



Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen

Abteilung 3: Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap)



QUALITÄTSKRITERIEN FÜR BEST PRACTICE IN DER PFLEGEAUSBILDUNG

- SYNOPSE EVALUIERTER MODELLPROJEKTE -

ABSCHLIEßENDER PROJEKTBERICHT

ZEITRAUM: 01.10.2008 - 31.12.2009

Abt. Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap)

Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp)

Universität Bremen

Leitung: Prof. Dr. Stefan Görres

Evaluationsteam:

Dr. Martina Stöver

Svenja Schmitt (Dipl. Berufspäd. PflWi, Dipl. Pflegewirtin)

Jaqueline Bomball (Dipl. Soziologin)

Aylin Schwanke (Dipl. Oecotrophologin)

GEFÖRDERT VON DER Robert Bosch **Stiftung**

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
1.	Ausgangssituation: Reformbemühungen der Pflegeausbildung in Deutschland	5
2.	Zielsetzung der Studie	7
3.	Methodisches Vorgehen	7
3.1	Ist-Analyse	8
3.2	Generierung forschungsleitender Qualitätskriterien	9
3.3	Vergleichende Sekundäranalyse	10
3.4	Befragungen von Projektbeteiligten: Darstellung der Stichproben und Strukturdaten der Modelleinrichtungen	12
4.	Ergebnisdarstellung: Ist-Analyse	17
4.1	Zentrale Ergebnisse der Ist-Analyse	17
4.1.1.	Verteilung der Grundtypen	17
4.1.2	Ausbildungsdauer und Abschlüsse	18
4.1.3	Stand der Projekte	19
4.1.4	Zwischenfazit	19
5.	Zentrale Ergebnisse entlang der Qualitätskriterien (Q1-Q8)	20
5.1	Verankerung neuer curricularer Konstruktionsprinzipien beruflicher Bildung (Q1)	20
5.2	Umsetzung innovativer Formen des Lehrens und Lernens (Q2)	21
5.3	Nachhaltige Förderung der Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung (Q3)	22
5.4	Wandel des Pflegeverständnisses (Q4)	26
5.5	Dynamisierung des Theorie-Praxis-/Praxis-Theorie-Transfers (Q5)	28
5.6	Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt und Verbreitung (Q6)	30
5.7	Ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen (Q7)	34
5.8	Sicherstellung einer vollen vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit (Q8)	37
6.	Zusammenfassung der Ergebnisse	38
6.1	Zentrale Ergebnisse der Ist-Analyse bundesweiter Ausbildungsmodelle	38
6.2	Generierung forschungsleitender Qualitätskriterien zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen	40

6.3	Vergleichende Sekundäranalyse und schriftliche Befragungen: bewährte Bestandteile der Modelle und Herausforderungen	40
7.	Impulse für den Reformprozesse: ein Best Practice-Modell der Pflegeausbildung	44
8.	Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Pflegeausbildung auf der Grundlage empirischer Daten	49
	Literaturverzeichnis	54

Vorwort

Im Mittelpunkt der vorliegenden Synopse steht die seit Jahren andauernde Reformdiskussion in der Pflegeausbildung. Diese wurde zuletzt durch das Alten- bzw. Krankenpflegegesetz (2003 bzw. 2004) und die dort formulierten Modellklauseln erheblich beflügelt. Diese Modellklauseln sollten Bildungsstätten dazu veranlassen, im Rahmen innovativer Reformprojekte zukunftsweisende Modelle zu erarbeiten und ihre Tauglichkeit für den Regelbetrieb zu erproben. Die Modellprojekte, die vor diesem Hintergrund entstanden sind, weisen – dies sei vorweggenommen – eine hohe Heterogenität in ihren Ergebnissen auf und sind bisher nicht systematisch evaluiert worden. Dies erschwert den Transfer entsprechender Evaluationsergebnisse aus den Reformprojekten in eine systematische Politikgestaltung bezogen auf die zukünftige Pflegeausbildung. Daher liegt das Erkenntnisinteresse der Studie vor allem darin, entsprechende Qualitätskriterien im Sinne von Best Practice zu generieren, die Reformprojekte vor dem Hintergrund dieser Folie zu analysieren und aus den Ergebnissen entsprechende Empfehlungen für weitere Entwicklungen zu formulieren.

Die Studie ist durchaus als Impulsgeber für die Pflegewissenschaft und -praxis, aber mehr noch für ausbildungspolitische oder bildungspolitische Fragen zur Zukunft der Pflegeausbildung und im Hinblick auf Politikberatung zu verstehen.

Die Arbeit des beauftragten Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, wurde durch eine Expertengruppe begleitet: Unser Dank gilt Rainer Ammende, Akademie Städtisches Klinikum München; Gerd Dielmann, Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Berlin; Christine Hefer, Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, München; Mark Kamperhoff, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin; Susanne Mäder, Univation Institut für Evaluation, Köln; Hilde Mattheis, Deutscher Bundestag, Berlin; Dr. Klaus Müller, Transfernetzwerk innovative Pflegeausbildung TiP, Bielefeld; Gertrud Stöcker, Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe e. V., Berlin; Ursula Ungerer, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Stuttgart.

Der weitere Dank gilt den Absolvent/innen der Modellprojekte, den Vertreter/innen der Bildungseinrichtungen sowie den Arbeitgeber/innen der beteiligten Einrichtungen.

Schließlich danken wir Dr. Almut Satrapa-Schill und Jürgen Krauth, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, für die fachliche Beratung und Unterstützung des Projektes durch die Stiftung.

Bremen, Oktober 2009

Prof. Dr. Stefan Görres
Geschäftsführender Direktor

Dr. Martina Stöver
Wissenschaftliche Koordinatorin

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap)
Universität Bremen

1.

Ausgangssituation: Reformbemühungen der Pflegeausbildung in Deutschland

Berufliche Entwicklungen sind immer im Kontext gesamtgesellschaftlicher Ereignisse, Prozesse und Zusammenhänge zu sehen. Gesellschaftliche Veränderungen führen u. a. zur Schaffung neuer Berufe oder zu Profilveränderungen in bestehenden Berufen. Von diesen gesellschaftlichen Entwicklungen sind auch die Pflegeberufe betroffen. Die Handlungs- und Ausbildungsprofile der beruflichen Pflege haben sich im vergangenen Jahrhundert von minder qualifizierten Dienstleistungen, die von Angehörigen christlich geprägter Lebensgemeinschaften erbracht wurden, hin zu einem modernen personenbezogenen Dienstleistungsberuf entwickelt. Pflege als Dienstleistungsberuf ist wiederum abhängig von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und deren Veränderungen, die fachliche, moralische und ethische, aber auch wirtschaftliche Bedingungen vorgeben (Stöver 2009). Damit rückt das Kriterium der Effizienz bei der Ausübung des Berufes in den Vordergrund, weshalb sich die Qualität einer Pflegedienstleistung an Qualitätsstandards, bezogen auf die erbrachte Leistung selbst, die Inhalte der Pflegeausbildung und die Strukturen, in denen Pflegeausbildung stattfindet, nachweisbar niederschlagen muss (Robert Bosch Stiftung 2000). *„Die Optimierung der Zusammenarbeit der Versorgungsbereiche und (Berufs-)gruppen sowie der Verzahnung und Vernetzung von Gesundheitsleistungen (...) stellen dabei Ansatzpunkte dar“* (ebd.: 169-170), um auf die Nachfrage nach aktuellen und zukünftigen pflegerischen Dienstleistungen zu reagieren. Auch diese sind in die Pflegeausbildung einzubeziehen (Görres & Böckler 2004). Die Pflegeausbildung muss also, will sie den zahlreichen versorgungs- und bildungsrelevanten gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung tragen, einen "gewissen" Anpassungsprozess an diese Realitäten vollziehen. Diese Anpassungsprozesse können unterschiedlicher Art sein und sich etwa im curricularen, institutionellen und strukturellen Rahmen zeigen (Stöver 2009).

Als impulsgebend für eine Reformierung der Pflegeausbildung kann i. S. einer konzeptionellen Vorarbeit die Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung „Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ (2000) angesehen werden. Eine unabhängige Expertenkommission erarbeitete in der „Zukunftswerkstatt Pflegeausbildung“ Empfehlungen für eine Neugestaltung der Pflegeausbildung. In diesem Konzept wird die bestehende Differenzierung der pflegerischen Berufe nach Lebensphasen der Pflegeempfänger abgelöst von einer Pflegeausbildung, die durch Qualifikationsstufen gegliedert und am Pflegebedarf orientiert ist.

Erste Reformergebnisse wurden bereits mit der Novellierung der Pflegegesetze (Alten- und Krankenpflegegesetz 2003/2004) erzielt. Die Neuerungen betreffen z. B. die stärkere Integration der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung unter Beibehaltung der traditionell getrennten Berufsabschlüsse sowie die neuen Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ (Landenberger et al. 2005; Stöcker 2003, 2004).

Modellklauseln in den beiden Gesetzen haben zudem bundesweit zahlreiche Reformmodelle initiiert (Bundesgesetzblatt 2003, Teil 1 Nr. 36: 1444). Der Gegenstand dieser Modellvorhaben liegt in der Entwicklung und Erprobung zukunftsfähiger, integrierter, integrativer oder generalistischer Pflegeausbildungen, teilweise im Rahmen einer hochschulischen Erstausbildung, die z. T. sehr unterschiedlich akzentuierte strukturelle und inhaltliche Modellschwerpunkte aufweisen - etwa bezogen auf die Berufsabschlüsse, Dauer der Ausbildung oder die Möglichkeit von Lernortkooperationen. Eine Reihe dieser Modellprojekte werden wissenschaftlich begleitet und evaluiert (Stöver, Schmitt & Görres 2008). Gemeinsames Ziel der Modellvorhaben ist es, den klassischen Weg der Dreiteilung der Pflegeberufe zu verlassen und eine „gemeinsame“ Pflegeausbildung zu erproben, die eine neue Sicht auf die Potenziale der Pflege selbst, aber auch auf deren Einsatzfelder ermöglicht (Görres & Wicha 2005). Hierdurch wird ein anhaltender Innovationsschub in der Pflegeausbildung erwartet, mit dem auch die Rahmenbedingungen sowie strukturelle und inhaltliche Konzepte über die bisherigen gesetzlichen Reformen hinaus weiterentwickelt werden können. Zudem will der Gesetzgeber durch die Modellvorhaben Hinweise darauf erhalten, wie eine Neuordnung der beruflichen Pflege gestaltet werden kann und welche Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen, um die bisher unterschiedlich geregelten Ausbildungen auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen sowie gleiche Voraussetzungen zu schaffen. Aktuell sind bereits eine Vielzahl der integriert, integrativ bzw. generalistisch angelegten Reformmodelle abgeschlossen und fundierte Evaluationsergebnisse aus einigen Projekten liegen vor. Gleichwohl werden Themen wie „Generalisierung versus Spezialisierung“ oder „gestufte Ausbildungsmodelle“ nach wie vor kontrovers diskutiert (www.bosch-stiftung.de).

Um eine empirisch gesicherte nachhaltige Adjustierung der Pflegeausbildung zu erreichen, ist es jetzt an der Zeit und zwingend, die entscheidenden Erfahrungen und Ergebnisse der abgeschlossenen Reformmodelle übergreifend auszuwerten. Hierdurch wird eine Nachhaltigkeit der bereits erzielten Innovationen aus den bereits bundesweit durchgeführten Modellprojekten erzielt, indem Erfolgsfaktoren für eine zukunftsfähige Pflegeausbildung im Sinne von Best Practice aus den Modellen abgeleitet werden und aufgezeigt wird, welcher Handlungsbedarf sich nun nach der Reformphase daraus für einzelne Akteure ergibt, dies vor allem für den Gesetzgeber, der diese modellhafte Reformierung *„zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen (...)“* initiiert hat (Bundesgesetzblatt 2003, Teil 1 Nr. 36: 1444). Der Gesetzgeber selbst konnte eine systematische Evaluation für Einzelprojekte nicht vorschreiben.

2. Zielsetzung der Studie

Die Zielsetzung der Studie liegt zum einen in der systematischen Bündelung und Auswertung entscheidender Erfahrungen und Ergebnisse bereits abgeschlossener und evaluierter Reformmodelle. Dies bezieht sich im Wesentlichen auf ihre konzeptionelle Gestaltung und Umsetzung anhand von im Rahmen der Studie von einer Expertengruppe generierten Qualitätskriterien, um zukunftsfähige Ausbildungsstrukturen im Sinne von Best Practice herauszufiltern. Zum anderen zielt die breit angelegte Befragung von Schulen, Fachhochschulen bzw. Ausbildungsträgern, Absolventen/innen modellhafter Pflegeausbildungen bzw. -studiengänge und Arbeitgebern/innen darauf ab, neue Erkenntnisse zu den mittelfristigen Effekten der Vorhaben und dem künftigen Entwicklungsbedarf zu gewinnen. Die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen bilden die Erfolgsfaktoren für eine zukunftsfähige Pflegeausbildung.

Ein weiteres Ziel der Studie besteht in der Impulsgebung auf gesetzgeberischer Ebene: Auf der Basis wissenschaftlich fundierter Evaluationsergebnisse können erstmals Aussagen zu einem Best Practice Modell in der Pflegeausbildung gemacht und differenzierte Handlungsempfehlungen in Bezug auf die Übertragung des Modells in den Regelbetrieb gegeben werden. Dazu bedarf es einer weiterführenden politischen Diskussion, um eine Reform der ausbildungsregelnden Berufsgesetze zu forcieren.

3. Methodisches Vorgehen

Zur Erreichung der o. g. Ziele wurden folgende methodische Schritte durchgeführt (vgl. Abb. 1):

(a) Ist-Analyse bundesweiter Ausbildungsmodelle mit der Zielsetzung einer Bestandsaufnahme aller Modellvorhaben (Struktur- und Kontaktdaten) zur Vorbereitung einer Vollerhebung an bundesdeutschen Schulen und Ausbildungsträgern modellhafter Pflegeausbildungen bzw. erstqualifizierender -studiengänge (n=42).

b) Generierung forschungsleitender Qualitätskriterien zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen, die die Analyse-Grundlage der vergleichenden Sekundäranalyse bereits abgeschlossener Pflegeausbildungsmodelle bilden.

(c) Vergleichende empirische Sekundäranalyse zu Gemeinsamkeiten und Differenzen bzw. bewährten und nicht bewährten Modellelementen von 13 Modellprojekten¹ entlang der o. g. generierten Qualitätskriterien.

(d) Schriftliche Befragung von Projektbeteiligten

Ziel der Befragungen war es, über die Dokumentenanalyse der Evaluationsberichte hinaus, Aussagen zu den generierten Qualitätskriterien von unmittelbar beteiligten Personen zu erhalten. Des Weiteren wurden die Phase der Be-

¹ Fünf Hauptreformmodelle und das vom BMFSFJ in Auftrag gegebene und geförderte Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ mit seinen 8 Modellprojekten, die vom dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung) und WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) evaluiert wurden (vgl. Kap. 3.3).

rufseinmündung analysiert und anhand des Berufsverbleibs die beruflichen Perspektiven der Absolventen/innen ermittelt.
 Im Folgenden werden das methodische Vorgehen und im Anschluss in Kapitel 4 und 5 die Ergebnisse der zentralen Untersuchungen innerhalb der Studie vorgestellt (vgl. Abb. 1).

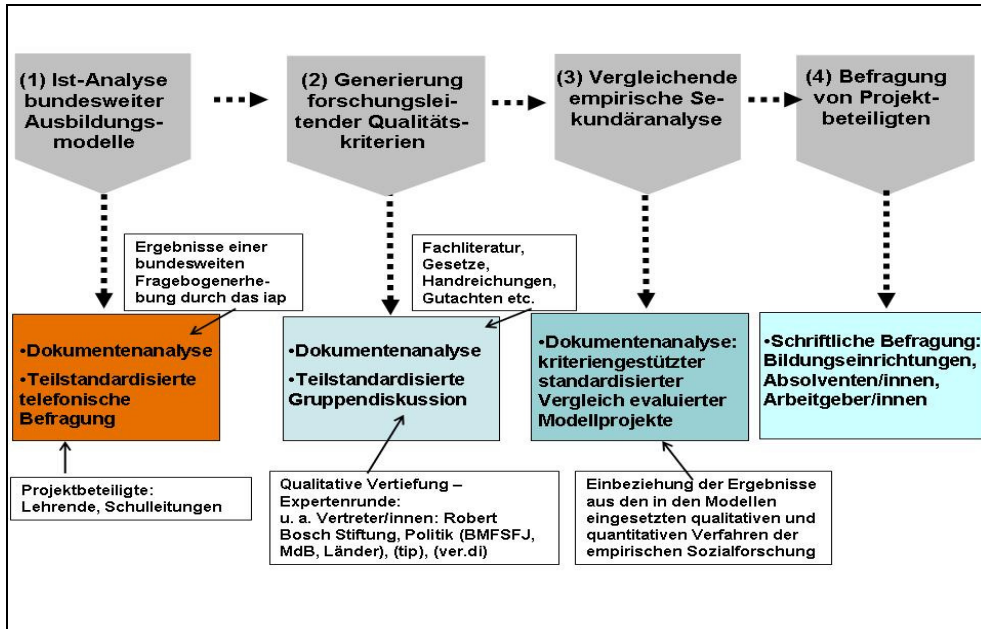


Abb. 1: Methodisches Vorgehen

3.1 Ist-Analyse

Die Datengrundlage für die Bestandsaufnahme bundesweiter Modellprojekte bildete eine von der Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap) (2005) durchgeführte halbstandardisierte Fragebogenerhebung innovativer Ausbildungsmodelle², die im Rahmen einer Studie (Stöver 2009) mittels Internetrecherche und telefonischer Befragung von Projektbeteiligten ergänzt und aktualisiert wurde. Forschungsleitend waren bei der Bestandsaufnahme die Fragestellungen:

- Welche modellhaften Pflegeausbildungen bzw. erstqualifizierenden Pflegestudiengänge gibt es in Deutschland?
- Lassen sich Grundtypen innovativer Pflegeausbildungsmodelle identifizieren?

Die Zielsetzung der Bestandsaufnahme aller bundesdeutschen Modellvorhaben im Rahmen der vorliegenden Studie bestand vor allem in der Aktualisierung der Kontaktdaten der Projektinitiatoren/innen mittels Telefon- und Emailkontaktierung zur Vorbereitung einer Vollerhebung (Online-Befragung) an bundesdeutschen Schulen und Ausbildungsträgern modellhafter Pflegeausbildungen bzw.

² Zu den Ergebnisse der Befragung s. Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (tip) - Synopse der Modellprojekte in Deutschland - (www.iap.uni-bremen.de/pdf/Synopse-tip.pdf; 01.07.2009).

erstqualifizierenden -studiengängen. Die Ergebnisse der Ist-Analyse (n=42) finden sich in Kapitel 4.1.

3.2 Generierung forschungsleitender Qualitätskriterien

Die methodische Vorgehensweise zur Generierung der Qualitätskriterien erfolgte in zwei Phasen:

- **Literaturrecherche (Dokumentenanalyse):** Zunächst wurden Kriterien mittels einer Literaturrecherche und basierend auf der Vorarbeit im Rahmen einer Studie (Stöver 2009) identifiziert. Hierbei lag der Schwerpunkt auf der Orientierung an Kriterien, die als zukunftsweisend für die Pflegeausbildung gelten und über die in der Literatur allgemeiner Konsens im Sinne von erstrebenswert besteht (Bielefeld & Noska 2006).
- **Teilstandardisierte Gruppendiskussion** zur externen Validierung der Qualitätskriterien: In der zweiten Phase wurden die mittels Literaturrecherche generierten Kriterien einer Expertenrunde³ u. a. mit Vertreter/innen Politik (BMFSFJ, MdB, Länder), des Transfernetzwerks innovative Pflegeausbildung (tip) und der Gewerkschaft (ver.di) zur Diskussion und kritischen Prüfung vorgelegt⁴. Die im Rahmen dieser Expertenrunde durchgeführte Gruppendiskussion (Lamnek 1998) wurde auf Tonband aufgezeichnet und die Diskussionsbeiträge zusätzlich protokolliert. Die Auswertung erfolgte mithilfe der qualitativen strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (1997).

Anhand der Ergebnisse aus der Gruppendiskussion konnten die vorab generierten und definierten Qualitätskriterien bestätigt, um weitere Einzelkriterien ergänzt und ein Fragen- und Kriterienkatalog für Best Practice in der Pflegeausbildung entwickelt werden. Durch nochmalige Rückkopplung der hinzugefügten Einzelkriterien mit der Expertenrunde wurde ein grundsätzlicher Konsens der Qualitäts- und Einzelkriterien erreicht. Schließlich konnten nachstehende acht Qualitätskriterien (Q1-Q8) und Einzelkriterien zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen generiert werden:

- (Q1): Verankerung neuer curricularer Konstruktionsprinzipien beruflicher Bildung
 - Einzelkriterien: z. B. Welche curricularen Prinzipien wurden berücksichtigt: Ansatz der Modularisierung und / oder Lernfeldansatz?
- (Q2): Umsetzung innovativer Formen des Lehrens und Lernens
 - Einzelkriterien: z. B. Wurden zukunftsorientierte didaktisch-methodische Prinzipien angewandt (Handlungsorientierung, Problemorientierung, Erfahrungs- und Subjektorientierung, Exemplarik)?
- (Q3): Nachhaltige Förderung der Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung
 - Einzelkriterien: z. B. Wurde ein erweitertes Kompetenzprofil erworben (planen, entwickeln, diagnostizieren, reflektieren, beraten, evaluieren, koordinieren, steuern ...)?

³ Die Auswahl der Mitglieder für die Expertenrunde erfolgte nach der spezifischen Expertise zum Thema Pflegeausbildung und wurde von der Robert Bosch Stiftung und dem iap gemeinsam durchgeführt.

⁴ Im Rahmen des Projektes wurde vom iap ein vorläufiger Kriterienkatalog für Best Practice in der Pflegeausbildung entwickelt. Die Hauptkriterien wurden zur Vorlage in der Expertengruppe verwendet.

- (Q4): Wandel des Pflegeverständnisses
 - Einzelkriterien: z. B. Wurden präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben berücksichtigt?
- (Q5): Dynamisierung des Theorie-Praxis bzw. Praxis-Theorie-Transfers
 - Einzelkriterien: z. B. Wurden im Modell Lernortkooperationen gebildet?
- (Q6): Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt und Verbreitung
 - Einzelkriterien: z. B. Wurde/n nach Ende des Modells Modellanteile oder das gesamte Modell übernommen?
- (Q7): Ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen
 - Einzelkriterien: z. B. Konnten Synergieeffekte genutzt werden?
- (Q8): Sicherstellung einer vollen vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit
 - Einzelkriterium: War der parallele Erwerb der Fachhochschulreife möglich?

3.3 Vergleichende Sekundäranalyse

Allgemein verfolgt eine Sekundäranalyse⁵ das Ziel, inhaltliche Befunde aus verschiedenen Studien zu kombinieren oder zu integrieren. Bereits vorhandene Daten werden mit neuen Methoden oder unter anderer Fragestellung ausgewertet.

Bei der Auswahl der Modelle in die Sekundäranalyse wurden folgende Einschlusskriterien zugrunde gelegt:

- externe Evaluation durch wissenschaftliche Institute
- die Modelle haben mindestens einen Modellkurs abgeschlossen und ein Projektabschlussbericht liegt vor
- die Modelle repräsentieren die Grundtypen innovativer Reformvorhaben in der Pflegeausbildung

Bei den im Rahmen der Sekundäranalyse eingebundenen Projekte handelt es sich ausschließlich um Modelle, die an Pflegeschulen (Schulen des Gesundheitswesens bzw. Berufsfachschulen „der besonderen Art“) durchgeführt wurden. Modelle auf Hochschulniveau konnten aufgrund der vorab formulierten Einschlusskriterien nicht berücksichtigt werden.

Nachstehende 13 (5+8) Modellprojekte erfüllten diese Einschlusskriterien und wurden in die Sekundäranalyse einbezogen:

- Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten, Albertinen-Schule (Hamburg), Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung (AuG), Laufzeit: 2003 - 2007
- Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung, Wannsee-Schule e. V. (Berlin), Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Laufzeit: 2004 - 2008

⁵ Der Begriff Sekundäranalyse wird oft synonym mit dem Begriff Meta-Evaluation verwendet. Eine Meta-Evaluation beschäftigt sich im Gegensatz zur Sekundäranalyse jedoch mit der „Evaluation von Evaluationen“, d. h. es erfolgt eine Bewertung der wissenschaftlichen Qualität von Evaluationsstudien (Widmer 2006, Bortz & Döring 2003).

- Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell, Bildungszentrum am Robert-Bosch-Krankenhaus (Stuttgart), Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Laufzeit: 2002 – 2006
- Generalistische Pflegeausbildung, Centrum für Pflegeberufe (CfP) im Klinikum Nürnberg (Nürnberg), Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) in Kooperation mit iap expert GmbH, Laufzeit: 2005 - 2009
- Integrierte Pflegeausbildung in Bremen. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Laufzeit: 2000 – 2004
- Das vom BMFSFJ in Auftrag gegebene und geförderte Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ mit seinen 8 Modellprojekten. Beteiligte Bundesländer: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e. V. (WIAD), Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), Laufzeit: 2004 - 2010

Die Auswertung erfolgte nach der qualitativen strukturierten Inhaltsanalyse⁶ unter deduktiver Kategorienanwendung nach Mayring (2000), d. h. die bereits definierten Qualitätskriterien und Einzelkriterien wurden den Textpassagen aus den Berichten bzw. den vorhandenen quantitativen Daten methodisch abgesichert zugeordnet und die Merkmalsausprägungen eingeschätzt (Bortz & Döring 2003, Stöver 2009).

Zur Einschätzung der Merkmalsausprägungen der Qualitätskriterien, die als Erfolgsfaktoren innovativer Pflegeausbildungen gesehen werden, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie in Anlehnung an Stöver (2009) ein Analyseraster entwickelt, welches es ermöglichte, die Reformmodelle hinsichtlich der Berücksichtigung der Qualitätskriterien bzw. der Einzelkriterien zu bewerten. Das Analyseraster enthielt jeweils das Hauptkriterium (Q1-Q8) und die dazugehörigen Operationalisierungen. Die Einstufung erfolgte in „ja, voll und ganz“, „ja, ansatzweise“, „nein“ oder „nicht einzuschätzen“.

Zum Vorgehen bei der Sekundäranalyse sind an dieser Stelle einige methodische Anmerkungen erforderlich, die sich zum einen auf das Verfahren bei der Beurteilung der Qualitätskriterien und zum anderen auf deren Interpretation beziehen:

- Das entwickelte Analyseraster bot die Möglichkeit, ein Einzelkriterium als „ja, voll und ganz“ oder „ja, ansatzweise“ erreicht zu bewerten. Diese Differenzierung erfolgte jeweils nach unterschiedlichen Kriterien bezogen auf den zu beurteilenden Aspekt. So wurde beispielsweise der Einbezug präventiver und gesundheitsfördernder Aufgaben, der ein Einzelkriterium unter Q4: Wandel des Pflegeverständnisses darstellte, nur dann als „voll und ganz“ berücksichtigt eingestuft, wenn eine diesbezügliche Schwerpunktsetzung innerhalb der Modellausbildung über eine Benennung innerhalb der Ausbildungsziele hinaus erkennbar war. Bei einigen Kriterien ließ sich bei der Mehrheit der Modellprojekte lediglich das Vorhandensein beispielsweise eines Begründungsrahmens dokumentieren, dessen Umfang oder gar Qualität blieben bei der Analyse indes unberücksichtigt.

⁶ Die strukturierende Inhaltsanalyse ist eine Form der qualitativen Inhaltsanalyse, die das Textmaterial unter bestimmten Kriterien analysiert, um spezifische Aspekte besonders herauszuheben (Mayring 1997).

- Darüber hinaus ergab sich mitunter die Schwierigkeit, dass die vorliegenden Evaluationsberichte keine ausreichenden Informationen zu einzelnen Kriterien boten. Diese Problematik führte zu der Entscheidung, in Einzelfällen die Daten der Fragebogenerhebung bei den beteiligten Bildungseinrichtungen oder die internen Projektabschlussberichte hinzuzuziehen, beispielsweise bei der Frage nach Synergieeffekten (vgl. Q7) oder der Vermittlung von Pflege als Selbstständigkeits- und Autonomieförderung (vgl. Q4). Hiermit sollte vermieden werden, dass fehlende Informationen innerhalb der Evaluationsberichte eine negative Bewertung des Modells zufolge haben. Dieses Vorgehen führte jedoch dazu, dass die Ergebnisse der Sekundäranalyse nicht ausschließlich auf objektiven Daten aus den Evaluationen beruhen, sondern anteilig auf den (subjektiven) Aussagen der Projektbeteiligten.
- Insgesamt sechs Einzelkriterien wurden schließlich aus der Analyse herausgenommen, da sich diese bei der Mehrheit der Modellprojekte anhand der vorliegenden Dokumente nicht einschätzen ließen⁷. Die Ergebnisse der Sekundäranalyse werden in Kapitel 5 und 6 entlang der Qualitätskriterien Q1 bis Q8 präsentiert.
- In Bezug auf die Auswahl der Modelle durch die vorab formulierten Einschlusskriterien ist die Aussagekraft der Ergebnisse der Sekundäranalyse insgesamt begrenzt. So konnten z. B. die Perspektiven der sieben Projekte auf (Fach)Hochschulebene zu den Qualitätskriterien nicht in die Analyse miteingebunden werden, da diese Modelle in der Regel zu der jüngsten Modellgeneration gehören und die Einschlusskriterien nicht erfüllten (vgl. Kap. 4.1.3).

3.4 Befragungen von Projektbeteiligten: Darstellung der Stichproben und Strukturdaten der Modelleinrichtungen

Insgesamt wurden drei schriftliche Befragungen im Rahmen der Studie u. a. zu Kompetenzvermittlung und -erwerb, Berufsverbleib und Perspektiven der Modellabsolventen, zukünftige Bedarfe der Einrichtungen, Ausbildungskosten usw. durchgeführt⁸:

- (1) Bundesweite Vollerhebung mittels Online-Fragebogen von Schulen, Fachhochschulen bzw. Ausbildungsträgern modellhafter Pflegeausbildungen bzw. erstqualifizierender Pflegestudiengänge (n=42)
- (2) Fragebogenerhebung von Absolventen/innen der modellhafter Pflegeausbildungen bzw. -studiengänge (n=83)

⁷ Im Einzelnen wurden die folgenden Kriterien herausgenommen: Wurde ein offenes oder halboffenes Curriculum verwandt? Eignen sich die Absolventen/innen für bestimmte Bereiche besser als für andere? Ist das Modell EU-kompatibel (Orientierung an Europäisierung)? Hatte das Modell Auswirkungen auf die Attraktivität des Pflegeberufs? Wurden Verwaltungsaufgaben zentralisiert? Erfolgte eine Vernetzung / Fusion von Einrichtungen (gemeinsame Nutzung von Ressourcen)?

⁸ Die mittels Fragebögen erhobenen quantitativen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 16.0 ausgewertet. Die Online-Befragung wurde anhand des Programms Global Park EFS Survey 6.0 durchgeführt. Die Analyse der offenen Fragen erfolgte nach einem inhaltsanalytischen Vorgehen durch Bildung von Auswertungskategorien mit entsprechenden Merkmalsausprägungen (Mayring 2000).

(3) Fragebogenerhebung von Arbeitgebern der modellhafter Pflegeausbildungen bzw. -studiengänge (Pflegedirektoren/innen / Pflegedienstleitungen, Einrichtungs-, Stations- und Wohnbereichsleitungen) (n=19)

(1) Befragung der Schulen, Fachhochschulen bzw. Ausbildungsträger modellhafter Pflegeausbildungen bzw. erstqualifizierender Pflegestudiengänge

Die Grundgesamtheit der Studie bestand aus 42 innovativen Modellvorhaben zur Pflegeausbildung, die zum größten Teil auf berufsfachlicher, teilweise auch auf (Fach)Hochschulischer Ebene (7 Studiengänge) verortet sind (vgl. Kap. 4). Die Projekte nutzen die in den Ausbildungsgesetzen enthaltenen Modellklauseln bzw. ihr Innovationspotenzial liegt in der Entwicklung lernfeldorientierter oder modularisierter Curricula, die neue Schwerpunkte pflegerischen Handelns, z. B. im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention, Anleitung und Beratung berücksichtigen sowie in der Zusammenführung der bislang getrennten Pflegeausbildungen. Im Rahmen der Studie fand eine Vollerhebung von Vertreter/innen der Pflegeschulen bzw. (Fach)Hochschulen modellhafter Pflegeausbildungen bzw. Pflegeerstqualifizierenden Studiengängen statt (Rücklauf 100%, n=42).

▪ **Verortung der Modelle**

Die Mehrzahl der Projekte werden/wurden an Pflegeschulen (83,3% = 35 Modelle) durchgeführt, die 7 weiteren Modelle (16,7%) sind bzw. waren an Hochschulen verortet.

▪ **Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studienplätze**

Die Hälfte der Bildungseinrichtungen (50% = 21 Einrichtungen⁹) verfügen über 101 bis 300 pflegerrelevante **Ausbildungs- bzw. Studienplätze**. Weitere neun Bildungsträger, davon vier Hochschulen (21,4%), haben eine Ausbildungs- und Studienkapazität von bis zu 100 Plätzen. Fünf der befragten Schulvertreter/innen (11,9%) bieten Ausbildungs- und Studienplätze für 301 bis 500 Auszubildende und Studierende an.

▪ **Beginn der Modellvorhaben**

Der Zeitpunkt des **Beginns der Modellvorhaben** lag bei der Mehrzahl der durchgeführten Projekte (58,9% = 23 Bildungseinrichtungen¹⁰) im Zeitraum zwischen 2004 und 2005, d. h. nach Aufnahme der Modellversuchsklauseln in die Berufsgesetze der Alten- und Krankenpflege (2003/2004). In den Jahren 2000 bis 2003 begannen bereits 9 Pflegeschulen (23%) mit der Durchführung ihres Projekts, also zeitlich gesehen vor Einführung der Modellklauseln, nach 2005 starteten noch insgesamt 5 Bildungseinrichtungen ihr Modellvorhaben.

▪ **Behördliche Genehmigung**

Die Mehrheit der befragten Projektinitiatoren/innen (57,1% = 24 Befragte) mussten sich die Abweichungen zur herkömmlichen Ausbildung von behördlicher Seite genehmigen lassen. Einer **Genehmigung** bedurften insbesondere

⁹ davon drei Hochschulen.

¹⁰ davon vier Hochschulen.

die veränderten Prüfungen, die Praxiseinsätze in „anderen“ Handlungsfeldern sowie veränderte Rahmenbedingungen, beispielsweise die Bezeichnung des Abschlusses, die Finanzierung oder die Dauer der Ausbildung.

▪ **Veränderungen in den Einrichtungen**

Von den meisten der befragten Bildungseinrichtungen (68,4% = 26 Einrichtungen¹¹) mussten **Veränderungen innerhalb der Einrichtungen** vor Modellbeginn vorgenommen werden. Diese bezogen sich insbesondere auf eine stärkere Kooperation (50% = 13 Einrichtungen) der Pflegeschulen untereinander bzw. zwischen den Hochschulen und Pflegeschulen. Darüber hinaus gaben jeweils 5 Einrichtungen (19,2%) Veränderungen bezüglich einer Aufstockung des Kollegiums sowie der formalen Anerkennung der Modellvorhaben an. Weitere Angaben thematisierten die notwendige Curriculumerneuerung bzw. -erweiterung und die Weiterbildung der Lehrkräfte und/oder Praxisanleiter/innen.

▪ **Kooperationen**

Die überwiegende Mehrheit der befragten Schulen bzw. Hochschulen (83,3% = 35 Einrichtungen) bildeten **Kooperationen** im Rahmen der Modellprojekte. Die Anzahl der Kooperationspartner/innen variierte dabei von 1-5 Einrichtungen (40,5% = 17 Einrichtungen) bis hin zu mehr als 15 Institutionen (26,2% = 11 Einrichtungen).

Die Vorteile der Kooperationsverbände wurden vor allem in der Möglichkeit eines Erfahrungsaustausches und einer verbesserten Kommunikationskultur mit anderen Bildungseinrichtungen (40,0% = 14 Einrichtungen) bzw. in den entstehenden Synergieeffekten und dem gemeinsamen Engagement (31,4% = 11 Einrichtungen) gesehen. Darüber hinaus gaben jeweils 5 Befragte (11,4%) an, dass sich die Kooperationen förderlich auf die Ausbildungsqualität und das Berufsimago bzw. auf die Akzeptanz neuer Ausbildungsmodelle auswirkten¹².

▪ **Lehrer/innenqualifikation**

Für die erfolgreiche Realisierung eines Modellvorhabens befürworteten die Mehrzahl der Befragten (64,3% = 27 Befragte) eine Qualifizierung der Lehrenden auf Fachhochschulniveau¹³. Für die Hälfte der Projektvertreter/innen (50% = 21 Befragte) erwies sich die Qualifizierung durch Weiterbildung als ebenso geeignet für die Umsetzung des Modellvorhabens. Weitere 50%¹⁴ hielten ein Universitätsstudium als Qualifikationsvoraussetzung der Lehrenden für erforderlich.

(2) Befragung von Absolventen/innen modellhafter Pflegeausbildungen bzw. -studiengängen

Über die Schul- bzw. Studiengangsbefragungen wurden die Postanschriften bzw. E-Mail-Adressen der Modellabsolventen/innen erfragt. Eine Vollerhebung aller Modellabsolventen/innen war nicht möglich, da nicht alle Schulen über Ad-

¹¹ davon 6 Hochschulen.

¹² Weitere förderliche Faktoren: Anstoß für neue Projekte (4 Einrichtungen = 11,4%), verbesserte Berufsperspektiven für Auszubildende (2 Einrichtungen = 5,7%); n=35.

¹³ Dieser Ansicht waren 23 Personen aus Pflegeschulen und 4 Personen aus dem Hochschulbereich, Mehrfachantworten waren möglich.

¹⁴ 15 Personen aus Pflegeschulen, 6 Personen aus dem Hochschulbereich.

ressdateien ihrer Absolventen/innen verfügten bzw. aus 15 laufenden Modellen noch keine Absolventen/innendaten vorlagen. Darüber hinaus waren die Daten der Absolventen/innen aus dem vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ nicht zugänglich, da eine vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) und vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung separate Anschlussuntersuchung durchgeführt wurde. Letztendlich entstand ein Zugang zu 201 Personen aus insgesamt 19 Modellen (Rücklauf 41%, n=83)

▪ **Geschlechter-, Altersgruppenverteilung und Herkunft**

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (84,3% = 70 Befragte) war weiblich. Männliche Absolventen/innen waren mit 8 Personen (9,6%) an der Befragung beteiligt. Keine Angaben zum **Geschlecht** machten 5 Personen (6,0%). Damit entsprach die Geschlechterverteilung in etwa den für die Pflegeberufe angegebenen Daten¹⁵. Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 27,9 Jahre. Die teilnehmenden Modellabsolventen/innen waren fast ausschließlich in Deutschland geboren (90,4% = 75 Befragte). 3 Befragte (3,6%) wiesen einen Migrationshintergrund auf. Keine Angaben zum **Geburtsland** machten 5 Personen (6,0%).

▪ **Bildungsabschluss**

Als **höchsten Bildungsabschluss** vor Beginn der Ausbildung bzw. des Studiums benannte fast die Hälfte der befragten Absolventen/innen (46,3% = 38 Befragte) das Abitur. 27 Personen (32,6%) verfügten über den Realschulabschluss, 6 Befragte (7,3%) über die Fachhochschulreife. Weitere 4 Personen (4,8%) besaßen bereits einen akademischen Abschluss. Lediglich 3 Absolventen/innen (3,7%) starteten mit einem Hauptschulabschluss in die Modellausbildung¹⁶.

▪ **Derzeitige Beschäftigung in der Pflege**

Die Mehrzahl der Modellabsolventen/innen (79,5% = 66 Befragte) war zum Zeitpunkt der Befragung **in der Pflege beschäftigt**. Von denjenigen, die zum Befragungszeitpunkt nicht in der Pflege tätig waren (18,1% = 15 Befragte), konnten sich insgesamt 14 Befragte vorstellen, zukünftig generell bzw. teils/teils im Bereich der Pflege tätig zu sein, wenn insbesondere die Rahmenbedingungen, z. B. flexiblere Arbeitszeiten, verbessert würden.

▪ **Versorgungsbereiche**

50% (34 Befragte) der Modellabsolventen/innen arbeiteten zum Erhebungszeitpunkt im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, 27,9% (19 Befragte) in der Altenpflege. Weitere 8 Personen (11,8%) waren in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege beschäftigt. 5 Modellabsolventen/innen (7,4%) übten ihre Tätigkeit nach eigenen Angaben in altersübergreifenden Versorgungsbereichen aus.

¹⁵ Die Angaben zum Anteil männlicher Pflegekräfte in den Bereichen der Alten- und Krankenpflege variieren zwischen etwa 9 und 20 Prozent, wobei sich einige Daten auf die Anzahl der Abschlüsse in der Krankenpflege beziehen (vgl. bbaktuell 2004) und andere auf die Anzahl der Altenpflegeauszubildenden im Lande Baden-Württemberg (Hammer & Bartjes 2005).

¹⁶ 5 Teilnehmer/innen (6,0%) gaben ihren Bildungsabschluss nicht an.

▪ **Arbeitsbereiche**

Die Arbeitsbereiche der Absolventen/innen waren überwiegend im Krankenhausbereich (57,4% = 39 Befragte) verortet. Im Alten- und Pflegeheim arbeiteten 11 Modellabsolventen/innen (16,2%) und in der ambulanten Pflege oder in Sozialstationen 10 Personen (14,7%). Ferner waren 5 Befragte (7,4%) in der Kinderklinik bzw. in der Geburtshilfe und 4 Personen (5,9%) in Rehabilitationseinrichtungen angestellt. Weitere Bereiche, z. B. betreute Wohngruppen, Beratungsstelle, Palliativstation, Pflegeschule, wurden von jeweils einer/m Modellabsolventen/in angegeben.

▪ **Position**

Die überwiegende Mehrheit der Absolventen/innen (95,6% = 65 Befragte) war derzeit in der Position einer examinierten Pflegekraft beschäftigt. Darüber hinaus arbeiteten 3 Befragte als Praxisanleiter/innen (4,4%) und 2 Personen (2,9%) in der Position Pflegedienstleitung/Pflegedirektion bzw. deren Stellvertretung. Von den 5 Hochschulabsolventen/innen arbeiteten 4 Personen als examinierte Pflegekraft und eine als Lehrkraft.

11 Teilnehmer/innen (13,3%) absolvierten zum Erhebungszeitpunkt eine ergänzende Fort- oder Weiterbildung und 14 Personen (16,9%) haben ein Studium aufgenommen.

(3) Befragung von Arbeitgeber/innen (Pflegedirektoren/innen / Pflegedienstleitungen, Einrichtungs-, Stations- und Wohnbereichsleitungen)

Der Zugang zu den Arbeitgeber/innen wurde über die Absolventen/innen der Modelle vorgenommen. In diesem Zusammenhang lässt sich eine deutliche Zurückhaltung der Modellabsolventen/innen bei der Übermittlung der Arbeitgeber/innendaten feststellen. Insgesamt konnte lediglich ein Zugang zu 25 Personen hergestellt werden (Rücklauf 76%, n=19). Diese eingeschränkte Datenlage führt dazu, dass auf Basis der Ergebnisse aus den Befragungen der Arbeitgeber/innen nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die jeweilige Ausbildungsform (z. B. Projekte an Hochschulen und Modelle mit generalistischer Ausrichtung) und deren Erfolg bzw. Eignung in der Pflegepraxis (insbesondere für den Bereich der Altenpflege) möglich sind.

▪ **Versorgungsbereiche und Position**

Die Auswertung der Strukturdaten zeigt, dass die befragten Arbeitgeber/innen mehrheitlich der Gesundheits- und Krankenpflege zu zuordnen waren (47,4% = 9 Befragte), gefolgt von der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (15,8% = 3 Befragte). In der Altenpflege¹⁷ und in altersübergreifenden bzw. sonstigen Bereichen waren jeweils eine Person beschäftigt (5,3%)¹⁸. Jeweils 6 Personen (31,6%) waren zum Zeitpunkt der Erhebung in der Funktion einer Pflegedienstleitung / Pflegedirektor/in bzw. als Stations- oder Wohnbereichsleitung tätig.

¹⁷ Die Aussagekraft der Ergebnisse ist aufgrund dieser Datengrundlage insbesondere für den Bereich der Altenpflege eingeschränkt zu betrachten (vgl. Kap. 3.4).

¹⁸ Keine Angabe: 4 Befragte (21,1%), n=19).

4. Ergebnisdarstellung: Ist-Analyse

Der erste Teil der Ergebnisdarstellung widmet sich zunächst den Resultaten aus der Ist-Analyse für die Bestandsaufnahme bundesweiter Modellprojekte (Kap. 4.1). Daran anschließend werden in Kapitel 5 die wesentlichen Ergebnisse zu den generierten Qualitätskriterien aufgezeigt.

4.1 Zentrale Ergebnisse der Ist-Analyse

Insgesamt konnten 42 Modelle in die Ist-Analyse einbezogen werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Ist-Analyse nach den strukturellen Untersuchungskriterien Grundtyp, Ausbildungsdauer, Anzahl der möglichen Abschlüsse sowie aktueller Stand der Projekte vorgestellt (Stöver 2009).

4.1.1 Verteilung der Grundtypen

Das Ergebnis der Systematisierung der Projekte zeigt, dass sich die meisten Modelle den drei Hauptreformtypen integrierte, integrative und generalistische Pflegeausbildung zuordnen lassen. Insgesamt entsprechen 32 Modelle (76,2%) den Kriterien dieser Ausrichtungen (vgl. Abb. 2).

Die **integrierte** Pflegeausbildung wird/wurde mit 15 Modellen (35,7%) am häufigsten erprobt bzw. hat, begünstigt durch das Krankenpflegegesetz (2004), welches eine Integration der Gesundheits- und Krankenpflege mit der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ermöglicht, bereits Eingang in die Regelausbildung gefunden.

Integrativ ausgerichtete Ausbildungen sind mit 10 Projekten (23,8%) in der bundesdeutschen Modelllandschaft vertreten. Sie gehören zu einer neueren Generation von Modellvorhaben, die von den Erfahrungen und den Ergebnissen vorausgegangener Projekte profitieren. Zudem können diese Modelle durch die Einführung der Modellklausel im Krankenpflegegesetz (2004) und Altenpflegegesetz (2003) über die bisherigen integrierten Projektdimensionen hinausgehen, was sich z. B. in einer Verlängerung der Ausbildungszeit auf 3,5 Jahre und dem Erwerb zweier gleichwertiger Berufsabschlüsse zeigt.

Eine **generalistische** Ausrichtung weisen 7 Modelle (16,7%) auf. Dieser Grundtypus gehört zu der jüngsten Modellgeneration und wird seit 2005 erprobt.

Insgesamt 7 Modelle (16,7%) sind im tertiären Bildungsbereich verortet¹⁹. Dabei handelt es sich bei 5 Projekten (11,9%) um **duale** berufsintegrierende Pflegestudiengänge, die an den Fachhochschulen Berlin, Hamburg, Neubrandenburg, Hannover und an der Universität Halle-Wittenberg durchgeführt werden. **2 Modellvorhaben** (4,8%) sind als **grundständige** primärqualifizierende Studien-

¹⁹ Die Typologisierung der erstqualifizierenden Studiengänge erfolgte ausschließlich in grundständige und duale Studiengänge, da der Schwerpunkt hier nicht in der modellhaften Zusammenführung der getrennten Pflegeausbildungen liegt, sondern in der Kombination eines akademischen Abschlusses mit einem Berufsabschluss (Kooperation zwischen traditionellen erstausbildenden Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegesschulen und der jeweiligen Fachhochschule) bzw. in der Möglichkeit der Erstausbildung im Hochschulbereich. Gleichwohl könnte es sich hier um integrierte, integrative oder generalistische Modelle handeln.

gänge ausgerichtet und an den Fachhochschulen Fulda und Freiburg angesiedelt.

Unter **Sonstiges** sind 3 Modelle (7,1%) zusammengefasst, die sich ausschließlich mit der Curriculumentwicklung bzw. Implementation curricularer Reformen auseinandersetzen²⁰ bzw. eine Bi-Diplomierung für deutsche und niederländische Auszubildende im Vordergrund steht²¹.

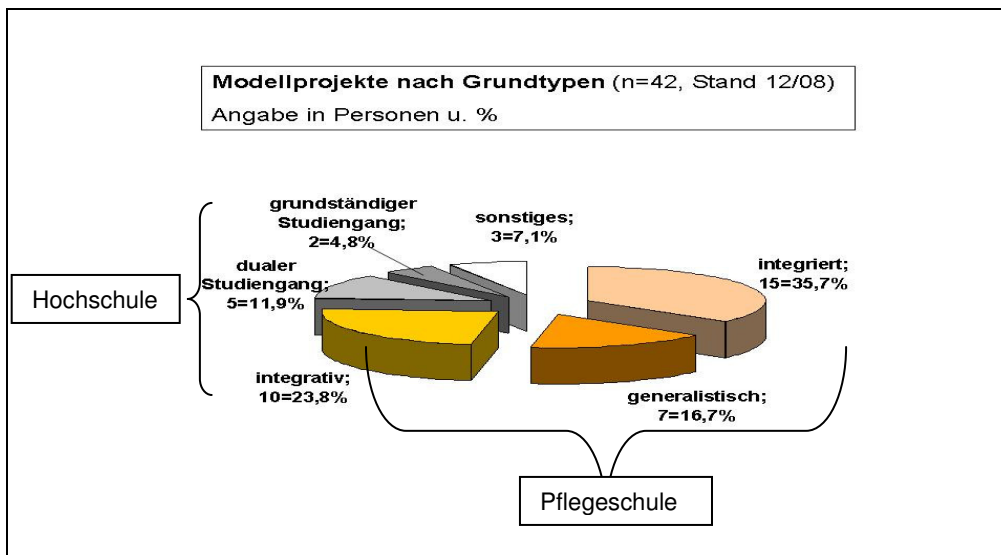


Abb. 3: Grundtypen

4.1.2 Ausbildungsdauer und Abschlüsse

Insgesamt betrachtet verbleiben etwas mehr als die Hälfte der Modelle (57,1%) in der **regelmäßigen Ausbildungszeit** von drei Jahren. Etwa ein Viertel (26,2%) verlängert die Ausbildungszeit auf dreieinhalb Jahre. Die Ausbildungsdauer im **tertiären Bildungssystem** unterscheidet sich nach der jeweiligen Ausrichtung: Duale berufsintegrierende Studiengänge benötigen in der Regel vier (3 Modelle = 7,1%) bis viereinhalb Jahre (2 Modelle = 4,8%). Einzige Ausnahme bildet hier der duale Studiengang in Hannover mit einer Ausbildungszeit von fünf Jahren, in denen zwei Berufsabschlüsse und ein Bachelor-Grad erworben werden. Die Ausbildungsdauer der zwei untersuchten grundständigen Studiengänge liegt bei drei Jahren.

Die **Anzahl der Abschlüsse**, hierzu zählen Erlangung der Fachhochschulreife, Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe und akademischer Abschluss (Bachelor), variiert bei den untersuch-

²⁰ Bremen „Entwicklung und Erprobung von curricularen Veränderungen auf der Basis des Lernfeldkonzeptes, ergänzt durch problemorientierte Lerneinheiten“, Bochum „Präcarepa Kooperation im Bildungsbe- reich - Generalistische Ausbildung in der Pflege mit anschließendem Fachhochschulstudium“

²¹ Ahaus „Grenzüberschreitende Pflege durch grenzüberschreitende Pflegeausbildung (GPA)“

ten Ausbildungsmodellen (Stöver 2009). Bei der Mehrzahl der Modelle (81,4%) wird der Erwerb eines (41,9%) bzw. zweier (39,5%) Abschlüsse ermöglicht. Hierbei handelt es sich in erster Linie um einen Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege bzw. der Kombination von zwei der o. g. Berufsabschlüssen²².

In 4 Modellen (9,5%) werden jeweils insgesamt **drei Abschlüsse** ermöglicht: Zwei Projekte vergeben je drei Berufsabschlüsse bzw. zwei Modelle kombinieren zwei Berufsabschlüsse mit der Fachhochschulreife.

Lediglich 2 Modelle (4,8%) ermöglichen **vier Abschlüsse**. Hierbei handelt es sich um ein Projekt in München, in dem drei Berufsabschlüsse und die Fachhochschulreife erlangt werden können sowie ein weiteres Modell in Offenburg, welches neben einem ersten Abschluss „Altenpflegehilfe“ zwei gleichwertige Berufsabschlüsse in Kombination von Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege vergibt. Zusätzlich wird der gleichzeitige Erwerb der Fachhochschulreife ermöglicht.

4.1.3 Stand der Projekte

Deutlich mehr als die Hälfte der analysierten Modellvorhaben (26 Projekte = 62,0%) sind bereits **abgeschlossen**. Hierbei handelt es sich mehrheitlich um integrierte Ausbildungsmodelle (16 Projekte). Darüber hinaus wurden 5 integrative und 2 generalistische Modellvorhaben sowie 3 Projekte, die der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet werden, beendet. Ferner gehen bei 16 Modellen (38,1%) die Projektlaufzeiten über den März 2009 hinaus, d. h. sie werden unter der Kategorie „**laufend**“ geführt. Hierzu zählen die insgesamt 7 erstqualifizierenden Studiengänge sowie 4 integrative und 4 generalistische Grundtypen.

4.1.5 Zwischenfazit

Insgesamt zeigt die Ist-Analyse bundesweiter Pflegeausbildungsmodelle eine große Variationsbreite bezüglich des Grundtyps, der Ausbildungsdauer und der Anzahl der zu erlangenden Abschlüsse. Es wurden bislang mehrheitlich integrierte Modelle erprobt, gefolgt von integrativen und generalistischen Ansätzen. Die Ausbildungsdauer lag in der Regel bei drei Jahren, in denen zumeist ein oder zwei Abschlüsse erworben werden konnten. In der Mehrzahl der Fälle waren die Modellprojekte zum Zeitpunkt der Ist-Analyse bereits abgeschlossen.

²² Einzige Ausnahme bilden die zwei grundständigen Studiengänge, die einen Bachelor-Abschluss ohne Berufszulassung vergeben.

5. Zentrale Ergebnisse entlang der Qualitätskriterien (Q1-Q8)

Im Folgenden werden jene Ergebnisse des Projekts vorgestellt, die entlang der Qualitätskriterien herausgearbeitet werden konnten. Die Darstellung erfolgt anhand der in der Expertenrunde generierten Qualitätskriterien (vgl. Kap. 3.2) und umfasst sowohl die Erkenntnisse aus der **vergleichenden Sekundäranalyse** (vgl. Kap. 3.3) als auch die Ergebnisse aus den **schriftlichen Befragungen** der drei Zielgruppen: 1. Schulen, Fachhochschulen bzw. Ausbildungsträger modellhafter Pflegeausbildungen bzw. erstqualifizierender Pflegestudiengänge, 2. Absolventen/innen modellhafter Pflegeausbildungen bzw. –studiengänge und 3. deren Arbeitgeber/innen (Pflegedirektoren/innen / Pflegedienstleitungen, Einrichtungs-, Stations- und Wohnbereichsleitungen) (vgl. Kap. 3.4).

5.1 Verankerung neuer curricularer Konstruktionsprinzipien beruflicher Bildung (Q1)

Der Leitgedanke der Verankerung neuer curricularer Konstruktionsprinzipien beruflicher Bildung liegt in einer immanenten Weiterqualifizierung und Anpassung der Pflegenden an gesellschaftliche und gesundheitspolitische Veränderungen (Stöver 2009). Bei der Curriculumgestaltung werden insbesondere folgende Konstruktionsprinzipien als zukunftsweisend erachtet²³:

- Berücksichtigung von Modularisierung bzw. Lernfeldansatz
- Vorhandensein eines Kreditpunktesystems
- Entwicklung eines theoretischen Begründungsrahmens
- Umsetzung einer praxisorientierten Curriculumentwicklung

Ergebnisse der vergleichenden Sekundäranalyse (13 Modelle)

Insgesamt betrachtet belegt die Datenanalyse, dass neue curriculare Konstruktionsprinzipien weitgehend Eingang in die Modellprojekte gefunden haben. Einzige Ausnahme bildete hier die Einführung eines **Kreditpunktesystems**, welches lediglich in einem Projekt (H:GPS²⁴) berücksichtigt wurde. Nahezu alle Modelleinrichtungen orientierten sich am Ansatz der **Modularisierung bzw. am Lernfeldansatz**. Dieses Ergebnis war allerdings vor dem Hintergrund der Gesetzesnovellierung, die seit 2004 für die Krankenpflege eine fächerübergreifende Themenbereiche und für die Altenpflege seit 2003 eine Lernfeldorientierung vorschreibt, zu erwarten.

²³ Für den Kriterienkatalog wurden folgende Dokumente zugrunde gelegt: Kriterien des iap zur Vorlage in der Expertenrunde; Beiträge aus der Expertenrunde vom 27.10.2008; Fragensammlung des DBR zur Evaluierung von Modellversuchen; Aspekte aus dem Evaluierungsraster „Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen“; Evaluationsfragen an Modellprojekte aus den TIP-Projekten.

²⁴ Hamburg: Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten.

Als besonders positiv gilt die Tatsache zu werten, dass alle 13 Modellversuche auf einem eigens entwickelten pflegetheoretischen **Begründungsrahmen** basierten. Einschränkend muss bei dieser Einschätzung jedoch darauf hingewiesen werden, dass anhand der Evaluationsberichte meist nur das Vorhandensein eines Begründungsrahmens beurteilt werden konnte, nicht dessen inhaltliche und pflegetheoretische Tiefe oder Qualität.

In 12 von 13 Projekten wurde darüber hinaus ein **praxisorientiertes Curriculum** umgesetzt. Abstufungen bei der Bewertung erfolgten hier bezogen auf den erkennbaren Grad der Integration von Pflegepraktikern/innen in die Curriculumarbeit. Das Kriterium galt als „*voll und ganz*“ erfüllt, sofern eine explizite Mitwirkung von Praktikern an der Curriculumentwicklung deutlich wurde²⁵. Die alleinige Erwähnung eines Praxiscurriculums (z. B. N:GP²⁶) führte zu der Einstufung „*ja, ansatzweise*“.

Ergebnisse der Befragungen (42 Modelle)

Die Auswertung der bundesweiten Vollerhebung von Vertreter/innen der Schulen, Fachhochschulen bzw. Ausbildungsträgern modellhafter Pflegeausbildungen bzw. erstqualifizierender Pflegestudiengänge bestätigt, dass die Schwerpunkte hinsichtlich der Berücksichtigung curricularer Konstruktionsprinzipien innerhalb der Modellprojekte insbesondere auf der Entwicklung eines **Begründungsrahmens** und der Umsetzung des **Lernfeldansatzes** lagen (jeweils 66,7% = 28 Einrichtungen).

20 Einrichtungen (47,6%) berücksichtigten bei der curricularen Gestaltung das Prinzip der **Modularisierung** und insbesondere die Hochschulen (6 von insgesamt 7) implementierten ein **Kreditpunktesystem** (7 Einrichtungen = 16,7%).

5.2 Umsetzung innovativer Formen des Lehrens und Lernens (Q2)

Die Umsetzung innovativer Formen des Lehrens und Lernens verfolgt vor allem das Ziel, eine Voraussetzung für lebenslanges Lernen zu schaffen, um eine kontinuierliche Anpassung zwischen veränderten Anforderungen und den dazugehörigen Qualifikationen zu erreichen (Stöver 2009). Zu diesem Qualitätskriterium zählt insbesondere das Einzelkriterium:

- Anwendung zukunftsorientierter didaktisch-methodischer Prinzipien (z. B. Handlungsorientierung, Problemorientierung, Erfahrungs- und Subjektorientierung, Exemplarik)

Ergebnisse der vergleichenden Sekundäranalyse (13 Modelle)

²⁵ z. B. „in Zusammenarbeit mit Praxisanleitenden entwickelt“, RP:W (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Rheinland-Pfalz: Weiterentwicklung der Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege).

²⁶ Nürnberg: Generalistische Pflegeausbildung am Klinikum Nürnberg.

Der Aspekt der Umsetzung innovativer Lehr- und Lernformen als ein Qualitätskriterium für Best Practice in der Pflegeausbildung wurde lediglich anhand eines Kriteriums - der **Anwendung zukunftsorientierter didaktisch-methodischer Prinzipien** – überprüft. In 11 der 13 Modellausbildungen wurde/n demnach eines oder mehrere der Prinzipien Handlungsorientierung, Problemorientierung, Erfahrungs- und Subjektorientierung oder Exemplarik als zentrale methodisch-didaktische Schwerpunkte praktiziert. In einem Abschlussbericht fanden sich hierzu keine Ausführungen (N:GP²⁷), bei einem weiteren Projekt (BW:IA²⁸) wurde insbesondere die Fallmethode angewandt, jedoch laut Evaluationsbericht keines der vorgegebenen didaktisch-methodischen Prinzipien umgesetzt (Bewertung „ja, ansatzweise“).

Ergebnisse der Befragungen (42 Modelle)

In 27 Einrichtungen (64,3%) kamen **zukunftsorientierte didaktisch-methodische Prinzipien** (z. B. POL, Subjektorientierung) zum Einsatz. Die meisten der befragten Vertreter/innen aus den Bildungseinrichtungen (n=27) gaben an, das Problemorientierte Lernen eingeführt zu haben (40,7% = 11 Einrichtungen). Für jeweils 5 Einrichtungen (18,5%) waren das Prinzip der Handlungsorientierung, die Subjektorientierung und selbstgesteuerte Lernprozesse methodisch-didaktisch leitend für die Arbeit in den Modellprojekten.

5.3 Nachhaltige Förderung der Persönlichkeits- u. Kompetenzentwicklung (Q3)

Verbunden mit einer nachhaltigen Förderung der Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung ist das Ziel einer adäquaten Vorbereitung zukünftig Pflegenden auf die gesellschaftlich notwendigen und politisch geforderten sowie komplexer werdenden Aufgaben und Handlungsfelder. Nachfolgende Einzelkriterien wurden hierbei zugrunde gelegt:

- Erwerb eines erweiterten Kompetenzprofils (planen, entwickeln, diagnostizieren, reflektieren, beraten, evaluieren, koordinieren, steuern ...)
- pflegetheoretische Fundierung der Kompetenzdimensionen
- Erwerb von höherer beruflicher Handlungskompetenz im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten

Ergebnisse der vergleichenden Sekundäranalyse (13 Modelle)

Anhand der Evaluationsberichte ließ sich einschätzen, inwieweit innerhalb der Modellprojekte die Förderung der Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung der Auszubildenden Berücksichtigung fand. Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass dies in den bewerteten Einzelkriterien zumeist „ansatzweise“ gelang. In zwei Modellprojekten konnte ein **erweitertes Kompetenzprofil** der Absolventen/innen anhand der Evaluationsergebnisse „voll und ganz“ belegt werden

²⁷ Nürnberg: Generalistische Pflegeausbildung am Klinikum Nürnberg.

²⁸BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Baden-Württemberg: Integrierte Ausbildung in der Pflege.

(S:IPA²⁹; B:GPA³⁰), d. h. hier wurden alle Aspekte des Einzelkriteriums (planen, entwickeln, diagnostizieren, reflektieren, beraten, evaluieren, koordinieren, steuern...) im Rahmen der Kompetenzförderung berücksichtigt. 9 Projekte erhielten die Einstufung „ja, ansatzweise“, da hier in der Regel zwar ein erweitertes Kompetenzprofil laut Ausbildungszielen angestrebt, dessen Zielerreichung aber nicht mithilfe von Daten überprüft wurde. In einem Ausbildungsgang (H:GPS³¹) konnte eine Kompetenzerweiterung nachgewiesen werden, jedoch nicht in den vorgegebenen Bereichen, sondern primär bezogen auf soziale und personale Kompetenzen. Auch hier erfolgte die Bewertung „ja, ansatzweise“.

Bei der Ausbildungskonzeption bemühten sich alle Projektinitiatoren/innen um eine pflegetheoretische Fundierung der ihrer jeweiligen Modellausbildung zugrunde liegenden Kompetenzdimensionen. Die Beteiligten orientierten sich hierbei mehrheitlich an der Konzeption der Kultusministerkonferenz oder beriefen sich auf die Kompetenzen im Krankenpflegegesetz. Dieses Vorgehen führte zu der Einstufung „ja, ansatzweise“, da sich die genannten Konzepte auf Schlüsselqualifikationen beziehen und keine ausdifferenzierte pflegetheoretische Fundierung aufweisen. Im Gegensatz dazu wurde das Kriterium in 3 Modellprojekten „voll und ganz“ erfüllt, indem zuweilen sogar ein eigenes Kompetenzmodell entwickelt wurde (vgl. S:IPA32).

Die Beurteilung einer **höheren beruflichen Handlungskompetenz** der Modellabsolventen/innen im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten ergab für alle 13 Modellprojekte die Einschätzung „ja, ansatzweise“. Dieses Ergebnis resultiert aus der Tatsache, dass die Modellauszubildenden neben besser ausgebildeten Kompetenzen gleichermaßen über Entwicklungspotenziale in ihrer beruflichen Handlungskompetenz verfügten. Während als besondere Stärken - von Modell zu Modell variierend - eine Vielzahl unterschiedlicher Kompetenzen belegt werden konnten, erwies sich projektübergreifend ein Entwicklungsbedarf im Erwerb von Handlungssicherheit, Handlungsroutine und spezialisierten Wissen.

Ergebnisse der Befragungen (42 Modelle)

Von den 42 befragten *Bildungseinrichtungen* legten 64,3% (= 27 Einrichtungen) den anzustrebenden pflegerischen Kompetenzdimensionen nach eigener Aussage eine **(pflege)theoretische Fundierung** zugrunde³³. Eine besondere Kompetenzförderung über die herkömmliche Pflegeausbildung hinaus bestand nach Angaben der Befragten insbesondere im Bereich der sozialen und kommunikativen Kompetenz (50,0% = 19 Befragte), der personalen Kompetenz (47,4% = 18 Befragte) und der Methodenkompetenz (36,8% = 14 Befragte).

²⁹ Stuttgart: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell.

³⁰ Berlin: Generalistische Pflegeausbildung: Das Berliner Modell.

³¹ Hamburg: Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten.

³² Stuttgart: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell.

³³ 10 Einrichtungen (23,8%) verzichteten auf eine theoretische Fundierung, keine Angabe: 5 Einrichtungen (11,9%); n=42.

Darüber hinaus betonten jeweils 10 Personen (26,3%) eine besondere Förderung von Lern- und Transferfähigkeiten sowie von Fachkompetenz³⁴.

Fast $\frac{3}{4}$ der befragten Projektverantwortlichen aus den *Bildungseinrichtungen* (71,1% = 27 Befragte) gaben an, dass ihre Absolventen/innen im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten über **stärker ausgebildete Kompetenzen** verfügen. Die Einschätzung der Absolventen/innen bezüglich ihres Kompetenzniveaus zeigte ein differentes Bild: Gut die Hälfte der *Modellabsolventen/innen* (51,8% = 43 Befragte) meinte, im Vergleich stärker ausgeprägte Kompetenzen zu besitzen, nahezu ebenso viele (45,8% = 38 Befragte) sahen jedoch auch Schwächen in ihrem Kompetenzprofil. Etwa ein Drittel der Absolventen/innen (28,9% = 24 Befragte) war der Auffassung, über ein vergleichbares Kompetenzniveau wie die herkömmlich Ausgebildeten zu verfügen (vgl. Abb. 22). Von den *Arbeitgeber/innen* attestierte etwa die Hälfte der Befragten (47,4% = 9 Befragte) den Modellabsolventen/innen stärker ausgebildete Kompetenzen. 6 Personen (31,6%) schätzen die Fähigkeiten im Vergleich zu regulär Ausgebildeten bisweilen als schwächer entwickelt ein und ein/e Befragte/r (5,3%) hielt die Kompetenzen für gleichermaßen ausgebildet.

- **Stärken der Modellabsolventen/innen im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten**

Unterschiede im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten wurden von den Vertreter/innen der *Bildungseinrichtungen* (n=27) insbesondere in den bereits oben aufgeführten besonders geförderten Bereichen der sozial-kommunikativen Kompetenzen (55,6% = 15 Befragte), der Methodenkompetenz (44,4% = 12 Befragte) und der personalen Kompetenz (40,7% = 11 Befragte) festgestellt. Fachlich stärker ausgeprägte Kompetenzen sahen 5 (18,5%) der befragten Institutionen. Die *Absolventen/innen* (n=43) bestätigten die Einschätzung der befragten Bildungseinrichtungen. Auch sie nahmen ihre Stärken insbesondere im sozial-kommunikativen Bereich wahr (37,3% = 16 Befragte). Darüber hinaus schrieben sie sich eine höhere Analyse- und Reflexionsfähigkeit (20,9% = 9 Befragte) sowie eine ausgeprägtere Flexibilität (18,6% = 8 Befragte) gegenüber herkömmlich Ausgebildeten zu. Ferner schätzten sie ihre Kompetenzen stärker ein in den Bereichen „kontextabhängige bzw. ganzheitliche Herangehensweise“ und „Eigenständigkeit/Eigeninitiative“ (jeweils 16,3% = 7 Befragte) sowie „fachübergreifendes Denken und Handeln“ (14,0% = 6 Befragte). Die *Arbeitgeber/innen* (n=9) sahen die Stärken der Modellabsolventen/innen vorwiegend in der hohen Motivation und Bereitschaft zum lebenslangen Lernen (55,5% = 5 Befragte), der ausgeprägten Problem- und Analysefähigkeit (44,4% = 4 Befragte) sowie der sozial-kommunikativen Kompetenzen (33,3% = 3 Befragte) (vgl. Abb. 22).

Einen erheblichen Einfluss auf die anschließende Beschäftigung schien die Modellausbildung trotz dem vermuteten höheren Kompetenzniveau jedoch nicht zu haben: Von den befragten *Arbeitgeber/innen* (n=19) hatten sich nur 6 Teilnehmer/innen (31,6%) bei der Einstellung bewusst für eine/n Modellabsolventen-

³⁴ Ferner wurde „allgemeine Handlungskompetenz“ gefördert (21,1%) sowie Gesundheitskompetenz bzw. -verhalten (10,5%); n=38 (4 Personen „trifft nicht zu“).

tin/en entschieden. Für 7 Personen (36,8%) war die Modellausbildung kein besonderes Einstellungskriterium. Als Gründe für die bewusste Auswahl der Modellabsolventen/innen wurden insbesondere das Vorhandensein breiter Basiskompetenzen, die hohe interaktive sowie analytische Kompetenz und die Schwerpunktsetzungen und deren Kombination (z. B. Kinder und alte Menschen) genannt.

- **Entwicklungspotenziale der Modellabsolventen/innen im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten**

Im Vergleich zu den herkömmlich Ausgebildeten stellten die Vertreter/innen der *Bildungseinrichtungen* nur sehr vereinzelt (10,5% = 4 Befragte) schwächer ausgebildete Kompetenzen bei den Modellabsolventen/innen fest. Der Entwicklungsbedarf bezog sich vor allem auf das spezialisierte Wissen und auf die Ausübung pflegerischer Fertigkeiten (Routinehandlungen). Auch die Aussagen der *Absolventen/innen* (n=38) bezüglich ihrer tendenziell schwächer ausgeprägten Kompetenzen betrafen vor allem die Bereiche spezielles Wissen (71,0% = 27 Befragte) sowie praktisch-technische Fähigkeiten im Sinne von Routine, Erfahrung und Sicherheit im pflegerischen Handeln (47,3% = 18 Befragte). Die *Arbeitgeber/innen* (n=6) sahen die Entwicklungspotenziale der Modellabsolventen/innen ebenfalls in der fehlenden praktisch-technischen Routine (83,3% = 5 Befragte) sowie im Bereich fachspezifischen Wissens (66,6% = 4 Befragte).

- **Einschätzung der beruflichen Handlungskompetenz der Modellabsolventen/innen zur Bewältigung der aktuellen Anforderungen**

Etwa die Hälfte der befragten *Arbeitgeber/innen* (47,4% = 9 befragte Einrichtungen) hielten die Absolventen/innen mit ihren beruflichen Handlungskompetenzen für geeignet, um den aktuellen Anforderungen des pflegeberuflichen Alltags gerecht zu werden³⁵. Insbesondere kamen die Absolventen/innen mit der zunehmenden Komplexität und der geforderten Flexibilität im Pflegealltag gut zurecht. Zudem berücksichtigten sie das Prinzip des lebenslangen Lernens durch ihr großes Bemühen, sich fortzubilden. 3 der befragten Arbeitgeber/innen (15,8%) beurteilten die berufliche Handlungskompetenz hingegen als nicht ausreichend, um auf die aktuellen pflegeberuflichen Anforderungen zu reagieren. Begründet wurde dies von einer Person mit der zu schwach ausgebildeten pflegediagnostischen Kompetenz und der fehlenden Vorbereitung auf die Übernahme ärztlicher Aufgaben, die scheinbar aktuell bereits im pflegeberuflichen Alltag gefordert wird. Darüber hinaus wurde von 2 Befragten die zu wenig ausgebildete praktisch-technische Routine bemängelt.

- **Einschätzung von zukünftig benötigten pflegerischen Kompetenzen**

Zukünftig benötigen die *Arbeitgeber/innen* nach eigener Einschätzung Pflegekräfte mit hoher Fachkompetenz (umfassend, analytisch-reflexiv, spezialisiert) (42,1% = 8 Befragte), Koordinierungs- und Vernetzungsfähigkeiten (7 Nennungen) sowie personalen und sozial-kommunikativen Kompetenzen (jeweils 36,8% = 7 Befragte), z. B. Flexibilität und Teamfähigkeit. Ferner sollten angehende Pflegerinnen situationsorientiert arbeiten, Kompetenzen im Bereich Fallver-

³⁵ keine Angabe: 7 Befragte (36,8%); n=19.

stehen und Fallmanagement besitzen sowie Engagement und Interesse mitbringen.

▪ **Einschätzung des Bedarfs an Spezialisten und Generalisten**

Anhand einer Skala von 1 (= überhaupt kein Bedarf) bis 10 (= sehr hoher Bedarf) schätzten die *Arbeitgeber/innen* ein, inwieweit in ihrer Einrichtung zukünftig generalistisch und spezialisiert ausgebildete Pflegekräfte gebraucht werden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass ein Bedarf an beiden Gruppen besteht, wenngleich aus Sicht der Befragten etwas häufiger Spezialisten benötigt werden.

5.4 Wandel des Pflegeverständnisses (Q4)

Zukünftig pflegerisches Handeln orientiert sich in wachsendem Maße an der Schnittstelle von Pflege und Public Health (Robert Bosch Stiftung 2000; Görres & Böckler 2004; Stöver 2009). Eine neu gestaltete Pflegeausbildung unterstützt den Paradigmenwechsel von der Krankheits-, Verrichtungs- und Defizitorientierung zur Gesundheits- und Personenorientierung, indem der Wandel des Pflegeverständnisses in der curricularen Konzeption festgeschrieben wird (vgl. Wittneben 1992; Kerngruppe Curriculum 2006). Dabei sind nachstehende Einzelkriterien zur Zielerreichung bedeutend:

- Einbeziehung präventiver und gesundheitsfördernder Aufgaben
- gezielte Ausweitung der Praxiseinsätze in Richtung Gesundheitsförderung und Beratung
- Vermittlung von Autonomie und Selbstständigkeitsförderung von Menschen mit Pflegebedarf und potenziellen Pflegempängern
- Entwicklung einer pflegetheoretischen Fundierung: Patientenorientierung, Konzepte wie Salutogenese, Empowerment, Disease Management ...
- Veränderung des Berufs- und Pflegeverständnisses

Ergebnisse der vergleichenden Sekundäranalyse (13 Modelle)

Um einen Wandel des Pflegeverständnisses weg von einer krankheits- und defizitorientierten Haltung hin zu einem gesundheits- und personenorientierten Verständnis zu erreichen, bedarf es einer umfassenden Berücksichtigung dieses Aspekts innerhalb der Ausbildungskonzeption. Ein Blick auf die bewerteten Modellprojekte zeigt, dass der intendierte Paradigmenwechsel zwar mehrheitlich angegangen, aber nicht in aller Konsequenz forciert wurde.

Bei 11 der 13 Projekte fanden **präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben** innerhalb der Ausbildung Berücksichtigung. Eine Abstufung bei der Bewertung erfolgte an dieser Stelle im Hinblick auf den Grad der Schwerpunktsetzung innerhalb der Konzeption: Ausbildungsmodelle, in denen Prävention und Gesundheitsförderung als Schwerpunkte deutlich wurden (z. B. in Form von speziellen Praxisprojekten³⁶) erhielten die Einschätzung „ja, voll und ganz“, demge-

³⁶ z. B. „Projekt: Gesundheitstag in einem integrativen Kindergarten“; NRW:W (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Nordrhein-Westfalen: Weiterentwicklung der Pflegeberufe –

genüber wurden Modellprojekte, die zwar gesundheitsförderliche und präventive Aspekte in den Ausbildungszielen benennen, aber diese darüber hinaus nicht als Priorität erkennen lassen, mit „ja, ansatzweise“ eingestuft.

In Hinblick auf eine diesbezügliche **Ausweitung der Praxiseinsätze** zeigte sich bei 8 Modellen eine umfangreiche Erweiterung. Hier wurde den Auszubildenden ein breites Angebot an Einsatzbereichen ermöglicht, welches zukünftige, innovative pflegerische Handlungsfelder umfasste (z. B. Beratungsstellen, Gesundheitsamt, Kindertagesstätten etc.). In 2 Projekten wurde eine Ausweitung der Praxiseinsätze zwar bejaht, diese bezog sich jedoch auf weniger innovative Arbeitsbereiche³⁷ und erhielt damit die Bewertung „ja, ansatzweise“.

Die **Vermittlung von Pflege als Selbstständigkeits- und Autonomieförderung** stand bei 3 Modellversuchen „voll und ganz“ im Fokus, in 6 Projekten wurde dieser Aspekt innerhalb der Ausbildungsziele berücksichtigt, aber nicht durch inhaltliche Schwerpunktsetzung oder Evaluationsergebnisse untermauert. In weiteren 3 Ausbildungsmodellen fand die Förderung der Selbstständigkeit und Autonomie der zu Pflegenden keine Erwähnung.

Bezüglich einer **pflegetheoretischen Fundierung**, die einen Wandel des Pflegeverständnisses hin zu einem gesundheits- und personenorientierten Verständnis unterstützen könnte, ergab die Sekundäranalyse ein ambivalentes Bild. In jeweils 4 Modellprojekten wurde dieses Kriterium „voll und ganz“³⁸ bzw. „ansatzweise“ erfüllt. Ausschlaggebend war hierbei die konkrete Benennung eines der vorgegebenen Konzepte bzw. ob sich dieses über die Anführung in den Ausbildungszielen hinaus als Schwerpunkt ausmachen ließ. In weiteren 4 Ausbildungsgängen blieb eine solche theoretische Basis gänzlich unerwähnt.

Ergebnisse der Befragungen (42 Modelle)

▪ Entwicklung eines veränderten Pflegeverständnisses

Die Entwicklung eines veränderten Pflegeverständnisses der Modellabsolventen/innen im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten nahmen insgesamt 26 (68,4%) *Vertreter/innen der Bildungseinrichtungen* wahr. Auch die Hälfte der *Absolventen/innen* (50,6% = 42 Befragte) äußerten, dass sie über ein anderes Pflegeverständnis verfügen als regulär Ausgebildete.

Die wesentlichen Unterschiede liegen nach Ansicht der Befragten der *Bildungseinrichtungen* vor allem in der Heranbildung eines umfassenderen, lebensphasenübergreifenden Pflegeverständnisses (53,8% = 14 Befragte) sowie einer stärkeren Orientierung am Individuum (42,3% = 11 Befragte).

Erprobung einer Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit generalistischem Ansatz).

³⁷ z. B. „Rehaklinik, Praxisklinik“; SA:W (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Sachsen-Anhalt: Weiterentwicklung der Pflegeberufe: Erprobung neuer Ausbildungsmodelle in der Alten- und Krankenpflege).

³⁸ z. B. „Ein besonderer Fokus (...) wird auf die Befähigung zum Case- und Caremanagement gelegt“; H:PL (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Hessen: Pflege in der Lebensspanne).

▪ **Gezielte Ausweitung der Praxiseinsätze**

Eine gezielte Ausweitung der Praxiseinsatzorte fand bei der Mehrheit der befragten Institutionen (65,8% = 25 Befragte) statt. Dabei wurden die Auszubildenden der Modelle über die herkömmlichen Praxiseinsatzorte hinaus vor allem in Einsatzfeldern mit Beratungsaufgaben (48,0% = 12 Befragte) eingesetzt. Ferner wurden praktische Einsatzorte im Bereich der Rehabilitation und in der Palliativpflege bzw. im Hospizbereich verstärkt angeboten (je 30,8% = 8 Befragte). Jeweils 6 Befragte (24,0%) gaben an, dass die Modellkursteilnehmer/innen in Einrichtungen für behinderte Menschen oder in Tageskliniken bzw. in der ambulanten Versorgung arbeiteten. Als weitere Bereiche bzw. Tätigkeitsfelder wurden u. a. Gesundheitsämter, Kindertageseinrichtungen, Auslandseinsätze (je 20,0% = 5 Befragte) sowie Arztpraxen und allgemein Prävention (je 16,0% = 4 Befragte) genannt .

Diejenigen *Absolventen/innen*, die in anderen Bereichen als in den herkömmlichen Praxiseinsatzorten tätig waren (68,7% = 57 Befragte), gaben zu 75,4% (= 43 Befragte) an³⁹, „andere“ Kompetenzen erworben zu haben, als herkömmlich Ausgebildete. Diese Kompetenzen, die in den über die traditionellen Praxiseinsatzorte hinausgehenden Bereichen erworben wurden, betrafen vor allem den sozial-kommunikativen Kompetenzbereich (19,3% = 11 Befragte), spezielle Fachkompetenzen (17,5% = 10 Befragte) sowie ein erweitertes „generalistisches“ Kompetenzniveau und Pflegeverständnis (15,8% = 9 Befragte).

5.5 Dynamisierung des Theorie-Praxis- / Praxis-Theorie-Transfers (Q5)

Eine zukunftsfähige Pflegeausbildung stellt erhöhte Ansprüche an eine Dynamisierung des Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfers verbunden mit dem Ziel, eine enge Verzahnung der Lernorte Schule und Pflegepraxis, gekoppelt mit der Förderung vernetzten Denkens und Handelns herzustellen (Robert Bosch Stiftung 2000; Pätzold 2004; Kerngruppe Curriculum 2006). So wird in den aktuellen berufspädagogischen Diskussionen eine Betonung des arbeitsplatzbezogenen Lernens postuliert, indem der Arbeitsort als Lernort definiert und entsprechend eingerichtet wird und Lernorte bzw. die Kombination von Lernorten ausgebaut werden. Ziel sind strukturell verankerte innovative Lernortkooperationen, die nicht nur die Verbindung zwischen der an der Ausbildung beteiligten Instanzen und Personen beschreiben, sondern darüber hinaus auch den Sinnzusammenhang zwischen den jeweils zu vermittelnden Ausbildungsinhalten (Stöver 2009). Folgende Einzelkriterien stehen im Rahmen einer engen Verzahnung von Theorie und Praxis im Mittelpunkt:

- Bildung von Lernortkooperationen
- lernunterstützende Ausgestaltung der Lernorte
- Gründung von Facharbeitskreisen unter Einbezug von Pflegepraktiker/innen / Pflegeexperten/innen
- Entwicklung von geeigneten Instrumenten des Theorie-Praxis-Transfers
gezielte Qualifizierung der Ausbilder/innen in der Praxis

³⁹ nein: 24,6% (14 Befragte); n=57.

Ergebnisse der vergleichenden Sekundäranalyse (13 Modelle)

Die Einzelkriterien zur Dynamisierung des Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfers fanden mehrheitlich eine ausreichende Berücksichtigung. So bildete der Aufbau von **Lernortkooperationen** in 11 der 13 Modellprojekte ein zentrales Element. 2 Ausbildungsgänge erhielten an dieser Stelle die Einstufung „ja, ansatzweise“, da die jeweiligen Evaluationsberichte keine konkreten Aussagen zum Umfang der Kooperationen boten.

Ein etwas anderes Bild zeigte sich bezogen auf eine **lernunterstützende Ausgestaltung der Lernorte**. Dieses Kriterium konnte bei der Mehrzahl der Modelle lediglich „ansatzweise“ erfüllt werden, bei 4 Ausbildungsgängen wurde es gar nicht berücksichtigt. Viele Projekte waren insbesondere um eine lernförderliche Umgebung am Lernort Pflegepraxis bemüht (z. B. durch die Einrichtung von Lern- bzw. Schulstationen), die jedoch aus Sicht der Evaluation mitunter als nicht ausreichend bzw. ausbaufähig beurteilt wurde⁴⁰.

Besonders positiv ist zu beurteilen, dass der **Einbezug von Pflegepraktikern/innen** in Form von Facharbeitskreisen oder auch Praxisanleiter/innentreffen als selbstverständliche Voraussetzung für einen gelingenden Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer erachtet wurde (12 Projekte erhielten die Einstufung „ja, voll und ganz“). Im Rahmen dieser Treffen fand in der Regel über den Informations- und Erfahrungsaustausch hinaus das Arbeiten an ausbildungsbezogenen Strukturen statt, für das die Praxisanleiter/innen in einem Fall sogar honoriert wurden (vgl. NS:MIKA⁴¹). Bei einem Projekt reichten die durchgeführten Treffen allerdings nicht aus, um Informationsdefiziten in der Praxis ausreichend vorzubeugen⁴² (Einstufung „ja, ansatzweise“).

In allen evaluierten Pflegeausbildungsgängen wurden für das Modell neue **Praxisinstrumente** entwickelt. Abstufungen bei der Bewertung erfolgten hier in Hinblick auf den Innovationsgrad der konzipierten Instrumente. So führte beispielsweise die Benennung von Praxisaufträgen, Beurteilungsbögen, Lernzielkatalogen oder Reflexionsgesprächen zu der Bewertung „ja, ansatzweise“, da diese auch in der herkömmlichen Pflegeausbildung üblicherweise eingesetzt werden. Darüber hinausgehende Konzepte mit innovativem Charakter erhielten die Einstufung „ja, voll und ganz“⁴³.

⁴⁰ z. B. „Darüber hinaus könnten Handlungsunsicherheiten der Auszubildenden durch eine Weiterentwicklung der Transferinstrumente (z. B. Einrichtung von Lernwerkstätten, Skills Labs) abgebaut werden“; S:IPA (Stuttgart: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell).

⁴¹ NS:MIKA (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Niedersachsen: MIKA – Modellprojekt Integrierte Gesundheits- und Kranken- /Altenpflegeausbildung).

⁴² „Infolgedessen verdeutlichten 66,7% der Praxisanleiter/innen (22 Befragte), sie fühlten sich über das Modellprojekt nicht ausreichend informiert“; B:GPA (Berlin: Generalistische Pflegeausbildung: Das Berliner Modell).

⁴³ z. B. „Die Verbindung von Theorie und Praxis wurde gefördert, indem die Schülerinnen und Schüler von Firmen und Krankenkassen konkrete Fragestellungen aus der Praxis des Gesundheitswesens / der Klientenversorgung erhielten, die (...) in einem Angebots-Auftrags-Verhältnis mit Herstellerfirmen aus dem Medizin- und Pflegebereich bearbeitet werden mussten“; BW:IA (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Baden-Württemberg: Integrierte Ausbildung in der Pflege)

z. B. „Hinzu kamen weiterführende Instrumente der Theorie und Praxis (...). Hierbei können eine heuristische Matrix zur Unterrichtsplanung und das modifizierte Kompetenzrad von North hervorgehoben werden“ NRW:W (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Nordrhein-Westfalen: Wei-

Insgesamt ergab die Analyse der Abschlussberichte, dass die Projektbeteiligten mehrheitlich darauf bedacht waren, die **Ausbilder/innen in der Pflegepraxis** systematisch für ihre Aufgaben im Rahmen des Modellvorhabens zu **qualifizieren**. Über Inhalte, Umfang und Qualität der jeweiligen Qualifikationsmaßnahmen können an dieser Stelle jedoch keine Aussagen getroffen werden. In einem Projekt wertete die Evaluation die Weiterbildung der Anleiter/innen als nicht ausreichend bezogen auf die generalistische Struktur des Modells (vgl. B:GPA⁴⁴), bei 2 Ausbildungsgängen fand keine gezielte Qualifikation statt.

Ergebnisse der Befragungen (42 Modelle)

Eine besondere Förderung des Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfers stand für die überwiegende Mehrheit der befragten *Bildungseinrichtungen* modellhafter Pflegeausbildungen bzw. -studiengänge (85,7% = 36 Befragte) bei der Durchführung der Modelle im Vordergrund.

In erster Linie lagen die Maßnahmen zur Unterstützung einer engen Theorie-Praxis-Verzahnung in der Qualifizierung der Ausbilder/innen (83,3% = 30 Befragte), z. B. im Rahmen von Fortbildungen und Seminaren. Darüber hinaus wurde mit dem Einsatz von Praxisinstrumenten⁴⁵ (69,4% = 25 Befragte) sowie durch die Einrichtung von Facharbeitskreisen mit Einbezug von Pflegepraktikern/innen bzw. -experten/innen (58,3% = 21 Befragte) versucht, den Theorie-Praxis-Transfer zu unterstützen. Weitere Maßnahmen zur Verzahnung der Lernorte bestanden in der Bildung von Lernortkooperationen (52,8% = 19 Befragte) sowie in einer lernunterstützenden Ausgestaltung der Lernorte⁴⁶ (47,2% = 17 Befragte).

5.6 Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt und Verbreitung (Q6)

Im Zusammenhang mit einer neu gestalteten Pflegeausbildung gilt es, eine hohe Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt durch eine adäquate Vorbereitung zukünftig Pflegender auf neue Aufgaben- und Handlungsfelder sowie eine Steigerung der Attraktivität des Berufsfelds Pflege zu erreichen (Robert Bosch Stiftung 2000; SVR 2007; Stöver 2009). Voraussetzung hierfür sind folgende Kriterien:

- Öffentlichkeitsarbeit / öffentlichkeitswirksame Aktionen
- akzeptanzfördernde Maßnahmen von Seiten der Schule (Einbindung und Beteiligung der Praxis, Praxisprojekte)
- Praxisakzeptanz der Modelle
- Übernahme / Transfer der Modelle bzw. Modellanteile in den Regelbetrieb
- Förderung internationaler Wahleinsätze
- Auswirkungen der Modelle auf die Attraktivität des Pflegeberufs

terentwicklung der Pflegeberufe – Erprobung einer Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit generalistischem Ansatz).

⁴⁴ Berlin: Generalistische Pflegeausbildung: Das Berliner Modell

⁴⁵ Beispielsweise wurden hier u. a. Praxisaufträge, -aufgaben, -anleitung, -begleitung, Reflexion, ergänzende Lernmaterialien für die Praxis genannt.

⁴⁶ genannte Beispiele: Lernwerkstätten und Lernprojekte in der Praxis, Skills-Lab und Demo-Räume

Ergebnisse der vergleichenden Sekundäranalyse (13 Modelle)

Zur Förderung der Akzeptanz ihrer Modellausbildung auf dem Arbeitsmarkt traten alle Projektverantwortlichen auf unterschiedlichem Wege an die **Öffentlichkeit**. Für die Beteiligten des vom BMFSFJ in Auftrag gegebene Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ mit seinen acht Projekten war eine fortdauernde Öffentlichkeitsarbeit durch projektübergreifende Aktionen des Bundesministeriums (Veranstaltungen, Homepage, Newsletter) gewährleistet, diese wurden mehrheitlich durch weitere Aktivitäten der einzelnen Projekte ergänzt (z. B. in Form von Präsentationen auf Tagungen oder Publikationen). Bei 4 Modellen erfolgte die Bewertung „ja, ansatzweise“, die sich aus der nachweislich unzureichenden oder über den Projektverlauf nicht kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit ergab⁴⁷.

5 Modellprojekte zeichneten sich durch besondere **akzeptanzfördernde Maßnahmen** in Form von Praxisprojekten aus. Hier wurden in Zusammenarbeit mit der Pflegepraxis Probleme bearbeitet und Lösungen entwickelt oder hilfreiche Instrumente für die Praxis erstellt⁴⁸. In 2 weiteren Modellen fanden diesbezügliche Projekte statt, deren Ergebnisse jedoch nicht in die Praxis getragen wurden (Einstufung „ja, ansatzweise“). Bei 4 Ausbildungsgängen waren anhand der Evaluationsberichte keine akzeptanzfördernden Aktionen auszumachen.

Ein weiteres Kriterium für die Akzeptanz und Verbreitung der innovativen Modellprojekte bildete die zeitlich befristete **Übernahme des Modells bzw. einzelner Modellanteile** in die Regelausbildung. Die Analyse der Abschlussberichte ergab, dass 4 Modelle „voll und ganz“ und 6 „ansatzweise“, d. h. anteilig überführt werden konnten. Bei den übrigen 3 Ausbildungsgängen gelang dies nicht.

Um eine Aussage zur möglichen europaweiten bzw. internationalen Akzeptanz der Ausbildungsmodelle treffen zu können, wurde des Weiteren die gezielte Unterstützung **internationaler Wahleinsätze** überprüft. In diesem Kontext bestand für nahezu alle Modelle erheblicher Entwicklungsbedarf. Zwar wurden Auslandseinsätze in einigen Projekten ermöglicht, jedoch nur in einem Modell konsequent und erfolgreich gefördert (vg. B:GPA⁴⁹).

Ergebnisse der Befragungen (42 Modelle)

▪ Akzeptanz der Modelle in den Praxiseinrichtungen

⁴⁷ z. B. „Informationsveranstaltungen über die integrierte Pflegeausbildung (...) reichten nicht aus, um einem Informationsdefizit in den Praxiseinrichtungen vorzubeugen.“; B:IP (Bremen: Integrierte Pflegeausbildung).

⁴⁸ z. B. „Beide Klassen erstellten zu ihrem Projekt eine selbst gestaltete und bedruckte Broschüre, die auch weiterhin in der Praxis als Hilfsmittel in Beratungssituationen genutzt werden kann“; RP:W (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Rheinland-Pfalz: Weiterentwicklung der Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege) z. B. „Die Ergebnisse wurden als großformatiges Poster und auch in Form einer gebundenen Printversion (...) präsentiert bzw. Interessierten zugänglich gemacht“; SA:W (BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Sachsen-Anhalt: Weiterentwicklung der Pflegeberufe: Erprobung neuer Ausbildungsmodelle in der Alten- und Krankenpflege).

⁴⁹ Berlin: Generalistische Pflegeausbildung: Das Berliner Modell.

Die Akzeptanz der Modelle in den Praxiseinrichtungen wurde von über der Hälfte der befragten *Bildungseinrichtungen* (60,5% = 23 Befragte) als „sehr hoch“ bis „eher hoch“ eingeschätzt. 8 Vertreter/innen (21,1 %) waren sich hinsichtlich der Bewertung der Akzeptanz unschlüssig und 5 Personen (13,2%) gingen von einer eher niedrigen Praxisakzeptanz aus, u. a. begründet durch einen befürchteten Statusverlust der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und den teilweise weniger ausgeprägten praktischen Fertigkeiten der Modellabsolventen/innen.

Aus Sicht der *Absolventen/innen* erschien die Praxisakzeptanz nicht eindeutig einschätzbar. Fast die Hälfte der Befragten (47,0% = 39 Befragte) antworteten mit „weder/noch“. Insgesamt 21 Teilnehmer/innen (25,3%) schätzten die Akzeptanz mit „eher niedrig“ oder „sehr niedrig“ ein und fast ebenso viele (21,7% = 18 Befragte) empfanden sie als „eher hoch“ bzw. „sehr hoch“.

Die Gründe für eine hohe Akzeptanz des Modellprojektes lagen aus Sicht der *Bildungseinrichtungen* vor allem in dem Interesse und Engagement der Praxisvertreter/innen (47,8% = 11 Befragte) sowie in der Zukunftsorientierung der Modelle, z. B. hinsichtlich einer Generalistik und der Möglichkeit zur Kooperation und Vernetzung (jeweils 39,1% = 9 Befragte). Darüber hinaus wirkte sich nach Ansicht der Befragten ein erweitertes Kompetenzniveau akzeptanzfördernd in der Praxis aus (26,1% = 6 Befragte).

▪ **Akzeptanz der Modellabsolventen/innen**

Die Akzeptanz der Modellabsolventen/innen bei den Arbeitgeber/innen wurde aus Sicht der Vertreter/innen der *Bildungseinrichtungen* als insgesamt gut eingestuft („eher Akzeptanz“: 76,3% = 29 Befragte)⁵⁰. Die *Absolventen/innen* bestätigten diese Einschätzung: 76,9% der Teilnehmer/innen (60 Befragte) waren als Modellkursabsolvent/in bei den Arbeitgeber/innen auf Akzeptanz gestoßen. Eine eher ablehnende Haltung von Seiten der Arbeitgeber/innen erfuhren 6 Befragte (7,7%).

Die befragten *Arbeitgeber/innen* nahmen die Akzeptanz der Absolventen/innen in ihren Einrichtungen überwiegend als hoch wahr (42,1% = 8 Befragte), obgleich 7 Befragte (36,8%) dies nicht einzuschätzen vermochten bzw. keine Aussage hierzu trafen.

▪ **Übernahme des Modells in die Regelausbildung**

Die befristete Überleitung des Modells in den Regelbetrieb fand bei 17 der befragten Institutionen (44,7%) statt. Etwa ebenso viele Modelle (47,4% = 18 Befragte) konnten nicht in den Regelbetrieb implementiert werden. Begründet wurde der fehlende Transfer vor allem mit bestehenden gesetzlichen Vorgaben (50% = 9 Befragte) sowie internen organisatorischen und finanziellen Hindernissen. Ferner waren 4 Modelle (22,2%) zum Erhebungszeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

⁵⁰ Bei den 2 *Bildungseinrichtungen*, die eher eine Ablehnung der Absolventen/innen vermuteten, handelte es sich um einen grundständigen Studiengang und ein integrativ ausgerichtetes Modell.

Die Vertreter/innen der Modelle, die bislang nicht in den Regelbetrieb überführt werden konnten, zeigten sich jedoch in der überwiegenden Mehrzahl (83,3% = 15 Befragte) optimistisch, dass diesbezüglich noch Möglichkeiten bestehen. Insbesondere erschien ihnen ein erfolgreicher Transfer des Modells möglich, wenn folgende Voraussetzungen gegeben wären:

- Schaffung gesetzlicher Grundlagen, z. B. einheitliche Finanzierung, einheitliche Berufsbezeichnung
- Qualifizierung der Lehrenden und Praxisanleiter/innen
- enge Kooperation zwischen Gesundheitsbehörde und akademischem Senat (Studiengänge)
- Sicherstellung der Ausbildungsplätze durch die Kooperationspartner (Studiengänge)

Die Übernahme von **Modellanteilen** in die Regelausbildung erfolgte bei 10 Projekten (55,6%). Hierbei handelte es sich vor allem um den Transfer von curricularen Anteilen, der gemeinsamen Planung von Inhalten und Lernfeldern, der methodisch-didaktischen Prinzipien sowie einzelner (Praxis)Instrumente in den Regelbetrieb.

▪ **Bewährung der Modelle**

Für die Mehrzahl der befragten *Bildungseinrichtungen* (73,7% = 28 Befragte) hat sich die Durchführung des Modellvorhabens rückblickend bewährt. Vor allem die curricularen Veränderungen sowie der Aufbau von Kooperationen und die Orientierung an umfassenden beruflichen Handlungskompetenzen bzw. Schlüsselqualifikationen wurden als Beispiele bewährter Aspekte genannt. Weitere 6 Vertreter/innen der Bildungseinrichtungen sahen in der Anpassung an veränderte gesellschaftliche Strukturen und Bedarfe den Gewinn der Modelle und 5 Befragte hoben diesbezüglich das methodisch-didaktische Vorgehen bzw. die erweiterten Lehrinhalte hervor. In der Weiterqualifizierung der Lehrkräfte sowie in der Doppel- bzw. Mehrfachqualifizierung wurden darüber hinaus positive Anteile der Modellprojekte gesehen.

▪ **Stellenunterschiede: Modellabsolventen/innen - herkömmlich Ausgebildete**

Insgesamt wurden von 34,2% der befragten Vertreter/innen der *Bildungseinrichtungen* keine Unterschiede zwischen den Modellkursteilnehmer/innen und herkömmlich Ausgebildeten nach Stellenantritt gesehen. 10 Befragte (26,3%) vermuteten teilweise Unterschiede bezüglich der beruflichen Handlungsfelder, z. B. hinsichtlich besonderer Anforderungen bzw. Spezialisierungen oder hoher Komplexität und verantwortungsvoller Positionen.

▪ **Einfluss des Modells auf die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs**

Eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes⁵¹, ausgelöst durch die Modellprojekte, mutmaßten 29 *Modellabsolventen/innen* (33,7%), 16 Personen

⁵¹ Die Einschätzung der befragten Arbeitgebern/innen und Absolventen/innen zur möglichen Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes durch die Modellausbildungen erfolgte anhand der Fragestellung: „Denken Sie, dass durch die Modellausbildung bzw. das Studium die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert werden könnte?“. Die Teilnehmer/innen nahmen zunächst eine Einstufung vor („ja“, „teils-teils“, „nein“) und

(19,3%) stimmten dem teils/teils zu⁵². Die *Arbeitgeber/innen* bestätigten diesen Zusammenhang mehrheitlich uneingeschränkt (42,1% = 8 Befragte) bzw. teils-teils (10,5% = 2 Befragte). Weitere 2 Personen (10,5%) nahmen keinen Einfluss der Modelle auf eine Imagesteigerung des Pflegeberufes an⁵³.

Als **Gründe für eine Steigerung der Attraktivität** benannten die *Absolventen/innen* vor allem die erweiterten Einsatzmöglichkeiten und höheren Berufschancen, die mit den Modellen verbunden werden (68,2% = 30 Befragte)⁵⁴. Darüber hinaus vermuteten 9 Befragte (20,5%), dass sich im Zusammenhang mit den Modellprojekten die Professionalisierung und berufspolitische Positionierung der Pflegeberufe erhöht. Zudem wurden der Erwerb mehrerer Berufsabschlüsse (18,2% = 8 Befragte) sowie die mit den Modellen einhergehenden Weiterentwicklungen und Aufstiegschancen (13,6% = 6 Befragte) als attraktivitätssteigernde Aspekte bewertet. Aus Sicht der *Arbeitgeber/innen* lagen die Gründe für eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs insbesondere in den verbesserten Arbeits- und Aufstiegschancen (50,0% = 5 Befragte), dem hohen Ausbildungsniveau (EU-Kompatibilität) (40,0% = 4 Befragte) sowie in der Herausbildung eines „anderen“, kompetenteren beruflichen Selbstverständnisses (30,0% = 3 Befragte).

5.7 Ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen (Q7)

Die Ausbildungsfinanzierung einer zukunftsfähigen Pflegeausbildung steht unter den bestehenden ökonomischen Bedingungen unter einem erheblichen Druck, da politisch sowohl eine Beitragsstabilität der Gesundheits- und Sozialkassen sowie gleichzeitig eine Ausgabensenkung der Leistungen aus diesen Kassen verlangt werden (Huber 2002, Stöver 2009). Eine neu konstruierte Pflegeausbildung wird sich nur dann erfolgreich umsetzen lassen, wenn ihre Finanzierbarkeit im Rahmen eines ausgewogenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses steht. Innerhalb der Untersuchung wurde dieses anhand der folgenden Kriterien analysiert:

- Nutzung von Synergieeffekten
- Nutzen der Modelle für die Bildungseinrichtungen
- ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen
- Qualitätsverbesserung für Pflegeempfänger

wurden anschließend gebeten, diese weiter auszuführen („Wenn ja oder teils-teils, inwiefern kann es zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes beitragen?“). Die Ergebnisse beruhen demnach auf den (subjektiven) Einschätzungen der beiden Zielgruppen, die dabei individuell unterschiedliche Kriterien für die Attraktivität des Pflegeberufes zugrunde legen. Diese spiegeln sich in den Ausführungen wider, in denen z. B. ein höheres Ausbildungsniveau, verbesserte Berufs- und Aufstiegschancen oder die Erhöhung der Professionalisierung genannt wurden. Es ist denkbar, dass die Teilnehmer/innen die genannten Aspekte (auch) auf die Attraktivität der Ausbildung bezogen, eine explizite Trennung zwischen attraktivitätsfördernden Aspekten - für den Beruf einerseits und die Ausbildung andererseits - war anhand der Aussagen nicht möglich.

⁵² nein: 34 Befragte (41,0%), keine Angabe: 5 Befragte (6,0%); n=83.

⁵³ keine Angabe: 7 Befragte (36,8%); n=19.

⁵⁴ Wenn ja oder teils-teils, inwiefern kann es zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs beitragen? (Mehrfachantworten möglich), keine Angabe: 6 Befragte (13,6%); n=44.

Ergebnisse der vergleichenden Sekundäranalyse (13 Modelle)

Im Rahmen der Analyse der Evaluationsberichte sollte eingeschätzt werden, welchen Nutzen die Projektbeteiligten aus der Durchführung ihres Modellvorhabens ziehen bzw. inwiefern die Bildungseinrichtungen davon profitieren konnten. Bei der Bewertung der diesbezüglichen Kriterien ergab sich die Schwierigkeit, dass diese zumeist in den Evaluationsberichten nicht dokumentiert wurden. Um dennoch ein Gesamtbild zu dem Nutzen der Modellvorhaben zu erhalten, wurden hier Daten aus der Fragebogenerhebung bei den Vertreter/innen der Schulen bzw. Ausbildungseinrichtungen hinzugezogen. Hieraus ergab sich zusammenfassend, dass in 5 Modellprojekten weit reichende **Synergieeffekte** festgestellt wurden (Einstufung „ja, voll und ganz“)⁵⁵, während dies in 3 Ausbildungsgängen nur zum Teil bestätigt werden konnte (Einstufung „ja, ansatzweise“). Weitere 3 Projektbeteiligte verneinten das Vorhandensein von Synergieeffekten, 2 Personen machten keine Angaben.

Rückblickend erkannte die Mehrheit der Projektbeteiligten einen deutlichen **Nutzen** für ihre Bildungseinrichtung (Einstufung „ja, voll und ganz“; 8 Modellprojekte)⁵⁶. Ein/e Teilnehmer/in bestätigte dies teilweise (Einstufung „ja, ansatzweise“), in jeweils 2 Modellvorhaben war kein Nutzen festzustellen bzw. keine Aussage hierzu möglich.

Ergebnisse der Befragungen (42 Modelle)

▪ Mehrkosten durch das Modellprojekt

Für die Hälfte aller Vertreter/innen der *Bildungseinrichtungen* (50,0% = 19 Befragte) bedeutete das Modellprojekt einen finanziellen Mehraufwand, die übrigen Teilnehmer/innen sahen keine gestiegenen Kosten im Vergleich zur Regelausbildung (23,7% = 9 Befragte) oder machten hierzu keine Angaben (26,3% = 10 Befragte).

Der größte Teil der entstandenen Mehrkosten (26,7%) musste nach Einschätzung der Befragten für die Projektleitung aufgebracht werden, gefolgt von finanziellen Aufwendungen für die Curriculumentwicklung (20,2%) und die wissenschaftliche Begleitung bzw. Evaluation (19,7%). Weitere Kosten verursachten die Fortbildung der Projektbeteiligten, die Durchführung von Arbeitsgruppen sowie die Verwaltung im Rahmen des Modellprojekts. Die Ergebnisse zeigen damit, dass zusätzliche Aufwendungen in erster Linie deshalb notwendig waren, um das Modellvorhaben auf den Weg zu bringen. Der überwiegende Anteil der genannten Mehrkosten würde bei einer Überführung in den Regelbetrieb nicht erneut anfallen.

⁵⁵ z. B. „Mit der Schulterung des Modellversuchs hat die Albertinengruppe eine wichtige Vorreiterrolle übernommen, von der Ausbildungsvorhaben und Pflegemodelle anderer Anbieter profitieren können und die im eigenen Unternehmen bereits zu Anpassungen in den Praxisbereichen und zu Änderungen in der Angebotsstruktur von Ausbildung geführt hat“; H:GPS (Hamburg: Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten).

⁵⁶ z. B. „Modellprojekt war Anlass für einen umfassenden Schulentwicklungsprozess, der die Organisation insgesamt, die curriculare Konzeption, personelle Komponenten und die didaktisch-methodischen Elemente entscheidend weiterentwickelt hat“; S:IPA (Stuttgart: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell); laut Fragebogen.

▪ Nutzen des Modellprojektes

Den entstandenen Mehrkosten im Rahmen der Modellprojekte stand aus Sicht der befragten *Schulen und Ausbildungseinrichtungen* ein erheblicher Nutzen sowohl für die Absolventen/innen und die Bildungseinrichtung (jeweils 76,3% = 29 Befragte) als auch für die Pflegepraxis (55,3% = 21 Befragte) gegenüber. Dieser wurde mit einer Vielzahl unterschiedlicher Aspekte begründet, insbesondere mit einem höheren Kompetenzniveau der Modellabsolventen/innen.

Etwa die Hälfte der befragten *Arbeitgeber/innen* (47,4% = 9 Befragte) sahen in der Beschäftigung der Modellabsolventen/innen ebenfalls einen besonderen Nutzen für ihre Einrichtung. Dieser Gewinn zeigte sich vor allem in der hohen Motivation und einer damit verbundenen Bereicherung für das gesamte Team (55,6% = 5 Befragte) sowie in dem umfangreichen Basiswissen der Absolventen/innen (44,4% = 4 Befragte). Ferner lag der Nutzen für die Einrichtungen in einem veränderten personen- und situationsorientierten Pflegeverständnis, der konstruktiven Problemlösung, Flexibilität und hohen Lernbereitschaft der Modellteilnehmer/innen (jeweils 22,2% = 2 Befragte).

Darüber hinaus stellten 8 Arbeitgeber/innen (42,1%) Unterschiede in der **Arbeitsweise der Modellabsolventen/innen** im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten fest⁵⁷. Diese lagen insbesondere in den bereits oben genannten Bereichen „verändertes Pflegeverständnis“ und „konstruktive Problemlösung“:

„Gehen anders an Probleme heran, denken nicht verrichtungsorientiert, gehen geplanter vor, begründen ihr Handeln, hinterfragen mehr, nehmen nicht alles hin, beteiligen sich aber auch aktiv an Veränderungsprozesse“.

(AG: PSIV)

„Es wird kritischer hinterfragt, ob die zu leistende Tätigkeit in der Art und Weise unveränderbar ist, Alternativmöglichkeiten werden in einigen Fällen im Interesse der Einrichtung und der betreuten Bewohner/innen vorgebracht (...)“.

(AB: PSI)

▪ Qualitätsverbesserung für Pflegeempfänger

Eine Qualitätsverbesserung für die Pflegeempfänger prognostizierten 66,7% (= 28 Befragte) der Vertreter/innen der *Bildungseinrichtungen*⁵⁸ und 42,15% (= 8 Befragte) der *Arbeitgeber/innen*⁵⁹.

Einen Zugewinn an Pflegequalität versprachen sich die Teilnehmer/innen aus den *Bildungseinrichtungen* von dem komplexen und erweiterten Kompetenzniveau sowie der hohen pflegeberuflichen Handlungskompetenz der Absolventen/innen (67,9% = 19 Befragte). Weitere 39,3% (11 Befragte) waren der Ansicht, dass vor allem das alters- und berufsübergreifende Pflegeverständnis qualitätssteigernde Auswirkungen auf Patienten/innen und Bewohner/innen haben wird. 28,6% (8 Befragte) hoben die Orientierung am gegenwärtigen und zukünftigen Pflegebedarf hervor. Weitere 21,4% (6 Personen) nahmen an, dass

⁵⁷ nein: 4 Befragte (21,1%), keine Angabe: 7 Befragte (36,8%); n=19.

⁵⁸ nein: 2 Befragte (6,3%), teilweise: 9 Befragte (21,4%), keine Angabe: 3 Befragte (7,1%); n=42.

⁵⁹ nein: 1 Befragte/r (5,3%), teilweise: 3 Befragte (15,8%), keine Angabe: 7 Befragte (36,8%); n=19.

vor allem die Erhöhung ethisch-moralischer und gesellschaftskritischer Kompetenzen zur Qualitätssteigerung für die zu Pflegenden beiträgt und 17,9% (5 Befragte) begrüßten die gestiegene Orientierung an den Bedürfnissen der Pflegeempfänger.

Die befragten *Arbeitgeber/innen* vermuteten einen Nutzen für die Pflegeempfänger durch die Steigerung der Pflegequalität (z. B. anhand anderer Methoden der Pflegebedarfserfassung) (54,5% = 6 Befragte) sowie eine verbesserte Interaktion und Motivation im Team (18,2% = 2 Befragte).

5.8 Sicherstellung einer vollen vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit (Q8)

Ein moderner Pflegeberuf vermeidet Bildungssackgassen und –hindernisse durch eine vertikale und horizontale Durchlässigkeit zur Steigerung der Karrieremöglichkeiten und Erreichung einer internationalen Anschlussfähigkeit (Bischoff-Wanner & Reiber 2006; DBR 2007). Aus dieser Forderung leitet sich das folgende Einzelkriterium ab:

- paralleler Erwerb der Fachoberschulreife bzw. Fachhochschulreife mit Berufsabschluss

Ergebnisse der vergleichenden Sekundäranalyse (13 Modelle)

In keinem der in die Studie einbezogenen evaluierten Modellprojekte wurde neben der Ausbildung zur Pflegefachkraft der parallele Erwerb der Fachoberschulreife oder Fachhochschulreife ermöglicht⁶⁰. Anhand der Analyse lässt sich folglich ein erheblicher Entwicklungsbedarf bezüglich der Sicherstellung einer vollen Durchlässigkeit konstatieren.

Anhand der vorab durchgeführten bundesweiten Ist-Analyse (42 Modelle, vgl. Kap. 4) ergab sich, dass in 5 Modellen neben dem Berufsabschluss bzw. den –abschlüssen die Fachhochschulreife erworben werden konnte.

⁶⁰ Im Rahmen des Hamburger Modells „Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten“ war der Erwerb der Fachhochschulreife in der Konzeption vorgesehen. Diese wurde jedoch letztlich nicht umgesetzt, da alle Auszubildenden bereits über eine Hochschulreife verfügten.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen zusammengefasst vorgestellt, um daran anschließend ergebnisübergreifend Impulse für den Reformprozess in der Pflegeausbildung bzw. ein Best Practice-Modell abzuleiten.

6.1 Zentrale Ergebnisse der Ist-Analyse bundesweiter Ausbildungsmodelle

Im Rahmen der Bestandsaufnahme bundesweiter Pflegeausbildungsmodelle konnten **drei Hauptreformtypen - integrierte, integrative und generalistische Pflegeausbildung** - identifiziert werden (Stöver 2009). Insgesamt entsprachen $\frac{3}{4}$ aller untersuchten Modelle den Kriterien dieser Grundtypen. Daneben wurden bzw. werden erstausbildende Studienmodelle im tertiären Bildungsbereich sowie Projekte, die sich ausschließlich mit der Curriculumentwicklung beschäftigen, erprobt.

- **Integrierte Ausbildungsmodelle**, die zu der ersten Modellgeneration zählen, werden bzw. wurden am häufigsten durchgeführt. Die Modelle integrierter Ausbildung verbleiben im Allgemeinen innerhalb der dreijährigen Ausbildungszeit. Sie sind gekennzeichnet durch eine vorwiegend zweijährige gemeinsame Phase sowie eine anschließende Differenzierung und behalten die traditionell getrennten Berufsabschlüsse bei.
- **Integrative Pflegeausbildungen** folgen nach der zeitlichen Entwicklung als zweite Modellgeneration und wurden nach den integrierten Modellen am zahlreichsten erprobt. Charakteristisch für diese Modelle sind eine Verlängerung der Ausbildungszeit auf 3,5 Jahre, eine gemeinsame Grundausbildung und Differenzierungsphase bzw. Schwerpunktsetzung zugunsten des jeweiligen Berufsabschlusses sowie der Erwerb zweier gleichwertiger Berufsabschlüsse.
- **Generalistische Modelle** zählen zu der jüngsten Generation von Pflegeausbildungen und waren dementsprechend geringer unter den Ausbildungsmodellen verbreitet. Diese Reformvariante ist von der bisherigen Pflegeausbildung am weitesten entfernt, da sie die Elemente der drei traditionell getrennten Pflegeberufe curricular zu einer gemeinsamen Ausbildung zusammenführt und mit einem „generalistischen“ Berufsabschluss endet. Ein einheitlicher Berufsabschluss im Sinne von Pflegefachkraft oder General Nurse ließ sich allerdings bisher nicht durchsetzen, da die traditionelle Pflegeausbildung differenziert in Alten- Kranken- und Kinderkrankenpflege und dementsprechend zu drei verschiedenen Berufsbezeichnungen führt. Bisherlang wurde aufgrund der bestehenden Gesetzgebung die traditionelle Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in vergeben, häufig in Verbindung mit einem Zertifikat „Generalistische Ausbildung“.
- Um die **Durchlässigkeit** vom berufsbildenden ins tertiäre Bildungssystem zu gewährleisten, eröffneten insgesamt fünf Vertreter der o. g. Grundtypen die Möglichkeit, mit dem berufsfachlichen Abschluss durch allgemeinbildende Zusatzfächer den Fachhochschulzugang zu erlangen. Dies ist auch nach der Gesetzesnovellierung in den herkömmlichen Ausbildungsgängen, die in

der Regel außerhalb des allgemeinen Bildungssystems verortet sind, nicht vorgesehen und festigt damit den Sackgassencharakter der Pflegeausbildung bzw. den geringen Stellenwert der Ausbildungsabschlüsse in den Pflegeberufen⁶¹.

- In jüngster Zeit haben zumeist konfessionelle Fachhochschulen, begünstigt durch die Eröffnungsklauseln im Kranken- und Altenpflegegesetz, erstausbildende Studienmodelle eingerichtet. Systematisiert⁶² wurden die insgesamt 7 untersuchten Hochschulausbildungen in **duale** ausbildungsintegrierende (5) und in **grundständige** primärqualifizierende Studiengänge (2). Werden in der dualen Hochschulausbildung berufliche und hochschulische Ausbildung miteinander verzahnt und dadurch die Berufszulassung und der Bachelor-Abschluss ermöglicht, organisieren die grundständigen Modelle das Pflegestudium eigenständig. Das Studium endet mit dem Bachelor-Abschluss. Den Absolventen/innen bleibt es selbst überlassen, die Berufszulassung unter Anrechnung des Studiums als theoretische Ausbildung und mit staatlicher Prüfung an einer Pflegeschule nachzuholen.
- Die Ausbildungsdauer der 42 in die Ist-Analyse eingebundenen Modelle lag in der Regel bei drei Jahren, in denen zumeist ein oder zwei Abschlüsse erworben werden konnten. Ein Viertel der Modelle verlängerte diese traditionelle Ausbildungszeit auf dreieinhalb Jahre. Die Ausbildungsdauer im tertiären Bildungssystem variierte zwischen drei und fünf Jahren.
- Der Überblick zum **Stand der Projekte** zeigte, dass bereits mehr als die Hälfte der Modelle abgeschlossen sind. Zu den noch laufenden Modellvorhaben zählen die Grundtypen der mittleren (integrativen) und neueren (generalistischen) Modellgeneration sowie die erstqualifizierenden Studiengänge.

Schlussfolgerungen für den Reformprozess

Insgesamt skizziert die Ist-Analyse den Stand der bisherigen Reformbemühungen zur Pflegeausbildung: Es existiert eine große Variationsbreite innovativer Ausbildungsmodelle bezüglich des Grundtyps, der Ausbildungsdauer und der Anzahl der zu erlangenden Abschlüsse. Darüber hinaus verdeutlicht die Bestandsaufnahme bundesweiter Ausbildungsmodelle den Bedarf dieser nun vorliegenden übergreifenden Auswertung der bereits vorhandenen Evaluationsergebnisse über die Mikroebene der Projekte hinaus, damit aus den bereits vorliegenden Ergebnissen aussagekräftige und verbindliche Handlungserfordernisse abgeleitet werden können.

⁶¹ Im beruflichen Bildungssystem wird der Erwerb der Fachhochschulreife in Verbindung mit dem erfolgreichen Abschluss in einem nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder der Handwerksordnung (HwO) anerkannten oder als gleichwertig anerkannten Ausbildungsberuf vielfach ermöglicht.

⁶² Die Typologisierung der erstqualifizierenden Studiengänge erfolgte ausschließlich in duale und grundständige Studiengänge, da der Schwerpunkt hier nicht in der modellhaften Zusammenführung der getrennten Pflegeausbildungen liegt, sondern in der Kombination eines akademischen Abschlusses mit einem Berufsabschluss (Kooperation zwischen traditionellen erstausbildenden Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeschulen und der jeweiligen Fachhochschule) bzw. in der Möglichkeit der Erstausbildung im Hochschulbereich.

6.2 Generierung forschungsleitender Qualitätskriterien zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen

Im Rahmen der Generierung von Qualitätskriterien zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen konnten mittels einer Literaturrecherche und auf der Grundlage einer Studie (Stöver 2009) wesentliche Hauptkriterien identifiziert sowie durch eine Expertengruppe extern validiert werden (vgl. Kap. 3.2):

- Verankerung neuer curricularer Konstruktionsprinzipien beruflicher Bildung (Q1),
- Umsetzung innovativer Formen des Lehrens und Lernens (Q2),
- Nachhaltige Förderung der Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung (Q3),
- Wandel des Pflegeverständnisses (Q4),
- Dynamisierung des Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfers (Q5),
- Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt und Verbreitung (Q6),
- Ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen (Q7) sowie
- Sicherstellung einer vollen vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit (Q8).

Diese Qualitätskriterien bildeten die Grundlage der Sekundäranalyse (vgl. Kap. 3.3; 5), d. h. anhand dieser Kriterien erfolgte ein systematischer Vergleich typischer Reformmodelle.

6.3 Vergleichende Sekundäranalyse und schriftliche Befragungen: bewährte Bestandteile der Modelle und Herausforderungen

Das Ziel der vergleichenden Sekundäranalyse lag in einer systematischen Bündelung von Ergebnissen bereits abgeschlossener und evaluierter Modelle entlang der vorab festgelegten Qualitätskriterien, um zukunftsfähige Ausbildungsstrukturen im Sinne von Best Practice herauszufiltern. Auf der Grundlage der Ist-Analyse konnten 13 Modelle⁶³ identifiziert werden, die die zugrunde gelegten Einschlusskriterien⁶⁴ erfüllten.

Die Ergebnisse verdeutlichten die Bestrebungen der Modelle, sich im Rahmen der Entwicklung neuer Ausbildungskonzeptionen an Kriterien zu orientieren, die als zukunftsweisend für die Pflegeausbildung gelten: Die vorab generierten Qualitätskriterien wurden von der Mehrzahl der Modelle (alle Grundtypen) berücksichtigt. Darüber hinaus können aus den Erkenntnissen der Sekundäranalyse gekoppelt mit den Ergebnissen der breit angelegten Befragungen von Projektbeteiligten (Bildungseinrichtungen, Absolventen/innen, Arbeitgeber/innen) Entwicklungslinien und Tendenzen einer zukunftsfähigen Pflegeausbildung im

⁶³ Einbezogen wurden neben fünf Modellen, die unterschiedliche Grundtypen vertreten, auch das Modellprogramm „Pflege in Bewegung“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), dem acht Modellprojekte angehörten und die aus der besonderen Perspektive der Altenpflege durchgeführt wurden. Duale bzw. grundständige Studiengänge fanden keinen Eingang in die Studie, da sie größtenteils erst am Anfang ihrer Entwicklung standen und die Einschlusskriterien nicht erfüllten.

⁶⁴ Folgende Einschlusskriterien wurden bei der Auswahl der Modelle zugrunde gelegt: Die Modelle wurden extern durch wissenschaftliche Institute evaluiert, mindestens ein Modellkurs musste abgeschlossen sein (inklusive vorliegenden Abschlussbericht), die Modelle mussten die Grundtypen innovativer Reformvorhaben in der Pflegeausbildung repräsentieren (vgl. Kap. 3.3).

Sinne eines Best Practice-Modells aufgezeigt werden. Im Folgenden werden zu jedem Kriterium zentrale Best Practice-Elemente (bewährte Bestandteile und Herausforderungen) modellübergreifend herausgefiltert.

- Auf der curricularen Ebene (Q1) haben sich die **Berücksichtigung des Lernfeldansatzes bzw. der Modularisierung** sowie eine **praxisorientierte Curriculumgestaltung** insgesamt bewährt, wenngleich eine konsequente Integration der Pflegepraxis in die Curriculumarbeit zukünftig noch intensiviert werden sollte, um eine breite Akzeptanz innovativer Ausbildungskonzeptionen in den Einrichtungen des Gesundheitssystems zu erreichen (vgl. Kap. 5.1).
- Bewährt hat sich zudem die Entwicklung eines **pflegetheoretischen Begründungsrahmens**. Im Rahmen der Studie konnten jedoch keine Aussagen hinsichtlich der inhaltlichen und pflegetheoretischen Tiefe oder Qualität gemacht werden.
- Der Aspekt der Umsetzung **innovativer Formen des Lehrens und Lernens** (Q2) mit der intendierten Anwendung **zukunftsorientierter didaktisch-methodischer Prinzipien** wie Handlungsorientierung, Problemorientierung, Erfahrungs- und Subjektorientierung bzw. Exemplarik, zählt ebenfalls zu den bewährten Bestandteilen der Reformmodelle (vgl. Kap. 5.2). Sie erwiesen sich als fruchtbare Komponente für die Entwicklung eines erweiterten pflegeberuflichen Kompetenzprofils vor allem im sozial-kommunikativen, personalen und methodischen Bereich.
- Verbunden mit einer nachhaltigen **Förderung der Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung** (Q3) wurde die **Vermittlung eines erweiterten Kompetenzprofils** (planen, entwickeln, diagnostizieren, reflektieren, beraten, evaluieren, koordinieren, steuern...) in den untersuchten Modellen zumeist berücksichtigt (vgl. Kap. 5.3). Darüber hinaus lag eine besondere Kompetenzförderung vor allem in den Bereichen sozial-kommunikative Kompetenz, personale Kompetenz und Methodenkompetenz.
- Als **Stärken** wurden den Modellabsolventen/innen im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten über die o. g. besonders geförderten Bereiche hinaus eine insgesamt höhere berufliche Handlungskompetenz, Analyse- und Reflexionsfähigkeit, Flexibilität, ganzheitliche Herangehensweise, Eigenständigkeit/Eigeninitiative, fachübergreifendes Denken und Handeln sowie eine hohe Motivation zu lebenslangem Lernen zugeschrieben. Diese Kompetenzen deckten sich fast ausnahmslos mit dem ermittelten Kompetenzbedarf der befragten Praxiseinrichtungen, der neben einer hohen Fachkompetenz (umfassend, analytisch-reflexiv, spezialisiert) vor allem personale und soziale Kompetenzen sowie in Koordinierungs- und Vernetzungsfähigkeiten vorsah. Zudem wurde von den befragten Einrichtungen **sowohl ein Bedarf an „Generalisten“ wie auch an „Spezialisten“** prognostiziert.
- **Entwicklungspotenziale der Modellabsolventen/innen** wurden im Bereich des fachspezifischen bzw. krankheitsbezogenen Detailwissens und der Handlungsroutine festgestellt.
- Eine **pflegetheoretische Fundierung der Kompetenzdimensionen**, mit deren Hilfe Kompetenzbereiche genau definiert und voneinander abgegrenzt werden können, gelang in den Modellen größtenteils „ansatzweise“, da sich die Beteiligten mehrheitlich an dem Konzept der Schlüsselqualifikationen o-

rientierten, das mit seiner mangelnden Inhaltlichkeit und Verbindlichkeit sowie dem fehlenden theoretischen Bezug hier als nicht geeignet erscheint, um künftige Qualifikationsanforderungen bzw. berufliche Handlungskompetenz zu erklären oder weiterzuentwickeln (Kerngruppe Curriculum 2007; Stöver 2009).

- Der mit dem intendierten Paradigmenwechsel weg von einer krankheits- und defizitorientierten Haltung hin zu einer Gesundheits- und Personenorientierung verbundene **Wandel des Pflegeverständnisses** (Q4) wurde von den Modellen zwar mehrheitlich angegangen, allerdings nicht in der erwünschten Stringenz, auch vor dem Hintergrund des aktuellen Krankenpflegegesetzes (2004), das eine Aufgabenerweiterung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ausdrücklich vorsieht (vgl. Kap. 5.4). Handlungsbedarf wird hier in der konsequenten **Einbindung präventiver und gesundheitsfördernder pflegerischer Aufgaben** in Theorie und Praxis gesehen. Dabei gilt es nicht, krankheitsbezogene Aspekte aus dem Blick zu verlieren, sondern das Selbst- und Aufgabenverständnis der Pflege hinsichtlich der Wahrnehmung präventiver und gesundheitsfördernder Aufgaben und Funktionen zu erweitern.
- Das Ziel einer **Dynamisierung der Theorie-Praxis-Vernetzung** (Q5) kann insgesamt als erreicht bewertet werden. Insbesondere die Bildung von **Facharbeitskreisen** und **Lernortkooperationen**, die **Qualifizierung der Ausbilder/innen in der Praxis** und die **Entwicklung von Praxisinstrumenten** (bedingt) wurden als Maßnahmen für einen nachhaltigen Theorie-Praxis-Transfer in den untersuchten Modellen eingesetzt (vgl. Kap. 5.5). Gleichwohl verdeutlichen die Ergebnisse einen Handlungsbedarf im Rahmen der **Entwicklung von Praxisinstrumenten**, die über die traditionellen Praxisaufträge hinausgehen und im Zusammenhang mit einer **lernunterstützenden Ausgestaltung der Lernorte**.
- Zur Erreichung einer **Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt und Verbreitung** (Q6) haben sich die **Öffentlichkeitsarbeit bzw. öffentlichkeitswirksame Aktionen** der Modelle, wie z. B. Veranstaltungen, Newsletter, Publikationen, bewährt. Darüber hinaus lag die hohe Akzeptanz der Modellprojekte nach Ansicht der Projektbeteiligten insbesondere in dem Interesse und Engagement der Praxis, der Möglichkeit der Kooperation und Vernetzung sowie in dem erweiterten Kompetenzprofil der Auszubildenden begründet. Handlungsbedarf wurde dennoch im Zusammenhang mit einer Akzeptanzsteigerung auf der pflegepraktischen Ebene gesehen. Hier gilt es, verstärkt flankierende akzeptanzfördernde Maßnahmen von Seiten der Schule zu ergreifen, z. B. die Initiierung von **Praxisprojekten**, deren Ergebnisse einen direkten Nutzen für die Pflegepraxis haben. Ferner könnte über die gezielte **Förderung internationaler Wahleinsätze**, etwa durch die Gründung internationaler Schulpartnerschaften, zur Sicherung der EU-Kompatibilität der Pflegeausbildung beigetragen werden.
- Die Ergebnisse aus den Befragungen verdeutlichten die hohe Akzeptanz der Modelle: **Fast die Hälfte der Modelle (alle Grundtypen) konnte zeitlich befristet in den Regelbetrieb überführt werden**, bzw. es erfolgte von der Mehrzahl der Projekte eine Übernahme von Modellanteilen in die traditionelle Pflegeausbildung. Die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Transfer der bislang noch nicht überführten Modelle lagen nach Einschätzung der

Projektbeteiligten in der Schaffung gesetzlicher Grundlagen (einheitliche Finanzierung und Berufsbezeichnung), der Qualifizierung der Lehrenden und Praxisanleiter/innen und insbesondere für die Studiengänge in einer engen Kooperation zwischen Gesundheitsbehörde und wissenschaftlichen Gremien sowie in der Sicherstellung der Ausbildungsplätze durch die Kooperationspartner.

- Nach Ansicht der Projektbeteiligten forcierten die Modelle eine **Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs**. Dies vor allem begründet durch das hohe Ausbildungsniveau und den damit vermuteten verbesserten Arbeits- und Aufstiegschancen und den erweiterten Einsatzmöglichkeiten, die auch im Rahmen der europäischen Angleichung der Pflegeausbildung in den Modellen gesehen wurden.
- Bezüglich der Finanzierbarkeit der Ausbildung gilt es, ein **ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen** (Q7) sicherzustellen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Finanzierung der Modelle bei einer Überführung in den Regelbetrieb **ohne erhebliche Mehrkosten** möglich ist, da sich die Kosten der Modelle insbesondere auf Leistungen bezogen, die zu Beginn der Projekte anfielen (Projektleitung, Curriculumentwicklung, Evaluation). Bei Verstetigung der Modelle sind deshalb keine wesentlich höheren Mehrkosten im Vergleich zur bisherigen Regelausbildung zu erwarten.
- Insgesamt wurde den Modellen ein **hoher Nutzen** zugesprochen: Es profitierten die Absolventen/innen durch die erlangten hohen beruflichen Handlungskompetenzen, die Bildungseinrichtungen insbesondere durch die mit den Modellen in Gang gesetzten Schulentwicklungsprozesse sowie die Pflegepraxis durch die innovativen Impulse sowie die erweiterten Kompetenzen der Absolventen/innen. Weit reichende **Synergieeffekte** konnten in einzelnen Modellen bereits genutzt werden. Hier sind zukünftig verstärkt Maßnahmen zu ergreifen, die eine **Nutzung von Synergieeffekten** insbesondere in der Pflegepraxis noch verstärken.
- Zudem leisteten die Modelle nach Einschätzung der Befragten einen Beitrag zur **Qualitätsverbesserung für Pflegeempfänger** vor allem durch das komplexere, erweiterte Kompetenzniveau der Absolventen/innen verbunden mit einer Verbesserung der Pflegequalität. Ferner vermuteten die Befragten qualitätssteigernde Auswirkungen u. a. durch ein alters- und berufsübergreifendes Pflegeverständnis bzw. die Orientierung am Pflegeempfänger und am gegenwärtigen und zukünftigen Pflegebedarf sowie einer verbesserten Interaktion und Motivation im Team.
- Die **Sicherstellung einer vollen vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit** (Q8) wurde in den zum Erhebungszeitpunkt untersuchten Modellen nicht gewährleistet (vgl. Kap. 5.8). Dies zeigt sich darin, dass der **gleichzeitige Erwerb von allgemeinbildenden Abschlüssen mit der Erlangung des Berufsabschlusses** in den in die Sekundäranalyse eingebundenen Projekten nicht möglich war. Die Ergebnisse der Ist-Analyse verdeutlichten den dringenden Handlungsbedarf im Rahmen des Prinzips der Durchlässigkeit: Lediglich in fünf der insgesamt 42 analysierten Modellen konnte neben dem Berufsabschluss die Fachhochschulreife erworben werden. Diskussionswürdig erscheint im Rahmen einer vollen Durchlässigkeit ein modularer Aufbau von Qualifizierungsmaßnahmen, um eine Anrechenbarkeit von Leistungen sicherzustellen. Hierdurch könnte die Motivation, an Fort- und Wei-

terbildungsmaßnahmen teilzunehmen, erhöht, der Theorie-Praxis-Transfer gefördert und insgesamt zur Qualitätssteigerung der Pflegeausbildung beigetragen werden.

7.

Impulse für den Reformprozess: ein Best Practice-Modell der Pflegeausbildung

Die Modellklauseln in den Ausbildungsgesetzen der Pflegeberufe haben bundesweit zahlreiche Reformmodelle ermöglicht, die in der Konsequenz eine Zusammenführung der bislang getrennten Pflegeausbildungen verfolgen, allerdings mit zum Teil sehr unterschiedlicher Profilbildung, z. B. hinsichtlich des Integrationsanteils (integriert, integrativ oder generalistisch) oder etwa bezogen auf die Berufsabschlüsse und die Dauer der Ausbildung. Um Aufschluss darüber zu erhalten, welche Reformelemente sich bewährt oder nicht bewährt haben, wäre eine begleitende Gesamtevaluation aller Reformprojekte Seitens des Gesetzgebers anzuraten gewesen, um über die Umsetzungsebene der einzelnen Projekte hinaus Hinweise auf eine zukunftsfähige Pflegeausbildung zu erhalten. Dies ist aus unterschiedlichen Gründen nicht erfolgt.

Die vorliegende Studie liefert - sozusagen im Nachhinein - erstmals Ergebnisse einer zusammenfassenden Auswertung bereits abgeschlossener Reformmodelle, die an Pflegeschulen durchgeführt wurden. Die empirischen Daten zeigen auf, dass ein wesentliches Ziel der Modellvorhaben, die Aufhebung der bisherigen Trennung der Pflegeausbildungen in Alten-, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu erreichen, als realistische Option angesehen werden kann. Dabei haben sich die Modellprojekte im zeitlichen Verlauf von einem eher geringen Integrationsanteil (integrierte Ausrichtung) hin zu einem hohen Integrationsanteil im Sinne eines einheitlichen Berufsfelds Pflege (generalistische Ausrichtung) entwickelt. In einer modernen Pflegeausbildung stehen demnach eine Gesundheits-, Personen- und Prozessorientierung im Mittelpunkt, die unabhängig der Systematik nach Altersgruppen Phänomene der Pflege, Pflegekonzepte und die individuelle Betrachtung des Menschen und seiner sozialen Bezüge fokussiert.

Darüber hinaus orientierten sich die Modellvorhaben an Qualitätskriterien, die als zukunftsweisend für die Pflegeausbildung gelten und die weit über die in den neuen Berufsgesetzen festgeschriebenen Maßnahmen, z. B. die Betonung von präventiver, rehabilitativer und palliativer Pflege oder die Neustrukturierung der Unterrichtsinhalte in fächerübergreifende Themenbereiche (Bundesgesetzblatt 2003, Teil I Nr. 55: 2268), hinausgehen. So werden neben der Anwendung zukunftsorientierter didaktisch-methodischer Prinzipien und der Förderung erweiterter pflegeberuflicher Kompetenzen ebenso Maßnahmen zur Bildung von Lernortkooperationen, Nachwuchssicherung und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs berücksichtigt.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse mit den in den Reformmodellen erfolgreich umgesetzten bzw. zur Optimierung vorgeschlagenen Modellelementen wird im Folgenden ein zukunftsfähiges Best Practice-Modell abgeleitet, welches für die Übernahme in die Regelausbildung empfohlen wird. In diesem Zusammenhang werden zunächst die zentralen Merkmale eines Best Practice-Modells auf curricularer und pflegepraktischer Ebene skizziert, um daran anschließend im Rahmen der Darlegung der Konsequenzen, die mit der Übernahme eines solchen Modells in den Regelbetrieb verbunden sind, Empfehlungen auf der strukturell-systemischen Ebene zu formulieren.

Folgende zentrale Merkmale kennzeichnen ein Best Practice-Modell der Pflegeausbildung:

- **Aufhebung der Trennung zwischen Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**

Die Ergebnisse der integriert, integrativ und generalistisch ausgerichteten Ausbildungsmodelle bestätigen das Vorhandensein großer gemeinsamer Schnittmengen zwischen den Pflegeberufen. Zudem wird ein hoher zukünftiger Bedarf an altersübergreifenden Qualifikationsprofilen und Einsatzmöglichkeiten auf dem pflegerischen Arbeitsmarkt prognostiziert. Ein Best Practice-Modell berücksichtigt demnach neue Aufgabenzuschnitte und Verantwortungsbereiche zukünftig Pflegenden und stellt die Vermittlung von Ausbildungsinhalten in den Vordergrund, die sich auf das Grundsätzliche beziehen bzw. theoretisch abgeleitete Prinzipien werden entsprechend alters- und kontextbezogen modifiziert.

- **Implementierung eines modularisierten Curriculums mit einem entsprechenden Kreditpunktesystem unter Berücksichtigung einer praxisorientierten Curriculumgestaltung**

Im Best Practice-Modell kommt ein modularisiertes Curriculum mit einem Kreditpunktesystem, das sich am europäischen Qualifikationsrahmen orientiert und somit eine nationale und internationale Vergleichbarkeit gewährleistet, zur Anwendung. Die Vorteile einer modularisierten Pflegeausbildung liegen vor allem in der flexiblen und schnellen Anpassungsfähigkeit an die sich wandelnden Anforderungen des Gesundheitssystems. So können einzelne Module einfacher modifiziert bzw. neu konstruiert werden als einen gesamten Ausbildungsgang zu verändern. Zudem können in einer modularisierten Pflegeausbildung, in Verbindung mit einem entsprechenden Kreditpunktesystem, welches an den untersuchten Hochschulen vielfach bereits existiert, die erbrachten Leistungen (Module) angerechnet werden. Hierdurch wird eine Durchlässigkeit auch in andere (Berufs-) Bildungsgänge sichergestellt und weitere Karrierewege können flexibler im Kontext individueller Lebensgestaltung und lebenslangen Lernens (life long learning) organisiert sowie zeitlich deutlich reduziert werden (Stöver 2009; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2009; DBR 2007).

Eine praxisorientierte Curriculumgestaltung im Sinne von Best Practice setzt voraus, dass eine explizite Mitwirkung von Pflegepraktiker/innen und Praxisanleiter/innen am Entwicklungsprozess stattfindet⁶⁵, um die aktuelle Situation und die Herausforderungen im Pflegealltag zu fokussieren und durch den aktiven

⁶⁵ wie z. B. BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Rheinland-Pfalz: Weiterentwicklung der Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege.

Einbezug der Pflegenden zugleich eine hohe Transparenz und breite Akzeptanz in der Praxis zu schaffen.

▪ **Pflegetheoretische Fundierung der Ausbildungskonzeption**

Eine pflegetheoretisch und -pädagogisch begründete Ausbildungskonzeption ist ein zentrales Merkmal eines Best Practice-Modells, da zukünftig einer wissenschaftlich fundierten Basis der Ausbildung eine bedeutende Rolle zugemessen wird. Eine pflegetheoretische und -wissenschaftliche Fundierung wird eine wesentliche Notwendigkeit darstellen, um für gegenwärtige und zukünftige Anforderungen des Berufes, z. B. für die Ausübung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen sowie für eine systematische Organisationsgestaltung, Pflegecontrolling und Risikomanagement adäquat zu qualifizieren. Dies gilt auch vor dem Hintergrund der geforderten Tätigkeitsübertragung vormals ärztlicher Aufgaben (Sachverständigenrat 2007; Görres 2008; Stöver 2009).

▪ **Anwendung zukunftsorientierter didaktisch-methodischer Prinzipien in Form von selbstständiger Aneignung von Lerninhalten (z. B. Problemorientierung, Handlungsorientierung, Exemplarik)**

Eine kompetenzorientierte Ausrichtung der Lehr-/Lernarrangements und deren Umsetzung in Form von selbstorganisierten Lernprozessen tragen dazu bei, die Auszubildenden zu motivieren, sich mit aktuellen Problemen und deren Lösungen auseinanderzusetzen und sich fehlendes Wissen in eigener Initiative anzueignen. Aus pflegepädagogischer Sicht berücksichtigt ein Best Practice-Modell diese neuen Wege der Wissensaneignung, denn Pflegenden benötigen für ihre Arbeit in interdisziplinären Teams und zur Bewältigung situativ stark wechselnder Anforderungen sowie aufgrund der zunehmenden Komplexität der Pflegesituationen ausgeprägte Kompetenzen insbesondere in diesen Bereichen. Zudem initiieren die methodisch-didaktischen Prinzipien Selbstlernprozesse, die, im Sinne lebenslangen Lernens, eine kontinuierliche Anpassung zwischen veränderten Anforderungen und dementsprechenden Qualifizierungen sicherstellen (Robert Bosch Stiftung 2000; Stöver & Weiss 2007; Kerngruppe Curriculum 2006).

▪ **Vermittlung eines erweiterten Kompetenzprofils: planen, entwickeln, diagnostizieren, beraten, evaluieren, koordinieren, steuern etc. und Gewährleistung von Praxiseinsätzen in diesen Bereichen**

Durch die Vermittlung und nachhaltige Förderung erweiterter pflegeberuflicher Kompetenzen werden zukünftig Pflegenden adäquat auf gesellschaftlich notwendige, gesundheitspolitisch geforderte und zunehmend komplexer werdende Aufgaben und Handlungsfelder vorbereitet. Pflegeberufliche Bildung im Sinne von Best Practice ermöglicht den Erwerb breiter Handlungskompetenzen (z. B. planen, entwickeln, diagnostizieren ...) verbunden mit der Entwicklung zur Selbst- und Mitbestimmungsfähigkeit. Zudem wird durch eine systematische Ausweitung der bisherigen Praxiseinsatzorte in Richtung Beratung, Anleitung und Steuerung sichergestellt, dass diese Kompetenzen trainiert bzw. gefestigt werden.

▪ **Entwicklung eines pflegetheoretisch begründeten Kompetenzmodells**

Idealerweise sollten die zugrunde gelegten Konzepte eine ausdifferenzierte pflegetheoretische Fundierung aufweisen, wie sie in einem Modell beispielhaft entwickelt wurde⁶⁶. Im Rahmen eines Best Practice-Modells werden Kompe-

⁶⁶ Modellprojekt Stuttgart: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell

tenzdimensionen und deren Operationalisierungen in einen Gesamtzusammenhang pflegerischen Handelns eingebunden und theoretisch begründet. Hierdurch können Kompetenzbereiche genau definiert und voneinander abgegrenzt werden.

Für den Reformprozess der Pflegeausbildung, insbesondere hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsberufe mit einem Pool an Kompetenzprofilen - beispielsweise von drei- und zweijährig Ausgebildeten⁶⁷, Absolventen/innen von dualen und grundständigen Pflegestudiengängen sowie Pflegenden mit Weiterbildungsqualifikationen – erscheint es angeraten, Kompetenzdimensionen und deren Operationalisierungen in einen Gesamtzusammenhang pflegerischen Handelns einzubinden und theoretisch zu begründen. Diskussionswürdig für eine Nutzung erscheint das von Raven (2006) entwickelte Modell pflegerischer Handlungskompetenz, welches die Dimensionen „Wissenschaftliche Kompetenz“ und „Hermeneutisch-lebenspraktische Kompetenz“ mit operationalisierten Teilkompetenzen im Rahmen einer pflegerischen Handlungsperformanz einbindet (Stöver 2009).

- **Konsequente Einbindung präventiver und gesundheitsfördernder pflegerischer Aufgaben in die Ausbildungskonzeption und Bereitstellung von Praxiseinsatzorten**

Entscheidend ist dabei, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur in der Konzeption als Ausbildungsinhalte festgeschrieben, sondern konsequent als Schwerpunkte der Pflegeausbildung deutlich werden. Dies kann zum Beispiel in Form spezieller Praxisprojekte in neuen Handlungsfeldern geschehen (z. B. „Projekt: Gesundheitstag in einem integrativen Kindergarten“)⁶⁸. Zentral dabei ist im Rahmen einer Etablierung neuer Aufgaben- und Handlungsfelder der Pflege eine systematische Ausweitung der Praxiseinsätze, die traditionell überwiegend in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen stattfinden. Neue Einsatzorte könnten z. B. im Bereich der Gesundheitsberatung, -förderung, -erziehung, Prävention bzw. des Pflege-, Qualitäts- und Schnittstellenmanagements liegen. Eine Pflegeausbildung ist dann zukunftsfähig, wenn sie ein breites Spektrum an Einsatzbereichen innerhalb innovativer pflegerischer Handlungsfelder anbietet (z. B. Beratungsstellen, Krankenkassen, Kindertagesstätten, Arztpraxen etc.) und damit einen Blick öffnet für potenzielle Aufgabengebiete, die über die klassischen Arbeitsbereiche in Kliniken, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten hinausgehen. Insofern geht es i. S. von Best Practice nicht nur um eine vertikale Durchlässigkeit von Bildungsabschlüssen, sondern auch um eine horizontale Durchlässigkeit die Einsatzbereiche betreffend.

- **Pflegetheoretische Fundierung einer Personen- bzw. Patientenorientierung unter Berücksichtigung von Konzepten wie Salutogenese, Empowerment, Disease Management etc.**

Ein Best Practice-Modell berücksichtigt eine theoretisch begründete und praktisch wirksame Personen- bzw. Patientenorientierung und überprüft neue Ansätze wie Salutogenese und Empowerment, um gemeinsam mit der Pflegepra-

⁶⁷ Hier greift auch die aktuelle Diskussion um zweijährige Ausbildungsgänge für Personen mit Hauptschulabschluss, wie das Robert Bosch Krankenhaus dies modellhaft erprobt.

⁶⁸ BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Nordrhein-Westfalen: Weiterentwicklung der Pflegeberufe – Erprobung einer Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit generalistischem Ansatz.

xis neue Handlungsstrategien für gesundheitsfördernd-edukativ ausgerichtete Aufgabenzuschnitte zu entwickeln. Die zugrunde gelegten Konzepte sollten über die Benennung in den Ausbildungszielen hinaus als Schwerpunkte in der gesamten Ausbildung vermittelt und im Rahmen von Projekten (z. B. „*Case- und Caremanagement*“)⁶⁹ intensiviert werden. Damit verbunden ist eine Erweiterung der Basisqualifikation um beratende und fördernde Kompetenzen. Aufklären, informieren, Wissen vermitteln, Angehörigenbetreuung, Ressourcenerschließung usw. sind Aufgaben einer präventions- und gesundheitsorientierten Pflege, die in einer zukunftsorientierten Pflegeausbildung deutlicher als bisher hervorzuheben sind (Stöver 2009).

- **Bildung von Lernortkooperationen mit festgeschriebenem Anforderungsprofil der beteiligten Einrichtungen sowie Facharbeitskreisen unter Einbezug von Pflegepraktiker/innen**

Die Bildung von Lernortkooperationen mit verbindlich festgeschriebenem Anforderungsprofil für die beteiligten Einrichtungen sowie regelmäßig stattfindende Facharbeitskreise unter Einbezug von Pflegepraktiker/innen / Pflegeexperten/innen gewährleisten einen nachhaltigen Theorie-Praxis-Transfer. Erstrebenswert wäre zur Bewältigung zukünftiger Ausbildungsanforderungen, insbesondere zur Herausbildung eines professionellen und wissenschaftsorientierten Selbstverständnisses der Auszubildenden, eine angemessene finanzielle Honorierung der Pflegenden für ihre Arbeit in den Facharbeitskreisen, wie sie in einem Modellprojekt beispielgebend realisiert wurde⁷⁰.

- **Entwicklung geeigneter Theorie-Praxis-Instrumente wie Lerninseln, Lernlabore und Skillslabs**

Ein Best Practice-Modell gewährleistet den Einsatz von arbeitsplatzbezogenen Lernangeboten, z. B. in Form von Lerninseln, die den Arbeits- und Lernort optimal verbinden und in denen berufliche Anforderungen innerhalb des realen stationären Pflegegeschehens bewältigt und trainiert werden können. Zudem werden Maßnahmen zur Etablierung von Lernlaboren bzw. Lernwerkstätten oder Skillslabs bzw. Lernen mittels simulierter Pflegesituationen zur Ausbildung pflegepraktischer Handlungssicherheit und -routine und zur Sicherstellung eines größtmöglichen Wissenstransfers ergriffen. Darüber hinaus sind an dieser Stelle Konzepte und Instrumente mit innovativem Charakter gefragt, wie etwa die Initiierung von Projekten in Kooperation mit Krankenkassen und Herstellerfirmen aus dem Medizin- und Pflegebereich zur gemeinsamen Bearbeitung konkreter Fragestellungen aus der Praxis der Gesundheitsversorgung⁷¹.

Die Etablierung arbeitsplatznaher Lernangebote, wie z. B. die o. g. Lerninseln, Lernlabore bzw. Lernwerkstätten oder Skillslabs, sind ebenso wie intensive Anleiter/innenkonzepte zu überprüfen.

- **Öffentlichkeitsarbeit und öffentlichkeitswirksame Aktionen von Seiten der Bildungseinrichtungen, Initiierung von Praxisprojekten**

Ein besonderer Beitrag zur Akzeptanzförderung in der Praxis kann dadurch gelingen, dass in enger Zusammenarbeit mit der Pflegepraxis bestehende Prob-

⁶⁹ BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Hessen: Pflege in der Lebensspanne.

⁷⁰ BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Niedersachsen: MIKA – Modellprojekt Integrierte Gesundheits- und Kranken- /Altenpflegeausbildung.

⁷¹ BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Baden-Württemberg: Integrierte Ausbildung in der Pflege.

leme bearbeitet und Lösungen entwickelt oder hilfreiche Instrumente für die Praxis erstellt werden (z. B. Anfertigung einer Broschüre als Hilfsmittel in Beratungssituationen)⁷².

▪ **Gründung internationaler Schulpartnerschaften zur Förderung von Wahleinsätzen im Ausland**

Entscheidend ist, dass Auslandseinsätze nicht nur ermöglicht werden, sondern dass die Auszubildenden gezielt Unterstützung und Ermutigung erhalten, internationale Praxiserfahrungen zu sammeln. In einem Modell wurde dieses Ziel im Sinne von Best Practice vorbildhaft verfolgt⁷³.

8.

Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Pflegeausbildung auf der Grundlage empirischer Daten

Mit einer nachhaltigen Übertragung des im vorangegangenen Kapitels vorgestellten Best Practice-Modells in den Regelbetrieb sind folgende Empfehlungen bzw. Handlungserfordernisse auf der strukturell-systemischen Ebene verbunden:

Neuentwicklung der Pflegeausbildung durch Zusammenführung der bislang getrennten Pflegeausbildungsberufe innerhalb einer dreijährigen modular aufgebauten generalistischen Ausbildung im Sinne eines „allgemeinen“ Pflegeberufs („General Nursing“) unter Auflösung der bisherigen traditionellen Berufsbilder

Begründung:

Es besteht allgemeiner Konsens, dass aktuell und zukünftig Pflegende zur Bewältigung zunehmend komplexer werdender Pflegesituationen in sehr heterogenen Settings ein Kompetenzprofil benötigen, das weit über die bisherige Systematik nach Altersgruppen der Pflegeempfänger hinausgeht. Zudem wurde das Vorhandensein großer gemeinsamer Schnittmengen zwischen den Gesundheits- und Pflegeberufen bereits in zahlreichen Studien nachgewiesen (BMFSFJ 2008; Görres et al. 2006; Oelke & Menke 2002). Die empfohlene generalistische und modular angelegte Ausbildung berücksichtigt berufspolitische Entwicklungen und Trends, die mehrheitlich einen allgemeinen Pflegeberuf befürworten, auch im Zusammenhang mit einer europäischen Angleichung im Sinne einer gegenseitigen Anerkennung der Qualifikationen (DBR 2007; Deutscher Verein für öffentliche Fürsorge e. V. 2009; DPR 2009; Weidner & Rottländer 2009; Müller 2009).

⁷² BMFSFJ, Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“, Projekt Rheinland-Pfalz: Weiterentwicklung der Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege.

⁷³ Modellprojekt Generalistische Pflegeausbildung: Das Berliner Modell.

Ergebnisse:

- Die unterschiedlichen Modelltypen (integriert, integrativ, generalistisch) führen gleichermaßen zu hohen beruflichen Handlungskompetenzen im Vergleich zu traditionell Ausgebildeten: Die Modellabsolventen/innen verfügen über gut ausgebildete Basiskompetenzen, hohe Analyse- und Reflexionsfähigkeit sowie über eine hohe Flexibilität und Motivation zum lebenslangen Lernen. (vgl. Kap. 5.3).
- Entwicklungspotenziale wurden modellübergreifend im Bereich der Fachkompetenz im instrumentellen Sinne gesehen, die sich aber durch ein gutes Praxiscurriculum und zukünftig verstärkt angelegte arbeitsplatzbezogene Lernangebote bereits in der Ausbildung bzw. nach der einheitlichen Pflegeausbildung in punktuellen Fort- und Weiterbildungsqualifizierungen kompensieren ließen.
- Das erreichte Kompetenzspektrum der Absolventen/innen bestätigte trotz der o. a. Entwicklungspotenziale deren Arbeitsmarktfähigkeit: Die erworbenen Kompetenzen der Absolventen/innen decken sich fast ausnahmslos mit dem ermittelten zukünftigen Kompetenzbedarf der befragten Praxisvertreter/innen.

Schaffung einer einheitlichen Berufsbezeichnung und Ausbildungsfinanzierung

Begründung:

Im Rahmen einer neu gestalteten generalistischen Pflegeausbildung gilt es, eine hohe Akzeptanz in der Pflegepraxis bzw. auf dem Pflegearbeitsmarkt herzustellen. Die Voraussetzung hierfür wird in der Vereinheitlichung der Berufsbezeichnung und der Ausbildungsfinanzierung gesehen. In diesem Zusammenhang sind die beiden Berufsgesetze, die derzeit die Pflegeausbildungen nach Altersklientel separieren, auf der gesetzgeberischen Ebene zusammenzuführen. Damit wäre die Voraussetzung für einen einheitlichen Berufsabschluss mit uneingeschränkter Berufszulassung und Möglichkeit der Berufsausübung innerhalb der EU gegeben (Stöcker 2002; DBR 2007; BMFSFJ 2008). Zudem ermöglicht ein „generalistischer“ Berufsabschluss die Forcierung eines Perspektivenwechsels in den Praxiseinrichtungen, indem die Differenzierung des Pflegewissens und des berufspraktischen Könnens nach den bislang originären Berufsfeldern bzw. -abschlüssen abgelöst wird durch eine Sichtweise, die sich in erster Linie an den individuellen Bedürfnissen des Pflegeempfängers orientiert. Aus dem Auge zu verlieren ist allerdings nicht die zu erwartende Zunahme von Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität im Alter.

Ergebnisse:

- Die bestehenden gesetzlichen Vorgaben erschweren einen zeitlich befristeten Transfer von bewährten Modellen in den Regelbetrieb. Dies bestätigen die Ergebnisse der Befragungen der Schulen bzw. Ausbildungseinrichtungen (vgl. Kap. 5.6).
- Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Überleitung und Verstetigung der Modelle in die reguläre Pflegeausbildung wird nach Ansicht der Befragten insbesondere in der Schaffung gesetzlicher Grundlagen, die eine einheitli-

che Ausbildungsfinanzierung und Berufsbezeichnung festschreiben, gesehen.

Herstellung einer umfassenden Durchlässigkeit

Begründung:

Ein zukunftsorientierter Pflegeberuf gewährleistet eine vertikale und horizontale Durchlässigkeit, um das Prinzip des lebenslangen Lernens zu verstetigen und eine Steigerung der Karrieremöglichkeiten und EU-Kompatibilität zu erreichen. Hierdurch und vor allem durch die damit mögliche Verkürzung der Ausbildungszeiten kann die Attraktivität des Pflegeberufs in hohem Maße gesteigert und eine Konkurrenzfähigkeit im Wettbewerb mit anderen Ausbildungen, auch aus der Perspektive von männlichen Jugendlichen, erreicht werden. Diesen Aspekten wird vor allem in Hinsicht auf die notwendige Sicherstellung des Berufsnachwuchses (deutliche Abnahme der Alterskohorte potenzieller Bewerberinnen aufgrund gesunkener Geburtenraten eine hohe Bedeutung zugemessen (DBR 2007; Deutscher Verein für öffentliche Fürsorge e. V. 2009; DPR 2009; Stöver 2009). Dabei wird auch die Gewinnung neuer Zielgruppen - z. B. Hauptschüler für eine zweijährige Ausbildung - nicht außer Acht gelassen werden können.

Ergebnisse:

- Die Ergebnisse der Studie belegen den dringenden Handlungsbedarf im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer vollen Durchlässigkeit: Nur in fünf der insgesamt 42 untersuchten Modellen konnte mit dem Erwerb des Berufsabschlusses die Fachhochschulreife erworben werden.
- Zudem besteht Nachholbedarf im Rahmen der Möglichkeit, Leistungen auf spätere Qualifizierungsmaßnahmen anzurechnen, die innerhalb der Pflegeausbildung bzw. des -studiums oder Weiterbildungsmaßnahmen erbracht werden. Die Einführung eines Kreditpunktesystems wurde lediglich von sieben der insgesamt 42 analysierten Modelle berücksichtigt und hier in der Mehrzahl von den untersuchten Pflegestudiengängen.

Neukonzipierung des Weiterbildungssystems: An eine generalistische Erstausbildung schließt sich eine Spezialisierung in Form von modularisierten beruflichen Weiterqualifizierungen an zur Vorbereitung auf spezielle oder neue Handlungsfelder und Berufsrichtungen

Begründung:

Innerhalb der empfohlenen generalistischen Pflegeausbildung werden breite Basisqualifikationen bzw. ausbaufähige Grundlagen pflegeberuflicher Handlungskompetenz vermittelt, die später in Weiterbildungen oder Pflegestudiengängen differenziert und vertieft werden. Zur Vorbereitung auf spezielle Handlungsfelder bzw. pflegfachliche Schwerpunkte werden punktuelle Weiterbildungsgänge (Spezialisierungen) entlang arbeitsspezifischer Anforderungen, Versorgungsbedarfe oder -settings angeraten: z. B. für die Bereiche rehabilitative, kurative, präventive und palliative Pflege sowie pädiatrische, gerontologi-

sche und psychiatrische Pflege. Dadurch wird der Forderung nachgekommen, spezifische Qualifikationen aus den bislang getrennten Ausbildungsgängen durch Schwerpunktsetzung zu erhalten (Dielmann 2009; Kerngruppe Curriculum 2006; Bischoff-Wanner & Reiber 2006; Robert Bosch Stiftung 2000). Dies geschieht jedoch nicht mehr wie bislang im Rahmen der Erstausbildung, sondern in einem neu zu gestaltendem modularisierten Weiterbildungssystem, welches flexibel auf veränderte Bedarfe und Handlungsfelder reagieren kann. Zu beachten ist dabei, dass unabhängig vom Grad der Generalisierung und Spezialisierung Interprofessionalität und vernetztes Handeln unabdingbare übergreifende Kompetenzen sind.

Ergebnisse:

- In den befragten Einrichtungen wird ein Bedarf sowohl an „Generalisten“ (Pflegekräften mit breitem Basiswissen) als auch an „Spezialisten“ (speziell für ein Fachgebiet geschulten Pflegekräften) festgestellt.
- Es wird in den Einrichtungen neben Koordinierungs- und Vernetzungsfähigkeiten sowie personalen und sozialen Kompetenzen vor allem eine „hohe Fachkompetenz“ als zukünftig pflegerische Kompetenz benötigt. Diese beinhaltet neben umfassendem Wissen und Können auch spezielle Anteile, die für das jeweilige Handlungsfeld benötigt werden.

Einheitliche und vergleichbare Qualifizierung von Lehrenden sowie höhere Qualifizierung der Ausbilder/innen

Begründung:

Mit der Sicherstellung einer hohen pflegeberuflichen Bildung sind zwangsläufig veränderte Qualifikationen der beteiligten Lehrenden und Ausbilder/innen verbunden. Der Gesetzgeber hat dies zwar in der jüngsten Gesetzesnovellierung (KrPflG 2004) dadurch berücksichtigt, dass für die Pflegelehrer/innen ein Hochschulniveau und für die Praxisanleiter/innen eine Zusatzqualifikation festgeschrieben wurde. Dabei beschreitet die Pflegelehrer/innenbildung allerdings wieder einen Sonderweg, indem sie mehrheitlich nicht an den vorhandenen Qualifikationsstrukturen der Berufsschullehrer/innen an Universitäten angepasst ist (Robert Bosch Stiftung 2000; Bischoff-Wanner & Reiber 2006; DBR 2007; Stöver 2009).

Gleichzeitig wird empfohlen, die Qualifizierung der Ausbilder/innen an den veränderten Anforderungen einer praktischen Ausbildung über das bisherige Verständnis hinaus, beispielsweise in den Bereichen Lernberatung, Initiierung von Reflexionsprozessen und Gestaltung informeller Lernprozesse, anzupassen. Dabei wird angeraten, die Qualifizierung der Praxisanleiter/innen einheitlich und somit vergleichbar, z. B. in Form von modularisierten Weiterbildungsmaßnahmen und deutlich über die festgeschriebenen 200 Stunden zu determinieren (KrPflAPrV 2004, Absatz 2). Empfehlenswert erscheint eine Freistellung von berufspädagogisch qualifizierten Ausbilder/innen für den Umfang ihres Lehrdeputats mit festgelegten Mindestanleitungszeiten, die es ordnungspolitisch festzuhalten gilt (Stöver 2009).

Ergebnisse:

- Zentrale Voraussetzungen für einen erfolgreichen Transfer der bislang noch nicht überführten Modelle in den Regelbetrieb lagen nach Einschätzung der Projektbeteiligten u. a. in einer entsprechenden Qualifizierung der Lehrenden und Praxisanleiter/innen.
- Die Qualifizierung der Ausbilder/innen in der Praxis wurde neben der Entwicklung von Praxisinstrumenten als Maßnahmen für einen nachhaltigen Theorie-Praxis-Transfer in den untersuchten Modellen erfolgreich eingesetzt.

Zusammenfassend betrachtet ist es im Rahmen der Studie gelungen, zentrale Elemente der gegenwärtigen Reformbewegung zur Pflegeausbildung abzubilden und bereits erzielte Innovationen im Sinne von Best Practice auszuwerten. Darüber hinaus konnten auf der Grundlage der empirischen Daten wesentliche Aussagen und Handlungsempfehlungen zu zukunftsfähigen Ausbildungsstrukturen formuliert werden. Diese Vorschläge verstehen sich als Diskussionsgrundlage im Rahmen des aktuellen berufspädagogischen und bildungspolitischen Reformdiskurses bzw. als Impulsgebung auf gesetzgeberischer Ebene. Nun bedarf es einer weiterführenden politischen Diskussion, um eine Reform der ausbildungsregelnden Berufsgesetze vor dem Hintergrund einer dringend notwendigen Sicherstellung des Berufsnachwuchses bei abnehmenden Bewerber/innenzahlen und dem gleichzeitigen steigenden Bedarf an professionellen Pflegeleistungen zu forcieren.

Literatur

- bbaktuell (2004):** Geschlechtertypisches Berufswahlverhalten? <http://www.bbaktuell.ch/pdf/bba2361.pdf> , Stand 09/2009
- BGB1 (Bundesgesetzblatt) Teil 1 Nr. 36 (2003):** Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung weiterer Gesetze (KrPFG) v. 21.07.2003, S. 1442-1458
- BGB1 (Bundesgesetzblatt) Teil 1 Nr. 55 (2003):** Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPfAPr) v. 19.11.2003, S. 2263-2273
- Bielefeld, B. & Noska, M. (2006):** Evaluation von Pflegecurricula – Ein Instrument zur vergleichenden Beschreibung und Bewertung anhand von Curriculumdokumenten. In: *PrinterNet*, 11/2006, S. 581-591
- Bischoff-Wanner, C.; Reiber, K. (2006):** Studiengänge mit Bachelor und Master in der Pflege in nationaler und internationaler Perspektive. Ein hochschuldidaktisches Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Abschlussbericht. www.dr-reiber.de/dokumente/Abschlussbericht-Endfassung.pdf, Stand 01/2009
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2008):** Pflegeausbildung in Bewegung – Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. http://www.pflegeausbildung.de/ergebnisse_und_materialien/PiB_Abschlussbericht.pdf
- Bortz, J.; Döring, N. (2003):** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin; Heidelberg; New York: Springer
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (2007):** Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe 2006. München: Urban & Fischer
- Deutscher Pflegerat (DPR) (2009):** Memorandum zur Pflegebildung. <http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/BDEE1037FC7F5143C12575C6005B1964>, Stand 09/2009
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2009):** Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen. http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/2009/marz/Weiterentwicklung_der_Pflegeausbildungen/, Stand 09/2009
- Dielmann, G. (2009):** Keine brauchbaren Erkenntnisse. Modellversuche zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. In: *Dr. med. Mabuse*, 179, Mai / Juni 2009. S. 46-47
- Görres, S. (2008):** Akademisierung der grundständigen Ausbildung in der Pflege. Hohe Pflegequalität durch mehr Kompetenz. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 5, S. 447-449
- Görres, S.; Böckler, U. (2004):** Innovative Potenziale und neue Märkte für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege – Ergebnisse einer Delphistudie. In: *Pflege*, 2, S. 105-112
- Görres, S.; Bohns, S.; Krippner, A.; Stöver, M. (2001):** Organisationskulturen gestalten. Modellprojekt „Integrierte Pflegeausbildung in Bremen“. In: *Pflegemagazin*, 2, S. 48-55
- Görres, S.; Krippner, A.; Stöver, M.; Bohns, S. (Hrsg.) (2006):** Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Das Modellprojekt Integrierte Pflegeausbildung in Bremen im Diskurs. Wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen. Lage: Jacobs
- Görres, S.; Wicha, I. (2005):** Modellprojekte vernetzen. In: *Pflege aktuell*, 1, S. 8-11
- Hammer, E.; Bartjes, H. (2005):** Mehr Männer in den Altenpflegeberufen. <http://www.neue-wege-fuer-jungs.de/content/download/3851/32192/file>, Stand 09/2009
- Hanika, H.; Roßbruch, R. (2007):** Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. In: *Pflege* 2007, S. 52-64 (1. Teil), S. 103-114 (2. Teil) und S. 203-213 (3. Teil)

- Huber, J. (2002):** Pflegeausbildung im berufsbildenden System der Länder. In: Stöcker, G.: *Bildung und Pflege: Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung*. Hannover: Schlütersche, S. 167-201
- Kerngruppe Curriculum (Hrsg.) (2006):** Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell®. Pflegeberuflicher und pädagogischer Begründungsrahmen. Winklers Verlag, Darmstadt
- Lamnek, S. (1998):** Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim: Beltz
- Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; De Jong, A.; Them, C.; Selinger, Y.; Schön, P. (2005):** Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche
- Mayring, P. (2000):** Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(2), Art. 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>, Stand 06/2009
- Mayring, P. (1997):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6. Aufl., Weinheim: Beltz
- Müller, K. (2009):** Trends in der Pflegebildung: Ergebnisse deutscher Modellprojekte. In: *PrInterNet*, 04/2009, S. 197-200
- Oelke, U.; Menke, M. (2002):** Gemeinsame Pflegeausbildung: Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Huber
- Pätzold, G. (2004):** Lernortkooperation im Lernfeldkonzept, In: *PrInterNet*, 1, S. 5–13
- Raven, U. (2006):** Pflegerische Handlungskompetenz – Konsequenzen einer Begriffsklärung. In: *PrInterNet*, 1, S. 22-27
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000):** Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer
- Stöcker, G. (2004):** Es gibt noch viel zu tun – Ausbildungen in den Pflegeberufen: Was trennt, was verbindet Europa? In: *Heilberufe*, 5, S. 14-15
- Stöcker, G. (2003):** Wie innovativ ist das neue Krankenpflegegesetz? In: *Die Schwester Der Pfleger*, 8, S. 618-624
- Stöcker, G. (2002):** Bildung und Pflege: Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Hannover: Schlütersche
- Stöver, M. (2009):** Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Dissertation an der Universität Bremen
- Stöver, M.; Schmitt, S.; Görres, S. (2008):** Relevanz und Tragweite der Integrativen Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell. Ergebnisse der externen Evaluation. In: *PrInterNet*, 6, S. 325-331
- Stöver, M.; Weiss, S. (2007):** Wahrnehmung von Tätigkeitsspielräumen in der Pflegepraxis. Relevanz und Nutzen für die Pflegeausbildung. Saarbrücken: VDM
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007):** Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de>, Stand 06/2009
- Weidner, F.; Rottländer, R. (2009):** „Umfassend qualifizierte Pflegekräfte“ - Erkenntnisse zur Zusammenführung der Pflegeausbildungen. In: *Dr. med. Mabuse*, 179, Mai / Juni 2009, S. 42-45
- Widmer, T. (2006):** Meta-Evaluation. Kriterien zur Bewertung von Evaluationen. Bern; Stuttgart; Wien: Paul Haupt
- Wittneben, K. (1992):** Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. 2. Aufl., Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH