

Der Senator für Gesundheit

**Die Senatorin für Soziales,
Kinder, Jugend und Frauen**



**Freie
Hansestadt
Bremen**

Bericht zum Schulversuch Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (generalistische Ausrichtung) in Bremen

Schulversuch vom 01.04.2012 bis 31.03.2014

Dieser Schulversuch wurde gefördert durch:



»Investition in Ihre Zukunft«

**Der Senator für Wirtschaft,
Arbeit und Häfen**



**Freie
Hansestadt
Bremen**

Danksagung

Herzlichen Dank an alle Schülerinnen und Schüler, die Klassenleitungen, alle Lehrkräfte, die sozialpädagogische Lehrkraft, alle Praxisanleitungen, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenpflegeeinrichtungen, der Krankenhäuser und der Ausbildungsträger.

Durch Ihr großes Engagement, Ihre Geduld, Ihre Bereitschaft sich auf Neues einzulassen und Ihren Humor konnte der Schulversuch zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht werden.

Bremen, im Juli 2014

Antje Kehrbach

Sabine G. Nowack

Mitglieder des Lenkungsausschusses:

Sigried Boldajipour	Die Senatorin für Bildung und Wissenschaft
Norma Castaneda	Wirtschafts-und Sozialakademie (wisoak)
Antje Kehrbach	Der Senator für Gesundheit
Irmgard Menger	Bremische Schwesternschaft e.V.
Rainer Meyer	Der Senator für Wirtschaft, Arbeit und Häfen
Sabine Muths	Institut für Public Health und Pflegeforschung
Sabine G. Nowack	Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen
Jens Oestreich	Bremer Krankenpflegeschule der frei gemeinnützigen Krankenhäuser e.V. (BKS)
Matthias Schnäpp	Wirtschafts-und Sozialakademie (wisoak)
Hans-Werner Steinhaus	Wirtschafts-und Sozialakademie (wisoak)
Barbara Venhaus-Schreiber	Bremer Krankenpflegeschule der frei gemeinnützigen Krankenhäuser e.V. (BKS)
Jann Wegner	Bremer Krankenpflegeschule der frei gemeinnützigen Krankenhäuser e.V. (BKS)

Projektleitung:

Antje Kehrbach (Der Senator für Gesundheit), Antje.Kehrbach@gesundheit.bremen.de

Sabine G. Nowack (Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen),
Sabine.Nowack@soziales.bremen.de

Bahnhofplatz 29, 28195 Bremen

Druck: Hausdruckerei

Juli 2014

Inhalt

1.	Einleitung	5
2.	Hintergrund	6
3.	Berufswissenschaftliche Studie	9
3.1	Methoden der Datenerhebung und –auswertung.....	10
3.2	Ergebnisse	12
3.3	Diskussion.....	15
4	Durchführung des Schulversuchs	16
4.1	Lerngruppe.....	16
4.2	Ablauf.....	17
4.3	Curriculum.....	18
4.4	Mittlerer Bildungsabschluss	23
4.5	Prüfung	23
4.6	Sozialpädagogische Begleitung.....	25
4.7	Finanzierung	26
5	Die Ergebnisse des Schulversuchs aus verschiedenen Perspektiven	26
5.1	Schülerinnen und Schüler	27
5.2	Klassenleitungen	28
5.3	Praxisanleitungen.....	28
5.4	Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen.....	30
5.5	Träger der praktischen Ausbildung.....	33
5.6	Bildungsträger	35
6	Fazit, Ausblick und daraus resultierende Empfehlungen	36
7	Literatur	38
8.	Anlagen	42

1. Einleitung

Ausgangspunkt für den Schulversuch waren Schlussfolgerungen aus dem Bremer Pflegebericht aus dem Jahr 2009. Danach sollte angesichts der demografischen Herausforderungen eine Bremer Bildungsoffensive im Bereich der Pflegeberufe vorangetrieben werden (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, 2009). Bisher werden in Bremen eine ein- bzw. zweijährige Altenpflegehilfeausbildung, eine dreijährige Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegefachkraftausbildung und Weiterbildungsstudiengänge in Pflegewissenschaften bzw. Pflegemanagement angeboten. Zwischenzeitlich zusätzlich eingerichtet ist ein dualer primärqualifizierender Studiengang mit dem Abschluss Bachelor of Art und gleichzeitigem staatlich anerkannten Pflegefachkraftabschluss. Eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe wird nicht angeboten.

Angesichts der bundespolitisch beschlossenen und in Vorbereitung befindlichen Zusammenlegung der dreijährigen Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege- und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildungen zu einer gemeinsamen generalistisch ausgerichteten Pflegefachkraftausbildung, strebt das Land Bremen eine Neuorientierung der gestuften Pflegeausbildung an. Für notwendig erachtet wird, eine generalistisch ausgerichtete Gesundheits- und Krankenpflegehilfeausbildung als Vorstufe zur generalistischen Pflegefachkraftausbildung zu schaffen.

Die Bremische Schwesternschaft vom Roten Kreuz hatte im Frühjahr 2010 in Kooperation mit der Bremer Krankenpflegeschule der freigemeinnützigen Krankenhäuser e.V. bei der damaligen Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales einen Konzeptentwurf zu einem Schulversuch für eine zweijährige Gesundheits- und Krankenpflegehilfeausbildung mit generalistischer Ausrichtung -GKPH (GA)- vorgelegt. Das Gesundheits- und Sozialressort hatte der Realisierung zugestimmt.

Ein Lenkungsausschuss bestehend aus Vertretern der Ressorts Gesundheit, Soziales, Arbeit und Bildung, der Bremer Krankenpflegeschule der freigemeinnützigen Krankenhäuser e.V. (BKS), der Altenpflegeschule der Wirtschafts- und Sozialakademie (wisoak), der Bremer Schwesternschaft vom Roten Kreuz und der Universität Bremen bereitete die Durchführung des Schulversuches vor. Bewusst wurde der Bildungsgang an den etablierten Pflegeschulen angesiedelt, da dort nicht nur eine hohe fachliche Expertise gegeben ist, sondern durch die Nähe zu den Trägern der praktischen Ausbildung ein niedrighwelliger Austausch der verschiedenen Lernorte möglich ist, der die Einmündung der Absolvent/innen in den Arbeitsmarkt begünstigen könnte, aber auch eine Weiterführung in die dreijährige Fachkraftausbildung.

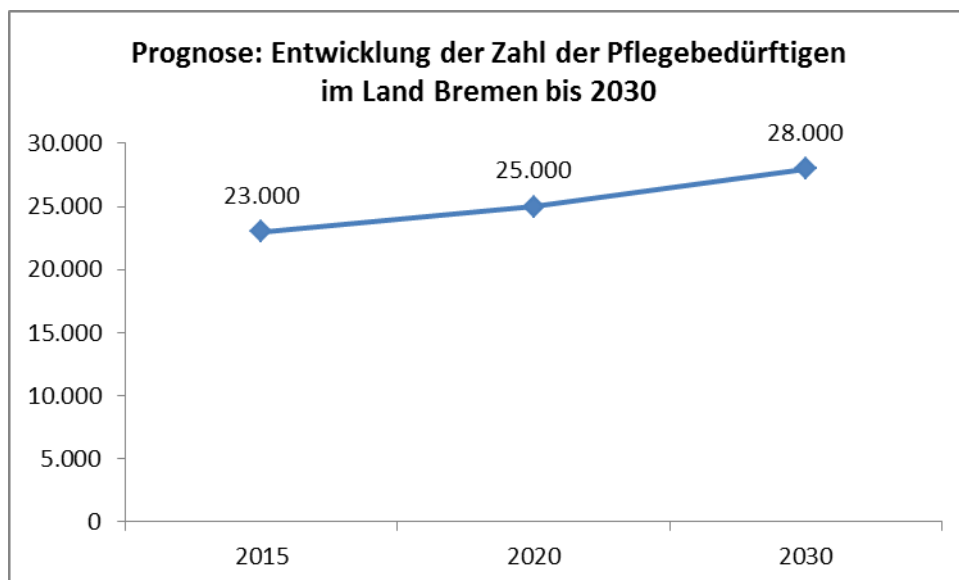
Im Februar 2012 wurde in Bremen ein zweijähriger Schulversuch zur Ausbildung zur GKPH (GA) gestartet. Nach einem Vorlauf von zwei Monaten begannen zum 01.04.2014 20 TeilnehmerInnen ihre Ausbildung, die am 31.03.2014 mit der mündlichen Abschlussprüfung endete. Der Modellversuch wurde am 31.05.2014 mit der Erstellung dieses Berichts abgeschlossen.

Im vorliegenden Abschlussbericht werden neben einer Beschreibung der Struktur, der Inhalte des Ausbildungsmodells, die Auswertung einer berufswissenschaftlichen Studie und die

Erfahrungen mit dem Modell aus unterschiedlichen Perspektiven reflektiert und evaluiert. Ebenso hat die Evaluation Anregungen für Veränderungen generiert, die im Abschlussbericht beschrieben werden.

2. Hintergrund

Die demografische Entwicklung führt zu einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen. Für den Pflegebereich lassen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2020 einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von 2,3 auf 2,9 Millionen erwarten. Im Jahr 2030 könnten es sogar bis zu 3,4 Millionen sein, ein Anstieg um fast 48 Prozent. Für Bremen wird erwartet, dass bis 2030 die Zahl der Pflegebedürftigen nach dem SGB XI um mindestens 25 bis 30 Prozent steigt.



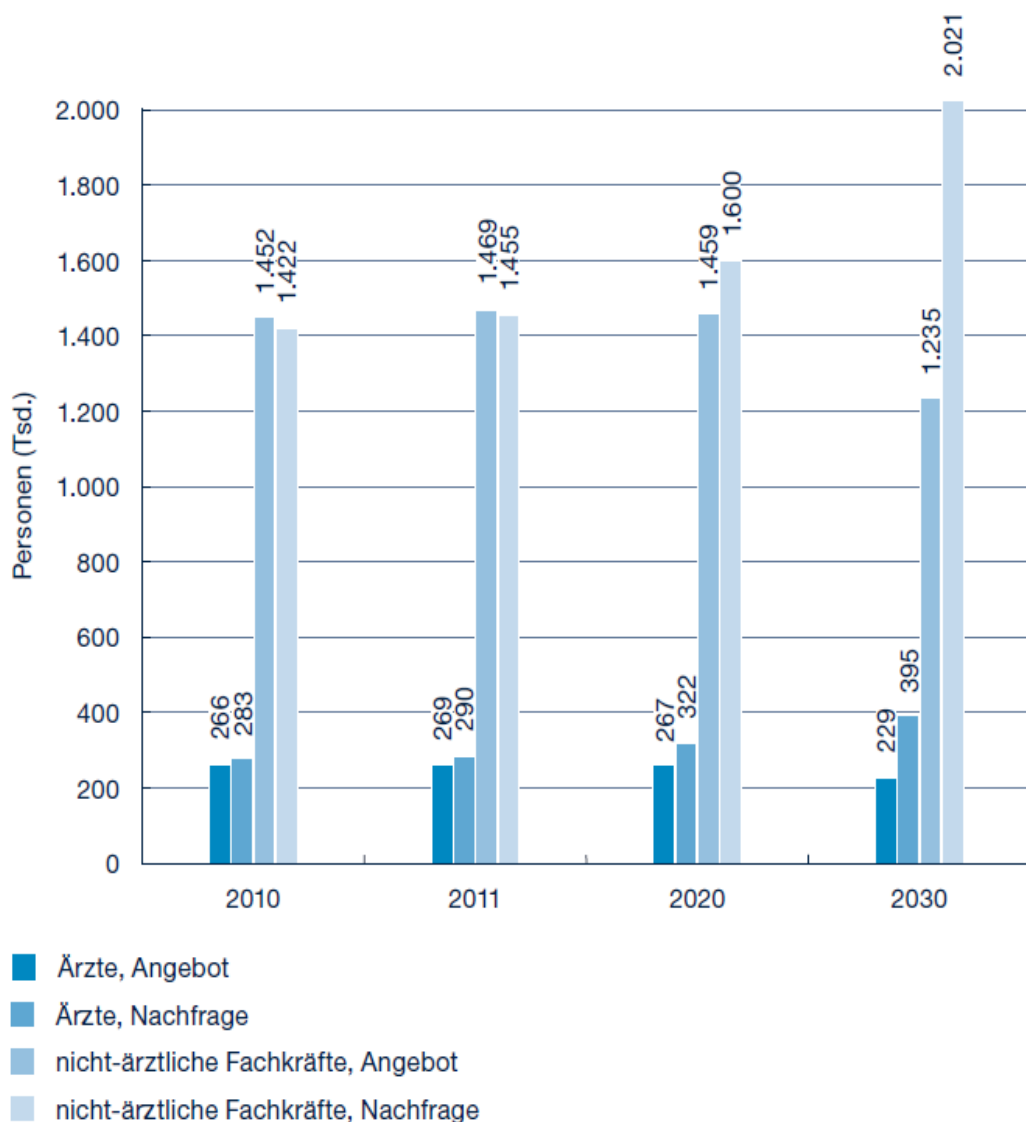
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern.

Die Zahl der älteren PatientInnen mit chronischen Erkrankungen und der Patientinnen mit mehreren gleichzeitig bestehenden Krankheiten nimmt zu. Fast ein Viertel (über 24 %) der über 70-Jährigen leidet heute schon an fünf und mehr Erkrankungen.

Die Anforderungen an die pflegerischen Tätigkeiten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen haben sich enorm verändert und verdichtet. Viel mehr Patienten müssen in kürzerer Zeit mit weniger Pflegepersonal durch die Behandlung im Krankenhaus betreut werden. Die Folgen sind ein steigender Arbeitsaufwand für die Pflege und höherer Aufwand für die Koordination, Administration und Dokumentation der erbrachten Pflegeleistungen. Aber auch der Aufwand der direkten Pflege wird bedingt durch die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Patienten steigen.

Ein Ende des Wachstums der Pflegebranche ist nicht abzusehen, wohl aber ein Ende des Potentials an zur Verfügung stehenden Fach- und anderen Arbeitskräften in der Pflege.

So ist einer Prognose des Statistischen Bundesamtes von November 2010 zu entnehmen, dass bereits in 13 Jahren in Deutschland insgesamt 112.000 Vollkräfte in den Pflegeberufen fehlen werden, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden (Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 2010). Nach einer Prognose der Wirtschaftsberatungsfirma Price Waterhouse Coopers lässt sich das heutige Versorgungsniveau im Gesundheitswesen ohne Reformen auch kurzfristig nicht aufrechterhalten. Bereits 2020 fehlen annähernd 56.000 Ärzte und gut 140.000 nicht-ärztliche Fachkräfte. Bis 2030 wird sich die Personallücke sogar auf fast eine Million Personen – gut 165.000 Ärzte sowie fast 800.000 nicht-ärztliche Fachkräfte – vergrößern.



Quelle: Price Waterhouse Coopers 2010

Der Fachkräftemangel betrifft die Gesundheits- und Krankenpflege ebenso wie die Altenpflege.

Es gilt in der Zukunft sowohl den quantitativen Bedarf an Pflegekräften, als auch den qualitativen Bedarf an Pflegenden, die den erhöhten Anforderungen genügen, zu decken.

Dieser Bedarfssituation im Sektor Pflege und Gesundheit stehen in der Bundesrepublik 2,2 Mio. Menschen zwischen 20 und 34 Jahren ohne Ausbildung gegenüber, darunter Personen mit Hauptschul-, aber auch mit mittlerem Bildungsabschluss oder mit Studienberechtigung (Anbuhl 2012). Es stellt sich die Frage, ob es sich eine Gesellschaft angesichts des absehbaren Fachkräftemangels zukünftig leisten kann, Menschen, die am Berufsfeld interessiert sind, aber nicht die erforderlichen Bildungsvoraussetzungen mitbringen, weiter „abzuhängen“ (ebd.) und/oder, wie es gelingen kann, Möglichkeiten der Inklusion von bildungsferneren Schichten in das Berufsfeld zu schaffen, ohne dabei die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen zu gefährden (Muths/Darmann-Finck 2013). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheinen eine Neuverteilung von Zuständigkeiten und Veränderungen von Berufsbildern sowie die Reform der Ausbildungen der Gesundheitsberufe als dringend notwendig.

Um diesen zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden, haben die Bremer Ressorts Soziales und Gesundheit für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe Empfehlungen ausgesprochen, die die Qualifikation der Pflege in den Mittelpunkt stellen. Dabei befürwortet das Ressort die Einführung einer gestuften Qualifikation innerhalb der Gruppe der Pflegenden.

Im Handlungsfeld Pflege werden zukünftig MitarbeiterInnen mit unterschiedlichen Kompetenzniveaus zusammen arbeiten und sich die anfallenden Aufgaben aufteilen. Pflegende, die Tätigkeiten mit geringer Komplexität ausführen arbeiten mit Pflegenden zusammen, die zuständig sind für die verantwortliche Planung, Durchführung und Evaluierung des Pflegeprozesses. Dies geschieht durch die Qualifizierung von ein- bis zweijährig ausgebildeten GKPH (GA) und AltenpflegehelferInnen, dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften sowie primärqualifizierten Bachelor-Absolventen Pflege.

Das Aufgabenfeld der GKPH (GA) ist die Übernahme von Teilen der pflegerischen Kernaufgaben wie beispielsweise Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen der Mobilität, der Nahrungsaufnahme und der Körperpflege. Im Mittelpunkt stehen hier die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der zu Pflegenden. Je nach Einsatzgebiet werden hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder auch ärztlich angeordnete Maßnahmen, wie etwa einfache Verbandwechsel oder die Gabe von Arzneimitteln übernommen. Daneben spielt die Beobachtung der zu Pflegenden (direkt oder auch durch die Messung von Blutdruck, Puls und Temperatur) eine wesentliche Rolle. Die psychische und soziale Unterstützung und Begleitung der Patienten, Bewohner, Klienten und ihrer Angehörigen stellen weitere Aufgaben dar, die zu jedem Zeitpunkt der Tätigkeit als GKPH (GA) eine bedeutende Rolle spielen. Ihre Einsatzbereiche liegen im Krankenhaus und in der stationären und ambulanten Altenhilfe.

Die Regelung von Helferausbildungen im Gesundheitswesen obliegt den Ländern; dementsprechend wurden in zahlreichen Bundesländern, die Rechtsgrundlagen für eine reformierte Pflegehilfeausbildung geschaffen. Dem ist Bremen gefolgt und hat im September 2013 ein

Bremisches Gesetz über die generalistisch ausgerichtete Gesundheits- und Krankenpflegehilfe¹ und im Februar 2014 eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erlassen².

Um dem Ziel des lebenslangen Lernens respektive der Möglichkeit der kontinuierlichen Qualifizierung Rechnung zu tragen, wird in diesem Zusammenhang den TeilnehmerInnen die Gelegenheit geboten, neben der Ausbildung in der generalistisch ausgerichteten Gesundheits- und Krankenpflegehilfe einen weiterführenden Schulabschluss zu erwerben.

Darüber hinaus wird MigrantInnen, deren Schulabschluss aus formalen Gründen nicht anerkannt werden kann und die daher nach deutschem Recht nicht den einfachen Schulabschluss nachweisen können, die Möglichkeit geboten, durch die Ausbildung in der generalistisch ausgerichteten Gesundheits- und Krankenpflegehilfe einen Einstieg in das Berufsleben und das deutsche Bildungssystem zu finden.

Weiterhin sollen die AbsolventInnen eine dreijährige Pflegefachkraftausbildung verkürzt durchlaufen können. Die Entwicklung einer Ausbildungsstruktur, die die Anerkennung der Ausbildung und somit eine Durchlässigkeit in die nächst höhere Qualifikationsebene ermöglicht, bildet somit einen weiteren wichtigen Schwerpunkt dieses Projektes.

3. Berufswissenschaftliche Studie

Um das Aufgabenfeld der GKPH (GA) und das Anforderungs- und Aufgabenprofil der Absolvent/innen bestimmen zu können, wurde in Verbindung mit diesem Modellprojekt durch die Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP) eine berufswissenschaftliche Studie erarbeitet, die die Grundlage für die Entwicklung des Curriculums dieser Ausbildung bildet (Muths/Darmann-Finck 2013). Die Ergebnisse dieser Studie werden hier zunächst zusammengefasst.

Da im Sektor Krankenhaus bislang GKPH (GA) kaum eingesetzt werden, ist bisher noch weitgehend ungeklärt, worin die Aufgaben von GKPH (GA) dort bestehen können, wo die Abgrenzungen (und die Überschneidungen) zur Fachkrafttätigkeit liegen und wie Pflegendе unterschiedlicher Qualifikationsniveaus im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten werden. Aus diesem Grund erschien es angeraten, zu Beginn des Projekts zunächst empirische Analysen durchzuführen, um zu ermitteln, welche beruflichen Arbeitsaufgaben von den Assistenzkräften zu bewältigen sind und welche Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. welches Wissen sie dafür benötigen. Darüber hinaus sollten anhand der empirischen Analyse nicht nur anhand von feststehenden Regeln zu bewältigende Arbeitsaufgaben, sondern die Schlüsselprobleme der Berufswirklichkeit von GKPH (GA) ermittelt werden, die die Auszubildenden bzw. zukünftigen AbsolventInnen vor Herausforderungen stellen, die sich nicht allein

¹ Bremisches Gesetz über die generalistisch ausgerichtete Gesundheits- und Krankenpflegehilfe vom 3. September 2013, BremGBl. S. 485

² Verordnung über die Ausbildung und Prüfung in der generalistisch ausgerichtete Gesundheits- und Krankenpflegehilfe vom 14. Februar 2014, BremGBl. S. 125

mit Hilfe erlernter Regeln bewältigen lassen und die in der curricularen Entwicklung der theoretischen und praktischen Ausbildung besondere Beachtung finden müssen.

Eine Orientierung für das anzustrebende Qualifikationsniveau von GKPH's (GA) boten zum Zeitpunkt des Projektstarts die Kompetenzbeschreibungen des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR 2010) sowie des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich „Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ (Knigge-Demal/Hundenborn 2011b). Dem Deutschen Qualifikationsrahmen zufolge sind Assistenz- und Helferberufe dem Niveau 3 zuzuordnen und weisen Kompetenzen zur selbständigen Erfüllung fachlicher Anforderungen in einem noch überschaubaren und zum Teil offen strukturierten Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld auf. Knigge-Demal/Hundenborn (2011b, 27) definieren den Verantwortungsbereich auf dem Qualifikationsniveau 3 anhand der „Übernahme der Durchführungsverantwortung für delegierte Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses“. Als Beispiele für diese Aufgaben werden individualisierte Pflegemaßnahmen zur Förderung der Ressourcen von Klient/innen und zur Prävention von Pflegebedürftigkeit oder Maßnahmen zur Betreuung von Klient/innen, die aufgrund demenzieller Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind sowie die Mitwirkung bei der Strukturierung von Tagesabläufen und bei der Gestaltung von Freizeit- und Beschäftigungsangeboten genannt. Während die anzustrebenden Kompetenzen im DQR nicht spezifisch für die Pflege formuliert sind, bezieht sich der Qualifikationsrahmen von Knigge-Demal/Hundenborn (2011b) nicht auf die GKPH (GA), so dass zu diesem Thema eine Forschungslücke konstatiert werden konnte. Zum Zeitpunkt des Projektbeginns existierten auch noch keine bundeseinheitlichen Beschlüsse hinsichtlich des Berufsbildes von GKPH's (GA).

3.1 Methoden der Datenerhebung und –auswertung

In Abgrenzung zu einer engen sozialwissenschaftlich orientierten Qualifikationsforschung hat sich in Deutschland eine berufswissenschaftliche Qualifikationsforschung etabliert, die arbeitswissenschaftliche, arbeitspsychologische, industriesoziologische, berufspädagogische und curriculare Perspektiven aufgreift. Sie untersucht den Zusammenhang zwischen den im beruflichen Handeln enthaltenen Kompetenzen, der Entwicklung von Berufsbildern und der Auswahl und Legitimation von Zielen, Inhalten und Strukturen beruflicher Bildung (Rauner 2002). In der berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung werden verschiedene Ebenen (Sektoranalyse, Fallstudien, Arbeitsprozessanalysen, Experten-Facharbeiter-Workshops), Instrumente und Methoden unterschieden, die im besten Fall sukzessive zur Anwendung kommen (Becker/Spöttl 2006).

Die berufswissenschaftliche Studie im Rahmen des Modellprojekts orientiert sich an den vorgeschlagenen Schritten mit Ausnahme der Arbeitsprozessanalysen. Anhand von Arbeitsprozessanalysen, die auf Arbeitsbeobachtungen und handlungsorientierten Interviews beruhen, sollen die im Handeln der Berufstätigen inkorporierten Kompetenzen und Wissensbestände erfasst werden (Becker /Spöttl 2006 12f.). Auf Arbeitsprozessanalysen wurde verzichtet, da der Fokus im vorliegenden Projekt stärker auf dem Aufgabenprofil von GKPH's (GA) lag, für die berufswissenschaftliche Studie im Rahmen des Forschungsprojekts nur begrenzt Mittel zur Verfügung standen und nur ein zeitlich enger Rahmen vor Maßnahmenbeginn gegeben war.

Im ersten Schritt wurde eine Sektoranalyse (Becker/Spöttl 2006, 10) in der Form einer Dokumentenanalyse ausgewählter Lehrpläne anderer Bundesländer für die Ausbildung in Pflegehilfe- und -assistenzberufen (Niedersächsisches Kultusministerium 2009; HMBGVBL NR. 17 2007; Knigge-Demal/Hundenborn 2011a) und einschlägiger Lehrbücher (Oelke 2011; Thieme Verlag 2011) mit dem Ziel durchgeführt, die gegenwärtig in diesem Ausbildungssektor bereits bestehenden Zielsetzungen und Inhalte zu eruieren. Mit Blick auf die geplante Anschlussfähigkeit der Assistenzausbildung an das zweite Ausbildungsjahr der weiterführenden Ausbildungen, wurden weiterhin die Zielsetzungen und Inhalte der Curricula der bestehenden dreijährigen Pflegeausbildungen im ersten Ausbildungsjahr bei beiden Ausbildungsträgern herausgearbeitet³.

Um das Spektrum an Aufgaben, deren quantitative Bedeutung, die Formen der Zusammenarbeit mit den Fachkräften und relevante Arbeitsprozesse ermitteln zu können, wurden des Weiteren im Januar 2012 Fallstudien (Becker/Spöttl 2010, 11f.) anhand von vier Einzelinterviews realisiert⁴. Das Sample setzte sich zum einen aus Führungskräften (eine Heimleitung aus der Altenpflege, eine Stationsleitung aus dem Klinikbereich) und zum anderen aus zwei Personen zusammen, die als PflegehelferInnen (angelernt bzw. Krankenpflegehilfe) in der stationären Altenpflege bzw. im Krankenhaus tätig sind. Hier wären Erhebungen mit weiteren Personen und in weiteren Einsatzbereichen, insbesondere in der ambulanten Haus- und Familienpflege, wünschenswert gewesen, um das gesamte Spektrum an Einsatzfeldern explorieren zu können, was aber aufgrund der begrenzten Mittel entfallen musste.

Mittels eines Experten-Facharbeiter-Workshops (Becker/Spöttl 2006, 13f.) im Februar 2012 wurden im Anschluss die in den Fallstudien eher deskriptiv erfassten Aufgaben im Hinblick auf Unterscheidungen und Überschneidungen mit der Fachkrafttätigkeit gebündelt, strukturiert und bewertet. Darüber hinaus wurden in dem Workshop auch stärker konzeptionelle Perspektiven erörtert, da der Einsatz von Pflegehilfskräften und -assistentInnen im Klinikbereich bisher in Bremen nur wenig verbreitet ist.

Das Sample der Workshop-TeilnehmerInnen war auf Perspektivenvielfalt in Bezug auf das Setting angelegt und berücksichtigte sowohl die Seite derjenigen, die mit einem vergleichbaren Profil bereits im Berufsfeld tätig sind (Gruppe A), als auch aus unterschiedlichen Perspektiven die Seite derjenigen, die den Einsatz von PflegeassistentInnen verantworten, planen, steuern und ausbilden (Gruppe B).

- Gruppe A setzte sich aus fünf Personen zusammen, die als PflegehelferIn, was in diesem Falle ‚angelernt‘ bedeutet (6-Wochenkurs), als AltenpflegehelferInnen bzw. mit einer Ausbildung in der Krankenpflegehilfe (Bundesland Hamburg) in der stationären Altenpflege, im Klinikbereich und in der häuslichen Pflege tätig sind.

³ Rahmenlehrplan für die theoretische und praktische Ausbildung in der Altenpflege im Land Bremen, Stand: Oktober 2005 / Curriculum der Bremer Krankenpflegeschule o.J.

⁴ Die Einzelinterviews wurden dankenswerterweise von Insa Casjens, Bremer Krankenpflegeschule, im Rahmen einer Studienarbeit durchgeführt und transkribiert.

- Gruppe B bestand aus insgesamt acht Personen, die in folgenden Bereichen tätig sind: Personaldisposition und –akquise, Personaldienstleistung, Pflegedienstleitung (Krankenhaus und ambulanter Sektor), Qualitätsmanagement, Pflegewissenschaft, Stationsleitung, Praxisanleitung (in den Sektoren der stationären Langzeit- und der Akutversorgung).

Methodisch erfolgte die Datenerhebung im Rahmen des Workshops nach einer gemeinsamen Einführung in die Grundkonzeption der Bildungsmaßnahme zunächst unabhängig in beiden Gruppen. Das Gespräch wurde anhand von Leitfragen zu den beruflichen Anforderungen, die PflegeassistentInnen bewältigen können müssen (Aufgaben, Zielgruppen, Kooperationsstrukturen) und zu den Kenntnissen und Fähigkeiten, die sie dafür benötigen, strukturiert. Die in den beiden durch die Autorinnen moderierten Arbeitsgruppen entwickelten Ergebnisse wurden in einer zweiten Phase im Plenum zusammengeführt und diskutiert, wobei in dieser Phase auch VertreterInnen der Projektnehmer (Schulleitungen und Lehrkräfte) und der beiden involvierten Behörden (Der Senator für Gesundheit und Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen) teilgenommen haben.

Beide Phasen des Workshops wurden mit einem Tonträger aufgezeichnet und transkribiert. Alle erhobenen Daten wurden in Form einer strukturierten Inhaltsanalyse (angelehnt an Mayring 2010) mit Blick auf drei Aspekte ausgewertet:

1. Präzisierung der Definition des Absolvent/innenprofils,
2. Identifizierung von beruflichen Schlüsselproblemen im umschriebenen Tätigkeitsfeld,
3. Ermittlung der auszuübenden beruflichen Aufgabenstellungen und Lerninhalte.

Im folgenden Abschnitt sollen als Ergebnis der Studie zunächst nur die Schlussfolgerungen zusammengefasst werden, die sich auf die Definition des Absolvent/innenprofils beziehen, während die Auswertungen zu den Aspekten 2 und 3 im Zusammenhang mit der curricularen Entwicklung vorgestellt werden.

3.2 Ergebnisse

Einleitend muss festgehalten werden, dass sowohl im Rahmen der Fallstudien als auch im Expertenworkshop zum Ausdruck kam, dass es den AkteurInnen im Berufsfeld Pflege in den unterschiedlichsten Positionen schwer zu fallen scheint, sich auf eine Hierarchie in Bezug auf Qualifikationen einzulassen und entsprechende Differenzierungen der Arbeitsaufteilung vorzunehmen. So berichten die meisten der als Hilfskräfte tätigen Pflegenden, insbesondere aus dem Bereich der stationären Altenpflege bzw. der häuslichen Pflegedienste, dass sie ihrer Wahrnehmung nach „eigentlich (fast) alles“ machen, sie sich in einer „flachen Hierarchie“ befinden und sich ihre Aufgaben bzw. die von ihnen zu versorgenden Menschen im Vergleich zu den dreijährig Ausgebildeten nicht oder kaum unterscheiden.

Bei den Leitungskräften in den Fallstudien bzw. in der Gruppe B des Experten-Facharbeiter-Workshops lassen sich unterschiedliche Positionen herausfiltern. Eine Stationsleitung aus dem Klinikbereich formuliert explizit, dass sie Grenzziehungen innerhalb des Teams unbe-

dingt vermeiden möchte, weil diese für sie atmosphärisch problematisch sind („negativ behaftet“), - eine Differenzierung zwischen „Planungs-“ und „Durchführungsköpfen“ müsse verhindert werden, obwohl sie sich grundsätzlich gegenüber der Mitarbeit von PflegeassistentInnen nicht verschließen wolle. Eine der Pflegedienstleitungen, die ebenfalls den Klinikbereich vertritt, lehnt dagegen die Einstellung von nicht dreijährig ausgebildeten Pflegekräften für die patientennahe Versorgung strikt ab, da sie befürchtet, dass die pflegerische Versorgung der PatientInnen dadurch fraktioniert und die patientennahe Pflege deprofessionalisiert werde. Die Leitungskräfte aus der stationären Altenpflege stellen dar, dass in ihren Häusern die Pflegenden unabhängig von ihrem Ausbildungsprofil bereichsweise eingesetzt werden, wobei bestimmte Pflegeverrichtungen entweder ergänzend von einer Pflegefachkraft aus einem anderen Einsatzbereich übernommen, oder von einer Pflegefachkraft an die für den Bereich zuständige Pflegehilfsperson delegiert werden. Für die häusliche Pflege wird berichtet, dass entsprechend den Vorgaben im Land Bremen, wenn die Pflege es erfordert, in zwei Touren gefahren wird – die Hilfskräfte übernehmen die „körpernahe Versorgung“ nach SGB XI („Grundpflege“), während die Pflegefachkräfte für die „medizinisch verordneten Pflegeleistungen“ nach SGB V („Behandlungspflege“) zuständig sind.

Diese sozialrechtlich verankerte, ursprünglich auf einem Übersetzungsfehler beruhende Begriffsbildung der Krankenhausbetriebslehre bildet in allen Bereichen der Erhebung zunächst scheinbar das einzig mögliche Differenzierungskriterium und konnte z. T. auch in der Dokumentenanalyse identifiziert werden, auch wenn die Begrifflichkeiten teilweise verändert wurden (Knigge-Demal/Hundenborn 2011a; Niedersächsisches Kulturministerium 2009; Oelke 2011 120f.).

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive wird dieser Unterscheidung widersprochen, da sie einerseits die Komplexität pflegerischen Handelns bei patientennahen Aufgaben ignoriert - diese können je nach Situation der zu Pflegenden sehr anspruchsvoll sein und bei fehlerhafter Durchführung entsprechender Maßnahmen kann es zu gravierenden gesundheitsgefährdenden Auswirkungen kommen (z. B. Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit bei einem demenzkranken Menschen mit Schluckstörungen). Andererseits werden damit medizinisch-pflegetherapeutische Maßnahmen und Assistenzaufgaben wegen ihrer Nähe zum medizinischen Feld zu Unrecht als höherwertig eingestuft, obwohl sie je nach Maßnahme und Patientenbefinden weniger komplex und anspruchsvoll sein können (vgl. zu dieser Diskussion auch Friesacher 2008 192f; IGL1998 58; Müller 1998; Klie1998).

Im Verlauf der Diskussion im Experten-Facharbeiter-Workshop wurde deshalb vorgeschlagen, die Bestimmung der Gefahreneigtheit der zu übernehmenden Aufgaben nicht an die allgemeinen potenziellen Risiken einzelner Pflegeverrichtungen oder deren Nähe zur medizinischen Versorgung zu koppeln, sondern bei der Differenzierung der übertragbaren Pflegeaufgaben von der Stabilität der Gesamtsituation der zu versorgenden Patient/innen auszugehen. Als stabil wurde im Workshop eine Pflegesituation bezeichnet, die wenige Schwankungen aufweist, frei von krisenhaften Entwicklungen ist und die Risiken, dass sich die Situation akut verschlechtert, gering sind. Damit bleiben die durchzuführenden Pflegeaufgaben vergleichbar, so dass in der Versorgung Handlungsrouinen aufgebaut werden können. In solchen Situationen könnten, sofern Handlungssicherheit gewährleistet ist, auch medizinisch-pflegerischen Verrichtungen an PflegeassistentInnen delegiert werden, die gegenwärtig nach SGB V abzurechnen sind.

Aus dieser im Workshop getroffenen Unterscheidung lässt sich ableiten, dass die dreijährig oder höher qualifizierte Pflegende die Prozessverantwortung erhält und die Pflegeassistentkraft (in stabilen Pflegesituationen) die Übernahme der Tätigkeit und ihre Durchführung verantwortet. Die gegenwärtig weit verbreitete Fragestellung nach einer eindeutigen juristischen Definition, was jemand in der jeweiligen Funktion „darf“ oder „nicht darf“, müsste in Richtung auf eine fachlich begründete Urteilsfindung verlagert werden. Daraus folgt für die Curriculum-Entwicklung, dass sowohl in der dreijährigen Pflegeausbildung als auch in der zweijährigen Pflegeassistentenausbildung die Entwicklung der Urteilsfähigkeit bezogen auf den jeweiligen Verantwortungsbereich gezielt angebahnt werden muss.

Auch wenn die damit umrissene Position im Rahmen des Experten-Facharbeiter-Workshops nicht unwidersprochen blieb, wurde ihr im Verlauf der weiteren Ausarbeitung der Studie und im Zuge der curricularen Arbeit das größte Innovationspotenzial zugesprochen. In einer ersten Konkretisierung wurde das Berufsprofil für die Pflegeassistent und die sich damit ergebende intraprofessionelle Kooperationsstruktur für die unterschiedlichen Sektoren der stationären oder ambulanten Langzeitversorgung und den Klinikbereich weiter ausdifferenziert.

<i>Pflegerische Versorgung (ältere) Menschen mit (gesundheitlichen) Einschränkungen / chronischen Erkrankungen - die durchzuführenden Pflegeaufgaben sind bekannt und kehren regelmäßig wieder</i>	
examinierte Pflegekraft	Pflegeassistentkraft (GKpH mit generalistischer Ausrichtung)
Prozessverantwortung	Durchführungsverantwortung
<ul style="list-style-type: none"> • kennt die zu pflegende Person • plant die Pflege • vergewissert sich, dass die GKpH die delegierten Aufgaben sicher durchführen kann • gibt Kriterien und Aufmerksamkeitsschwerpunkte zur Identifizierung möglicher Destabilisierungen vor – fragt Veränderungen nach • übernimmt in regelmäßigen, situationsangepasst definierten Zeitabständen die Pflege und Beobachtung selbst • evaluiert und aktualisiert die Pflegeplanung nach Rücksprache 	<ul style="list-style-type: none"> • führt die geplanten Pflegehandlungen durch • übernimmt im Rahmen der Pflege die kontinuierliche Beobachtung und leitet beobachtete Veränderungen weiter

Tabelle 1: Beispiel A - Kooperation in stabilen Pflegesituationen im Sektor der stationären Langzeitversorgung oder der häuslichen Pflege

Menschen während eines Klinikaufenthaltes bei weitgehend standardisierten chirurgischen oder diagnostischen Routineeingriffen pflegerisch unterstützen – Klinische Behandlungspfade und -abläufe mit Kriterien und Aufmerksamkeitsschwerpunkten zur Identifizierung möglicher Destabilisierungen liegen vor.

examinierte Pflegekraft	Pflegeassistentkraft (GKpH mit generalistischer Ausrichtung)
Prozessverantwortung	Durchführungsverantwortung
<ul style="list-style-type: none"> • kennt die zu pflegende Person • plant die Pflege • vergewissert sich, dass die GKpH die delegierten Aufgaben sicher durchführen kann • gibt Kriterien und Aufmerksamkeitsschwerpunkte zur Identifizierung möglicher Destabilisierungen vor – fragt Veränderungen nach • übernimmt in regelmäßigen, situationsangepassten definierten Zeitabständen die Pflege und Beobachtung selbst • evaluiert und aktualisiert die Pflegeplanung nach Rücksprache 	<ul style="list-style-type: none"> • führt die geplanten Pflegehandlungen durch • übernimmt im Rahmen der Pflege die kontinuierliche Beobachtung und leitet beobachtete Veränderungen weiter

Tabelle 2: Beispiel B - Kooperation in Akutsituation im Klinikbereich

3.3 Diskussion

Das erarbeitete Kompetenzprofil ähnelt auf den ersten Blick der eingangs vorgestellten Konzeption von Knigge-Demal/Hundenborn (2011a; 2011b) und dem dort definierten Verantwortungsbereich („Übernahme der Durchführungsverantwortung für delegierte Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses“). Allerdings verbleiben die beiden Autorinnen in der curricularen Umsetzung vollständig auf der Ebene des SGB XI. Weiterhin werden die „Arbeitsfelder und Aufgaben im sog. Skillmix“ für PflegeassistentInnen und PflegehelferInnen im Lehrbuch des Thieme Verlag (2011, 13) ähnlich, wie hier ermittelt, umrissen.

In einem am 28./29. November 2012 parallel zum hier vorgestellten Modellversuch vorgelegten Papier verabschiedete die Konferenz der Arbeits- und SozialministerInnen der Länder Eckpunkte für die in der Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege (ASMK 2012). Ähnlich wie in den Ergebnissen der vorliegenden Studie wird im Berufsbild die Unterscheidung von stabilen und instabilen Pflegesituationen sowie von einfachen Maßnahmen und Maßnahmen mit höherem Schwierigkeitsgrad getroffen. In stabilen Pflegesituationen bzw. bei einfachen Aufgaben sollen Assistenzkräfte Maßnahmen selbständig durchführen können (Durchführungsverantwortung), die von einer Pflegefachkraft geplant, überwacht und gesteuert werden (Steuerungsverantwortung). In instabilen Pflegesituationen bzw. bei Aufgaben mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad wie auch bei der Mitwirkung an ärztlich verordneten Maßnahmen dagegen ist entweder von Seiten der Pflegefachkraft eine konkrete Anleitung von Nöten oder aber sie führt die Pflege aufgrund z. B. des damit verbundenen Risikopotenzials für die zu pflegende Person selbst durch. In der Ausbildung sollen Pflegeassistentkräfte daher den Eckpunkten zufolge u. a. dazu befähigt werden,

unter Anleitung und Überwachung von Pflegefachkräften an ärztlich veranlassten therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen mitzuwirken (insb. Kontrolle von Vitalzeichen, Medikamentengabe, subkutane Injektionen, Inhalationen, Einreibungen, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen u.ä.) sowie Menschen in der Endphase des Lebens unterstützend begleiten und pflegen.

Parallelen der gefundenen Unterscheidungen für die Qualifikationsniveaus „Pflegeassistent“ und „Pflegefachkraft“ anhand des Merkmals „Stabilität der Pflegesituation“ lassen sich außerdem in der Theorie des Naturalistic Decision Making auffinden. Kognitiv niedrigere Anforderungen bezogen auf Probleme bestehen demnach beispielsweise bei gut strukturierten Problemen in statischen Umgebungen, die mit klaren und stabilen Zielen verknüpft sind, während schlecht strukturierte Probleme in unsicheren, dynamischen Umgebungen mit Zielen, die sich ändern können, schlecht definiert oder konkurrierend sind, höhere kognitive Anforderungen stellen (Reuschenbach 2008 38f.).

4. Durchführung des Schulversuchs

4.1 Lerngruppe

Die Lerngruppe war bezogen auf Alter, Bildungsstand und Sozialisation sehr heterogen zusammengesetzt, sie wies im Bereich Lebensalter eine große Spannweite auf. Die älteste Teilnehmerin war zu Beginn der Bildungsmaßnahme 53 Jahre, die jüngste Teilnehmerin war 18 Jahre alt. Sieben der TeilnehmerInnen hatten einen Migrationshintergrund. Elf TeilnehmerInnen konnten einen Hauptschulabschluss, sechs einen mittleren Bildungsabschluss und zwei die Fachhochschulreife vorweisen (vergl. Abb. 1).

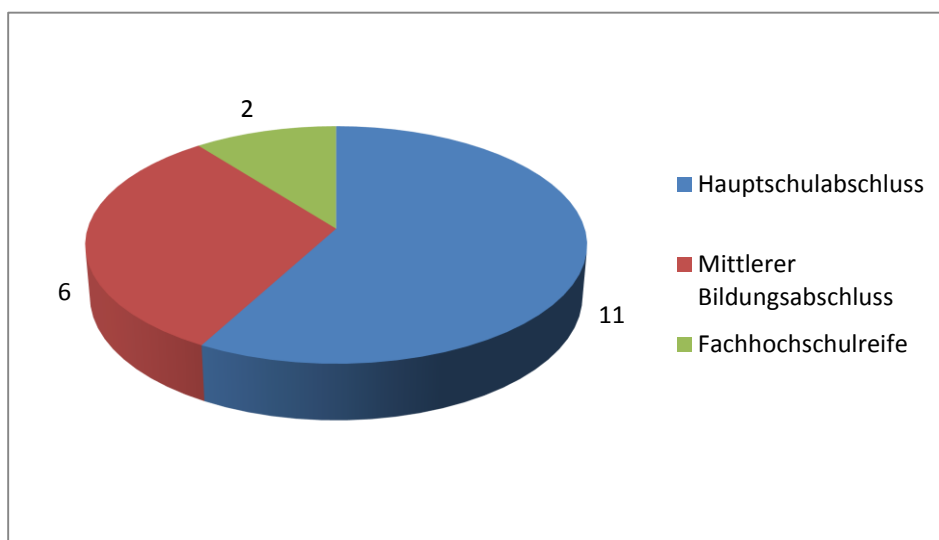


Abbildung 1: Darstellung der Bildungsvoraussetzungen der TeilnehmerInnen

Zum Abschluss der Ausbildung am 31.03.2014 waren noch 15 von den ursprünglich 20 TeilnehmerInnen in der Ausbildung verblieben. Die Gründe für Abbrüche waren vielfältig: bei drei

TeilnehmerInnen lagen gesundheitliche Gründe vor, eine Teilnehmerin war aus familiären Gründen mit der Ausbildungssituation überfordert und eine weitere Teilnehmerin blieb ohne Begründung fern. Bei keiner der ausgeschiedenen TeilnehmerInnen lagen die Ursachen für den Ausbildungsabbruch in einer schulischen Überforderung bzw. einer Überforderung am Arbeitsplatz.

Die Heterogenität der Lerngruppe, zwei Wechsel der Klassenleitungen und die daraus resultierenden Beziehungsabbrüche stellten sehr hohe Anforderungen an das Lehrpersonal. Der heterogene Bildungsstand und die familiären Lebensbedingungen der TeilnehmerInnen erforderten ein überdurchschnittliches Maß an pädagogischer und psychologischer Begleitung. Hierbei war die Stelle der sozialpädagogischen Begleitung hilfreich (vergl. Kap. 4.6).

Das selbständige Erarbeiten von Lerninhalten war zahlreichen TeilnehmerInnen sehr schwer gefallen. Auffallend war auch die wenig ausgeprägte sprachliche Kompetenz insbesondere der jüngeren TeilnehmerInnen. Dabei spielte der Migrationshintergrund nur eine untergeordnete Rolle. Ein Acht-Stunden-Tag in der Schule stellte für viele TeilnehmerInnen eine Überforderung hinsichtlich des Konzentrationsvermögens dar und mündete nicht selten in Desinteresse, Nachbargesprächen und Abwesenheitstendenzen.

Eine zusätzliche Herausforderung stellte die Vorbereitung für den Erwerb des mittleren Bildungsabschlusses (MBA) dar. Es bestand eine Schwierigkeit darin, dass nur ein kleiner Teil der TeilnehmerInnen tatsächlich den MBA anstrebte und der andere Teil kein Interesse an diesen Inhalten hatte.

Der Lerngruppe gelang es bis zum Ausbildungsende nicht, eine feste Klassengemeinschaft zu bilden. Dazu trug auch das auffällig wenig ausgeprägte Sozialverhalten einzelner TeilnehmerInnen bei. Der einzige männliche Teilnehmer hatte unter diesen Bedingungen, insbesondere in den ersten Monaten der Ausbildung, sehr zu leiden.

Trotz der aufgezählten Schwierigkeiten und Probleme gelang es dem pädagogischen Team durch integrative Maßnahmen die Gruppendynamik positiv zu fördern und das gemeinsame Erleben von schönen und einvernehmlichen Momenten anzuregen. Hierzu zählen u.a. ein Projekt für eine schwer erkrankte Teilnehmerin, Exkursionen und Praxisprojekte für demenziell Erkrankte und Projektarbeiten zur Tages- und Festgestaltungen. So konnten besonders in den letzten Monaten der Ausbildung bei mehreren TeilnehmerInnen positive Persönlichkeitsentwicklungen beobachtet werden. Insbesondere die Kompetenzen, das eigene Handeln strukturiert zu reflektieren, Probleme konstruktiv anzugehen, ggf. zu lösen und Verantwortung für das eigene Tun zu übernehmen hatten sich spürbar verbessert.

4.2 Ablauf

Die Ausbildung untergliedert sich in den theoretischen und fachpraktischen Unterricht und die Ausbildung in der Praxis. Der theoretische und fachpraktische Unterricht umfasst mindestens 1590 Stunden, wovon 360 Stunden den allgemeinbildenden Fächern zuzuordnen sind. Die praktische Ausbildung umfasst mindestens 1680 Stunden.

Die Vermittlung der fachpraktischen und der theoretischen pflegerischen Ausbildungsinhalte erfolgte während des Modellversuchs in der WISOAK in Kooperation mit der BKS. Theoretische und praktische Ausbildungsblöcke wechselten sich in einem Rhythmus von sechs bis acht Wochen ab. Die Ausbildungsblöcke waren aufeinander abgestimmt und wurden im Rahmen des Projektes curricular von den Klassenleitungen in enger Zusammenarbeit mit der Universität Bremen iterativ entwickelt. Neben den dabei erarbeiteten berufsbezogenen Inhalten waren allgemeinbildende Fächer wie Mathematik, Deutsch und Englisch fester Bestandteil der Ausbildung, um den TeilnehmerInnen die Möglichkeit zur Erlangung des mittleren Bildungsabschlusses zu bieten. In den Theoriephasen wurde die Ausbildungsgruppe zusammen unterrichtet.

Zum Erwerb der notwendigen praxisbezogenen Handlungskompetenzen wurden Einsätze in an drei unterschiedlichen Lernorten in Betrieben der Alten- und Krankenpflege (stationär, teilstationär, ambulant) durchgeführt, wobei sich die beiden Praxiseinsätze im stationären Bereich über einen längeren Zeitraum von jeweils 720 Stunden erstrecken. Im Gegensatz zur dreijährigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wurde damit bewusst auf einen häufigen Wechsel der Praxiseinsätze in verschiedenen Fachabteilungen verzichtet und eher der Erwerb von Sicherheit durch konstantere Arbeitsaufgaben und eine relative Stabilität der Teammitglieder in den Fokus gerückt. In den Zeiten der praktischen Ausbildung wurden die TeilnehmerInnen von PraxisanleiterInnen geschult und durch die Praxisbegleitungen der Klassenleitungen ergänzend betreut.

4.3 Curriculum

Das Curriculum für den neu zu entwickelnden Bildungsgang in der generalistisch ausgerichteten Gesundheits- und Krankenpflegehilfe wurde mit wissenschaftlicher Begleitung durch die Universität Bremen entwickelt. Beteiligt sind dabei die für die Ausbildung verantwortlichen Lehrer/-innen.

Bei der Entwicklung der Lernfeldstruktur des Curriculums konnte zum einen auf Erfahrungswerte aus der Pflegehilfeausbildung anderer Länder in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Altenpflegehilfeausbildung in der Altenpflege und zum anderen auf die bereits vorliegende Konzeption eines Schulversuchs für eine generalistische Pflegeausbildung im Land Bayern (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung 2010) zurückgegriffen werden. Die Grundlage für die weitere Ausarbeitung bildete zu Projektbeginn eine systematische Erhebung der beruflichen Anforderungen von GKPH (GA) -Kräften mit den Instrumenten einer berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung⁵ im Praxisfeld. Ergänzend hierzu wurde eine Dokumentenanalyse bereits vorliegender Lehrpläne anderer Bundesländer für die Pflegehilfe (Niedersächsisches Kultusministerium 2009). und einschlägiger Lehrbücher für diese Zielgruppe (Oelke 2011) durchgeführt. Um die Anschlussfähigkeit der Ausbildung an das zweite Ausbildungsjahr der weiterführenden Ausbildung zu sichern, wurde die Analyse der

⁵ insbes. Expertengespräche, die orientiert am Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2005) ausgewertet wurden: a) Diskussionsprotokolle des Expertenworkshops zum Projekt am 03. Februar 2012 in der WISOAK b) Einzelinterviews mit Pflegedienstleitungen im Klinikbereich, in der Stationären Altenpflege und Pflegenden die in der Pflegehilfe tätig sind.

Curricula der bestehenden dreijährigen Pflegeausbildungen der beiden Ausbildungsträger im Land Bremen⁶ einbezogen.

Ausgehend von den Ergebnissen der oben umrissenen berufswissenschaftlichen Studie erfolgte der Prozess der Curriculum-Entwicklung unter Einbindung der für den Unterricht und die Ausbildungsbegleitung verantwortlichen Lehrerinnen und Lehrer. Durch die Beteiligung der Lehrenden an der curricularen Entwicklung soll sichergestellt werden, dass sich die curricularen Überlegungen und Zielsetzungen möglichst weitgehend in der unterrichtlichen Realisierung wiederfinden und dass Beobachtungen der Lernprozesse seitens der Lehrerinnen und Lehrer möglichst zügig formativ auf den Prozess zurückwirken können. Dieses Vorgehen in der curricularen Entwicklungsarbeit wird außerdem damit begründet, dass curriculare bzw. didaktische Entscheidungen immer auch Wertentscheidungen sind und von daher nur diskursiv unter Einbeziehung der beteiligten Akteure getroffen werden können (Darmann 2006).

Die Curriculum-Entwicklung bezog sich zunächst auf den pflegebezogenen Teil des theoretischen und fachpraktischen Unterrichts und folgt dem Lernfeldansatz, d.h. das Curriculum ist anhand von curricularen Einheiten strukturiert, die situationsorientiert ausgerichtet sind und exemplarisches Lernen, orientiert an Situationen der Berufswirklichkeit, ermöglichen (Kultusministerkonferenz 2007). Zum Projektende liegt ein modularisiertes, situationsorientiertes, fächerintegrativ angelegtes Curriculum vor, in dem der Kompetenzaufbau auf das eigenständige Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe mit generalistischer Ausbildung gerichtet ist. Für die Entwicklung der Lernfeldstruktur, die für die Bewilligung des Projekts im Vorfeld erfolgen musste, wurde zunächst einerseits auf Erfahrungswerte aus der Pflege(hilfe)ausbildung im Feld der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Altenpflege und andererseits auf die bereits vorliegende Konzeption eines Schulversuchs für die generalistische Pflegeausbildung im Land Bayern (ISB 2010) zurückgegriffen.

Die im Rahmen der oben beschriebenen Studie ermittelten beruflichen Aufgabenstellungen und Lerninhalte für Pflegeassistenzkräfte bzw. Helferberufe wurden in einem ersten Schritt möglichst vollständig situativ kategorisiert, um sie als Basis für die Ausdifferenzierung der Lernfelder nutzbar zu machen. Die damit entwickelte Liste, in die zunächst alle im Forschungsprozess identifizierten Inhalte aufgenommen wurden, geriet dabei eindeutig zu lang und wurde in einem zweiten Schritt im curricularen Diskussionsprozess anhand der folgenden Fragestellungen didaktisch reduziert: Inwiefern ermöglicht der Inhalt die Konstruktion einer Lernsituation, die für eine Gruppe vergleichbarer Handlungssituationen stehen kann? Wie stellt sich die Epidemiologie des zu vermittelnden Pflegephänomens oder Krankheitsbildes dar bzw. wie häufig ist die zu vermittelnde Pflegeaufgabe im beruflichen Alltag gefordert? Inwiefern sind die mit einer Aufgabenstellung verbundenen Anforderungen für die Auszubildenden leistbar? Inwiefern ist die Thematik Gegenstand des ersten Ausbildungsjahres der beiden dreijährigen Ausbildungen (Altenpflege / Gesundheits- u. Krankenpflege) im Land Bremen und sichert damit Durchstiegsmöglichkeiten? Inwiefern sind die ausgewählten Thematiken für die Auszubildenden in ihrer Lebenssituation bedeutungsvoll?

⁶ Rahmenlehrplan für die theoretische und praktische Ausbildung in der Altenpflege im Land Bremen / Curriculum der Bremer Krankenschule

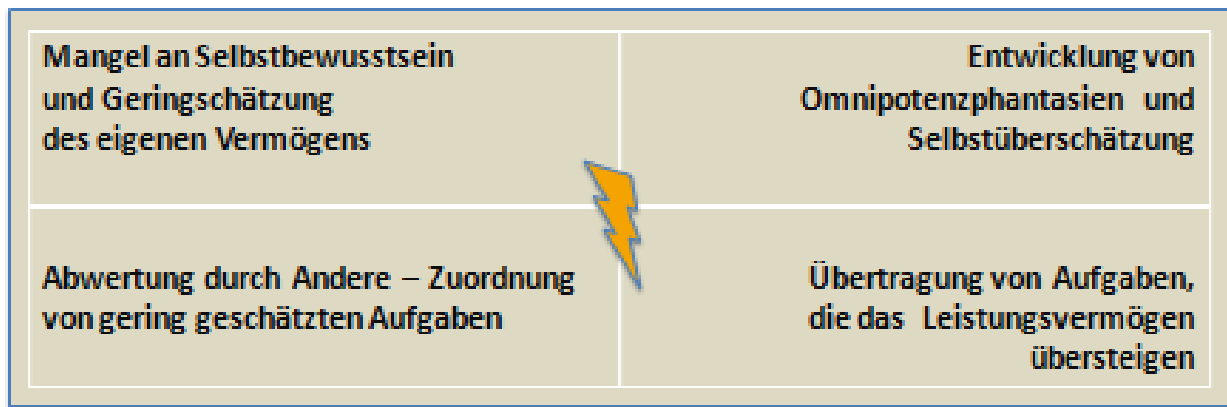
Im nächsten Schritt erfolgten eine Zuordnung der verbliebenen Inhalte zu den Lernfeldern und die Formulierung einer Lernfeldbeschreibung, in der die angestrebte Kompetenzentwicklung, die zu vermittelnden Ausbildungsinhalte und das geplante Stundenvolumen benannt werden.

Eine spezielle Herausforderung für die Konzeption des Bildungsprogramms stellten die Besonderheiten der TeilnehmerInnen dar, die durchschnittlich nicht nur einen niedrigeren Schulabschluss, sondern auch eine Reihe weiterer Entwicklungserfordernisse aufweisen (vgl. Kap. 4.1). Vor dem Hintergrund der sich ergebenden Beobachtungen und Anforderungen im Projektverlauf wurden die zunächst grob umrissenen Lernfelder systematisch weiter strukturiert, konkretisiert und mit der Evaluation zum Projektabschluss revidiert und in einigen Teilen neu strukturiert und an den Erfahrungen aus den Lehr-/Lernprozessen ausgerichtet. Zum Teil musste hierbei in der curricularen Arbeit eine weitere didaktische Reduktion und Anpassung der zu vermittelnden Wissensinhalte vorgenommen werden – auch unter Aufgabe von Lerninhalten aus dem ersten Ausbildungsjahr der dreijährigen Ausbildungen.

Die letztlich entwickelte curriculare Struktur besteht aus insgesamt 13 Lernfeldern, die sich aufeinander aufbauend jeweils auf ein anderes Handlungsfeld beziehen. Zentrale *Settings* (Klinik, Wohn- u. Pflegeeinrichtungen in der stationären Pflege, häusliche Pflege), *Zielgruppen* (ältere Menschen, chronisch Kranke, Familien), *Pflegephänomene und –anlässe bzw. Krankheitsbilder* (Immobilität, Einschränkungen in der Nahrungsaufnahme, Inkontinenz, Durchblutungsstörungen, Diabetes Mellitus u. a.) und *berufliche Aufgabenstellungen* (Mobilisierung, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme oder Körperpflege u. a.) werden dabei im Sinne eines Spiralcurriculums in unterschiedlichen Kontexten mehrfach aufgenommen (zum Vorgehen Darmann-Finck 2009, 4f.; Muths 2013, 154). Damit wird angestrebt, dass die Auszubildenden Sicherheit und Routinen in den zugehörigen Handlungskompetenzen entwickeln (Beobachtung, Gesprächsführung, Handlungsstrukturierung und -planung) und zentrale Wissensinhalte durch mehrfache Wiederholung und Anwendung in neuen Kontexten festigen können. Ein besonderes Augenmerk liegt darauf, diejenigen Zeichen erkennen und benennen zu können, die auf die Destabilisierung einer Pflegesituation verweisen.

Das „Herzstück“ eines jeden Lernfeldes bildet die Arbeit mit Lerninseln zu spezifischen Schlüsselproblemen bzw. Herausforderungen der Berufswirklichkeit (Darmann-Finck 2010, 190-200; Muths 2013), die zum einen aus der berufswissenschaftlichen Studie, insbesondere aus den Fallstudien hervorgegangen sind und zum anderen durch Erhebung von Situationen in der Ausbildungswirklichkeit der TeilnehmerInnen gewonnen werden. Die Problemfelder sind zum Teil mit denjenigen identisch, denen auch die Auszubildenden in einer dreijährigen Ausbildung gegenüberstehen (z.B. Umgang mit Scham und Ekel, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Erfahrung von Gewalt und Entwicklung von Gewaltphantasien und -tätigkeit, Erleben von Macht und Hierarchie u. a.), sie müssen aber vor dem Hintergrund der anderen Berufsrolle und der spezifischen Sozialisationserfahrungen der Auszubildenden in anderer Form dargestellt und erarbeitet werden. Daneben bildet insbesondere die reflektierte Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und Begrenzungen und die reflektierte Übernahme oder Ablehnung delegierter Verantwortung im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdüber-/unterschätzung eine zentrale Schlüsselproblematik (vergl. Abb. 2). Sie korrespondiert mit der Fähigkeit, mögliche Destabilisierungsmomente in einer Pflegesituation wahrnehmen zu können. Urteilsbildung im Kontext von Pflegeassistenz bedeutet neben dem Erwerb und der Anwendung von Wissen und Fähigkeiten in der Beobachtung der zu Pflegenden vor al-

lem die Fähigkeit, persönliche Grenzen anzuerkennen, Hilfe auch gegen Widerstände anzufordern und die Bereitschaft, Verantwortung abgeben zu können.



→ **zentrales Bildungsziel:**

reflektierte Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und Begrenzungen

reflektierte Übernahme oder Ablehnung delegierter Verantwortung

Abbildung 2: Schlüsselproblem, Selbst- und Fremdeinschätzung im Assistenzberuf

Die unterrichtliche Realisierung dieses Zusammenhangs soll hier am Beispiel von Lernfeld 4 „Familien und alleinstehende Personen im Alltag und in der Haushaltsführung unterstützen und ggf. in dabei auftretenden Notfall- und Krisensituationen angemessen handeln“ exemplarisch veranschaulicht werden. Den situativen Rahmen bilden zwei Fallsituationen aus dem Bereich der häuslichen Pflege, die sich die Lernenden aus der Perspektive von Auszubildenden in diesem Einsatzbereich systematisch sowohl theoretisch als auch erarbeiten sollen (z.B. in Bezug auf die Erschließung der Anforderungen aus der Pflegedokumentation, das Wissen über die Krankheitsbilder, Wissen über Familienstrukturen und Entwicklungsverläufe von Kindern, die Durchführung der erforderlichen Pflegemaßnahmen, die Übernahme von Aufgaben in der Haushaltsführung, die Strukturierung der Handlungsabläufe, usw.). In einem nächsten Schritt werden sie mit unterschiedlichen Situationen konfrontiert, die in dem jeweils an sich stabilen Pflegesituationen überraschen auftreten können und in denen die Auszubildenden gefordert sind, Handlungsentscheidungen zu treffen und Informationen weiterzuleiten (z.B.: Herr Weber erleidet einen Herzanfall, bei Familie Runde erkranken mehrere Familienmitglieder an Influenza, Herr Weber möchte die Auszubildende Sarah nicht mehr gehen lassen, die kleine Philine hat am Montagmorgen merkwürdige Blutergüsse, o.ä.). Letztlich sind die Auszubildenden vor dem Hintergrund dieser Lernerfahrungen gefordert, begründet zu entscheiden, wie sie auf das Anliegen des Pflegedienstes reagieren würden, die Versorgung in den beiden Fallsituationen eigenständig zu übernehmen.

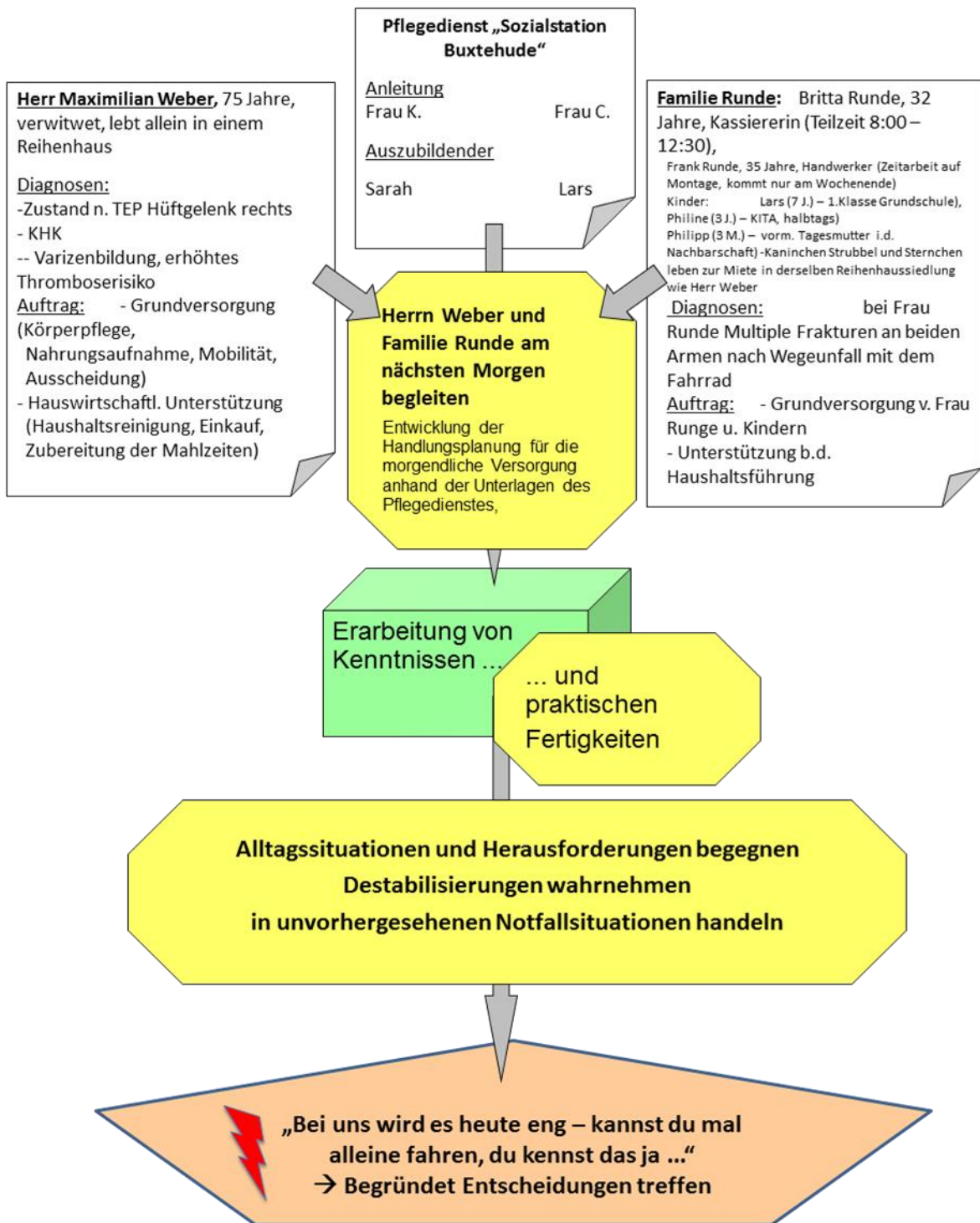


Abbildung 3: Ablaufstruktur von Lernfeld 4

Eine solche situative Anbindung der Lerninhalte an möglichst anschauliche, wirklichkeitsnahe berufliche Handlungskontexte hat sich als sinnvoll erwiesen und wurde von den Lernenden und Lehrenden als „roter Faden“ durch den Unterricht begrüßt. Kritisch-selbstreflexive Diskussionsprozesse zu ausgewählten Schlüsselproblemen und insbesondere zu eigenen Kompetenzen und Begrenzungen in Verbindung mit den jeweils betrachteten Systemen des

Berufsfelds konnten im Unterricht mehrfach erfolgreich angestoßen werden. Sie mussten aber in den Einzelbegleitungen im Praxisfeld, auch im Austausch mit den anleitenden Personen, kontinuierlich weiterverfolgt werden, zumal umgekehrt auch Unsicherheiten in der Auswahl der zu übertragenden Aufgaben bestanden.

Als Ergebnis wurde zum Ende des Schulversuchs ein modularisiertes, situationsorientiertes, fächerintegrativ angelegtes Curriculum vorgelegt, in dem der Kompetenzaufbau auf ein eigenständiges Berufsbild gerichtet ist.

4.4 Mittlerer Bildungsabschluss

Der mittlere Bildungsabschluss (MBA) sollte den TeilnehmerInnen die Möglichkeit geben, parallel zu ihrer beruflichen Qualifizierung einen höherwertigen Schulabschluss zu erwerben. Diese Chance wurde von fünf TeilnehmerInnen wahrgenommen.

Die Teilnahme an der Abschlussprüfung zum MBA war als freiwillig im Konzept verankert worden. Die TeilnehmerInnen hatten sich für eine Pflegeausbildung entschieden, der MBA war eine Erweiterungsmöglichkeit, der vom Abschluss GKPH (GA) getrennt erworben werden konnte. Dies bedeutete, dass bei einem Nichtbestehen des MBA trotzdem ein erfolgreicher Abschluss der Ausbildung möglich war. Möglich war auch, dass AbsolventInnen eine Fachkraftausbildung in der Pflege absolvieren. Mit dem mittleren Bildungsabschluss besteht die Möglichkeit, sich nach einer Eignungsprüfung zu einem Studium im Bereich Pflege einzuschreiben. Damit ist das Angebot des mittleren Bildungsabschlusses in der GKPH (GA) – Ausbildung die logische Konsequenz im Sinne einer vertikalen Durchlässigkeit der Ausbildungen in der Pflege.

Die Fächer sind Mathematik, Deutsch und Englisch mit jeweils 120 Unterrichtsstunden. Die Fächer und Stundenumfänge wurden vor Projektbeginn von der Senatorin für Bildung und Wissenschaft als Anforderung zur Erlangung des MBA vorgegeben. An den allgemeinbildenden Unterrichtsstunden teilzunehmen, war für alle TeilnehmerInnen verpflichtend. Der Deutsch- und der Mathematikunterricht stellen für eine verantwortungsvolle Tätigkeit in der Pflege eine sinnvolle Ergänzung dar. Englisch ist aus dem täglichen Leben nicht mehr wegzudenken und dient somit der Verbreiterung der Sprachkompetenz.

4.5 Prüfung

Die staatliche Prüfung umfasst jeweils einen schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil.

In der schriftlichen Prüfung zeigten die Prüflinge, dass sie über einen Wissensbestand verfügen und in der Lage sind, ihr Wissen situationsgerecht einzusetzen. Sie umfasst maximal 180 Minuten.

In der mündlichen Prüfung hatte der Prüfling seine anwendungsbereiten beruflichen Kompetenzen nachzuweisen. Geprüft wurde in drei verschiedenen Schwerpunkten mit einer Dauer von jeweils maximal 15 Minuten.

Die theoretischen Prüfungen (mündliche und schriftliche Prüfung) basierten auf den unterrichteten Handlungsfeldern des Curriculums. Dadurch war gewährleistet, dass sämtliche zentrale Settings der Pflege (vgl. 3.4) im Rahmen der theoretischen Prüfungen bearbeitet wurden. Dem generalistischen Leitgedanken der Ausbildung wurde damit auch in den theoretischen Prüfungen gefolgt.

In der praktischen Prüfung hatte der Prüfling nachzuweisen, dass er oder sie nach Pflegeplan die Pflege für eine Gruppe von drei Pflegebedürftigen eigenständig durchführen kann. Sie findet grundsätzlich am Bewohner bzw. Patienten statt und umfasst einen Vorbereitungsteil von zwei Stunden (1. Tag) und einen Durchführungsteil von einer Stunde (2. Tag). Im Rahmen der generalistischen Pflegehelferausbildung musste die Organisation und Durchführung der praktischen Abschlussprüfungen vereinheitlicht werden. Nachdem die normativen Voraussetzungen geschaffen waren wurden Inhalte, Struktur und Erwartungshorizont der praktischen Prüfung aus Kranken- und Altenpflege zusammengefügt. Die Expertise der PraxisanleiterInnen (später ZweitprüferInnen) sollte in dieses neue Verfahren einbezogen werden. Dazu wurden die Modifikationen der praktischen Prüfung mit den ZweitprüferInnen in den Institutionen im Vorfeld intensiv besprochen und bearbeitet, um die Akzeptanz des neuen Verfahrens zu erhöhen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bei der Umsetzung kaum Reibungsverluste gab. Alle TeilnehmerInnen haben die praktische Prüfung im ersten Anlauf bestanden welches die sehr enge Verzahnung aller Beteiligten dokumentiert.

Im Rahmen der generalistischen Pflegehelferausbildung musste die Organisation und Durchführung der praktischen Abschlussprüfungen vereinheitlicht werden. Nachdem die normativen Voraussetzungen geschaffen waren, wurden Inhalte, Struktur und Erwartungshorizont der praktischen Prüfung aus Kranken- und Altenpflege zusammengefügt. Die Expertise der PraxisanleiterInnen (später ZweitprüferInnen) wurde in das neue Verfahren einbezogen. Die Modifikationen der praktischen Prüfung wurden mit den ZweitprüferInnen in den Institutionen im Vorfeld intensiv besprochen und bearbeitet, um die Akzeptanz des neuen Verfahrens zu erhöhen. Gleichzeitig waren die Vertreterinnen der aufsichtführenden Behörden an der Realisierung der neuen Strukturen der praktischen Prüfung beteiligt. Nachdem die Strukturen der Prüfung festgelegt waren wurden auch die Auszubildenden über den Ablauf der praktischen Prüfung informiert. Abschließend wurde bei jeder/m Auszubildenden ein Probelauf der praktischen Prüfung durchgeführt.

Die praktischen Prüfungen zum Ende der Ausbildung verliefen reibungslos. Alle TeilnehmerInnen haben die praktische Prüfung im ersten Anlauf bestanden, was die sehr enge Verzahnung aller Beteiligten dokumentiert.

Die Prüfung galt als bestanden, wenn alle drei Teile mit mindestens „ausreichend“ benotet wurden. Nach bestandener Prüfung kann die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in mit generalistischer Ausrichtung“ beantragt werden. Dies setzt zusätzlich zur bestandenen Prüfung die gesundheitliche Eignung, ausreichende Sprachkenntnisse und persönliche Zuverlässigkeit voraus.

4.6 Sozialpädagogische Begleitung

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005) sieht eine wichtige Aufgabe darin, Menschen mit einem weniger guten Schulabschluss und eben jenen benachteiligten Jugendlichen die Möglichkeit zu eröffnen, in der Arbeitswelt Fuß zu fassen (vgl. ebd.: 9). Dies ist mit der GKPH (GA)-Ausbildung als Einstieg oder auch als grundständige Ausbildung durchaus möglich. Somit ist diese Zielgruppe – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in der Pflege – unbedingt in den Fokus zu nehmen. Eine sozialpädagogische Begleitung mit einem integrativen Ansatz erscheint hier in jedem Fall sehr sinnvoll (s. hierzu ebd.: 105 ff.). Eine vergleichbare Ausbildung zur Pflegeassistenz wurde im Land Niedersachsen verstetigt. Dort wurde ebenfalls die Erfahrung gemacht, dass eine sozialpädagogische Unterstützung notwendig ist.

Damit ist die Förderung von erwachsenen Menschen mit Instrumenten der sozialpädagogischen Begleitung angebracht. Diese Zielgruppe, welche Umschulungen als bildungsgut-scheinfähige Maßnahme gemäß § 81 SGB III absolviere, bringt oftmals persönliche Voraussetzungen mit, die eine Benachteiligung darstellen.

Der Schulversuch wurde deshalb im Umfang einer 0,25 Vollzeitstelle durch eine sozialpädagogische Begleitung unterstützt. Sie wurde einmal wöchentlich in den Unterricht einbezogen, um die sozialen Kompetenzen und das Arbeitsverhalten während des Unterrichtsverlaufs zu stärken. Viele Einzelgespräche waren notwendig. Sie war einmal wöchentlich persönlich in der Schule und ansonsten telefonisch erreichbar.

Ein weiterer relevanter Aspekt ist die sozialpädagogische Lernortbegleitung. Dadurch profitieren zum einen die TeilnehmerInnen durch eine größtmögliche Verzahnung der theoretischen mit der praktischen Ausbildung sowie der individuellen Förderung in der Praxis. Zum anderen hatte es sich als zunehmend schwierig erwiesen, Einsatzorte – gerade im Altenpflegebereich – zu akquirieren. Durch eine sozialpädagogische Lernortbegleitung gelang es, die Bereitschaft der Arbeitgeber zu erhöhen, entsprechende Plätze zur Verfügung zu stellen (vgl. ebd.: 109). Insgesamt ist die Erfahrung, dass TeilnehmerInnen einen hohen Beratungsbedarf haben und sozialpädagogische Begleitung dringend geboten ist.

4.7 Finanzierung

Zehn der zwanzig Ausbildungsplätze wurden über die Bremer Krankenpflegeschule der frei gemeinnützigen Krankenhäuser (BKS) und zehn Plätze über die Altenpflegeschule der Wirtschafts- und Sozialakademie (wisoak) vergeben. Die TeilnehmerInnen der BKS, die eine Erstausbildung begannen, waren in der Regel jung. Die TeilnehmerInnen der wisoak kamen aus dem SGB II- bzw. SGB III-Bezug, waren i.d.R. älter und hatten schon eine Arbeitsbiografie hinter sich.

Die Finanzierung der Ausbildung basierte auf vier Säulen:

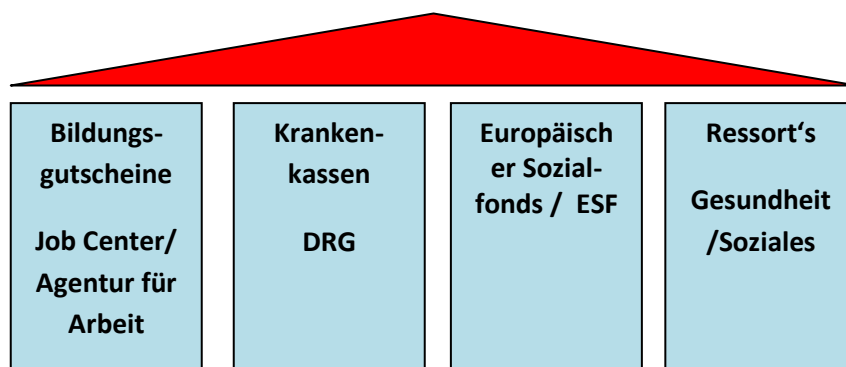


Abbildung 5: Finanzierungssäulen

Die zehn TeilnehmerInnen der wisoak wurden über Bildungsgutscheine vom Jobcenter bzw. der Agentur für Arbeit und durch das Land Bremen finanziert. Die zehn TeilnehmerInnen der BKS wurden über ein mit den Krankenkassen und Krankenhäusern verhandeltes Budget finanziert. Sie erhielten eine monatliche Ausbildungsvergütung. Die Kosten für die Curriculum-Entwicklung sowie die Begleitung durch eine sozialpädagogische Kraft wurden über ESF-Mittel finanziert.

5. Die Ergebnisse des Schulversuchs aus verschiedenen Perspektiven

Die Ergebnisse des Schulversuchs aus verschiedenen Perspektiven wurden im Rahmen eines Workshops erarbeitet. Schülerinnen und Schüler, Klassenleitungen, Praxisanleitungen sowie Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen wurden Fragen zu ihren Erfahrungen gestellt. Die Antworten werden in den folgenden Abschnitten für jede befragte Gruppe gesondert dargestellt. Ergänzt werden diese unterschiedlichen Perspektiven durch eine Bewertung der Träger der praktischen Ausbildung und der Bildungsträger.

5.1 Schülerinnen und Schüler

Die Erwartungshaltung der Schülerinnen und Schüler richtete sich auf die Erlangung von Bildungs- und Berufsabschlüssen, Vorbereitung auf eine weiterführende Ausbildung und das Erreichen guter Kenntnissen über sowie eine Vorbereitung auf das Aufgabenfeld der Pflege. Diese Erwartungen konnten erfüllt werden, die Ausbildung entsprach sowohl konzeptionell als auch inhaltlich den Vorstellungen und Anforderungen der Zielgruppe.

Andererseits wurde insbesondere hinsichtlich des Klassenzusammenhalts, der Vorbereitung und Organisation des Schulversuchs und der geringen Bekanntheit dieses Ausbildungsberufes deutliche Kritik geäußert.

Am Lernort Schule wurde der Unterricht sowohl methodisch als auch inhaltlich gelobt. Zusätzlich positiv bewertet wurden sog. weiche Faktoren wie Fünf-Minuten-Pausen, die Ansprechbarkeit der Klassenleitung, eine Cafeteria und die Rückzugsmöglichkeit im Ruheraum. Wurden nur einzelne Methoden negativ bewertet, übten die SchülerInnen häufiger Kritik an der Organisation. Insbesondere die hohe Anzahl der FachlehrerInnen und der Klassenleitungswechsel wurde als belastend empfunden. Dem zufolge fehlten Abstimmungen unter den Lehrkräften und verzögerte sich die begleitende Erarbeitung eines Curriculums. Ebenfalls negativ bewertet wurden äußere Faktoren wie unklare Standorte, fehlende Parkplätze und schlechte Luft in den Klassenräumen.

Für die Zukunft wird es wichtig sein, für eine von Anfang an klare Organisation und Struktur mit weniger FachlehrerInnen, durchgehend begleitenden Klassenleitungen, funktionierenden Absprachen der beteiligten Lehrkräfte und guten Lernbedingungen zu sorgen.

Am Lernort Praxis wurden hinsichtlich Akzeptanz und Teamgefühl meist positive Erfahrungen gemacht, auch die Durchführung der Praxisanleitung wurde gelobt. Als belastend empfunden wurde die personell unterbesetzte Arbeitssituation insbesondere in der Altenpflege. Von vielen kritisiert wurde die fehlende bzw. geringe Anleitung. Fast die Hälfte der Praxiseinsätze war dadurch geprägt, wobei es keinen signifikanten Unterschied zwischen Krankenhaus und Altenpflege gab. Hier besteht eindeutig Optimierungsbedarf.

Die Schülerinnen und Schüler halten ihre Aussichten für sehr gemischt. Positiv ist anzumerken, dass sich alle auf die allgemeinen Aufgabenfelder in der Pflege gut vorbereitet fühlen. Allerdings wird die Akzeptanz der Ausbildung vermisst. Die Inhalte und die Möglichkeiten, die sich bieten, sind den Arbeitgebern insbesondere im Krankenhaus wenig bekannt. Lediglich einer Absolventin ist es nach Abschluss der Ausbildung gelungen, direkt einen Arbeitsplatz im Krankenhaus zu erhalten, sechs weitere sind als GKPH (GA) in der Altenpflege tätig und zwei Absolventinnen starteten eine weiterführende Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Eine Absolventin lehnte ein Jobangebot wegen geringer Bezahlung ab, die anderen haben Pläne, die sie zunächst aus der Pflege wegführen.

Nach Ansicht der Schülerinnen und Schüler gilt es, die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen bekannter zu machen. Diese Ausbildung würde das „Baukastenprinzip“ zulassen. Demzufolge lautet ihr Angebot insbesondere an die Krankenhäuser: „Sie können uns stricken, wie Sie uns haben wollen!“

5.2 Klassenleitungen

Die Klassenleitungen waren sich einig, dass das Angebot an theoretischem Unterricht zu Beginn der Ausbildung bezogen auf das Lernniveau der Gruppe zu komplex war. Es sollte zunächst das Lernfeld 1 mit dem Fokus auf Biografiearbeit und sozialer Wahrnehmung vertiefend unterrichtet werden. Zu Beginn der Ausbildung –auch bezogen auf den ersten Praxiseinsatz – sollte mehr Basiswissen der Pflege vermittelt werden, ebenso müssten die soziale Kompetenz bzw. Fragen aus den Bereichen der eigenen Lebenspraxis in das Spiralcurriculum integriert werden. Ein fester LehrerInnenstamm mit wenig Lehrerwechsel sei für die Lerngruppe unbedingt zu empfehlen.

Wie auch in der dreijährigen Fachkraftausbildung zeigte sich hinsichtlich der Frage, ob der Unterricht auf die Praxis vorbereitet, ein Konflikt zwischen den Erwartungen der Praxis und dem Anspruch der Schule. Die Schule vertrat den Standpunkt, dass die Ausbildung nicht dafür sorgen muss, dass die TeilnehmerInnen reibungslos in der Praxis eingesetzt werden können. Dieser Konflikt trat vor allem in den Einrichtungen der Altenpflege auf. In diesem Kontext wurde thematisiert, dass in den Altenpflegeeinrichtungen zu wenig Praxisanleiter vorgehalten werden. Deutlich wurde, dass von Seiten der Praxis, besonders zu Beginn, große Unsicherheit herrschte, welche Aufgaben die TeilnehmerInnen übernehmen dürfen und welche nicht, insofern wurde eine verbesserte Kommunikation zu den Lernzielen zwischen Schule und Praxis gewünscht. Ebenso wurde festgehalten, dass mehr Praxisunterricht durch die Schulen zu Beginn der Ausbildung durch feste Lehrkräfte zu besseren Ergebnissen führen würde. Die didaktische Verbindung zwischen den gelehrteten Theorieinhalten bezogen auf die Praxisausbildung war aus Sicht der Klassenleitungen sehr gut gelungen.

Im Verlaufe des Schulversuchs hat sich eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen der Schule und den Praxiseinsatzorten entwickelt. Da derzeit die Struktur und Inhalte der Ausbildungen sehr unterschiedlich sind, wurde angeregt, eine systematische Teamentwicklung durchzuführen, in der klare Absprachen über Zuständigkeiten erfolgen können. Trotz großer Herausforderung wurde die Kooperation als gelungen bewertet.

Die letztendliche Bewertung der Frage, ob sich die Notwendigkeit einer generalistischen Helferausbildung bestätigt hat, ist aus Sicht der Klassenleitungen zum jetzigen Zeitpunkt zu früh. Für eine gesicherte Aussage ist ein weiterer Schulversuch notwendig. Deutlich war die Rückmeldung, dass sich in der Krankenhauspflege ein Defizit im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz zeigt. Aus Sicht der Klassenleitungen bekommen die TeilnehmerInnen für den Versorgungsbereich der ambulanten Pflege deutlich mehr pflegerische Kompetenz vermittelt, als das bei der derzeitigen einjährigen Helferausbildung der Fall ist. Bildungs- und berufspolitisch wird eine gestufte, durchlässige Pflegeausbildung als dringend notwendig erachtet.

5.3 Praxisanleitungen

Die Praxisanleitungen der im Projekt beteiligten Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen reflektierten hinsichtlich der praktischen Arbeit mit den TeilnehmerInnen auf den Stationen und in den Wohnbereichen, dass die Arbeit mit diesem Klientel eine engere Betreuung notwendig macht. Dies liegt weniger an den Inhalten der praktischen Ausbildung, sondern

vielmehr an den Voraussetzungen, die die TeilnehmerInnen mitbringen. So werden die Auszubildenden der dreijährigen Fachkraftausbildung als insgesamt besser orientiert und klarer strukturiert erlebt, was die Verantwortung für ihre eigene Ausbildung angeht. Inhaltlich hingegen wurde die Anleitung als weniger dynamisch und damit weniger fordernd erlebt, da die Lernsprünge deutlich geringer seien als in der Fachkraftausbildung und sich die Art der Tätigkeiten, zu denen angeleitet wird, innerhalb der zwei Jahre nur langsam ändert. Eine Routine im Pflegealltag entwickelten die TeilnehmerInnen tendenziell eher langsamer als Fachkraft-Auszubildende. Dennoch war zu beobachten, dass einzelne TeilnehmerInnen aktiv im Team mitgearbeitet haben und weniger enge Begleitung benötigen, wobei ein Zurückziehen auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten als Gefahr gesehen wurde. Vor dem Hintergrund knapper Personalressourcen auch und gerade im Arbeitsfeld der Praxisanleitungen wurde eingeräumt, dass diese Bedingungen teilweise dazu geführt haben, dass die GKPH (GA) gegenüber den Fachkraft-Auszubildenden nachrangig behandelt wurden.

Die Zusammenarbeit sowohl mit beiden Schulen als auch den Klassenleitungen wurde als positiv und konstruktiv erlebt. Besonders hervorgehoben wurde die sehr engmaschige Begleitung der TeilnehmerInnen durch die Klassenleitungen in den Einsatzorten und die gute persönliche Erreichbarkeit der Klassenleitungen. Als anzustrebendes Optimum wurde die bedarfsorientierte Durchführung von „Fallbesprechungen“ zu einzelnen TeilnehmerInnen mit Lehrkräften und Praxisanleitungen angesehen. Verbesserungsbedarfe wurden im Bereich des zeitlichen Vorlaufs von Absprachen und in der Bereitstellung von Informationen zur Ausbildung gesehen.

Hinsichtlich der Struktur der Ausbildung wurde v.a. aus Sicht der Altenpflege der generalistische Ansatz als vorteilhaft bewertet – hier wurden deutlich positive Impulse wahrgenommen. Dennoch scheint aus Sicht der Praxisanleitungen die Aufteilung in „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Altenpflege“ nicht aufgehoben. Die TeilnehmerInnen ordneten sich von sich aus einer der beiden Settings zu. Hier erscheint eine weitere Entwicklung im Sinne einer generalistischen Ausrichtung sinnvoll. Die Wirkung des hauswirtschaftlichen Anteils des Curriculums kann von den Praxisanleitungen nur schwer eingeschätzt werden, da unklar ist, welche Fähigkeiten der einzelnen TeilnehmerInnen schon vor Beginn der Ausbildung vorhanden waren und welche in der Theorie vermittelt wurden. Die Länge der praktischen Einsätze, welche im Vergleich zur Fachkraftausbildung deutlich länger angesetzt waren, wurde im Sinne des Lernprozesses der TeilnehmerInnen als sehr sinnvoll eingeschätzt. Dennoch erscheint den Praxisanleitungen aus dem Krankenhausbereich der Einsatz in mehr als einer Fachabteilung notwendig.

Als Schwierigkeit, die im Projektcharakter des Schulversuchs begründet lagen, wurde die fehlende Transparenz hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Ausbildung beschrieben. Hierunter sind v.a. curriculare Inhalte und konkrete praktische Ausbildungsinhalte zu verstehen.

Die darüber hinaus gehende Hauptkritik richtete sich gegen die Unterschiede in der Finanzierung und damit in der Ausbildungs-/Umschulungs-Vergütung, was sich auch in der Praxis bemerkbar machte, indem dieses Problem ein häufiges Gesprächsthema mit den TeilnehmerInnen bildete.

In Frage gestellt wurde die Sinnhaftigkeit der Verbindung der GKPH (GA)-Ausbildung mit der Erlangung des mittleren Bildungsabschlusses. Diese Option könne sich auf die Motivation der TeilnehmerInnen negativ auswirken, wenn das persönliche Ziel primär im Erreichen des

allgemeinbildenden Abschlusses liege und weniger in der Aufnahme einer Tätigkeit in der Pflege.

Eine große Unsicherheit der Praxisanleitungen entstand durch das Fehlen jeglicher Standards bezogen auf die Anleitung in und die Übertragung von bestimmten praktischen Tätigkeiten im allgemeinen und speziellen Pflegebereich. Verstärkt wurde die Unsicherheit durch die teilweise schwer einzuschätzende persönliche Eignung der TeilnehmerInnen hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung. Für die Zusammenarbeit wurden als Risiken die unzureichende Grenzziehung zur Fachkraft und ein damit verbundenes schleichendes Ausdehnen von Aufgabenfeldern in den Fachkraftbereich gesehen. Als wünschenswerte Voraussetzungen für den Einsatz von GKPH's (GA) wurden eindeutige Stellenbeschreibungen und die festgelegte Gehaltseingruppierung angesehen. Grundsätzlich wird ein neuer Qualifikationsmix unter Beteiligung von GKPH's (GA) positiv bewertet. Vorteile wurden darin gesehen, dass in einfacheren Pflegesituationen die volle Übertragung durchaus möglich ist und dass die GKPH's (GA) sich mehr Zeit für die PatientInnen bzw. BewohnerInnen nehmen können. Vorsicht ist aus Sicht der Praxisanleitungen allerdings dennoch geboten, da eine zu strenge Arbeitsteilung dazu führen könne, dass Fachkräfte künftig vorwiegend PatientInnen- bzw. BewohnerInnen-ferne Aufgaben übernehmen. Darüber hinaus äußerten die Praxisanleitungen, dass die Delegation von Aufgaben an Nicht-Fachkräfte verbunden mit der erforderlichen Aufsicht ungewohnt sei und für einige Fachkräfte eine Überwindung darstelle.

5.4 Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen

In der Gruppe der Pflegedienstleitungen wurde einleitend festgestellt, dass sehr große Unterschiede zwischen den einzelnen TeilnehmerInnen zu beobachten waren, sowohl in Bezug auf das Alter, als auch mit Blick auf die Vorbildung und die entwickelte Berufsreife. Die formulierten Erfahrungen seien damit stark von der Begegnung mit Einzelpersonen geprägt und hätten eher qualitativ die Spannbreite möglicher Erfahrungen mit diesem neuen Ausbildungszweig verdeutlicht. Eine Überprüfung und Absicherung der Ergebnisse des Schulversuchs sei deshalb unbedingt erforderlich. Bei mehreren Personen aus der Lerngruppe wurde ein erhöhter Betreuungsbedarf gesehen, der neben der eigentlichen Anleitung auch die persönliche Begleitung in Problemsituationen und „Erziehungsaufgaben“ im Bereich von personalen Schlüsselqualifikationen in der Arbeitshaltung (Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit ...), insbesondere bei den jüngeren TeilnehmerInnen, umfasste. Hierzu wurde aber auch festgehalten, dass diese Anforderung z.T. ebenfalls in der dreijährigen Ausbildung besteht.

Der Kontakt mit den betreuenden Lehrkräften der beiden Pflegeschulen wurde als regelmäßig, kontinuierlich und gut beschrieben. Der Umfang lag, insbesondere im Bereich der BKS, deutlich über dem der dreijährigen Ausbildung. Diese Betreuungsintensität wird für diese Ausbildung aber als unbedingt erforderlich eingeschätzt, weshalb die Ausbildung auch aus diesem Blickwinkel eher als personalintensiv zu sehen sei.

Aus der Leitungsperspektive war die Struktur des Ausbildungsmodells im Verlauf der Modellversuchsphase nicht erkennbar, auch weil das endgültige Curriculum erst im Prozess entstehen sollte. Vorbehaltlich dieser Kenntnislücke wurde die Relation zwischen der theoretischen und der praktischen Ausbildung im Modellversuch insgesamt jedoch als angemessen

wahrgenommen. Eine Kürzung des Volumens der theoretischen Ausbildung wurde keinesfalls als sinnvoll angesehen. Aufgrund des iterativen Entwicklungsprozesses der curricularen Konzeption blieben auch die Aufgabenbereiche der Auszubildenden in den einzelnen Ausbildungsabschnitten bzw. zum Ende der Ausbildung teilweise unklar. Daher sollten zukünftig in einem Praxiscurriculum ergänzend zum Theoriecurriculum die Zielformulierungen und Ausbildungsschwerpunkte für die jeweiligen Einsätze verdeutlicht und somit die praktische Ausbildung auf die Vermittlung der Theorie abgestimmt werden.

Der generalistische Ansatz der Ausbildung und das damit verbundene Kennenlernen der drei Arbeitssettings (stationäre Altenhilfe, Klinik, häusliche Pflege) wurde von den DiskutantInnen übereinstimmend als sinnvoll eingestuft, da sich die Lernprozesse aus diesen Bereichen gut ergänzen. Insbesondere wurde aus Sicht der Kliniken begrüßt, dass die Auszubildenden in der stationären Altenhilfe die Möglichkeit zum längerfristigen Beziehungsaufbau mit den zu pflegenden Menschen erfahren haben. Auch konnte deutlich die Entwicklung von Kompetenzen im Umgang mit älteren, desorientierten oder dementen PatientInnen beobachtet werden. Die Entwicklung von grundlegenden Kompetenzen im hauswirtschaftlichen Bereich wurde ebenfalls begrüßt, eine entsprechende Befähigung der Auszubildenden konnte im Rahmen der Praxiseinsätze wahrgenommen werden. Zwei lange Einsätze in den beiden stationären Arbeitsfeldern wurden als angemessen beurteilt. Ein weiterer Wechsel der Bereiche wurde demgegenüber nicht als notwendig und auch nicht als zielführend erachtet. Es sei wichtig, dass die Auszubildenden sich z.B. im Arbeitsfeld der Klinik orientieren können und nicht, dass sie fachbereichsspezifische Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben. Diese müssen bei einer Einstellung der TeilnehmerInnen im Rahmen der Einarbeitung abteilungsspezifisch vermittelt werden. Die Organisation des Ausbildungsablaufs in Blockform knüpft an die von den Diskussions-TeilnehmerInnen der Leitungsgruppe in der eigenen Ausbildung erfahrene Struktur an und wird positiv beurteilt. Durch die regelmäßigen Seminartage während der Praxisblöcke wird der Kontakt zwischen den Auszubildenden und der Schule gehalten.

Für die zu übertragenden Aufgabenbereiche wurden die gegenwärtigen Unterschiede zwischen den Arbeitsfeldern der Altenpflege und der Krankenpflege deutlich. In der Altenpflege ist die Berufsgruppe der Helfer durch die 50%ige Fachkraftquote bereits etabliert. Hier wurde die Problematik beschrieben, dass in dieser MitarbeiterInnengruppe schon aktuell sehr unterschiedliche Qualifizierungen und Kompetenzen vorliegen (6-Wochen-Kurse, 6-Monats-Kurse, 1-jährige Ausbildung in der Altenpflegehilfe), was aus Sicht der Führungskräfte erhebliche Anforderungen an die Bildung von Teams und die Dienstplangestaltung mit sich bringt. Für die Kliniken wurde angeführt, dass bislang der Trend bestanden habe, den Anteil der nicht examinierten Pflegenden abzubauen und auf eine möglichst hohe Qualifizierung der Pflegenden zu setzen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des sich abzeichnenden Fachkräftemangels werde aber die Notwendigkeit in der Personalentwicklung gesehen, das Feld langfristig auch für andere Bildungsschichten zu öffnen und Arbeitsstrukturen zu etablieren, die die Integration von Pflegehilfskräften ermöglichen. Hierzu wird für die Arbeitgeber in einem sozialen Arbeitsfeld auch ein gesellschaftlicher Auftrag gesehen, den die Einrichtungen mittragen müssten.

Die beruflichen Anforderungen der Altenpflege, die durch eine größere Kontinuität in der Beziehung zu den zu pflegenden Personen geprägt sind, schienen für die Teilnehmenden leichter überschaubar zu sein. Hier konnten besser Handlungsrountinen entwickelt und umgesetzt werden. Demgegenüber sei der Arbeitsrhythmus im Krankenhaus eher von schnellen Wech-

seln und vielfältigeren Anforderungen geprägt, der den Lernenden die Orientierung erschwert habe. Vor diesem Hintergrund konnte zum Ende der Ausbildung eine höhere Affinität der TeilnehmerInnen für die Altenpflege beobachtet werden. Die generalistische Ausrichtung der Ausbildung biete hier eine Entscheidungshilfe für die Berufswahl, die in dieser Lerngruppe auch dazu beigetragen habe, neue InteressentInnen für das Arbeitsfeld der Altenpflege zu gewinnen.

Die möglichen zu übertragenden Aufgaben waren teilnehmerabhängig sehr unterschiedlich. In Einzelfällen mündeten Selbstüberschätzung und eigenmächtiges Handeln in nicht übertragenen Aufgabenbereichen in Momente gefährlicher Pflege. Die DiskutantInnen nannten deshalb insbesondere „Verlässlichkeit“ als eine zentrale Schlüsselkompetenz für die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe. Dabei stellte aus Sicht der Leitungskräfte die Einbindung der TeilnehmerInnen in die Teams kein Problem dar, wobei seitens der VertreterInnen der Krankenhäuser die Unsicherheit bezüglich einer neu zu entwickelnden Aufgabenteilung als ein die Integration erschwerender Faktor benannt wurde.

Auf die Frage der Perspektive für eine mögliche Einstellung der AbsolventInnen der Ausbildung wurde von der Vertreterin der stationären Altenhilfe bei den zweijährig ausgebildeten GKPH (GA) ein deutlich höheres Kompetenzspektrum gegenüber den einjährig ausgebildeten Altenpflegehelferinnen oder geringer qualifizierten Hilfskräften konstatiert. Hier wäre aus ihrer Sicht langfristig im Interesse der Versorgungsqualität die Etablierung dieser Ausbildungsform für den Anteil der 50% nicht examinieren Kräfte sinnvoll. Die erweiterte Ausbildung im Bereich der medizinisch-pflegerischen Verrichtungen in stabilen Pflegesituationen (sc-Injektionen, einfache Verbandswechsel, etc.) wird dabei ausdrücklich begrüßt.

Die VertreterInnen der Klinik sahen die Problematik, dass mit der langfristig aufgrund des demografischen Wandels wahrscheinlich erforderlichen Öffnung für PflegehelferInnen neue Strukturen der Arbeitsorganisation gesucht werden müssen, die eine sinnvolle Einbindung der so qualifizierten GKPH (GA) ermöglichen. Vor dem Hintergrund der gegenwärtig noch sehr verbreiteten Differenzierung der Aufgabenbereiche in Grund- und Behandlungspflege wird eine Rückwärtsbewegung der Pflege und ein erneutes Abgleiten in die Funktionspflege befürchtet, was dazu führen kann, dass die examinieren Pflegekräfte selbst immer weniger in den pflegerischen Beziehungsaufbau eingebunden wären. Bei einer Differenzierung entlang der Komplexitätsstufen der Fallsituationen (regelmäßige bzw. standardisierte Versorgung in stabilen Pflegesituationen vs. Versorgung in instabilen Pflegesituationen) in Verbindung mit einem eher beziehungsorientierten Pflegesystem (Bereichs-/Gruppenpflege bzw. primäre Pflege), wie das mit dem Modellversuch intendiert ist, wird wiederum die Gefahr gesehen, dass die Anforderungen für die examinieren Kräfte so erheblich steigen, u.a. weil weniger anspruchsvolle und damit entlastende Aufgaben delegiert werden müssten. Auch sind die examinieren Pflegekräfte bislang nicht auf die Delegation von Aufgaben und die Supervision der Durchführung vorbereitet.

Eine Reduzierung der examinieren Kräfte zugunsten der vermehrten Einstellung von PflegehelferInnen konnte und wollte sich von den anwesenden VertreterInnen der Klinik gegenwärtig niemand vorstellen. Als zusätzliche Unterstützung im gegenwärtig personell sehr eng ausgestalteten Pflegebereich der Kliniken werden die zweijährig ausgebildeten GKPH (GA) jedoch ausdrücklich begrüßt, auch um z.B. eine engere Begleitung von demen-ten/desorientierten älteren Menschen während des Klinikaufenthaltes zu ermöglichen. Auch

könnten sie die Aufgaben der in einem Haus etablierten Servicekräfte übernehmen, da die hier aktuell gefundene Lösung (Vergabe der Aufgaben an eine Fremdfirma) nicht die erhoffte Entlastung und Verbesserung der Pflegequalität gebracht hat.

Da der gegenwärtige Tarifvertrag nur die Stufen PflegehelferInnen und examinierte Fachkraft unterscheidet, sehen die anwesenden DiskutantInnen momentan keine Möglichkeit für eine gegenüber der Gruppe der PflegehelferInnen höhere Eingruppierung. Langfristig, bei Etablierung der Ausbildung, müsste in künftigen Tarifverhandlungen das Tarifgefüge entsprechend angepasst bzw. ausdifferenziert werden.

5.5 Träger der praktischen Ausbildung

Krankenhäuser

Im Pflegebereich besteht ein aktuell hoher und in Zukunft noch zunehmender Bedarf an qualifizierten Pflegekräften.

War bisher im Krankenhaus eine Fachkraftquote von 100% die Regel, zeigt sich auch hier in den letzten Jahren ein Wandel. Der Pflegefachkraftmangel erreicht auch die Kliniken je nach Region in unterschiedlicher Ausprägung. Es wird aktiv über neue Teamkonstellationen bzw. Qualifikationsmixe in einer Schicht/im Krankenhaus nachgedacht und es werden teilweise entsprechende Planungen vorgenommen. Hier besteht für die AbsolventInnen eine wachsende Chance, ein Betätigungsfeld zu finden. Sie kennen das Tätigkeitsfeld und die Krankenhausstruktur aus ihrer Ausbildung und können eine gute Assistenz für die Pflegefachkraft darstellen.

Im Rahmen des Evaluationsworkshops im Mai 2014 zeigten sich die Leitungen und Pflegedirektionen der beteiligten Krankenhäuser (Rotes Kreuz Krankenhaus, DIAKO, St. Joseph-Stift) grundsätzlich offen und positiv einer möglichen Beschäftigung von AbsolventInnen. So wurde die Kenntnis der verschiedenen Settings der Pflege im Rahmen der Ausbildung als sinnvoll eingestuft und die Fähigkeit zum Beziehungsaufbau als ausgeprägt wahrgenommen – hier zeigen sich Erfolge des generalistischen Ansatzes. Es wurde aber klar gesagt, dass die Öffnung für Hilfsberufe im Krankenhaus überwiegend aus der Not heraus geschieht, da der Bedarf an Pflegekräften prognostisch nicht mehr zu decken sein wird. Gerade vor diesem Szenario erscheint es aus Sicht der Leitungen im Krankenhausesektor sehr sinnvoll, die Durchlässigkeit zur Fachkraftausbildung zu gewährleisten, da auf diese Weise Menschen für die Pflege gewonnen werden können, denen ansonsten der Zugang zur Ausbildung verwehrt geblieben wäre.

Im direkten Anschluss an die Ausbildung hat nur eine Absolventin eine Anstellung im Krankenhausbereich erhalten – die jedoch kann sehr sinnvoll eingesetzt werden und wird sowohl vom Team als auch von der Leitung als sehr bereichernd für das Team erlebt. Für die regelhafte Beschäftigung von GKPH (GA)-AbsolventInnen nach der Ausbildung jedoch sind die Team- und Ablaufstrukturen zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Klärungsbedarf besteht darüber hinaus aus Sicht der Krankenhäuser u.a. hinsichtlich der konkret anzuleitenden bzw. übertragbaren Aufgaben. Hier scheint ein weiterer Schulversuch

geeignet, um Definitionen und Entscheidungshilfen erarbeiten zu können. Auch eine größere Transparenz in die curricularen Inhalte für die PraxisanleiterInnen vor Ort ist in diesem Zusammenhang hilfreich – diese wird in einem weiteren Ausbildungsgang dadurch gewährleistet, dass das vollständig entwickelte Curriculum für die Praxiseinrichtungen veröffentlicht werden kann.

Ebenso bisher ungeklärt ist die Eingruppierung der Absolventen in die Lohn- bzw. Tarifstruktur der Kliniken. Die Entlohnung der Absolventin mit Beschäftigung im Klinikbereich ist zwischen einer einjährig ausgebildeten Krankenpflegehilfe und einer Fachkraft angesiedelt und entspricht damit etwa dem Niveau einer medizinischen Fachangestellten. Eine derartige Eingruppierung wird aus Sicht der Klinikleitungen teilweise kritisch gesehen, da die Lohnkosten auf diese Weise hinter denen einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft nur unwesentlich zurückbleiben.

Als Ideal wird der Einsatz von GKPH's (GA) als zusätzliche Kräfte im Stationsalltag gesehen. Als hemmend werden von den Leitungen im Krankenhausbereich die finanziellen Mittel eingeschätzt, da diese für einen derartigen Einsatz von Hilfskräften nicht ausreichend seien. Im Rahmen des Workshops wurde außerdem über die Möglichkeiten der Übernahme von Aufgaben durch GKPH's (GA) diskutiert, welche in einigen Krankenhäusern in den letzten Jahren durch Servicekräfte übernommen wurden.

Altenpflegeeinrichtungen

Im Altenpflegebereich zeigte sich in den letzten Jahren ein im Vergleich zum Krankenhaus sehr viel stärker ausgeprägter Pflegefachkraftmangel. Dabei sind qualifikationsgemischte Teams hier schon immer tätig und notwendig. Dies ist auch der Rahmenbedingung geschuldet, dass die Refinanzierung in der Altenpflege deutlich geringer ist als im Krankenhaus. Die Fachkraftquote in der stationären Altenpflege beträgt 50%. Die Hälfte der Kräfte arbeitet damit auf sehr unterschiedlichem Helferniveau. Die Spanne reicht von Geringqualifizierten (angelernten Kräften) bis zu den ein- bis zweijährig ausgebildeten staatlich anerkannten AltenpflegehelferInnen. Die AbsolventInnen des GKPH (GA)-Projektes haben den Vorteil, dass sie bestimmte Tätigkeiten, für die sie in der Ausbildung qualifiziert werden, im Gegensatz zu anderen Pflegehilfskräften bedingt durch diese Ausbildung selbständig unterstützend und assistierend durchführen dürfen und somit eine sinnvolle Ergänzung zu den Pflegefachkräften darstellen. Gut qualifizierte GKPH's (GA) werden einen wichtigen Mitarbeiteranteil im Altenpflegebereich bilden. Neben den klassischen Erstauszubildenden im Alter zwischen 17-24 Jahren, entscheiden sich auch häufig Menschen im Alter von 40+ für einen Berufseinstieg in die Altenpflege. Diese Gruppe von Menschen wünscht sich oftmals einen „weicheren Berufseinstieg“ mit einem Verantwortungsrahmen, der definiert ist, aber auch nicht gleich die ganze Verantwortung, wie eine Fachkrafttätigkeit beinhaltet. Somit bietet die GKPH (GA) – Ausbildung für diese Menschen, den passenden Einstieg mit der Option einer Entwicklung der Verantwortung durch eine anschließende (verkürzte) Fachkraftausbildung. Aus Sicht der Leitungen in der Altenpflege hat sich im Rahmen des Evaluationsworkshops im Mai 2014 herauskristallisiert, dass die weitestgehende Deckung der 50 Prozent Nicht-Fachkräfte durch GKPH's (GA) als Ideal angesehen wird. Dies unterstützt die Betriebe in ihrem Bestreben, die Qualität zu sichern und zu entwickeln.

Die Durchlässigkeit zur Fachkraftausbildung wird von den Leitungen der Altenpflege ähnlich positiv bewertet wie von den Krankenhausleitungen.

5.6 Bildungsträger

Die Organisation der beiden betroffenen Ausbildungsbereiche Gesundheits- und Krankenpflege einerseits und Altenpflege andererseits ist grundsätzlich unterschiedlich. Insbesondere sind hier die Form der Finanzierung, die Zuständigkeit der jeweiligen senatorischen Behörden und das Rechtsverhältnis zwischen Schule und TeilnehmerInnen zu nennen.

Findet die Finanzierung der Ausbildung in der Altenpflege teils über Bildungsgutscheine und teils über Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe statt, so wird die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege vollständig von den Krankenversicherungen getragen. Die Altenpflegeausbildung untersteht der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen. Der Senator für Gesundheit hingegen ist zuständig für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Aufgrund der Fördermöglichkeiten über den Europäischen Sozialfonds war der Senator für Wirtschaft, Arbeit und Häfen ebenfalls beteiligt.

Durch die Integration des mittleren Bildungsabschlusses kam als zusätzliche übergeordnete Stelle die Senatorin für Bildung und Wissenschaft hinzu. Hier waren einige Abstimmungen notwendig, da anfangs Schwierigkeiten und Unklarheiten bestanden. Im Verlauf des Schulversuchs konnten diese jedoch behoben werden, so dass für eine Anschlussmaßnahme dieser Teil der Ausbildung gut zu organisieren sein wird.

Die arbeitsrechtliche Anbindung der Auszubildenden erfolgte in der Gesundheits- und Krankenpflege an die Krankenhäuser – wobei im Fall der Bremer Krankenpflegeschule e.V. eine weitere Besonderheit, nämlich die Anstellung bei der Schule hinzukam. Die Auszubildenden in der Altenpflege waren bei dem Träger der praktischen Ausbildung angestellt.

Diese und einige weitere organisatorische und strukturelle Unterschiede der beiden Bildungsträger führten zu einer Vielzahl an Abstimmungsbedarfen, welche im Vorfeld der Ausbildung nur zum Teil überblickt werden konnten. Durch regelmäßigen Austausch zwischen den Projektbeteiligten, insbesondere den Schulleitungen, gelang es im Verlauf des Projektes jedoch immer besser, Abstimmungen und strukturelle Anpassungen vorzunehmen. Dennoch führten die o.g. Unterschiede zu Erschwernissen und zu einem im Vergleich zu den regulären Ausbildungsgängen deutlich höheren organisatorischen Aufwand.

Das Eintauchen und Einlassen auf die Ausbildungswelt des jeweils anderen Sektors, das Einbringen eigener Erfahrungen, aber auch deren Hinterfragen und Überdenken waren sehr wichtige Erkenntnisse und Schritte, auch in Hinblick auf die perspektivische Zusammenlegung der Pflegeberufe zu einem Berufsbild. Durch dieses Projekt konnten somit sehr wichtige Impulse und Grundlagen für eine gemeinsame generalistische Ausbildung entwickelt und gesetzt werden. Ein erneuter Durchlauf des Projektes könnte nachhaltige Strukturen entwickeln, die für Bremen Modellcharakter haben könnten. Andere Schulen müssten in der Zusammenarbeit nicht wieder von vorne beginnen.

Die Umsetzung der meisten Unterrichte und aller Praxisbegleitungen, die gemeinsam mit dem IPP durchgeführte Entwicklung des Curriculums und weite Teile der Organisation der Ausbildung lagen in der Hand der beiden Klassenleitungen der BKS und der Wisoak. Diese Organisationsform ist auch für einen Anschlussversuch und die Verstetigung der Ausbildung sinnvoll, wobei der Stellenanteil aufgrund der weitgehend abgeschlossenen Curriculum-Entwicklung etwas niedriger anzusetzen sein würde. Aufgrund von personeller Veränderungen im Projektverlauf haben einige Wechsel in der Klassenleitung stattgefunden, was insbesondere für die Teilnehmergruppe kontraproduktiv war – hier ist für Anschlussmaßnahmen mehr Kontinuität anzustreben. Besonders für die Begleitung der TeilnehmerInnen in den praktischen Einsätzen hat sich die Aufteilung der beiden Klassenleitungen auf die Einsatzgebiete Krankenhaus/Pflegeeinrichtungen sehr bewährt.

Hinsichtlich der Honorarprofessoren für den allgemeinbildenden Teil der Ausbildung (Deutsch, Mathematik, Englisch) konnte auf verlässliche Dozenten zurückgegriffen werden, die schon mehrere Jahre im Schuldienst und als Honorarprofessoren für die Wisoak tätig waren. Aus verschiedenen Gründen wird diese Lösung künftig nur noch teilweise umsetzbar sein, so dass neues Lehrpersonal auf Honorarbasis (allgemeinbildende LehrerInnen sind weder in der BKS, noch in der Wisoak angestellt) gefunden werden muss. Eine Schwierigkeit für die Akquise wird das vor dem Hintergrund der Refinanzierbarkeit recht niedrig anzusetzende Honorar werden.

6. Fazit und Ausblick

Hintergrund des Schulversuchs sind die steigenden Anforderungen an die Versorgung der PatientInnen im Krankenhaus wie in der stationären und ambulanten Altenhilfe.

Die Verlagerung von der stationären Akutversorgung hin zur überwiegend ambulanten Langzeitversorgung, die zunehmende Anzahl pflegebedürftiger und multimorbider Menschen führt zu einer quantitativen Zunahme und qualitativen Veränderung des Pflegebedarfs.

Die Ausweitung der Kapazitäten und die Ausdifferenzierung pflegerischer Dienstleistungsangebote inklusive einer größeren Handlungsautonomie der Pflegenden werden zunehmend erforderlich. Weil außerdem die bisherige Arztzentrierung der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik ineffektiv ist, wird eine Neuverteilung von Zuständigkeiten und Veränderungen in den Berufsbildern im Gesundheitswesen und damit eine Reform der Ausbildungen in der Kranken- und Altenpflege von allen Beteiligten als unumgänglich angesehen. Im Fokus dieser Reform steht eine gestufte Qualifikation innerhalb der Gruppe der Pflegenden.

Im Handlungsfeld Pflege werden zukünftig MitarbeiterInnen mit unterschiedlichen Kompetenzniveaus zusammen arbeiten und sich die anfallenden Aufgaben aufteilen. GKPH (GA) haben hier zukünftig ihr Aufgabenfeld in der Pflege und Versorgung von alten, kranken und/oder aus anderen Gründen pflegebedürftigen Menschen. Ihr Tätigkeitsfeld ist in stabilen Pflegesituationen bzw. bei einfachen Aufgaben Maßnahmen selbständig durchzuführen (Durchführungsverantwortung), die von einer Pflegefachkraft geplant, überwacht und gesteuert wird (Steuerungsverantwortung).

Das Arbeitsfeld kann dementsprechend in stationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder dem häuslichen Umfeld der zu Pflegenden angesiedelt sein. Die GKPH (GA) stellen dabei eine wichtige Unterstützung der Gesundheits- und Krankenpflege- bzw. Altenpflegekräfte dar.

Alle am Bremer Schulversuch beteiligten Akteure wie die Krankenhäuser, Altenpflegeeinrichtungen, Bildungsträger sowie die Ressorts Soziales und Gesundheit sind sich heute weitgehend einig, dass die zweijährige Ausbildung zum GKPH (GA) in das Regelangebot der Ausbildungen der Pflege übernommen werden sollte.

Bezogen auf die Einsatzfähigkeit gab es zwar unterschiedliche Einschätzungen im Fazit, jedoch sehen sowohl der Altenpflege- als auch der Krankenhausbereich den Bedarf am Einsatz von Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen mit generalistischer Ausrichtung.

Zusammenfassend werden folgende Vorteile in der Einführung einer Gesundheits- und Krankenpflegehelferausbildung gesehen:

- Mit der generalistisch ausgerichteten Gesundheits- und Krankenpflegehilfe wird eine qualifizierte Helferausbildung zur Unterstützung der Pflegefachkräfte in allen Pflege-settings als Zukunftsschritt realisiert.
- Eine generalistische Ausrichtung der Helferausbildung führt zur Erlangung umfassender pflegerischer Kompetenzen für die Bereiche der Altenhilfe sowie der Krankenpflege und erhöht somit die Einsatzmöglichkeiten.
- Das Bildungsangebot ermöglicht den Einstieg in eine Erstausbildung Pflege (mit Ausbildungsvergütung) für AbsolventInnen mit Hauptschulabschluss und für Migranten, deren ausländischer Schulabschluss aus formalen Gründen nicht anerkannt werden kann. Dies verbreitert den Zugang zum Pflegeberuf und kann dadurch dem Fachkräftemangel entgegen wirken.
- Eine zweijährige Ausbildung erhöht das Qualifikationsniveau der Helferberufe in der Pflege.
- Gesundheits- und Krankenpflegehilfe stellt eine wichtige Unterstützung der Tätigkeit der pflegerischen Fachkraft dar.
- Die Durchführung an den Fachschulen für Pflege, die auch für die Fachkraftausbildung verantwortlich sind, gewährleistet eine hohe Qualität der Ausbildung und einen einfachen Übergang in die dreijährige Fachkraftausbildung.

Da vor allem von den Bremer Krankenhäusern gewünscht wird, die Praxistauglichkeit für die Krankenhauspflege zu prüfen und insbesondere die Handlungsfelder in Abgrenzung gegenüber den Fachkräften deutlicher zu identifizieren wird empfohlen, den Schulversuch um weitere zwei Jahre zu verlängern. Im Gegensatz zur Altenpflege hat die Krankenpflege im Krankenhaus wenig Erfahrung mit Qualifikationsmischungen in den Arbeitsteams. Es wird ange-regt, im Rahmen einer Verlängerung des Schulversuchs Pilotstationen mit entsprechendem Qualifikationsmix zu implementieren und zu evaluieren.

7. Literatur

Anbuhl, M. (2012): „Generation abgehängt“ – Was verbirgt sich hinter den mehr als 2,2 Millionen jungen Menschen ohne Berufsabschluss? DGB-Expertise zur Bildungsbiographie und den prekären Perspektiven der Ausbildungslosen, DGB-Bundesvorstand Abteilung Bildungspolitik und Bildungsarbeit. Berlin. Online: <http://www.dgb.de/themen/++co++32d1b8f0-f2ae-11e1-8b3b-00188b4dc422> (31-05-2013).

ASMK (Arbeits- und Sozialministerkonferenz) (2012): Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege.

Becker, M.: Spöttl, G. (2008): Berufswissenschaftliche Forschung. Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis. Frankfurt/Main.

Becker, M.: Spöttl, G. (2006): Berufswissenschaftliche Forschung und deren empirische Relevanz für die Curriculum-Entwicklung. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Ausgabe 11. Online: <http://www.bwpat.de/ausgabe11/>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005) (Hrsg.): Berufliche Qualifizierung Jugendlicher mit besonderem Förderbedarf. Benachteiligtenförderung. Online: http://www.kompetenzen-foerdern.de/Handbuch_BNF_opt.pdf (Zugriff: 21.12.2012).

Darmann-Finck, I. (2010): Interaktion im Pflegeunterricht. Begründungslinien der Interaktionistischen Pflegedidaktik. Frankfurt/Main.

Darmann-Finck I./Muths, S. (2009): Curriculum-Entwicklung. Manuskript.

Darmann-Finck I (unter Mitarbeit von S.Muths) (2009): Interaktionistische Pflegedidaktik.

Deutscher Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (DQR) (2010): Expertenvotum zur zweiten Erarbeitungsphase des Deutschen Qualifikationsrahmens. Einführung, Berlin.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2010): Bericht zur Pflegeausbildung an Fachschulen und Berufsschulen in Bremen und Bremerhaven. Bremen. Online unter: <http://www.public-health.uni-bremen.de/pages/projekte/projektBeschreibung.php?SPRACHE=de&projektId=89&abtId=4> (30-09-2011)

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (2013): Zwischenbericht zum Schulversuch Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (generalistische Ausrichtung) in Bremen.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2009): Bericht- Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven.

Dubs, R. (2000): Lernfeldorientierung: Löst dieser neue curriculare Ansatz die alten Probleme der Lehrpläne und des Unterrichts an Wirtschaftsschulen? In: Lipsmeiser, A.; Pätzlold, G. (Hrsg.) (2000): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Stuttgart, 15-31.

Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Universitätsverlag Osnabrück .

Hartwig (2010): Berufsfachschule Pflegeassistenten- ein neuer Weg in Niedersachsen“, Vortrag, Landesschulbehörde Niedersachsen am 20.11.2010.

<http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.11468.de>, Zugriff am 08.01.2013.

HMBGVBL Nr. 17 (2007): Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Gesundheits- und Pflegeassistenten. Online: <http://www.hamburg.de/contentblob/128304/data/gpa-ausbildungs-und-pruefungsordnung-2007-04-17.pdf>.

Igl, G. (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsbild Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Gutachten im Auftrag des ADS, der BKK, des BA, der BALK und des DBfK. Hrsg.: Deutscher Berufsverband für Krankenpflegeberufe (DBfK), Eschborn.

ISB (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung); Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (HRSG.) (2010): Konzept zum Schulversuch „Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt in Bayern“. Online:

<http://www.isb.bayern.de/berufsfachschule/uebersicht/schulversuch/> (31-05-2013).

Institut der deutschen Wirtschaft (2011) Prof. Dr. Dominik H. Enste, Pflegewirtschaft 2011 - Wertschöpfung, Beschäftigung und fiskalische Effekte, S.10.

Klie, T. (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: Pflege & Krankenhausrecht, 1, H. 1, 13-17.

Knigge-Demal, B./ Hundenborn, G. (2011a): Modulhandbuch für die einjährige Altenpflegehilfesausbildung in Nordrhein-Westfalen. Online: http://www.ecvet-info.de/media/Mod_01_Modulhandbuch-Altenpflegehilfe.pdf (31-05-2013).

Knigge-Demal, B./ Hundenborn, G. (2011b): Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich „Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“. Online:

http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_06_Entwurf-Qualifikationsrahmen.pdf (02-05-2013).

Knigge-Demal, B. (2001): Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In: SIEGER, M. (Hrsg.): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Bern, 39-55.

Kultusministerkonferenz (KMK) (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Online:

http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_09_01-Handreich-Rlpl-Berufsschule.pdf (28-06-2013).

- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel, 11. Auflage.
- Mischo- Kelling, M./Schütz-Pazzini, P. (2007): Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen. Bern.
- Müller, E. (1998): Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft, 3, H. 2, 1-6.
- Muths, S.; Darmann-Finck, I.(2013): Aufgaben von PflegeassistentInnen im Rahmen abgestufter Qualifikationen. www.bwpat.de/ht2013 (10-06-2013).
- Muths, S. (2013): Lerninseln. In: ERTL-SCHMUCK, R./GREB, U. (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim und Basel, 152-185.
- NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM (2009): Rahmenrichtlinien für die berufsbezogenen Unterrichtsfächer in der Berufsfachschule – Pflegeassistenz. Online: http://www.nibis.de/nli1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/rrl_pflegeassistenz.pdf (31-05-2013).
- Oelke, U. (2011): In guten Händen – Pflegebasiswissen. Berlin.
- Rauner, F. (2002): Qualifikationsforschung und Curriculum. In: FISCHER, M.; RAUNER, F. (Hrsg.): Lernfeld: Arbeitsprozess. Baden-Baden, 317-339.
- Reuschenbach, B. (2008): Einfluss von Expertise auf Problemlösen und Planen im komplexen Handlungsfeld Pflege. Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2010): Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 2 - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige, 2010, S.28.
- Thieme Verlag (Hrsg.) (2011): Pflegeassistenz – Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe. Stuttgart, New York.

8. Anlagen

Muths, Sabine; Castaneda, Norma; Kropp, Sarah; Wegner, Jann; Darmann-Finck, Ingrid, Bremen, 2014: Curriculum für die Ausbildung in der generalistisch ausgerichteten Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (Pflegeassistenz)

Bremisches Gesetz über die generalistisch ausgerichtete Gesundheits- und Krankenpflegehilfe vom 3. September 2013, BremGBI. S. 485

Verordnung über die Ausbildung und Prüfung in der generalistisch ausgerichtete Gesundheits- und Krankenpflegehilfe vom 14. Februar 2014, BremGBI. S. 125