört es an erster Stelle, die für die Durchführung einer nach betrieblichen Standards aufgebauten praktischen Ausbildung erforderlichen organisatorischen und planerischen Schritte aus Sicht der praktischen Ausbildungsstätten und/oder Betriebe zu klären: Hierzu zählen unter anderem die begründete Auswahl der an der Ausbildung zu beteiligenden Bereiche oder Stationen, die Bestimmung von Ausbildern/innen und der sie bei der Ausbildung unterstützenden und/oder vertretenden Personen, die Klärung von Verantwortung und Zuständigkeiten für alle die Ausbildung betreffenden Entscheidungen, die Identifikation von berufstypischen und einsatzgebietsüblichen Arbeitsprozessen, die – unter Zugrundelegung des Ausbildungsrahmenplans – für die praktische Ausbildung genutzt werden können („lernhaltige Arbeit"), die lernförderliche Gestaltung der für die Ausbildung genutzten Arbeitsumgebungen und die (möglichst frühzeitige) Festlegung der praktischen Ausbildungsphasen in ihrer Dauer und ihrer Sequenzierung über die Ausbildungsjahre hinweg.

---

1 Vgl. SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION KOSTEN UND FINANZIERUNG DER BERUFLICHEN BILDUNG: Kosten und Finanzierung der außerschulischen beruflichen Bildung. BT-Drucksache 7/1811. Bonn, 14.3.1974

2 Vgl. DAMM-RÜGER, S. u. a.: Zur Struktur der betrieblichen Ausbildungsgestaltung. Berlin 1988

3 Vgl. hierzu am Beispiel der Berufsausbildung für die Altenpflege BECKER, W.; JANSSEN, B.: Berufsausbildung in der Altenpflege. Leitfaden für die praktische Ausbildung. Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung. Bielefeld 2003.

Diese und eine Reihe weiterer organisatorischer und planerischer Vorarbeiten[4] müssen zwingend vor Ausbildungsbeginn geklärt werden und können nicht als optional oder als gelegentlich zu klären betrachtet werden: Im Unterschied zum „Praktikum" traditioneller Prägung sind die praktischen Ausbildungsstätten bei Einsatz der BIBB-Curricula aufgefordert, ihre eigenen Interessen an der Durchführung der Ausbildung und an der Definition des Ausbildungsniveaus im vorhinein und verbindlich festzulegen.

Dabei hat es sich im Zuge der Implementation der BIBB-Curricula und der dabei erforderlichen Beratungstätigkeiten als (fast) unabdingbar herausgestellt, die institutionelle Zuständigkeit und Verantwortung für die praktische Ausbildung ungeteilt in die Hand der Praxisanleitung zu legen, die Praxisanleitung in institutionelle oder betriebliche Qualitätszirkel zu integrieren und sie gleichzeitig als verantwortlichen Partner in die Entscheidungs- und Verantwortungshierarchie aufzunehmen. Nur so können die Belange der Ausbildung als „Teil der Arbeit" in den Geschäftsprozessen der Einrichtungen und Betriebe in Altenhilfe und Gesundheitswirtschaft berücksichtigt werden. Gleichzeitig ist die Sicherung des Mitspracherechts und die Entscheidungsbeteiligung für Praxisanleiter eine gute Gelegenheit, die Aufgabe des Ausbildens in der Einrichtung oder im Betrieb maßgeblich aufzuwerten und mit höherer Akzeptanz zu versehen.

Ähnlich wie bei der Planung der schulischen Ausbildung (vgl. zum Beispiel Kapitel „Sequenzierung des Ausbildungsprozesses", S. 111ff) benötigt auch die Planung und Organisation der praktischen Ausbildung eine sorgfältige inhaltliche Systematisierung des Qualifizierungsprozesses: Nach Möglichkeit sollte jede praktische Ausbildungsphase unter ein „Motto" gestellt werden, das die Ausbildungsinhalte „verzahnt", den Anschluss an die schulischen Ausbildungsphasen verdeutlicht und es allen Ausbildungsbeteiligten gestattet, Inhalte und Zielstellungen des Ausbildungsabschnittes zu identifizieren und die Zusammenhänge der praktischen Ausbildungsabschnitte über die gesamte Ausbildungszeit hinweg zu erkennen.

- Systematische Zunahme der Komplexität von Aufgaben und Arbeiten:[5] Zur Systematisierung der praktischen Ausbildung gehört auch die Entwicklung eines Konzeptes zur Entwicklung und didaktischen „Stufung" von Ausbildungsgegenständen und -inhalten. Die Ausbildungsrahmenpläne der BIBB-Curricula lassen eine erste systematisch gestufte Verteilung der zu vermittelnden Qualifikationen auf die gesamte Ausbildungszeit erkennen (sachliche und zeitliche Gliederung). Sie muss pädagogisches Prinzip jedoch auf alle als qualifikationstauglich befundenen Geschäfts- und Arbeitsprozesse und die Heranführung der Auszubildenden an die berufstypischen und einsatzgebietsüblichen Aufgaben und Arbeiten übertragen werden: Nicht jede sich im beruflichen Alltag ereignende Arbeit ist in ihrem situativen Anforderungsgehalt „lernhaltig" und/oder „ausbildungstauglich". Deshalb sollte berufliche Arbeit – erst recht „Arbeit im Prozess der Ausbildung" – grundsätzlich penibel geplant, systematisch aufgebaut und mit wechselnden, zunehmend komplexen Anforderungen versehen sein, um den Ansprüchen einer anforderungsgerechten beruflichen Qualifikationsvermittlung und Kompetenzentwicklung genügen zu können.

  Insbesondere die unter Qualifikationsgesichtspunkten vorzunehmende systematische Auswahl, Planung und Gestaltung beruflicher Arbeit bereitete bei der Umsetzung der neuen Ausbildungsgänge erhebliche Schwierigkeiten. Vor allem fehlt es den Praxisanlei-

4 Am Beispiel der Altenpflege sind alle erforderlichen Planungsschritte für die praktische Ausbildung in einem „Leitfaden" zusammengefasst und erläutert worden. Vgl. DIES., ebda.

5 Dieser Faktor der Qualität der praktischen Ausbildung firmiert im Abschlussbericht der Sachverständigenkommission „Kosten und Finanzierung der beruflichen Bildung unter der der Bezeichnung „Die Intensität der Berufsausbildung", a. a. O., S. 151ff.

tern/ innen vielfach (noch) an anforderungsgerechten berufspädagogisch-fachlichen und formalen Qualifikationen für die aus betrieblich-institutioneller Perspektive eigenständig zu planende praktische Ausbildung (siehe unten: Ausbilderqualifikationen). Daneben blockieren bis heute die durchgängig ausbildungsfremden Arbeitsroutinen und meist zufällig entstehenden Organisationsformen der Arbeit in Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege die systematische Entwicklung und Gestaltung von Ausbildungsaufgaben.

- **Ausbilderqualifikationen:** Bis heute ist die Qualifikation des Ausbildungspersonals insbesondere bei den in der Gesundheitswirtschaft und Altenhilfe dominierenden kleinen und mittleren Betriebsgrößen der dominante Qualitätsfaktor.[6] Die Qualifikationen des Personals für die praktische Ausbildung in den Gesundheitsberufen – Praxisanleiter/innen und/oder Mentoren/innen – genügen allerdings bis heute nicht den Anforderungen, die an die Aufgabe der betrieblich gesteuerten, individuellen Entwicklung beruflicher Kompetenzen zu stellen sind. Hier liefern auch die Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege keine verwertbaren Grundlagen:

  Während in der Gesundheits- und Krankenpflege diejenigen Personen „zur Praxisanleitung geeignet sind ..., die über eine Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren sowie eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen“[7], definiert die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege lediglich, dass die „ausbildende Einrichtung für die Zeit der praktischen Ausbildung die Praxisanleitung … durch eine geeignete Fachkraft“ sicherzustellen habe. „Geeignet“ sind danach Alten- oder Krankenpflegekräfte „mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der Altenpflege und der Fähigkeit zur Praxisanleitung, die in der Regel durch eine berufspädagogische Fortbildung oder Weiterbildung nachzuweisen ist.“[8]

  Zu Beginn der Umsetzung der neuen Ausbildungen verfügte nur eine Minderzahl der mit Ausbildungsaufgaben Mitarbeiter/innen über die „in der Regel“ vorausgesetzten (Altenpflege) oder mindestens geforderten (Gesundheits- und Krankenpflege) Qualifikationen, so dass grundsätzlich nur davon ausgegangen werden konnte, dass die Auszubildenden auf dem Wege des nachahmenden Lernens an die Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben „herangeführt“ werden würden. Von gesicherten Kompetenzen in der (berufs-) pädagogischen Begründung, Planung, Steuerung und Gestaltung der praktischen Ausbildung kann jedoch bis heute nicht zweifelsfrei gesprochen werden. Zwar haben heute fast alle Praxisanleiter/innen die geforderten Fortbildungen besucht und/oder verfügen über die erforderliche formale Zusatzqualifikation. Doch ist keinesfalls gesichert, ob die erworbenen Qualifikationen über allgemeine pädagogische Grundlagen zur Anleitung hinaus die für die praktische „Ausbildung im Prozess der Arbeit“ erforderlichen Regeln und Verfahrensmuster in der notwendigen Präzision und Tiefe beinhalten. Hier wird der Faktor „Ausbilderqualifikation“ ganz eindeutig zum Problem der nur schwer nachvollziehbaren Qualität der einschlägigen Fort- und Weiterbildungsangebote,[9] die nur in ganz seltenen Ausnahmefällen einen Einblick in die tatsächlich vermittelten Qualifikationen erlauben –

6 Vgl. SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSIONEN KOSTEN UND FINANZIERUNG DER BERUFLICHEN BILDUNG: Kosten und Finanzierung der außerschulischen beruflichen Bildung, a. a. O., S. 154. Bei größeren und Großbetrieben tritt – bei gleichbleibender Bedeutung der Qualifikation – der Faktor „Organisation“ stärker in den Vordergrund; vgl. DIES., ebda.

7 Vgl. AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR DIE BERUFE IN DER KRANKENPFLEGE (KrPflAPrV) vom 10.11.2003, § 2, Abs. 2. BGBl. 2003, Teil I Nr. 55 vom 19.11.2003, S. 2263

8 Vgl. AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR DEN BERUF DER ALTENPFLEGERIN UND DES ALTENPFLEGERS (AltPflAPrV) vom 26.11.2002, § 2, Abs. 2. BGBL. 2002, Teil I, Nr. 81 vom 29.11.2002, S. 4418.

9 Vgl. BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hrsg.): Checkliste Qualität beruflicher Weiterbildung. Bonn 2002.

auch dann, wenn landesspezifische Verordnungen die Praxisanleiter-Weterbildungen in Dauer und Inhalten regeln.

Grundsätzlich hat sich im Verlauf der Umsetzung der BIBB-Curricula und der dabei vorgenommenen Beratung und Unterstützung der praktischen Ausbildungsstätten seit 2002 immer wieder herausgestellt, dass die im gesamten Gesundheitswesen fehlenden Traditionen der praktischen Ausbildung sowie die fehlenden betrieblichen Organisationsmuster, die eine Ausbildung nach dem Vorbild der außerschulischen beruflichen Bildung unterstützen könnten, die wohl größten Belastungsfaktoren bei Realisierung moderner Ausbildungsstrukturen in den Einrichtungen und Betrieben der Altenhilfe und der Gesundheitswirtschaft darstellen.

Daher ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Entwicklung und Umsetzung praktischer Ausbildungspläne sowie die insgesamt arbeitsprozessorientierte Gestaltung der praktischen Ausbildung im Regelfall nur in Ansätzen als gelungen zu bezeichnen. Dabei spielt die auch in den Berufsgesetzen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege weiter fortgeschriebene Abhängigkeit der praktischen Ausbildungsstandorte von den in der „Gesamtverantwortung" stehenden Schulen eine äußerst problematische Rolle: Dort, wo Alten- und Krankenpflegeschulen das Definitionsrecht über das praktische Ausbildungsgeschehen wahrnehmen, weil sie sich in einer Tradition der Zuständigkeit sehen oder wahrnehmen müssen, weil keine eigenständige Ausbildungsleistung von den Ausbildungsstätten und Praxisanleitern/innen zu erkennen oder zu erwarten ist, können sich weder Kompetenzen noch Strukturen entwickeln, die geeignet wären, die Entwicklung eines eigenständigen Qualitätsprofils der praktischen Ausbildung zu fördern.

- Ausbildungsmethoden, Individualisierung der Ausbildungsprozesse: Die Qualität der praktischen Ausbildung als Prozess des beruflichen Kompetenzerwerbs vermittelt sich – als abhängige Variable der Qualifikation der Ausbilder oder Praxisanleiter – an herausgehobener Stelle über die eingesetzten und an den individuellen Bedarf angepassten Ausbildungsmethoden: „Die Ausbildungsmethode soll gewährleisten, dass die Ausbildung den Fähigkeiten des einzelnen Auszubildenden angepasst ist und dass der Auszubildende motiviert wird, einen möglichst hohen Lern- und Ausbildungserfolg anzustreben. … Die Art der Förderung, die der Auszubildende vom Betrieb während seiner Ausbildungszeit erhält, ist besonders wichtig für seine Lernmotivation. Die Kommission geht ferner davon aus, dass die Lernmotivation in dem Maße steigt, in dem der Auszubildende den Gesamtzusammenhang des Betriebes zu überschauen lernt. Schließlich darf angenommen werden, dass die Lernmotivation steigt, wenn der Auszubildende aktiv an der Gestaltung seiner Ausbildung mitwirken kann."[10]

  Zum Beginn der Umsetzung der neuen Ausbildungen musste festgestellt werden, dass sowohl in der Altenpflege als auch in der Gesundheits- und Krankenpflege zwar durchaus unterschiedliche Formen einer meist tätigkeitsorientierten und erfahrungsgeleiteten „Anleitung zur Arbeit", aber grundsätzlich keine methodisch basierte praktische Ausbildung durchgeführt wurde: Das systematische Erschließen von berufstypischen Arbeitszusammenhängen (Arbeitsprozessen) aus (berufs-) pädagogischer Perspektive mit dem Ziel der strukturierten Vermittlung der im Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung vorgegebenen Lernziele im Prozess der möglichst lernförderlich gestalteten Arbeit war (und ist) als Prinzip der praktischen beruflichen Ausbildung nicht bekannt.

  Deshalb mussten im Rahmen der ersten beiden Ausbildungsjahre wiederholt Praxisanleiterschulungen durchgeführt werden, die sich zur Erarbeitung der wichtigsten Grundla-

10 SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION KOSTEN UND FINANZIERUNG DER BERUFLICHEN BILDUNG, a. a. O., S. 154 und S. 158.

gen einer methodisch sicheren und eigenständigen praktischen Ausbildung im Wesentlichen auf die Ableitung von Ausbildungsaufgaben aus den beruflich prägenden Arbeitsprozessen und den Lernzielen des Ausbildungsrahmenplans konzentriert haben. Um den Prozess der eigenständigen, schulunabhängigen Konzeption, Durchführung und Gestaltung der praktischen Ausbildung in den Einrichtungen und Betrieben von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zu unterstützen, wurden 2004 vom BIBB ergänzende „Umsetzungshilfen" für die praktischen Ausbildungsrahmenpläne entwickelt, die beispielhaft die zu berücksichtigenden fachlichen Hintergründe der Lernziele für die praktische Ausbildung erläutern, methodisch-didaktische Verfahrensweisen skizzieren und Umsetzungsbeispiele darstellen.

Dabei hat sich das Konzept des BIBB, die Entwicklung von berufsbezogenen Strukturkompetenzen durch Fokussierung des beruflichen Lernens auf berufstypische Arbeitsprozesse und Arbeitsstrukturen in den Mittelpunkt der Ausbildung zu stellen, als außerordentlich erfolgreich erwiesen: Stichpunktbefragungen von Lehrkräften, Praxisanleitern und Stationsleitungen im Rahmen der integrierten Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften am Ende des ersten und des zweiten Ausbildungsjahres heben gleichlautend die gegenüber „traditionell" ausgebildeten Kräften deutlich verbesserte berufliche Selbstständigkeit (geringerer Anleitungs- und Kontrollaufwand), bessere Erfassung der zu beachtenden Zusammenhänge und höhere „Prozesssicherheit" (eigenständige Ablaufkontrolle bei umfassenden Aufgaben, Termin- und Einsatzsicherheit usw.) hervor.[11] Auf dieser Grundlage ist es mittlerweile gelungen, die praktische Ausbildung auf eine durchaus solide und im weiteren Verlauf ausbaufähige Grundlage zu stellen.

- **Technik der Ausbildung, betriebliche Ausbildungsmittel:** Die technische Ausstattung der Ausbildungsumgebung und die Nutzbarkeit berufstypischer und am Einsatzgebiet üblicherweise eingesetzter technischer Hilfsmittel ist nicht nur für gewerblich-technische, sondern auch für Gesundheitsfachberufe ein wichtiger – wenn auch gern vernachlässigter – Qualitätsindikator der Ausbildung. Ihr Vorhandensein und ihre Verfügbarkeit im Prozess der Qualifizierung ist mitentscheidend für die Wirksamkeit direkter pflegerischer Interventionen – genau so gut aber für den Erfolg präventiver und/oder rehabilitativer Arbeitsansätze: Absaugpumpen, Anti-Dekubitus-Systeme, Atemtherapie- und Bestrahlungsgeräte, Inhalationsapparate und Medikamentenlagerungssysteme sind mindestens ebenso wichtige Unterstützungsmittel pflegerischer Berufsarbeit wie die EDV-technische Unterstützung der Pflegeplanung, der Dokumentation und der Abrechnungsaufgaben. Sie müssen – unter Beachtung der planvoll zu steigernden Komplexität der Ausbildungsaufgaben – als betriebliche Ausbildungsmittel rechtzeitig und realistisch in den Ausbildungsprozess eingebunden und nicht, wie dies im Verlauf der Umsetzung der praktischen Ausbildung beobachtet werden konnte, erst für die „spätere Berufsarbeit aufgespart" werden.

Erst nach Klärung dieser Grundvoraussetzungen konnte mit der Implementationen der wichtigsten qualitativen Gestaltungsmittel der praktischen Ausbildung – wenn auch bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur in Ansätzen – begonnen werden (vgl. Abbildung 1, *schattierte* Darstellungen):

- **Planmäßigkeit der Ausbildung:** Die wohl größten Schwierigkeiten bei der Einführung und – viel mehr noch – bei der Verankerung der praktischen Ausbildung in den Einrichtungen und Betrieben in Altenhilfe und Gesundheitswirtschaft bestehen darin, die Ausbildung planmäßig und – im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit – konsistent

11 Ähnliche Einschätzungen werden auch von weiteren Krankenhausträgern vertreten, die das BIBB-Curriculum für die Gesundheits- und Krankenpflege einsetzen.

durchzuführen: Ausbildung und/oder „Anleitung" ist im Arbeitsalltag der Stationen und Wohngruppen in den meisten Fällen eine „Restgröße", die nur dann zum Zuge kommt, wenn „die Arbeit erledigt" ist oder durch Zufall geeignete Gelegenheiten oder Arbeitspausen entstehen. Die im Umfeld der Curriculumentwicklung im Bereich des Krankenhauswesens durchgeführten Arbeitsanalysen haben Hinweise darauf ergeben, dass durchschnittlich pro Ausbildungswoche rechnerisch ungefähr ein Äquivalent von zwei Stunden Ausbildung (Anleitung) stattfindet und dass eine systematische Verzahnung dieser in Bruchstücke parzellierten Lernzeit im Regelfall nicht gegeben ist. In der Tendenz lassen sich ähnliche Ergebnisse auch in der Altenhilfe feststellen, wenn auch die Zeitanteile zumindest in der stationären Altenpflege im Durchschnitt etwa doppelt so hoch ausfallen wie im Krankenhaus.

Vor diesem Hintergrund ist im Rahmen der Umsetzung der BIBB-Curricula großer Wert darauf gelegt worden, dass in den Phasen der praktischen Ausbildung die Aufgabe „Ausbildung" als feste Planungsgröße mit nennenswert über den erhobenen Werten liegenden Zeiten in den Arbeitsprozess des jeweiligen Lernortes integriert wird. Dies sollte vorrangig geschehen durch

- frühzeitige Festlegung des von Auszubildenden und Praxisanleitern oder anderen ausbildungsbefugten Mitarbeitern in der Ausbildungsphase zu betreuenden Personenkreises (Bezugsgruppe / Bezugspersonen / Zimmer) unter Berücksichtigung des jeweiligen Ausbildungsstandes und durch die
- Entwicklung von Ausbildungsaufgaben oder Ausbildungsprojekten, die entsprechend der Pflegebedürftigkeit bzw. dem Gesundheitszustand der Bezugspersonen über die gesamte Dauer der Ausbildungsphase oder (beispielsweise bei kürzeren Aufenthalten im Krankenhaus) über die voraussichtliche Dauer der Anwesenheit der Patienten konzipiert werden sollten. Dabei ist – neben der Orientierung an den im Ausbildungsrahmenplan festgelegten Zielen der praktischen Ausbildung – immer auch die Verzahnung mit den aktuellen Gegenständen der schulischen Ausbildung zu berücksichtigen.

- **Ausbildereinsatz:** Aufgrund der in der Altenhilfe und im Krankenhauswesen üblicherweise vorherrschenden Arbeitsorganisationssysteme (Schichtarbeit und ihre betriebs- oder institutionsspezifischen Varianten) bereitet die Einsatzplanung von Ausbildern bzw. Praxisanleitern in den Phasen der praktischen Ausbildung nicht selten Schwierigkeiten. Da „Ausbildung" in den meisten Häusern als Zusatzaufgabe zur pflegerischen Kernarbeit definiert wird, werden auch für Praxisanleiter Schichtfolge und Einsatzorte überwiegend nach pflegerischem Bedarf und erst nachrangig im Hinblick auf Ausbildungsaufgaben festgelegt.

  Im Verlauf der Umsetzung der neuen Ausbildungen hat die arbeitsorganisatorische Nachrangigkeit von Ausbildungsaufgaben immer wieder zu Situationen geführt, in denen an Einsatzorten und in Schichten, in denen Auszubildende eingesetzt waren, weder Praxisanleiter noch andere für Ausbildungsaufgaben vorgesehene Mitarbeiter anwesend waren. Da solche Ereignisse nicht als Einzelphänomene betrachtet werden konnten, sondern nach den Beobachtungen in der Implementationsphase beider Ausbildungen in mehr als der Hälfte der Ausbildungsstätten – trotz ursprünglich anders lautender Einsatzplanungen oder aufgrund fehlender Ausbilder-Einsatzplanungen – mehr oder weniger regelmäßig vorkamen, musste darauf hingewirkt werden, den Einsatz des Ausbildungspersonals so weit wie möglich zu verstetigen.

  Da Praxisanleiter als „ausführende Mitarbeiter" im Regelfall nicht autonom über ihren Arbeitseinsatz verfügen können, war es erforderlich, die in der Hierarchie der Ausbildungs-

stätten verantwortlichen Personen (in der Regel Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen) in den Problemlösungsprozess einzubeziehen, für den mindestens die die folgenden Leitlinien beachtet werden sollten:

- Die praktische Ausbildung darf nicht mit dem traditionellen „Praktikumseinsatz" gleichgestellt werden, in dessen Ablauf die „Praktikanten" überwiegend, wenn nicht sogar ausschließlich als Arbeitskräfte mit Unterstützung einer sporadischen „Praxisanleitung" in die anfallende Arbeit integriert wurden.

- Die praktische Ausbildung darf in den an der Ausbildung beteiligten Betrieben und Institutionen nicht nur nach den Faktoren Kosten und Aufwand beurteilt werden; vielmehr verdienen auch die Faktoren Wirkung und Nutzen die ihnen gebührende Beachtung. Erwiesen ist,[12] dass eine durch berufspädagogisch qualifizierte Ausbilder anforderungsgerecht strukturierte und durch geeignete Lernmöglichkeiten im Prozess der Arbeit unterstützte Ausbildung nicht nur teils erheblicher und unmittelbar zählbarer wirtschaftlicher Nutzen entsteht,[13] sondern auch die Qualität der Arbeit – und dadurch auch die Motivation der Mitarbeiter – erheblich und nachhaltig wirksam gesteigert werden kann.

- Die praktische Ausbildung findet nach den Traditionen der schulischen Berufsbildung nur während bestimmter, zeitlich begrenzter Phasen pro (Ausbildungs-) Jahr statt. Unter Beachtung von Wirksamkeit und Nutzen der praktischen Ausbildung sollten diese Phasen rechtzeitig und gründlich (in Absprache mit der ausbildenden Schule) geplant werden – insbesondere mit Blick auf den Einsatz der Ausbildenden (Praxisanleiter), ihrer Anwesenheit am Ausbildungsort und ihre (teilweise) Freistellung von der alltäglichen Arbeit zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Ausbildung.

- Alle an der praktischen Ausbildung Beteiligten – gerade wenn die Ausbildung „im Prozess der Arbeit" durchgeführt werden soll – benötigen verlässliche Strukturen. Dazu gehört vor allen Dingen, dass die für die Dauer der praktischen Ausbildungsphasen zu pflegenden Personen, Personengruppen oder Bereiche rechtzeitig und definitiv festgelegt werden und – so weit dies möglich ist – in das Ausbildungsgeschehen wenigstens informativ einbezogen werden.

- **Auswahl des Arbeitseinsatzes nach berufspädagogischen Kriterien:** Ausbildung im Prozess der Arbeit als Standard für jede arbeitsprozessorientierte Ausbildung versteht sich als Aufforderung zur Integration beider Prozessbestandteile: Arbeit soll – beispielsweise in der Aggregation der Gegenstände und Inhalte oder in der zeitlichen, personellen und räumlichen Dimension – so „lernförderlich" oder „lernhaltig" gestaltet werden, dass aus ihr gelernt werden kann und sie zur Herausbildung spezifisch beruflicher und allgemeiner sozialer Kompetenzen taugt. Das bedeutet für die Planung der Beteiligung der Auszubildenden an den am Lernort „Praxis" anfallenden Arbeiten, dass jede im Ausbildungszusammenhang zu leistende Arbeit zunächst daraufhin geprüft wird, ob und wie sie – mit Blick auf die Vorgaben des Ausbildungsrahmenplans – zum Erwerb beruflich relevanter Qualifikationen und/oder Kompetenzen beitragen kann. Danach wird zu prüfen sein, welche Ausbildungsaufgaben unter Nutzung welcher didaktischer Strukturen und Methoden den Kompetenzerwerb in der dafür vorgesehenen Zeit unterstüten können.

12 Vgl. u. a. WALDEN, G.; HERGET, H.: Nutzen der betrieblichen Ausbildung für Betriebe – erste Ergebnisse einer empirischen Erhebung. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 6/2002, S. 32 – 37

13 WALDEN und HERGET berichten beispielsweise davon, dass 72% der von ihnen befragten ausbildenden Betriebe durch Ausbildung eine deutliche Steigerung des Geschäftswertes der Unternehmen erkennen. Vgl. DIES., ebda, S. 35.

Als außerordentlich zielführend hat es sich im Verlauf der Umsetzung der vom BIBB konzipierten Ausbildungen dabei erwiesen, die in den Ausbildungsphasen täglich zu leistende Arbeit nicht „ad hoc" – zum Beispiel in den Übergaben unmittelbar vor Schichtbeginn – zu verteilen, sondern in den Phasen der praktischen Ausbildung eine möglichst langfristige Zuteilung von (Pflege-) Bereichen und ausbildungsunterstützendem Personal vorzunehmen. Allein diese bescheidene planerische Veränderung hat in vielen Fällen dazu geführt, dass die notwendige Zeit für die Prüfung notwendiger Arbeiten und ihre Systematisierung im Sinne der Ausbildungsziele gewonnen werden konnte. Gleichzeitig konnte mit der auf ihre „Lernbestandteile" hin analysierten Arbeit die Grundlage für die Konzeption von Ausbildungsaufgaben gelegt werden.

- **Anteile selbstständiger Arbeit:** Zur Analyse der „Lernhaltigkeit" der anfallenden Arbeit zu Ausbildungszwecken gehört es auch, das Ausmaß der geforderten Selbstständigkeit bei der Aufgabenerledigung oder die Weisungsabhängigkeit und Kontrollbedürftigkeit der Arbeit genau zu bestimmen. Diese Anforderung betrifft im Falle der Umsetzung der BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege die den Ausbildungsplänen unterlegte gestufte Entwicklungsform: Je nach Ausbildungsfortschritt sollen die Aufgaben nicht nur zunehmend komplex, sondern auch mit zunehmender Selbstständigkeit bis hin zur völlig selbstständigen Planung, Durchführung, Dokumentation und Bewertung der geleisteten Arbeit konzipiert werden.

  Allerdings sollten sich die Anteile selbstständiger Arbeit grundsätzlich immer am aktuellen Ausbildungsstand orientieren: Viele der praktischen Ausbildungsstätten setzen die Auszubildenden immer wieder schon in sehr frühen Ausbildungsphasen zu vollkommen selbstständigen und kaum kontrollierten Arbeitsaufgaben ein, deren Zusammenhänge und mögliche Folgen sie kaum oder gar nicht überschauen können. Dazu zählen subkutanes und intramuskuläres Spritzen schon in der ersten praktischen Ausbildungsphase des ersten Ausbildungsjahres ebenso wie der alleinige Einsatz zu Wochenendschichten bereits in der Mitte des ersten Ausbildungsjahres.

- **Zeitliche Gestaltungsspielräume der Ausbildung:** „Ausbildung im Prozess der Arbeit" wird bis zum Ende der Ausbildung immer wieder dazu führen, dass üblicherweise geltende Zeitbudgets für die Ableistung beruflicher Aufgaben und Arbeiten überschritten werden (müssen): Die berufspädagogisch-didaktische Gestaltung des beruflichen Kompetenzerwerbs im Arbeitsprozess benötigt im Regelfall erweiterte Zeitkorridore für die Vermittlung relevanter (Fach-) Inhalte, für Erkundungen, Kommunikation, Lernphasen, Reflexionen und unter Umständen sogar kombinierte Ausbildungssequenzen mit der jeweils ausbildenden Schule.

  Die Umsetzung der praktischen Ausbildung unter dem Blickwinkel ihrer berufspädagogisch-didaktischen Gestaltung hat im Verlauf der Implementation der BIBB-Curricula anfangs (mit später etwas abnehmender Tendenz) immer wieder zu fachlich-inhaltlichen und organisatorischen Schwierigkeiten geführt. Dabei bereitete die (leicht) veränderte Planung der gewohnten Arbeitsabläufe – im Unterschied zu den „nebenher" geleisteten Anleitungen während der Praktika – die größten Probleme. Sie sind natürlich immer nur vor dem Hintergrund der konkreten Arbeits- und Ausbildungsbedingungen vor Ort zu werten, oszillierten aber in der Regel zwischen Befürchtungen vieler Praxisanleiter/innen, mit den neuen Ausbildungsformen würden gleichzeitig auch ihre individuellen Arbeitsformen und -routinen entwertet, den fehlenden Erfahrungen und Kompetenzen, die Arbeit ausbildungswirksam berufspädagogisch zu gestalten und der Erwartung von Gruppen-, Stations- und Pflegedienstleitungen, die für die Ausbildung modifizierten und differenzierten Arbeitsprozesse würden die personalwirtschaftliche „Effizienz" der gewohnten Praktikumseinsätze zerstören.

Aufgrund des hohen Innovationswertes des Qualifikationsprinzips „Ausbildung im Prozess der Arbeit" konnten diese (und andere) Befürchtungen nicht ex ante entkräftet werden: Zwar wurden Arbeitsweisen und Arbeitsroutinen von Ausbildungsverantwortlichen und Mitarbeitern/innen nicht generell entwertet, doch wurden sie auf der Grundlage der in den Arbeits- und Arbeitsorganisationsuntersuchungen gewonnenen Informationen exemplarisch einer Relevanzprüfung unterzogen, um danach zu entscheiden, ob sie im Sinne der Ausbildung Bestand haben konnten oder verändert werden sollten.

Auch die fast durchweg fehlenden Erfahrungen bei der ausbildungstauglichen Gestaltung der Arbeit konnten nicht im Handstreich kompensiert werden. Die Planung des Ausbildungsgeschehens „über den Tag hinaus", die Bestimmung von Ausbildungsprozessen und ihre berufspädagogisch-didaktische Ausfüllung mit Ausbildungsaufgaben, Arbeitsphasen, Lernunterbrechungen und Kompetenzstandprüfungen sowie die Definition eines für die zu im Ausbildungsablauf leistenden pflegerischen Aufgaben angemessenen zeitlichen Rahmens stellten große Herausforderungen für die Ausbilder/innen dar. Sie konnten erst auf der Basis sukzessive gewonnener praktischer Erfahrungen (sowie zwischenzeitlich besuchter Fort- und Weiterbildungen) im Verlauf des zweiten Ausbildungsjahres zufriedenstellend in Angriff genommen werden.

Die Befürchtungen vieler Ausbildungsstätten, dass Ausbildung und die damit verbundenen Eingriffe in die traditionellen Arbeitsabläufe die gewohnte personalwirtschaftliche Effizienz der Praktikumseinsätze beeinflussen würde, hat sich im Grundsatz bis heute ebenso wenig zerstreuen lassen wie die nur langsam abflauenden betrieblichen/institutionellen Widerstände gegen das Prinzip der (aus-) bildungswirksamen Gestaltung der Arbeit: In Zeiten ökonomischer Generaldiskurse, in denen Bildung im Allgemeinen und berufliche Bildung im Besonderen üblicherweise unter Kostenverursachungsverdacht gestellt werden, ohne dass der Nachweis ihrer Nützlichkeit abgewartet wird, ist jeder Plan, die Arbeit für die Ausbildung zu gestalten, ein scheinbar versponnener Anachronismus. Daran hat sich auch im Verlauf der Implementation BIBB-Curricula und der berufspädagogischen Unterstützung der Ausbildungsstätten nur relativ wenig geändert. Allerdings bestätigen diejenigen Ausbildungsbetriebe und -einrichtungen, die sich auf das Experiment der gestaltenden Umsteuerung der Arbeitsprozesse eingelassen haben, nach etwa zwei Dritteln der Ausbildung, dass die Kompetenzgewinne der Lernenden und die Qualitätsgewinne der Arbeitsabläufe ursprünglich unterschätzt worden waren und dass die lernförderliche Gestaltung der Arbeit für eine „Ausbildung im Prozess der Arbeit" insgesamt durchaus positiv zu werten sei.

Bei der Umsetzung der praktischen Ausbildung hat sich an allen beteiligten Lernorten die Organisation der Zielvorstellung, Lernen und Arbeiten zu integrieren, als große Herausforderung erwiesen. Ihr Erfolg war neben der unabdingbaren berufspädagogischen Qualifizierung und der arbeitsanalytisch-gestaltenden Kompetenz der Ausbilder/innen („Praxisanleiter/innen") an die Entwicklung und Bereitstellung möglichst unmittelbar verwertbarer Handreichungen und Umsetzungshilfen gebunden. Sie waren für alle Ausbildungsverantwortlichen bei der typischerweise nebenamtlichen Bewältigung aller die Ausbildung betreffenden Problemstellungen oft wichtiger als die theoretische Fundierung der neuen Qualifikationsform oder der Ziele der Ausbildung. Ganz in diesem Sinne soll in den folgenden Kapiteln eher ein Werkstattbericht aus den „Baustellen" der neuen Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege vorgestellt werden. Das bedeutet jedoch nicht, dass beispielsweise auf eine kritische Auseinandersetzung mit der Eignung und den Grenznutzen berufspädagogischer Standards in den schulischen Ausbildungen des Gesundheitswesens verzichtet werden soll. Sie sollte sich jedoch auf einer sorgfältigen empirischen Messung von Prozessen und Ergebnissen der „dualisierten" Ausbildungen aufbauen – einer Arbeit, die zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Bandes noch nicht abgeschlossen ist.

BETTINA JANSSEN

Praktische Ausbildung im Umbruch: Anleiten oder ausbilden? Integration von Ausbildung in betriebliche Arbeitsprozesse

Nach den neuen Berufsgesetzen zur Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegekräften soll eine praxisnah gestaltete, praktische Ausbildung die zur Bewältigung pflegerischer Aufgaben und Anforderungen erforderlichen beruflichen Handlungskompetenzen vermitteln.[1] Der für den praktischen Ausbildungsteil vorgesehene Zeitumfang von mindestens 2.500 Stunden ermöglicht eine Integration der praktischen Ausbildung in die betrieblichen Arbeitsprozesse und damit einen Kompetenzerwerb unter den realen Arbeitsbedingungen, Arbeitsabläufen und Arbeitsorganisationsformen des Handlungsfeldes Pflege. Dadurch können die Auszubildenden angemessen auf die zukünftige Berufsausübung vorbereitet werden.

Bis 2003 erfolgte die praktische Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräfte in Form von Praktika, die primär auf praktischen Unterweisungsmethoden (in der Regel durch direkte Anleitung[2]) basierten. Das moderne Berufsprofil beider Berufsgruppen umfasst aber mittlerweile Anforderungen, für die ein Praktikum nicht mehr ausreichend qualifizieren kann. Vielmehr muss die berufliche Handlungsfähigkeit durch eine systematisch geplante praktische Ausbildung im Rahmen der komplexen beruflichen Aufgaben wie beispielsweise Beratungsleistungen, die Planung und Umsetzung interprofessioneller Kooperationen (zum Beispiel im Rahmen des so genannten „Schnittstellenmanagements") oder professionelle Sterbebegleitung erworben werden.

Die Implementierung von Ausbildungsstrukturen in die Arbeitsprozesse von Einrichtungen und Betrieben der Altenhilfe und Krankenpflege macht dabei strukturelle Veränderungen erforderlich, die einem innerbetrieblichen Organisationsentwicklungsprozess gleichkommen, der, soll er erfolgreich sein, von der Leitungsebene der Ausbildungsstätte initiiert und unterstützt werden muss. Praktische Ausbildung in die Arbeitsprozesse der Alten- und Krankenpflege zu integrieren heißt im Einzelnen: Lernförderliche Arbeitsprozesse identifizieren oder als solche gestalten, Mitarbeiter/innen für die Übernahme der Ausbildertätigkeit interessieren, schulen und zur Ausbildungsgestaltung angemessen freistellen, die Unterstützung der Ausbildung seitens der Mitarbeiter/innen gewährleisten sowie Kooperationen mit den Fachschulen (Lernortkooperation) und anderen Dienstleistern des Gesundheitsversorgungsbereichs (Ausbildungsverbund) gewährleisten.

---

1 „Berufliche Handlungskompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft des Menschen, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln, d.h. anstehende Probleme zielorientiert auf der Basis von Wissen und Erfahrungen sowie durch eigene Ideen selbstständig zu lösen, die gefundenen Lösungen zu bewerten und seine Handlungsfähigkeit weiterzuentwickeln. Berufliche Handlungskompetenz umschließt die Komponenten Fachkompetenz, Human(Personal-)Kompetenz und Sozialkompetenz". MÜLLER, M., ZÖLLER, A.: Arbeitshilfe für Rahmenlehrplanausschüsse. München/Halle Juli 2001; S.23

2 Bei der direkten Anleitung führen die Ausbilder/innen eine Tätigkeit zunächst selbst durch (Vormachen), wobei die Auszubildenden die Durchführung beobachten und anschließend die Tätigkeit selbst nachvollziehen (Nachmachen). Vgl. BONZ; B.: Methoden der Berufsbildung. Stuttgart 1999

Die praktische Ausbildung nach den BIBB-Curricula für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege bedeutet für die Einrichtungen und Betriebe einen zusätzlichen Rollenwechsel im Ausbildungsprozess gegenüber dem Lernort Schule: Agierten sie bislang als „Praktikumseinrichtungen", obliegt ihnen als gleich gewichtetem Ausbildungspartner jetzt die eigenständige Gestaltung der praktischen Ausbildung, wobei die Schulen nach wie vor die Gesamtverantwortung für den Ausbildungsprozess tragen.

Mit der neuen Gesetzeslage stehen die Ausbildungsstätten vor der Aufgabe eine berufspädagogischen Kriterien genügende praktische Altenpflege- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung umzusetzen. Ziel dieses Kapitels ist es nun aufzuzeigen, wie dies auf der Basis der BIBB-Curricula erreicht werden kann. Die Grundlage der folgenden Ausführungen bilden Ergebnisse aus der berufspädagogischen Begleitung und Evaluation der saarländischen Altenpflege- und der brandenburgischen integrierten Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Die in diesem Rahmen immer wieder gestellten Fragen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung werden hier aufgegriffen und, sofern möglich, Lösungsansätze präsentiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Evaluation beider Ausbildungen noch nicht abgeschlossen ist, das heißt sich auch die vorgestellten Lösungsansätze noch in der Erprobung befinden. Sie sind daher in erster Linie als Anregungen zu verstehen.

Die Planung der praktischen Ausbildung auf der Grundlage der Ausbildungsrahmenpläne der BIBB-Curricula

Eine nach berufspädagogischen Kriterien durchgeführte praktische Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung orientiert sich an beruflichen Handlungskompetenzen, wie sie beispielsweise in den Ausbildungsrahmenplänen der BIBB-Curricula für beide Ausbildungsberufe in Form von Ausbildungszielen beschrieben sind. Sie wird von qualifiziertem Ausbildungspersonal (Praxisanleiter/innen) systematisch geplant und so weit wie möglich innerhalb der betrieblichen Arbeitsprozesse durchgeführt.[3] Dieser anwendungsorientierte Kompetenzerwerb konfrontiert die Auszubildenden bereits zu Ausbildungsbeginn mit der Komplexität der beruflichen Aufgaben und Anforderungen und ermöglicht es ihnen, während der gesamten Ausbildung den Umgang mit dieser Komplexität zu erlernen.

Die Implementierung von Ausbildungsstrukturen in betriebliche Arbeitsprozesse umfasst mehrere, zum Teil parallel zu bearbeitende, Arbeitsschritte (vgl. Abbildung 1). Die Planung der praktischen Ausbildungen beginnt mit der Identifikation und der Schaffung lernförderlicher Arbeitsprozesse in der Ausbildungsstätte. Grundlage hierfür sind zunächst die Erfassung und Analyse der betrieblichen Geschäfts- und Arbeitsprozesse. Anschließend erfolgt die inhaltliche Ausbildungsplanung. Hierfür entwickeln die Ausbilder/innen auf der Grundlage eines Ausbildungsrahmenplans den Ausbildungsplan, aus dem die zu vermittelnden Inhalte sowie die Ausbildungsaufgaben und -methoden hervorgehen. Der Ausbildungsplan und das Berichtsheft sollen allen Ausbildungsbeteiligten (Schule, Einrichtung/Betrieb, Auszubildende) eine transparente Ausbildungsdurchführung ermöglichen. Die endgültige Fassung des Ausbildungsplans entsteht im Rahmen der Lernortkooperation mit den Schulen, in deren Rahmen beide Ausbildungsteile formal und inhaltlich aufeinander abgestimmt werden.

3 Muster-Wäbs und Schneider beispielsweise definieren „Arbeitsprozesse (als) … Teilbereiche von Geschäftsprozessen, sie bilden eine in sich geschlossene Handlung (zum Beispiel Anamnesegespräch bei der Aufnahme im Krankenhaus)". MUSTER-WÄBS, H., SCHNEIDER, K.: Lernfeldumsetzung in der Ausbildungslandschaft. In: Unterricht Pflege 1/2001, S.10

Abbildung 1: Arbeitsschritte zur Planung der praktischen Ausbildung

1 Identifikation von lernförderlichen Arbeitsprozessen in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege
   - Analyse des Betriebs / der Einrichtung
   - Erfassung der für Pflegekräfte berufstypischen und betriebsüblichen Geschäfts- und Arbeitsprozesse, Anforderungen, Verfahrensweisen, Techniken, Wissensbereiche
   - Identifikation oder/und Schaffung lernförderlicher Arbeitsprozesse für die Ausbildung
   - Organisation der Delegation von Teilen der Ausbildung in verschiedene Arbeits- und Funktionsbereiche des Betriebs / der Einrichtung

2 Festlegung von Ausbildungsinhalten

3 Entwicklung eines Ausbildungsplans auf Grundlage des Ausbildungsrahmenplans
   - Entwicklung von Ausbildungsaufgaben
   - Auswahl von Ausbildungsmethoden

4 Organisation der Lernortkooperation
   - Festlegung der schulischen und praktischen Ausbildungsphasen
   - Inhaltliche Abstimmung der schulischen und praktischen Ausbildung
   - Abgestimmte Durchführung (von Teilen) der Ausbildung (zum Beispiel in Form gemeinsamer Projekte)

Diese Vorgehensweise entspricht einer idealen Ausbildungsplanung, wie sie in der praktischen Altenpflegeausbildung im Saarland und auch bei der integrierten Ausbildung von Alten- und Krankenpflegekräften in Brandenburg aufgrund der zu Ausbildungsbeginn vorliegenden Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden konnte: So musste beispielsweise, bedingt durch die zeitliche Nähe zwischen Verabschiedung des Gesetzes über die Altenpflegeberufe im Saarland (GABS, Juli 2002) und dem Beginn der Ausbildung (Oktober 2002), die Qualifizierung des Ausbildungspersonals – und damit die Vermittlung der berufspädagogischen Standards zur praktischen Ausbildungsdurchführung – parallel zur beginnenden Umsetzung der Ausbildung erfolgen. Fragen zur Entwicklung von Ausbildungsplänen konnten an allen Ausbildungsstandorten erst im Verlauf des ersten Ausbildungsjahres ausreichend geklärt werden. Aus demselben Grund war vorab auch keine Konzeptentwicklung zur inhaltlichen Lernortkooperation möglich; erst seit dem zweiten Ausbildungsjahr werden verschiedene Formen einer inhaltlichen Lernortkooperation erprobt.

Identifikation lernförderlicher Arbeitsprozesse in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege

Eine Integration von Ausbildungsstrukturen in die betrieblichen Arbeitsprozesse der Altenhilfe und Gesundheits- und Krankenpflege setzt die Identifikation und Schaffung lernförderlicher Arbeitsprozesse voraus. Lernförderliche Arbeitsprozesse ermöglichen den Erwerb beruflicher Handlungskompetenzen innerhalb des Arbeitsprozesses und zeichnen sich durch die Bereitstellung ausreichender Zeit-, Sach- und Personalressourcen (wie beispielsweise qualifizierten Ausbildungspersonals und Zeitressourcen zur Ausbildungsplanung und -durchführung) seitens der Ausbildungsstätte aus. Sie sind gekennzeichnet durch Gestaltungsspielräume, die es den Auszubildenden ermöglichen, Ausbildungsaufgaben selbstständig zu bearbeiten und dabei verschiedene Vorgehensweisen zu erproben. Auch eignen sich Arbeitsprozesse, die komplexe Arbeitssituationen enthalten und hohe Handlungsanforderungen an die Pflegekräfte stellen, bedingt beispielsweise durch die zu versorgende Klientel, die Personalausstattung, eine multidisziplinäre Zusammensetzung des Teams oder auch bestehender Kooperationserfordernisse mit verschiedenen Leistungsanbietern. Entscheidend für die Ausbildungsplanung ist, dass die rea-

len Bedingungen des Pflegeberufs weitgehend erhalten bleiben, das heißt dass die bestehenden Arbeitsprozesse nur so viel verändert (im Sinne von lernförderlich gestaltet) werden, wie es die Bearbeitung von Ausbildungsaufgaben erfordert.[4]

Bei den für die praktische Ausbildung in Frage kommenden Arbeits- und Funktionsbereichen der Ausbildungsstätte ist zwischen den Kernbereichen der Pflege, das heißt den Bereichen, in denen Pflegekräfte überwiegend tätig sind, und denjenigen, die die Arbeitsabläufe von Pflegekräften beeinflussen, zu unterscheiden. Zu letzteren zählen unter anderem das Stationssekretariat, die Einsatzleitung in ambulanten Pflegediensten, die Verwaltung, die Küche, die Wäscherei oder auch die Beschäftigungstherapie. Für die Ausbildung von Pflegekräften sind neben den pflegerischen Kernbereichen gleichermaßen Arbeits- und Funktionsbereiche relevant, in denen den Auszubildenden spezifische Qualifikationen oder ein Verständnis über betriebliche Zusammenhänge vermittelt werden können. Beispielsweise können Ausbilder/innen in ambulanten Pflegediensten Ausbildungsaufgaben zur Qualifizierung bezüglich der Arbeitsplanung an die Fachkräfte der Einsatzleitung delegieren.

Die Planung der praktischen Ausbildung beginnt mit einer allgemeinen Analyse der Ausbildungsstätte zum Beispiel hinsichtlich des Dienstleistungsangebots, der Aufgaben, Anforderungen und Arbeiten, der zu versorgenden Klientel, der betrieblichen Standards. Dem schließt sich die Identifikation der für die Pflegekräfte berufstypischen[5] und betriebsüblichen[6] Geschäfts- und Arbeitsprozesse mit ihren spezifischen Anforderungen, Verfahrensweisen, Techniken und erforderlichen Wissensbereichen an. In der berufspädagogischen Begleitung der Pflegeausbildungen im Saarland und in Brandenburg zeigte sich, dass die Identifikation von Geschäfts- und Arbeitsprozessen den Ausbilder/innen und Lehrkräften zunächst Schwierigkeiten bereitete.[7] Diese hingen einerseits mit der Übertragung der aus der Wirtschafts- und Berufspädagogik stammenden Begriffe „Arbeits- und Geschäftsprozesse" auf das Berufsfeld Pflege und der Notwendigkeit zur Identifikation dieser Prozesse in den Einrichtungen und Betrieben der Altenhilfe und Krankenpflege zusammen.[8] Auch erwies sich die Differenzierung zwischen einzelnen Tätigkeiten und vollständigen Arbeitsprozessen als schwierig. Beispielsweise wurde von den Ausbilder/innen die grundpflegerische Versorgung oftmals auf die grundpflegerische Tätigkeit reduziert und aus dem Zusammenhang des vollständigen Arbeitsprozesses, der zusätzlich die Schritte Informationssammlung, Planung, Vorbereitung, Nachbereitung, Evaluation, Dokumentation umfasst, herausgelöst. Im Rahmen der berufspädagogischen Begleitung wurden in einem Workshop zur Entwicklung von Lernsituationen für das dritte Ausbildungsjahr mit Lehrkräften der saarländischen Altenpflegeausbildung Geschäfts- und Arbeitsprozesse des Altenpflegeberufs exemplarisch im Sinne einer Arbeitsdefinition bestimmt (vgl. Abbildung 2).

---

4 In der saarländischen Altenpflegeausbildung wurde beispielsweise den Auszubildenden und der Ausbilderin im Rahmen der Bezugspersonenpflege eine bestimmte Anzahl an Bewohner/innen eines Wohnbereichs übertragen, so dass die Auszubildenden sukzessive die komplette grundpflegerische Versorgung und Betreuung im Frühdienst erlernen konnten.

5 „Berufstypisch" meint in diesem Zusammenhang diejenigen Aufgabenstellungen, die generell Gegenstand des Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeberufs sind, unabhängig davon, in welchem Versorgungsbereich der Beruf ausgeübt wird. Hierzu zählen zum Beispiel die Durchführung der Grundpflege.

6 „Betriebsüblich" bezeichnet in diesem Zusammenhang Aufgabenstellungen, die die Einrichtungen und Betriebe aufgrund ihrer Spezifität auf die einzelnen Berufsgruppen übertragen. Dies kann zum Beispiel in ambulanten Pflegediensten die Übertragung bestimmter Verwaltungstätigkeiten auf Pflegekräfte sein.

7 „Geschäftsprozesse sind funktionsübergreifende Verkettungen wertschöpfender Aktivitäten, die von Kunden erwartete Leistungen erzeugen und deren Ergebnisse strategische Bedeutung für das Unternehmen haben. Sie können sich über das Unternehmen hinaus erstrecken und Aktivitäten von Kunden, Lieferanten und Partner einbinden". Vgl. SCHMELZER, H., SESSELMANN, W., Geschäftsprozessmanagement in der Praxis. München/Wien 2004, S.46

8 Die Möglichkeit der Übertragung dieser Begriffe auf das berufliche Handlungsfeld der Alten- und der Gesundheits- und Krankenpflege wird in der Literatur sehr unterschiedlich beurteilt.

Abbildung 2: Beispiele für Geschäfts- und Arbeitsprozesse aus der Altenpflege

Geschäftsprozesse	Arbeitsprozesse
Tagespflege, Nachtpflege	Neuaufnahme von Bewohner/innen
Kurzzeitpflege	Evidenzbasierte Planung, Durchführung, Evaluation, Dokumentation und Aktualisierung von pflegerischen und sozialen Maßnahmen
Grundpflege SGB V, XI	Maßnahmen der Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung
Ambulante Pflege, Verhinderungspflege SGB XI	Versorgung mit Hilfsmitteln
Medizinische Behandlungspflege SGB V	Beratung und Anleitung von Bezugspersonen
Soziale Betreuung, Betreuungseinsatz SGB XI	Vermittlung weiterführender Hilfen im Einzelfall
Beratungseinsatz SGB XI	Organisation von Pflegeüberleitungen
Hauswirtschaftliche Versorgung	Sterbebegleitung
Leistungen der Unterkunft	Trauerbegleitung von Angehörigen und/oder Bezugspersonen der Sterbenden
Leistungen der Verpflegung	Organisation der internen und externen Kooperation
Zusatzleistungen	Arbeitsablaufplanung, Dienstplangestaltung, Tourenplanung
Hilfsmittelverleih	Teamsitzungen, Dienstbesprechungen, Übergaben
Pflegekurse	Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
	Schwachstellenanalyse im Rahmen von Qualitätsmanagement, Qualitätszirkeln usw.

Der Identifikation der für den Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeberuf typischen Geschäfts- und Arbeitsprozesse in der Ausbildungsstätte schließt sich die Erfassung der in den Arbeitsprozessen enthaltenen bzw. herstellbaren Gestaltungsspielräume zum Zwecke der Ausbildungsdurchführung an. Die Gestaltungsspielräume hängen dabei zunächst einmal von den verfügbaren Ressourcen ab. Hierzu zählen in erster Linie

- Zeitressourcen innerhalb der Arbeitsabläufe,
- ein ausreichend hoher Personalstand,
- qualifiziertes Personal, an das die Ausbildung delegiert werden kann,
- die Bereitschaft der Mitarbeiter/innen, Veränderungen bzgl. der Arbeitsplanung und Arbeitsroutinen vorzunehmen sowie
- das Vorhandensein von für die Ausbildung geeigneten Arbeitsmitteln.

Die Identifikation lernförderlicher und damit ausbildungsgeeigneter Arbeitsprozesse in den einzelnen Arbeits- und Funktionsbereichen ermöglicht den Ausbilder/innen unter Bezugnahme auf den Ausbildungsrahmenplan eine grobe Verteilung von Ausbildungsschwerpunkten auf die einzelnen praktischen Phasen. Weiterhin können sie überblicken, welche Qualifikationen innerhalb von Arbeitsprozessen ausgebildet werden können, und wo die Vermittlung aufgrund unzureichender Gestaltungsspielräume in den Arbeitsprozessen in Lernstationen erfolgen muss. Darüber hinaus wird deutlich, welche Qualifikationen die Ausbildungsstätte selbst vermitteln kann, und welche gegebenenfalls im Rahmen einer Verbundausbildung erworben werden müssen.

Festlegung von Ausbildungsinhalten

Die Ausbildungsrahmenpläne der BIBB-Curricula basieren auf den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen des Altenpflegegesetzes (AltPflAPrV) beziehungsweise des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (KrPflAPrV). Als curriculare Grundlage zur Planung der praktischen Ausbildung definieren sie für jedes Ausbildungsjahr den Ausbildungsgegenstand und, in Form von zu erreichenden Mindestqualifikationen, abprüfbares berufliches Endverhalten, das während der vom Gesetzgeber festgelegten 2.500 Stunden erworben werden soll. Auf der Grundlage des Ausbildungsrahmenplans erfolgt

- die Ableitung der Ausbildungsinhalte,
- die Entwicklung des Ausbildungsplans sowie
- die Gestaltung der praktischen Abschlussprüfung.

Ausbildungsrahmenpläne in den Ausbildungsordnungen der dualen Berufsausbildung machen keine detaillierten inhaltlichen Vorgaben, sondern beschränken sich auf die Beschreibung von Ausbildungszielen und überlassen den Ausbildungsstätten die Entscheidung, anhand welcher Inhalte die Ziele erreicht werden sollen. In den Pflegeausbildungen im Saarland und in Brandenburg wurde das Fehlen konkreter inhaltlicher Vorgaben mit der Begründung kritisiert, dass damit die Vergleichbarkeit der Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung einschränkt würde. Darüber hinaus ließe der Abstraktionsgrad der Ausbildungsziele keine eindeutige Ableitung von Inhalten zu und erschwere die Entwicklung eines abgestimmten Ausbildungsplans.

Diese Kritik berührt das Grundverständnis über die Funktion von Ausbildungsrahmenplänen. Da Ausbildungsrahmenpläne dualer Berufsausbildungen über einen längeren Zeitraum gelten sollen, sind die Ausbildungsziele grundsätzlich technik- und verfahrensoffen formuliert, so dass sie von jedem Betrieb flexibel umgesetzt werden können. Die Ausbildungsziele bündeln in ihrer Formulierung Inhalte, komplexe Tätigkeiten und Aufgaben, jedoch ohne sie dabei in einzelne Arbeitsschritte aufzulösen. Eine zu detaillierte aber auch eine zu offene Festlegung der zu vermittelnden Fertigkeiten und Kenntnisse würde die flexible Anpassung an die individuellen oder betrieblichen Gegebenheiten oder andernfalls die Vergleichbarkeit der Ausbildungsabschlüsse beeinträchtigen. Ausbildungsziele müssen daher gleichermaßen eindeutig und operationalisierbar formuliert sein und dennoch ein gewisses Abstraktionsniveau beibehalten.

Für duale Ausbildungsordnungen besteht die Möglichkeit, Ausbildungsrahmenpläne bei Bedarf durch Erläuterungen zu ergänzen und so den Ausbilder/innen die Arbeit mit dem Ausbildungsrahmenplan zu erleichtern. Dieser Weg wurde auch für die Pflegeausbildungen im Saarland und in Brandenburg gewählt. Im Rahmen der berufspädagogischen Begleitung erarbeiteten saarländische Altenpflegeausbilder/innen bzw. brandenburgische Pflegelehrkräfte gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Arbeitsgruppen Erläuterungen zu den Ausbildungsrahmenplänen für das Alten- und Krankenpflegecurriculum und erproben diese gegenwärtig in der praktischen Ausbildung. Nach bisherigen Evaluationsergebnissen erleichtern die Erläuterungen die praktische Ausbildungsplanung. Die Ausbilder/innen merkten jedoch an, dass durch eine sprachliche Vereinfachung sowie durch eine Kürzung die Anwendbarkeit der Erläuterung noch verbessert werden könnte. Nach Ablauf der Evaluation des ersten Ausbildungsdurchgangs ist eine Auseinandersetzung mit diesen Vorschlägen geplant.

Der strukturelle Aufbau der Erläuterungen entspricht dem der Ausbildungsrahmenpläne in den BIBB-Curricula. Für jedes Ausbildungsjahr werden die Ausbildungsziele präzisiert, es werden beispielhaft Inhalte aufgeführt und, um die Entwicklung umfassender Ausbildungsaufgaben

zu erleichtern, werden inhaltliche Bezüge zwischen den Berufsbildpositionen des Ausbildungsrahmenplans aufgezeigt.

Abbildung 3 veranschaulicht den Aufbau der Erläuterungen unter Bezugnahme auf den Ausbildungsrahmenplan am Beispiel der Berufsbildposition 5f des BIBB-Altenpflegecurriculums. [9]

Abbildung 3: Erläuterung des Ausbildungsrahmenplans zur Unterstützung der praktischen Ausbildung

Lfd. Nr.	Teil des Ausbildungsberufsbildes	Zu vermittelnde Fertigkeiten und Kenntnisse	Zu vermitteln im Ausbildungsjahr		
			1	2	3
5	Pflegen alter Menschen in häuslicher Umgebung	Grundpflegerische Betreuung alter Menschen .... f) Unterstützung bei der Körperpflege, insbesondere bei Waschen, Hautpflege, Intimpflege, Mund-, Zahn- und Prothesenreinigung, Augenhygiene, Haar- und Bartpflege unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und hygienischer Kriterien leisten	X		

Erläuterung: Pflegen alter Menschen in häuslicher Umgebung	
5f) Unterstützung bei der Körperpflege, insbesondere bei Waschen, Hautpflege, Intimpflege, Mund-, Zahn- und Prothesenreinigung, Augenhygiene, Haar- und Bartpflege unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und hygienischer Kriterien leisten	Die Auszubildenden sind unter Anleitung in der Lage, die Pflegebedürftigen bei der Körperpflege zu unterstützen, die Körperpflege teilweise oder vollständig zu übernehmen, die Pflegebedürftigen bei der Körperpflege zu beaufsichtigen oder sie zur Körperpflege anzuleiten. Sie sind in der Lage, unter Beachtung der Intimsphäre und Schamgefühle, die Körperpflege gemäß der Pflegeplanung in einem vollständigen Handlungsprozess durchzuführen (d.h. Informationsbeschaffung zur Ausgangssituation (zum Beispiel durch die Dokumentation, Beobachtung und Kommunikation), Planung, Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, Evaluation und Dokumentation der körperpflegerischen Maßnahmen, ggf. darüber hinaus gehende Informationsweitergabe an die Pflegefachkraft/Bezugspersonen). Dabei beachten sie die Einhaltung hygienischer, wirtschaftlicher, umweltschonender und ergonomischer Kriterien. Die Handlungsschritte der Auszubildenden lassen ein Verständnis zwischen Körperpflege und übergeordneten Gesichtspunkten erkennen (zum Beispiel Kontaktaufnahme zu den Pflegebedürftigen, Beruhigung, Aktivierung, Kombination mit anderen Tätigkeiten wie Mobilisation, Hautpflege, Wäschewechsel, Selbstbild und Persönlichkeitsausdruck der Pflegebedürftigen). Die Auszubildenden können im Rahmen der Grundpflege den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen beobachten (zum Beispiel Haut (Farbveränderungen, gefährdete Hautareale), Kopfhaut, Augen (Verkrustungen, Verklebungen), Ohr (Flüssigkeitsaustritt), Mundschleimhaut) und ihre Beobachtungen vollständig und verständlich dokumentieren bzw. an die Pflegefachkraft weitergeben. Sie können zum Beispiel Nasen- und Mundpflegesets vorbereiten und korrekt mit (Pflege-) Hilfsmitteln umgehen (zum Beispiel Hörgeräten, Pflege von Augenprothesen). --- Dazu zählen zum Beispiel bei der Körperpflege: Ganz-, Teilwaschung am Waschbecken, im Bett; Baden, Duschen; Intimpflege bei Mann und Frau; Nasenpflege bei Nasensonde; spezielle Mundpflege bei Pflegebedürftigen, bei denen die allgemeine Mundpflege nicht ausreicht; Ohrenpflege; Haarpflege (zum Beispiel Waschen, Kämmen, Frisieren, Flechten, Entfernung von Parasiten); Bartpflege (zum Beispiel Nass- und Trockenrasur); Nagelpflege (zum Beispiel bei bewusstlosen Pflegebedürftigen, zur Vermeidung von Nasenverletzungen, bei Nasensonde); Hautpflege (zum Beispiel bewusster Einsatz von Reinigungs-, Pflege-, Hautschutzmitteln – Lotionen, Salben) entsprechend des Hauttyps.

9 Beim Einsatz der Erläuterungen ist zu beachten, dass die aufgeführten Inhalte in Abständen auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. modifiziert werden müssen.

Zur Bestimmung von Ausbildungsinhalten und Ausbildungsthemen wurde den Ausbildern/innen im Rahmen der berufspädagogischen Begleitung der Ausbildung in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege empfohlen, jedes Ziel des Ausbildungsrahmenplans unter folgender Leitfrage zu bearbeiten:

> *Was muss ein/e Auszubildender/e an Fachwissen (Kenntnisse) und Fertigkeiten erwerben, um das Ausbildungsziel zu erreichen und beruflich handlungsfähig zu sein?*

Abbildung 4 veranschaulicht dieses Vorgehen am Beispiel der Berufsbildposition 5e, 5f und 5k des BIBB-Altenpflegecurriculums. Die so ermittelten Inhalte und Themen sind anschließend den passenden betrieblichen Arbeitsprozessen zuzuordnen. Die Arbeitsprozesse sowie die Inhalte und Themen bilden dann in Verbindung mit den Ausbildungszielen die Grundlage für die Entwicklung von Ausbildungsaufgaben.

In Abbildung 5 wird danach die Zuordnung von Ausbildungszielen, Ausbildungsinhalten und -themen sowie Arbeitsprozessen (Arbeitsabläufen) am Beispiel der Berufsbildposition 5f des BIBB-Altenpflegecurriculums dargestellt.

Abbildung 4: Einsatz von Leitfragen zur Bestimmung von Ausbildungsinhalten

Lfd. Nr.	Teil des Ausbildungsberufsbildes	Zu vermittelnde Fertigkeiten und Kenntnisse	Zu vermitteln im Ausbildungsjahr		
			1	2	3
5	Pflegen alter Menschen in häuslicher Umgebung	.... Grundpflegerische Betreuung alter Menschen e) Den gesundheitlichen, sozialen, wirtschaftlichen und psychischen Unterstützungsbedarf und die Förderungsmöglichkeiten der Klienten beobachten und beurteilen f) Unterstützung bei der Körperpflege, insbesondere bei Waschen, Hautpflege, Intimpflege, Mund-, Zahn- und Prothesenreinigung, Augenhygiene, Haar- und Bartpflege unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und hygienischer Kriterien leisten .... Sozialpflegerische Betreuung alter Menschen .... k) Bei der Auswahl von Kleidungsstücken sowie beim An- und Auskleiden mitwirken	X		

Leitfragen für die Positionen 5e, 5f, 5k des Ausbildungsrahmenplans	
Welche Kenntnisse und Fertigkeiten benötigt ein/e Altenpfleger/in, um …	
5e	… den Unterstützungsbedarf und die Fördermöglichkeiten von Klienten zu beobachten und beurteilen zu können?
5f	… bei der Körperpflege unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und hygienischer Kriterien Unterstützung leisten zu können?
5k	… bei der Auswahl von Kleidungsstücken sowie beim An- und Auskleiden mitwirken zu können?

Abbildung 5: Entwicklung von Ausbildungsaufgaben auf der Grundlage der Qualifikationsziele des Ausbildungsrahmenplans

Zu vermittelnde Qualifikationen	Mit Hilfe der Leitfragen entwickelte Ausbildungsinhalte und Aufgaben	Beispielhaft zu nutzende Arbeitsprozesse / Arbeitsabläufe
5f) Unterstützung bei der Körperpflege, insbesondere bei Waschen, Hautpflege, Intimpflege, Mund-, Zahn- und Prothesenreinigung, Augenhygiene, Haar- und Bartpflege unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und hygienischer Kriterien leisten	Ermittlung individueller Bedürfnisse, Gewohnheiten und Ressourcen von Klienten hinsichtlich der Körperpflege Einfluss von Biographie und Sozialisation auf die Einstellung zum eigenen Körper und zur Körperpflege Zusammenhang zwischen Körperpflege und übergeordneten Gesichtspunkten (zum Beispiel Kontaktaufnahme, Beruhigung, Aktivierung, Kombination mit anderen Tätigkeiten wie Mobilisation, Wäschewechsel, Hautpflege) Betriebliche Kommunikations- und Kooperationsstrukturen (zum Beispiel Informationsbeschaffung und Informationsweitergabe) Arbeitsplanung, u.a. nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten Umgang mit Intimsphäre und Schamgefühlen Arbeit mit der Pflegeplanung u.a. unter Anwendung von Pflegestandards Führen der Dokumentation Anwendung von Hygiene- und Umweltstandards Ergonomisches Arbeiten Beobachtung des Gesundheitszustands; Erkennen und Beschreibung von Veränderungen Umgang mit (Pflege-) Hilfsmitteln	Arbeitsprozess Körperpflege: Informationsbeschaffung zur Ausgangssituation (zum Beispiel durch die Dokumentation, Kommunikation mit den Klienten/innen, Beobachtung) Planung und Vorbereitung der Körperpflege (zum Beispiel Bereitstellung von Material und (Pflege-) Hilfsmitteln, Vorbereitung der Klienten/innen) Durchführung und Nachbereitung der Körperpflege unter Einbeziehung der individuellen Ressourcen und Einhaltung hygienischer, wirtschaftlicher, umweltschonender und ergonomischer Kriterien Evaluation und Dokumentation der durchgeführten Leistung; ggf. darüber hinausgehende Informationsweitergabe an Pflegefachkräfte und/oder Bezugspersonen

Entwicklung des Ausbildungsplans

Im Unterschied zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Krankenpfleggesetzes legt die des Altenpflegegesetzes fest, dass die ausbildenden Einrichtungen und Betriebe die praktische Ausbildung auf der Grundlage eines Ausbildungsplans durchzuführen haben (§2, AltPflAPrV). Die Erarbeitung eines Einsatzplanes seitens der Schule, wie sie für die Praktika im Rahmen der bisherigen Altenpflegeausbildung erfolgte, ist in dem neuen Berufsgesetz nicht mehr vorgesehen. Durch den Ausbildungsplan erfolgt die Anpassung des Ausbildungsrahmenplans an die spezifischen Bedingungen der Ausbildungsstätte. Er dient als Steuerungsinstrument zur optimalen Integration der praktischen Ausbildung in die bestehenden Arbeitsprozesse und soll den systematischen Erwerb beruflicher Handlungskompetenzen, eine kontinuierliche Ausbildungsdurchführung und für alle Ausbildungsbeteiligten Transparenz hinsichtlich des erreichten Ausbildungsstands gewährleisten.[10] Ein Ausbildungsplan ist weiterhin notwendig, um

- im Rahmen der Lernortkooperation die praktische und schulische Ausbildung optimal aufeinander abzustimmen,

10 Zu diesen zählen neben den Auszubildenden, Ausbilder/innen und Lehrkräften auch die Mitarbeiter/innen und Fachkolleg/innen der Ausbildungsstätte, an die Ausbildungsaufgaben delegiert werden sowie die Ausbilder/innen der Außenpraktika und des Ausbildungsverbunds.

- Ausbildungsinhalte in verschiedene Arbeits- und Funktionsbereiche der Ausbildungsstätte zu delegieren,
- rechtsverbindlich die kontinuierliche Vermittlung der geforderten Qualifikationen nachzuweisen und
- die praktische Prüfung zu gestalten.

Unter Bezugnahme auf die Ziele des Ausbildungsrahmenplans, die daraus abgeleiteten Inhalte und Themen, die ermittelten lernförderlichen Arbeitsprozesse der Ausbildungsstätte (vgl. Abbildung 5) sowie unter Berücksichtigung des Alters, der Vorbildung und gegebenenfalls der (persönlichen) Pflegevorerfahrung der Auszubildenden legen die Ausbilder/innen den Ablauf der praktischen Ausbildung fest und bestimmen für die einzelnen Phasen Qualifikationsschwerpunkte. Idealerweise werden die Auszubildenden in die Entwicklung des Ausbildungsplans mit einbezogen. Anschließend erfolgt im Rahmen der Lernortkooperation eine Abstimmung des schulischen und praktischen Ausbildungsteils mit den Lehrkräften, um eine optimale inhaltliche Verzahnung zu erreichen und Qualifikationslücken zu vermeiden. Ein nach berufspädagogischen Kriterien erstellter Ausbildungsplan sollte folgende Aspekte enthalten:

- Den Ausbildungszeitraum,
- den Ausbildungsgegenstand und die -ziele des Ausbildungsrahmenplans,
- die Ausbildungsaufgaben und -methoden,
- den Ort der Ausbildungsdurchführung,
- die zur Bearbeitung der Ausbildungsaufgaben zu verwendenden Hilfsmittel und die an der Ausbildung beteiligten Personen sowie
- einen Bezug zum Rahmenlehrplan der schulischen Ausbildung.

In Abbildung 6 ist beispielhaft der Auszug eines nach diesem Muster gestalteten Ausbildungsplans für das erste Jahr der Altenpflegeausbildung dargestellt.[11]

In der Umsetzung der praktischen Pflegeausbildungen im Saarland und in Brandenburg wurden bei stichpunktartiger Sichtung von Ausbildungsplänen des ersten Ausbildungsjahres unterschiedliche Gestaltungsvarianten aufgefunden. So wurden in einigen Ausbildungsplänen beispielsweise lediglich die Themen der Ausbildungsaufgaben vermerkt, die ausformulierten Aufgaben wurden gesondert abgelegt, um sie direkt zur Bearbeitung und Delegation verwenden zu können. Einige Ausbilder/innen hatten die im Ausbildungsrahmenplan beschriebenen Ziele auf ihre eigene Ausbildungsstätte bezogen präzisiert, wieder andere fassten einzelne Kategorien des Ausbildungsplans (zum Beispiel Hilfsmittel, beteiligte Personen, Ausbildungsmethoden) zusammen. Einige Ausbildungspläne enthielten Bezüge zum schulischen Rahmenlehrplan. Letztlich entscheidend für die konkrete Gestaltung des Ausbildungsplans sind lediglich die Einhaltung der Vorgaben des Ausbildungsrahmenplans sowie die Nachvollziehbarkeit des Ausbildungsverlaufs. Neben der formalen Gestaltung des Ausbildungsplans tauchten seitens der Ausbilder/innen Fragen in Zusammenhang mit der Entwicklung von Ausbildungsaufgaben auf, dieser Punkt ist daher Thema des folgenden Abschnitts.

11 Dieses Beispiel basiert auf dem Ausbildungsplan eines saarländischen Pflegedienstes, der um die Aspekte Rahmenlehrplan und Ausbildungsaufgaben ergänzt wurde.

Abbildung 6: Beispiel eines Ausbildungsplans für die praktische Ausbildung in der Altenpflege

Zeitraum	Ausbildungsgegenstände und Ausbildungsziele nach Ausbildungsrahmenplan	Ausbildungsaufgaben	Ausbildungsmethoden	Ort	Hilfsmittel	Beteiligte Personen	Bezug zum Rahmen-lehrplan
1. KW	2a) Aufbau und Aufgaben des ausbildenden Betriebs erläutern 2b) Grundfunktionen des ausbildenden Betriebs wie Angebot, Dienstleistungen, Öffentlichkeitsarbeit und Kostengestaltung erklären	Der Auszubildende beschafft sich selbstständig Informationsmaterial und lernt die Struktur, die Organisation, das Angebot, die Dienstleistungen und die Öffentlichkeitsarbeit des Pflegedienstes kennen. Er erstellt einen Fragebogen und befragt einen Verwaltungsmitarbeiter und lernt so seine Funktion und Aufgaben kennen. Der Auszubildende präsentiert seine Ergebnisse in schriftlicher Form sowie im Rahmen der Teamsitzung.	Projekt	Verwaltung, Büro	Zu entwickelnder Fragebogen	Verwaltungs-mitarbeiter	LF 1, LF 2
	5c) Beim Beantragen und Abrechnen von Leistungen mitwirken	Der Auszubildende setzt sich mit dem Leistungskatalog auseinander und lernt die einzelnen Leistungen kennen. Er beschafft sich verschiedene für den Leistungskatalog erforderliche Beantragungs- und Abrechnungsformulare. Der Auszubildende beschreibt dem Ausbilder Aufbau, Funktion und Inhalte der einzelnen Formulare aus seiner Sicht und erhält vom Ausbilder eine Rückmeldung.	Selbstlernaufgabe	Verwaltung, Büro	Leistungskatalog des Betriebs Beantragungs- und Abrechnungsformulare		
2. KW	5e) Den gesundheitlichen, sozialen, wirtschaftlichen und psychischen Unterstützungsbedarf und die Förderungsmöglichkeiten der Klienten beobachten und beurteilen 5f) Unterstützung bei der Körperpflege, insbesondere bei Waschen, Hautpflege, Intimpflege, Mund-, Zahn- und Prothesenreinigung, Augenhygiene, Haar- und Bartpflege unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und hygienischer Kriterien leisten 5k) Bei der Auswahl von Kleidungsstücken beraten sowie beim An- und Auskleiden mitwirken	Anhand der Dokumentation informiert sich der Auszubildende über den gesundheitlichen und psychischen Unterstützungsbedarf des Klienten (Pflegestufe 1). Anhand der Pflegestandards informiert er sich über die Unterstützung bei der Ganzwaschung am Waschbecken unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und hygienischer Kriterien. Der Auszubildende wird zunächst angeleitet und lernt dann die Ganzwaschung selbstständig durchzuführen. Er lernt den Klienten beim Ankleiden zu unterstützen.	„Vier-Stufen-Methode" (Prinzip der vollständigen Handlung)	Wohnung des Klienten	Dokumentation, Pflegestandards	Klient	LF 5

Entwicklung von Ausbildungsaufgaben

Durch die praktische Ausbildung sollen zukünftige Pflegekräfte berufliche Handlungskompetenzen erwerben, indem sie durch die Vermittlung der im Ausbildungsrahmenplan beschriebenen Fertigkeiten und Arbeitstechniken fachlich qualifiziert werden. Darüber hinaus sollen sie überfachliche Qualifikationen auf den Ebenen der Human(Personal-)- und Sozialkompetenz erwerben. Integraler Bestandteil dieser drei Kompetenzebenen bilden Methoden-, Lern- sowie kommunikative Kompetenzen.[12] Die Tiefe und die Qualität der fachlichen und überfachlichen Qualifizierung werden von der Gestaltung der Ausbildungsaufgaben sowie den eingesetzten Ausbildungsmethoden mit bestimmt. Idealtypische Ausbildungsaufgaben für die praktische Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung lassen sich durch folgende Merkmale beschreiben:

- Ausbildungsaufgaben liegen exemplarische Arbeitsaufgaben zugrunde. Das heißt, dass sich für die Altenpflege- oder Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung nur diejenigen Aufgabenstellungen der Berufspraxis eignen, aus denen die Pflegekräfte lernen, berufstypische Anforderungen zu bewältigen. „Berufstypisch" bezeichnet in diesem Zusammenhang daher Arbeitsaufgaben, die für den Pflegeberuf exemplarisch sind.[13]
- Ausbildungsaufgaben beziehen sich auf vollständige Arbeitsprozesse – und nicht nur auf einzelne (pflegerische) Tätigkeiten. So umfasst die Qualifizierung zur grundpflegerischen Versorgung beispielsweise nicht nur die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung

Abbildung 7: Ebenen beruflicher Handlungskompetenz

Fachliche Qualifizierung
Fachkompetenz Bei der Bearbeitung der Ausbildungsaufgaben sollten die Auszubildenden ihr bislang erworbenes Fachwissen und ihre bisher erworbenen Fertigkeiten anwenden können (zum Beispiel die erreichte Wahrnehmungs- und Beobachtungskompetenz) und gleichzeitig neues Fachwissen und neue Fertigkeiten erlangen.
Überfachliche Qualifizierung
Methoden- und Lernkompetenz Die Bearbeitung von Ausbildungsaufgaben sollte in einem vollständigen Handlungsprozess erfolgen, d.h. alle Schritte von der Zielsetzung über die Informationsbeschaffung, Planung, Vorbereitung, Durchführung bis hin zur Aufbereitung und Präsentation der Ergebnisse (zum Beispiel im Rahmen von Teamsitzungen) umfassen und von den Auszubildenden möglichst selbstständig bearbeitet werden.
Sozialkompetenz Die Bearbeitung der Ausbildungsaufgaben sollte die Auszubildenden dahingehend fördern, zum Beispiel soziale Beziehungen zu gestalten, Unterstützungsbedarfe zu erfassen und bestehende Konflikte in der Interaktion zu erkennen, zu reflektieren und eine Verständigung zu erzielen.
Personalkompetenz Die Bearbeitung der Ausbildungsaufgaben sollte die personalen Eigenschaften der Auszubildenden, wie zum Beispiel Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungsbewusstsein schulen.

12 In Anlehnung an die Kompetenzebenen der Kultusministerkonferenz (KMK) unterscheiden MÜLLER und ZÖLLER drei Komponenten der beruflichen Handlungskompetenz: Fachkompetenz, Human(Personal-)kompetenz und Sozialkompetenz. Methoden-, Lern- und kommunikative Kompetenz bilden den integralen Bestandteil dieser drei Kompetenzen. MÜLLER, M., ZÖLLER, A.: Arbeitshilfe für Rahmenlehrplanausschüsse. München/Halle Juli 2001, S.23

13 Zum Beispiel gehört die grundpflegerische Versorgung zu den exemplarischen Aufgabenstellungen/Anforderungen von Pflegekräften; nicht exemplarisch und damit für die Vermittlung grundpflegerischer Fertigkeiten und Kenntnissen weniger geeignet wäre zum Beispiel ein Pflegebedürftiger, bei dem aufgrund seines Krankheitsbildes Besonderheiten zu beachten sind, die nicht typischerweise bei der altenpflegerischen Arbeit anfallen.

Abbildung 8: Arbeitsschritte zur Bearbeitung einer Ausbildungsaufgabe (Beispiel)

Schritte zur handlungsorientierten Bearbeitung einer Ausbildungsaufgabe	Aufgabe der Auszubildenden	Aufgabe der Ausbilder/innen
Besprechung der Aufgabenstellung Festlegung von Zielen Festlegung der Rahmenbedingungen zur Aufgabenbearbeitung	Die Auszubildenden bestimmen selbstständig die Rahmenbedingungen zur Aufgabenbearbeitung. Hierzu zählen zum Beispiel die Festlegung von Ort, Zeitpunkt und Reihenfolge der Arbeitsschritte sowie die Entscheidung über eine gemeinsame Bearbeitung mit anderen Auszubildenden.	Der/die Ausbilder/in stellt die Ausbildungsaufgabe vor und erläutert die Zielstellung und die Bedeutung der Aufgabe für die Ausbildung bzw. für die künftige Berufsausübung als Pflegefachkraft. Der/die Ausbilder/in stellt sicher, dass die Auszubildenden sowohl die Ausbildungsaufgabe als auch die Zielstellung verstanden haben.
Informationsbeschaffung und Informationsaufbereitung zur Ausgangssituation	Die Auszubildenden beschaffen sich selbstständig die erforderlichen Informationen und erarbeiten sich ebenfalls selbstständig die zur Durchführung der Ausbildungsaufgabe notwendigen Fachkenntnisse.	Der/die Ausbilder/in gewährleistet dass die Auszubildenden alle notwendigen Informationen aufgefunden und richtig verstanden haben, korrigiert ggf. Fehler und schließt Wissenslücken.
Planung und Vorbereitung	Die Auszubildenden planen ihre Vorgehensweisen bei der Durchführung der Ausbildungsaufgabe, hierzu zählen u.a. die Aufgabenverteilung im Team sowie der Umgang mit auftretenden Konflikte bei der Teamarbeit.	Gemeinsam mit den Auszubildenden überprüft und korrigiert der/die Ausbilder/in die Planung. Bei Bedarf unterstützt der/die Ausbilder/in die Konfliktbewältigung.
Durchführung	Je nach Ausbildungsgegenstand und Ausbildungsstand der Auszubildenden führen sie die Aufgabe unter Anleitung oder selbstständig aus und beachten dabei einzuhaltende (zum Beispiel hygienische, wirtschaftliche, umweltschonende, ergonomische) Kriterien.	Je nach Ausbildungsgegenstand und Ausbildungsstand leitet der/die Ausbilder/in die Auszubildenden an oder unterstützt sie im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe" (selbst organisiertes Lernen).
Bewertung des Arbeitsergebnisses und der Aufgabenbearbeitung	Die Auszubildenden präsentieren das Aufgabenergebnis und beurteilen sie hinsichtlich der Zielerreichung (Selbstbewertung). Sie beurteilen die Aufgabendurchführung sowie die Zusammenarbeit im Team und machen ggf. Veränderungsvorschläge.	Der/die Ausbilder/in bewertet die Arbeitsergebnisse und stellt diese der Selbstbewertung der Auszubildenden gegenüber. Der/die Ausbilder/in ermittelt den erarbeiteten Wissensstand, schließt Wissenslücken und korrigiert Fehler. Gemeinsam mit den Auszubildenden bewertet der/die Ausbilder/in die Aufgabendurchführung und reflektiert die Kooperation innerhalb des Teams sowie zwischen Ausbilder/in und Team und zieht Konsequenzen für das künftige Vorgehen.

der Grundpflege beim Pflegebedürftigen, sondern auch die Schritte Informationssammlung, Planung, Evaluation und Dokumentation.

- Ausbildungsaufgaben beinhalten Gestaltungsspielräume im Hinblick auf verschiedene Bearbeitungs- und Lösungsmöglichkeiten, so dass die Auszubildenden unterschiedliche Vorgehensweisen erproben können.
- Ausbildungsaufgaben berücksichtigen alle Kompetenzebenen, sei es durch eine bewusste Schwerpunktsetzung auf einer Kompetenzebene oder durch eine bewusst ganzheitli-

Abbildung 9: Zielstellungen von Ausbildungsaufgaben (Beispiel Altenpflege)

Ausbildungsgegenstand nach Ausbildungsrahmenplan	Ziel der Ausbildungsaufgabe	Präzisierte Zielstellung
Berufsbildposition 2: Aufbau und Organisation des Ausbildungsbetriebs	Vermittlung von Orientierungs- und Überblickswissen [*Strukturkompetenz*]	Die Auszubildenden lernen die Standards und Regeln kennen, nach denen in der Einrichtung/im Betrieb gearbeitet wird. Die Auszubildenden verschaffen sich einen Überblick über die routinemäßig anfallenden Arbeiten und Aufgaben in der Einrichtung/im Betrieb.
Berufsbildposition 5: Pflegen alter Menschen in häuslicher Umgebung Berufsbildposition 6: Pflegen alter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe	Vermittlung von Zusammenhangswissen [*Strukturkompetenz*]	Die Auszubildenden verstehen das Zusammenwirken der einzelnen Arbeits- und Funktionsbereiche. Die Auszubildenden erkennen den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Situation anhand einzelner Klienten/Bewohner. Die Auszubildenden erkennen Zusammenhänge zwischen betrieblichen Ressourcen und Möglichkeiten der Alltagsgestaltung.
zum Beispiel Berufsbildposition 6i: Unter Beachtung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse: Mitwirken bei der Zubereitung von Nahrungsmitteln unter Beachtung hygienischer und diätetischer Regeln sowie bei der Nahrungsaufnahme Hilfe leisten	Vermittlung von Detail- und Funktionswissen [*Fachkompetenz, Sozialkompetenz*]	Die Auszubildenden verstehen die Funktion des Arbeitsablaufs (zum Beispiel die Reihenfolge der Essensverteilung in den verschiedenen Wohnbereichen).
Berufsbildposition 8: Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Bezugspersonen	Vermittlung von Fachwissen, Kommunikationsstrategien, Kommunikationsformen [*Fachkompetenz, Sozialkompetenz*]	Die Auszubildenden beschreiben ihre Vorgehensweise in einer neuartigen Arbeitssituation, wenden dabei ihr bisher erworbenes Fachwissen an und erweitern es.
Berufsbildposition 11: Maßnahmen der Behandlungspflege	Vermittlung einzelner Fertigkeiten [*Fachkompetenzen, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz]*	Die Auszubildenden erlernen die Fertigkeiten zur Durchführung von zum Beispiel der s.c.-Injektion.
Berufsbildposition 12: Stressprävention und Belastungsvermeidung zum Beispiel Berufsbildposition 5h: Techniken der sicheren und gesundheitsfördernden Lagerung und Mobilisierung unter Berücksichtigung individueller Wünsche anwenden	Erlernen des Umgangs mit Arbeitsanforderungen mit Hilfe von Arbeitstechniken und Arbeitsverfahren [*Fachkompetenz, Methodenkompetenz*]	Die Auszubildenden lernen die Arbeitsbelastung durch die eigene Arbeitsplanung zu steuern. Die Auszubildenden lernen körperliche Belastungen durch die Anwendung rückenschonender Arbeitstechniken zu vermeiden.
zum Beispiel Berufsbildposition 5m: Beschäftigungsangebote unterbreiten und geeignete Maßnahmen für die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte vorschlagen	Identifikation von Handlungsalternativen [*Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz*]	Anhand einzelner Klienten/Bewohner lernen die Auszubildenden verschiedene Maßnahmen der Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung des Betriebs/der Einrichtung sowie geeignete Auswahlkriterien kennen.
zum Beispiel Berufsbildposition 5g: Erkrankungssymptome erkennen und erste pflegerische Maßnahmen planen und durchführen	Erkennen von Problemen der Berufsarbeit [*Fachkompetenz, Methodenkompetenz*]	Anhand einzelner Klienten und Bewohner lernen die Auszubildenden schwierige Pflegesituationen sowie geeignete Präventions- und Interventionsmaßnahmen kennen.

che Gestaltung der Ausbildungsaufgabe. In Abbildung 7 sind die Ebenen der beruflichen Handlungskompetenz bezogen auf Ausbildungsaufgaben für die praktische Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung beispielhaft dargestellt.[14]

- Ausbildungsaufgaben sollten nach dem Muster eines vollständigen Handlungsprozesses gestaltet sein (vgl. Abbildung 8) und den Auszubildenden eine selbstständige Bearbeitung ermöglichen (Prinzip der Selbststeuerung). Ähnlich den Lehrkräften im Rahmen der handlungsorientierten, schulischen Ausbildung, übernehmen die Ausbilder/innen im Verlauf des Ausbildungsprozesses, in Abhängigkeit vom Ausbildungsgegenstand und dem erreichten Ausbildungsniveau, sukzessive die Rolle von Moderatoren.

Zur Entwicklung von Ausbildungsaufgaben legen die Ausbilder/innen zunächst den Kompetenzschwerpunkt fest (beispielsweise die Vermittlung von Zusammenhangswissen bezüglich betrieblicher Abläufe der Ausbildungsstätte, die Vermittlung einzelner Fertigkeiten, etc.) und präzisieren die Zielstellung (vgl. Abbildung 9). Anschließend entscheiden sie für jede Aufgabe, ob sie im Rahmen eines Arbeitsprozesses durchgeführt werden kann oder ob die Durchführung separat auf einer Lernstation erfolgen soll. Schließlich entwickeln die Ausbilder/innen die konkrete Ausbildungsaufgabe, aus der hervorgeht, welche fachlichen und überfachlichen Qualifikationsziele, mittels welcher Ausbildungsmethoden und gegebenenfalls unter Einsatz welcher Hilfsmittel, erreicht werden sollen. Die Abbildungen 10 und 11 greifen auf die in Abbildung 6 aufgeführten Ausbildungsaufgaben zurück und betrachten diese unter den eben genannten Gesichtspunkten.

Abbildung 10: Beispiel einer Ausbildungsaufgabe (praktische Ausbildung Altenpflege)

Ausbildungsgegenstände nach Ausbildungsrahmenplan	
5e: Den gesundheitlichen, sozialen, wirtschaftlichen und psychischen Unterstützungsbedarf und die Förderungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen beobachten und beurteilen **5f:** Unterstützung bei der Körperpflege, insbesondere beim Waschen, Hautpflege, Intimpflege, Mund-, Zahn- und Prothesenreinigung, Augenhygiene, Haar- und Bartpflege unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und hygienischer Kriterien leisten **5k:** Bei der Auswahl von Kleidungsstücken sowie beim An- und Auskleiden mitwirken	
Ausbildungsaufgabe	
Anhand der Dokumentation informiert sich der Auszubildende über den gesundheitlichen und psychischen Unterstützungsbedarf des Klienten (Pflegestufe 1). Anhand der Pflegestandards informiert er sich über die Unterstützung bei der Ganzwaschung am Waschbecken unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und hygienischer Kriterien. Der Auszubildende wird zunächst angeleitet und lernt dann die Ganzwaschung selbstständig durchzuführen. Er lernt den Klienten beim Ankleiden zu unterstützen.	
Qualifikationsziele (Fachkompetenz)	Der Auszubildende lernt, im Rahmen der grundpflegerischen Versorgung, eine Ganzwaschung am Waschbecken fachgerecht und selbstständig durchzuführen. Der Auszubildende lernt den Klienten beim Ankleiden zu unterstützen.
Überfachliche Qualifikationsziele	Methodenkompetenz: Informationsbeschaffung Personalkompetenz: Kommunikationsfähigkeit Beratungskompetenz Balance Empathie-Distanzierung zum Klienten
Einzusetzende Hilfsmittel zur Bearbeitung der Ausbildungsaufgabe	Pflegedokumentation Pflegestandards

14 Nach MÜLLER, M., ZÖLLER, A.: Arbeitshilfe für Rahmenlehrplanausschüsse. München/Halle Juli 2001, S. 23f.

Abbildung 11: Beispiel einer Ausbildungsaufgabe (praktische Ausbildung Altenpflege)

Ausbildungsgegenstand nach Ausbildungsrahmenplan	
5c: Beim Beantragen und Abrechnen von Leistungen mitwirken	
Ausbildungsaufgabe	
Der Auszubildende setzt sich mit dem Leistungskatalog auseinander und lernt die einzelnen Leistungen kennen. Er beschafft sich verschiedene, für den Leistungskatalog erforderliche, Beantragungs- und Abrechnungsformulare (zum Beispiel Formulare der verschiedenen Krankenkassen, für Sozialhilfeempfänger etc.). Der Auszubildende beschreibt dem Ausbilder Aufbau, Funktion und Inhalte der einzelnen Formulare aus seiner Sicht und erhält eine Rückmeldung/Korrektur seitens des Ausbilders.	
Qualifikationsziele (Fachkompetenz)	Die Auszubildende erwirbt Kenntnisse von Aufbau, Inhalt und Funktion des betrieblichen Leistungskatalogs.
Überfachliche Qualifikationsziele	Methodenkompetenz: Informationsbeschaffung und Informationsaufbereitung Personalkompetenz: (Mündliche) Darstellungsfähigkeit
Einzusetzende Hilfsmittel zur Bearbeitung der Ausbildungsaufgabe	Leistungskatalog des Betriebs Beantragungs- und Abrechnungsformulare
Aufgabe der Auszubildenden	Informationsbeschaffung Selbstständiges Erarbeiten von Fachwissen
Ausbildungsmethode	Selbstlernaufgabe

Die bisherigen Evaluationsergebnisse der Pflegeausbildungen im Saarland und in Brandenburg zeigen, dass die praktische Ausbildungsdurchführung den Ausbilder/innen Umdenkungsprozesse abverlangt. Dies rief einige Verständnisschwierigkeiten hervor, die Gegenstand von Ausbilderschulungen und Praxisbesuchen der Schulen in den Ausbildungsstätten sind. So wurde beispielsweise zu Ausbildungsbeginn nicht zwischen Arbeitsaufgabe und Ausbildungsaufgabe unterschieden, das heißt die Durchführung einer Grundpflege (= Arbeitsaufgabe) wurde ohne didaktische Aufbereitung als Ausbildungsaufgabe eingesetzt. Weiterhin wurden vielfach einzelne Tätigkeiten mit vollständigen Arbeitsprozessen gleichgesetzt und beispielsweise die Arbeit mit der Pflegedokumentation nicht als dem Arbeitsprozess Grundpflege unmittelbar zugehörig betrachtet. Die Informationsbeschaffung, die grundpflegerische Verrichtung und die anschließende Dokumentation wurden vielmehr als jeweils eigenständige Tätigkeiten vermittelt. Ein weiterer Diskussionspunkt zu Ausbildungsbeginn war die Frage nach der Arbeitsaufteilung zwischen den beiden Lernorten in Zusammenhang mit der Vermittlung theoretischer Wissensinhalte. Dieser Aspekt ist nach wie vor Gegenstand der Lernortkooperation.

Wahl von Ausbildungsmethoden

Bei der Befähigung von Pflegekräften zur selbstständigen Bearbeitung komplexer beruflicher Anforderungen spielt die Wahl der Ausbildungsmethoden eine entscheidende Rolle. Hierbei wird die Projektmethode als Idealform zur Umsetzung einer handlungsorientierten Ausbildung betrachtet,[15] da sie sich am Muster eines vollständigen Handlungsprozesses orientiert, bei dem

15 Vgl. BONZ, B.: Methoden der Berufsbildung Stuttgart: 1999, S.119

die Auszubildenden alle vier Phasen von der Zielsetzung über die Planung und Ausführung bis zur Beurteilung selbstständig gestalten und die Ausbilder/innen diesen Prozess lediglich moderierend begleiten (vgl. Abbildung 8). Einzelne Fertigkeiten, wie beispielsweise personennahe grund- oder behandlungspflegerische Maßnahmen, die für sich genommen nicht zu einer handlungsorientierten Ausbildungsaufgabe didaktisch aufbereitet werden können sondern durch Unterweisungsmethoden (zum Beispiel direkte Anleitung, Vierstufenmethode) vermittelt werden müssen, können in Projekte eingebunden werden, so dass die praktische Ausbildung dennoch schwerpunktmäßig handlungsorientiert erfolgt.

In der saarländischen Altenpflege- und der brandenburgischen integrierten Pflegeausbildung erfolgt die Vermittlung behandlungspflegerischer Fertigkeiten überwiegend durch Methoden der Unterweisung, schwerpunktmäßig der direkten Anleitung und in ihrer erweiterten Form, der Vier-Stufen-Methode. Ergänzend wurden Selbstlernaufgaben eingesetzt, in denen sich die Auszubildenden beispielsweise Fachwissen über das Krankheitsbild eines Pflegebedürftigen erarbeiteten, wobei sie sich die erforderlichen Informationen selbstständig beschafften und auf die konkrete Pflegesituation bezogen. In Abhängigkeit vom Ausbildungsgegenstand wurden darüber hinaus Erkundungsaufträge, Projekte sowie, als lernzentrierte Methode, die Leittextmethode eingesetzt.

Da die Durchführung von Projekten, zumindest im Rahmen der praktischen Altenpflegeausbildung, eine Neuerung darstellt und seitens der Ausbilder/innen Fragen hinsichtlich einer curriculumbasierten Konzeption von Projekten aufwarf, sollen hier zwei Vorgehensweisen vorgestellt werden. Grundsätzlich existiert die Projektmethode in verschiedenen Ausprägungsformen und Varianten.[16] Ebenso wie für einzelne Ausbildungsaufgaben liegen den Projekten für die praktische Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung die realen, komplexen Aufgaben und Anforderungen des Berufs zugrunde, so dass für die Auszubildenden ein praxisnaher Erwerb beruflicher Handlungskompetenzen möglich ist. Der Vorteil der Projektarbeit gegenüber stärker gesteuerten Ausbildungsmethoden liegt dabei im ganzheitlichen Lernen der Auszubildenden durch

- eine Vernetzung von (Fach-)Wissen in seinen Zusammenhängen und die Verknüpfung des erworbenen Wissens mit seiner Anwendung,
- eine Verknüpfung von Denken, Handeln und Werten,
- das Lernen auf der kognitiven, affektiven und motorischen Ebene und
- die Förderung der Sozialkompetenz, wie beispielsweise der Kooperationsfähigkeit.

Neben den didaktischen Vorzügen zeigte sich in der saarländischen Altenpflegeausbildung, dass der Einsatz der Projektmethode die Ausbildungsdurchführung unter den bestehenden, und in der Regel knappen, Zeitressourcen der Einrichtungen und Betriebe erleichtern kann, da der hohe Anteil an selbstständiger Bearbeitung durch die Auszubildenden den Ausbilder/innen zeitliche Freiräume schafft. Zentraler Gedanke bei der Ableitung von Projekten auf der Grundlage der Ausbildungsrahmenpläne der BIBB-Curricula ist, dass

- verschiedene Ziele des Ausbildungsrahmenplans durch mehrere komplexe Ausbildungsaufgaben unter einem gemeinsamen Projektthema bearbeitet werden (vgl. Abbildung 12) oder
- verschiedene Ziele zu einer komplexen Ausbildungsaufgabe (= Projekt) zusammengefasst werden (vgl. Abbildung 13).

16 DERS., ebda

Abbildung 12: Beispiel Ausbildungsprojekt (1)

Ausbildungsprojekt „Arbeitsbedingungen in der Einrichtung, die Altenpflege als berufliche Tätigkeit beeinflussen"	
2a: Aufbau und Aufgaben des ausbildenden Betriebs erläutern **2b:** Grundfunktionen des ausbildenden Betriebs wie Angebot, Dienstleistungen, Öffentlichkeitsarbeit und Kostengestaltung erklären **6a:** Struktur, Organisation, Finanzierungsrahmen und Dienstleistungsangebote der Einrichtung beschreiben **6b:** Bei Team- und Fallbesprechungen mitwirken **6c:** Den zeitlichen und sächlichen Rahmen des Arbeitseinsatzes planen und einhalten	
Ausbildungsaufgaben	
I: Die Auszubildenden beschaffen sich selbstständig Informationen und lernen die Struktur, die Organisation, das Angebot, die Dienstleitungen und die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung kennen. Durch angeleitete Mitarbeit lernen sie die unterschiedlichen Arbeitsweisen in den einzelnen Arbeits- und Funktionsbereichen kennen. Sie erstellen eine Informationsmappe zur Arbeitsorganisation und zu den Arbeitsbedingungen der wichtigsten Arbeits- und Funktionsbereiche der Einrichtung. **II:** Sie erstellen einen Fragebogen und befragen den Ergotherapeuten und einen Verwaltungsmitarbeiter zu deren Funktion und Aufgaben in der Einrichtung. **III:** Die Auszubildenden präsentieren ihre Ergebnisse in schriftlicher Form (Projektbericht) sowie mündlich im Rahmen der Teamsitzung.	
Qualifikationsziele (Fachkompetenz)	Die Auszubildenden erwerben Kenntnisse über Aufbau, Struktur und Aufgaben der Altenpflegeeinrichtung (zum Beispiel Zuordnung von Arbeitsabläufen zu einzelnen Arbeits- und Funktionsbereichen; sächliche und personelle Ausstattung und Aufgaben der einzelnen Arbeits- und Funktionsbereiche, Hierarchien). Sie lernen den Finanzierungsrahmen (zum Beispiel Kostenzusammensetzung für einen Heimplatz, Pflegesätze, Zeitvorgaben für die Leistungserbringung) der Einrichtung kennen. Sie lernen die Arbeitsorganisation und Kooperationen (zum Beispiel Pflegekonzept, Bezugsgruppenpflege, Arbeitsablaufplanung, Informations- und Kommunikationswege) der Einrichtung kennen. Sie verstehen den Zusammenhang zwischen den Einflussfaktoren Struktur, Finanzierungsrahmen, Arbeitsorganisation und Kooperation auf die pflegerische Berufsarbeit und die Qualität der Pflege in stationären Einrichtungen.
Überfachliche Qualifikationsziele	Methodenkompetenz: Planungskompetenz Informationsbeschaffung, Selektion und Aufbereitung der Informationen Informationssammlung durch Informationsgespräch: Fragenstruktur, Fragenformulierung Personalkompetenz: Kommunikationsfähigkeit Beurteilungsfähigkeit Darstellungsfähigkeit schriftlich und mündlich vor Gruppen
Einzusetzende Hilfsmittel zur Bearbeitung der Ausbildungsaufgabe	Von den Auszubildenden zu erstellender Fragenkatalog
Aufgabe der Auszubildenden	Informationsbeschaffung und Informationsaufbereitung Entwicklung eines aufgabenbezogenen Fragenkatalogs; Auswertung der Ergebnisse Schriftliche und mündliche Präsentation der Arbeitsergebnisse

Abbildung 13: Beispiel Ausbildungsprojekt (2)

Ausbildungsprojekt „Persönliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“	
3a: Gefährdung von Sicherheit am Arbeitsplatz feststellen und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung ergreifen 3b: Berufsbezogene Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften anwenden 3g: Ergonomische Gesichtpunkte bei der Planung und Durchführung der Arbeit einhalten	
Ausbildungsaufgabe	
Der Auszubildende ermittelt die in der Einrichtung verfügbaren verschiedenen Hilfsmittel zum ergonomischen Arbeiten und macht sich mit deren Funktionsweise vertraut. Er informiert sich über die Rechtgrundlage ergonomischen Arbeitens (Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften). Zusammen mit dem Physiotherapeuten probiert er verschiedene Lagerungs- und Hebetechniken (mit und ohne Hilfsmittel) aus und schult so seine Körperwahrnehmung.	
Qualifikationsziele (Fachkompetenz)	Der Auszubildende erwirbt Kenntnisse über Möglichkeiten des ergonomischen Arbeitens (mit und ohne Hilfsmitteleinsatz). Er lernt die Rechtgrundlage für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen am Arbeitsplatz kennen Er erlernt Techniken des ergonomischen Arbeitens.
Überfachliche Qualifikationsziele	Methodenkompetenz: Informationsbeschaffung, Selektion und Aufbereitung der Informationen Personalkompetenz: Sensibilisierung für die eigene Körperwahrnehmung
Einzusetzende Hilfsmittel zur Bearbeitung der Ausbildungsaufgabe	Hilfsmittel der Einrichtung Arbeitsschutzgesetz, Unfallverhütungsvorschriften
Aufgabe der Auszubildenden	Informationsbeschaffung und Informationsaufbereitung Erlernen von Lagerungs- und Hebetechniken unter Anleitung Selbstständiges Erarbeiten der Funktionsweisen von Hilfsmitteln

Abbildung 12 beschreibt ein Ausbildungsprojekt, wie es in einigen saarländischen Altenpflegeeinrichtungen in der ersten praktischen Phase der Altenpflegeausbildung mit dem Ziel durchgeführt wurde, den Auszubildenden die Strukturen und Funktionsweisen der eigenen Einrichtung zu vermitteln. Hierzu wurden die Ausbildungsziele a und b der Berufsbildposition 2 sowie die Ziele a bis c der Berufsbildposition 6 des Ausbildungsrahmenplans unter dem Projektthema „Arbeitsbedingungen in der Einrichtung, die die Altenpflege als berufliche Tätigkeit beeinflussen“ zusammen gefasst und drei komplexe Ausbildungsaufgaben, die auf die in der Einrichtung bestehenden Arbeitsprozesse Bezug nehmen, entwickelt.

Abbildung 13 beschreibt ein Ausbildungsprojekt zum Themenkomplex Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Die Ausbildungsziele a, b und g der Berufsbildposition 3 des Ausbildungsrahmenplans wurden hierfür unter dem Projekttitel „Persönliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“ zusammen gefasst und sollen durch die Bearbeitung einer komplexen Ausbildungsaufgabe erreicht werden.

Das Berichtsheft

Sowohl bei den Ausbilder/innen als auch bei den Auszubildenden der saarländischen Altenpflege- und der brandenburgischen integrierten Pflegeausbildung warf die Führung des Berichtshefts Fragen auf. Eine stichpunktartige Sichtung von Berichtsheften im Rahmen der Evaluation zeigte, dass vielfach die einzelnen, während des Arbeitstages durchgeführten, Tätigkeiten festgehalten wurden, die sich naturgemäß wiederholen und lediglich Inhalte wiedergeben, die bereits in der Pflegeplanung notiert wurden. Folglich betrachteten insbesondere die Auszubildenden die Führung eines Berichtshefts in erster Linie als bürokratischen Mehraufwand. Hier wurde im Rahmen der berufspädagogischen Begleitung versucht, durch Gestaltungsvorschläge für Berichtshefte und Bearbeitungshilfen unterstützend zu wirken. Zunächst wurden einige allgemeine Informationen zum Berichtsheft vermittelt:

- Das Berichtsheft dient der Dokumentation des praktischen Ausbildungsgeschehens und soll allen Ausbildungsbeteiligten (Schule, Einrichtung/Betrieb, Auszubildende) den zeitlichen und inhaltlichen Ausbildungsablauf transparent machen. Das Berichtsheft steht damit in engem Zusammenhang zum Ausbildungsplan und den dort enthaltenen Ausbildungsaufgaben.

Abbildung 14: Bearbeitungshilfe zur Führung des Berichtsheftes

- Orientieren Sie sich inhaltlich an folgenden Kriterien (Beispiele!):
  Kommunikation, Wahrnehmung, Beobachtungen (zum Beispiel im Rahmen der Grundpflege), Ess- und Trinkverhalten usw.
- Wie geht es den Menschen, die Sie versorgen?
- Wie kommunizieren Sie mit den Menschen?
  (zum Beispiel: verbal, nonverbal, basale Stimulation)
- Haben Sie etwas besonderes wahrgenommen? Hat Sie etwas besonders bewegt?
- Wie ist das Trinkverhalten des Menschen?
- Auf was achten Sie beim Essen anreichen?
- Welche Ganzkörperwäsche wurde durchgeführt und worauf achten Sie bei diesem Menschen? (zum Beispiel: Es geht dem Bewohner heute besser als gestern; der Bewohner hat sich allein rasiert ...)
- Gefährdete Personen bei den Prophylaxen beobachten, um zu wissen warum diese Prophylaxen durchgeführt werden
- Wie werden die Prophylaxen durchgeführt?
- Welche Krankheitsbilder können Sie beobachten und wie wird damit umgegangen?
- Schreiben Sie am Ende der Woche ihr persönliches Fazit:
  - Was war neu für mich?
  - Was ist mir schon gelungen?
  - Woran muss ich noch arbeiten?

Abbildung 15: Beispiel Berichtsheft, stichpunktartig geführt

Ausbildungsaufgabe Der Auszubildende beschafft sich selbstständig Informationsmaterial und lernt die Struktur, die Organisation, das Angebot, die Dienstleistungen und die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung kennen. Er erstellt einen Fragebogen und befragt den Ergotherapeuten und einen Verwaltungsmitarbeiter und lernt so deren Funktion und Aufgaben in der Einrichtung kennen. Der Auszubildende präsentiert seine Ergebnisse in schriftlicher Form sowie mündlich im Rahmen einer Teamsitzung.			
5. Kalenderwoche		6. Kalenderwoche	
MO	Informationsbeschaffung über die Einrichtung: Hausprospekt, Pflegeleitbild, Organigramm sowie Informationen über die Gesellschaftsform. Eine Beschreibung der Einrichtung auf 1 DIN-A4-Seite erstellt.	MO	weiter schriftliche Ausarbeitung der Projektarbeit
DI	In der Literatur über den Bereich Ergotherapie in der stationären Altenpflege nachgelesen Fragebogen zur Befragung des Ergotherapeuten und der Verwaltungsangestellten erstellt, um deren Aufgaben und Funktion zu erfassen Gemeinsame Überarbeitung des Fragebogens mit dem Ausbilder, dabei Veränderung der Reihenfolge von Fragen Terminabsprache mit dem Ergotherapeuten und der Verwaltungsangestellten	DI	Rest schriftliche Projektarbeit Notizen für die mündliche Präsentation in der Teamsitzung gemacht mit dem Ausbilder die mündliche Präsentation durchgespielt
MI	Rundgang im Bereich Ergotherapie und schriftliche Erfassung der vorhandenen Beschäftigungsmöglichkeiten Teilnahme am heutigen Angebot für Bewohner des Wohnbereichs 2; Dabei Beobachtung und schriftliche Beschreibung eines Bewohners zur Frage: „Wie reagiert der Bewohner auf das ergotherapeutische Angebot?“ Befragung des Ergotherapeuten	MI	Präsentation des Projektergebnisses in der Teamsitzung und Rückmeldung vom Team Besprechung des Projekts mit dem Ausbilder (Was lief gut? Was fiel mir schwer?) Abgabe der schriftlichen Projektarbeit (Rückmeldung erfolgt Ende der Woche)
DO	Befragung der Verwaltungsangestellten: Die Nutzung der EDV für die Monatsabrechnungen der Bewohner wurde mir erklärt und gezeigt schriftliche Beschreibung des Verwaltungswegs am Beispiel „Monatsabrechnung für den Bewohner X“	DO	Neue Ausbildungsaufgabe
FR	Besprechung mit dem Ausbilder über Aufbau und Länge der schriftlichen Projektarbeit sowie über die Präsentation in der Teamsitzung Beginn mit der schriftlichen Ausarbeitung	FR	
SA		SA	
SO		SO	

Abbildung 16: Berichtsheft, ausführlich geführt

Ausbildungsaufgabe Der Auszubildende beschafft sich selbstständig Informationsmaterial und lernt die Struktur, die Organisation, das Angebot, die Dienstleistungen und die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung kennen. Er erstellt einen Fragebogen und befragt den Ergotherapeuten und einen Verwaltungsmitarbeiter und lernt so deren Funktion und Aufgaben in der Einrichtung kennen. Der Auszubildende präsentiert seine Ergebnisse in schriftlicher Form sowie mündlich im Rahmen einer Teamsitzung.			
5. Kalenderwoche		6. Kalenderwoche	
MO	Zunächst habe ich Informationen über die Einrichtung gesucht. Ich habe das Organigramm der Einrichtung, das Pflegeleitbild, das Hausprospekt und Unterlagen zur Gesellschaftsform genutzt und die Einrichtung beschrieben (1 DIN-A4-Seite).	MO	Heute habe ich mit der Ausarbeitung der Projektarbeit weiter gemacht.
DI	Ich habe Literatur zu Ergotherapie in stationären Einrichtungen gelesen und dann Fragen für den Ergotherapeuten und die Verwaltungsmitarbeiterin gesammelt, um deren Funktion und Aufgaben zu erfassen. Aus den Fragen habe ich einen Fragebogen konstruiert, was schwierig war, weil ich sehr viele Fragen hatte und auch nicht wusste in welcher Reihenfolge ich sie stellen sollte. Zusammen mit dem Ausbilder habe ich dann den Fragebogen besprochen, und wir haben viele Wiederholungsfragen weg gelassen. Ich habe für morgen und übermorgen Termine mit dem Ergotherapeuten und der Verwaltungsmitarbeiterin gemacht.	DI	Heute ist die Projekt fertig geworden. Mit dem Ausbilder habe ich die Präsentation für die Teamsitzung zweimal durchgespielt. Ich habe 15 min. Zeit, habe aber fast doppelt so lange gebraucht und bin mehrmals hängen geblieben. Wegen morgen bin ich etwas nervös.
MI	Als erstes hat mich der Ergotherapeut durch den Ergobereich geführt und mir alles gezeigt. Ich sollte anschließend aufschreiben, welche Beschäftigungsmöglichkeiten die Bewohner haben. Die Bewohner aus Wohnbereich 2 sollten heute Tischkarten für das Sommerfest basteln. Ich habe Herrn X beobachtet und beschrieben, wie er auf die Aufgabe reagiert hat. Anschließend habe ich den Ergotherapeuten befragt, was länger gedauert hat als ich geplant hatte.	MI	Ich habe mein Projekt im Team präsentiert (die Verwaltungsangestellte war auch dazu gekommen) und eine super Rückmeldung erhalten. Es hat aber doch länger gedauert als ich dachte (25 min), weil viele Fragen kamen. Anschließend haben der Ausbilder und ich ein Feedback zum Projekt gemacht, und ich habe die Projektarbeit abgegeben. Bis Ende der Woche bekomme ich eine Rückmeldung.
DO	Ich habe heute die Verwaltungsmitarbeiterin befragt. Mit der Zeit klappte es diesmal besser. Sie hat mir erklärt und gezeigt, wie mit der EDV die Monatsabrechnungen für die Bewohner gemacht werden. Ich sollte dann schriftlich den Verwaltungsweg am Beispiel „Monatsabrechnung für den Bewohner X" beschreiben.	DO	Für meine nächste Ausbildungsaufgabe soll ich …
FR	Ich habe mit dem Ausbilder darüber gesprochen, wie lang die Projektarbeit werden und was drin stehen soll. Ich hatte vorher Stichpunkte gemacht, die wir kürzen mussten. Danach haben wir besprochen, wie ich das Projekt im Team präsentieren soll. Für die Projektarbeit und die Vorbereitung der Teamsitzung habe ich bis Mitte nächster Woche Zeit. Das müsste zu schaffen sein	FR	
SA		SA	
SO		SO	

- Die Auszubildenden dokumentieren im Berichtsheft den Ausbildungsverlauf aus ihrer persönlichen Sicht und halten den Ausbildungsgegenstand, den Ausbildungsinhalt und die erworbenen Qualifikationen (und nicht die tagtäglich wiederkehrenden Tätigkeiten) sowie die subjektive Einschätzung ihrer praktischen Ausbildungserfahrungen fest.[17]
- Die Ausbilder/innen sollten die Berichtshefte regelmäßig kontrollieren und mit den Auszubildenden ihre die subjektiven Stellungnahmen besprechen.
- Für die Strukturierung von Berichtsheften gibt es keine einheitlichen Vorgaben; nach dem Muster des dualen Systems können tägliche oder wöchentliche Berichtshefte geführt werden.

Im Rahmen der berufspädagogischen Begleitung wurde die Führung eines täglichen Berichtshefts favorisiert, um den Ausbildungsverlauf möglichst lückenlos zu dokumentieren. Die Abbildung 15 zeigt beispielhaft ein stichpunktartig und im Stil eher formal geführtes Berichtsheft; Abbildung 16 zeigt ein eher tagebuchähnlich geführtes Berichtsheft, in dem die/der Auszubildende die eigene emotionale Befindlichkeit anspricht. Beide Beispiele nehmen auf eine Ausbildungsaufgabe im Ausbildungsplan Bezug und wurden den saarländischen Auszubildenden, gemeinsam mit einer Bearbeitungshilfe zur Führung eines Berichtshefts (vgl. Abbildung 14) ausgehändigt.

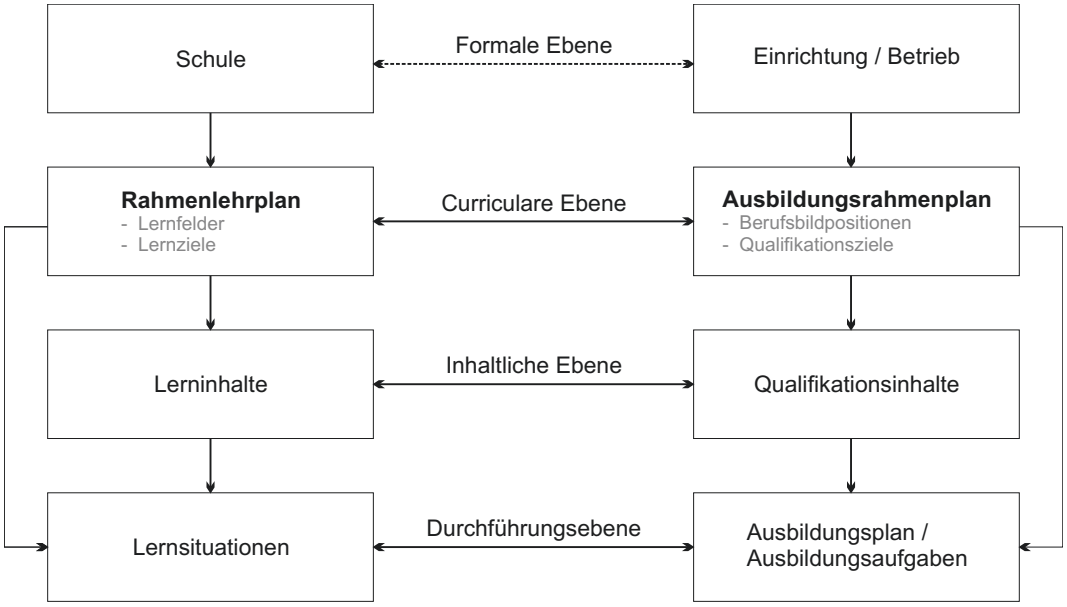
Organisation der Lernortkooperation

Mit der Verabschiedung der neuen Berufsgesetze zur Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bestimmt der Gesetzgeber zwei Ausbildungspartner, wobei die Gesamtverantwortung für das Erreichen des Ausbildungsziels die Alten- bzw. Krankenpflegeschulen tragen. Die inhaltliche und organisatorische Abstimmung des schulischen und praktischen Ausbildungsteils (Lernortkooperation) ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Aufgabe der Schule (§4, Absatz 5, KrPflG), im Altenpflegegesetz wurde die Zuständigkeit offen gelassen. Die neue Gesetzeslage geht mit einer neuen Rollenverteilung der Ausbildungspartner einher. Erstellte beispielsweise bislang die Altenpflegeschule für die Praktika einen Einsatzplan mit den zu vermittelnden Fertigkeiten und Kenntnissen, den die Einrichtungen abarbeiteten, sind diese im Rahmen der Lernortkooperation nun selbst für die praktische Ausbildungsgestaltung verantwortlich. Beide Lernorte müssen sich für die Ausbildungsplanung über die Abfolge der schulischen und praktischen Ausbildungsphasen und -inhalte verständigen und idealerweise auch eine gemeinsame Bearbeitung von Ausbildungsteilen vereinbaren. Lernortkooperation bedeutet also keinesfalls eine in erster Linie bei Problemen einsetzende Zusammenarbeit. Darüber hinaus kommt die Schule im Rahmen der Lernortkooperation ihrer gesetzlich festgelegten Gesamtverantwortung, im Saarland operationalisiert durch Beratung, Praxisbegleitung und Beurteilung der praktischen Ausbildung (Notenvergabe), nach. Abbildung 17 veranschaulicht die einzelnen Ebenen der Lernortkooperation auf der Grundlage der BIBB-Curricula.

Auf der formalen Ebene erfolgen unter anderem die Festlegung der praktischen und schulischen Ausbildungsphasen und die Ausübung der Gesamtverantwortung durch die Schulen (in der Abbildung wird diese Beziehung durch eine gestrichelte Linie dargestellt, da hier die Schule dominiert). Auf der Ebene der BIBB-Curricula stehen sich der schulische Rahmenlehrplan mit

17 Die bisherige Evaluation der saarländischen Altenpflegeausbildung ergab, dass die Mehrheit der ausbildenden Einrichtungen und Betriebe der Altenhilfe die Auszubildenden zumindest phasenweise ausschließlich als Mitarbeiter/innen einsetzen. In diesen Fällen spiegelt ein Berichtsheft mit einer Auflistung von Tätigkeiten die reale Ausbildungssituation und in einigen Fällen den Stellenwert der Ausbildung in der entsprechenden Ausbildungsstätte wieder.

Abbildung 17: Ebenen der Lernortkooperation



seinen Lernfelder und -zielen und der betriebliche Ausbildungsrahmenplan mit seinen Berufsbildpositionen und Ausbildungszielen gegenüber, wobei Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan strukturell und inhaltlich aufeinander abgestimmt sind (vgl. Abbildung 18). Auf der Inhaltsebene erfolgt die Abstimmung der schulischen und praktischen Ausbildungs- bzw. Lerninhalte, wobei diese jeweils aus den Lern- bzw. Ausbildungszielen abgeleitet werden. Lernsituationen bilden die Basis einer lernfeldorientierten schulischen Ausbildung. Sie werden auf der Grundlage der Lernziele des Rahmenlehrplans und der daraus abgeleiteten Lerninhalte entwickelt. Ausbildungsaufgaben stellen die Entsprechung für Lernsituationen in der praktischen Ausbildung dar und werden ihrerseits unter Einbeziehung von Inhalten auf der Basis der Ziele des Ausbildungsrahmenplans entwickelt. Eine gemeinsame Durchführung von Teilen der Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung an beiden Lernorten, beispielsweise in Form von lernortübergreifenden Projekten, ist anhand von schulischen Lernsituationen und betrieblichen Ausbildungsaufgaben denkbar.

Eine funktionierende Lernortkooperation erfordert eine Institutionalisierung der Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure. In der saarländischen Altenpflegeausbildung erfolgt diese in erster Linie durch regelmäßige Ausbildertreffen an den Altenpflegeschulen sowie anhand ebenfalls regelmäßig stattfindender Praxisbesuche von Lehrkräften in den Ausbildungsstätten . Zu Beginn der Ausbildung nahm an beiden Lernorten der Rollenfindungsprozess, bei dem hauptsächlich Zuständigkeitsfragen bezüglich der neuen Aufgabenverteilung im Mittelpunkt standen, viel Zeit in Anspruch. Im Verlauf des zweiten Ausbildungsjahres wurden anschließend verschiedene Formen der Zusammenarbeit auf der inhaltlichen und formalen Ebene erprobt:

- Zur inhaltlichen Verzahnung der schulischen und praktischen Ausbildung führte eine Altenpflegeschule Ausbildertreffen unter Beteiligung der Auszubildenden durch. Die Auszubildenden präsentierten den Ausbilder/innen die Unterrichtsinhalte und erreichten Lernziele der vergangenen schulischen Phase. Darauf aufbauend planten Ausbilder/innen, Auszubildende und Lehrkräfte gemeinsam die folgende praktische Phase und entwickelten dazu Ausbildungsaufgaben.

Abbildung 18: Systematische Beziehungen zwischen Lernfeldern und Berufsbildpositionen (Beispiel: BIBB-Curriculum Altenpflege)

Ausbildungsjahr	Lernfelder	Berufsbildpositionen
1. Ausbildungsjahr	1 Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen in der Altenpflege 2 Altenpflege als Beruf 3 Altern als Prozess – Gerontologisch begründete Arbeitsweisen 4 Kultursensible Pflege 5 Methoden und Dimensionen der Alltagsgestaltung	*Positionen 1 – 4 sowie* 5 Pflegen alter Menschen in häuslicher Umgebung 6 Pflegen alter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe 7 Pflegeplanung, Dokumentation, EDV
2. Ausbildungsjahr	6 Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses 7 Anleitung, Beratung, Kooperation 8 Altenpflege als interprofessionelles Arbeitsfeld 9 Direkte Pflege alter Menschen	*Positionen 1 – 4 sowie* 8 Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Bezugspersonen 9 Hilfen bei Behinderungen und Verwirrtheit 10 Pflegeunterstützende Maßnahmen der Gesundheitsförderung 11 Maßnahmen der Behandlungspflege
3. Ausbildungsjahr	10 Förderung der Selbstkompetenz Pflegebedürftiger 11 Spezielle Pflege psychisch veränderter und kranker alter Menschen 12 Unterstützung in psychischen und physischen Grenzsituationen 13 Qualitätsentwicklung in der Altenpflege	*Positionen 1 – 4 sowie* 12 Stressprävention und Belastungsvermeidung 13 Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung 14 Unterstützung und Pflege bei alternsbedingten psychischen Veränderungen und Erkrankungen 15 Maßnahmen in der speziellen Pflege 16 Begleitung Sterbender

- Ausgehend von schulischen Lernsituationen versucht sich ein aus Lehrkräften und Ausbilder/innen zusammengesetzter Arbeitskreis an einer möglichst engen, inhaltlichen Abstimmung beider Ausbildungsteile.
- Ein weiterer, ebenfalls aus Lehrkräften und Ausbilder/innen zusammengesetzter, Arbeitskreis befasst sich mit dem Thema einer einheitlichen Leistungsbeurteilung in den betrieblichen Ausbildungsstätten und entwickelt Beurteilungsinstrumente für die praktische Ausbildung.
- Im dritten Ausbildungsjahr führten eine Schule und ein Träger gemeinsam ein Projekt zum Thema „Beratung und Anleitung in der Pflege" durch.
- Für die handlungsorientierte Altenpflegehilfeprüfung im Jahr 2003 entwickelten Ausbilder/innen Vorschläge für praktische Prüfungsaufgaben, die dann von Pflegelehrkräften ausgestaltet wurden.

Bisher erfolgte die Lernortkooperation in der saarländischen Altenpflegeausbildung hauptsächlich durch einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen den Lernorten zu Ausbildungsinhalten, zu aufgetretenen Problemen in den einzelnen Phasen sowie durch die Klärung organisatorischer und formaler Fragen zur Ausbildungsdurchführung. Eine systematische inhaltliche Verzahnung der schulischen und praktischen Altenpflegeausbildung auf der Basis von Lernsituationen und Ausbildungsaufgaben (vgl. Abbildung 19), erfolgte bislang nicht, da an beiden Lernorten andere Themen, wie beispielsweise die Schaffung eines Grundverständnis für das duale Ausbildungskonzept bei den Lehrkräften, Ausbilder/innen und Auszubildenden, die

Abbildung 19: Abstimmung Lernsituation und Ausbildungsaufgabe (Beispiel Altenpflege)

Lernsituation	Ausbildungsaufgabe
Berufliches Handlungsfeld der Altenhilfe als Orientierung für den Beruf: Einen Überblick über Angebot, Zuständigkeiten, Arbeitsteilungen sowie institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen in der Altenpflege darstellen. (Lernsituation 2 für das erste Ausbildungsjahr)	Der Auszubildende beschafft sich selbstständig Informationsmaterial und lernt die Struktur, die Organisation, das Angebot, die Dienstleistungen und die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung kennen. Er erstellt einen Fragebogen und befragt den Ergotherapeuten und einen Verwaltungsmitarbeiter und lernt so deren Funktion und Aufgaben in der Einrichtung kennen. Der Auszubildende präsentiert seine Ergebnisse in schriftlicher Form (Projektarbeit) sowie im Rahmen der Teamsitzung.

Entwicklung von Lernsituationen und Ausbildungsaufgaben und die Konzeption einer handlungsorientierten Altenpflegehilfe- und Altenpflegeprüfung Priorität hatten.

Eine wichtige Voraussetzung für eine intensive Lernortkooperation auf der Basis von Lernsituationen und Ausbildungsaufgaben (Durchführungsebene) ist eine dem jeweiligen Ausbildungsgegenstand angepasste zeitliche Strukturierung der Ausbildungsphasen. Eine Analyse der zeitlichen Phasenabfolge im ersten Ausbildungsdurchgang der saarländischen Altenpflegeausbildung lässt vermuten, das die zeitliche Strukturierung primär nach organisatorischen und nicht nach inhaltlichen Gesichtspunkten erfolgte, was die Entwicklung einer intensiven Lernortkooperation auf der Durchführungsebene erschwert haben dürfte. Den Unterlagen nach ist jedes Ausbildungsjahr in der Regel in drei bis vier schulische und praktische Ausbildungsphasen unterteilt. Dabei reicht die Spannbreite der schulischen Phasen von 2 - 11 Wochen (die Schwerpunkte liegen bei 4, 5 und 7 Wochen). Bei den praktischen Ausbildungsphasen beträgt die Spannbreite zwischen 2 und 19 Wochen (die Schwerpunkte liegen bei 4 und 5, 8 und 9 sowie 10 und 11 Wochen).

Weder innerhalb einer Schule noch zwischen den Schulen lassen sich Muster hinsichtlich der Phasenabfolge erkennen, die Hinweise dahingehend geben, dass die zeitliche Aufteilung der Ausbildung auf die beiden Lernorte in Abhängigkeit vom jeweiligen Ausbildungsgegenstand des BIBB-Curriculums erfolgte. So wäre zum Beispiel zu erwarten gewesen, dass zu bestimmten Ausbildungszeitpunkten die Phasenabfolge kürzer (und damit die Lernortkooperation enger), zu anderen Zeitpunkten hingegen länger ist, je nachdem, welche Form sich am besten zum Erwerb der jeweiligen Qualifikationen eignet. Der Phasenabfolge in der Altenpflegeausbildung scheinen hingegen rein organisatorische Gesichtspunkten zugrunde zu liegen und es gibt keine Anzeichen dafür, dass die weiter oben vorgestellten Grundmodelle für Pflegeausbildungen (vgl. Kapitel „Sequenzierung des Ausbildungsprozesses“, S. 111ff) systematisch zur Ausbildungsplanung herangezogen wurden.

Die Befragung von Ausbilder/innen und Auszubildenden zur Beurteilung der zeitlichen Strukturierung der Ausbildung ergab ein heterogenes Bild. Während 70% die Auszubildenden einen rhythmischen Wechsel der schulischen und praktischen Ausbildungsphasen von 4 bis 6 Wochen bevorzugen würden, ist dies nur bei 33% der Ausbilder/innen der Fall. Von den Ausbilder/innen sind 40% der Meinung, dass die schulischen und praktischen Phasen möglichst lang (zum Beispiel jeweils mindestens drei Monate) sein sollten. Als Gründe lassen sich organisatorische Gründe vermuten, was aber noch zu erfragen ist. Beide Gruppen sind aber mit 82% bzw. 95% der Meinung, dass die Altenpflegeausbildung mit einer schulischen Phase beginnen sollte.

Abschließend soll noch auf einen Punkt eingegangen werden, der bei der Lernortkooperation zwar nicht im Vordergrund steht, aber auf ein strukturelles Grundproblem der Altenpflegeausbildung hinweist. Die Gesamtverantwortung der Schulen für die Altenpflegeausbildung wird im Rahmen der Lernortkooperation ausgeübt.[18] Der Begriff Gesamtverantwortung wird vom Gesetzgeber nicht näher definiert und im Saarland durch Praxisbegleitung, Beratung und Beurteilung operationalisiert. Für die Ausübung der Gesamtverantwortung wurde den Schulen vom Gesetzgeber, für den Fall dass Betriebe und Einrichtungen ihrer Ausbildungspflicht nur unzureichend nachkommen, keine Handlungsmöglichkeiten (beispielsweise Sanktionsmöglichkeiten) übertragen. Darüber hinaus besteht ein Abhängigkeitsverhältnis der Schulen gegenüber den Ausbildungsstätten, da diese letztlich entscheiden zu welcher Schule sie ihre Auszubildenden schicken. Die Einflussmöglichkeiten der Schulen auf die praktische Ausbildung sind damit nur auf der Ebene des Einvernehmens möglich. In der saarländischen Altenpflegeausbildung zeigt sich, dass hier Handlungsbedarf besteht.[19] Erforderlich ist eine Instanz (beispielsweise eine Kammer), die für Fragen und Probleme zur Ausbildungsdurchführung zuständig ist.

18 §4 Absatz 4, AltPflG: Die Abschnitte des Unterrichts und der praktischen Ausbildung sind inhaltlich und organisatorisch aufeinander abzustimmen

19 Nach bisherigen Schätzungen kann bei ca. 20% der Ausbildungsstätten von eine sehr guten praktischen Ausbildung ausgegangen werden, bei ca. 20-30% hingegen gibt es Hinweise, dass die Auszubildenden fast ausschließlich als Mitarbeiter/innen eingesetzt werden, unzureichende Ausbildungspläne vorliegen, keine angemessene Freistellung der Ausbilder/innen erfolgt, etc.

BETTINA JANSSEN

Ausbilderqualifikationen für Praxisanleiter

Mit den neuen Gesetzen zur Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegekräften stehen die Ausbildungsstätten vor der Aufgabe, nach einschlägigen gesetzlichen Vorgaben und Standards der Berufspädagogik für den Altenpflege- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeberuf zu qualifizieren. Dabei dokumentieren beide Gesetze die Relevanz der praktischen gegenüber der schulischen Ausbildung durch einem höheren Stundenumfang (2.500 Stunden praktische gegenüber 2.100 Stunden schulische Ausbildung).

In diesem Kapitel sollen nun die mit der neuen Gesetzeslage einhergehenden Anforderungen an die betriebliche Praxis bei der Durchführung der praktischen Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung aufgegriffen und darauf basierend die Notwendigkeit einer tiefergehenden arbeits- und berufspädagogischen Qualifizierung der Praxisanleiter/innen begründet werden. Anschließend erfolgt die Darstellung einiger zentraler Qualifikationen, die die Praxisanleiter/innen befähigen sollen, eine an den Standards für duale Berufsausbildungen orientierte praktische Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung durchzuführen. Abschließend werden als Entscheidungshilfe einige Anhaltspunkte für die Wahl einer berufspädagogischen Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme zum/zur Praxisanleiter/in aufgeführt. Die Ausführungen dieses Kapitels stützen sich in erster Linie auf die bisherigen Evaluationsergebnisse aus der saarländischen Altenpflegeausbildung. Zum größten Teil lassen sich die Aussagen aber auch auf die ebenfalls vom Bundesinstitut für Berufsbildung konzipierte, berufspädagogisch unterstützte und evaluierte integrierte Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege in Brandenburg übertragen.

Bis zum 1. August 2003 erfolgte die praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen durch Praktika.[1] Die Fachschulen der Altenpflege erstellten hierfür einen Einsatzplan, in dem sie festlegten, welche Fertigkeiten und Kenntnisse von den Praxisanleiter/innen zu vermitteln waren. Mit dem Altenpflegegesetz übernahmen die Einrichtungen und Betriebe der Altenhilfe nun die Funktion einer Ausbildungsstätte und die Praxisanleiter/innen die Aufgaben von Ausbilder/innen. Ihr Aufgabenbereich hat sich um die Handlungsfelder

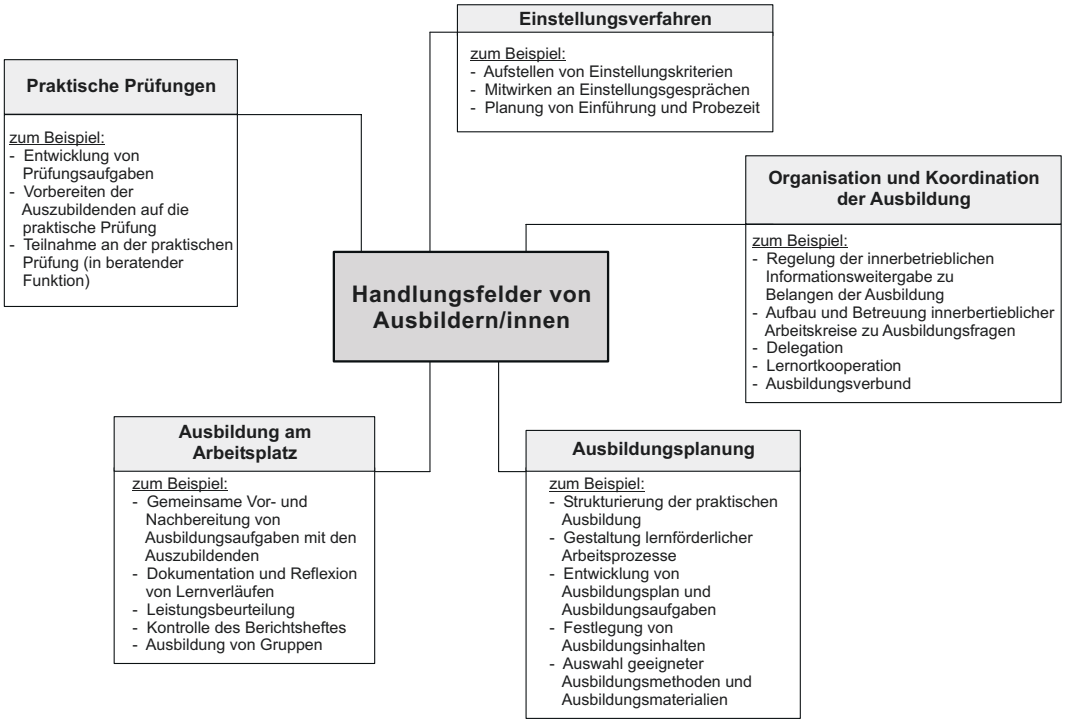
- Ausbildungsplanung,
- Ausbildungsdurchführung am Arbeitsplatz,
- Mitwirkung bei Einstellungsverfahren,
- Mitwirkung bei der praktischen Abschlussprüfung und
- innerbetriebliche und externe Ausbildungsorganisation und -koordination

erweitert.

---

1 Eine Ausnahme bildet das Saarland, das seit dem 1.10.2002 auf Grundlage des BIBB-Altenpflegecurriculums eine praktische Ausbildung durchführt.

Abbildung 1: **Handlungsfelder und Aufgaben von Ausbildern/innen** (Beispiel Altenpflege)



Mit der neuen Gesetzeslage tragen die Ausbilder/innen nun die Verantwortung für die Gestaltung der praktischen Ausbildung und sollen die Auszubildenden, auf der Grundlage eines Ausbildungsplans, schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranführen sowie den Kontakt mit den Altenpflegeschulen halten.[2] Abbildung 1 zeigt Beispiele der mit den neuen Handlungsfeldern verbundenen Aufgabenstellungen für Ausbilder/innen der Altenpflege.

Bei einer an den Standards für die duale Berufsausbildung orientierten Umsetzung der Altenpflegeausbildung sollte die praktische Ausbildung handlungsorientiert und innerhalb der betrieblichen Arbeitsprozesse anhand von berufstypischen und betriebsüblichen Ausbildungsaufgaben durchgeführt werden sowie eine optimale Verzahnung schulischer und praktischer Ausbildungsteile im Rahmen der Lernortkooperation erfolgen. Eine handlungsorientierte Durchführung der praktischen Ausbildung im Rahmen der schulischen Berufsbildung impliziert ein neues Rollenverständnis der Ausbilder/innen gegenüber den Auszubildenden. Ging es im Praktikum primär darum den Auszubildenden durch direkte Anleitung einzelne Fertigkeiten zu vermitteln, sollen die Ausbilder/innen nun den Ausbildungsprozess im Sinne von Lernberater/innen begleiten und steuern. In Abhängigkeit vom Ausbildungsgegenstand, dem erreichten Ausbildungsstand und der Angemessenheit stehen dabei das selbstständige Lernen und Erarbeiten von Ausbildungsinhalten im Mittelpunkt, so dass die Auszubildenden die erforderliche Handlungsfähigkeit zur Bewältigung komplexer beruflicher Aufgabenstellungen erlangen. Ausbilder/innen übernehmen dabei die Rolle von Experten/innen (bei der Klärung von Fachfragen), die von Berufspädagogen/innen (zum Beispiel bei der Vermittlung von Lern-, und Arbeitstechniken zur Bearbeitung von Ausbildungsaufgaben und bei Fragen zur Steuerung des Lernpro-

2 Vgl. § 2, Abs. 2.AltPflAPrV

zesses) und die von Mediatoren/innen bei auftretenden Konflikten (zum Beispiel im Rahmen einer Gruppenarbeit der Auszubildenden oder innerhalb des Teams).

Die Ergebnisse der Evaluation und der berufspädagogischen Begleitung der saarländischen Altenpflegeausbildung durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) zeigen, dass die mit dem Altenpflegegesetz verbundenen neuen Anforderungen an die Ausbilder/innen eine entsprechende berufspädagogische Qualifikation notwendig machen. Bis zur Verabschiedung des Altenpflegegesetzes galt dort für die Ausbildung von Altenpflegekräften das Gesetz Nr. 1499 über die Altenpflegeberufe im Saarland vom 12. Juni 2002 (GABS). Es basiert auf dem zu diesem Zeitpunkt noch nicht verabschiedeten Altenpflegegesetz und sieht das BIBB-Altenpflegecurriculum als Ausbildungsgrundlage vor. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflegeberufe im Saarland vom 6.8.2002 (APAS-VO) legt fest, dass die praktische Ausbildung auf der Grundlage eines Ausbildungsplans durch eine geeignete Fachkraft mit einer berufspädagogischen Fort- oder Weiterbildung von 200 Stunden zu erfolgen hat.[3] Von den 200 Stunden umfassen mindestens 40 Stunden berufspädagogische Kenntnisse sowie Kenntnisse zum GABS und zur APAS-VO.[4]

Aufgrund der zeitlichen Nähe zwischen Verabschiedung des GABS und Ausbildungsbeginn zum 1.10.2002 musste für den ersten Ausbildungsdurchgang die vorgeschriebene Qualifizierung der Ausbilder/innen parallel zur Ausbildungsdurchführung erfolgen. Die Ausbilderschulungen wurden überwiegend von drei der vier saarländischen Altenpflegeschulen auf der Grundlage eines gemeinsamen Qualifizierungskonzepts durchgeführt. In Anlehnung an die Ausbildereignungsverordnung gewerbliche Wirtschaft vom 1.11.1998 (AEVO) beinhaltet das Konzept Themen aus den Handlungsfeldern:

- Allgemeine Grundlagen,
- Ausbildungsplanung,
- Einstellung von Auszubildenden,
- Ausbildung am Arbeitsplatz,
- Förderung des Lernens,
- Anleitung von Gruppen,
- Beendigung der Ausbildung und
- Aktualisierung von Fachwissen.

Für Praxisanleiter/innen, die bereits eine entsprechende 160stündige Fort- oder Weiterbildung vorweisen konnten, genügte die Teilnahme an einer 40stündigen Zusatzqualifikation, die übrigen Teilnehmer/innen absolvierten die 200stündige Vollqualifikation.

Die Evaluationsergebnisse des ersten Ausbildungsjahres zeigten, dass

- eine 200stündige Qualifizierung grundsätzlich ausreicht, um den Ausbilder/innen die Unterschiede zwischen dem bisherigen Praktikum und den jetzigen Ausbildungsanforderungen zu vermitteln und sie angemessen auf die neuen Aufgaben vorzubereiten. Im Rahmen der 40stündigen Zusatzqualifizierung war dies aufgrund des Umfangs und der Komplexität der neuen Anforderungen nur suboptimal möglich.

3 Der Arbeitskreis „Weiterbildung für nichtakademische Gesundheitsfachberufe" des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales im Saarland hat einen Entwurf für eine Weiterbildungs-Verordnung - Praxisanleiterin oder Praxisanleiter für Gesundheitsfachberufe erarbeitet, der voraussichtlich zum Herbst 2005 verabschiedet werden wird und dann auch die Qualifikation von Ausbilder/innen der Altenpflege regelt.

4 Vgl. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflegeberufe im Saarland (§ 2 Abs. 2 APAS-VO)

- die Doppelrolle der Schulen als Ausbildungspartner im Rahmen der Lernortkooperation einerseits und als Institution, die im Rahmen der Ausbilderqualifizierung Vorgaben zur Gestaltung der praktischen Ausbildung definiert, andererseits den Rollenfindungsprozess zwischen den Ausbildungspartnern Schule und Einrichtung/Betrieb erschwerte. Gleichzeitig wirkte sich der enge Kontakt aber positiv auf die Gestaltung der Lernortkooperation aus. Darüber hinaus erhielten die Schulen Einblicke in die Denk- und Herangehensweise der Ausbilder/innen an eine praktische Ausbildung, was ihnen die Praxisbegleitung im Rahmen der Ausübung ihrer Gesamtverantwortung erleichterte.
- die Parallelität von Qualifizierung und Ausbildungsdurchführung auch dem Lernort Schule den Einstieg in die neue Altenpflegeausbildung erschwerte. Mit der Übernahme der Ausbilderqualifizierung hatten sich die Schulen nun gleichzeitig mit der Durchführung einer an den Standards des dualen Systems orientierten praktischen Ausbildung und der Einführung des Lernfeldkonzepts als neuem schulischen Ausbildungskonzept auseinander zu setzen, was mit einem deutlichen schulischen Mehraufwand an zeitlichen und personellen Ressourcen einherging.

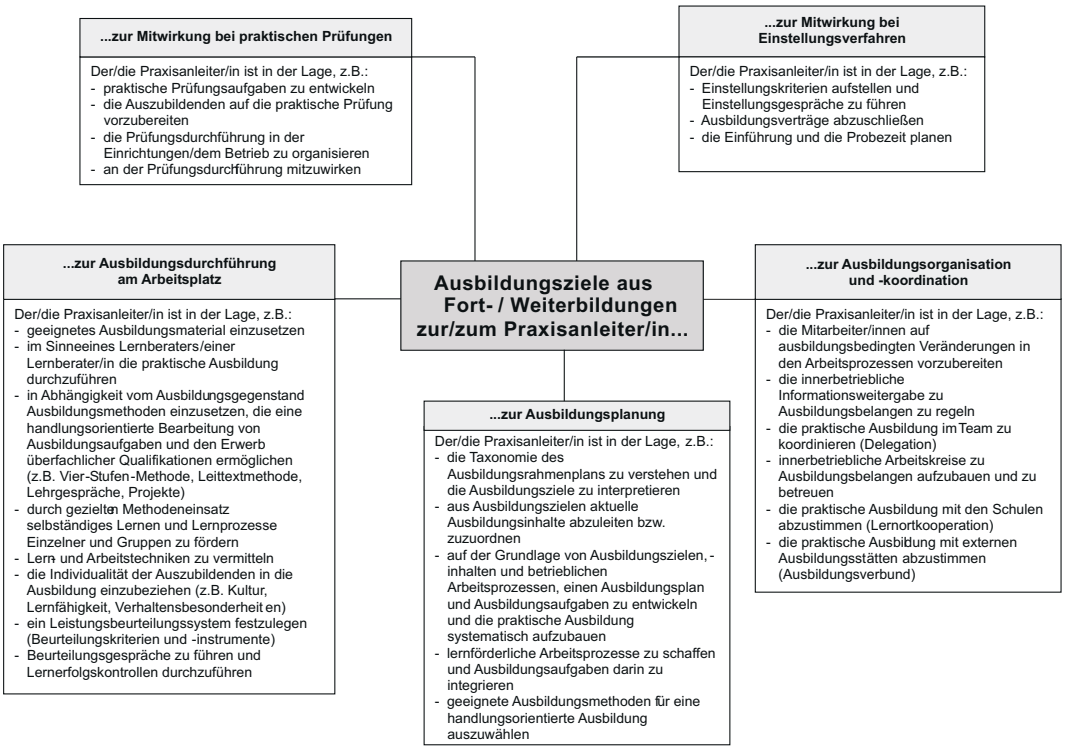
Sowohl die bisherigen Evaluationsergebnisse als auch die Praxisbegleitung der Schulen sowie die im Rahmen der Lernortkooperation regelmäßig stattfindenden Ausbildertreffen unterstreichen die Notwendigkeit einer Ausbilderqualifizierung als Voraussetzung für die Umsetzung einer Altenpflegeausbildung nach den Standards des dualen Systems. Zu folgenden Themenstellungen der praktischen Ausbildung bestand (und besteht zum Teil) Klärungsbedarf:

- Bei der praktischen Ausbildungsplanung bereiteten die im Ausbildungsrahmenplan formulierten Ausbildungsziele insofern Verständnisschwierigkeiten als dass sie, in Anlehnung an Ausbildungsrahmenpläne des dualen Systems, relativ allgemein gehalten sind und den Ausbilder/innen abverlangen, sie für ihre Ausbildungsstätte zu präzisieren und mit Inhalten zu unterlegen.[5]
- Die zu entwickelnden Ausbildungsaufgaben sollten vollständige Arbeitsprozesse umfassen. Dabei zeigte sich, dass die Differenzierung zwischen einzelnen Tätigkeiten und vollständigen Arbeitsprozessen bei den Ausbilder/innen immer wieder Fragen aufwarf.
- Auch die Unterscheidung zwischen einer Arbeitsaufgabe und einer Ausbildungsaufgabe (d. h. einer didaktisch aufgearbeiteten Arbeitsaufgabe) war regelmäßig Gegenstand von Ausbildertreffen und Praxisbesuchen.
- Einen latenten Themenschwerpunkt bildet nach wie vor die Rolle von Ausbildern/innen in den Einrichtungen und Betrieben. Die Vorstellung einer handlungsorientierten Umsetzung der praktischen Altenpflegeausbildung innerhalb von Arbeitsprozessen, die gleichermaßen Veränderungen in den Arbeitsabläufen als auch Gestaltungsspielräume zur selbstständigen Bearbeitung von Ausbildungsaufgaben erfordern, kollidiert mitunter mit dem Führungsstil insbesondere hierarchisch geprägter Einrichtungen und Betriebe. Eine Ausbilderqualifizierung sollte daher auch die mit der Funktion des Ausbilders/der Ausbilderin einhergehende Rollenveränderung innerhalb der Ausbildungsstätte, sowie entsprechende Handlungsmöglichkeiten thematisieren.

Sowohl das Altenpflege- als auch das Krankenpflegegesetz schreiben vor, dass die Ausbildertätigkeit von einer „geeigneten Fachkraft" auszuführen ist. Dabei gilt eine Fachkraft dann als geeignet, wenn sie über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung und die Fähigkeit zur Pra-

5 Um die Ausbilder/innen bei der Arbeit mit dem BIBB-Ausbildungsrahmenplan zu unterstützen wurden daraufhin, im Rahmen der berufspädagogischen Begleitung, mit einer Arbeitsgruppe von Ausbilder/innen (im Saarland) bzw. Lehrkräften (in Brandenburg) und dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) Erläuterungen zu den Ausbildungsrahmenplänen des Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegecurriculums entwickelt, wie sie auch für duale Berufsausbildungen üblich sind.

Abbildung 2: Ausbildungsziele aus Fort- und Weiterbildungen zur Praxisanleitung (Auswahl)



xisanleitung, die in der Regel durch eine berufspädagogische Zusatzqualifikation nachzuweisen ist,[6] verfügt. Eine Fort- oder Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in soll die arbeits- und berufspädagogische Eignung der Ausbilder/innen sicherstellen und gewährleisten, dass sie in der Lage sind, alle, mit der praktischen Ausbildungsgestaltung verbundenen, Anforderungen zu bewältigen. Hierzu zählen im Einzelnen, dass

- ihre Fachkompetenz dem aktuellen Erkenntnisstand der Pflegewissenschaften entsprechen und sie in der Lage sind, diese den Auszubildenden zu vermitteln,
- sie über kommunikative, organisatorische und pädagogische Fähigkeiten verfügen,
- sie in der Lage sind, theoretische Anforderungen mit der betrieblichen Praxis zu verbinden,
- sie in der Lage sind, die praktische Ausbildung auf der Grundlage eines Ausbildungsrahmenplans selbstständig, systematisch zu planen (Ausbildungsplan) und innerhalb der betrieblichen Ausbildungsprozesse handlungsorientiert durchführen sowie die Leistungen der Auszubildenden beurteilen zu können,
- sie in der Lage sind, Interessenkonflikte zwischen Ausbildungs- und Arbeitserfordernissen in der eigenen Ausbildungsstätte sowie im Ausbildungsverbund zu erkennen und in Kooperation mit den Ausbildungsbeteiligten zu steuern sowie
- die praktische mit der schulischen Ausbildung verzahnen und die Zusammenarbeit mit der Schule konstruktiv gestalten zu können (Lernortkooperation).

6 Für Praxisanleiter/innen in der Krankenpflegeausbildung beträgt diese 200 Stunden (§ 2 Abs.2 KrPflAPrV); für Praxisanleiter/innen in der Altenpflegeausbildung (§2 Abs.2 AltPflAPrV) werden keine Stundenvorgaben gemacht

Abbildung 2 veranschaulicht beispielhaft eine Auswahl von Ausbildungszielen berufspädagogischer Fort- oder Weiterbildungen bezogen auf die neuen Handlungsfelder der Ausbilder/innen.

Derzeit existieren vielfältige und zum Teil in ihrer Aussagekraft bezüglich Zielen und Inhalten recht unterschiedliche Angebote zu berufspädagogischen Fort- und Weiterbildungen zum/zur Praxisanleiter/in[7] und für Interessierte stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien ein geeignetes Angebot auszuwählen ist. Die Angebote unterscheiden sich in formaler Hinsicht, wie beispielsweise in Maßnahmendauer und Stundenumfang, in der Eigenleistung der Teilnehmer/innen (z.B. Erstellen von Abschlussarbeiten, Absolvieren einer Prüfung) und in der Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen des Alten- bzw. Krankenpflegegesetzes. Mitunter beschränken sich die Angebote auf die Aufzählung von Disziplinen und Fächern (z.B. Psychologie, Kommunikation, Medizinsoziologie), ohne diese inhaltlich weiter zu präzisieren, so dass nicht ohne Weiteres auf die Praxisbezogenheit der Maßnahme geschlossen werden kann. Auch setzen die Anbieter unterschiedliche Schwerpunkte bei den Lerninhalten, wobei einige Maßnahmen eher theoretisch ausgerichtet sind und andere sich stärker an der Ausübung der Ausbilder/innentätigkeit und damit an der praktischen Umsetzung von Alten- und Krankenpflegeausbildungen orientieren. Zu den wichtigen Anhaltspunkten bei der Entscheidung für eine berufspädagogische Fort- oder Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in zählen

- die Anerkennung des Abschlusses gemäß des Altenpflege- bzw. Krankenpflegegesetzes,
- eine handlungsorientierte Durchführung der Maßnahme, möglichst unter Einbeziehung einer praktische Anleitungsphase in einer Praxiseinrichtung mit konkreter, überprüfbarer Anleitungssituation,
- Vermittlung von Fertigkeiten zu den Handlungsfeldern
  - Ausbildungsplanung,
  - Ausbildung am Arbeitsplatz (zum Beispiel Delegation, Nutzung von Arbeitsprozessen für die Ausbildung),
  - Steuerung und Förderung von Lernprozessen (u. a. durch gezielte Anwendung von Ausbildungsmethoden),
  - Ausübung der Rolle des/der Ausbilder/in in der Ausbildungsstätte und
  - Kooperation mit Schulen und anderen Ausbildungsstätten (Lernortkooperation, Ausbildungsverbund).

Als Orientierungshilfe bei der Entscheidung für eine berufspädagogische Fort- oder Weiterbildung für Praxisanleiter/innen können die Checkliste Qualität beruflicher Weiterbildung,[8] der Standard zur berufspädagogischen Weiterbildung zur Praxisanleitung in der Altenpflege in Nordrhein-Westfalen[9] sowie die zur Zeit außer Kraft gesetzte Ausbildereignungsverordnung inklusive der Empfehlungen einer handlungsorientierten Ausbildung der Ausbilder[10] herangezogen werden.

---

7 Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Angebote zur beruflichen Weiterbildung von Praxisanleiter/innen und Mentor/innen im Pflegebereich bzw. Praxisanleitung im Pflegebereich. Hierfür wurde aus der Datenbank KURS der Bundesagentur für Arbeit aus einer Grundgesamtheit von 237 Angeboten eine nicht-repräsentative Stichprobe von 15 zufällig ausgewählten Maßnahmen analysiert.

8 BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hrsg.): Checkliste Qualität beruflicher Weiterbildung. Bonn 2001.

9 HUNDENBORN, G., KÜHN, C.: Standard zur berufspädagogischen Weiterbildung zur Praxisanleitung in der Altenpflege. In: Ausbildung und Qualifizierung in der Altenpflege, Düsseldorf 2003

10 Handlungsorientierte Ausbildung der Ausbilder. Bielefeld: Bertelsmann 1998

Insgesamt zeigen die Evaluationsergebnisse der saarländischen Altenpflege- und der brandenburgischen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, dass es bei der Qualifizierung von Praxisanleiter/innen um mehr geht als lediglich um beispielsweise die Vermittlung ergänzender Ausbildungsmethoden. Zentral ist zunächst einmal, dass die Praxisanleiter/innen ein Verständnis über die Unterschiede zwischen dem bisherigen Praktikum und der jetzigen Ausbildung entwickeln, ihre Rolle im Ausbildungsprozess definieren sowie die entsprechenden Fertigkeiten zur Durchführung einer berufspädagogischen Kriterien gerecht werdenden praktischen Ausbildung erlangen. Neben einem angemessenen Zeitumfang, wobei den Evaluationsergebnissen nach eine 200-stündige Qualifizierung ausreicht, ist hierfür eine berufliche Weiterbildung erforderlich, die einen Schwerpunkt in die Vermittlung von Fertigkeiten zur Ausbildungsplanung und -organisation legt und die Praxisanleiter/innen unter anderem zur Identifikation und Gestaltung lernförderlicher Arbeitsprozesse befähigt, so dass sie in der Lage sind, die praktische Ausbildung weitestgehend innerhalb der betrieblichen Arbeitsprozesse umzusetzen.

Die angebotenen beruflichen Weiterbildungen zur Praxisanleiter/in für die Altenpflege- und die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sind insgesamt recht heterogen, sowohl bezogen auf formale Kriterien, wie dem Zeitumfang, als auch bezüglich der inhaltlichen Schwerpunktsetzung. Um eine Vereinheitlichung der Qualifizierung von Praxisanleiter/innen zu erreichen und die Einhaltung bestimmter Mindeststandards zu garantieren, wäre es daher sinnvoll, ähnlich wie im Saarland,[11] auch in anderen Bundesländern Weiterbildungsverordnungen für die Qualifizierung von Praxisanleiter/innen zu erlassen.

11 Weiterbildungs-Verordnung - Praxisanleiterin oder Praxisanleiter für Gesundheitsfachberufe. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales im Saarland. Saarbrücken 2005

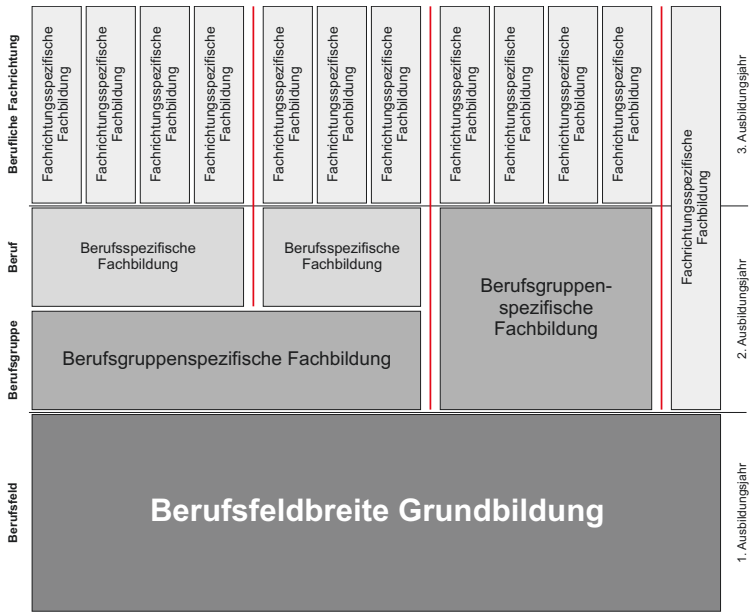
WOLFGANG BECKER

Integriert ausbilden – in der Praxis?

Konzepte zur (teilweise) gemeinsamen Ausbildung einsatzgebietsähnlicher oder nach der Berufssystematik „verwandter" Berufe haben auf dem Gebiet der betrieblichen Berufsausbildung eine vergleichsweise lange Tradition. Das erste Konzept für eine so genannte „berufsfeldbreite Ausbildung" wurde zu Anfang der 80er Jahre für die damals anstehende Neuordnung der Berufe im Berufsfeld Metall entwickelt:[1]

Einschneidende technologische und arbeitsorganisatorische Veränderungen im Produktionsprozess – in erster Linie der Einsatz computergesteuerter Be- und Verarbeitungsmaschinen, komplexere Arbeitsanforderungen durch neuartige Formen der Arbeitsorganisation (zum Beispiel: Fertigungsinseln) und des Produktionsmanagements – machten eine Neuordnung von Berufen und beruflichen Qualifikationen im Berufsfeld zwingend erforderlich. Die zunehmende Bedeutung selbstständigen Planens, Durchführens und Kontrollierens nicht nur einzelner Tätigkeiten, sondern großer Teile des gesamten Be- oder Verarbeitungsprozesses sowie die hohe (technische) Integration traditionell getrennter Fertigungsbereiche führten auf der Grundlage entsprechender empirischer Arbeits- und Qualifikationsanalysen zu einer völlig neuen Gliederung der Ausbildung (vgl. Abbildung 1): Sie basiert auf einer einjährigen beruflichen Grundbildung für alle Berufe des Berufsfeldes, in der die allen Berufen gemeinsamen Schlüsselqualifikationen für die moderne Metallbe- und -verarbeitung vermittelt werden sollen. Darauf aufbauend verzweigen sich in drei Strukturmodellen insgesamt sechs Berufe mit 17 Fachrich-

Abbildung 1: Strukturmodell berufsfeldbreite Ausbildung



1 Vergleichbare Strukturmodelle für die Berufsausbildung wurden im gleichen Zeitraum für die Berufsfelder der Elektro- und Glasberufe entwickelt.

tungen (von ursprünglich 37 Berufen ohne Fachrichtungen). Dabei wird die fachrichtungsspezifische Fachbildung entweder unmittelbar nach der berufsfeldbreiten Grundbildung (Beispiel damals: Automobilmechaniker), nach einer berufsgruppenspezifischen Fachbildung oder – bei hoher beruflicher Spezialisierung – nach gestuften Phasen von zunächst berufsgruppenspezifischer und dann beruflicher Fachbildung erreicht. Im System der dualen Berufsausbildung ist es darüber hinaus üblich, dass sich berufsfeldbreit angelegte gemeinsame Ausbildungen auf beide Lernorte – den Lernort Betrieb und den Lernort Berufsschule – beziehen.

Dieses Strukturmodell für die Berufsausbildung im Berufsfeld Metall ist heute längst von anderen Neuordnungskonzepten, zuletzt durch die Neuordnung der industriellen Metallberufe von 2004 abgelöst worden. Es zeigt jedoch zum ersten Mal und in sehr deutlicher Stufung die strenge und empirisch fundierte Systematik der Entwicklung von Berufen und beruflichen Qualifikationen auf dem Gebiet der betrieblichen Berufsausbildung: Dieses und jedes andere Neuordnungsverfahren orientiert sich grundsätzlich an der Systematik des Berufsfeldes, der Berufsbereiche im Berufsfeld und den systematischen und qualifikatorischen Beziehungen der Berufe in den Berufsbereichen, die wiederum auf der Organisation der Arbeit und der für die Planung, Durchführung und Kontrolle der Arbeit erforderlichen Qualifikationen basieren. Auf dieser Grundlage können der Bedarf und die Auswirkungen beruflicher Neuschneidungen oder der Einsatz neuer Qualifikationsformen wie beispielsweise der (teilweise) gemeinsamen Ausbildung von Berufen im Berufsfeld relativ präzise bestimmt werden.

Alle aktuellen Ansätze zur (teilweise) gemeinsamen Ausbildung von „Gesundheitsfachberufen" im System der schulischen Berufsbildung unterscheiden sich von diesen analytisch-systematischen Zugriffen auf die Gestaltung der Ausbildung. Die Differenzen reichen vom gewählten Begriff, gehen über die fehlende Berufsfeldzuordnung und enden bei der durchweg ausbleibenden Klärung, wie die „integrierte Ausbildung" auch für den Lernort „Praxis" der Ausbildung realisiert werden soll:

- Was die üblicherweise so bezeichneten Konzepte oder Modelle für „integrierte", teilweise auch „integrative" Ausbildungen von (phasenweise) gemeinsamen Ausbildungen unterscheidet, wie sie aus der betrieblichen Berufsausbildung bekannt sind, kann nur gemutmaßt werden:

  – Das Berufsgesetz für die Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege spricht im Hinblick auf die im Gesetz vollzogene Integration dieser beiden Ausbildungsgänge von einer „Integrations-" und einer „Differenzierungsphase". Die Differenzierungsphase für einen der beiden Ausbildungsabschlüsse umfasst nach den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung[2] 500 von 2.100 Unterrichtsstunden der schulischen Ausbildung. Mindestens 700 von 2.500 Stunden der praktischen Ausbildung sollen „differenziert" durchgeführt werden; hinzugerechnet werden kann ein nicht näher bestimmter Teil aus 500 „Verteilungsstunden" für die praktische Ausbildung, die auf die Integrations- und Differenzierungsphasen der Ausbildung verteilt werden können. Danach ergibt sich eine rechnerisch mögliche – tatsächlich allerdings wohl je nach Ausbildungsort und gewählter Verteilung leicht variierende – Aufteilung von einem Jahr differenzierter und zwei Jahren integrierter Ausbildung bei den Berufen in der Krankenpflege.

    Zur „Integration" weiterer Ausbildungsgänge im Sinne der so genannten „Modellversuchsklausel" macht das Gesetz für die Berufe in der Krankenpflege keine Angaben. Gleiches gilt für das Altenpflegegesetz, so dass davon ausgegangen werden muss, dass der Verteilungsschlüssel der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung grundsätzlich zum Maßstab genommen werden soll.

2 Vgl. Anlage 1 zu § 1 KrPflG, Absatz 1, BGBl 2003, Teil I Nr. 55 vom 19.11.2003, S. 2270

– Spielräume zur Interpretation ergeben sich nicht nur im Hinblick auf die Verteilung der Ausbildungszeiten, sondern auch zur faktischen Bedeutung des Integrationsbegriffes für Konzeption und Gestaltung der Berufsausbildungen in Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege:

  Im Wortsinn (lat.: *integratio*) bezeichnet „Integration" die *„Wiederherstellung eines Ganzen"*, umgangssprachlich wird unter „Integration" eher der Zusammenschluss von Teilen und ihre Eingliederung in ein größeres Ganzes verstanden.[3] Beide Lesarten treffen die Unterschiede zwischen dualen und schulisch-pflegerischen Ausbildungskonzepten sehr genau: Der empirisch-analytischen Bestimmung von unterschiedlichen, ähnlichen oder gemeinsamen Ausbildungsgegenständen und -inhalten und ihrer systematischen Zuordnung zu berufsfeld-, berufsbereichs- oder berufszentrierten Qualifikationsphasen im Ausbildungsprozess steht auf Seiten der integrierten pflegerischen Ausbildungen eher ein aus der Perspektive der Krankenpflege gedachtes usurpatorisches Konzept der Eingliederung wesensverwandter (Aus-) Bildungsgänge in die Domäne der (Gesundheits- und Kranken-) Pflege gegenüber. Im Rahmen dieser „erobernden Integration" spielt offenbar noch nicht einmal der systematisierende Blick auf das Berufsfeld „Pflege" eine Rolle, da in keinem der in Deutschland gegenwärtig durchgeführten Ausbildungsmodelle beispielsweise die so genannten „kleinen Pflegeberufe" Haus- und Familienpflege und/oder Heilerziehungspflege berücksichtigt werden; auch die so genannten „Helferberufe" spielen hier keine Rolle.

  Systematisierungsnachteile gibt es auf Seiten der „integrativ" argumentierenden Pflegeausbildungsmodelle auch mit Blick auf die Gegenstände und Inhalte der Ausbildung: Nach welchen Kriterien berufliche Qualifikationen integriert oder differenziert zu welchem Zeitpunkt der Ausbildung vermittelt werden sollen, erschließt sich aus Kreisen der Integrationsmodelle weder aus empirischen Analysen noch aus Synopsen von Qualifikations- und/oder Kompetenzzielen. Da Ausbildungsinhalte für die Altenpflege und die Gesundheits- und Krankenpflege überwiegend nur als Fächerkanon oder Stoffverteilungspläne vorliegen und Ausbildungsgegenstände oft nur unwesentlich über das Niveau der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hinaus differenziert werden, bleiben die Binnenstrukturen der Ausbildungen (sachliche Gliederung, zeitlicher Ablauf) mehr oder weniger zufällig.[4]

Ist also das Konzept der „integrierten" Ausbildungen nichts anderes als ein berufspolitisch geschickt inszenierter Versuch der (definitorischen) Machtübernahme im Berufsbereich, wenn nicht sogar in großen Teilen des Berufsfeldes? Die bislang wenig erhellenden und meist stark voneinander abweichenden Konzepte und Umsetzungen integrierter Ausbildungsmodelle sprechen wenigstens vorläufig für diese Vermutung. Vor allem die äußerst lapidare Vernachlässigung eines nachvollziehbaren Integrationskonzeptes für die praktische Ausbildung, von dem über die gesetzlich eröffneten Möglichkeiten (Stundenanteile, Einsatzorte) aus keinem Modell, das die Ausbildungen aus Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege kombiniert, Informationen bereitgestellt werden, verursachen hier eine gewisse Ratlosigkeit.

3 Die sozialwissenschaftliche Verstehensvariante von „Integration" (Eingliederung von Individuen und Bevölkerungsgruppen in ein soziales Gebilde) soll an dieser Stelle nicht weiter beachtet werden.

4 Eine sowohl in ihrer Kritikwürdigkeit als auch im Hinblick auf die in ihr enthaltenen positiven Impulse bemerkenswerte Ausnahme bilden die Lehrplanrichtlinien für die Gesundheits- und Krankenpflege aus Bayern. Vgl. BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS (Hrsg.): Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege. München, April 2005 (Entwurf).

Integriert ausbilden in der Praxis – wie soll das gehen?

Diese Ratlosigkeit bestand und besteht zum Teil bis heute auch bei der Umsetzung der (teilweise) gemeinsamen Ausbildung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegekräften auf der Grundlage der BIBB-Curricula in Brandenburg: Was bei der „integrierten" Ausbildung von Kranken- und Kinderkrankenpflegekräften am Ausbildungsort Krankenhaus hausintern relativ einfach organisiert werden kann, ist bei der (teilweise) gemeinsamen oder gar „integrierten" praktischen Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege bei unterschiedlichen Ausbildungsträgern und Ausbildungsvertragspartnern nicht ohne erhebliche Probleme zu realisieren. Dabei standen und stehen vor allem die folgenden Fragestellungen im Mittelpunkt:

- **Integrationstaugliche Einsatzbereiche identifizieren und für die gemeinsame Ausbildung erschließen:** Der mit den BIBB-Ausbildungsplänen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege verbundene Anspruch der empirisch begründeten Curriculumentwicklung bezieht sich auch auf die Konzeption der integrierten Ausbildung in Schule und Praxis. Sie orientiert sich in ihren Phasen der getrennten und der gemeinsamen praktischen Ausbildung an den Realitäten und Erfordernissen der beruflichen Kooperation zwischen Altenpflege- und Krankenpflegekräften in den für die beiden Berufe typischen Einsatzgebieten. Die Einlösung dieses Anspruchs setzt allerdings voraus, dass die jeweils beruflich prägenden Einsatzgebiete identifiziert und definiert sind, ihre regionale Verfügbarkeit und Kooperationstauglichkeit geprüft ist, die Ausbildungsbereitschaft bei „externen" Ausbildungspartnern gesichert werden kann, „kooperative" Ausbildungsaufgaben formuliert sind und die für die gemeinsame praktische Ausbildung erforderlichen Zeiten die gesetzlichen Rahmenvorgaben nicht verletzen:

  – Aus Perspektive der Altenpflege ergeben sich am typischen stationären Ausbildungs- und Einsatzort der Gesundheits- und Krankenpflege, dem Krankenhaus, einige klar abgegrenzte Arbeitsbereiche, in denen realistischerweise von beruflich prägenden Kooperationsbezügen zwischen den beiden Berufen gesprochen werden kann. Im Wesentlichen sind dies die Abteilungen der Geriatrie, der geriatrischen Rehabilitation, der Gerontopsychiatrie, der Onkologie und der Hospizpflege; ebenfalls einbezogen werden müssen die Bereiche der Palliativpflege.

  – Aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflege ergeben sich in fast allen stationären Einrichtungen der Altenhilfe beruflich relevante Kooperationsbeziehungen zur Altenpflege, vor allem in den so genannten „Pflegeheimen".

  – Auf dem Gebiet der ambulanten Dienste sind die beruflichen Leistungen von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege aufgrund der spezifischen Aufgaben und Angebote dieses Dienstleistungssektors eng miteinander verschränkt; Arbeitsteilung und Kooperation prägen Arbeitsstil und Arbeitsorganisation der Berufe in der ambulanten Versorgung.

  Wie aus dieser beispielhaften Zusammenstellung leicht abgeleitet werden kann, ergeben sich für beide Ausbildungsberufe eine Fülle von gemeinsamen Lernstandorten und Lernmöglichkeiten für eine integrierte praktische Ausbildung, die gleichzeitig auch großen Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit haben. Allerdings wird bei konkreter Planung der integrierten praktischen Ausbildung schnell deutlich, dass die grundsätzlich bestehenden zahlreichen Ansatzpunkte zur gemeinsamen beruflichen Qualifizierung von Alten- und Krankenpflegekräften gleichzeitig eine Reihe von Kollisionslinien mit ihrer Machbarkeit aufzeigen:

– Auszubildende in der Altenpflege schließen ihren Ausbildungsvertrag mit der ausbildenden Einrichtung bzw. dem ausbildenden Betrieb, Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege schließen den Ausbildungsvertrag mit dem Träger der Krankenpflegeschule, in der Regel einem Krankenhausbetrieb. Jede über die verpflichtende Teilnahme an so genannten „Außenpraktika" hinausgehende Abwesenheit der Auszubildenden vom Ausbildungsstandort konfligiert mit dem Interesse der ausbildenden Betriebe oder Einrichtungen, die Ausbildung so vollständig und so dauerhaft wie möglich im eigenen Haus durchzuführen. Pläne, die praktische Ausbildung um gemeinsame Ausbildungsphasen mit dem jeweils anderen Beruf – unter Umständen auch an externen Lernorten – über das geforderte Maß hinaus anzureichern, konnten im bisherigen Verlauf der Umsetzung der Ausbildungen vor diesem Hintergrund nicht realisiert werden. „Integrierte Ausbildung" von Altenpflegern/innen und Gesundheits- und Krankenpflegern/innen findet demnach je nach Schulsituation[5] günstigenfalls als (teilweise) gemeinsame Ausbildung in den Klassenzimmern statt. Als gemeinsame praktische Ausbildung ist sie über die gesetzlichen Vorschriften hinaus eher zufällig und wird von den an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen und Betrieben in ihrer Relevanz für die berufliche Handlungs- und Leistungsfähigkeit der Auszubildenden nicht hinreichend wahrgenommen.

– Die gegenwärtig überaus unbefriedigende Situation bei der Realisierung einer funktionierenden „integrierten praktischen Ausbildung" ist nach den bis heute gesammelten Erfahrungen ursächlich auch mit der Komplexität der Schulstrukturen im Gesundheitswesen und der – trotz der gelockerten ausbildungsvertraglichen Regelungen in der Altenpflege – den Schulen übertragenen „Gesamtverantwortung" für die Ausbildung zu erklären: Allein die Koordination des Ausbildungseinsatzes von Auszubildenden in der Altenpflege beispielsweise in der geriatrischen Station eines Krankenhauses (das selbst keine Altenpflegekräfte ausbildet, weil am Krankenhaus lediglich eine Krankenpflegeschule angesiedelt ist) mit dem Ziel, dass im gleichen Zeitraum auch Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege mit vergleichbarem Ausbildungsstand auf der gleichen Station mit „integrationstauglichen" Ausbildungsplänen ausgebildet werden, produziert schier unüberwindliche Hindernisse. Sie reichen von gefühlten oder tatsächlichen Lehrplanniveauunterschieden zwischen Berufsfachschule und Fachschule über die gewachsenen und meist als vermeintliche „Besitzstände" verteidigten Zeitfolgen der Praktika bis hin zu der oft jede weitere Planung beendenden Frage, wer und in welcher Höhe die zusätzlich entstehenden Kosten für die Aufwendung der „hausfremden" Altenpflege-Auszubildenden übernähme.

  Da Lernortkooperationen nach aktuellem Kenntnisstand überwiegend nur zwischen ausbildenden Schulen und praktischen Ausbildungsstätten durchgeführt werden und „Ausbildungsverbünde" in der praktischen Ausbildung zwischen Betrieben und/oder Einrichtungen mit unterschiedlichem Angebots- und Leistungsspektrum offenbar nur im Rahmen vereinzelter lokaler Initiativen der für die Ausbildung verantwortlichen Schulen zustande kommen,[6] muss das Konzept einer an beiden Lern-

5 Nach den im Zuge der Implementation der BIBB-Curricula gesammelten Erfahrungen und durchgeführten Beobachtungen ist für die Integration der schulischen Ausbildungsphasen von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege offenbar zwingende Voraussetzung, dass die Ausbildung an Schulen stattfindet, die beide Berufe ausbilden können. Schultypübergreifende Kooperationen zwischen Krankenpflege- und Altenpflegeschulen sind bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bekannt.

6 Ein aktuelles Beispiel ist der so genannte „Kooperationsverbund Niedersächsischer Krankenpflegeschulen", in dessen Rahmen Krankenpflegeschulen an psychiatrischen (Landes-) Krankenhäusern versuchen, gemeinsam mit externen Kooperationspartnern das in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Gesundheits- und Krankenpflege geforderte Spektrum an Einsatzgebieten für die praktische Ausbildung zu gewährleisten.

orten (Schule **und** Praxis) systematisch verankerten Integration der Ausbildung als noch sehr entwicklungsbedürftig eingeschätzt werden.

Ob die hier beispielhaft geschilderte defizitäre Situation verbessert werden könnte, wenn die Verantwortung für die Ausbildung nach dem Muster des „dualen Systems" in die Hand von ausbildenden Betrieben und oder Einrichtungen in Altenhilfe und Gesundheitswirtschaft gelegt würde (und der schulische Teil der Ausbildung in das öffentliche Berufsschulsystem überführt wäre), kann aufgrund der bestehenden Rechtslage und der faktischen Teilung in zwei Ausbildungssysteme natürlich nicht in der notwendigen Klarheit beantwortet werden. Aus heutiger Sicht und vor dem Hintergrund der bei der Umsetzung der neuen Ausbildungen gesammelten Erfahrungen ist jedoch vor allen Dingen die sozialethische, strategische und betriebswirtschaftliche Verankerung von Ausbildung – in Abgrenzung zu den bislang üblichen „Praktika" – in den für die Berufe Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege relevanten Betrieben und Einrichtungen (noch) nicht weit genug fortgeschritten, um für Berufsbereichsgrenzen überschreitende Ausbildungskonzepte und die sich dadurch ergebenden Leistungsvorteile grundsätzlich aufgeschlossen zu sein.

ANHANG

Berufsausbildung im dualen System nach der „Zeitrahmenmethode“

Beispiel: Ausbildungsordnung „Konstruktionsmechaniker/in“
Erlass: 1. August 2004
Ausbildungsdauer: 3½ Jahre

Berufsbild-position	Teil des Ausbildungsberufsbildes	Kern- und Fachqualifikationen, die unter Einbeziehung selbstständigen Planens, Durchführens und Kontrollierens integriert zu vermitteln sind	Zeitrahmen in Monaten
1	2	3	4
	Zeitrahmen 6: Herstellen von Konstruktionen aus Blechteilen oder Profilen		2. Ausbildungsjahr, 2. Halbjahr; 3. und 4. Ausbildungsjahr
5	Betriebliche und technische Kommunikation	a) Informationsquellen auswählen, Informationen beschaffen und bewerten b) Technische Zeichnungen und Stücklisten auswerten und anwenden c) Dokumente sowie technische Unterlagen und berufsbezogene Vorschriften zusammenstellen, ergänzen, auswerten und anwenden g) Informationen auch aus englischsprachigen technischen Unterlagen oder Dateien entnehmen und verwenden	3 bis 5
6	Planen und Organisieren der Arbeit, Bewerten der Arbeitsergebnisse	c) Arbeitsabläufe und Teilaufgaben unter Beachtung wirtschaftlicher und terminlicher Vorgaben planen und durchführen d) Instrumente zur Auftragsabwicklung sowie der Terminverfolgung anwenden e) Betriebswirtschaftlich relevante Daten erfassen und bewerten f) Lösungsvarianten prüfen, darstellen und deren Wirtschaftlichkeit vergleichen l) Arbeitsergebnisse kontrollieren, beurteilen und dokumentieren m) Aufgaben im Team planen und durchführen	
7	Unterscheiden, Zuordnen und Handhaben von Werk- und Hilfsstoffen	a) Werkstoffeigenschaften und deren Veränderungen beurteilen und Werkstoffe nach ihrer Verwendung auswählen und handhaben	
10	Steuerungstechnik	a) Steuerungstechnische Unterlagen auswerten b) Steuerungstechnik anwenden	
13	Anwenden von technischen Unterlagen	a) Gesamt- und Teilzeichnungen beschaffen und anwenden b) Abwicklungen nach verschiedenen Verfahren herstellen	
14	Trennen und Umformen	a) Werkzeuge und Maschinen, insbesondere unter Berücksichtigung des Werkstoffes und des Bearbeitungsverfahrens auswählen b) Bleche, Rohre oder Profile nach Zeichnungen oder Schablonen vorrichten c) Bleche, Rohre oder Profile handgeführt, maschinell oder thermisch umformen und trennen d) Hilfswerkzeuge nach Verwendungszweck auswählen und anwenden e) Schnittflächen- und Oberflächengüte beurteilen f) Fehler feststellen und beheben und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung einleiten	
15	Einsetzen von Bearbeitungsmaschinen	a) Bearbeitungsmaschinen nach Fertigungsverfahren auswählen und einrichten b) Maschinenwerte ermitteln und einstellen c) Einrichtungen für Hilfsstoffe vorbereiten d) Probeläufe durchführen und Fertigungsprozesse optimieren	
17	Einsetzen von Vorrichtungen und Hilfskonstruktionen	a) Hilfskonstruktionen und Vorrichtungen planen sowie auf- und abbauen b) Schablonen herstellen und anwenden	
19	Prüfen von Bauteilen und Baugruppen	a) Prüfverfahren und -geräte nach Verwendungszweck auswählen b) Bauteile auf Dichtheit, Zug- und Druckfestigkeit sowie Maß-, Form- und Lageabweichungen und Funktion prüfen c) Vorgefertigte Bauteile und Baugruppen für die schweißtechnische Weiterverarbeitung prüfen d) Werkstattübliche Schweißpüfverfahren anwenden	

Verzeichnis der Abbildungen

Die Fakten

Prognose der Erwerbstätigenentwicklung 1985 bis 2010 (IAB 1995) 17

Prognose der Erwerbstätigenentwicklung 1995 bis 2010 (IAB 1999) 18

Erwerbstätige aus Pflegeberufen in der Gesundheitswirtschaft 1993 – 2002 (BA) 19

Beschäftigtenentwicklung im Bereich „Pflege“ (GBE) 20

Beschäftigungsentwicklung im stationären und teilstationären Bereich (GBE) 21

Beschäftigungsentwicklung in Krankenhaus, Prävention, Rehabilitation (GBE) 21

Beschäftigungsgewinne für Alten- und Krankenpflege 1997 – 2002 (GBE) 22

Beschäftigungsentwicklung im ambulanten Bereich (GBE) 22

Beschäftigungsentwicklung in Arztpraxen (GBE) 22

Systematik und Klassifizierung der Berufe 23

Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Berufsgruppe 861 (1993 – 2002)
(Sozialarbeiter, Sozialpfleger, *auch:* Fürsorger, Erziehungsberater, Familienpfleger,
Dorfhelfer, Jugendpfleger, Altenpfleger) 25

Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Berufsgruppe 853 (1993 – 2002)
(Krankenschwestern/pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger,
auch: Säuglings- und Kinderkrankenschwestern/pfleger) 26

Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Berufsgruppe 854 (1993 – 2002)
(Helfer/innen in der Krankenpflege, *auch:* Sanitäter/innen, Krankenpflegehelfer/innen) 26

Entwicklung der Auszubildendenzahlen im Berufsbereich Pflege 1990 – 2004 28

Nachgefragte Gesundheitsberufe in Stellenanzeigen (2001 – 2003) 30

Prognosen zum Fachkräftebedarf in pflegerischen Gesundheitsdienstleistungen
(2015 mit Blick auf 2050) 32

Entwicklung der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen (Prognose) 33

Die Systematik der Berufe

Berufsfeld Gesundheit I (Personenbezogene und soziale Dienstleistungsberufe) 39

Berufsfeld Gesundheit II (Personenbezogene und soziale Dienstleistungsberufe) 40

Berufsbereiche und Regelungen im Berufsfeld Gesundheit 41

Explodierende Berufsstruktur im Berufsfeld Gesundheit 41

Berufsbereich Pflege (seit 1995) 46

Die Anpassungsoptionen

Struktur des Ausbildungsrahmenplans für die praktische Berufsausbildung 52

Muster der Lernfeldstruktur in den BIBB-Curricula 59

Das Ausbildungskonzept des BIBB

Aufbau der Ausbildung 73

Zeitstruktur der Ausbildung 73

Konzentrische Struktur der Lernfelder 75

Traditionskonzept gemeinsamer Ausbildungen und BIBB-Konzept 76

Lernfelder und Arbeitsprozessorientierung

Entwicklungsschritte bei der Konzeption von Lernfeldern (Vergleich zwischen KMK-Empfehlungen und BIBB-Vorgehen) 91

Arbeitsprozesse im Krankenhaus (exemplarisches Schema) 99

Schulische Ausbildung zwischen Theorie und Praxis 95

Geschäfts- und Arbeitsprozesse als Grundlage der Berufsausbildung 96

Exemplarisches Muster eines Schichtablaufs in der Krankenpflege 97

Arbeitsprozesse im Krankenhaus 99

Arbeitsprozesse in der stationären Altenhilfe (exemplarisches Schema) 100

Geschäftsprozesse im ambulanten Sektor (exemplarisches Schema) 101

Vorbereitung des Ausbildungsunterrichts nach dem Lernfeldkonzept 102

Didaktische Typologien in der Berufsbildung 104

Didaktische Modelle selbstgesteuerten Lernens 106

Wege zum selbstgesteuerten Lernen 107

Sequenzierung des Ausbildungsprozesses

Ideale Struktur von schulischer und praktischer Ausbildung 116

Mottos als Strukturierungshilfe der Ausbildung 117

Sequenzierung der schulischen und praktischen Ausbildung im ersten Ausbildungsjahr (Beispiel: Altenpflege) 118

Lernsituationen

Sequenzielle Abfolge von Lernsituationen 135
Spiralförmige Abfolge von Lernsituationen 135
Mindmaps als Strukturierungshilfe für Lernsituationen 136

Die Abschlussprüfung

Prüfungsstruktur Altenpflege 143
Gegenüberstellung schriftliche Prüfungsanteile Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege 144
Gegenüberstellung mündliche Prüfungsanteile Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege 145
Relevante Teillernziele für die mündliche Prüfung 146
Prüfungsbestandteile für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege 148

Umsetzung der praktischen Ausbildung

Indikatoren der Qualität praktischer Ausbildungsprozesse 153

Anleiten oder ausbilden?

Arbeitsschritte zur Planung der praktischen Ausbildung 165
Beispiele für Geschäfts- und Arbeitsprozesse in der Altenpflege 167
Erläuterung des Ausbildungsrahmenplans zur Unterstützung der praktischen Ausbildung 169
Einsatz von Leitfragen zur Bestimmung von Ausbildungsinhalten 170
Entwicklung von Ausbildungsaufgaben 171
Beispiel eines Ausbildungsplans für die praktische Ausbildung in der Altenpflege 173
Ebenen beruflicher Handlungskompetenz 174
Arbeitsschritte zur Bearbeitung einer Ausbildungsaufgabe 175
Zielstellungen von Ausbildungsaufgaben 176
Beispiel einer Ausbildungsaufgabe (Altenpflege) 177
Beispiel einer Ausbildungsaufgabe (Altenpflege) 178
Beispiel Ausbildungsprojekt (1) 180
Beispiel Ausbildungsprojekt (2) 181
Bearbeitungshilfe zur Führung des Berichtsheftes 182
Beispiel Berichtsheft, Stichpunkte 183
Beispiel Berichtsheft, ausführlich 184

Ebenen der Lernortkooperation 186
Systematische Beziehungen zwischen Lernfeldern und Berufsbildpositionen 187
Abstimmung Lernsituation und Ausbildungsaufgabe 188

Ausbilderqualifikationen

Handlungsfelder und Aufgaben von Ausbildern 192
Qualifikationsziele aus Fort- und Weiterbildungen zur Praxisanleitung 195

Integriert ausbilden – in der Praxis?

Strukturmodell berufsfeldbreite Ausbildung 199

ANHANG

Beispiel Ausbildungsrahmenplan nach der „Zeitrahmenmethode“ 205

Die neuen Berufsgesetze stellen die Schulen, Ausbildungsstätten und Schüler/-innen im Bereich der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege vor neue Herausforderungen. Im Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) sind seit 2002 Ausbildungscurricula für die entsprechenden Berufe entwickelt worden, welche die neuen Vorgaben der Gesetze sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in einen berufspädagogischen und didaktischen Rahmen einpassen, der den wichtigsten Standards einer modernen betrieblichen („dualen") Berufsausbildung entspricht. Theoretische und empirische Begründungen für die curricularen, strukturellen und didaktischen Innovationen der BIBB-Curricula sowie die neuartigen Konzepte zur integrierten Ausbildung und zur Abschlussprüfung bilden einen Schwerpunkt des hier vorliegenden ersten Bandes der Veröffentlichung. Die Umsetzung der Ausbildungen wird in ihren theoretischen Bezügen und in ihren praktischen Auswirkungen ausführlich und detailliert dokumentiert und diskutiert.

ISBN 3-7639-1068-9
9 783763 910687

W. Bertelsmann Verlag
Bielefeld

Schriftenreihe
des Bundesinstituts für
Berufsbildung, Bonn

Ausbildung in den Pflegeberufen – Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis – Band 1

BIBB