

Deutscher Bildungsrat  
für Pflegeberufe (Hrsg.)

**Handlungsleitende  
Perspektiven...**

**...zur Gestaltung der beruflichen  
Qualifizierung in der Pflege**

# Pflegebildung *offensiv*



**Arbeitsgemeinschaft  
christlicher Schwesternverbände  
und Pflegeorganisationen  
in Deutschland e. V. (ADS)**

**BLGS**  
Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe

Stark für  
die Pflege

**DBfK**  
Deutscher Berufsverband  
für Pflegeberufe



**Verband der  
Schwesternschaften  
vom DRK e. V.**

**Verfasser:**

Rainer Ammende, München  
Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, Hamburg  
Prof. Dr. Johann Keogh, Fulda  
Dr. Klaus Müller, Bielefeld  
Dr. Margarete Reinhart, Berlin  
Gertrud Stöcker, Grevenbroich

**Impressum**

Herausgeber  
Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR)  
c/o Salzufer 6, 10587 Berlin

**[www.bildungsrat-pflege.de](http://www.bildungsrat-pflege.de)**

**Grafische Umsetzung**

vincent.dilg.design. [[www.burning-ideas.com](http://www.burning-ideas.com)]

Nachdruck und Veröffentlichungen, auch über elektronische Medien,  
nur mit Genehmigung des Herausgebers

Berlin, Februar 2010

	VORWORT	4
1	PFLEGEBERUFLICHE BILDUNG AN AUSBILDENDEN UND WEITERQUALIFIZIERENDEN LEHREINRICHTUNGEN DER PFLEGE.....	6
1.1	Pflegeberufliche Bildung im Kontext der Wissensgesellschaft.....	6
1.2	Generalistische Ausrichtung der Erstausbildung.....	7
1.3	Kompetenzorientierung.....	9
1.4	Kompetenzerwerb der Lernenden.....	10
2	PRAKTISCHE AUSBILDUNG IN LEHREINRICHTUNGEN DER PFLEGE.....	12
2.1	Einleitung.....	12
2.2	Die Metaebene: Ein Blick auf übergreifende Zielsetzungen geltender Gesetzgebung.....	12
2.3	Praktische Ausbildung im Rahmen der akademischen Erstausbildung in der Pflege im Ausland.....	15
2.4	Anforderungen an die praktische Ausbildung in Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung.....	19
2.5	Akkreditierung von ausbildenden Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.....	21
2.6	Notwendige Reformmaßnahmen für eine Weiterentwicklung der praktischen Pflegeausbildung.....	23
3	MÖGLICHKEITEN DER AUSBILDUNG DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE IN DER SYSTEMATIK UND DEN STRUK- TURELLEN VORGABEN EINES BACHELOR-STUDIENGANGS.....	24
3.1	Die strukturellen Voraussetzungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz als lenkende normative Vorgaben.....	24
3.2	Die strukturellen Voraussetzungen zur Ausgestaltung von Bachelor-Studiengängen nach dem Bologna-Prozess.....	26
3.3	Das European Credit Transfer System (ECTS) im Kontext der Neugestaltung der Studienstrukturen.....	27
3.4	Musterausbildung.....	30
3.5	Erläuterungen zur Musterausbildung.....	32
3.6	Zusammenfassung/Empfehlungen.....	33
4	MÖGLICHKEITEN EINES HEILBERUFEGESETZES.....	34
4.1	Terminologisches zu den Heilberufen.....	34
4.2	Direktes und indirektes Berufsrecht.....	34
4.3	Regelungsdefizite und Regelungsmöglichkeiten.....	36
4.4	Wirkungschancen eines Heilberufegesetzes.....	37
	LITERATUR.....	38

## Vorwort

Vor dem Hintergrund kontinuierlich wachsender Anforderungen an die Pflege steht die Pflegebildung seit vielen Jahren vor der Herausforderung, sich weiterzuentwickeln und das Bildungsniveau kontinuierlich anzuheben. Die an vielen Bildungseinrichtungen stattgefundenene Entwicklung von Curricula kann als Ausdruck dafür gewertet werden. Nachhaltig gefördert und intensiviert wurden diese Entwicklungen durch die Reform der Ausbildungsgesetze, d. h. die Novellierung des Krankenpflegegesetzes und die Einführung eines bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes im Jahr 2003. Neben der Erweiterung des pflegerischen Handlungsspektrums um z. B. Aufgaben in den Bereichen Anleitung, Schulung, Beratung sowie Gesundheitsförderung und Prävention, wurde in diesem Zusammenhang auch ein pädagogisch-didaktischer Paradigmenwechsel eingeleitet. Einerseits wurden die Ausbildungen am Erwerb von übergreifenden Kompetenzen ausgerichtet, andererseits die Stoffsystematik nach Lernfeldern organisiert. Kompetenzorientierung und Lernfelddidaktik bedingten gleichzeitig eine weitergehende Abkehr vom Frontalunterricht und stattdessen den Ausbau selbstbestimmter, erfahrungs- und handlungsorientierter Lernformen wie z. B. dem Problembasierten Lernen, dem projektorientierten Unterricht, Felderkundungen oder dem Erarbeiten und Präsentieren von Referaten.

Die im Jahr 2003 neu geschaffenen Ausbildungsgesetze unterstrichen die Notwendigkeit der Verbesserung der Pflegebildung, indem sie eine sogenannte Modellklausel enthielten, die dazu aufforderte, Modellversuche zur Weiterentwicklung der Pflegebildung durchzuführen. Insgesamt rund 42 Bildungseinrichtungen haben diesen Wunsch aufgegriffen und zu unterschiedlichen strukturellen, inhaltlichen und methodisch-didaktischen Aspekten (Curriculumentwicklung, gemeinsame Ausbildung der Berufe, generalistisches Berufsprofil, Ausbildung an Hochschulen, Problembasiertes Lernen usw.) neue Konzepte entwickelt und erprobt. Dank des Engagements und der Förderung seitens der Robert-Bosch-Stiftung konnten vor kurzem die Ergebnisse einer einheitlichen Befragung dieser 42 Modellprojekte vorgestellt werden. Die von Frau Dr. Martina Stöver und Herrn Prof. Dr. Stefan Görres vom Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen durchgeführte Untersuchung zeigt Trends auf, wie sich Pflegebildung in Deutschland weiterentwickeln wird (Stöver 2009). So wird auf Ebene der curricularen Entwicklungen eine hohe inhaltliche Überschneidung der bislang getrennten Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege deutlich, sodass eine Zusammenführung der Berufe auf curricularer Ebene zu einem generalistischen Pflegeberuf (General Nurse) sinnvoll erscheint und auch von den Arbeitgebern, die neben den bisherigen Spezialisten auch Generalisten benötigen, befürwortet wird. Darüber hinaus zeigt sich, dass Lernende, die nach erweiterten Curricula mit neuen Methoden ausgebildet worden sind, ein erweitertes Kompetenzprofil aufweisen mit stärker ausgeprägten sozial-kommunikativen, personalen und methodischen Kompetenzen. Auch die akademische Erstausbildung stellt sich als ein erfolgreicher Bildungsweg dar. Die Untersuchung zeigt aber auch, dass die neuen Formen der Ausbildung dazu führen können, dass die Berufsangehörigen bei den Lernenden weniger reproduzierbares Fachwissen und weniger Handlungsroutine wahrnehmen. Dies macht deutlich, dass auch am Lernort Praxis die Ausbildung weiterentwickelt werden muss.

---

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe hat den Bedarf der Weiterentwicklung der Pflegebildung sehr frühzeitig aufgegriffen und mit seinem Bildungskonzept Pflegebildung offensiv bereits im Jahr 2007 einen umfassenden Entwurf zukunftsfähiger Bildungsstrukturen für die Pflegebildung vorgelegt. Dieses grundlegende Konzept wurde im Jahr 2009 durch Ausführungen zur Weiterqualifizierung unter dem Titel Weiterqualifizierung offensiv ausgebaut. Mit der vorliegenden Veröffentlichung „Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege“ greift der DBR den Aspekt der Gestaltung des Lernens am Lernort Praxis auf, vertieft den Themenstrang der akademischen Erstausbildung und präsentiert grundlegende Überlegungen zu einer gemeinsamen gesetzlichen Regelung der Ausbildung der Heilberufe.

Die Handlungsleitenden Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege adressieren Politiker und Berufsvertreter mit politischem Auftrag, Träger und Trägervertreter in Bildungseinrichtungen, Berufsverbände und andere an der Pflegebildung interessierten Personen und Organisationen.

Berlin, im November 2009

Gertrud Stöcker  
Vorsitzende  
Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe

# 1 Pflegeberufliche Bildung an ausbildenden und weiterqualifizierenden Lehreinrichtungen der Pflege

Pflegeberufliche Bildung findet an unterschiedlichen Lernorten statt. Neben den gewohnten Lernsettings von Berufsfachschule bzw. Hochschule sowie Krankenhaus und ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung sind mittlerweile Lernumgebungen getreten, welche das konkrete berufliche Handeln intensiv vorbereiten und die verschiedenen Wissenslogiken von Schule und Praxis verknüpfen sollen. Kernelement dieser neuen Lernsettings ist die Initiierung bewusster Lernprozesse bei jeder/m einzelnen Lernenden. Sie sollen dabei unterstützt werden – aufbauend auf vorhandenen Kompetenzen und fachwissenschaftlichem Wissen – eigene Handlungsstrategien aktiv zu entwickeln und zu erproben. Dieser Prozess kann durch Lernumgebungen gefördert werden, welche die Wirklichkeit so weit wie möglich simulieren. International ist eine solche Ausbildung in sogenannten Skills-Labs bereits üblich. Darüber hinaus zielen diese Lernsettings darauf ab, den Lernenden bei der Auswahl und Strukturierung ihrer Lernprozesse ein Höchstmaß an Selbstbestimmung zu ermöglichen. Durch die Neuausrichtung des Berufsprofils auf einen allgemeinen Pflegeberuf (General Nurse) stellen sich für die Pflegebildung weitere Herausforderungen in den Bereichen neuer Handlungskonzepte, wie etwa der personenzentrierten Beratung, oder bei der Erschließung neuer Praxisfelder bzw. Praktikumsorte. Im Bereich der praktischen Ausbildung stellen sich die Aspekte der Wissensfundierung und Wissenschaftsorientierung als dringend verbesserungsbedürftig dar. Dazu gehört auch, analytisch-reflexive Prozesse stärker im Ausbildungs- bzw. Weiterqualifizierungsalltag zu verankern. Im Zentrum aktueller Diskussionen zur Verbesserung von Pflegebildung stehen die Möglichkeiten und Grenzen der Förderung des Kompetenzerwerbs.

## 1.1 Pflegeberufliche Bildung im Kontext der Wissensgesellschaft

Seit vielen Jahren befindet sich Pflegebildung in einem Prozess der Ausdifferenzierung. Wurde Pflege lange Zeit als vorrangig verrichtungsorientiert verstanden, hat über die Jahre der Bestand an pflegespezifischem Wissen und pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen kontinuierlich zugenommen. Entsprechend bildet nicht mehr das unreflektierte Erfahrungswissen die Grundlage pflegerischen Handelns, sondern wissenschaftliches Wissen im Sinne einer erweiterten, evidenz-basierten Pflege. Die berufliche Pflege gilt heute als eine wissensintensive personenbezogene, professionelle Dienstleistung, die neben den konkreten Maßnahmen der körpernahen Unterstützung vor allen Dingen auch für die Steuerung von Versorgungsprozessen, die Koordination von Leistungen verschiedener Akteure, das Fallmanagement sowie die Ausführung heilkundlicher Tätigkeiten zuständig ist. Der Pflegeberuf bildet damit den allgemeinen Trend der Weiterentwicklung von der Produktionsgesellschaft zu einer Wissensgesellschaft ab.

Als Wissensgesellschaft wird eine Gesellschaftsformation in hoch entwickelten Ländern bezeichnet, in der individuelles und kollektives Wissen und seine Organisation vermehrt zur Grundlage des sozialen und ökonomischen Zusammenlebens wird. Der flexiblere Begriff der Wissensgesellschaft scheint den der Informationsgesellschaft abzulösen.

---

Mit dem Begriff der Informationsgesellschaft wird versucht, spezifisch technische und ökonomische Entwicklungen zu fassen. Der Begriff Wissensgesellschaft bringt eine Neugewichtung von intellektuellem und praktischem Wissen zum Ausdruck. Im Zentrum der Diskussion um die Wissensgesellschaft steht das Postulat, dass theoretisches Wissen die wichtigste Ressource der postindustriellen Gesellschaft darstellt, während in industrialisierten Gesellschaften Arbeit, Rohstoffe und Kapital die zentrale Rolle spielen. Ob mit dieser Diskussion eine im Entstehen begriffene oder tatsächlich bereits real existierende Gesellschaftsform getroffen ist, bleibt Streitpunkt diverser theoretischer Ansätze.

Im Konzept der Wissensgesellschaft kommt der beruflichen Qualifikation der Arbeitnehmer eine hohe Bedeutung zu. In der Wissensgesellschaft tritt an die Stelle der Verwertung von fixem Sachkapital die Nutzung immateriellen Kapitals, das nicht mehr mit klassischen Methoden (Produkteinheit pro Zeiteinheit) gemessen werden kann. Gefragt ist zukünftig nicht primär formelles, abrufbares Wissen, sondern Formen lebendigen Wissens, wie Erfahrungswissen, Urteilsvermögen, Selbstorganisation, etc. Nicht die abgeleistete Arbeitszeit, sondern die „Verhaltenskomponente“ und die „Motivation“ gelten als ausschlaggebende Wertschöpfungsfaktoren. „Motivation“ bedeutet in diesem Zusammenhang ein Sich-Selbst-Einbringen und Sich-Selbst-Produzieren, während die Verhaltenskomponente sich auf Kunden, aber auch auf die innerbetriebliche Zusammenarbeit bezieht.

Wissen wird zur strategischen Ressource in Produkten und Dienstleistungen. Das Wissen der Zukunft ist dabei vernetzt, dezentral und interdisziplinär. Effektive Wissensnutzung ist ein entscheidender Wettbewerbsfaktor. Berufliche Ausbildung und berufliche Weiterqualifizierung in der Pflege sind damit aufgefordert, sich in ihren Bildungsangeboten auf die veränderten Formen und Wertigkeiten der Wissensproduktion und Wissensnutzung strukturell und methodisch-didaktisch einzustellen.

## **1.2 Generalistische Ausrichtung der Erstausbildung**

Die pflegeberufliche Ausbildung wird zukünftig altersgruppenübergreifend und thematisch breit erfolgen. Dies gilt für die akademische und für die herkömmliche Form der beruflichen Erstausbildung. Beide haben eine generalistische, pflegewissenschaftlich fundierte Grundausbildung zu gewährleisten. Mit dem ausdrücklichen Bezug der Qualifizierung auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und der damit verbundenen theoretisch fundierten Ableitung von Prinzipien, Konzepten und Methoden, die sich in den Lernfeldern spiegeln, wird die Differenzierung des Pflegewissens und der Pflegefähigkeit nach überholten Orientierungen obsolet. Mit diesen Entwicklungen kann der Qualifikationserwerb nicht länger auf dem Ordnungsprinzip der alters- oder zustandsbezogenen Differenzierung beruhen.

Die gegenwärtigen und zukünftigen Aufgaben in den zentralen pflegerischen Handlungsfeldern erfordern eine wissenschaftlich fundierte Bestimmung pflegerelevanter Lernfelder, in denen eine übertragbare, nach prinzipiellen Orientierungen ausgerichtete Handlungskompetenz vermittelt wird.

Das zentrale Handlungskonzept der professionellen Pflege ist die umfassende Betreuung, Begleitung und Unterstützung von Menschen in gesundheitlichen und sozialen Problemlagen.<sup>1</sup> International wird dieses Handeln im Konzept des *Caring* gefasst. *Caring* ist schwer zu definieren. Vielfach wird *Caring* fälschlicherweise als eine weibliche Haltung definiert. Es handelt sich aber aus pflegewissenschaftlicher Sicht um ein komplexes Konstrukt, dessen große Bedeutung im pflegerischen Handeln häufig unterschätzt wird (Baughan/Smith 2008). Die Bedeutung des Konzepts *Caring* wurde unter anderem durch Benner und Wrubel (1989) beschrieben. Friesacher (2008) übersetzt den Begriff *Caring* mit „Sorge“. Benner und Wrubel (1997) gehen davon aus, so Friesacher, dass die Pflegepraxis auf einer Haltung des Sorgens und zwischenmenschlicher Zuwendung beruht. Folglich reichen rein wissenschaftliche Kenntnisse und Techniken im Rahmen eines pflegerisch-sorgenden Konzepts ohne direkten Praxisbezug für eine zeitgemäße Pflege nicht aus. Das veranschaulicht die Komplexität des Konzepts und entsprechend auch die Komplexität der gegenwärtigen Pflegeausbildung.<sup>2</sup>

Einerseits muss in der Pflegeausbildung auf individuelle Rechte, die Lebensphase, die Lebenssituation und die Ressourcen des Patienten geachtet werden (Potter & Perry, 2005:2), andererseits müssen die Studierenden im multiprofessionellen Team möglichst evidenz-basiert arbeiten (Pearson, Field & Jordan, 2007:1). Somit werden gleichzeitig objektive und subjektive Perspektiven der Pflege von Schülern/-innen und Studierenden in der Pflege gefordert. Sie müssen vernetzt denken, den Menschen in seiner Gesamtheit sehen, und im Dialog mit dem Patienten möglichst evidenz-basierte Entscheidungen bezüglich dessen Behandlung treffen.

Die Komplexität pflegerischer Handlungskonzepte und die Heterogenität der Arbeitsfelder erfordern eine hohe methodische und inhaltliche Vielfalt. Lerninhalte sind entlang einer fachlich konsentierten Methodenlehre mit verbindlicher pflegewissenschaftlicher Systematik zu vermitteln und nicht nach medizindominierten Bezugspunkten. Der gemeinsame und prinzipielle Qualifizierungsbedarf des Pflegeberufes hat sich neben Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention darauf zu richten, dass die direkte Pflege von Menschen gewährleistet werden kann, die zunehmend chronisch krank werden, multimorbid erkranken, Folgeschäden von Behandlung entwickeln oder nur schwerstbeschädigt überleben. Die Pflegebedarfe entstehen unabhängig vom Alter und erfordern somit auch Versorgungskompetenzen, die in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung zu erwerben sind und erst später in der Weiterqualifizierung in Master- bzw. Weiterbildungsstudiengängen differenziert und vertieft werden.

---

<sup>1</sup> Professionen handeln nach zentralen, gesellschaftlich bedeutsamen Werten und Normen, und somit im Sinne und zur der Aufrechterhaltung der Gesellschaft. Steppe schlägt als zentralen Wert der Pflege die „Gewährung individueller Hilfe in Krisensituationen“ als eigenständigem Beitrag der Profession Pflege zur Gesunderhaltung der Bevölkerung vor (Steppe, 2004).

<sup>2</sup> Das Konzept ‚Caring‘ wird im wissenschaftlichen und pflegewissenschaftlichen Diskurs aus unterschiedlichen Perspektiven und in unterschiedlichen Begründungskontexten bearbeitet. Im hier vorgelegten Text kann und soll diese Diskussion nicht vollständig abgebildet werden.



---

Die pflegeberufliche Erstausbildung ist in allen ihren Teilen auf den Erwerb von Handlungskompetenz ausgerichtet. Die Ziele und Inhalte können deshalb nicht von der Systematik einzelner Fachdisziplinen abgeleitet, sondern müssen von der Frage nach den für den Beruf notwendigen, theoretischen und praktischen Qualifikationen bestimmt werden. Diese Handlungskompetenz ist umfassend zu verstehen, zur Analyse spezifischer Lebenslagen und gesundheitlicher Zustände, zur Deutung sozialer Realität, zum Handeln in Organisationen, zur Handhabung von Methoden und nicht zuletzt zum Verständnis der eigenen Person einschließlich ihrer ethischen und spirituellen Anteile. Dabei wird weder von einer unüberbrückbaren Differenz zwischen theoretischem Wissen und berufspraktischem Können ausgegangen, noch von einer grundsätzlichen Differenz zwischen Altersgruppen, sondern von einer gelingenden Homogenisierung durch den gemeinsamen Kern der fachwissenschaftlichen und fachpraktischen Perspektive auf den Gegenstandsbereich der pflegerischen Disziplin. Die Entwicklung der Fachwissenschaft Pflege hat einen international anerkannten Standard erreicht, so dass ein gemeinsamer, verbindlicher und ausreichend definierter wissenschaftlicher Wissenscorpus beschrieben werden kann. Der Pflegewissenschaft kommt die Leitfunktion für die Ausbildung pflegfachlicher Fähigkeiten zu. Alle anderen für die Ausbildung benötigten Fachwissenschaften sind als Bezugswissenschaften zu sehen. Die Theorien der Pflegewissenschaft bilden den gemeinsamen Denkraum und die Handlungsgrundlage für die heterogenen Arbeitsfelder in der Pflege, der ergänzt und erweitert wird durch Theorien der Bezugswissenschaften.

### **1.3 Kompetenzorientierung**

Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts nimmt die Bedeutung der Handlungskompetenz als Leitidee beruflicher Bildung kontinuierlich zu. Der kompetenzorientierte Wandel ist eine Reaktion auf die Veränderung von Arbeitsprozessen, die sich aus sogenannten gesamtgesellschaftlichen Megatrends wie Globalisierung, Internationalisierung, gesellschaftlicher Individualisierung, Formation einer postmodernen Dienstleistungsgesellschaft und der Entstehung einer Wissens- und Informationsgesellschaft ableiten lassen. Kontexte und Inhalte moderner Arbeitsprozesse unterliegen einem raschen Wandel, dessen Art und Ausprägung relativ unvorhersehbar sind. Dies gilt insbesondere für die Pflegeberufe, die dem äußerst dynamischen Berufsfeld der personenbezogenen Dienstleistungen zuzuordnen sind.

Kompetenz steht in dieser Diskussion als Metapher für ein umfassendes Bild der Vorbereitung, die Menschen erwerben müssen, um sich in der Dynamik der aktuellen wirtschaftlichen Situation zurechtzufinden. Subjektorientierte Entwicklungen stehen hier im Gegensatz zu verwertungsorientierten Perspektiven im Mittelpunkt. Die Zielvorstellung beruflicher Bildungskonzepte erfährt dabei eine Transformation von der Vorbereitung auf konkrete Handlungserfordernisse in der Arbeitswelt zur Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten einzelner Subjekte. Obwohl der Kompetenzbegriff in vielen Disziplinen verwendet wird, existiert kein einheitliches Begriffsverständnis. Aus dieser begrifflichen Unklarheit erwachsen konzeptionelle Probleme in Bezug auf die Entwicklung und Messung von Kompetenzen.

Im Bereich der beruflichen Bildung lassen sich verschiedene Stränge der Kompetenzdebatte identifizieren. Kompetenz wird als ein stets vorläufiges Ergebnis in einem kontinuierlichen Prozess der Kompetenzentwicklung betrachtet. Vor allem durch die Vorstellungen des deutschen Bildungsrates wird in den 1970er Jahren eine weitere Form der Orientierung an Kompetenzen als Zieldimension beruflicher Bildungsprozesse angestoßen. ROTH (1971) definiert Handlungskompetenz als Oberbegriff für die Teildimensionen Sach-, Selbst- und Sozialkompetenz. In einer Weiterführung der konzeptionellen Überlegungen des Deutschen Bildungsrats legt die Kultusministerkonferenz im Jahr 2000 eine Interpretation des Kompetenzbegriffs vor, definiert als: „...Lernerfolg in Bezug auf den einzelnen Lernenden und seine Befähigung zu eigenverantwortlichem Handeln in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen“ (KMK 2000). Berufliche Handlungskompetenz entfaltet sich hier in den Dimensionen Fach-, Personal- und Sozialkompetenz.

Handlungskompetenz ist sowohl an Situationen als auch an Subjekte gebunden und bezeichnet die potentielle Fähigkeit einer Person, in einer konkreten Situation angemessen zu handeln. In welcher Ausprägung Handlungskompetenz als Kombination von Bereitschaft und Fähigkeit eines Individuums vorhanden ist, kann letztlich erst in der beruflichen Handlungssituation selbst verifiziert werden.

Mit der Orientierung an beruflicher Handlungskompetenz bei der Planung formaler beruflicher Ausbildungsprozesse wird eine Zieldimension vorgegeben, die abstrakt und begrifflich schwer zu fassen ist. Die Folge ist ein heterogener berufspädagogischer Diskurs. Zur Deduktion konkreter didaktischer Entscheidungen sind allerdings Modellvorstellungen hilfreich, die berufliche Handlungskompetenz anhand von Teilaspekten konzeptualisieren.

#### **1.4 Kompetenzerwerb der Lernenden**

Handlungskompetenz beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, Problemstellungen fach- und sachgerecht, reflektiert und für den Einzelfall situationsangemessen bearbeiten zu können (Bader/Müller 2002, Darmann 2004). Zur Generierung entsprechender Handlungsstrategien finden individuelle kognitive Prozesse statt, die auf dem jeweils vorhandenen Fundus an Wissen, Erfahrungen und Können und den daraus gebildeten subjektiven Theorien des Individuums aufbauen. Lernprozesse, die Menschen zur Entwicklung situativer Handlungsstrategien befähigen sollen, können durch behavioristische Modelle nicht mehr hinreichend abgebildet werden. Hier erscheinen kognitivistische und konstruktivistische Konzepte geeigneter, in denen Lernen als individueller Konstruktions- und Reflexionsprozess verstanden und die aktive Rolle der Lernenden betont wird. Um dem Verständnis des aktiven Kompetenzerwerbs auf der methodisch-didaktischen Ebene Rechnung zu tragen, erscheinen Veränderungen in der Lernprozessgestaltung unumgänglich. Konzepte selbstgesteuerten Lernens, bei dem die Lernenden den Lernstoff eigenständig strukturieren und ordnen und über Aufgaben und Methoden im Lernprozess mitentscheiden, bieten hierzu gute Möglichkeiten.

---

Mit der Zugrundelegung eines konstruktivistischen Lernverständnisses findet ein Paradigmenwechsel in der beruflichen Bildung statt, der alle Lernorte betrifft (Siebert 2005). Kompetenzerwerb kann nicht mehr als Prozess der passiven Aufnahme von wissenschaftlich fundiertem Fachwissen in der Schule und der Übernahme der Handlungskonzepte von Praktikern/-innen verstanden werden. Vielmehr gilt es, reflexive Prozesse zu initiieren, bei denen sich die Lernenden aktiv mit Wissen auseinandersetzen, diese zu bewerten und in Verbindung zu vorhandenen Beständen und subjektiven Theorien setzen (Wahl 1991). Auch im Bereich der praktischen Ausbildung müssen Methoden zur Anwendung kommen, welche die Lernenden bei der Entwicklung einer reflektierten individuellen Handlungsstrategie unterstützen. Kompetenzerwerb erfolgt nicht durch die Imitation beobachteten Verhaltens, sondern durch die auf analytisch-reflexiven Prozessen aufbauende individuelle Konstruktion sinnhafter und begründeter Handlungsstrategien. Gerade am Lernort Praxis besteht hier ein großer Entwicklungsbedarf (Müller 2008).

Zur Qualitätssicherung der Ausbildung am Lernort Praxis wurde bislang meist auf die Qualifizierung der Praxisanleiter/-innen und auf die Entwicklung von Praxisinstrumenten gesetzt. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Komplexität des Kompetenzerwerbs stellt sich dies als unzureichend dar. Um die Qualität der Ausbildung gewährleisten und erhöhen zu können sind weitere Anstrengungen erforderlich. Schritte in diese Richtung könnten die Entwicklung konkreter Ausbildungsinstrumente für die Praxis sowie die zwingende Erarbeitung von Ausbildungskonzepten in den Einrichtungen sein. Die Ausbildungskonzepte würden Auskunft darüber geben, in welchen Strukturen, Abläufen und Zuständigkeiten welche Kompetenzen bzw. Inhalte in der praktischen Ausbildung erlernt werden sollen. Der Nachweis solcher Ausbildungskonzepte könnte dann Voraussetzung für die Zulassung einer Einrichtung als Ausbildungsbetrieb sein.

## 2 Praktische Ausbildung in Lehreinrichtungen der Pflege

### 2.1 Einleitung

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) legte 2007 sein Konzept „Pflegebildung offensiv“ vor. Es sieht unter anderem das generalistische Berufsprofil und die Parallelität der pflegerischen Erstausbildung an Berufsfachschulen<sup>3</sup> und Hochschulen vor. Der DBR geht von einer schrittweisen, kompletten Verlagerung der pflegerischen Erstausbildung in den tertiären Bereich aus.

Die Einführung des generalistischen Berufsprofils und primär qualifizierender Studiengänge der Pflege setzen umfassende Reformen der gegenwärtigen Gesetzgebung voraus. Ferner resultiert daraus ein großer Entwicklungsbedarf in der praktischen Pflegeausbildung an den aus- und weiterbildenden Lehreinrichtungen der Pflege. Neue Bildungskonzepte sind erforderlich.

Das folgende Kapitel betrachtet die praktische Ausbildung in der Pflege aus unterschiedlichen Perspektiven. Nach einem Blick auf übergreifende normative Vorgaben aus der geltenden Gesetzgebung, schließt sich eine kurze Einführung in die Praxisausbildung im Ausland zur Erweiterung des tradierten deutschen Blickwinkels an. Abschließend werden Anforderungen an den Lernort Praxis und denkbare Maßnahmen der Qualitätsentwicklung sowie notwendige Reformschritte zur Weiterentwicklung der praktischen Pflegeausbildung skizziert.

### 2.2 Die Metaebene: Ein Blick auf übergreifende Zielsetzungen geltender Gesetzgebung

Die generalisierte Pflegeausbildung (nurses responsible for general care) hat zum Ziel, eine qualitative Ausrichtung in unterschiedlichen Versorgungskontexten für die Pflege zu erreichen und zugleich die Voraussetzung zur Berufszulassung nach geltendem Recht zu schaffen. Diese Orientierung der Qualifizierung sollte primär in der beruflich-situativen Beziehungsgestaltung (Prozessorientierung) und einer Fundierung pflegerischen Handelns auf der methodischen Basis quantitativ und qualitativ evidenz-basierter Pflege gründen. Distanziert werden sollte sich von den ausschließlich durch handwerkliches Erfahrungswissen geprägten bisherigen Bildungskonzepten zugunsten eines gleichberechtigten Theorie-Praxis-Verhältnisses in der Ausbildung. Das Handlungsrepertoire erweitert sich in den pflegerischen Strategien über die kurative Pflege hinaus auf die Bereiche der präventiven, rehabilitativen und palliativen Pflege und zugleich neben den bekannten Formen der Hilfe und Unterstützung auf Beratung und Anleitung zu pflegender Menschen und deren Bezugspersonen. Die psycho-sozialen Kompetenzen im Umgang mit zu pflegenden Menschen in allen Lebensphasen und -situationen nehmen dabei einen zentralen Stellenwert ein. Darüber hinaus ist zu

---

<sup>3</sup> Durch Länderregelungen oder durch gemeinsame Beschlüsse der Kultusministerkonferenz der Länder könnten die berufsbildenden Schulen im Sekundarbereich II, die den Sekundarabschluss I als Zugangsvoraussetzung fordern, auch als »Berufskolleg« oder als »Höhere Berufsfachschule« benannt werden. Mit dem beruflichen Ausbildungsabschluss wird auch eine Hochschulzugangsberechtigung erworben; sie befähigt zur Aufnahme eines Studiums.

differenzieren in einen eigen- und mitverantwortlichen sowie interdisziplinären Aufgabenbereich. Das ist unter Professionalisierungsgesichtspunkten ein notwendiger Schritt zur Erlangung einer größeren Autonomie des Berufes<sup>4</sup> (vgl. Stöcker 2004/ Igl 2008).

Der Lehrauftrag des Krankenpflegegesetzes (KrPflG §3 Ausbildungsziel) ist über die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV, Anlage I zu §1 Abs.1) eng verbunden mit der Operationalisierung des Ausbildungsziels hinsichtlich zu verlangender Fachkompetenzen. Theoretische und praktische Ausbildungssteile bedingen sich gegenseitig und verlangen nach einem einheitlichen curricularen und didaktischen Konzept. Der curriculare und didaktische Anspruch wird sein, die pflegerische Befähigung über den Kompetenzerwerb der Lernenden zu erreichen. Dieser setzt an der persönlichen Bildung des Lernenden an und bestimmt darüber die curriculare Struktur. Das wiederum verlangt zuerst eine Auseinandersetzung um die pädagogische Prämisse der Bildungs- und Berufsziele: Kompetenz bezeichnet den Lernerfolg in Bezug auf die einzelnen Lernenden und deren Befähigung zu eigenverantwortlichem Handeln in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen (KMK 2000:9). Damit folgt die pflegeberufliche Ausbildung curricular und didaktisch einem modernen Bildungsverständnis und gewinnt zugleich den Anschluss an die aktuelle bildungstheoretische Debatte.<sup>5</sup>

Darüber hinaus soll über den sogenannten Europäischen Qualifikationsrahmen (European Qualification Frame [EQF]) die Vergleichbarkeit von Abschlüssen und Qualifikationen sowohl in der allgemeinen und beruflichen Bildung als auch in der Hochschulbildung in allen EU-Staaten ermöglicht werden. Tragendes Prinzip des EQF ist die ausschließliche Orientierung an Lernergebnissen: Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen (Europäisches Parlament 2008).

---

<sup>4</sup> Berufe sind die „institutionalisierten, dem Einzelnen vorgegebenen Muster der Zusammensetzung und Abgrenzung spezialisierter Arbeitsfähigkeiten, die gewöhnlich mit einem eigenen Namen benannt werden und denen Ausbildungen als differenzierendes und strukturierendes Organisationsbild zugrunde liegen.“ [Brater & Beck 1983, 209]

Der Begriff der Professionalisierung bezeichnet den Prozess, in dem die Berufsausbildung und die Weiterentwicklung der professionellen Wissensbasis systematisiert und institutionalisiert und bestimmte Tätigkeitsfelder für die Angehörigen eines Berufs reserviert werden. Herausgehobene Merkmale der professionalisierten Tätigkeit sind die an rationalen Handlungsweisen orientierten Verrichtungen, die stellvertretend für die Gesellschaft als Sonderfunktionen zu deren Aufrechterhaltung vollzogen werden. Insofern erbringen Professionen Leistungen, die auf bedrohte, gefährdete oder gestörte Zentralwerte wie Gesundheit, Recht oder demokratisch - selbstbestimmte Lebensformen bezogen sind, um diese wiederherzustellen bzw. deren Ermöglichung einzufordern. Die Begründungsbasis professionellen Handelns bildet wissenschaftliches Wissen (Pfle gewissenschaft), deren Entwicklungsort eine habitualisierte Praxis ist, die unter dem Primat einer selbstkontrollierten Professionsethik operiert.

<sup>5</sup> In diesem Kontext ist es nicht ratsam, das Curriculum nur auf einen einzigen Ansatz, so z.B. auf das Handlungs- und Lernfeldkonzept wie es die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Altenpflege vorsieht, eng zu führen. Der Handlungs- und Lernfeldansatz geht eher von den Aufgaben- und Problemstellungen der Arbeitsfelder aus. Demzufolge wird das Ausbildungsziel konterkariert und in Konsequenz dazu die anzustrebende professionelle Mündigkeit in der Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber, den Angehörigen anderer Heilberufe und zuletzt von der Öffentlichkeit ignoriert (vgl. Sieger 2001, Wittneben 2003).

Darmann-Finck geht davon aus, dass die kritische Reflexion der paradoxen und restriktiven gesellschaftlichen Strukturen der Pflege als Teil der Interaktionistischen Pflegedidaktik, der eine Lernfelddidaktik zugrunde liegt, dem Ausbildungsziel förderlich ist (vgl. Darmann-Finck/Muths (2009).

Die Schule bzw. Hochschule übernimmt die Verantwortung für die Inhaltsvermittlung und -komplementär zur Eigenverantwortung der Lernenden - eine Mitverantwortung für das Erreichen der partiellen Ziele. In der Schule bzw. Hochschule stehen jene beruflich relevanten Themenstellungen mit exemplarischem Charakter im Vordergrund, die das gedankliche Erfassen und Durchdringen spezifischer beruflicher Anforderungen ermöglichen (Lisop und Huisinga 2000:38 ff.).<sup>6</sup>

Die Schule bzw. Hochschule leistet die jeweilige Ausbildungsplanung für die geforderten Praxisfelder und ist zuständig für die Abstimmung der Lernangebote im Lernort Praxis mit dem Curriculum, welches durch ein Modulhandbuch, dessen Aufbau angelehnt ist an die Vorgaben des Bologna-Prozesses, dargestellt wird. Das erfordert gleichzeitig einen kontinuierlichen und intensiven Austausch mit allen am Ausbildungsprozess Beteiligten. Von daher hat die Zusammenarbeit zwischen Schule/Hochschule und kooperierenden ausbildenden und weiterqualifizierenden Einrichtungen mit ihren jeweiligen Praxisfeldern hohe Priorität. Entsprechend sind Organisations- und Kooperationsmodelle zu entwickeln, die einen gelungenen Theorie-Praxis-Transfer absichern.

Der Lernort Praxis ist für die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenzen mitverantwortlich. Da bisher normative Vorgaben für die Strukturierung und Organisation praktischen Lernens unter Anleitung fehlen, ist eine Konkretisierung der Anforderungen an die praktische Ausbildung curricular festzulegen. Für die einzelnen Lernenden sind entsprechend der curricularen Festlegung der qualitative und quantitative Bedarf an Anleitung subjektorientiert zu definieren (Ertl-Schmuck 2000). Davon abgeleitet sind Zuständigkeiten und Einzelaufgaben aller Beschäftigten des Pflegebereiches im praktischen Ausbildungsprozess zu organisieren (DBR 2004).

Unverzichtbar ist es, Curricula bzw. Modulhandbücher zu entwickeln, die theoretische und praktische Ausbildung inhaltlich verzahnt erfassen und modulbezogene Lerninhalte auch für die praktische Ausbildung in den Einrichtungen der Pflege und Gesundheitsversorgung ausweisen. Gleichwohl entbindet ein solches, beide Lernorte erfassendes Curriculum der Schulen/Hochschulen die ausbildenden Einrichtungen nicht davon, Ausbildungspläne zu entwickeln und vorzuhalten, die eine Transparenz über die im jeweiligen Ausbildungsbereich zu erlernenden Kompetenzen und Inhalte sowie deren curriculare Bezüge herstellen. Die Ausbildungscurricula an Schulen bzw. Hochschulen umfassen also grundsätzlich die theoretischen und praktischen Teile der Ausbildung, die ausbildenden Praxiseinrichtungen leiten aus dem Curriculum einen Ausbildungsplan für den jeweiligen Einsatzort ab. Um die Umsetzung des Curriculums sicherzustellen und zu fördern, ist die Praxisbegleitung durch Lehrende der Schulen/Hochschulen und die Praxisanleitung durch berufspädagogisch qualifizierte Pflegepersonen in den praktisch ausbildenden Einrichtungen verpflichtend durchzuführen. Das soll insbesondere den Auftrag zur praktischen Ausbildung sichern und vermeiden, dass sich Lernchancen im Kontext bestehender Rahmenbedingungen im Alltagshandeln zerschlagen.

---

<sup>6</sup> Das Exemplarische ist philosophisch und didaktisch kein sogenannter (beispielartiger) Lerngegenstand, sondern ein Erkenntnisprinzip. Durch Reduktion von komplexen Sachverhalten auf ihr Grundprinzip und strukturprägendes Element wird Transferlernen erleichtert.

---

Im Hinblick auf eine angemessene praktische Ausbildung von Studentinnen und Studenten der Pflege sind in den ausbildenden Einrichtungen entsprechende klinische Professuren einzurichten und Praxisanleiter/-innen mit Masterabschluss vorzuhalten.

Abgesehen von Ausbildungsfragen ist die Pflegepraxis ein wichtiger Ort der Wissensproduktion. Die Idee der Wissenszirkulation ist inzwischen international gut akzeptiert. Sie erweitert den Ansatz der Theorie-Praxis-Vernetzung bzw. des Anliegens „Wissenstransfer“ - . früher sehr einseitig verstanden, immer von der Wissenschaft in die Praxis, z. B. durch Implementierung von Leitlinien (Sudsawad 2007). Innovationen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und Möglichkeiten der Qualitätssteigerung entstehen dagegen immer direkt in der Praxis, Praxisentwicklung ist ein eigenständiger Bereich (McCormack u. a. 2009). Es ist außerordentlich wichtig, dass reflektierte Praktiker diese Prozesse systematisch gestalten. Dabei wird davon ausgegangen, dass Wissen in Spiralform umgesetzt wird. In der Sozialisation der Praktiker wird implizites Wissen durch gemeinsame Erfahrungen geteilt, durch Artikulation werden Erfahrungen expliziert, durch Kombinationen, z. B. durch Wissenschaft konzeptualisiert und schließlich wieder internalisiert (Nonaka u. a. 2000). Zahlreiche Strategien helfen, die Versorgungspraxis zu verbessern (Grol u. a. 2005). Allerdings müssen in der Praxis dazu Freiräume und Verantwortlichkeiten geschaffen werden. Verschiedene Strategien haben sich bewährt, u. a. das PARISH-Modell (Rycroft-Malone 2004). Die Erkenntnisse der Implementierungs-forschung (z. B. Fixsen u. a. 2005) helfen der Entfaltung der Praxis und damit auch der Qualifizierung der Pflegepraktiker.

### **2.3 Praktische Ausbildung im Rahmen der akademischen Erstausbildung in der Pflege im Ausland**

International findet Pflegeausbildung vielerorts an Hochschulen statt. Die hochschulische Ausbildung ist öffentlich finanziert und damit finanziell unabhängig von einer Leistungserbringung im Gesundheitssystem. Die Verantwortung für die Ausbildung in Theorie und Praxis liegt bei den Hochschulen. Diese organisieren die gesamte Ausbildung. Die praktische Ausbildung in den Pflegeeinrichtungen wird von den dortigen Mitarbeitern/-innen unterstützt. Zwischen den Hochschulen und den Gesundheitseinrichtungen werden Verträge geschlossen. Im Vergleich zur deutschen Ausbildungssituation, in der Ausbildungsinhalte teilweise einem der Lernorte zugewiesen werden, scheint international die hochschulische Ausbildung einen umfassenderen Anspruch zu haben, was sich in einer stärkeren Vorbereitung auf das Handeln in der Praxis sowie eine intensive Begleitung durch die Lehrenden ausdrückt. Prüfungen finden eher nicht direkt an einem realen Krankenbett in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung statt. Der Aspekt der Risikominimierung für die zu pflegenden Menschen scheint ein starkes Motiv für diese Form der Ausbildungsorganisation zu sein. Bevor Lernende in realen Situationen mit konkreten zu pflegenden Menschen arbeiten dürfen, müssen sie die erforderlichen Kompetenzen in simulierten Situationen erlernen und unter Beweis stellen.

Die in der Theorie vermittelten Inhalte müssen natürlich in der Praxis umgesetzt werden. Dazu ist ein präzises Curriculum im Kontext des Gesamtcurriculums notwendig, um eine qualifizierte und sinnvoll abgestufte praktische (klinische) Ausbildung zu gewährleisten. Ein solches Konzept unterstützt Studierende gezielt darin Kompetenzen zu erwerben, und diese in der Praxis zur Anwendung zu bringen (Gubrud-Howe & Schoessler, 2008).

Die Suche nach geeigneten Praktikumsplätzen für Studierende ist ein kontinuierlicher Auftrag der Lehrenden. Allerdings stellt sich dies im Bereich der ambulanten Versorgung weltweit als Problem dar. Da Studierende in den USA über eine nicht ausreichende Ausbildungsqualität in der ambulanten Pflege („mitlaufen ist nicht zielführend“) klagten, wurde modellhaft zusätzlich zu den Besuchen der Patienten ein telefonischer Beratungsdienst für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz eingerichtet und erprobt. Die Studierenden riefen Patienten täglich an, und hielten somit engen Kontakt. Komplikationen konnten frühzeitig identifiziert und Maßnahmen eingeleitet werden (Wheeler & Plowfield, 2004). Dieses Modell könnte die klinische Ausbildung im Bereich der häuslichen Pflege verbessern. Es ist auch ein mögliches Modell für die Einführung von „Advanced Nurse Practitioners (ANP)“ in Deutschland.

Verschiedene Studien weisen auf die Bedeutung multiprofessioneller Teams hin. Eine Ausbildung mit interdisziplinären Anteilen erhöhen aber auch die Ausbildungskosten (Kipp, Pimlott & Satzinger, 2007; Spain, DeCristofaro & Smith, 2004) senken. Eine abschnittsweise interdisziplinäre Ausbildung ist jedoch unerlässlich für Studenten im 5. und 6. Semester sowie für die Ausbildung zur Etablierung einer „Advanced Nurse Practice“ (Masterebene).

Pflege ist auch immer eine „hands-on“ Disziplin. Studierende müssen lernen, wie reale Menschen zu versorgen sind. In Australien wurde auf das Problem einer unzureichend praktisch ausgerichteten Pflegeausbildung hingewiesen: Das klinische Lehrpersonal muss über eine hohe Fach- und Methodenkompetenz verfügen, um Studierende adäquat ausbilden zu können. Das ist aber nicht immer der Fall (Naphthine, 1996). Chan (2002) unterstützt die Aussage, dass Pflege eine praktische Profession ist. Vor allem bei der akademischen Erstausbildung sollten die Pflegestudierenden die Möglichkeit haben, ihre kognitiven, psychomotorischen und affektiven Fähigkeiten zu entwickeln und im geschützten Rahmen zu erproben. Die Hochschulen müssen aus diesem Grund darauf achten, dass die Personen, die auf Professuren für klinische Pflege berufen werden, auch tatsächlich die richtigen Kompetenzen mitbringen. Als Alternative könnten die Hochschulen die Professoren/-innen für klinische Pflege gezielt auf den neuesten Stand bringen, indem sie z. B. „Skills-Labs“ für Professoren/-innen einrichten. Die Einrichtung solcher klinischen Ausbildungszentren, in denen Lehrpersonal geschult wird, und in denen multiprofessionell ausgerichtete Ausbildungsprogramme implementiert sind, wurde in Schweden erprobt (Mogensen, Elinder, Widström & Winblad, 2002).



Um über Anforderungen an die praktische Ausbildung von Pflegekräften in Deutschland qualifizierte Aussagen machen zu können, ist es hilfreich die klinische Ausbildung in zwei ausgewählten EU Staaten zu beleuchten:

1. Großbritannien, ein Land, in dem die Pflegeausbildung zwar an die Hochschulen verlagert wurde, die Ausbildung aber weiterhin auf zwei Ebenen stattfindet: akademisch (Bachelor Degree) und nicht-akademisch (Diploma).<sup>7</sup>
2. Finnland, ein Land, in dem die Pflegeausbildung ausschließlich auf akademischer Ebene stattfindet.

1. In **Großbritannien** wird die Pflegeausbildung durch den National Health Service finanziert. Die Krankenhäuser erhalten ein Ausbildungsbudget über die sogenannten Health Trusts zur Finanzierung der Ausbildung. Diese wiederum wird gewährleistet, indem die Krankenhäuser Ausbildungsverträge mit einzelnen Universitäten schließen, und die Fachbereiche für die Ausbildung der Studierenden vergüten. Durch diese Verträge erhalten die Professoren/innen bzw. Dozenten/-innen (hier Lehrpersonal genannt) Zugänge zu auszubildenden Einrichtungen. Da das Gesundheitssystem staatlich finanziert wird, sind kommunale Dienste (Gesundheitszentren und Hausarztpraxen) mit der Krankenhausversorgung vernetzt, und damit auch für das Lehrpersonal zugänglich.

Klinischer Unterricht findet in entsprechenden Demonstrationsräumen (z. B. Skills-Labs) der Pflegefachbereiche statt. Das Lehrpersonal der Hochschule und klinische Lehrer/innen sind für den Unterricht zuständig. Die Skills-Labs sind wie Krankenstationen aufgebaut, und man findet dort ein umfangreiches Angebot an Pflegeutensilien, Hilfsmitteln sowie „Advanced Life Support Mannequins“ (technisch ausgestattete Übungspuppen) vor. Diese Mannequins können programmiert werden und müssen teilweise in 24 Stunden Schichten „gepflegt“ werden. Auch mit Schauspielern/-innen, die erkrankte Menschen spielen, wird in den Skills-Labs gearbeitet. Der Unterricht in den Skills-Labs findet unter simulierten Krankenhausbedingungen in Dienstkleidung statt. Durch die Ausbildung in den Skills-Labs werden grundlegende Konzepte pflegerischen Handelns erlernt und damit die Voraussetzungen für die Praxiseinsätze geschaffen.

---

<sup>7</sup> Es ist eindeutig, dass auch in Deutschland die Hochschulen in absehbarer Zeit nicht die notwendigen Kapazitäten aufbauen können, um eine ausreichende Anzahl von Pflegekräften ausbilden zu können. In Großbritannien, wo die Verlagerung der Pflegeausbildung an Universitäten vollzogen ist, aber sowohl eine akademische als auch nicht-akademische Ausbildung (Bachelor Degrees und Diplomas) auf der Tertiärstufe angeboten wird, zeigt sich kein eklatanter Mangel an Pflegekräften. Valide Daten zum Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegepersonen liegen derzeit nicht vor. In der Fachcommunity wird der Bedarf auf 10 - 15 % der Berufsangehörigen kalkuliert. Die Berufsgruppe wird je nach Heranziehung statistischer Daten mit 800.000 bis 1,2 Mio. Personen angegeben. Daraus ergäbe sich bei einer Quote von 10 % einen Bedarf an 80 - 120.000 hochschulisch berufsausbildeten Personen. Würden beispielsweise 120 Hochschulen pro Jahr 100 Absolventen entlassen, würden in 20 Jahren 10 % der Berufsgruppen hochschulisch ausgebildet sein. Ein Übergang einer beruflichen in eine akademische Ausbildung („Degree Only“ Ausbildung), kann negative Auswirkungen auf bereits qualifizierte Pflegekräfte haben, wie am Beispiel Kanadas unschwer zu ersehen ist. Die Registrierung in Kanada setzt eine akademische Erstausbildung voraus. Die kanadischen Universitäten sind aus Kapazitätsgründen nicht in der Lage den Bedarf an Pflegekräften abzudecken. Das führt zu einer Verschärfung des Pflegepersonalmangels. Bis 2011 fehlen ca. 78.000 und bis 2016 geschätzte 113.000 Pflegekräfte. Sehr häufig werden Pflegekräfte aus Drittländern abgeworben, die wiederum den Verlust an akademisch ausgebildeten Pflegekräften schwer bewältigen können.

Die erste gesetzliche Ausbildungsregelung in Deutschland stammt aus dem Jahr 1906. Der erste primär qualifizierende Studiengang (Bachelor Pflege) - allerdings ohne pflegerische Berufszulassung - wurde 1993 etabliert, eingeleitet wurde dieser Prozess von Hilde Steppe.

Im Rahmen bestehender Curricula wurde von der britischen Pflegekammer (Nursing and Midwifery Council) eine bestimmte Anzahl an Unterrichtsstunden in Skills-Labs vorgeschrieben. Die Pflegekammer hat notwendige Kompetenzen deklariert, die in der Ausbildung zu erwerben sind und für die Registrierung als Pflegekraft nachgewiesen werden müssen (Anhang 1 zu NMC-Circular 07/2007). Diese Kompetenzen wurden in Themenclustern zusammengefasst, um sie sinnvoll vermitteln zu können. Die geforderten Kompetenzstufen der Studierenden werden vor den geplanten Praxiseinsätzen in den Skills-Labs überprüft (vgl. [www.nmc-uk.org](http://www.nmc-uk.org)).

Das Lehrpersonal in Großbritannien ist für die Betreuung und Anleitung der Studierenden in den Pflegebereichen bzw. im Gesundheitszentrum zuständig. Die Lehrenden werden von Pflegekräften im Einsatzbereich unterstützt, da die Nachwuchsförderung in den britischen Krankenhäusern einen hohen Stellenwert besitzt. Das qualifizierte Pflegepersonal wird eng in die Betreuung und den klinischen Unterricht der Studierenden auf Station einbezogen. Lehrende der Hochschulen begleiten die Studierenden in der Praxis und leiten sie an, um die Handlungskompetenz der Studierenden auch in der Praxis beurteilen zu können.

2. In **Finnland** werden zwischen Krankenhäusern und Hochschulen Verträge geschlossen. Studierende können nur dann am Lernort Praxis ausgebildet werden, wenn sie an einer Hochschule immatrikuliert sind. Das Lehrpersonal der Hochschule ist für die theoretische und praktische Ausbildung im Krankenhaus zuständig. Professionell Pflegende im Krankenhaus sind in die fachliche Begleitung der Studierenden eingebunden.

Das Studium ist in einem sogenannten Blocksystem organisiert. Auf Theorieblöcke folgen entsprechende Praxiseinsätze, die inhaltlich aufeinander abgestimmt sind.

Anders als hierzulande finden die praktischen Zwischen- und Abschlussprüfungen im Ausland eher nicht am Bett im Krankenhaus oder im Pflegeheim statt. Der Grund hierfür ist der damit verbundene Zeitaufwand sowie die Problematik, für diese Aufgabe geeignete, qualifizierte Prüfer/-innen zu finden (Personalkosten). Zusätzlich ergibt sich ein hoher Verwaltungsaufwand, denn vor praktischen Prüfungen müssen entsprechende Anträge gestellt werden, damit in den Einrichtungen geeignete Patienten/-innen ausgesucht werden. Die Prüfungsvorhaben müssen mit den Ethikrichtlinien der Krankenhäuser abgeglichen werden. Die Prüfer müssen den Nachweis erbringen, dass der ausgewählte Mensch nicht zu Schaden kommt. Diese Verfahren sind aufwändig und nicht praktikabel. Deshalb werden Prüfungen meist in den Skills-Labs durchgeführt.

An vielen Pflegehochschulen werden „objektiv strukturierte praktische Prüfungen“ (Objective Structured Clinical Examination – OSCE) durchgeführt. Die Prüfungen fokussieren Handlungskompetenzen und weniger das Abprüfen theoretischen Wissens. Methodisch sind diese Assessments bestens geeignet, erworbene Kompetenzen zu überprüfen. Diese Prüfungsart ist in der Vor- und Nachbereitung sowie in der Durchführung zeitaufwändig. Sie bringt aber Vorteile mit sich: Eine größere Anzahl Studierender kann im Labor unter kontrollierten Bedingungen vergleichbar geprüft werden (Schlegel & Shaha, 2007; Ehrhardt, 2003).

---

In Schottland wird eine weitere Prüfungsvariante angewendet (z. B. an der Glasgow Caledonian University). Die Skills-Labs sind wie Pflegestationen aufgebaut. An jedem Bett befindet sich eine Videokamera. Studierende üben Aufgabenstellungen, bis sie sich kompetent fühlen. Anschließend führen sie die Handlung durch, filmen sich selber dabei, werten den Film aus und reflektieren über ihr eigenes Handeln. Anschließend reichen sie den Film und die Auswertung an die lehrenden Personen weiter. Diese überprüfen die Aufzeichnung und die Selbstreflexion der Studierenden. Somit kann festgestellt werden, ob die Studierenden über eine realistische Selbsteinschätzung ihrer Fähigkeiten und Kompetenzen verfügen. Verbesserungspotenziale können definiert und ausgeglichen werden.

Die im Vergleich zu Deutschland größere Rolle der Hochschulen/Schulen in der praktischen Ausbildung weist darauf hin, dass der Handlungsvorbereitung und der bewussten Ausbildungsgestaltung durch die Begleitung von Lehrenden in Deutschland ein stärkeres Gewicht gegeben werden könnte. Keinesfalls sollten die Praxiseinrichtungen aus ihrer Verantwortung für eine gezielte und geplante Ausbildung entlassen werden. Vielmehr gilt es, das bestehende Engagement zu stärken und die Ausbildung am Lernort Praxis auszubauen und zu verbessern.

## **2.4 Anforderungen an die praktische Ausbildung in Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung**

Das besondere Potenzial der praktischen Ausbildung in den Pflegeeinrichtungen für die Entstehung beruflicher Handlungskompetenz liegt in der hohen Relevanz eigenen Handelns und der Bewältigung konkreter beruflicher Anforderungen. Bei der Bearbeitung beruflicher Problemstellungen erwerben die Schüler/-innen/Studierenden Handlungswissen und entwickeln entsprechende Handlungsstrategien. Dabei ist eine direkte Anwendung von erlerntem Wissen und Können möglich. Berufliche Handlungskompetenz im Sinne einer gelingenden, fachlich korrekten, situationsangemessenen und fallbezogenen Problemlösung entsteht in der Berufspraxis. Deshalb ist es von herausragender Bedeutung, was die Schüler/-innen/Studierenden in der Berufspraxis erleben, wie sie das Erlebte interpretieren und bewerten und welche Schlussfolgerungen sie für ihr zukünftiges Handeln daraus ziehen. Soll in der praktischen Ausbildung in Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung zielgerichtet ausgebildet werden, so ist genau dieser Prozess systematisch zu gestalten. Aus lerntheoretischer Sicht erscheint es dabei sinnvoll, reflexive Prozesse in der praktischen Ausbildung und dort vor allem auch im direkten pflegerischen Handeln zu verankern, um die Kompetenzentwicklung zu fördern. Hierzu müssen Anforderungen auf unterschiedlichen Ebenen erfüllt werden. Neben konkreten inhaltlichen und methodischen Konzepten müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche die Berufsrealität lernförderlich gestalten. Dies kann nur gelingen, wenn die ausbildenden Pflegeeinrichtungen eine eigene Verantwortung für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrieblicher Pflegeausbildung übernehmen.

Letztlich soll berufsqualifizierende Ausbildung (fachschulisch wie akademisch) eine Handlungskompetenz hervorbringen, die zur Bewältigung beruflicher Anforderungen in

unterschiedlichen Bereichen befähigt. Im beruflichen Alltag wird jedoch deutlich, dass diese Zielsetzung derzeit nicht überall erreicht wird. Vielmehr zeigt sich vielerorts eine eingeschränkte Qualität der pflegerischen Versorgung (Garms-Homolova/Roth 2004). Bereits in der Ausbildung wird sichtbar, dass Schüler/-innen/Studierende in Berufsfachschulen/Hochschulen erlerntes Wissen, welches sie dort in Prüfungen auch nachgewiesen haben, in der praktischen Arbeit, z. B. in Praxisanleitungen oder praktischen Prüfungen nicht anwenden (Holoch 2003, Darmann 2004). Für die eingeschränkte Ausbildungsqualität kommen unterschiedliche strukturelle und qualifikationsbezogene Gründe in Frage. So ist die unzureichende bis fehlende Ausbildung der Schüler/-innen, Studierenden, Praxisanleiter/-innen bzw. anderen Mitarbeiter/-innen, und das zum Teil fehlende Engagement von Führungskräften und Teams sowie eine fehlende personelle Kontinuität in der Vor-Ort-Betreuung der Schüler/-innen Studierenden mit verursachend für den begrenzten Ausbildungserfolg. Weiterhin tragen die Verplanung der Schüler/-innen/Studierenden als Arbeitskräfte, unklare Zuständigkeiten und Aufgaben sowie fehlende Ressourcen zur eingeschränkten Qualität der praktischen Pflegeausbildung bei. Die Ausbildungsbedingungen haben sich durch eine Arbeitsverdichtung, die mit der fallpauschalierten Vergütung und einem damit zusammenhängenden Stellenabbau in den Pflegebereichen in Verbindung gebracht wird, weiter verschlechtert. Gleichzeitig werden für die praktische Ausbildung seitens der Unternehmen oft nur wenige Ressourcen bereitgestellt, weil sie als zweitrangig gilt und nicht zu den Kernaufgaben des Unternehmens gezählt wird. Dies kann auch als Ausdruck für das Fehlen verbindlicher gesetzlicher Regelungen bzw. Verordnungen zu Inhalt und Umfang konkreter praktischer Ausbildung gewertet werden (Bäumel et al. 2003).

Neben diesen schlechten Rahmenbedingungen für die Ausbildung in der Praxis fehlen aber besonders auch evaluierte Konzepte für eine umfassende und systematische inhaltliche und methodische Gestaltung der praktischen Ausbildung (Hundenborn 2003). So erschöpft sie sich vielerorts in der traditionellen Beistelllehre, d. h. dem Erlernen oder Verbessern von praktischen Handgriffen durch das Vormachen, Nachmachen und Üben z. B. im Rahmen von geplanten Anleitungen. Tätigkeitsnachweise mit verrichtungsorientierten Lehrzielen und langen Listen durchzuführender Handgriffe, die in den Kategorien „beobachtet“, „unter Anleitung durchgeführt“ und „selbstständig durchgeführt“ o. Ä. dokumentiert werden, ersetzen einen Lehrplan. Es ist jedoch evident, dass die praktische Pflegeausbildung nicht nur handwerkliche Verrichtungen ausbilden muss, sondern auch eine Vielzahl von Kompetenzen (dazu exemplarisch Oelke 1998, Oelke/Menke 2002, Wittneben 2003, Benner 1994). Hierfür werden nicht nur inhaltliche Beschreibungen und Operationalisierungen der zu fördernden Kompetenzen benötigt. Vielmehr gilt es auch, methodische Konzepte zu entwickeln, die Wissensanwendung und Reflexion in den beruflichen Handlungsprozess systematisch einbinden. Bezüglich der Methodik von Ausbildung besteht ein großer Forschungsbedarf, da die etablierten Vorgehensweisen kaum empirisch gesichert sind. Eine Forschungsagenda ist zu formulieren.

Eine herausragende Bedeutung für die Qualität der praktischen bzw. klinischen Ausbildung haben die professionell Pflegenden mit berufspädagogischer Zusatzqualifikation, die sogenannten Praxisanleiter/-innen, deren Aufgaben weitaus vielschichtiger sind, als nur geplante Anleitungen durchzuführen. Neben der Ausbildung und Anleitung in Bezug auf

---

berufliche Fähig- und Fertigkeiten haben sie wichtige Aufgaben bei der Begleitung und Beratung der Schüler/-innen /Studierenden im Rahmen eines Lernprozessmanagements, bei der Moderation reflexiver Lernprozesse und innerhalb der beruflichen Sozialisation. Sie sind gleichzeitig Modelle beruflichen Handelns, Supervisoren/-innen und Coaches, und zwar sowohl für die Schüler/-innen/Studierenden als auch für alle Kollegen/-innen, die am Ausbildungsprozess beteiligt sind. Vor dem Hintergrund des Anspruchsniveaus dieser Tätigkeit und der hohen Verantwortung für die Ausbildung des Berufsnachwuchses erscheint es mehr als verständlich, dass zukünftig eine Qualifizierung auf Masterniveau, z. B. eines Masters of Clinical Education anzustreben ist.

In Bezug auf die Konzepte zur praktischen Ausbildung in Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung besteht ein deutlicher Forschungsbedarf. Entsprechend erscheint es sinnvoll, klinische Lehrstühle einzurichten, die eine solche Forschung durchführen könnten. Insgesamt erscheint der Ausbau von Forschung im Bereich Pflegebildung erforderlich, wie dies auch in der Medizin mit ersten Einrichtungen zur „medical education“ geschieht.

Vor dem Hintergrund der dargelegten Bedingungen, Zustände und Anforderungen an die praktische Ausbildung in Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung erscheint für die nachhaltige Verbesserung der Qualität eine Akkreditierung der ausbildenden Einrichtungen sinnvoll. Nur so lässt sich sicherstellen, dass zukünftige Absolventen/-innen der Pflegeausbildungen den weiter steigenden Anforderungen in diesem Handlungsfeld entsprechen können. Auch vor dem Hintergrund der akademischen Erstausbildung stellt sich der Nachweis einer systematischen und effektiven praktischen Ausbildung als unausweichlich dar.

## **2.5 Akkreditierung von ausbildenden Einrichtungen der Gesundheitsversorgung**

Um eine systematische, geplante und durchgeführte Ausbildung sicher zu stellen, muss die praktische Pflegeausbildung in Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung inhaltlich und methodisch verbessert und konzeptualisiert werden. Es kann nicht mehr länger dem Zufall überlassen bleiben, was Schüler/-innen/Studierende zu welchem Zeitpunkt in welcher Art und Weise und mit welchem Ergebnis lernen. Praktische Ausbildung ist keine Dienstleistung für Schulen und Hochschulen, sondern gehört zu den Kernaufgaben des Unternehmens und der eigenen Berufsgruppe. Unter Berücksichtigung steigender Anforderungen an die berufliche Handlungskompetenz der Absolventen/-innen schulischer und akademischer Pflegeausbildungen kann dieser Zustand nicht länger hingenommen werden. Zur Gewährleistung einer hohen Ausbildungsqualität am Lernort Praxis erscheint es deshalb erforderlich, dass Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung, die ausbilden wollen, bestimmte Kriterien erfüllen und Konzepte und Rahmenbedingungen nachweisen müssen, damit sie als Ausbildungseinrichtung zugelassen und akkreditiert werden können. Die Zulassung geht dabei über eine Zertifizierung hinaus, weil erst durch die Akkreditierung die Erlaubnis zu Ausbildung ausgesprochen wird. Die Akkreditierung könnte durch eigene Agenturen (wie bei den Studiengängen) oder berufsständische Organe, wie z. B. eine Kammer, vorgenommen werden.

Wesentliche Säule einer angestrebten Akkreditierung muss dabei ein differenziertes Qualitätsmanagementsystem sein. Für den Bereich der praktischen Ausbildung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung fehlen bislang normierte Qualitätsstandards, die sich an europäischen und internationalen Empfehlungen ausrichten. Beispielhaft sei hier auf die Richtlinie des ICN (ICN 1991, 629-652 zit. n. Stöcker 2006) oder die Leitlinien der Europäischen Kommission (Beratender Ausschuss 1989 zit. n. Stöcker 2006) verwiesen. Nur mit der Einhaltung hoher Standards kann das Ziel, europäische Ausbildungssysteme zu einer internationalen Referenz für Qualität zu machen, erreicht werden. Die EU-Kommission macht deutlich, dass ein System der Qualitätssicherung in der Berufsbildung wichtig ist, damit einerseits erbrachte Leistungen nachgewiesen werden können, andererseits bildet sie den Ausgangspunkt für alle Aktivitäten der Verbesserung und Weiterentwicklung. Die Qualitätssicherung sollte eine regelmäßige externe Evaluierung beinhalten und immer unterschiedliche Ebenen wie Kontext, Input, Prozess und Output erfassen. Schwerpunkt der Evaluation sollte immer bei den Lernergebnissen liegen. Alle Aktivitäten zur Qualitätssicherung sollten darüber hinaus darauf abzielen, Feedback an die Akteure zu geben (EU-Kommission 2005, 32-34, zit. n. Stöcker 2006). Dadurch kann dem zyklischen Charakter von Qualitätsmanagement entsprochen werden.

### *Qualitätskriterien*

In Analogie zur Akkreditierung von Studiengängen wären folgende Anforderungen für eine Akkreditierung von Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung denkbar (vgl. AHPGS, AQAS):

1. Berufsbefähigung der Absolventinnen und Absolventen aufgrund eines in sich schlüssigen, im Hinblick auf das Ziel der Ausbildung und die Vorbereitung auf berufliche Tätigkeiten plausiblen Ausbildungskonzepts. Komponenten eines solchen Konzeptes wären:
  - a. Curriculum mit Ausbildungszielen und -inhalten (Ausbildungsplan)
  - b. Zuordnung von Ausbildungsinhalten zu den vorhandenen Arbeitsbereichen
  - c. Prozessstandard (Personen, Zuständigkeiten, Kooperationen, Aufgaben, Zeitvorgaben)
  - d. Ausbildungsmethoden und -instrumente
  - e. Wissensbasierung
  - f. Ausbildungsablauf/Zeitplan
  - g. Leistungsnachweise, Prüfungsstruktur und Prüfungsfächer; ggf. Modularisierung, ausbildungsbegleitende Prüfungen, Nachweis erworbener Kompetenzen
2. Strukturelle Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung:
  - a. Anhaltszahlen zum Verhältnis Schüler/-innen an Studierende zu Praxisanleitern/-innen (clinical mentor)
  - b. Ausbildungskoordinatoren für das Lernprozessmanagement
  - c. personale, räumliche, apparative und sächliche Ausstattung
  - d. Zeitumfang, Verhältnis Lernen Arbeiten

3. Evaluation zum Nachweis der Qualität der Ausbildung:
  - a. fortlaufendes Qualitätsmanagement der Ausbildungsprogramme
    - i. Kriterien (z. B. Anzahl der Praxisanleiter/innen, Anleitungquote, Erreichungsgrad geplanter gemeinsamer Arbeit von Schüler/-in/Studierender/m mit Praxisanleiter/in, Noten der praktischen Prüfungen, Bewertung der Praxisanleiter/-innen durch die Schüler/-innen/Studierenden
    - ii. Berichtswesen
    - iii. (Fall)Supervision
    - iv. Kollegiale Beratung
  - b. Leistungsbeurteilung und Lernstandsrückmeldung
  - c. Auswahl der Praxisanleiter/-innen
  - d. Auswahl geeigneter Schüler/-innen/Studierender (bzw. Beteiligung daran)
  
4. Wissensmanagement:
  - a. Abschätzung der absehbaren Entwicklungen in möglichen Berufsfeldern
  - b. Aktualität des Wissens in der Einrichtung
  - c. Evidenzbasierung pflegerischen Handelns
  - d. Assessment des Bildungsbedarfs
  - e. Maßnahmen zur Anpassungsweiterbildung der Beschäftigten und besonders der Praxisanleiter/-innen
  - f. Anpassung des Ausbildungskonzepts bzw. der Ausbildungsinhalte

Wenn ausbildende Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung ein Ausbildungskonzept vorlegen, das oben genannte Aspekte aufgreift und nachweist, kann nach erfolgtem Audit eine Akkreditierung erfolgen. In festgeschriebenen Abständen muss dann eine Re-Akkreditierung erfolgen.

## **2.6 Notwendige Reformmaßnahmen für eine Weiterentwicklung der praktischen Pflegeausbildung**

1. Akkreditierung von praktischen Ausbildungseinrichtungen in der Pflege im Rahmen von Erstausbildung und Weiterqualifizierung durch den Nachweis von u. a. Lehrplänen und Bildungskonzepten
2. Ausbildung der Schüler/-innen und Student/-innen durch qualifizierte klinische Lehrende (mindestens Bachelorniveau, möglichst Masterniveau)
3. Lehrende der Schulen/Hochschulen erhalten einen gestaltenden Zugang zum Lernort Praxis
4. Vorhaltung von Praxisplätzen für Masterstudent/innen (z. B. Advanced Nurse Practice)
5. Erstellung einer Forschungsagenda zur praktischen Ausbildung in Einrichtungen des Gesundheitswesens
6. Einrichtung von Skills-Labs am Lernort Schule/Hochschule
7. Sicherstellung der Finanzierungsgrundlage der praktischen Ausbildung
8. Nichtanrechnung von Schüler/-innen und Student/-innen auf den Stellenplänen der ausbildenden Einrichtungen der Pflege- und Gesundheitsversorgung
9. Präsenzzeit in der Praxis als reine Ausbildungszeit

## **3 Möglichkeiten der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege in der Systematik und den strukturellen Vorgaben eines Bachelor-Studiengangs**

### **3.1 Die strukturellen Voraussetzungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz als lenkende normative Vorgaben**

Das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz, KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442) trat am 1. Januar 2004 in Kraft. Das KrPflG regelt die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger/-in sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in und regelt die Ausbildung in diesen Berufen.

Außerdem wird die Anerkennung gleichwertiger Ausbildungen in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (EU-Staaten, Island, Liechtenstein, Norwegen) geregelt. Gleichzeitig mit dem KrPflG trat auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003, KrPflAPrV (BGBl. I S. 2263) in Kraft.

Die Ausbildung enthält derzeit noch weitgehend gemeinsame Ausbildungsanteile, obwohl es bei zwei getrennten Berufsbildern bleibt. Den besonderen Erfordernissen einer kindgerechten Versorgung wird durch die Spezialisierung in der zweiten Ausbildungsphase Rechnung getragen. Die Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in“ sowie „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in“ unterstreichen sprachlich den erweiterten Ansatz in der Krankenpflege.

Die Ausbildungsziele wurden den neuen Anforderungen angepasst. Dabei wurde der eigenständige Aufgabenbereich der Pflege hervorgehoben. Krankenpflege beinhaltet neben dem kurativen auch den präventiven, rehabilitativen und palliativen Ansatz. Die praktische Ausbildung findet nicht mehr nur in Krankenhäusern, sondern auch in geeigneten ambulanten oder stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen statt. Die schulische und praktische Ausbildung steht unter der Gesamtverantwortung der Schulen. Zudem gibt es verbindliche Regelungen zur Unterstützung der praktischen Ausbildung durch Praxisbegleitung der Schulen und Praxisanleitung in den Einrichtungen.

Im Zuge der Berufsausbildung sind innerhalb der zwölf in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz vorgegebenen Themenbereiche jeweils verschiedene fachliche Wissensgrundlagen zu vermitteln. Bei der Planung des Unterrichts sind diese den einzelnen Themenbereichen zuzuordnen. Die Stundenzahlen der theoretischen Ausbildung gliedern sich wie folgt:



1. Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften	950 h
2. Pflegerelevante Kenntnisse der Naturwissenschaften und der Medizin	500 h
3. Pflegerelevante Kenntnisse der Geistes- und Sozialwissenschaften	300 h
4. Pflegerelevante Kenntnisse aus Recht, Politik und Wirtschaft	150 h
5. zur Verteilung	200 h

**Stundenzahl insgesamt** **2 100 h**

Im Rahmen des Unterrichts entfallen 500 Stunden auf die Differenzierungsphase in Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Die berufspraktische Ausbildung gliedert sich in Umfang und Struktur wie folgt:

1. Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der stationären Versorgung in kurativen Gebieten in den Fächern: Innere Medizin, Geriatrie, Neurologie, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Wochen- und Neugeborenenpflege sowie in mindestens zwei dieser Fächer in rehabilitativen und palliativen Gebieten	800 h
2. Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der ambulanten Versorgung, in präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gebieten	500 h

Im Differenzierungsbereich

1. Gesundheits- und Krankenpflege Stationäre Pflege in den Fächern: Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie	700 h
--	-------

**oder**

2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege Stationäre Pflege in den Fächern: Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie (700 Std.)	
3. Zur Verteilung auf die Bereiche 1. und 2.	500 h

**Stundenzahl insgesamt** **2 500 h**

### **Zusammenfassung:**

Strukturell umfasst die Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege nach geltendem Recht 2.100 Stunden theoretische und 2.500 Stunden praktische Ausbildung. Das Gesamtvolumen beläuft sich somit auf 4.600 Ausbildungsstunden und ist damit auch mit dem europäischen Recht kompatibel.

### **3.2 Die strukturellen Voraussetzungen zur Ausgestaltung von Bachelor-Studiengängen nach dem Bologna-Prozess**

Der Begriff Bologna-Prozess bezeichnet ein politisches Vorhaben zur Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulwesens bis zum Jahr 2010. Er beruht auf einer im Jahre 1999 von 29 europäischen Bildungsministern im italienischen Bologna unterzeichneten, völkerrechtlich nicht bindenden Bologna-Erklärung.

Die Initiative zur Vereinheitlichung des bestehenden europäischen Hochschulbetriebs geht auf eine gemeinsame Erklärung der Bildungsminister der damals vier größten Mitgliedsländer der Europäischen Union im Jahr 1998 zurück, namentlich Frankreichs, Deutschlands, Italiens und des Vereinigten Königreichs. Aufgrund ihres Unterzeichnungsortes wurde diese „Gemeinsame Erklärung zur Harmonisierung der Architektur der europäischen Hochschulbildung“ vom 25. Mai 1998 als Sorbonne-Erklärung bekannt. Darüber hinaus forderte die Erklärung, im Ausland erbrachte Leistungen in einem solchen Hochschulraum unbürokratisch anerkennen zu lassen, die studentische Mobilität zu fördern und ein Kreditpunktesystem zu erlassen.

Die „Bologna-Erklärung“ stellt im Wesentlichen eine Konkretisierung und Erweiterung der in der Sorbonne-Erklärung festgehaltenen Absichten dar. Durch den Beschluss regelmäßiger Folgekonferenzen im Abstand von zwei Jahren und einer Umsetzungsfrist mit dem Jahr 2010 sollte das Projekt beschleunigt werden.

Die Bildungsminister/-innen von 29 europäischen Nationen beschlossen darüber hinaus die Einführung eines konsekutiven, zweistufigen Abschlusssystemes, dessen Abschlüsse meist als „Bachelor“ und „Master“ bezeichnet werden. Die Konferenz kam ferner über Mechanismen zur nachhaltigen Qualitätssicherung überein.

Der Bologna-Prozess verfolgt drei Hauptziele: Die Förderung von Mobilität, von internationaler Wettbewerbsfähigkeit und von Beschäftigungsfähigkeit.

Als Unterziele umfasst dies unter anderem:

- o Die Schaffung eines Systems leicht verständlicher und vergleichbarer Abschlüsse, auch durch die Einführung des Diplomzusatzes
- o Die Schaffung eines zweistufigen Systems von Studienabschlüssen (konsekutive Studiengänge, undergraduate/graduate, in Deutschland und Österreich als Bachelor und Master umgesetzt)
- o Die Einführung eines Leistungspunktesystems, des European Credit Transfer System (ECTS)
- o Die Förderung der Mobilität durch Beseitigung von Mobilitätshemmnissen; gemeint ist nicht nur räumliche Mobilität, sondern auch kulturelle Kompetenzen und Mobilität zwischen Hochschulen und Studiengängen
- o Förderung der europäischen Zusammenarbeit bei der Qualitätsentwicklung
- o Die Förderung der europäischen Dimension in der Hochschulausbildung
- o Das lebenslange bzw. lebensbegleitende Lernen
- o Die studentische Beteiligung (Mitwirken an allen Entscheidungen und Initiativen auf allen Ebenen)

- o Die Förderung der Attraktivität des europäischen Hochschulraumes
- o Die Verzahnung des europäischen Hochschulraumes mit dem europäischen Forschungsraum, insbesondere durch die Eingliederung der Promotionsphase in den Bologna-Prozess.

Wesentliches Resultat des Bologna-Prozesses ist die Definition eines Systems von drei aufeinander aufbauenden Zyklen in der Hochschulbildung. Diese Zyklen werden in der Bergen-Deklaration durch ein grobes Rahmenwerk von Qualifikationen und ECTS-Credits definiert.

- |                    |  |                     |
|--------------------|--|---------------------|
| 1. Zyklus: typisch | 180 - 240 ECTS-Credits   | [Bachelor]          |
| 2. Zyklus: typisch | 90 - 120 ECTS-Credits [Minimum 60]   | [Master]            |
| 3. Zyklus:         | Erfordert eigenständige Forschung<br>Keine ECTS-Angabe, allerdings wird<br>ein Arbeitsaufwand von 3 - 4 Jahren<br>(Vollzeit-Beschäftigung) angenommen. | [Doktorat bzw. PhD] |

Die nationale Bologna-Gruppe besteht in Deutschland aus Vertretern des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD), der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), der Kultusministerkonferenz (KMK), des freien Zusammenschlusses von Studentinnenschaften (fzs), der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA), der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW), des Akkreditierungsrates und des deutschen Studentenwerks (DSW).

### **Zusammenfassung:**

Europaweite Prozesse der Systematisierung und Angleichung von Bildungsstrukturen haben unter dem Namen ‚Bologna-Prozess‘ auch in Deutschland zu einer schrittweisen Umstrukturierung des Hochschulsystems geführt. Gestufte Studiengänge im Format Bachelor/Master werden in der Zukunft die Regel im deutschen Hochschulsystem sein. Die Orientierung im Bachelor-Studium soll klar auf den Kompetenzerwerb zum Zwecke der Berufsausübung abstellen.

### **3.3 Das European Credit Transfer System (ECTS) im Kontext der Neugestaltung der Studienstrukturen**

Die in Bachelor-Studiengängen erbrachten Leistungen werden in einem europaweit einheitlichen Leistungspunktesystem kreditiert. Ein Leistungspunkt (LP) ist der Gegenwert einer erbrachten Lernleistung, eine Art Bonuspunkt, der am Ende des Semesters für die erfolgreiche Teilnahme an einer Lehrveranstaltung/Modul dem Studierenden auf seinem Punktekonto gutgeschrieben wird. Erfolgreiches Studium verlangt den Erwerb einer bestimmten Anzahl von Leistungspunkten. Leistungspunkte geben den Lernaufwand des Studierenden wieder. Semesterwochenstunden geben demgegenüber den Lehraufwand wieder. Das Leistungspunktesystem (LPS, Credit Point System) ist die konzeptionelle Hülle, die das genaue Zusammenspiel zwischen Leistungspunkten, Lehrveranstaltungen, Benotung sowie Akkumulation und Transfer von Leistungspunkten manifestiert.

Es gibt verschiedene Arten von Leistungspunktsystemen. So kommen Credit Akkumulierungssysteme in Amerika häufig zur Anwendung. Es wird jedoch kein einheitliches System umgesetzt, teilweise ist die Handhabung sogar an einer Hochschule unterschiedlich. Es handelt sich fast ausschließlich um reine Akkumulierungssysteme. Credits (auch Units genannt) werden vom Studierenden gesammelt, bis der angestrebte Abschluss erreicht ist. Einmal erworbene Credits haben in der Regel kein Verfallsdatum. Der Transfer von Credits beim Übergang auf andere Hochschulen spielt kaum eine Rolle und ist in der Regel nur durch Hochschulabkommen möglich.

Bei sogenannten Credit-Transfer-Systemen liegt dagegen die Betonung auf dem Transfer von Leistungspunkten, so z. B. auch bei dem in Deutschland zur Anwendung kommenden European Credit Transfer System (ECTS). Ziel ist die Erhöhung der Studentenmobilität und die Vereinfachung der Anrechnung akademischer Leistungen zwischen den Hochschulen. Mischformen zwischen beiden System sind möglich und werden als Credit Akkumulierungs- und Transfer Systeme (CATS) realisiert, hierbei werden Credits sowohl akkumuliert als auch transferiert.

Die Anerkennung von Studienleistungen und Diplomen ist Voraussetzung für die Schaffung eines europäischen Bildungsraums. Das European Credit Transfer System (ECTS) soll mehr Transparenz schaffen, Brücken zwischen den Hochschulen schlagen, den Studierenden ein größeres und interessanteres Studienprogramm bieten. Die Anwendung von ECTS beruht auf drei Prinzipien: Information über Studiengängen und Studienleistungen, gegenseitiges Einvernehmen zwischen den Partnerhochschulen und den Studierenden, Anwendung der ECTS-Anrechnungspunkte für das absolvierte Studienpensum. Inhalt, Aufbau und Gleichwertigkeit der Studiengänge werden in keiner Weise durch ECTS bestimmt. Diese Fragen sind jeweils als qualitative Aspekte bei den Vorbereitungen von Kooperationsvereinbarungen selbst zu klären.

ECTS-Anrechnungspunkte (Credit-Points [CP]) sind der numerische Wert, der jeder Lehrveranstaltung zugeordnet wird, um das für den Kurs erforderliche Arbeitspensum quantitativ zu beschreiben. Sie geben an, welcher Anteil des Jahrespensums für eine bestimmte Veranstaltung vorgesehen ist. Es werden für das volle akademische Jahr 60 Credit-Points, für das Semester 30 Credit-Points für das Trimester 20 Credit-Points zugrunde gelegt.

Credit-Points werden für alle Pflicht- und Wahlkurse vergeben. Credit-Points sollen auch vergeben werden für Projektarbeit, Vorbereitung von Abschluss- und Diplomarbeiten, Betriebspraktika [sofern diese fest in den Studiengang integriert sind]. Das Anforderungsniveau der Veranstaltung wird bei der Zuteilung der Punkte nicht berücksichtigt, Credit-Points basieren auf dem Studienpensum, das sich aus dem lehrgebundenen Unterricht ergibt, nicht aber auf dem lehrgebundenen Unterricht selbst. Lehrveranstaltungen, die für mehrere Studiengängen gleichzeitig angeboten werden, können je nach Studiengang und dort vorgesehenem Studienpensum unterschiedliche Anzahlen von Punkten erhalten, wobei langfristig die Hochschulen vermutlich eine feste Anzahl von Punkten anstreben. Die Vergabe von Credit-Points an die Studierenden erfolgt nur bei erfolgreichem Abschluss des Kurses; es werden keine Credit-Points für die alleinige Teilnahme an Kursen vergeben.

---

Studieninhalte werden in Modulen angeboten. Das Modul ist eine inhaltlich zusammenhängende, thematisch und zeitlich abgerundete Lehrinheit, die durch (mindestens) eine Prüfungsleistung abgeschlossen wird. Ein Modul soll sich im Regelfall nicht über mehr als zwei Semester erstrecken, es kann aber aus Teilmodulen bestehen, die separat abgeprüft werden.

Der Einführung eines Credit-Point Systems sollte eine Modularisierung des Studiengangs vorangehen. Lehrinheiten werden in Module umgewandelt, dies hat eine Neugliederung des Studiengangs zur Folge. Modularisierung erfordert es, die Verbindung von Modulen und deren Abfolge durch definierte Schnittstellen und Übergangsmöglichkeiten klar herauszuarbeiten.

Zweck eines Credit-Point Systems ist die Erhöhung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit, die Vereinfachung des Transfers von Studienleistungen, ein transparentes Studium bei flexibleren Studiengängen. Eine konstante Lernbelastung bei gleichzeitig leistungsorientierter Ausbildungsförderung und der Ermöglichung von Teilzeitstudium.

Credit-Points geben den Lernaufwand eines durchschnittlichen Studierende in Lernstunden, dem sogenannten ‚Workload‘ wieder. Der Lernaufwand eines durchschnittlichen Studierenden liegt bei einem Workload pro Credit-Point von 30 h bei 1800 h Jahresaufwand (60 CP x 30 h Workload) und entspricht damit der Arbeitsbelastung eines Vollzeitbeschäftigten. Nach Beschluss der Kultus-Minister-Konferenz vom 14.10.97 soll die gesamte Arbeitsbelastung des Studierenden pro Jahr nicht 1800 h überschreiten.

**Zusammenfassung:**

Ein Vollzeitstudium auf Bachelor-Niveau ist mit 60 Credit-Points pro Studienjahr und einer Credit-Point Belastung von 30 h pro Point mit einer Jahresarbeitsbelastung von 1800 h für den durchschnittlichen Studierenden verbunden (60 CP x 30 h Workload). Ein 3-jähriges resp. 6-semesteriges Bachelor-Studium hat also ein Volumen von 5.400 h Lehr-/Lernaufwand.

Wie aufgezeigt, umfasst die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in einem Zeitraum von 3 Jahren 4.600 Ausbildungsstunden. Das 3-jährige Bachelor-Studium umfasst 5.400 Lehr-/Lernstunden. Also kann die berufliche Ausbildung in der Gesundheits- und Krankpflege in der Systematik eines 6-semesterigen Bachelor-Studiengangs abgebildet werden. Entscheidend für die Qualität eines solchen Angebots ist dann die curriculare Ausgestaltung.

### 3.4 Musterausbildung

unter Abdeckung der strukturellen Forderungen aus dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und aus den Anforderungen an Bachelor-Studiengängen gemäß Bologna - Prozess

	1. Jahr	
	1. Sem	2. Sem
<b>Unterrichtswochen</b>	12	11
Unterrichtsstunden pro Woche	30	30
Summe Unterrichtsstunden	360	330
<b>Praxiswochen</b>	11	11
angenommene Wochenarbeitszeit = 39 h ergibt:	429	429
<b>Summen Theorie + Praxis:</b>		
Jahressummen bei 39 h/Woche	789	759
<b>Kreditierung:</b>		
Module bei 1 CP = 30 h Workload/40 h Woche		
Modul Kompetenzbereich 1	5	5
Modul Kompetenzbereich 2	5	5
Modul Kompetenzbereich 3	5	5
Modul Kompetenzbereich 4	5	5
Modul Kompetenzbereich 5	5	5
Modul Kompetenzbereich 6	5	5
Credit Points	30	30
<b>Gesamtstunden:</b>		
Stunden	900	900
verplante Ausbildungszeit	789	759
nicht verplante Ausbildungszeit	111	141

2. Jahr		3. Jahr		
3. Sem.	4. Sem.	5. Sem.	6. Sem.	
12	11	12	12	$\Sigma$
30	30	30	30	<b>70</b> Wochen
360	330	360	360	<b>2100</b> Unterrichtsstunden
11	11	10	11	<b>65</b> Wochen
429	429	390	429	<b>2535</b> Praxisstunden
789	759	750	789	<b>4635</b> Ausbildungsstunden
5	5	5	5	
5	5	5	5	
5	5	5	5	
5	5	5	5	
5	5	5	5	
5	5	5	5	
30	30	30	30	<b>180</b> CP x 30 h = 5400 h
900	900	900	900	<b>5400</b> CP Stunden
789	759	750	789	<b>4635</b> Ausbildungsstunden
111	141	150	111	<b>765</b> Lernstunden
				<b>5400</b> Gesamtstunden

Erläuterungen zur Tabelle finden sich auf den folgenden Seiten

### 3.5 Erläuterungen zur Musterausbildung

unter Abdeckung der strukturellen Forderungen aus dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und aus den Anforderungen an Bachelor-Studiengängen gemäß Bologna-Prozess

#### Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung:

- Der Planungszeitraum sind 3 Jahre resp. 6 Semester/Halbjahre.
- Planung der theoretischen Ausbildung:
  - o Die gesetzlich vorgesehenen 2100 Unterrichtsstunden werden mit einer Frequenz von 330 h bis 360 h pro Ausbildungshalbjahr eingeplant.
  - o Die Planung sieht die Zusammenfassung der Unterrichtsstunden in Blöcken vor.
  - o Innerhalb von 3 Jahren werden 70 Unterrichtswochen à 30 Unterrichtsstunden (2100 h) verplant.
- Planung der praktischen Ausbildung
  - o Als regelmäßige Wochenarbeitszeit werden 39 h angenommen. Mit kürzeren (z. B. 38,5 h) oder längeren (z. B. 40 h) Wochenarbeitszeiten kann die Planung ohne grundsätzliche Veränderungen aufrechterhalten werden.
  - o Es werden Praxisphasen von 5 x 11 Wochen und 1 x 10 Wochen vorgesehen, die konkreten Einsätze sind in diesen Rahmen dann noch einzuplanen.
- Gesamtausbildungsstunden
  - o Bei gleichmäßiger Belastung im Ausbildungsverlauf werden insgesamt 4.635 Ausbildungsstunden erreicht und die nationalen und internationalen Anforderungen erfüllt.

#### Kreditierung nach den Vorgaben des European Credit Transfer Systems und dessen nationaler Umsetzung

- Planungsgrundlage ist ein Workload vom 30 h pro Credit-Points (CP)
  - o Pro Semester werden 30 CP verplant.
  - o In 6 Semestern werden 180 CP verplant, die Auslastung ist gleichmäßig.
  - o Die Workload pro Jahr wird mit 1.800 h angesetzt.
  - o In 3 Jahren ergeben sich so insgesamt 5.400 h Workload.
- Module
  - o Das vorliegende Beispiel plant pro Semester 6 Module im Umfang von 5 CP verteilt über 6 Kompetenzbereiche ein.
  - o In das jeweilige Modul können je nach Vorgabe des Curriculums sowohl die Lehr- als auch Praxisstunden sinnvoll eingerechnet werden.



---

### 3.6 Zusammenfassung/Empfehlungen

- o Die Berechnung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auf der Grundlage der Vorgaben für die Anwendung von ECTS zeigt, dass die im Ausbildungsgesetz vorgesehenen Stundenkontingente integrierbar sind und die beiden Systematiken verbunden werden können.
- o Es ist darauf zu achten, dass hinreichende Freiräume für selbstgesteuerte Lernformen curricular vorgesehen werden. So ist es z. B. möglich, dass von den vorgesehenen 30 Unterrichtsstunden pro Blockwoche in der Ausbildung jeweils 20 h für die Lehrveranstaltungen vorgesehen werden, 10 h für in der Schule durchzuführendes selbstgesteuertes Lernen und 10 h für häusliches Lernen.
- o Es ist darauf zu achten, dass in der Verknüpfung von Theorie-Praxis-Lernen in einem Modul die Lernaufgaben der Praxisausbildung curricular integriert sind und in der Umsetzung systematisch und evaluierbar verfolgt werden.

#### **CONCLUSIO:**

Die Ausbildungsstruktur, die das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz vorsieht, lässt sich in der Struktur und Systematik des Bologna-Prozesses und der Anwendung von ECTS ohne Friktionen abbilden.

Neben den strukturellen Aspekten, die in diesem Arbeitspapier abgebildet werden, entscheidet das angewendete Curriculum über dem Umsetzungserfolg.

## 4 Möglichkeiten eines Heilberufegesetzes

### 4.1 Terminologisches zu den Heilberufen

Unter den Gesundheitsfachberufen stehen die Heilberufe im Zentrum. Unter Gesundheitsfachberufen kann man all diejenigen Angehörigen von Berufen fassen, die spezifische Güter (Waren und Dienstleistungen) im Zusammenhang mit der Gesundheit herstellen. Der Begriff der Gesundheitsfachberufe ist im deutschen Recht noch kein Rechtsbegriff. Anderes gilt für den Begriff der Heilberufe, der in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG erwähnt wird. Unter den Heilberufen wird wieder der ärztliche Beruf als wichtigster Heilberuf terminologisch herausgestellt. Zu den Ärzten gehören der Arzt, der Zahnarzt und der Tierarzt.<sup>8</sup> Der Begriff des Heilberufs wird sehr weit ausgelegt und umfasst auch die helfende Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen. Heilpraktiker und Psychotherapeuten rechnen dazu, auch wenn sie keine ärztliche Ausbildung genossen haben. Auch die sogenannten Heilhilfsberufe rechnen hierher.<sup>9</sup> Die Kranken- und Altenpflegeberufe sind ebenfalls Heilberufe im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG.

### 4.2 Direktes und indirektes Berufsrecht

Für die Heilberufe ist die Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Berufsrecht ausschlaggebend. Diese Unterscheidung dient dazu, die verschiedenen Regelungsbereiche, die sich mit den Heilberufen befassen, zu ordnen.

Das *direkte Berufsrecht* der Gesundheitsfachberufe bezieht sich vor allem auf folgende Gegenstände:

- Berufsausbildung
- Berufsbezeichnung/Schutz der Berufsbezeichnung
- Berufsausübung:
  - o Schutz der Berufsausübung
  - o Beschreibung der beruflichen Tätigkeit, auch im Verhältnis zu anderen Gesundheitsfachberufen
  - o Wahrnehmung der beruflichen Interessen (durch Berufsverbände oder Kammern)
  - o Selbstorganisation des Berufes (z. B. in Kammern).

Mindestens ebenso bedeutend wie das direkte Berufsrecht ist das indirekte Berufsrecht. Damit ist dasjenige Recht gemeint, das mit seinen Regelungen an den Berufen anknüpft, aber keine Auswirkungen auf den berufsrechtlichen Status hat. Dieses indirekte Berufsrecht ist im Sozialleistungsrecht gegeben, wenn es bestimmte Leistungen von bestimmten Heilberufen erbringen lässt. Es ist weiter gegeben im Ordnungsrecht, so im früheren Heimrecht des Bundes und - nach der Föderalismusreform - in den Nachfolgegesetzen der Länder.<sup>10</sup> Das zivile Haftungsrecht und das Strafrecht beeinflussen die Berufsausübung

---

<sup>8</sup> BVerfGE 33, 125 (154).

<sup>9</sup> S. die Aufzählung in BVerfGE 106, 118 f.

<sup>10</sup> Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG.

---

ebenfalls indirekt, sollen aber deshalb nicht zum indirekten Berufsrecht gerechnet werden, weil es sich um Rechtsvorschriften handelt, die alle Bürger, nicht nur die Heilberufe betreffen.

Bei der Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Berufsrecht handelt es sich nicht um eine verfassungsrechtlich diktierte Unterscheidung, sondern um eine Zuordnung im Sinne einer Strukturierung des Rechtsgebiets. Das Verfassungsrecht unterscheidet zwischen Berufszulassung, zu der auch die Berufsausbildung rechnet, und Berufsausübung,<sup>11</sup> wobei Einigkeit darüber besteht, dass die Übergänge fließend sind. In der Regel werden die Vorschriften des indirekten Berufsrechts die Berufsausübung betreffen, während das direkte Berufsrecht hauptsächlich die Materien des Berufszugangs bzw. der Berufsausbildung enthält.

Erst die Zusammenschau der Vorschriften des direkten und des indirekten Berufsrechts ergibt ein vollständiges Bild der rechtlichen bestimmenden Ordnung für die Heilberufe. In der Praxis sind dabei die leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des Sozialleistungsrechts für die Berufsausübung der Heilberufe in der Regel bedeutsamer als die Vorschriften des direkten Berufsrechts. So sind z. B. wesentliche Teile der ärztlichen Ausbildung in der Zulassungsordnung für Vertragsärzte geregelt, die ihre Rechtsgrundlage im SGB V hat. Ähnliches gilt für die verantwortliche Pflegefachkraft nach dem SGB XI.

Für die Gesundheitsfachberufe ist insbesondere das *Leistungserbringungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)* einschlägig. Speziell für die Pflegeberufe gilt dies auch für die *Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)*. Dabei ist zu betonen, dass diese Gebiete nicht die einzigen sind, in denen leistungserbringungsrechtliche Vorschriften die Berufsausübung der Pflegeberufe bestimmen. Im Sozialleistungsrecht sind dies auch noch das Sozialhilferecht (SGB XII), das Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) und das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX – Erster Teil). Auch das Heimgesetz des Bundes<sup>12</sup> und die Gesetze, die die Länder wegen der Verlagerung der Gesetzgebungskompetenz im Zuge der Föderalismusreform zurzeit verabschieden, haben Einfluss auf die Berufsausübung, bei letzteren insbesondere für die Pflegeberufe.

Das *Leistungserbringungsrecht* weist allgemein folgende Struktur auf:

- Zulassung zur Leistungserbringung
- Art des Zugangs zur Leistungserbringung
- Leistungsgestaltung:
  - o Leistungseinschluss/Leistungsausschluss
  - o Konkretisierung des Inhalts und des Umfangs
  - o Qualitätssicherung
- Vergütung
- Nutzerstellung
- Beteiligung der Berufe an der Normsetzung.

---

<sup>11</sup> Art. 12 Abs. 1 GG.

<sup>12</sup> S. zur Geltung nach der Föderalismusreform Art. 125a Abs. 1 GG.

Das Leistungserbringungsrecht des SGB V ist für die Gesundheitsfachberufe jenseits der ärztlichen Berufe von sehr unterschiedlicher Relevanz. Teilweise sind die Berufe als Leistungserbringer eingebunden, vor allem als Erbringer von Heilmitteln, teilweise sind sie Akteure im Leistungsgeschehen nur vermittelt über einen anderen Leistungserbringer, vor allem über den Arzt oder das Krankenhaus. Dies gilt vor allem für die Krankenpflege.

### 4.3 Regelungsdefizite und Regelungsmöglichkeiten

#### Gesetzgebungszuständigkeiten

Das *indirekte Berufsrecht* in Form des Leistungserbringungsrechts ist vor allem eine sozialrechtliche Materie. Dieses indirekte Berufsrecht bedürfte allgemein einer systematischen Bereinigung. Es handelt sich dabei um Gesetze, die in der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes liegen.

Das direkte Berufsrecht verteilt sich in der Gesetzgebungszuständigkeit auf Bund und Länder. Ein umfassender rechtlicher Zugriff auf alle Materien der Heilberufe in der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes ist daher nicht möglich. Der Bundesgesetzgeber kann nur die Zulassung zum Heilberuf regeln (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).

Nur der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass der Bund auch im Rahmen eines Allgemeinen Heilberufegesetzes keine Gesetzgebungszuständigkeit für die Organisation der Heilberufe in Berufskammern hat. Der Bund kann auch keine Verpflichtung der Länder aussprechen, Berufskammern zu errichten. Der Bund hat keine Zuständigkeit für die Berufsordnungen (Standesrecht), die Berufsgerichtsbarkeit, das Gebührenwesen, die Weiterbildung, das Facharztwesen und die Ausgestaltung der Studienordnungen im Einzelnen.

Möglich ist es jedoch, in einem Bundesgesetz, den Begriff der Heilkunde und der Heilberufe zu definieren und Regelungen zur Ausbildung, zur Beschreibung von Aufgaben und Tätigkeiten und deren Abgrenzung zu den Tätigkeiten anderer Berufsgruppen zu treffen.

#### Regelungsdefizite

Regelungsdefizite für die Heilberufe ergeben sich in folgender Hinsicht:

- Es fehlt eine den heutigen Notwendigkeiten der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung entsprechende *Definition des Begriffs der Heilkunde*. Nach wie vor wird ein Begriff der Heilkunde zugrunde gelegt, der aus dem Heilpraktikergesetz aus dem Jahre 1939 stammt.
- Entsprechend der Neudefinition des Begriffs der Heilkunde ist eine *Definition des Begriffs der Heilberufe* zu bilden.
- Es fehlt an einer *öffentlich-rechtlichen Festlegung der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche der Heilberufe*. Die Tätigkeit der Heilberufe ist zwar in den Ausbildungsgesetzen als Ausbildungsziel beschrieben. Damit entsteht jedoch keine Festlegung von bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten.
- Der Festlegung von bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten der Heilberufe muss zum Zweck der Herstellung von Klarheit in der Kooperation der Heilberufe die *Festlegung wesentlicher Kernbereiche eigener Aufgaben und Tätigkeiten* folgen, auch im Sinne der Beschreibung vorrangiger und/oder vorbehaltenen Tätigkeiten.

## Regelungsmöglichkeiten

### Aufbau eines Allgemeinen Heilberufegesetzes

Ein Allgemeines Heilberufegesetz könnte wie folgt aufgebaut sein:

- Begriff der Heilkunde
- Begriff des Heilberufes und Aufzählung der Heilberufe
- Definition der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche, auch im Sinne vorbehaltener und/oder vorrangiger Tätigkeiten
- Einweisungsvorschriften für die besonderen Heilberufsgesetze.

### Begriff der Heilkunde

Der Begriff der Heilkunde ist in Richtung auf die verschiedenen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung zu erweitern (Gesundheitsförderung/gesundheitliche Prävention; Kuration; Rehabilitation; Pflege; Palliation).

Weiter bietet sich an, den Begriff an die international gebräuchlichen verwandten Begrifflichkeiten anzupassen (Gesundheitsbegriff der WHO; Behinderungsbegriff nach der ICF).

### Begriff der Heilberufe

Der Begriff der Heilberufe ist entsprechend der Neudefinition des Begriffs der Heilkunde anzupassen.

### Definition der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche der verschiedenen Heilberufe

Für jeden Heilberuf ist zunächst zu definieren, welche Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen für ihn einschlägig sind. Sodann ist festzulegen, für welche Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche ein Heilberuf im Verhältnis zu anderen Heilberufen ausschließlich oder vorrangig zuständig ist.

### Einweisungsvorschriften

Die gesetzgeberische Technik der Einweisungsvorschriften stammt aus dem Sozialgesetzbuch (SGB I). Dort sind in den §§ 18 bis 29 die besonderen Sozialleistungsgesetze genannt. Einweisungsvorschriften geben also eine Übersicht über besondere Gesetze eines Rechtsgebietes.

Solche Einweisungsvorschriften für die Bundesgesetze der Heilberufe würden ebenfalls die Übersichtlichkeit erleichtern.

## 4.4 Wirkungschancen eines Heilberufegesetzes

Ein Allgemeines Heilberufegesetz dient der rechtlichen Klarstellung der Position der verschiedenen Heilberufe in Hinblick auf ihre Tätigkeit im Rahmen der Heilkunde und in Hinblick auf die allseits geforderte und in der Praxis bereits vorhandene Zusammenarbeit auf diesem Gebiet. Ein solches Gesetz schafft eine öffentlich-rechtliche Grundlage für die Zuschreibung der jeweiligen Verantwortlichkeiten und gleichzeitig mehr Handlungssicherheit für die beteiligten Berufe. Damit wird auch ein Beitrag zur Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung geleistet.

## Literatur

- Bader, R.; Müller, M. (2002): Leitziel der Berufsausbildung: Handlungskompetenz. Anregungen zur Ausdifferenzierung des Begriffs. *Die berufsbildende Schule* 54 (6): 176-182
- Bäumli, I.; Döschl, E. S. M. u. a. (2003): Denkanstöße für die praktische Pflegeausbildung. Begründung zum Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zu Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege Freiburg (Breisgau), Caritas-Gemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe e. V.
- Baughan, J.; Smith, A (2008): *Caring in Nursing Practice. A Guide for Nurses*. Harlow, Pearson Education Limited
- BGBl (Bundesgesetzblatt) Teil I Nr. 55 (2003): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPr) v. 19.11.2003, S. 2263-2273, geändert in der Fassung (BGBl. I Nr. 20, S. 931) v. 23.03.2005
- Benner, P. (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert*. Bern, Huber
- Benner, P.; Wrubel, J. (1989) *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA. Addison-Wesley
- Benner, P.; Wrubel, J. (1997): *Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Bern, Huber
- Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege bei der EU-Kommission (1989): Leitlinien über die Verringerung der Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Ausbildung von Krankenschwestern/-pflegern für die allgemeine Pflege. EU-Kommission, Brüssel, III/D/5044/1/89
- Böllert, K.; Gogolin, I. (2002): Stichwort: Professionalisierung. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 5, 3, 367-383.
- Bologna Reader (2006): *Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen*. HRK Service-Stelle Bologna. Beiträge zur Hochschulpolitik 8/2004. 5. Aufl. 2006. Herausgegeben von der Hochschulrektorenkonferenz, Ahrstraße 39, 53175 Bonn
- Bologna-Reader II (2007): *Neue Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen* HRK Service-Stelle Bologna Beiträge zur Hochschulpolitik 5/2007. Herausgegeben von der Hochschulrektorenkonferenz, Ahrstraße 39, 53175 Bonn
- Bologna-Reader III (2008): *FAQs - Häufig gestellte Fragen zum Bologna-Prozess an deutschen Hochschulen*. HRK Bologna-Zentrum. Beiträge zur Hochschulpolitik 8/2008. Herausgegeben von der Hochschulrektorenkonferenz, Ahrstraße 39, 53175 Bonn
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2003): Berichtssystem Weiterbildung VIII. Online unter: [http://www.bmbf.de/pub/berichtssystem\\_weiterbildung\\_viii-gesamtbericht.pdf](http://www.bmbf.de/pub/berichtssystem_weiterbildung_viii-gesamtbericht.pdf)
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hrsg.) (2004): *Konzeptionelle Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht - Berufliche Bildung und Weiterbildung/Lebenslanges Lernen*. Bildungsreform Band 7. Bonn 2004
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hrsg.) (2008): *Stand der Anerkennung non-formalen und informellen Lernens in Deutschland*. Online unter: [http://www.bmbf.de/pub/nonformales\\_u\\_informelles\\_lernen\\_in\\_deutschland.pdf](http://www.bmbf.de/pub/nonformales_u_informelles_lernen_in_deutschland.pdf)
- Brater, M.; Beck, U. (1983): *Berufe als Organisationsformen menschlichen Arbeitsvermögens*. In: Wolfgang Littek; Werner Rammert; Günter Wachtler [Hrsg.]: *Einführung in die Arbeits- und Industriosozologie*. 2. erw. Aufl. Frankfurt a. M.: Campus, S. 208-222
- Brodowski, M.; Devers-Kanoglu, U.; Overwien, B.; Rohs, M.; Salinger, S.; Walser, M. (Hrsg.)

- (2009): Informelles Lernen und Bildung für eine nachhaltige Entwicklung Beiträge aus Theorie und Praxis. Leverkusen: Opladen
- Burke, P. (2001): Papier und Marktgeschrei. Die Geburt der Wissensgesellschaft, Berlin: Wagenbach
- Chan, D. S. K. (2002): Associations between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of clinical learning environment. *International Journal of Nursing Studies*, 39:517-124
- Chenot, J.-F. (2003): Objective structured clinical examination (OSCE) in der medizinischen Ausbildung: Eine Alternative zur Klausur. *Zeitung Allgemeine Medizin*, 79: 1-7
- Coffey, S. (2006): Educating international nurses: Curricular innovation through a Bachelor of Science in Nursing bridging program. *Nurse Educator*, 31(6): 244-248
- Combe, A.; Helsper, W. (2002): Professionalität. In: Hans-Uwe Otto; Thomas Rauschenbach; Peter Vogel (Hrsg.): *Erziehungswissenschaft: Erziehungswissenschaft: Professionalität und Kompetenz*. Opladen Leske und Budrich
- Darmann, I. (2004): Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung. Anforderungen an die verschiedenen Lernorte. *PrInternet/PflegePädagogik* 6 (4), 197-203
- Darmann-Finck, I.; Muths, S. (2009): Interaktionistische Pflegedidaktik. In: Olbricht, Christa (Hrsg.): *Modelle der Pflegedidaktik*. Elsevier, München.
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe - Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e. V. (ADS), Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e. V. (BA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) (2007): *Pflegebildung - offensiv*, Elvieser München, ISBN 3-437-28250-8
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe - Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e. V. (ADS), Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e. V. (BA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz (VdS-DRK) (2009): *Pflegebildung offensiv - Weiterqualifizierung*. Berlin
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2010): *Es geht voran: neuer Pflegeberuf kommt!* Positionspapier in *Zeitschrift Heilberufe*, Heft 01/10, S. 46-48
- Deitering, F. (2001): *Selbstgesteuertes Lernen Reihe Psychologie und innovatives Management*. 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe
- Dekanekonferenz Pflegewissenschaft vom 13.3.2007. Online unter: <http://www.deka-pflegewiss.de>
- Dohmen, G. (2001): Das informelle Lernen – Die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller. Online unter: [http://www.bmbf.de/pub/das\\_informelle\\_lernen.pdf](http://www.bmbf.de/pub/das_informelle_lernen.pdf)
- Dülmen R. van; Rauschenbach, S. (Hrsg.) (2004): *Macht des Wissens. Die Entstehung der modernen Wissensgesellschaft* Köln: Böhlau
- Europäische Kommission, Generaldirektion Bildung und Kultur, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales (2001): *Mitteilung der Kommission: Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen*.
- Europäisches Parlament und Rat (2008): *Empfehlung zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen vom 29.01.2008*, Brüssel
- Fichtmüller, F.; Walter, A. (2007): *Pflegen lernen: empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns*. Göttingen, V&R unipress
- Forneck, H. J.; Klingovsky, U.; Kossack, P. (Hrsg.) (2005): *Selbstlernumgebungen - Zur Didaktik*

- des selbstorgnenden Lernens und ihrer Praxis. Hohengehren: Schneider Verlag
- Garms-Homolová, V.; Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Bericht im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Berlin, Göttingen.
- Gemperle, M.; Steckeisen, P. (Hrsg.) (2006): Ein neues Zeitalter des Wissens? Kritische Beiträge zur Diskussion über die Wissensgesellschaft, Zürich: Seismo
- KrPflG (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege). Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert in der Fassung BGBl. I Nr. 43, S. 2012 v. 22.07.2009
- Gierlinger-Czerny, E. (Hrsg.) (2002): Auf dem Weg zur Selbstorganisation (Eine Ermutigung neue Unterrichtswege zu beschreiten). Münster
- Gorz, A. (2004): Wissen, Wert und Kapital. Zürich: Rotpunktverlag
- Greif, S.; Kurtz, H.-J. (Hrsg.) (1996): Handbuch Selbstorganisiertes Lernen, Göttingen
- Grol, R.; Wensing, M.; Eccles, M. (2005): Improving Patient Care. Elsevier, New York
- Gubrud-Howe, P.; Schoessler, M. (2008): From random access opportunity to a clinical education curriculum. *Journal of Nursing Education*, 47(1):3-4
- Heidenreich, M. (1999): Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung. In: H.- J. Apelt; K.-P. Horn; U. Sandfuchs [Hrsg.]. Professionalisierung der pädagogischen Berufe im Prozess. Bad Heilbrunn/Obb.: Julius Klinghardt, S. 35-58
- Herold, M.; Landherr, B. (2003): SOL – Selbstorganisiertes Lernen. Ein systemischer Ansatz für Unterricht. 2. überarb. Aufl. Hohengehren: Schneider Verlag
- HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2006): Hochschulpolitik 8/2004. 5. Aufl. Bonn
- Holoch, E. (2003): Lernen in und aus beruflichen Pflegesituationen. *PrInterNet*, 5, 12, 246-253
- Holzcamp, K. (1993): Lernen – Subjektwissenschaftliche Grundlegung, Frankfurt: Campus
- Hülsken-Giesler, M.; Brinker-Meyendriesch, E.; Keogh, J.; Muths, S.; Sieger, M.; Stemmer, R.; Stöcker, G.; Walter, A. (2010): Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge - eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. *Pflege und Gesellschaft*, Heft 02/2010 zur Veröffentlichung vorgesehen
- Hundenborn, G. (2003): Theorie-Praxis-Transfer und die Bedeutung der praktischen Ausbildung für die Ausbildungsqualität in der Pflegeausbildung. Vortrag auf der Fachtagung des Deutschen Caritasverbandes e. V. "Modelle der praktischen Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege" am 11.02.2003 in Fulda
- ICN (International Council of Nurses)(1991): Richtlinien für nationale Pflegeverbände: Die Entwicklung von Standards für Ausbildung und Praxis in der Krankenpflege. *Krankenpflege*, 11/1991, S. 629-652
- Igl, G. (2008): Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit - Voraussetzungen und Anforderungen, Hrsg.: Deutscher Pflegerat, Urban und Vogel, München
- Kipp, J.; Pimlott, J.E.; Satzinger, F. (2007): Universities preparing health professionals for the 21st. Century: Can something new come out of the traditional establishment? *Journal of Interprofessional Care*, 21(6): 633-644
- KMK (Kultusministerkonferenz der Länder) (2000): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen für den berufsbezogenen Unterricht, Bonn
- Kösel, E. (2002): Die Modellierung von Lernwelten. Band I: Theorie der Subjektiven Didaktik. Das Buch für selbstorganisiertes Lernen und Lehren. Bahlingen



- 
- Kozier, B.; Erb, G.; Berman, A.; Snyder, S.; Lake, R.; Harvey, S. (2008): *Fundamentals of Nursing. Concepts, process and practice*. Harlow, Essex: Pearson Education Ltd.
- Kübler, H.-D. (2005): *Mythos Wissensgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag
- Lisop, I.; Huisinga, R. (2000): Exemplarik - einer Forderung der KMK-Handreichung. In: Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Günter (Hrsg.): *Beiheft 15 zur Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, Stuttgart: Franz Steiner Verlag 2000, S. 38 ff.
- Manthey, M. (2009): persönliche Kommunikation über 100 Jahr Feier der School of Nursing, University of Minnesota und Informationen der Internetseite, <http://www.nursing.umn.edu/centennial/> Abruf am 19.10.2009
- McCormack, B.; Manley, K.; Garbett, R. (2009): *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern, Huber
- Mogensen, E./Elinder, G./Widström, A.-M./Winblad, B. (2002): *Education for Health*, 15(1): 10-18
- Müller, Klaus (2010): *Pflegeausbildung braucht Reformen. Positionspapier des Transfernetzwerkes innovative Pflegeausbildung (TiP)*. *Die Schwester/Der Pfleger*, 49, 01, 82-85
- Müller, K. (2008): *Kompetenzen fördern - Lernaufgaben in der praktischen Ausbildung*. Padua, 3, 1, 38-43
- Müller, K.; Koeppe, A. (2007): *Aktualisierung der Dienstleistungskompetenz in der Pflege durch Erschließung und Gestaltung neuer Praxisfelder in der Erstausbildung. Projektabschlussbericht*. Veröffentlicht auf CD-Rom in: Müller, Klaus/Koeppe, Armin (2008): *In guten Händen: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Handbuch für die praktische Ausbildung + CD-Rom*. Berlin, Cornelsen. CD-Rom, Kap. C) Abschlussbericht des Modellprojekts zur Gestaltung der praktischen Ausbildung
- Naphtine, R. (1996): *Clinical Education. A system under pressure*. *Australian Nursing Journal*, 3(9): 20-24
- NMC Circular 07/2007, Annexure 1.
- NMC Circular 36/2007.
- Nonaka, I.; Toyama, R.; Konno, N. (2000): *SECI, BA and Leadership: A Unified Model of Dynamic Knowledge Creation*. *Long Range Planning* 33: 5-34. Elsevier, New York
- Oelke, U. (1998): *Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflegende. Ein Systematisierungsversuch im Rahmen der bundesdeutschen berufspädagogischen Diskussion*. *Pflege Pädagogik* 42-46
- Oelke, U.; Menke, M. (2002): *Gemeinsame Pflegeausbildung - Modellversuch und Curriculum für die theoretische Pflegeausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege*. Bern, Huber, 2. korr. Aufl.
- Oevermann, U. (2002): *Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns*. In: M. Kraul; W. Marotzki; C. Schwepper (Hrsg.). *Biographie und Profession*. Heilbrunn: Klinkhardt, S. 19-63
- Pearson, A.; Field, J.; Jordan, Z. (2007): *Evidence-Based clinical practice in nursing and health care. Assimilating research, experience and expertise*. Oxford, Blackwell Publishing
- Potter, P.A.; Perry, A.G. (2005): *Fundamentals of Nursing*. 6th. Ed. St. Louis, Miss.: Mosby
- Rauner, F. (2004): *Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz*. ITB Forschungsberichte 14. Bremen, Institut Technik und Bildung, Universität Bremen
- Reinhart, M.; Kistler, A. (2004): *Bachelor of Nursing. Das Konzept. Dokumentation zum Konzept*

des pflegeberuflich erstauszubildenden dualen Studiengangs Bachelor of Nursing an der Evangelischen Fachhochschule Berlin. 1. Aufl. Berlin; transfer project an der Evangelischen Fachhochschule Berlin e. V., ISBN 3-937684-0

- Rycroft-Malone, J. (2004): The PARISH Framework-A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *J Nurs Care Qual.* 19:4. 297-304
- Schlegel, C.; Shaha, M. (2007): Spezielle Herausforderungen bei Planung und Durchführung von OSCE (Objective Structured Clinical Examination). *Printernet*, 12: 773-776
- Schnabl, Christa (2005): *Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge.* Freiburg i. Br., Herder
- Siebert, H. (2005): Bildung und Mündigkeit - Perspektiven einer konstruktivistischen Pädagogik. *PrInterNet* 7, 1, 5-8
- Sieger, M. (Hrsg.) (2001): *Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung.* Bern, Huber
- Spain, M. P.; DeCristofaro, C.; Smith, C. A. (2004): Educating advance practice nurses for collaborative practice in the multidisciplinary provider team. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(11): 535-546.
- Spinner, H. F. (1998): *Die Architektur der Informationsgesellschaft.* Bodenheim. Filo
- Stehr, N. (2001): *Moderne Wissensgesellschaften*, Bundeszentrale für politische Bildung, Aus Politik und Zeitgeschichte (B 36/2001) Internet, PDF, 8 Seiten
- Steppe, H. (1994): *Caritas oder öffentliche Ordnung? Zur historischen Entwicklung der Pflege.* In Schaeffer, D. et.al. (Hrsg.) (1994): *Public Health und Pflege, zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen.* Berlin, Edition Sigma
- Stöcker, G. (2004): Professionelle Pflege-Dimensionen, in *Zeitschrift Pflege aktuell*, Heft 09/2004, S. 485-489
- Stöcker, G. (2006): *Qualität in der pflegeberuflichen Bildung - eine Bestandsaufnahme*, in *PflegeZeitschrift: Dokumentation, Pflegepädagogik*, Heft 05/2006. Stuttgart, Kohlhammer Verlag
- Stöcker, G.; Reinhart, M. (2009): *Synopse zu grundständig pflegeberufsausbildenden Studiengängen in Deutschland*, Stand 07.10.2009, <http://www.bildungsrat-pflege.de>
- Stöver, M.; Görres, S. (2009): *Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung - Synopse evaluierter Modellprojekte. Abschließender Projektbericht.* Institut für Public Health und Pflegeforschung Universität Bremen
- Wahl, D. (1991): *Handeln unter Druck. Der weite Weg vom Wissen zum Handeln bei Lehrern, Hochschullehrern und Erwachsenenbildnern.* Weinheim, Dt. Studien-Verlag
- Wheeler, E.C.; Plowfield, L. (2004): *Caring for patients with congestive heart failure.* *Nursing Education Perspectives*, 22(1): 16-21
- Wittneben, K. (2003): *Pflegepädagogische Reflexion in Beziehung zur Pflegebildung*, bisher unveröffentlichtes Referat anlässlich der Verabschiedung von Prof. Dr. Hanneke van Maanen am 25.04.2003 in Bremen
- Wittneben, K. (2003): *Handlungsfelder - Lernfelder - Bildungsinhalte.* *PrInterNet* 5, 4, 124-136
- Wittwer, W.; Kirchof, St. (Hrsg.) (2003). *Informelles Lernen und Weiterbildung. Neue Wege der Kompetenzentwicklung.* Neuwied: Luchterhand





Arbeitsgemeinschaft  
christlicher Schwesternverbände  
und Pflegeorganisationen  
in Deutschland e. V. (ADS)



Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe

Stark für  
die Pflege



Deutscher Berufsverband  
für Pflegeberufe



Verband der  
Schwesternschaften  
vom DRK e. V.