

Aufgaben von Pflegeassistent/innen im Rahmen abgestufter Qualifikationen

Abstract

Der Beitrag beschreibt die Methoden und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung des Aufgabenprofils der generalistischen Pflegeassistenz in Abgrenzung zur Fachkrafttätigkeit. Als Unterscheidungskriterium zwischen Pflegeassistenz und Fachkrafttätigkeit wurden Aspekte der Stabilität von Pflegesituationen sowie der Reichweite von Verantwortlichkeit in der Pflege identifiziert. Aus den Ergebnissen der Untersuchung werden Schlussfolgerungen für die Curriculumentwicklung gezogen. Für die Konzeption eines Bildungsgangs für Pflegeassistenz sind darüber hinaus die besonderen Entwicklungserfordernisse der Lerngruppe bedeutsam. Es wird erörtert, welche Potenziale ein solcher Bildungsgang für die Teilnehmer/innen bietet und anhand welcher didaktischen und pädagogischen Konzepte sie bei ihrem Lern- und Bildungsprozess unterstützt werden können.

1 Einleitung

Um auch jungen Menschen mit einem Hauptschulabschluss einen Zugang zur beruflichen Pflege zu ermöglichen, werden in gestuften Ausbildungsmodellen unterhalb der Fachkraftausbildung angesiedelte Pflegehelfer/innen- oder -assistenzausbildungen¹ vorgesehen. Im Unterschied zu anderen Bildungsgängen im Bereich Pflegeassistenz oder Pflegehilfe, die sich auf eine Altersgruppe unter den Pflegeempfängerinnen (z. B. Altenpflegehilfe) beziehen, wird im Rahmen eines mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds geförderten Schulversuchs (Laufzeit 2012-2014) der Freien und Hansestadt Bremen eine zweijährige Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflegehilfe mit generalistischer Ausrichtung angeboten. Der Bildungsgang ermöglicht neben dem beruflichen auch einen allgemeinbildenden Abschluss und die Ausbildung kann unter bestimmten Bedingungen auf das erste Jahr der Fachkraftausbildung angerechnet werden. Durchgeführt wird der Schulversuch von der Altenpflegeschule der Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer (WISOAK) in Kooperation mit der Bremer Krankenpflegeschule der freigemeinnützigen Krankenhäuser e.V. (BKS) sowie den mit diesen Schulen assoziierten Trägern und Kooperationspartnern für die praktische Ausbildung. Bewusst wurde der Bildungsgang in Bremen an den etablierten Pflegeschulen angesiedelt, da dort nicht nur eine hohe fachliche Expertise gegeben ist, sondern durch die Nähe zu den Trägern der praktischen Ausbildung ein niedrigschwelliger Austausch der verschiedenen Lernorte möglich ist, der die Einmündung der Absolvent/innen in den Arbeitsmarkt begünstigen könnte. Die Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP) begleitet die curriculare Entwicklung dieses Bildungsangebots. Um das Anforderungs- und Aufgabenprofil der

¹ Mit der Pflegeassistenz wird auf das DQR/EQR-Niveau 3 abgehoben. Auf EU-Ebene ist mit „Health Care Assistants“ demgegenüber ein Berufsbild gemeint, das sich auf dem EQR-Niveau 4-5 bewegt und eine Ausbildung auf der Ebene der Sekundarstufe II beinhaltet.

Absolvent/innen als Grundlage für die Curriculumentwicklung bestimmen zu können, erfolgte in dem Projekt zunächst eine berufswissenschaftliche empirische Analyse des Handlungsfelds von Pflegeassistent/innen. Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags steht die Darstellung der Methoden und Ergebnisse dieser Studie sowie der daraus resultierenden Schlussfolgerungen für die Curriculumentwicklung. Eine spezielle Herausforderung für die Konzeption des Bildungsprogramms stellen die Besonderheiten der Teilnehmer/innen dar, die durchschnittlich nicht nur einen niedrigeren Schulabschluss, sondern auch eine Reihe weiterer Entwicklungserfordernisse aufweisen. Der Beitrag beginnt daher mit einer Kennzeichnung der Lerngruppe und endet mit den beobachteten Fortschritten, aber auch bestehenden Problemen der Teilnehmer/innen. Abschließend werden Fragen und Forschungsdesiderata aufgeworfen, die sich aus dem bisherigen Projektverlauf ergeben.

2 Lerngruppe

Die Lerngruppe in diesem Modellversuch ist sehr heterogen zusammengesetzt, was auch der Tatsache geschuldet ist, dass beide Ausbildungsträger, die in verschiedene Systeme der Ausbildungsfinanzierung eingebunden sind, jeweils 10 Teilnehmer/innen in den Schulversuch aufnehmen. Die zehn Teilnehmer/innen der WISOAK sind 25 bis 53 Jahre alt, standen vorher im SGB II bzw. SGB III-Bezug und bringen sehr unterschiedliche Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsbiografien mit. Die Teilnehmer/innengewinnung erfolgte über Annoncen und durch Unterstützung der Agenturen der Arbeitsvermittlung, die Finanzierung des Lebensunterhalts und der Ausbildungskosten dieser Gruppe wird somit zunächst über Bildungsgutscheine bestritten. In den letzten acht Monaten der Ausbildung erhalten die Auszubildenden ein monatliches Einkommen von der kooperierenden Pflegeeinrichtung, bei der sie in diesem Zeitraum eingesetzt sind. Die zehn Auszubildenden der BKS im Alter zwischen 18 und 21 Jahren beginnen mit dieser Maßnahme eine Erstausbildung, die über ein mit den Krankenkassen und Krankenhäusern verhandeltes Budget finanziert wird, das auch eine monatliche Ausbildungsvergütung einschließt. Sie wurden über Annoncen und aufgrund von Empfehlungen von Kooperationspartnern und Trägerkrankenhäusern, wo sie im Vorfeld ein Praktikum absolviert hatten, gewonnen. Einige Teilnehmer/innen haben sich für diese Ausbildung beworben, nachdem sie für die dreijährige Ausbildung abgelehnt wurden bzw. dieses Ausbildungsverhältnisses innerhalb der Probezeit beendet wurde. Elf Auszubildende verfügen über einen Hauptschulabschluss, sechs über einen mittleren Bildungsabschluss und zwei über die Fachhochschulreife, sieben Teilnehmer/innen haben einen Migrationshintergrund (SENATOR FÜR GESUNDHEIT/SENATOR FÜR SOZIALES, KINDER, JUGEND UND FRAUEN 2013, 5).

Der Heterogenität der Lerngruppe entsprechend wird der Lern- und Ausbildungsprozess der Teilnehmer/innen aus sehr unterschiedlichen Gründen erschwert, die letztlich auch bedingen, dass ihnen ein unmittelbarer Zugang zu einer dreijährigen Pflegeausbildung bislang versperrt blieb. So haben einige der Auszubildenden Probleme im kognitiven Erfassen von komplizierteren Zusammenhängen und Schwierigkeiten, ein Geschehen zu verstehen, in dem sich mehrere Faktoren wechselseitig beeinflussen, wie es bei anatomischen und (patho-

)physiologischen Sachverhalten, aber auch bei berufsbezogenen juristischen, ökonomischen oder gesellschafts-/gesundheitspolitischen Fragen gegeben ist. Dabei spielen häufig sprachliche Probleme eine Rolle, die nicht allein durch einen eventuell vorhandenen Migrationshintergrund bedingt sind. Auch einige der Teilnehmer/-innen mit deutscher Muttersprache haben einen begrenzteren Wortschatz und Schwierigkeiten, sich neue, für sie unbekannte Wörter und Begriffe zu merken und sich Informationen lesend zu erschließen bzw. erfahrene, beobachtete oder erlernte Sachverhalte in eigenen Worten wiederzugeben. Damit in Zusammenhang stehen Schwierigkeiten im Erfassen von Prozessstrukturen, in der strukturierten Handlungsplanung und in der Vorbereitung und Umsetzung von komplizierteren Handlungsabläufen. Probleme bereitet dabei auch das Umlernen alltäglich vertrauter Abläufe im Kontext der Ausbildung, wenn also Handlungen/Zusammenhänge eigentlich bekannt und mit einem Alltagsverständnis belegt sind und zum Beispiel im Rahmen der Körperpflege mit Blick auf Risiken der Keimverschleppung oder kommunikative bzw. wahrnehmungsfördernde Aspekte alte Routinen überwunden und neue Handlungsmuster eingeübt werden müssen. Häufiger treten auch Probleme im Bereich der Ausdauer und Konzentration auf und „Lernen“ als kognitiver und/oder sozialer Prozess ist ungewohnt und/oder lernbiografisch negativ besetzt.

Neben diesen vor allem kognitiv bedingten Schwierigkeiten, die eher mit dem Schulabschluss korrelieren, sind bei mehreren der Teilnehmer/innen aus beiden Ausbildungsgruppen unabhängig vom Bildungshintergrund Probleme in der sozialen und personalen Wahrnehmung zu beobachten. So haben mehrere Personen Schwierigkeiten, zwischen dem Erleben des eigenen Selbst und dem Erleben des Anderen zu differenzieren. Insbesondere in der Gruppe der jüngeren Teilnehmer/innen sind bei einigen deutliche Probleme in der persönlichen Reifung zu beobachten, die sich sozial z.B. in einer pubertätsähnlichen Cliquenbildung und in abwertendem Verhalten gegenüber anderen Gruppenmitgliedern oder den Lehrkräften äußern, was häufig schlicht „unhöflich“ wirkt, aber auch mit einer sehr geringen Impuls- und Affektkontrolle einhergehen kann.

Dieser Liste von Erschwernissen und Ausbildungshemmnissen, die sich durchaus auch im Gruppen- und Arbeits- bzw. Lernklima niederschlagen, steht auf der motivationalen Seite der ausdrücklich formulierte Wunsch aller Teilnehmer/innen gegenüber, im Handlungsfeld der Pflege einen Arbeitsplatz finden zu wollen bzw. auch die Absicht, im Anschluss möglichst eine dreijährige Pflegeausbildung zu absolvieren.

Vor diesem Hintergrund besteht die Herausforderung für den curricularen Entwicklungsprozess darin, einen Rahmen zu schaffen, in dem die im Folgenden zu umreißen den Anforderungen des Berufsfeldes mit dem Potenzial der Absolvent/innen in Einklang gebracht werden können.

3 Berufswissenschaftliche Studie

Da im Sektor Krankenhaus bislang Pflegeassistentenkräfte kaum eingesetzt werden, ist bisher noch weitgehend ungeklärt, worin die Aufgaben von Pflegeassistent/innen dort bestehen können, wo die Abgrenzungen (und die Überschneidungen) zur Fachkrafttätigkeit liegen und wie

Pflegende unterschiedlicher Qualifikationsniveaus im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten werden. Um ein Curriculum entwickeln zu können, das ermöglicht, tatsächlich praxisrelevante Qualifikationen und Kompetenzen aufzubauen, wurden daher zunächst empirische Analysen durchgeführt, um in Erfahrung zu bringen, welche beruflichen Arbeitsaufgaben von den Assistenzkräften zu bewältigen sind und welche Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. welches Wissen sie dafür benötigen. Darüber hinaus sollten anhand der empirischen Analyse nicht nur anhand von feststehenden Regeln zu bewältigende Arbeitsaufgaben, sondern Schlüsselprobleme der Berufswirklichkeit von Pflegeassistent/innen ermittelt werden, die im Kontext der Curriculumentwicklung die empirische Grundlage für sog. Lerninseln bilden. Unter „Lerninseln“ werden in der Interaktionistischen Pflegedidaktik (DARMANN-FINCK 2010, 190 ff.), die dem curricularen Arbeitsprozess als Bezugsrahmen hinterlegt ist, fallbasierte Unterrichtseinheiten verstanden, die ein hohes Ausmaß an Bildungspotenzial aufweisen. Berufliche Schlüsselprobleme sind typische, multidimensional und strukturell bedingte berufliche Konflikt- oder Dilemmasituationen (ebd., 186 ff.).

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

3.1 Methoden der Datenerhebung und -auswertung

In Abgrenzung zu einer engen sozialwissenschaftlich orientierten Qualifikationsforschung hat sich in Deutschland eine berufswissenschaftliche Qualifikationsforschung etabliert, die arbeitswissenschaftliche, arbeitspsychologische, industriesoziologische, berufspädagogische und curriculare Perspektiven aufgreift und den Zusammenhang zwischen den im beruflichen Handeln enthaltenen Kompetenzen, der Entwicklung von Berufsbildern und der Auswahl und

Legitimation von Zielen, Inhalten und Strukturen beruflicher Bildung untersucht (RAUNER 2002). In der berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung werden verschiedene Ebenen (Sektoranalyse, Fallstudien, Arbeitsprozessanalysen, Experten-Facharbeiter-Workshops), Instrumente und Methoden unterschieden, die im besten Fall sukzessive zur Anwendung kommen (BECKER/SPÖTTL 2006; 2008). Das vorliegende Projekt orientiert sich an den vorgeschlagenen Schritten mit Ausnahme der Arbeitsprozessanalysen. Anhand von Arbeitsprozessanalysen, die auf Arbeitsbeobachtungen und handlungsorientierten Interviews beruhen, sollen die im Handeln der Berufstätigen inkorporierten Kompetenzen und Wissensbestände erfasst werden (BECKER/SPÖTTL 2006, 12f.). Auf Arbeitsprozessanalysen wurde verzichtet, da der Fokus im vorliegenden Projekt stärker auf dem Aufgabenprofil von Pflegeassistent/innen lag, für die berufswissenschaftliche Studie im Rahmen des Forschungsprojekts nur begrenzt Mittel zur Verfügung standen und nur ein zeitlich recht enger Rahmen vor Maßnahmenbeginn gegeben war.

Im ersten Schritt wurde eine Sektoranalyse (BECKER/SPÖTTL 2006, 10) in der Form einer Dokumentenanalyse ausgewählter Lehrpläne anderer Bundesländer für die Ausbildung in Pflegehilfe- und -assistentberufen (NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2009; HMBGVBL 2007; KNIGGE-DEMAL/ HUNDENBORN, 2011a) und einschlägiger Lehrbücher (OELKE 2011; THIEME VERLAG 2011) mit dem Ziel durchgeführt, die gegenwärtig in diesem Ausbildungssektor bereits bestehenden Zielsetzungen und Inhalte zu eruieren. Mit Blick auf die geplante Anschlussfähigkeit der Assistenzausbildung an das zweite Ausbildungsjahr der weiterführenden Ausbildungen, wurden weiterhin die Zielsetzungen und Inhalte der Curricula der bestehenden dreijährigen Pflegeausbildungen im ersten Ausbildungsjahr bei beiden Ausbildungsträgern herausgearbeitet².

Um das Spektrum an Aufgaben, deren quantitative Bedeutung, die Formen der Zusammenarbeit mit den Fachkräften und relevante Arbeitsprozesse ermitteln zu können, wurden des Weiteren im Januar 2012 Fallstudien (BECKER/SPÖTTL 2010, 11f.) anhand von vier Einzelinterviews realisiert³. Das Sample setzte sich zum einen aus Führungskräften (eine Heimleitung aus der Altenpflege, eine Stationsleitung aus dem Klinikbereich) und zum anderen aus zwei Personen zusammen, die als Pflegehelfer/-innen (angelernt bzw. Krankenpflegehilfe) in der stationären Altenpflege bzw. im Krankenhaustätig sind. Hier wären Erhebungen mit weiteren Personen und in weiteren Einsatzbereichen, insbesondere in der ambulanten Haus- und Familienpflege, wünschenswert gewesen, um das gesamte Spektrum an Einsatzfeldern explorieren zu können, was aber aufgrund der begrenzten Mittel entfallen musste.

Mittels eines Experten-Facharbeiter-Workshops (BECKER/SPÖTTL 2006, 13f.) im Februar 2012 wurden im Anschluss die in den Fallstudien eher deskriptiv erfassten Aufgaben im Hinblick auf Unterscheidungen und Überschneidungen mit der Fachkrafttätigkeit gebündelt, strukturiert und bewertet. Darüber hinaus wurden in dem Workshop auch stärker konzeptio-

² Rahmenlehrplan für die theoretische und praktische Ausbildung in der Altenpflege im Land Bremen, Stand: Oktober 2005 / Curriculum der Bremer Krankenpflegeschule o.J.

³ Die Einzelinterviews wurden dankenswerterweise von Insa Casjens, Bremer Krankenpflegeschule, im Rahmen einer Studienarbeit durchgeführt und transkribiert.

nelle Perspektiven erörtert, da der Einsatz von Pflegehilfskräften und -assistent/innen im Klinikbereich bisher in Bremen nur wenig verbreitet ist.

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

- Gruppe A setzte sich aus fünf Personen zusammen, die als Pflegehelferin, was in diesem Falle ‚angelernt‘ bedeutet (6-Wochenkurs), als Altenpflegehelferinnen bzw. mit einer Ausbildung in der Krankenpflegehilfe (Bundesland Hamburg) in der stationären Altenpflege, im Klinikbereich und in der häuslichen Pflege tätig sind.
- Gruppe B bestand aus insgesamt acht Personen, die in folgenden Bereichen tätig sind: Personaldisposition und –akquise, Personaldienstleistung, Pflegedienstleitung (Krankenhaus und ambulanter Sektor), Qualitätsmanagement, Pflegewissenschaft, Stationsleitung, Praxisanleitung (in den Sektoren der stationären Langzeit- und der Akutversorgung).

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

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

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

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

3.2 Ergebnisse

Einleitend muss festgehalten werden, dass sowohl im Rahmen der Fallstudien als auch im Expertenworkshop zum Ausdruck kam, dass es den Akteur/innen im Berufsfeld Pflege in den unterschiedlichsten Positionen schwer zu fallen scheint, sich auf eine (neue?) Hierarchieebene in Bezug auf Qualifikationen einzulassen und entsprechende Differenzierungen der Arbeitsaufteilung vorzunehmen. So berichten die meisten der als Hilfskräfte tätigen Pflegenden, insbesondere aus dem Bereich der stationären Altenpflege bzw. der häuslichen Pflegedienste, dass sie ihrer Wahrnehmung nach „eigentlich (fast) alles“ machen, sie sich in einer „flachen Hierarchie“ befinden und sich ihre Aufgaben bzw. die von ihnen zu versorgenden Menschen im Vergleich zu den dreijährig Ausgebildeten nicht oder kaum unterscheiden. Bei den Leitungskräften in den Fallstudien bzw. in der Gruppe B des Experten-Facharbeiter-Workshops lassen sich unterschiedliche Positionen herausfiltern. Eine Stationsleitung aus dem Klinikbereich formuliert explizit, dass sie Grenzziehungen innerhalb des Teams unbedingt vermeiden möchte, weil diese für sie atmosphärisch problematisch sind („negativ behaftet“), - eine Differenzierung zwischen „Planungs-“ und „Durchführungsköpfen“ müsse verhindert werden, obwohl sie sich grundsätzlich gegenüber der Mitarbeit von Pflegeassistent/innen nicht verschließen wolle. Eine der Pflegedienstleitungen, die ebenfalls den Klinikbereich vertritt, lehnt dagegen die Einstellung von nicht dreijährig ausgebildeten Pflegekräften für die patientennahe Versorgung strikt ab, da sie befürchtet, dass die pflegerische Versorgung der Patient/innen dadurch fraktioniert und die patientennahe Pflege deprofessionalisiert werde. Die Leitungskräfte aus der stationären Altenpflege stellen dar, dass in ihren Häusern die Pflegenden unabhängig von ihrem Ausbildungsprofil bereichsweise eingesetzt werden, wobei bestimmte Pflegeverrichtungen entweder ergänzend von einer Pflegefachkraft aus einem anderen Einsatzbereich übernommen, oder von einer Pflegefachkraft an die für den Bereich zuständige Pflegehilfsperson delegiert werden. Für die häusliche Pflege wird berichtet, dass entsprechend den Vorgaben im Land Bremen, wenn die Pflege es erfordert, in zwei Touren gefahren wird – die Hilfskräfte übernehmen die „körpernahe Versorgung“ nach SGB XI („Grundpflege“), während die Pflegefachkräfte für die „medizinisch verordneten Pflegeleistungen“ nach SGB V („Behandlungspflege“) zuständig sind. Diese sozialrechtlich verankerte, ursprünglich auf einem Übersetzungsfehler beruhende Begriffsbildung der Krankenhausbetriebslehre bildet in allen Bereichen der Erhebung zunächst scheinbar das einzig mögliche Differenzierungskriterium und konnte z.T. auch in der Dokumentenanalyse identifiziert werden, auch wenn die Begrifflichkeiten teilweise verändert wurden (KNIGGE-DEMAL / HUNDENBORN 2011a; NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2009; OELKE 2011, 120f.). Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive wird dieser Unterscheidung widersprochen, da sie einerseits die Komplexität pflegerischen Handelns bei patientennahen Aufgaben ignoriert. Diese können je nach Situation der zu Pflegenden sehr anspruchsvoll sein und bei fehlerhafter Durchführung entsprechender Maßnahmen kann es zu gravierenden gesundheitsgefährdenden Auswirkungen kommen (z. B. Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit bei einem demenzkranken Menschen mit Schluckstörungen). Andererseits werden damit medizinisch-pflegetherapeutische Maßnahmen und Assistenzaufgaben wegen ihrer Nähe zum medizinischen Feld zu Unrecht als höherwertig eingestuft, obwohl sie je nach Maßnahme und Patien-

tenbefinden weniger komplex und anspruchsvoll sein können (vgl. zu dieser Diskussion auch FRIESACHER 2008, 192f.; IGL1998, 58; MÜLLER 1998; KLIE 1998).

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

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

Auch wenn die damit umrissene Position im Rahmen des Experten-Facharbeiter-Workshops nicht unwidersprochen blieb, wurde ihr im Verlauf der weiteren Ausarbeitung der Studie und im Zuge der curricularen Arbeit das größte Innovationspotenzial zugesprochen. In einer ersten Konkretisierung wurde das Berufsprofil für die Pflegeassistenten und die sich damit ergebende intraprofessionelle Kooperationsstruktur für die unterschiedlichen Sektoren der stationären oder ambulanten Langzeitversorgung (Tabelle 1) und den Klinikbereich weiter ausdifferenziert (Tabelle 2).

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

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

Tabelle 2: **Beispiel B - Kooperation in Akutsituation im Klinikbereich**

<i>Menschen während eines Klinikaufenthaltes bei weitgehend standardisierten chirurgischen oder diagnostischen Routineeingriffen pflegerisch unterstützen – Klinische Behandlungspfade und -abläufe mit Kriterien und Aufmerksamkeitsschwerpunkten zur Identifizierung möglicher Destabilisierungen liegen vor.</i>	
examinierte Pflegekraft	Pflegeassistentkraft (GKpH mit generalistischer Ausrichtung)
Prozessverantwortung	Durchführungsverantwortung
<ul style="list-style-type: none"> • kennt die zu pflegende Person • plant die Pflege • vergewissert sich, dass die GKpH die delegierten Aufgaben sicher durchführen kann • gibt Kriterien und Aufmerksamkeitsschwerpunkte zur Identifizierung möglicher Destabilisierungen vor – fragt Veränderungen nach • übernimmt in regelmäßigen, situationsangepassten definierten Zeitabständen die Pflege und Beobachtung selbst • evaluiert und aktualisiert die Pflegeplanung nach Rücksprache 	<ul style="list-style-type: none"> • führt die geplanten Pflegehandlungen durch • übernimmt im Rahmen der Pflege die kontinuierliche Beobachtung und leitet beobachtete Veränderungen weiter

2.3 Diskussion

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

In einem am 28./29. November 2012 vorgelegten Papier verabschiedete die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister/innen der Länder Eckpunkte für die in der Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege (ASMK 2012). Ähnlich wie in den Ergebnissen der vorliegenden Studie wird im Berufsbild die Unterscheidung von stabilen und instabilen Pflegesituationen sowie von einfachen Maßnahmen und Maßnahmen mit höherem Schwierigkeitsgrad getroffen. In stabilen Pflegesituationen bzw. bei einfachen Aufgaben sollen Assistenzkräfte Maßnahmen selbständig durchführen können (Durchführungsverantwortung), die von einer Pflegefachkraft geplant, überwacht und gesteuert werden (Steuerungsverantwortung). In instabilen Pflegesituationen bzw. bei Aufgaben mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad wie auch bei der Mitwirkung an ärztlich verordneten Maßnahmen dagegen ist entweder von Seiten der Pflegefachkraft eine konkrete Anleitung von Nöten oder aber sie führt die Pflege aufgrund z. B. des damit verbundenen Risikopotenzials für die zu pflegende Person selbst durch. In der Ausbildung sollen Pflegeassistentenkräfte daher den Eckpunkten zufolge u.a. dazu befähigt werden, unter Anleitung und Überwachung von Pflegefachkräften an ärztlich veranlassenen therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen mitzuwirken (insb. Kontrolle von Vitalzeichen, Medikamentengabe, subkutane Injektionen, Inhalationen, Einreibungen, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) sowie Menschen in der Endphase des Lebens unterstützend begleiten und pflegen.

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

4 Schlussfolgerungen für die Curriculumentwicklung

Von den Ergebnissen der vorgestellten Studie ausgehend erfolgte der Prozess der Curriculumentwicklung unter Einbindung der für den Unterricht und die Ausbildungsbegleitung verantwortlichen Lehrerinnen. Durch die Beteiligung der Lehrer/innen an der curricularen Entwicklung soll sichergestellt werden, dass sich die curricularen Überlegungen und Zielsetzun-

gen möglichst weitgehend in der unterrichtlichen Realisierung wiederfinden und dass Beobachtungen der Lernprozesse seitens der Lehrerinnen möglichst zügig formativ auf den Prozess zurückwirken können. Dieses Vorgehen in der curricularen Entwicklungsarbeit wird außerdem damit begründet, dass curriculare bzw. didaktische Entscheidungen immer auch Wertentscheidungen sind und von daher nur diskursiv unter Einbeziehung der beteiligten Akteure getroffen werden können (DARMANN 2006).

Von Seiten der zuständigen Aufsichtsbehörden wurde gemeinsam mit den Projektpartnern im Vorfeld das Rahmenkonzept abgesteckt: Es sollten mindestens 1590 Stunden theoretischer und fachpraktischer Unterricht erteilt werden, in den auch 360 h Unterricht in allgemeinbildenden Fächern – Mathematik, Deutsch, Englisch - eingeplant sind. Die betriebliche Ausbildung soll mindestens 1680 Stunden an drei unterschiedlichen Lernorten (stationäre Altenpflege, häusliche Pflege, Klinik) umfassen, wobei sich zwei Praxiseinsätze über einen längeren Zeitraum von jeweils 720 Stunden erstrecken.

Die Curriculumentwicklung folgt dem Lernfeldansatz. Das Curriculum ist anhand von curricularen Einheiten strukturiert, die situationsorientiert ausgerichtet sind und exemplarisches Lernen, orientiert an Situationen der Berufswirklichkeit, ermöglichen (KULTUSMINISTER-KONFERENZ 2007). Zum Projektende soll ein modularisiertes, situationsorientiertes, fächerintegrativ angelegtes Curriculum vorgelegt werden, in dem der Kompetenzaufbau auf ein eigenständiges Berufsbild gerichtet ist. Für die Entwicklung der Lernfeldstruktur, die für die Bewilligung des Projekts im Vorfeld erfolgen musste, wurde zum einen auf Erfahrungswerte aus der Pflege(hilfe)ausbildung im Feld der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Altenpflege und zum anderen auf die bereits vorliegende Konzeption eines Schulversuchs für die generalistische Pflegeausbildung im Land Bayern (ISB 2010) zurückgegriffen. Die zunächst grob umrissenen Lernfelder wurden und werden im Rahmen des laufenden Projekts systematisch strukturiert und konkretisiert.

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

Im nächsten Schritt erfolgte eine Zuordnung der verbliebenen Inhalte zu den Lernfeldern und die Formulierung einer Lernfeldbeschreibung, in der die angestrebte Kompetenzentwicklung, die zu vermittelnden Ausbildungsinhalte und das geplante Stundenvolumen benannt werden. Diese entwickelte curriculare Struktur besteht aus insgesamt 13 Lernfeldern, die aufeinander aufbauend sich jeweils auf ein anderes Handlungsfeld beziehen. Zentrale Settings (Klinik, Wohn- u. Pflegeeinrichtungen in der stationären Pflege, häusliche Pflege), Zielgruppen (ältere Menschen, chronisch Kranke, Familien), Pflegephänomene bzw. Krankheitsbilder (Immobilität, Einschränkungen in der Nahrungsaufnahme, Inkontinenz, Durchblutungsstörungen, Diabetes Mellitus u. a.) und Aufgabenstellungen (Mobilisierung, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme oder Körperpflege u. a.) werden dabei im Sinne eines Spiralcurriculums in unterschiedlichen Kontexten mehrfach aufgenommen (zum Vorgehen DARMANN-FINCK 2009, 4f.; MUTHS 2013, 154). Damit wird angestrebt, dass die Auszubildenden Sicherheit und Routinen in den zugehörigen Handlungskompetenzen entwickeln (Beobachtung, Gesprächsführung, Handlungsstrukturierung und -planung) und zentrale Wissensinhalte durch mehrfache Wiederholung und Anwendung in neuen Kontexten festigen können. Ein besonderes Augenmerk liegt darauf, diejenigen Zeichen erkennen und benennen zu können, die auf die Destabilisierung einer Pflegesituation verweisen.

Das „Herzstück“ eines jeden Lernfeldes bildet die Arbeit mit Lerninseln zu spezifischen Schlüsselproblemen bzw. Herausforderungen der Berufswirklichkeit (DARMANN-FINCK 2010, 190-200; MUTHS 2013), die zum einen aus der berufswissenschaftlichen Studie, insbesondere aus den Fallstudien hervorgegangen sind und zum anderen durch Erhebung von Situationen in der Ausbildungswirklichkeit der Teilnehmer/innen gewonnen werden. Die Problemfelder sind zum Teil mit denjenigen identisch, denen auch die Auszubildenden in einer dreijährigen Ausbildung gegenüberstehen (z.B. Umgang mit Scham und Ekel, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Erfahrung von Gewalt und Entwicklung von Gewaltphantasien und -tätigkeit, Erleben von Macht und Hierarchie u. a.), sie müssen aber vor dem Hintergrund der anderen Berufsrolle und der spezifischen Sozialisationserfahrungen der Auszubildenden in anderer Form dargestellt und erarbeitet werden. Daneben bildet insbesondere die reflektierte Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und Begrenzungen und die reflektierte Übernahme oder Ablehnung delegierter Verantwortung im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdüber-/unterschätzung eine zentrale Schlüsselproblematik (Abbildung 1). Sie korrespondiert mit der Fähigkeit, mögliche Destabilisierungsmomente in einer Pflegesituation wahrnehmen zu können. Urteilsbildung im Kontext von Pflegeassistenz bedeutet neben dem Erwerb und der Anwendung von Wissen und Fähigkeiten in der Beobachtung der zu Pflegenden vor allem die Fähigkeit, persönliche Grenzen anzuerkennen, Hilfe auch gegen Widerstände anzufordern und die Bereitschaft, Verantwortung abgeben zu können.

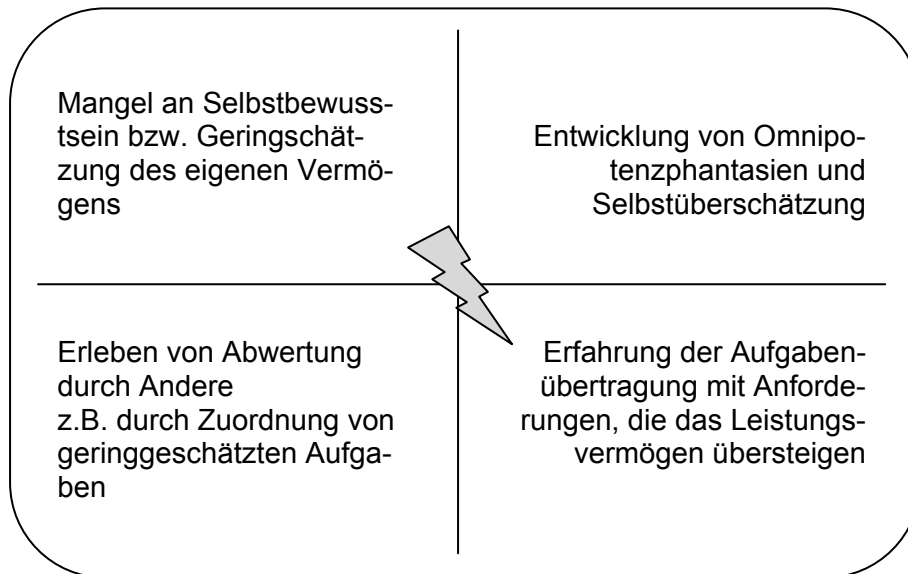


Abb. 1: Schlüsselproblem ‚Selbst- und Fremdeinschätzung im Assistenzberuf‘

5 Entwicklungsfortschritte und -hindernisse

Gegenwärtig, d.h. nach etwa der Hälfte der Laufzeit des Schulversuchs, sind noch 18 Teilnehmer/innen von ursprünglich 20 in die Bildungsmaßnahme eingebunden, zwei allerdings mit erheblichen Fehlzeiten, die den Abschluss gefährden.

Eine systematische Evaluation des Schulversuchs findet derzeit nicht statt. Die im folgenden geschilderten Wirkungen beruhen auf den (unsystematischen) Beobachtungen der Lehrerinnen und Praxisanleiter/innen. Lernentwicklungen konnten demnach im Bereich der personalen und sozialen Kompetenzen festgestellt werden. Die Dynamik der verschiedenen Gruppierungen und Personen, die anfänglich aufgrund der beschriebenen heterogenen Zusammensetzung hochexplosiv war, wurde in intensiven Betreuungsgesprächen mit den beiden Lehrerinnen und einer den Schulversuch unterstützenden Sozialpädagogin soweit bearbeitet, dass verschiedene Aufgabenstellungen und Unterrichtsprojekte in pädagogisch initiierten wechselnden Gruppenkonstellationen erfolgreich umgesetzt werden konnten. Weiterhin wurden von den Lehrerinnen und Praxisanleiter/innen, vor allem in der praktischen Ausbildung, mehrfach positive Entwicklungen im Bereich von Schlüsselkompetenzen (z.B. Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Ausdauer) zurückgemeldet; insbesondere dann, wenn eine enge Betreuung in der Praxiseinrichtung erfolgte. Außerdem beobachteten sie den Aufbau von Handlungssicherheit in pflegerischen Verrichtungen und in der Interaktion mit den zu Pflegenden.

Des Weiteren melden die Lehrerinnen zurück, dass die bereits zu Beginn festgestellten kognitiven und sprachlichen Einschränkungen sich erschwerend auf die Aneignung komplexer Zusammenhänge auswirken. Trotz ausdrücklich geäußertem Interesse an fachlichen Fragestellungen, insbesondere aus dem Bereich der Medizin, und trotz weiterhin vielfach bestehender guter Motivationslage gestalten sich Lernprozesse langwierig. Zum Teil musste in der curricularen Arbeit eine weitere didaktische Reduktion und Anpassung der zu vermittelnden Wis-

sensinhalt vorgenommen werden – auch unter Aufgabe von Lerninhalten aus dem ersten Ausbildungsjahr der dreijährigen Ausbildungen.

Die situative Anbindung der Lerninhalte an möglichst anschauliche, wirklichkeitsnahe berufliche Handlungskontexte hat sich als sinnvoll erwiesen und wird von den Lernenden und den Lehrerinnen als „roter Faden“ durch den Unterricht begrüßt. Kritisch-selbstreflexive Diskussionsprozesse zu ausgewählten Schlüsselproblemen und insbesondere zu eigenen Kompetenzen und Begrenzungen in Verbindung mit den jeweils betrachteten Systemen des Berufsfelds konnten im Unterricht mehrfach erfolgreich angestoßen werden. Sie müssen aber in den Einzelbegleitungen im Praxisfeld, auch im Austausch mit den anleitenden Personen, kontinuierlich weiterverfolgt werden, zumal umgekehrt auch Unsicherheiten in der Auswahl der zu übertragenden Aufgaben bestehen.

Die Beobachtungen der Lehrerinnen und Praxisanleiter/innen lassen den Schluss zu, dass die pädagogische Rahmenkonzeption, relativ konstante Rahmenbedingungen in Bezug auf die Lernräume, Lernbedingungen und Bezugspersonen sowohl im fachschulischen als auch im betrieblichen Lernen zu schaffen und eine enge Verzahnung der beiden Lernorte durch kontinuierliche Lernortbegleitung und kontinuierlichen Kontakt zu Auszubildenden, Anleiter/innen und Leitungskräften zu gewährleisten, ein unabdingbares Gestaltungsmoment des Bildungsangebots darstellt. Diese Rahmenkonzeption ermöglicht Bindungserfahrungen und Momente von Nachsozialisation und schafft so für viele der Teilnehmer/innen erst die Voraussetzungen, die die Entwicklung von beruflichen Handlungskompetenzen möglich machen.

6 Perspektiven und offene Fragen

Die vorliegende Studie kam zu dem Ergebnis, dass sich die Qualifikationsniveaus von Pflegeassistenten- und Pflegefachkräften anhand der Stabilität von Pflegesituationen (Pflegehelfer/innen können Aufgaben in stabilen, Fachkräfte auch in instabilen Pflegesituationen übernehmen) sowie der Reichweite der Verantwortlichkeit (Pflegehelfer/innen haben Durchführungsverantwortung, Fachkräfte Prozessverantwortung) abgrenzen lassen. Da sich die „Stabilität“ von Patientensituationen auch schnell verändern kann, stellt dieses Unterscheidungskriterium kein statisches, sondern ein dynamisches Merkmal dar, das kontinuierlich überprüft werden muss. Sowohl die Pflegeassistenten/innen als auch Pflegefachkräfte müssen daher in die Lage versetzt werden, immer wieder erneut einzuschätzen, ob die Situation der Patient/innen so stabil ist, dass die Pflege auch von Pflegeassistentenkräften übernommen werden kann bzw. ob die eigenen Kompetenzen für die pflegerische Versorgung eines/einer Patienten/Patientin ausreichend sind. Pflegefachkräfte müssen hierfür auch die Bereitschaft entwickeln, Führungsverantwortung zu übernehmen, was derzeit in der Pflege noch eher schwach ausgeprägt ist.

Zukünftig kann auch im Sektor Krankenhaus von einem steigenden Bedarf an Pflegehilfs- und -assistentenkräften ausgegangen werden. Voraussetzung für eine gute Einbindung von Personen mit dem oben beschriebenen Qualifikationsprofil in den Qualifikations-Mix von Kliniken ist eine grundsätzliche Neuverteilung der Aufgaben in der Pflege im Rahmen neuer Pfl-

georganisationsformen. Ein wichtiges Instrument stellt in diesem Zusammenhang die Primäre Pflege (MISCHO-KELLING/SCHÜTZ-PAZZINI 2007) dar, die darauf abzielt, die Prozessverantwortung stärker zu dezentralisieren und von der Stationsleitung auf die Pflegefachkräfte zu übertragen, die für eine kleinere Gruppe von Patient/innen verantwortlich sind und dann besser einschätzen können, welche Patient/innen von Pflegeassistent/innen versorgt werden können.

Schließlich lässt sich anhand der im Projekt gemachten Erfahrungen belegen, dass die Auszubildenden in der Pflegeassistenz aufgrund ihrer schwierigen Bildungsvoraussetzungen einer intensiven fachlichen wie pädagogischen Begleitung und Unterstützung bedürfen. Im Schulversuch wird dies durch eine Fachkraft mit sozialpädagogischen Aufgaben, durch Kontinuität der Lehrpersonen in der schulischen und nach Möglichkeit auch in der betrieblichen Ausbildung gewährleistet. Insbesondere im Betrieb ist bei einem größeren Teil der Auszubildenden eine enge Zusammenarbeit mit Fachkräften notwendig, die im besten Fall über entsprechende berufspädagogische Kompetenzen verfügen. Die besonderen Bedarfe der Schüler/innen bedingen einen vergleichsweise hohen materiellen und personellen Aufwand, so dass die Etablierung von Pflegehilfe- und -assistenzbildungen keinesfalls als „Sparmodell“ zur Gewinnung von Fachkräften betrachtet werden kann, was auf die Träger von Ausbildungsstätten eher abschreckend wirken könnte. Derzeit sind in der Bundesrepublik 2,2 Mio. Menschen zwischen 20 und 34 Jahren ohne Ausbildung, darunter Personen mit Hauptschul-, aber auch mit mittlerem Bildungsabschluss oder mit Studienberechtigung (ANBUHL 2012). Letztlich stellt sich die Frage, ob es sich die Gesellschaft angesichts eines absehbaren bevorstehenden Fachkräftemangels zukünftig leisten kann, Menschen, die am Berufsfeld interessiert sind, aber nicht die erforderlichen Bildungsvoraussetzungen mitbringen, weiter „abzuhängen“ und/oder, wie es gelingen kann, Möglichkeiten der Inklusion von bildungsferneren Schichten in das Berufsfeld zu schaffen, ohne dabei die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen zu gefährden.

Literatur

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

ASMK (ARBEITS- UND SOZIALMINISTERKONFERENZ) (2012): Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege. Online: http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_MS/ASMK/Ergenisse_der_89_Konferenz_am_28_und_29_11_2012.pdf(31-05-2013).

BECKER, M./ SPÖTTL, G. (2006): Berufswissenschaftliche Forschung und deren empirische Relevanz für die Curriculumentwicklung. In: *bwp@* Berufs- und Wirtschaftspädagogik –

online, Ausgabe 11. Online: http://www.bwpat.de/ausgabe11/becker_spoettl_bwpat11.pdf (02-07-2013)

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

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

DARMANN-FINCK, I./MUTHS, S. (2009): Curriculumentwicklung. Manuskript.

DARMANN-FINCK, I. (unter Mitarbeit von S. MUTHS) (2009): Interaktionistische Pflegedidaktik. In: OLBRIICH, C. (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München, 1-21.

DEUTSCHER QUALIFIKATIONSRAHMEN FÜR LEBENSLANGES LERNEN (DQR) (2010): Expertenvotum zur zweiten Erarbeitungsphase des Deutschen Qualifikationsrahmens. Einführung. Berlin.

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

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

HMBGVBL Nr. 17 (2007): Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Gesundheits- und Pflegeassistenten. Online:<http://www.hamburg.de/contentblob/128304/data/gpa-ausbildungs-und-pruefungsordnung-2007-04-17.pdf> (02-07-2013)

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

ISB (STAATSINSTITUT FÜR SCHULQUALITÄT UND BILDUNGSFORSCHUNG); BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS (HRSG.) (2010): Konzept zum Schulversuch „Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt in Bayern“. Online: <http://www.isb.bayern.de/berufsfachschule/uebersicht/schulversuch/>(31-05-2013).

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

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

KNIGGE-DEMAL, B./ HUNDENBORN, G. (2011b): Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich „Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“. Online: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_06_Entwurf-Qualifikationsrahmen.pdf (02-05-2013).

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

KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Online: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_09_01-Handreich-Rlpl-Berufsschule.pdf (28-06-2013).

MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim/ Basel.

MISCHO-KELLING, M./SCHÜTZ-PAZZINI, P. (2007): Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen. Bern.

MÜLLER, E. (1998): Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft, 3, H. 2, 1-6.

MUTHS, S. (2013): Lerninseln. In: ERTL-SCHMUCK, R./GREB, U. (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim/ Basel, 152-185.

NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM (2009): Rahmenrichtlinien für die berufsbezogenen Unterrichtsfächer in der Berufsfachschule – Pflegeassistenz. Online: http://www.nibis.de/nli1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/rrl_pflegeassistenz.pdf(31-05-2013).

OELKE, U. (2011): In guten Händen – Pflegebasiswissen. Berlin.

RAUNER, F. (2002): Qualifikationsforschung und Curriculum. In: FISCHER, M./RAUNER, F. (Hrsg.): Lernfeld: Arbeitsprozess. Baden-Baden, 317-339.

REUSCHENBACH, B. (2008): Einfluss von Expertise auf Problemlösen und Planen im komplexen Handlungsfeld Pflege. Berlin.

SENATORIN FÜR ARBEIT, FRAUEN, GESUNDHEIT, JUGEND UND SOZIALES (Hrsg.) (2010): Bericht zur Pflegeausbildung an Fachschulen und Berufsschulen in Bremen und Bremerhaven. Bremen. Online: <http://www.public-health.uni-bremen.de/pages/projekte/projektBeschreibung.php?SPRACHE=de&projektId=89&abtId=4> (30-09-2011).

SENATOR FÜR GESUNDHEIT/SENATOR FÜR SOZIALES, KINDER, JUGEND UND FRAUEN (2013): Zwischenbericht zum Schulversuch Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (generalistische Ausrichtung) in Bremen. Online: http://www.ipp.uni-bremen.de/srv/www.ipp.uni-bremen.de/web/downloads/abteilung4/publikationen/1301_Zwischenbericht%20Schulversuch%20KPH%20GA_gesamt_Endfassung%20.pdf(31-05-2013).

THIEME VERLAG (Hrsg.) (2011): Pflegeassistenz – Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe. Stuttgart, New York.

Zitieren dieses Beitrags

MUTHS, S./ DARMANN-FINCK, I. (2013): Aufgaben von Pflegeassistent/innen im Rahmen abgestufter Qualifikationen. In: bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 14, hrsg. v. DARMANN-FINCK, I./ HÜLSKEN-GIESLER, M., 1-18.
Online: http://www.bwpat.de/ht2013/ft14/muths_darmann-finck_ft14-ht2013.pdf

Die Autorinnen



SABINE MUTHS

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Universität Bremen

Grazer Str. 4, 28359 Bremen

E-mail: smuths@uni-bremen.de

Homepage: www.ipp.uni-bremen.de



Prof. Dr. INGRID DARMANN-FINCK

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Universität Bremen

Grazer Str. 4, 28359 Bremen

E-mail: darmann@uni-bremen.de

Homepage: www.ipp.uni-bremen.de