



Fachhochschule
Bielefeld

Fachbereich
Pflege und Gesundheit

Workshop-Reader

Nr. 12
Workshop
„Internationale Vernetzung der Pflegeschulen und der
Pflegeausbildung“
31. Oktober 2002

Netzwerk Pflegeschulen

Barbara Knigge-Demal, Dirk Lau, Katja Sandbote

Workshop-Reader

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Redaktion: P. Blumenthal, D. Lau, K. Sandbote, R. Neumann
Copyright: Barbara Knigge-Demal, Dirk Lau, Katja Sandbote, 2002

Nr. 12
Workshop
„Internationale Vernetzung der Pflegeschulen und
der Pflegeausbildung“
31. Oktober 2002

Netzwerk Pflegeschulen

Barbara Knigge-Demal, Dirk Lau, Katja Sandbote

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort	
Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal.....	1
Vortrag	
Pflegeausbildung in Europa	
Gertrud Stöcker	3
Vortrag:	
Pflegeausbildung in Europa	
Inge Bergmann-Tyacke.....	13
Vortrag:	
Projekt „Grenzüberschreitende Pflegeausbildung“	
Dr. Bodo de Vries.....	22
Arbeitsgruppen	
AG 1: Kooperation zwischen der Schwesternschule der Universität Heidelberg und der Oxford Brookes University	
Reinald Schmidt-Richter.....	41
AG 2: Modularisierung der Pflegeausbildung	
Prof. Dr. A. Nauerth, Andrea Lamers	47
AG 3: Pflege international – Unterrichtskonzeption „Interkulturelle Pflege“	
Angelika Tinus.....	62
AG 4: Pflegeschüler im Auslandseinsatz	
Torsten Jäger, Volker Jancke	68
Zusammenfassung und Schlussfolgerung	85
Kontaktadressen Referenten.....	87
Evaluationsergebnisse der Veranstaltung.....	89

Vorwort

Prof.' in Dr. Barbara Knigge-Demal

Der Workshop „Internationale Vernetzung der Pflegeschulen und der Pflegeausbildung“ greift das Interesse von Pflegeschulen auf, Kooperationen, Partnerschaften und Kontakte zu initiieren, die über die nationalen Grenzen hinausgehen. Pflegeschulen kooperieren mit Schulen und Hochschulen in Großbritannien, in den Niederlanden, in Norwegen, in Belgien, in Luxemburg, in der Schweiz u.a. Ländern, um sich auszutauschen, voneinander oder miteinander zu lernen, aber auch um gemeinsame Ausbildungsziele zu formulieren. Dieses Interesse an einer transnationalen Annäherung spiegelt sich auch in Ausbildungsmodellen wieder, die sich transnational orientieren. Häufig sind diese sehr abstrakt, nicht unbedingt lebendig und wenig anschaulich.

Deshalb ist es notwendig, Projekte zu entwickeln, die die vielfältigen Möglichkeiten transnationaler Verständigung im Bereich pflegerischer Bildung aufzeigen und Wirklichkeit werden lassen. Themen zu denen ein transnationales Projekt initiiert werden kann sind beispielsweise gemeinsame Ausbildungsanteile entwickeln und realisieren, Abschlüsse zu konzipieren, die in zwei Ländern entsprechen und parallel angebahnt werden, Curricula zu entwickeln, die in mehr als einem Land in Ausbildungsinhalte, Ziel und Methoden einmünden u.s.w.

Diese bunte Vielfalt möglicher internationaler Vernetzungen sollte in diesem Workshop aufgenommen und exemplarisch aufgegriffen werden.

Im ersten Teil des Workshops ging es zunächst darum, die formalen Gemeinsamkeiten und Annäherungen sowie die nationalen Besonderheit in der EU zu verdeutlichen. Im zweiten Teil wurden in den Arbeitsgruppen spezifische Projekte vorgestellt, um deren Ziele, Erfolge und Probleme transparent zu machen und anschließend Fragen der TeilnehmerInnen zu klären.

Die Heterogenität der Projekte führte dazu, dass an diesem Workshop SchülerInnen, LehrerInnen wie PraxisanleiterInnen teilgenommen und in den Arbeitsgruppen zu lebhaften Diskussionen beigetragen haben.

Der Reader stellt eine Dokumentation aller Vorträge und Arbeitsgruppenbeiträge dar, die im Rahmen des Workshops präsentiert wurden.

Das Team des Netzwerks Pflegeschulen an der Fachhochschule Bielefeld bedankt sich an dieser Stelle nochmals bei allen Beteiligten für ihr Engagement und die Bereitstellung der folgenden Beiträge.

Vortrag

Pflegeausbildung in Europa

Gertrud Stöcker, Beratender Ausschuss für Ausbildung in der Krankenpflege

Innerhalb der Länder der Europäischen Union (EU) gilt der freie Personen- und Dienstleistungsverkehr als eine der Grundfreiheiten. Europäische Normen garantieren das Recht auf Freizügigkeit, d.h. die freie Aufenthaltsbestimmung, und das Recht auf Niederlassungsfreiheit, d.h. die gegenseitige Anerkennung beruflich erworbener Qualifikationen.

Richtlinien und zahlreiche Austauschprogramme sollen sicherstellen, dass jeder Bürger in jedem anderen EU-/EWR-Staat leben, lernen und arbeiten kann und für den gesamten europäischen Arbeitsmarkt qualifiziert ausgerüstet ist. Die Regelsysteme der allgemeinen und beruflichen Bildung bleiben dagegen grundsätzlich in einzelstaatlicher Kompetenz. Das Angebot an Ausbildung bzw. die beruflichen Qualifizierungsmöglichkeiten sollen ein Teil der Kulturauffassung des jeweiligen Landes bleiben. Somit eröffnet sich für jeden Einzelnen die Möglichkeit, seine Erfahrungen zu erweitern.

Wichtige Ziele bestehen dabei in der Erweiterung der persönlichen und professionellen Kompetenz, und nur in Abstimmung zur eigenen Qualifikation gelingt die Verbesserung der Berufschancen auf dem europäischen Arbeitsmarkt. Eine solche Ausbildung darf nicht „nur“ Selbstzweck sein, sondern die Ausbildung soll vielmehr zu einer Berufsausübung befähigen, die dem Wohl der Menschen dient und eine adäquate und optimale Betreuung der Bevölkerung in den europäischen Mitgliedstaaten gewährleistet. Eine solche Ausbildung verlangt, sich auf einen Vergleich der Ziele sowie der Ausbildungssysteme und -inhalte einzulassen und die Auseinandersetzung mit einer multikulturellen Gesellschaft sowie die sprachliche Befähigung zu intensivieren. Der Blick über die nationalen Grenzen hinaus muss sich öffnen.

Zur Zeit bestehen im Rahmen des Gemeinschaftsrechts drei verschiedene Systeme¹, die die Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise detailliert und für einzelne Berufe per Richtlinien regeln.

Begonnen wurde in den 70er Jahren mit den Professionen des Gesundheitswesens. Es entstanden die „sektoralen Richtlinien“ für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte,

¹ „Sektorale“ Richtlinien für bestimmte Gesundheitsberufe sowie Architekten und Juristen, Richtlinien für Handwerker- und Handelsberufe und „allgemeine Richtlinien“

Apotheker, Pflegende² und Hebammen³. Diese Richtlinien zur gegenseitigen Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstiger Befähigungsnachweise regeln umfänglich und standardisiert berufsspezifische Ausbildungsbedingungen wie Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsdauer, -inhalte und -abschluss bis hin zur Berufsbezeichnung. Das gegenseitige Anerkennungsverfahren erfolgt zentral auf europäischer Ebene nach dem Prinzip der Gleichwertigkeit für die Gemeinschaftsbürger. Es gilt für alle EU-Staaten verpflichtend, die sektoralen Richtlinien in nationales Recht aufzunehmen. Durch diese sektoralen Richtlinien erfahren die europäischen Grundfreiheiten im Sinne von Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit für den einzelnen Gemeinschaftsbürger aufgrund zwingender Gründe des Allgemeinwohls, des Patientenschutzes oder des Schutzes der öffentlichen Gesundheit eine Einschränkung⁴, des weiteren auch mit der Begründung, weil gerade diese Berufe traditionell eine hohe Migration ausweisen und aus wissenschaftlichen Gründen.

Ende der 80er Jahre wurden neben den sektoralen Berufe-Richtlinien wegen des hohen Regelungsaufwandes für weitere Berufe die sogenannten allgemeinen Berufe-Richtlinien eingeführt. Gegenstand ist die Regelung zur Anerkennung von Hochschuldiplomen⁵ und Berufsausbildungen⁶, die mit einer dreijährigen Ausbildung abschließen. Diese allgemeinen Richtlinien enthalten keine Vorgaben zur Harmonisierung der Studien- und Ausbildungsinhalte, sondern aufgrund der Zugangsvoraussetzungen für den jeweiligen Beruf und den beruflich erworbenen Qualifikationen bedarf es der Feststellung von Gleichartigkeit. In der Regel obliegt dem Aufnahmestaat in jedem Einzelfall eine Bewertung der Berufsqualifikation des zuwandernden Gemeinschaftsbürgers und ggf. die Ablehnung oder die Auferlegung von Anpassungsmaßnahmen oder in bestimmten Fällen auch Eignungsprüfungen, wenn die berufliche Qualifikation nach Landesrecht nicht gegeben ist.

Diese Richtlinienordnungen sind zuletzt geändert durch die SLIM-Richtlinie⁷. Angestrebt wird mit dieser Richtlinie eine Vereinfachung der Rechtsvorschriften im europäischen Binnenmarkt und das vor allem im Hinblick auf Anerkennungsver-

² Richtlinien 77/452/EWG und 77/453/EWG des Rates, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 176 (Krankenpflege) v. 15.07.1977

³ Richtlinie 80/155/EWG des Rates, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, Nr. L33/8/11.02.80 (Hebammen)

⁴ s. auch Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG: Staatlicher Gesundheits- und Gefahrenschutz

⁵ Richtlinie 89/51/EWG des Rates, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft Nr. L 019 (Hochschule) v. 24.01.1989

⁶ Richtlinie 92/51/EWG des Rates, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 209/25 (Ergotherapie, Kinderkrankenpflege, Physiotherapie) v. 18.06.1992

⁷ Richtlinie 2001/19EG des Rates, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, L 206/1-50 (SLIM-Richtlinie) v. 31.7.2001

fahren erworbener Qualifikationen in Drittländern (außerhalb der EU)⁸ ab dem 01.01.2003 und in Vorbereitung auf die Überprüfung normativer Heilberuferegulungen in den EU-Beitrittsländer im Frühjahr 2002. Zugleich soll sie zu mehr Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt und zur Schaffung eines echten europäischen Arbeitsmarktes beitragen, der es den EU-Bürgern ermöglicht, überall in der EU zu arbeiten. Das heißt allerdings nicht, dass ein Mitgliedstaat eine solche Ausbildung automatisch anerkennen muss. Aber er ist verpflichtet, solche gemeinschaftsrelevanten Elemente zu prüfen und im Falle einer Ablehnung zu begründen.

Durch die ausgewiesene Systematik der Berufe-Richtlinien, erfahren die deutschen Pflegeausbildungen - Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege - europäisch gesehen eine Splittung, und damit eine Ungleichbehandlung i.S. der europäischen Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit.

- Überhaupt nicht erfasst werden durch die Richtliniensystematik all jene Ausbildungen, die unterhalb der vorgegebenen Mindestnormen liegen.
- Der beruflichen Altenpflege fehlte bisher, aufgrund der nicht bundeseinheitlichen Regelung und da sie nur in Deutschland üblich ist, jegliche europäische Anbindung. Ob und inwieweit die Aufnahme nach Inkrafttreten eines bundesrechtlichen Altenpflegegesetzes⁹ in das allgemeine Richtliniensystem gelingt, bleibt abzuwarten.
- Der Beruf der Kinderkrankenschwester - nur in Deutschland, Italien und Österreich üblich - wird über das allgemeine Berufe-Richtliniensystem erfasst und führt so nur zur bedingten Berufs- und Niederlassungsfreiheit in den EU-Staaten. Die Vielzahl der mit der Prüfung beauftragten nationalen Stellen führt dazu, dass eher nationale als europäische Standards die Entscheidungen zur Anerkennung lenken.
- Die sektoralen Richtlinien gewähren in Konsequenz, dass für die allgemeine Pflege (in Deutschland Krankenpflege) eine „automatische“ Berufs- und Nie-

⁸ s. auch Änderung aller bundesrechtlichen Berufszulassungsgesetze für Heilberufe, wie z.B. § 2 (4) KrPflG, im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Podologengesetzes: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 04.06.1985 (BGBl. I S.893), zuletzt geändert durch Gesetz vom 07.12.2001 (BGBl. I S. 3222); Richtlinie zur Überprüfung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes Drittstaatsangehöriger im Rahmen der Durchführung der Berufsgesetze der bundesrechtlich geregelten nichtärztlichen Gesundheitsberufe, Runderlass des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen v. 11.04.2002 - III B 3 - 0410.12 -
⁹ Bundesgesetzblatt, Nr. 50 G 5702, Teil I, Gesetz über die Berufe in der Altenpflege sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes v. 24.11.2000, aufgrund der Normenkontrollklage des Bundeslandes Bayern hat das Bundesverfassungsgericht am 24.10.2002 das Inkrafttreten zum 01.08.2003 entschieden.

derlassungsfreiheit in allen Staaten der Europäischen Union besteht. Damit nimmt die Krankenschwester als Beruf eine herausragende Stellung ein. In der nationalen Umsetzung übte sich Deutschland in deutlicher Zurückhaltung. Es ist kein „europäisches Geheimnis“, dass unser Land als letzter EU-Staat die Pflegerichtlinien umsetzte - ein Land, dessen Strukturen sich den erforderlichen Veränderungen lange Zeit entzogen hatte und wo das EU-gewollte Maß an Innovation nur schwerfällig griff. Offen bleibt bis heute, ob das KrPflIG von 1985 in seinen neuen Ansätzen durch Einsicht der politisch Verantwortlichen zustande kam, dem politischen Engagement der pflegerischen Berufsverbände zu verdanken ist oder ob die Europäische Union mit der Umsetzungspflicht von Richtlinien der Katalysator war. Es sollte uns deutlich bewusst sein, dass es für die Krankenpflege nur so gelungen ist, mit weiteren Gesundheitsberufen eine europaweite Kompatibilität zu erreichen.

Mit der Zielsetzung, ein vergleichbar anspruchsvolles Niveau in der Pflegeausbildung sicherzustellen - vor allem auch im Hinblick auf die Umsetzung der europäischen Bestimmungen -, beschloss der EU-Ministerrat ebenso 1977 die Einsetzung eines Beratenden Ausschusses für die Ausbildung in der Krankenpflege. Zu diesem Ausschuss gehören pro EU-Staat jeweils Vertreterinnen/Vertreter des Berufsstandes, der Ausbildungseinrichtungen und der zuständigen Behörden. Dieser Ausschuss steht der EU-Kommission beratend zur Seite und unterbreitet Vorschläge zur aktuellen Anpassung und Erweiterung der spezifischen Richtlinien¹⁰, ebenso sind Leitlinien und Empfehlungen¹¹ zur Verwendung in einzelstaatlichen Ausbildungsprogrammen zu verabschieden. Das verlangt Ausbildungs- und somit auch Praxisnormen auf europäischer Ebene fortwährend neu zu überdenken, um der weiteren Entwicklung der Pflege Rechnung tragen zu können.

Die zahlreichen Erhebungen in den Mitgliedstaaten über einzelstaatliche Bedingungen im Zusammenhang mit den Arbeitsaufträgen des Beratenden Ausschusses haben dazu geführt, dass im Laufe der Zeit eine sehr ausführliche und umfangreiche Datenbank über die Pflegeausbildungen in Europa entstanden ist.

¹⁰ Entwürfe für sektorale Richtlinien in der psychiatrischen (1986) und pädiatrischen Pflege (1988) - Verfahren sind eingestellt.

¹¹ Leitlinien über die Verringerung der Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Ausbildung (1989); Empfehlungen zur Krebskrankenpflege in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (1990); Empfehlungen zur Rolle der Krankenschwester/des Krankenpflegers in der primären Gesundheitsversorgung (1992); Empfehlungen zur Fort- und Weiterbildung in der Krankenpflege (1994); Leitlinien für die Ausbildung in der Pflege älterer Menschen (1994); Leitlinien für die Einbeziehung der primären Gesundheitsfürsorge in die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern (1992 u. 1998); Bericht und Empfehlungen über die Vereinfachungen des gemeinschaftlichen Besitzstands durch Bezug auf Fachkompetenzen (2000); Bericht und Empfehlungen zur Mobilität von spezialisierten Krankenschwestern und Krankenpflegern (2000)

Gearbeitet wird mit diesem Instrumentarium entsprechend dem europäischen Gedanken, nämlich ohne Grenzen. Es ist nicht einfach, trotz der Sprachprobleme, ethnischer Unterschiede, ungleicher Entwicklung und Dynamik bei richtlinienbezogenen Aspekten im Konsens, ansonsten mehrheitlich abgestimmt gemeinsame Ziele zu erreichen.

Ausblick

Aufgrund der EU-Richtlinien aus den 70er Jahren entstand zunächst eine fast homogene Krankenpflegeausbildung in Europa. Zweifellos hat die Vorgabe europäischer Standards zu Ausbildungsverbesserungen - so auch in Deutschland – geführt, entscheidend gelenkt davon, was sich wie jeweils auf nationaler Ebene politisch hat durchsetzen lassen. Über die EU-Standards hinaus haben viele EU-Mitgliedstaaten in den letzten Jahren umfassende Ausbildungsreformen verwirklicht, so dass sich heutzutage Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsdauer und Ausbildungsniveau erheblich unterscheiden. Des Weiteren erfuhren die Ausbildungsinhalte eine verstärkte Einbeziehung der primären Gesundheitsversorgung¹². Krankheit und Krankenhaus wird gleichrangig mit Gesundheit und Gemeinde in die Pflegeerausbildung platziert.

Ausgehend von der Wiener Konferenz 1988¹³ wurde zunehmend die bildungsmäßige Zusammenfassung und Vereinheitlichung der Pflegeberufe angegangen. In zwölf von fünfzehn Ländern gehört die Pflege des kranken Kindes mit zur Ausbildung der Krankenschwestern oder die Kinderkrankenpflege kann als Zusatzqualifikation erworben werden. In vierzehn von fünfzehn Ländern gehört die Altenpflege mit zur Ausbildung der Krankenschwestern oder kann als Zusatzqualifikation erworben werden - die Ausnahme ist hier Deutschland. Der Vollständigkeit halber sind in diesem Zusammenhang auch die Hebammen zu nennen. Diese haben bezogen auf die EU, oft vor ihrer Spezialisierung eine Krankenpflegeausbildung zu absolvieren. Diese Berufsgruppe selbst sieht sich in Deutschland nur ungern in die Systematik der Pflegeberufe eingeordnet.

¹² Leitlinien für die Einbeziehung der primären Gesundheitsfürsorge in die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern, III/F/5370/5/90-1992 und XV/E8391/396-1996

¹³ Weltgesundheitsorganisation (1988), Europäische Pflegekonferenz, ISBN 9289070579, Erklärung Nr. 4: Es gilt eine Pflegerolle zu schaffen, die den Bedürfnissen der Menschen angepasst ist und nicht den Bedürfnissen eines Gesundheitssystems. Jeder Bewerber für die Pflegeausbildung sollte einen Schulabschluss der Sekundarstufe II vorweisen, der in den Mitgliedstaaten unterschiedlich erworben werden kann. Die Ausbildungsprogramme der Pflege sollten in den Ländern neu strukturiert und strenger gefasst werden - weg von einem krankheitskurierenden hin zu einem gesundheitserhaltenden Modell. Die Grundausbildung ist aufgrund der verstärkten Komplexität im Gesundheits- und Sozialwesen generalistisch auszurichten, und jede spezifische Fachausbildung soll auf einer allgemeinen Pflegeausbildung aufbauen.

Die europäische Bildungslandschaft hat sich in den letzten Jahren vor allem durch die Ansiedlung im Hochschulbereich deutlich weiter ausdifferenziert. Festzustellen ist, dass

- in zwölf von fünfzehn Ländern die Studierbefähigung als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung gilt - die Ausnahmen sind hier: Deutschland, Luxemburg und Österreich.
- in Luxemburg und Österreich mit Abschluss der beruflichen Erstausbildung die Studierbefähigung erworben wird.
- in elf von fünfzehn Ländern die Ausbildung im Hochschulbereich verortet ist - die Ausnahmen sind hier: Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Österreich.
- in Belgien und den Niederlanden die Ausbildung sowohl als berufliche und akademische Erstausbildung angeboten wird.

Dementsprechend hat die EU-Kommission die Standardisierung der weiterentwickelten Pflegeausbildungen bereits aufgegriffen. Vom Beratenden Ausschuss sind die Ausbildungs- und Praxisnormen neu überdacht worden und liegen der EU-Kommission als Novellierungsentwurf für die sektorale EU-Richtlinie¹⁴ vor:

- Der Hochschulzugang als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung wird aufgenommen, die Studierbefähigung soll spätestens mit Abschluss der beruflichen Erstausbildung gegeben sein.
- Die Ausbildungsdauer bleibt weiterhin mit mindestens 4600 Stunden versehen, aufgehoben werden soll aber die Ausbildungsdauer von drei Jahren, so dass sich die Mindestausbildungsstunden in die Studienstruktur der Hochschulen besser integrieren lässt.
- Über den Fächerkanon hinaus sind i.S. der qualitativen Sicherung von Ausbildungsqualität zu verlangende Fachkompetenzen aufgenommen.

Eine neue Generation von Berufe-Richtlinie ist in Vorbereitung. Der seit Frühjahr 2002 vorliegende Richtlinienentwurf¹⁵ fasst alle Richtlinien, welche sich mit der Anerkennung beruflicher Qualifikationen befassen, in einer einzigen Richtlinie

¹⁴ Bericht und Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz der Krankenschwestern und Krankenpflegern in der Europäischen Union, XV/E8481/4/97-DE v. 24. Juni 1998

¹⁵ Vorschlag der Kommission der Europäischen Gemeinschaften für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (KOM(2002)119 endg.) v. 07.03.2002

zusammen. Zugunsten des neuen Vorschlags sollen die sektoralen Berufes-Richtlinien gem. Art. 57 außer Kraft gesetzt werden.

- Die (noch) geltenden Regelungen der beruflichen Erstausbildung, z.B. für Krankenschwestern und Krankenpfleger, zur automatischen Anerkennung der Ausbildungsnachweise sollen zwar grundsätzlich fortgeführt werden,
- das Anerkennungsverfahren soll jeweils individuell im jeweiligen Aufnahme-staat erfolgen und
- den Richtlinienanhängen sowie den ergänzend möglichen Empfehlungen wird die berufsfachliche Legitimation hinsichtlich der Aktualisierung und inhaltli-chen Weiterentwicklung entzogen.

Das heißt, es ist vorgesehen, die Beratenden Ausschüsse aufzulösen und statt-dessen einen neu zu schaffenden Ausschuss einzusetzen, zusammengesetzt aus einem Regierungsvertreter pro Land und für alle bisher sektoral geregelten Pro-fessionen zuständig, also nicht berufsspezifisch fachkundig. Ob und inwieweit die spezielle Arbeit des Beratenden Ausschusses durch Vereinbarungen zwischen der Kommission und den jeweiligen europäischen Vertretungsgremien der Berufe, z.B. Permanent Committee of Nurses (PCN), ersetzbar ist und legitimiert werden kann, ist nicht entschieden.

In den von der EU-Kommission eingeholten Stellungnahmen der Regierungsver-treter in den Mitgliedsstaaten und den berufsständischen Vertretern in den Bera-tenden Ausschüssen ist sich mehrheitlich gegen die angekündigte Abschaffung der Beratenden Ausschüsse und die beabsichtigte Teilablösung der sektoralen Richtlinien ausgesprochen worden. Diese Haltung fand auch Bestätigung in der Anhörung zum Richtlinienentwurf beim für Deutschland federführenden Bun-desministerium für Wirtschaft und Technologie:

- All das mag zwar zu einer Arbeitsentlastung der Kommission führen, und das mag für Berufe, bei denen die Qualität des Befähigungsnachweises nicht die Differenzierung oder die hohe Bedeutung hat wie im Gesundheitswesen, kein gravierendes Problem sein.
- Die sektoralen Richtlinien sind durch ihre Klarheit und Einfachheit in Ausfüh-rung und Anwendung dem allgemeinen System überlegen, und das zentrale Anerkennungsverfahren vermeidet Ungleichbehandlung.
- Durch einen Wechsel oder eine Annäherung an das allgemeine System steigt die interessengeleitete Interpretationsvielfalt.

- Die Aspekte der öffentlichen Sicherheit, die besonders bei den Qualifikationen im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielen, bleiben unberücksichtigt.
- Vereinfachung kann in Konsequenz nicht eine Veränderung des rechtlichen Rahmens zur Folge haben, sondern verlangt vielmehr eine stärkere Einbeziehung des Expertenwissens der Pflegenden über den Beratenden Ausschuss.
- Für das Pflegewesen, als integraler Bestandteil des Gesundheitswesens, wäre der Verzicht auf die sektoralen Richtlinien und die Einstellung der Beratenden Ausschüsse mit ernsthaften Schwierigkeiten verbunden.
- Vor allem die Erweiterung der Europäischen Union ist kein Argument gegen die sektoralen Richtlinien, wie dies angeführt wird, sondern im Gegenteil: Sie ist ein dringendes Argument für die damit verbundenen Bewertungsprobleme und für die Erhaltung und Weiterentwicklung der sicherlich reformbedürftigen sektoralen Richtlinien.

Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass die Integration der sektoralen Richtlinie in eine Gesamtrichtlinie keineswegs nur eine kosmetische Maßnahme darstellt, sondern sie ist vielmehr eine „Demontage“, die über die bloße Symbolik hinaus geht und letztendlich den inhaltlich hohen Wert sektoraler Richtlinien aushöhlt. Die Pflegeausbildung i. S. des neuen Richtlinienvorschlags nach dem Prinzip der Gleichartigkeit zuzuordnen, bedeutet, es gibt künftig keine Parameter mehr, um eine Gleichwertigkeit über die Qualifikation herzustellen. Gerade in Deutschland ist die sektorale Richtlinie der einzige Garant für eine europaweite Anerkennung der Krankenpflegeausbildung. Nicht zu verkennen ist, dass es vor allem den europäischen Einflüssen zu verdanken war, eine Weiterentwicklung der pflegeberuflichen Bildung in Deutschland durchzusetzen. Entfällt die sektorale Richtlinie in ihrer Wirkung, wird künftig zunehmend die Anerkennung in der überwiegenden Zahl der EU-Mitgliedstaaten nicht mehr möglich sein, da die Ausbildungen dort im Gegensatz zu Deutschland im Hochschulbereich zu absolvieren sind. Internationale Vergleichsstudien geben bereits jetzt der deutschen Pflegeausbildung hinsichtlich der Strukturen, der wissenschaftlichen Fundierung und des Status schlechte Noten¹⁶. Dann wird es auch wenig hilfreich sein, wenn Deutschland für sich den Anspruch erhebt, innerhalb der EU über das ausdifferenzierteste Bildungssystem zu verfügen.

Bei Anwendung des neuen Richtlinienvorschlags würde mittelfristig die Mobilität für viele Krankenschwestern und -pfleger gefährdet. Angesichts des in der Mehr-

¹⁶ Landenberger, M., Ortman, J. (1999), Pflegeberufe im europäischen Vergleich, eine Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege, BBJ Verlag

zahl der EU-Mitgliedsstaaten bestehenden Mangels an Krankenpflegepersonal, der erfahrungsgemäß aufgrund der demographischen Entwicklungen anhalten wird, wäre dies ein erhebliches Hemmnis für die Freizügigkeit und die Niederlassungsfreiheit. Gerade im entstehenden europäischen Gesundheitsmarkt wird Mobilität von Leistungsanbietern aber vor allem von Nutzern in erheblichem Umfang zunehmen.

Europa greift bereits heute - auch für die deutsche Pflege - als gesellschaftliche und berufliche Wirklichkeit. Nicht Werte und Tradition sichern die Zukunft der deutschen Pflege in Europa. Es geht auch nicht darum, was die deutsche Pflege „kann“ oder „nicht kann“ oder „weniger oder mehr als andere kann“. Die berufliche Zukunft der deutschen Pflege wird eine deutsche Pflege in Europa und unter den Bedingungen Europas und nach deren Maßgabe sein. Das heißt: Vergleichbarkeit beruflicher Qualifikationen und damit Sicherung der binnenmarktlichen Gleichwertigkeit. Ob das deutsche Pflege-„examen“ für die Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit ausreicht, bleibt zu diskutieren.

Die Europäisierung der deutschen Pflege ist ein Thema von gleichermaßen berufs- und bildungspolitischer Bedeutung, das maßgeblich den Wert des deutschen Arbeitsplatzes Pflege in Europa bestimmt. Das Bildungssystem muss Anreize zum beruflichen Bildungsaufstieg eröffnen. Ohne derartige Anreizstrukturen lassen sich weder berufliche Flexibilität noch „Berufstreue“ erreichen. Das verlangt vor allem die Konsequenz, dass die systemischen, strukturellen und curricular-inhaltlichen Bedingungen der pflegeberuflichen Bildung in Deutschland ein neues Maß europäischer Orientierung¹⁷ haben müssen, und damit an das derzeitige Novellierungsverfahren des Krankenpflegegesetzes mehr Anforderungen zu stellen sind, als der aktuelle Regierungsentwurf zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes ausweist¹⁸.

Meine Einschätzung ist, dass die deutsche Pflege in Europa auf der inhaltlichen Ebene sehr wohl mitreden (-halten) kann, aber allerdings unter den bestehenden Rahmenbedingungen ihre Potentiale nicht genutzt werden können. Darin sind uns die Krankenwestern und -pfleger in den meisten Ländern der Europäischen Union weit voraus. Das gilt im Übrigen auch für die meisten osteuropäischen Länder.

¹⁷ Weltgesundheitsorganisation (2000), Bericht über die 2. WHO-Ministerkonferenz, Pflege- und Hebammenwesen in Europa, München, 15.-17.06.2002; EUR/1/5019309, Anhang I, S. 27: „(...) die Aus- und Fortbildung sowie den Zugang zu einer akademischen Pflegeausbildung verbessern.“ „(...) Pflegenden und Ärzten Möglichkeiten bieten, in der Aus- und Weiterbildung gemeinsam zu lernen, um im Interesse einer besseren Patientenversorgung ein stärker auf Zusammengehen und Interdisziplinarität ausgerichtetes Arbeiten sicherzustellen.“

¹⁸ Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, s. Regierungsentwurf vom 29.05.2002, Stellungnahme des Bundesrates vom 29.05.2002 sowie Gegenäußerung der Bundesregierung vom 04.09.2002

Literaturhinweise

Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. (Hrsg.), (2000), Bildung und Pflege - die europäische Dimension, Einflüsse auf die professionelle Pflege und pflegeberufliche Bildung in Deutschland, Wuppertal.

Kurtenbach, H., Golombek, G., Siebers, H. (1998), Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, Verlag W. Kohlhammer.

Rennen-Allhoff, B., Bergmann (2000), I., Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa, Verlag Hans Huber.

Robert Bosch Stiftung (2000), Pflege neu denken - Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Schattauer Verlag.

Stöcker, G. (2002), Bildung und Pflege - eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung, Hrsg.: Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V., Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Weltgesundheitsorganisation (1998), Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, WHO/EUR, Kopenhagen.

Weltgesundheitsorganisation (1999), Pflege und Hebammen für Gesundheit, eine WHO-Strategie für die Ausbildung in der Pflege und im Hebammenwesen in Europa, übersetzt und veröffentlicht vom DBfK, Eschborn.

Vortrag

Pflegeausbildung in Europa

Inge Bergmann-Tyacke, MPhil, Lehrerin für Pflegeberufe

Pflegeausbildungen: Harmonie in der Vielfalt?

Wer sich heute mit den Berufs- und Ausbildungsstrukturen der Pflegeberufe in den Europäischen Mitgliedsstaaten beschäftigen möchte, braucht viel Geduld und die Bereitschaft, sich mit einer großen **Vielfalt** auseinander zu setzen. Es erscheint vielleicht im ersten Moment unverständlich, dass nach all diesen Jahren der Harmonisierung der Pflegeausbildungen von Vielfalt die Rede ist. Bei genauem Hinsehen allerdings wird deutlich, dass die Entwicklungen, auf die Bildungs- und Gesundheitssysteme reagieren mussten und müssen, von einer solchen Komplexität sind, dass die formalen Minimumkriterien zur Harmonisierung der Ausbildung „vor Ort“ relativ irrelevant erscheinen.

Gertrud Stöcker hat uns in ihrem Vortrag die Entwicklungen auf EU Ebene vor Augen geführt und die derzeitige Diskussion um grenzübergreifende Regelungen präsentiert. Sie hat auch daran erinnert, dass die Harmonisierung der Allgemeinen Krankenpflege für die Pflege in Deutschland zu positiven Veränderungen und besseren Ausbildungsstrukturen geführt hat, und das ist auch für einige andere EU Länder der Fall. Ich möchte das meinerseits auch noch einmal unterstreichen!

In anderen Ländern, z.B. Belgien, haben die Richtlinien das Gegenteil bewirkt, nämlich eine Verschlechterung der Ausbildungsstrukturen durch Verkürzung der Ausbildungsdauer. Die Ursache liegt darin, dass die Harmonisierungskriterien sich auf formale und Strukturaspekte beziehen, über die auf politischer Ebene entschieden wird, also zum Beispiel die Dauer der Ausbildung. Die jeweiligen Intentionen für die Gesetzgebung und ihre Auslegung, oder für die zugrundeliegenden Werte oder Ziele können auf völlig unterschiedlichen Ebenen liegen und müssen auch nicht unbedingt transparent sein. Sie geben aber den Rahmen vor, in dem der Beruf professionell gelehrt und gelernt werden soll.

Herausforderungen an die Pflegeberufe

Wir sind europaweit - und darüber hinaus - mit denselben Herausforderungen an die Gesundheits- und Sozialwesen konfrontiert:

- Die demographischen Veränderungen der Gesellschaft, die die pflegerische Versorgung alter Menschen mehr in das Blickfeld rücken
- Der Wandel des Krankheitspanoramas von den akuten zu chronischen Verläufen
- Die Verstärkung invasiver Diagnostik und Therapie in der Medizin und die Entwicklung der Krankenhäuser zu Akut-Institutionen
- Die Verstärkung der ambulanten und häuslichen Versorgung und Pflege

Diese beispielhaften Entwicklungen haben unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung innerhalb der Pflegeberufe und fordern die Übernahme neuer Rollen seitens der Pflegenden. Sie führen auf der einen Seite zu erhöhten Anforderungen an die Pflege und damit auch zu erhöhten Bildungsanforderungen, auf der anderen Seite werden sie aber auch für die viel zitierten Kostenexplosionen verantwortlich gemacht.

Also: Sparen und gleichzeitig erhöhten Anforderungen nach zu kommen ist die Devise.

Je nach Prioritäten, Zielen, aber auch berufspolitischer Autorität wird auf diese Herausforderungen in den Ländern unterschiedlich reagiert, und es kommt zu der zuvor erwähnten Vielfalt. Wenn daher Pflegeausbildungen international verglichen werden sollen, so müssen die Ausbildungen im Kontext der jeweiligen Berufsstrukturen und Bildungsstrukturen betrachtet werden. Im Folgenden möchte ich das zunächst allgemein anhand einiger zu stellender Fragen tun, und dann in einem zweiten Teil beispielhaft die Ausbildung in einzelnen europäischen Ländern vorstellen.

Berufsstrukturen und Bildungsstrukturen in Europa

Berufsstrukturen wie Bildungsstrukturen in den europäischen Ländern unterscheiden sich zum Teil beträchtlich, und die Fragen zur Klärung dieser Strukturen gestalten sich - je nach Perspektive - unterschiedlich:

- Welche Berufe werden den Pflegeberufen zugerechnet?
 - In Irland, Schweden, Spanien und einigen anderen Ländern ist der Hebammenberuf ein Pflegeberuf, in Frankreich ein medizinischer Beruf
- oder umgekehrt, welcher übergeordneten Berufsgruppe wird die Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege zugeordnet?
 - In Frankreich und einigen anderen Ländern den paramedizinischen Berufen, in Dänemark den Gesundheitsberufen

- In welche Berufe ist das Berufsfeld Pflege untergliedert?
 - In Dänemark gibt es keine Untergliederung, während es in Großbritannien insgesamt sieben Berufe¹⁹ im Berufsfeld Pflege gibt.

Die Frage nach den Ausbildungen in den Pflegeberufen muss dazu auch die unterschiedlichen Bildungsstrukturen in Betracht ziehen. Haben wir zum Beispiel in Deutschland ein recht differenziertes Berufsbildungssystem, so ist das in anderen Ländern so nicht der Fall.

Geht die Diskussion um universitäre Ausbildungsgänge, so kommt man schnell zu der Erkenntnis, dass Hochschulstudium nicht gleich Hochschulstudium ist: Jedes Land definiert selbst, was ein Bildungsgang im tertiären Bereich ist. Das lässt sich vor allem festmachen an Zulassungsbedingungen für das Studium und an der Studiendauer.

Die aktuelle Diskussion und nun auch Einführung der Bachelor- und Master-Studiengänge rückt diesen Aspekt noch mal verstärkt in unseren deutschen Blickpunkt.

In Belgien und den Niederlanden gibt es jeweils zwei parallele Ausbildungsgänge, einen auf Sekundarebene und einen im Hochschulbereich. Beide Ausbildungen sind generalistisch und beide entsprechen den Mindestkriterien der EU Richtlinie; aber die jeweils höher angesiedelte Ausbildung erlaubt mehr Weiterqualifizierungen und höhere Karrieren.

In Dänemark, Schweden, Großbritannien und Griechenland schließen die Studiengänge mit dem Bachelor Degree ab. Die Studiendauer für diesen Abschluss beträgt zwischen drei und vier Jahren.

In Irland, Großbritannien, Griechenland, Italien, Niederlanden, Portugal und Spanien gibt es Ausbildungsgänge, die mit dem Diplom abschließen, und auch hier variieren die Studienzeiten zwischen drei und vier Jahren.

Aufgrund des Lehrsystems in den Hochschulen sind die Stundenzahlen pro Jahr generell wesentlich geringer sind als in den Schulen im Sekundarbereich, so dass einige dieser Länder de facto die vorgegebene Mindeststundenzahl nicht erreichen!

¹⁹ Berufe bedeutet hier: eine speziellen Berufsbezeichnung, die aufgrund einer speziellen Ausbildung geführt wird.

Vergleich der Strukturen einiger Länder

Reformen der Pflegeausbildungen

■ Inhaltlich:

Generalisierung der
Ausbildung

■ Formal:

Ansiedlung im
tertiären Bereich

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Dänemark

■ Krankenpflege:

45 Monate Ausbildung auf Hochschulebene
keine Spezialisierungen

■ Kinderkrankenpflege:

Aufgabenbereich der Krankenpflege

■ Hebamme:

eigenständige Ausbildung auf Hochschulebene

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Dänemark



■ Qualifikation der Pflegelehrer

- Grundausbildung und Registrierung
- Hochschulqualifikation:
 - | *Diploma Course in Nursing* mit Spezialisierung in Bildung und Lehre
oder
 - | *Master of Nursing Studies*

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Niederlande



■ Krankenpflege:

- 4 Jahre Sekundar- bzw. Fachhochschulebene
- Spezialisierungen in der letzten Ausbildungsphase in 4 Bereichen

■ Kinderkrankenpflege

- als ein Spezialisierungsbereich

■ Hebamme

- 4 Jahre Fachhochschule

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Niederlande

■ Qualifikation der Pflegelehrer

- abgeschlossene Berufsausbildung
- mind. 1 jährige Berufserfahrung
- 2 jähriger Hochschulstudiengang
(Teilzeit = 20 Std. / Woche)

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Großbritannien und Nordirland

■ Registrierung als lecturer mit NMC:

- Registrierung als registered nurse
- mindestens 3 Jahre Berufserfahrung
- pflegfachliche Weiterbildung
- pädagogische Weiterbildung

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Großbritannien und Nordirland

- Registrierung als lecturer mit NMC:
 - Registrierung als registered nurse
 - mindestens 3 Jahre Berufserfahrung
 - pflegfachliche Weiterbildung
 - pädagogische Weiterbildung

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Luxemburg

- **Krankenpflege:**
3 Jahre Ausbildung auf Sekundarschulebene
- **Kinderkrankenpflege:**
Spezialisierung nach der Krankenpflegeausbildung
- **Hebamme:**
Spezialisierung nach der Krankenpflegeausbildung

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Luxemburg



- Abgeschlossene Krankenpflegeausbildung
- mindestens 3 jähriges Hochschulstudium

31. Oktober 2002

Inge Bergmann-Tyacke

Literaturhinweise

Bergmann-Tyacke, I. (2001). Pflegeberufliche Bildung im Kontext der Entwicklungen in Europa. In Sieger, M. (Hrsg.) Pflegepädagogik. Handbuch zur beruflichen Bildung. Bern: Huber.

Bergmann-Tyacke, I. (2001). Significance of the Nursing Process for Basic Nurse Education. An exploration of the meaning of the nursing process for basic nurse education in the light of EU Harmonisation. Unveröffentlichte MPhil Dissertation. University of Wales College of Medicine, School of Nursing and Midwifery Studies. Cardiff.

NMC News (2002). Sommer. London: NMC.

RCN Education Forum (2000) Edlines, January. London: NMC.

Rennen-Allhoff, B.; Bergmann-Tyacke, I. (2000). Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa. Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten. Bern: Huber.

Websites

www.nmc-uk.org (Nursing and Midwifery Council in Großbritannien)

www.wenr.org (Workgroup of European Nurse Researchers, Country Report)

www.dmoz.org (Studienmöglichkeiten Pflege in den Ländern)

Vortrag

Projekt „Grenzüberschreitende Pflegeausbildung“ Grundlagen und Strukturen einer bi-nationalen Ausbildung von Pflegekräften

Dr. Bodo de Vries, Projektleiter, Leiter der europäischen Seniorenakademie

Bedeutung der Transformation der Pflegeberufe in Deutschland und Europa

Warum eine bi-nationale Ausbildung niederländischer und deutscher Pflegeschüler?

Für die Bundesrepublik lässt sich ein umfassendes Bestreben einer Weiterentwicklung der Ausbildung in den Pflegeberufen belegen. Motiviert durch Deutungen, die sich

- aus demographischen Entwicklungen,
- (neben der steigenden Anzahl alter und pflegebedürftiger Menschen ist hier auch der sich abzeichnende Personalnotstand in der Pflege zu berücksichtigen, der (auch) durch den Rückgang der Geburtenrate entsteht.)²⁰
- aus Veränderungen des Krankheitspanoramas
- (z.B. Zunahme von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität, psychischen Erkrankungen),
- aus dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt,
- aus den Veränderungen im Gesundheitswesen,
(Dazu zählen auch ökonomische Zwänge im Gesundheitswesen, mit der Folge der Bemühungen um Kostensenkungen, Steigerung der Effektivität der Versorgung, Umbau der Strukturen im Gesundheitswesen sowie die Einführung der DRGs.)²¹

²⁰ Für Deutschland lässt sich jedoch nicht nur ein Fachkräftemangel aus demographischen Gründen belegen, sondern auch eine Reduzierung der Pflegefachkräfte aus finanzpolitischen Gründen: Ursache sind Einschränkungen im SGB 3 im Zusammenhang mit der Förderung von Umschulungen durch die Bundesanstalt für Arbeit und eine parallele und zusätzliche Reduzierung der Ausbildungsplätze in allen Pflegeberufen durch Einschränkungen der finanziellen Förderung der Schulträger durch die Länder. (vgl. Gutachten Landsberger/Görres S. 36 u. 40 in: Zitierung: BVerfG, 2 BvF 1/01 vom 24.10.2002, Absatz-Nr. (1 - 392), <http://www.bverfg.de/>)

²¹ In Deutschland lässt sich – laut Görres und Landsberger – eine Scherenentwicklung in den Altenpflegerischen Berufen belegen: „Einerseits bestehen Professionalisierungstendenzen auf der Leitungs- und Lehrebene, die als eine Optimierung der personellen Ressourcen gewertet werden. (...) Andererseits gibt es in den Altenpflegeberufen eine Entwicklung der Deprofessionalisierung,

- aus gesellschaftlichen Veränderungen
(z.B. durch veränderte Erwartungs- und Anspruchshaltung der Bevölkerung bezüglich der Gesundheitsversorgung und Pflegeleistungen),
- aus der europäischen Integration
(u.a. mit Bemühungen um eine Angleichung der Berufsausbildungen in Europa;)

ableiten lassen, wird die Notwendigkeit einer Neuorientierung für die Pflegeberufe gesehen, die den Anforderungen der Zukunft gerecht wird.²²

Für die Qualifizierung der Berufe Pflegenden lassen sich die Bestrebungen auch an konkreten Beiträgen der Politik, Interessens- und Berufsverbänden und des Gesetzgebers festmachen, die sich auf Reformen in den Ausbildungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildungen beziehen:

- Die Verankerung von sog. Experimentierklauseln im Krankenpflegegesetz (§5 Abs. 3 vom 1.08.2001) und eine gleich lautende Berücksichtigung dieser Vorgabe im Altenpflegegesetz (§ 4 Abs.6), das zum 1.08.2003 eine reformierte Altenpflegeausbildung in Deutschland umsetzen wird.²³
- Die Bundesregierung hat bereits in der vorherigen Koalitionsvereinbarung das Ziel formuliert, die Ausbildung in den Pflegeberufen auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen und durch die Schaffung von gleichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen die Pflegeberufe weiterzuentwickeln.²⁴ Auch das Bundesverfassungsgericht hat mehrfach in seiner Begründung der verfassungsmäßigen Zuordnung Altenpflege als Heilberuf auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Altenpflege aus demographischen und gesellschaftlichen Gründen verwiesen.

die zu einer Schwächung der (qualitativen) personellen Ressourcen in der Pflege führt. Im zeitlichen Vergleich von 1996 und 1999 ging die Zahl der qualifizierten Mitarbeiter in der Altenpflege zurück; gleichzeitig stieg die Zahl der Mitarbeiter ohne Qualifikation in der ambulanten und stationären Altenpflege um das Sechsfache.“ BVerfG, 2 BvF 1/01 vom 24.10.2002, Absatz-Nr. (1 - 392), <http://www.bverfg.de/>

²² ähnlich Dielmann, Gerd; Pflegeausbildung neu gedacht? – Zum Ausbildungsmodell einer Zukunftswerkstatt der Robert Bosch Stiftung; in: Pflege & Gesellschaft; Nr. 3; 2001; S.87

²³ Im Krankenpflegegesetz § 5 Abs. 3 heißt es: „(3) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die die Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen, können die Länder von Absatz 1 Satz 3 sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 11 abweichen, sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird und die Vereinbarkeit der Ausbildung mit den Richtlinien 77/452/EWG und 77/453 EWG des Rates vom 27. Juni 1977 (ABl.EG.Nr.L 176 S.1 gewährleistet ist.“

²⁴ vgl. Koalitionsvereinbarung von SPD und Bündnis 90/Die Grünen für die 14. Legislaturperiode

- Eine Vielzahl von Beiträgen, Expertisen und Konzepten, nehmen Stellung zur Weiterentwicklung und Neustrukturierung der Pflegeberufe.²⁵

In den pflegerischen Handlungsfeldern schlägt sich die Anforderung der Weiterentwicklung der Pflegeberufe beispielsweise durch die Notwendigkeit der Erweiterung der Krankenpflegeausbildung in Folge der Versorgung von Patienten mit Demenz in der Akutpflege nieder. Andererseits könnte die steigende Multimorbidität Anlass zur Ausweitung der medizinisch-pflegerischen Versorgung im Bereich der Altenpflegeausbildung sein.

Letztlich werden die Differenzierungen der pflegerischen Berufe in Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege vor dem Hintergrund dieser Anforderungen selbst überprüft und diskutiert. Eine abschließende Diskussion ist zurzeit nicht erkennbar.

Bedeutung der bi-nationalen Ausbildung für das Caritas-Bildungswerk Ahaus

Das Caritas Bildungswerk Ahaus bildet seit mehreren Jahrzehnten Pflegefachkräfte für die Altenpflege an fünf Standorten in Nordrhein-Westfalen aus. Hierbei war das Ziel der Bemühungen immer die besondere Einbindung von Pflege in die Lebenswelt älterer Menschen. Diese Vorgabe schließt auch die Förderung einer nicht ausschließlich auf Heilung ausgerichteten Pflege mit ein und die Sicherung der Lebenszufriedenheit und eines hinreichenden Maßes an Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit, als besonderen Handlungsschwerpunkt der Altenpflege.²⁶

²⁵ u.a. Deutscher Berufsverband für die Altenpflege (DBVA), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS), Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA), Bundesausschuss Leitender Krankenpflegepersonen (BALK), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) u.a.m. (Weitergehende Darstellung in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Fachrecherche zum Thema „Weiterentwicklung der Ausbildung in den Pflegeberufen“; September 2001)

²⁶ Die Bundesregierung definiert die Altenpflegeausbildung als eine Qualifizierung innerhalb der „Heilberufe“ ähnlich weitgehend und berücksichtigt in diesem Zusammenhang die Gesundheit eines Menschen im Sinne einer „Ganzheitlichen Pflege“: Der Begriff „Heilberufe“ im Sinne von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG sei nicht nur restriktiv auf die Gesundheit des Kranken zu beziehen, sondern weiter gehend auf Tätigkeiten, die sich des Menschen annehmen, um ihm – bezogen auf seinen besonderen, gestörten oder auch nur gefährdeten, gesundheitlichen Zustand – zu helfen.“ [aus: Stellungnahme der Bundesregierung zum Normenkontrollantrag der Bayerischen Staatsregierung gegen das Altenpflegegesetz; Zitierung: BVerfG, 2 BvF 1/01 vom 24.10.2002, Absatz-Nr. (1 - 392), <http://www.bverfg.de/>] Der charakteristische Schwerpunkt der Altenpflege liege unter Berücksichtigung dieser Merkmale im „medizinisch-pflegerischen Bereich“. (ebd.)

Das Caritas Bildungswerk Ahaus sieht in den Anforderungen an die Pflegeberufe sowohl einen steigenden Bedarf eben dieser besonderen Perspektive der Altenpflege, als auch die Notwendigkeit einer besonderen Auseinandersetzung mit ansteigenden Bedarfen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Eine Diskussion von Handlungsbereichen und Kompetenzen für die pflegerische Versorgung ist deshalb in allen Pflegeberufen dringend geboten.

Neben diesen Handlungsmotiven engagiert sich das Caritas Bildungswerk Ahaus durch die bi-nationale Ausbildung in der grenzüberschreitenden Pflegeausbildung von niederländischen und deutschen Auszubildenden um einen Beitrag zur europäischen Integration zu leisten. Die mangelnde Attraktivität in den Pflegeberufen kann gerade im Grenzgebiet zu den Niederlanden durch die angestrebte Bi-Diplomierung verbessert werden, um dem sich abzeichnenden Rückgang der Schülerzahlen in den Pflegeberufen und dem negativen Image der Altenpflege entgegenzuwirken.²⁷

Das Caritas Bildungswerk Ahaus strebt eine Sicherung der Altenpflegeausbildung in Deutschland an und erkennt derzeit kein geeignetes Konzept, das die notwendigen Merkmale der Altenpflege in alternative integrierte oder generalisierte Ausbildungskonzepte ausreichend berücksichtigt.²⁸

Ohne eine ausreichende Diskussion gegenwärtiger Defizite von Ausbildungsinhalten, Lernfeldern und angestrebten Kompetenzen von Altenpflegeschülern und Krankenpflegeschülern, erscheinen neue Ausbildungskonzepte wenig sinnvoll: Wer soll künftig mit welchen Kompetenzen in welchen Handlungsbereichen, Pflegesettings oder Pflegesituationen aktiv sein? Dieses Spektrum von Fragestellungen bedarf einer intensiven Diskussion zu der auch das Caritas Bildungswerk Ahaus einen Beitrag leisten möchte.

Insofern die Grenzüberschreitende Pflegeausbildung eine generalistische Ausbildung darstellt, möchte die Caritas Bildungswerk gGmbH einen Beitrag zu einer

²⁷ Die Langzeitstudie von Becker/Meifort (Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben?; 1997) geht von einer Befragung von 6.700 Auszubildenden bzw. ehemaligen Auszubildenden zwischen 1992 und 1997 aus: Nach fünf Jahren Berufstätigkeit sind nur von 20% der AltenpflegerInnen in diesem Beruf tätig. Nach einem Jahr Berufstätigkeit geben nur noch 49% an diesen Beruf noch einmal zu erlernen. Zum Vergleich: In den kaufmännischen Berufen arbeiten 70% der Tätigen nach 5jähriger Berufserfahrung in dem erlernten Beruf. Die Berufsverweildauer in der Krankenpflege ist fast doppelt so hoch.

Die Befragungsergebnisse gehen auch davon aus, dass AltenpflegerInnen inhaltlich und methodisch nicht ausreichend auf ihren Beruf vorbereitet sind und der besonderen Belastung in Form einer Konfrontation mit psychischen und physischem Abbau, mit Krankheit, Behinderung, sozialer Isolation der zu Pflegenden, mit Sterben und Tod nicht standhalten können. [Becker/Meifort; S. 230ff]

²⁸ Dieser Beitrag lässt leider keinen Raum, um auf die Vielzahl der vorliegenden Überlegungen und Konzepte einzugehen. (vgl. Fn.4)

umfassenden Diskussion leisten, die schließlich national und europaweit den zukünftigen Anforderungen der Pflege gerecht werden soll.²⁹

Neben diesen politischen und wissenschaftlichen Beiträgen, kann die Grenzüberschreitende Pflegeausbildung (GPA) auch mittelfristige Effekte insbesondere in der Grenzregion entfalten:

- Mittelfristig kann das Vorhaben bereits einen Beitrag zur Öffnung des Pflegemarktes in der Grenzregion leisten und hier für niederländische und deutsche Pflegefachkräfte eine Erweiterung der beruflichen Möglichkeiten bedeuten.
- Als innovative Pflegeausbildung kann die angestrebte Bi-Diplomierung als Wahlvariante für Pflegeberufe implementiert werden und damit den Berufsabschluss attraktiver gestalten.
- Die vergleichende Analyse von pflegerischen Kompetenzen und beruflichen Handlungsbereichen von Pflegekräften in deutschen und niederländischen Einrichtungen stellt selbst einen Wert für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe dar und ist wesentliches Merkmal des Vorhabens.
- Das Vorhaben leistet einen Beitrag zur Nutzung von wirtschaftlichen, pflegerischen und therapeutischen Ressourcen durch den Vergleich der Niederlande und Deutschlands, die einer Überprüfung zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bedürfen (in zwei Regionen des Kreises Borken verläuft die Grenze mitten durch die Städte).

Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung in den Niederlanden

In den Niederlanden existierten bereits seit 1972 Ausbildungen für Pflegeberufe, die auf bestimmte Bereiche ausgerichtet waren. Dazu gehörten – neben der Seniorenversorgung als eigenständige Ausbildung – die Allgemeine Gesundheitspflege, die psychische Pflege, Pflege von Geistesgestörten und eine Qualifikation für die häusliche Versorgung.

Anlass für die 1997 vorgenommene Neustrukturierung war die Tatsache, dass immer mehr Pflegekräfte in Einrichtungen arbeiteten, für die ihre Ausbildung eigentlich nicht vorgesehen waren.³⁰

²⁹ Die Tatsache, dass die grenzüberschreitende Pflegeausbildung als generalistische Ausbildung zu deuten ist, stellt keine Bewertung der Rahmenbedingungen von Pflegeausbildung durch die Caritas Bildungswerk Ahaus gGmbH dar. Alternative Modelle sind im Rahmen der grenzüberschreitenden Pflegeausbildung unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben nicht zu realisieren.

³⁰ vgl. Lahmann, Nils; Pieper, Edda; Otte, Gerdina; Modell Niederlande; in: Kollak, Ingrid u.a. (Hrsg.); Pflegeausbildung im Gespräch; 1998, S. 257

Ergebnis der Neustrukturierung ist eine Berufsstruktur mit mehreren Pflegeberufen, die eine Durchlässigkeit bis hin zum Hochschulniveau gewährleisten. Jeder Abschluss berechtigt zur weiteren Ausbildung auf dem nächst höheren Niveau, wobei Teilqualifikationen angerechnet werden: Ist ein Schüler über-/unterfordert mit dem gewählten Niveau, so besteht die Möglichkeit, die höhere/niedrigere Qualifikation zu erwerben.

Wenngleich diese Merkmale die niederländische Pflegeausbildungen wesentlich als eine generalisierte Ausbildung klassifizieren, d.h. als ein System, welches aus deutscher Perspektive die Pflegeberufe zusammenfasst und mit einheitlichen Berufsabschlüssen versieht, lassen sich auch integrierende Merkmale im System belegen. Diese Merkmale lassen sich als spezifische Kompetenzen darstellen, die innerhalb des Modulsystems (Teilqualifikationen) der niederländischen Pflegeberufe vorgehalten werden. Dieses System berücksichtigt neben Pflichtmodulen und Wahlmodulen auch eine Schwerpunktsetzung, die besondere Inhalte der Altenpflege ermöglicht und auf dem Qualifikationsniveau 4 und 5 zu Geltung kommen (siehe unten).

Berufsstruktur der Pflegeberufe in den Niederlanden

Die Berufsstruktur sieht zunächst vier Ausbildungsberufe in der Pflege vor:³¹

- Qualifikationsniveau 2: Pflegehelfer in der Heim- und häuslichen Pflege (2-jährige Ausbildung an der Berufsfachschule)
- Qualifikationsniveau 3: Sozialpfleger in der Heim- und häuslichen Pflege (3-jährige Ausbildung an Berufsfachschule)
- Qualifikationsniveau 4: Krankenschwester/ -pfleger (4-jährige Ausbildung an Berufsfachschule)
- Qualifikationsniveau 5: Krankenschwester/ -pfleger (Ausbildung mit Hochschulabschluss)

Kriterien der Kompetenzen der Qualifikationsniveaus

Die Berufsstruktur der Pflegeberufe in den Niederlanden ist an Kompetenzen gekoppelt und nicht an den Lebensphasen Pflegebedürftiger oder an einzelnen Einrichtungen der Pflege. Auf den höheren Niveaustufen der niederländischen Pflegeberufe nehmen die Verantwortlichen der Pflegenden, die Komplexität der

³¹ vgl. Ministerium für Unterricht, Kultur und Wissenschaft/Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (Hrg): Qualifiziert für die Zukunft, Zusammenhängendes Ausbildungssystem für die Pflegeberufe in Krankenhäusern, Heimen und der häuslichen Pflege in den Niederlanden: Eine Zusammenfassung; 1997

Pflege und die Anforderungen an den Transfer zu den Pflegesettings zu. Transfer, Komplexität und Verantwortung stellen die Kriterien der Kompetenz dar, die der Einteilung der niederländischen Pflegeberufe entsprechen³²:

Pflegerische Kompetenzen differenziert nach Pflegeberufen in den Niederlanden

<p>Niveau 2 PflegehelferIn</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Routinetätigkeiten, ➤ Standardverfahren, ➤ Stimulierung, ➤ Unterstützung der Selbstständigkeit mit dem Schwerpunkt der Haushaltsführung und Körperpflege; 	<p><u>Rahmenbedingungen:</u> 2-jährige Ausbildung; Berufsfachschule</p>
<p>Niveau 3 SozialpflegehelferIn</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hilfeleistungen in dem primären Umfeld (häusliche Pflege, Alten- oder Pflegeheimen, betreutes Wohnen), wenn diese aus somatischen oder psychischen Gründen erforderlich sind. ➤ Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit, ➤ Ausgleichen von eingeschränkten Fähigkeiten oder Behinderungen 	<p><u>Rahmenbedingungen:</u> 3-jährige Ausbildung; Berufsfachschule</p>
<p>Niveau 3 (I.G.) für die individuelle Gesundheitspflege</p>	<p>Kompetenzen entsprechen dem Niveau 3 und Merkmalen aus dem Niveau 4;</p>	<p><u>Rahmenbedingungen:</u> 3-jährige Ausbildung; Berufsfachschule</p>
<p>Niveau 4 Krankenschwester/ Pfleger</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kompetenzen für die verantwortliche und selbstständige Planung und Durchführung der Krankenpflege ➤ Anamnese, Diagnose, Erstellung des Pflegeplanes, ➤ Implementierung der Pflege und Evaluation ➤ Organisation und Koordination der pflegerischen Versorgungsstruktur im direkten Kontakt zu den Beteiligten; 	<p><u>Rahmenbedingungen:</u> 4-jährige Ausbildung Berufsfachschule</p>

³² Ministerium für Unterricht, Kultur und Wissenschaft/Ministerrum für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (Hrg): Qualifiziert für die Zukunft, Zusammenhängendes Ausbildungssystem für die Pflegeberufe in Krankenhäusern, Heimen und der häuslichen Pflege in den Niederlanden: Eine Zusammenfassung; 1997; S. 7

Niveau 5 Krankenschwester/ Pfleger	Zusätzliche Ausweitung der Kompetenzen auch in neuen Situationen selbstständig zu handeln, zu koordinieren, zu organisieren, zu beraten und Bedingungen zur Verbesserung des Pflegeangebots zu schaffen;	<u>Rahmenbedingungen:</u> Hochschulstudium
--	--	---

Quelle: Ministerium für Unterricht, Kultur und Wissenschaft/Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (Hrg); Qualifiziert für die Zukunft, Zusammenhängendes Ausbildungssystem für die Pflegeberufe in Krankenhäusern, Heimen und der häuslichen Pflege in den Niederlanden: Eine Zusammenfassung; 1997; S. 7

Anmerkung 1: An dem Berufsbild für ein Qualifizierungsniveau 1 wird zurzeit gearbeitet.

Anmerkung 2: Weitergehende Differenzierungen von Kompetenzen und Teilkompetenzen für das Niveau 3 I.G. lassen sich aus der Ist-Analyse der vergleichenden Darstellung ableiten, wie sie im Zusammenhang der Grenzüberschreitenden Pflegeausbildung (GPA) entstanden ist. (unveröffentlichtes Werkstattpapier)

Konsequenzen der Neustrukturierung der Pflegeberufe für die Ausbildung in den Niederlanden

Die Differenzierung der Pflegeberufe nach Kompetenzen führt konsequent zu den beruflichen Handlungskontexten oder Handlungsbereichen, in welchen die Kompetenzen der Pflegenden von Bedeutung sind.

Mit der Definition von Kompetenzen und Handlungsbereichen der Pflegefachkräfte werden Vorgaben für die Ausbildung gemacht, die wesentliche Beiträge zu Berufsbildern der Pflegeberufe leisten und in vergleichbarer Form in Deutschland nicht existieren.³³

In den Niederlanden werden damit Vorgaben für die Ausbildung von Pflegefachkräften gemacht, die keine Themen, Inhalte oder Unterrichtsfächer berücksichtigen, sondern ausschließlich Anforderungen an die Ausbildung, die aus definierten Kompetenzen bestehen. Konsequenterweise werden innerhalb der Ausbildung Kompetenztests vorgehalten, die sich von herkömmlichen Leistungsnachweisen – wie sie in der deutschen Pflegeausbildung existieren – unterscheiden und mit einer steigenden Komplexität während der Ausbildung, die Qualifizierung und die erreichten Kompetenzen dokumentieren. Die Kompetenztests berücksichtigen neben dem Merkmal der Selbsteinschätzung durch den Schüler fachpraktische Anteile, mündliche und schriftliche Beiträge. Eine Abschlussprüfung, welche die Teilqualifikationen, d.h. vorangegangene Kompetenzen in Frage

³³ Die Grenzüberschreitende Pflegeausbildung, die diese Merkmale übernimmt, geht hier – wie auch einige andere Fachseminare in Deutschland – neue Wege und übernimmt die vorgesehene Handlungs- und Kompetenzorientierung

stellen könnte, existiert nicht. Das bedeutet einen letzten Leistungsnachweis oder ein abschließendes Examen, das am Ende der Ausbildung, die gesamte Qualifizierung beurteilt und über den Erfolg oder Misserfolg der dreijährigen Ausbildung urteilt, wird nicht vorgehalten.

Aufgabenstellung der Grenzüberschreitenden Pflegeausbildung war und ist es, diese Rahmenbedingungen und didaktischen Merkmale auf die Kompatibilität mit der nordrhein-westfälischen bzw. der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung zu überprüfen.

Diese Überprüfung ist nunmehr abgeschlossen. Es liegt ein Rahmenlehrplan einer gemeinsamen Pflegeausbildung vor, der Bedingungen und Merkmale definiert, unter denen eine gemeinsame Ausbildung von deutschen AltenpflegeschülerInnen und niederländischen Pflegenden (Niveau 3 I.G.) möglich ist. Diese als Hypothese formulierten Rahmenbedingungen werden seit dem 1.10.2002 in einer Ausbildung umgesetzt.

Wie sehen die Rahmenbedingungen der gemeinsamen Ausbildung aus?

Die Rahmenbedingungen der Grenzüberschreitenden Pflegeausbildung leiten sich konsequent aus den Zielvorgaben ab, die in der Bi-Diplomierung der Absolventen liegen, d.h. in einem Abschluss der Ausbildung, der sowohl zu einer Anerkennung auf der Grundlage des nordrhein-westfälischen Altenpflegegesetzes und den niederländischen Vorgaben zur Anerkennung als Pflegefachkraft in der individuellen Gesundheitspflege (Niveau 3 I.G.) liegt.

Diese Zielvorgabe der Bi-Diplomierung ist unter Berücksichtigung aller Merkmale, welche die nationalen Ausbildungen vorgeben und als Gesetze, Verordnungen und Ausführungsbestimmungen die Qualifizierung steuern und reglementieren, sicherzustellen. Diese Vorgaben haben für das Projektziel der Bi-Diplomierung und den Projektverlauf formale und inhaltliche Konsequenzen. Die Tatsache, dass die Zusammenführung beider Ausbildungen in der Bi-Diplomierung vorgegeben ist und das deutsche System keine rechtlichen Möglichkeiten zur Modularisierung vorsieht, macht die GPA-Ausbildung damit aus formalen Gründen zu einer generalistischen Ausbildung der deutschen und niederländischen Pflegeberufe.

Zeitlicher Ablauf und Aufgabenstellung

Das auf fünf Jahre angelegte Vorhaben gliedert sich in drei Phasen: Eine Konzeptionsphase, die gemeinsame Ausbildung deutscher und niederländischer Auszubildender und als dritte Phase des Projektverlaufs ist der Auswertung des Gesamtvorhabens vorbehalten, um die Ergebnisse zu sichern und für die weitere Nutzung aufzubereiten.

Zeitlicher Ablauf und Aufgabenstellung in GPA

Phase 1	Phase 2	Phase 3
Konzeptionierung	Gemeinsame Ausbildung niederländischer und deutscher Pflegeschüler	Auswertung
1.10.2001 bis 30.09.2002	1.10.2002 bis 30.09.2005	1.10.2005 bis 30.09.2006

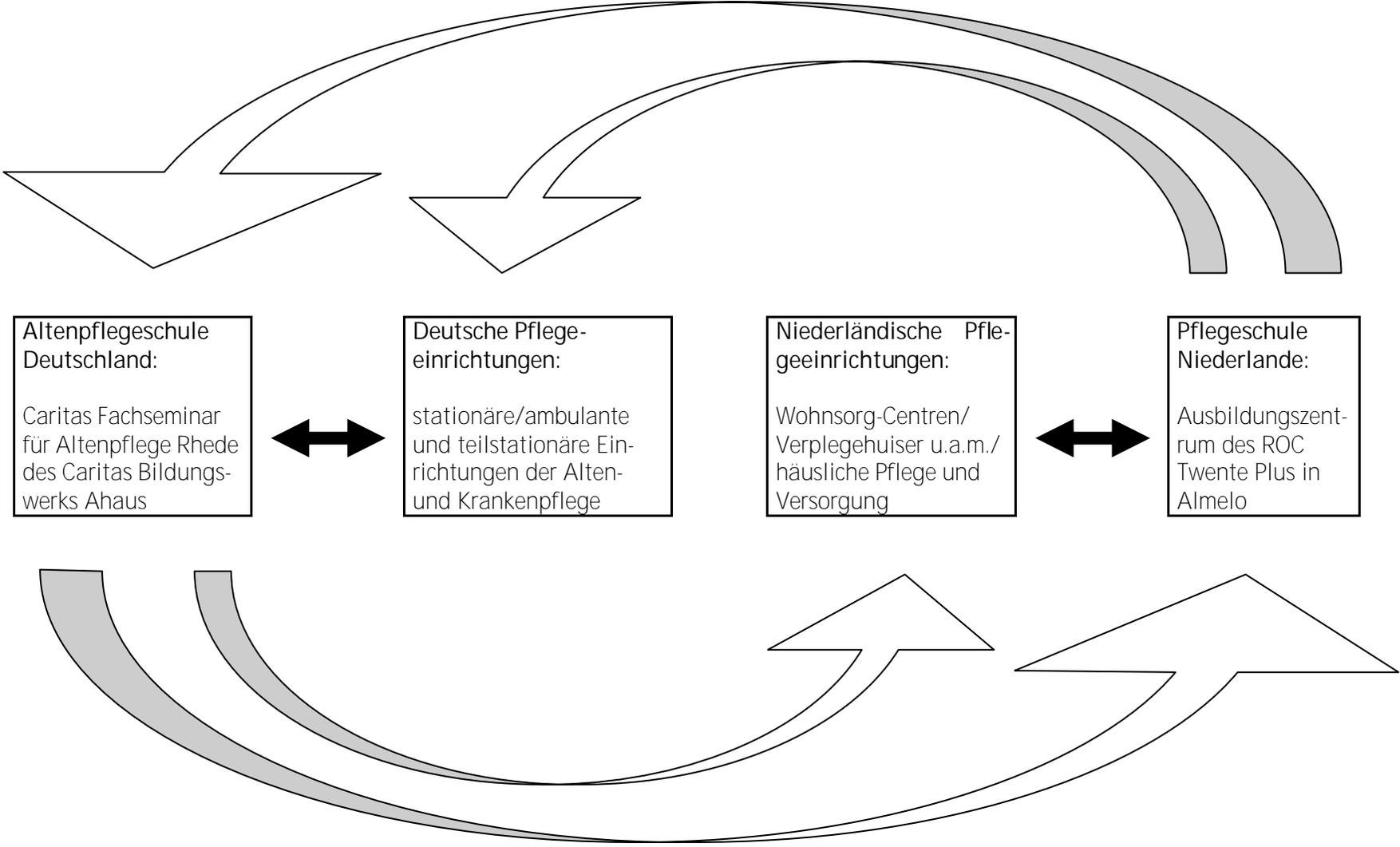
Gremien und Aufbau der Struktur

Das GPA-Projekt basiert auf einer thematischen Auseinandersetzung, in welche das ROC Twente Plus und das Caritas Bildungswerk bereits 1997 eingestiegen sind. Die Projektierung der gemeinsamen Ausbildung war erst möglich, nachdem die Projektträger ausreichend über das Pflegewesen und die Bildungskultur des Nachbarlandes informiert waren und die Rahmenbedingungen und Leitbilder der Projektträger und Ausbildungsstätten eine erfolgreiche Umsetzung des Vorhaben hinreichend wahrscheinlich machten.

Schüler und Studenten der Ausbildung

Die niederländischen und deutschen Auszubildenden werden nach einem gemeinsamen Curriculum qualifiziert. Die Qualifizierung berücksichtigt jene Kompetenzbereiche, die wechselseitig als ergänzende Merkmale der nationalen Ausbildung hinzukommen, um das Ausbildungsziel des Nachbarlandes zu erreichen. Die Schüler kommen zu ausgewählten Lernsituationen im Bereich der theoretischen Ausbildung zusammen, d.h. 50% der deutschen Schüler fahren in die niederländische Schule und 50% der niederländischen Studenten fahren zeitgleich in die deutsche Schule. Weitere Lernorte der Ausbildung ergeben sich durch die grenzüberschreitende Nutzung von Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit den praktischen Ausbildungsanteilen.

Lernorte der Grenzüberschreitenden Pflegeausbildung (GPA)
des ROC Twente Plus (Almelo) und der Caritas Bildungswerk Ahaus gGmbH



Dozenten der gemeinsamen Ausbildung

Die Ausbildung wird jedoch nicht nur durch den wechselseitigen Austausch von Auszubildenden gesichert, sondern auch durch den Austausch der Dozenten. Die Lehrenden des Fachseminars für Altenpflege aus Rhede und des ROC Twente Plus sind zur Vorbereitung auf die gemeinsame Ausbildung in mehrere Fachtagungen eingebunden gewesen. Ziel war die Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen der Pflege im Nachbarland. Weiterhin finden für die Dozenten Sprachkurse zum Erwerb der Sprache des Nachbarlandes statt. Zur Sicherung und Erarbeitung der curricularen Vorgaben sind die Dozenten auch in Spezifische bi-nationale Arbeitsgruppen eingebunden, die an der Definition konkreter Teilkompetenzen und Lernsituationen der Ausbildung arbeiten.

Koordinatoren/in

Zur Sicherung der Parallelität der Ausbildung wurden Personen bestimmt, welche die Koordination der Ausbildung verantworten. Ein Mitarbeiter der niederländischen Schule und der deutschen Schule stehen als konkrete Ansprechpartner zur Verfügung und können über den Verlauf, den Prozess und die Ergebnisse der Qualifizierung Auskunft geben. Diese Personen sind Ansprechpartner für aktuelle Problemlagen und können eine zeitnahe Transparenz zum aktuellen Stand der Ausbildung und des Projektes darstellen. Da sie zeitgleich Mitarbeiter der Projektgruppe sind, wird mit dieser Position auch die Schnittstelle der curricularen Arbeit und ihrer Umsetzung vor Ort verbunden.

Projektgruppe und Projektleitung

Seit Oktober 2001 existiert neben der Arbeitsgruppe auf der Ebene der Projektleitung auch die Projektgruppe. Beide Arbeitsgruppen sind paritätisch mit niederländischen und deutschen Mitarbeitern besetzt und umfassen insgesamt zehn Personen. Die eigentliche thematische Auseinandersetzung wird durch die Projektgruppe sichergestellt, in der die Projektleitung themenbezogen mitarbeitet. Konzepte, Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Ausbildung werden in gemeinsamen Sitzungen von Projektgruppe und Projektleitung beschlossen. Die Projektleitung vertritt zudem die Interessen der Projektträger im Rahmen des Gesamtvorhabens.

Wissenschaftliche Begleitung

Alle Phasen des Projektes werden durch eine wissenschaftliche Begleitung gesichert. Diese wird durch Mitarbeiter der Forschungsgesellschaft für Gerontologie aus Dortmund und der Universität Twente aus Enschede gewährleistet. Die Aufgabenstellungen der Universitäten richten sich sowohl auf die Evaluation der gemeinsamen Ausbildung, als auch in der Begleitung und Beratung der Projektleitung und Projektgruppe.

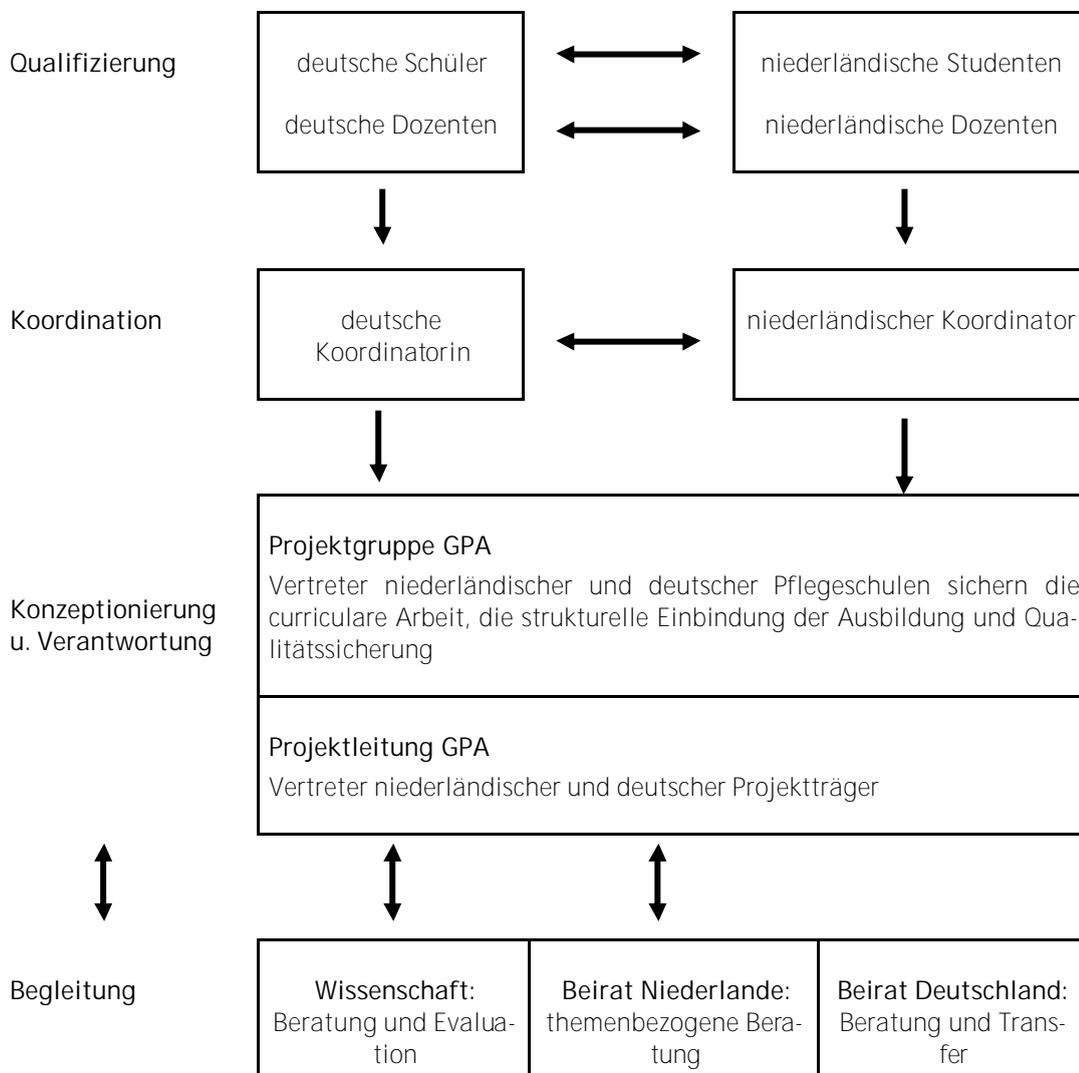
Beiräte

Das GPA verfügt über Beiräte auf nationaler Ebene der Projektträger.

Für den Transfer und die kritische Begleitung und Beratung hat sich auf deutscher Seite ein Beirat konstituiert in dem der Deutsche Caritasverband, der Caritasverband für die Diözese Münster, das Bundesministerium für Senioren, der Kreis Borken, die Euregio, die Robert Bosch Stiftung und die Bezirksregierung Münster eingebunden sind.

Auf niederländischer Seite kommt der Beirat anlassbezogen zusammen und wird durch die Akteure zusammen gestellt, die an der Lösung spezifischer Problemstellungen oder Aufgabenstellungen beteiligt sind.

Struktur der Grenzüberschreitenden Pflegeausbildung (GPA)



Finanzierung

Fachhochschule Bielefeld - Fachbereich Pflege und Gesundheit

Das GPA Projekt wird über das Interreg 3a Programm der Europäischen Union gefördert. Das bedeutet, dass 50% der Gesamtkosten über das Programm getragen werden und die verbleibenden Anteile als nationale Finanzierungen aufgebracht werden.

Die verbleibenden Kostenanteile der deutschen Finanzierung werden durch das Caritas Bildungswerk Ahaus getragen, durch den Kreis Borken, das Ministerium für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen und die Robert Bosch Stiftung.

Die nationalen Projektkosten werden auf Seiten der Niederlande fast ausschließlich durch den Projektträger selbst getragen

Die Kosten des GPA-Projektes berücksichtigen ausschließlich die zusätzlichen Anteile, die zur regulären niederländischen und deutschen Ausbildung hinzukommen. Diese Anteile sind mit einem Betrag von ca. 1,35 Millionen Euro beziffert.

Didaktische und curriculare Grundsätze der gemeinsamen Ausbildung

Wie sehen die inhaltlichen Merkmale der gemeinsamen Ausbildung aus?

Die gemeinsame Pflegeausbildung ist in der Zielorientierung auf die Entwicklung von Handlungskompetenzen der Studenten und Schüler ausgerichtet. Vor dem Hintergrund didaktischer Konzepte beider Nationen wird unter Handlungskompetenz nicht nur die Ausprägung der für das Berufsfeld erforderlichen funktionalen Fertigkeiten verstanden. Vielmehr differenziert sich das Kompetenzverständnis in die Anteile

- fachliche Kompetenz,
- methodische Kompetenz,
- sozial-kommunikative Kompetenz und
- personale Kompetenz.

Im Sinne der Zielformulierung eines handlungsorientierten Kompetenzerwerbs leiten sich die Lerninhalte aus den Anforderungen des Berufsfeldes ab.

Dabei sollen die Lerninhalte die Handlungsprozesse des Berufsfeldes sowohl inhaltlich wie strukturell widerspiegeln. Vor diesem Hintergrund sind die Lerninhalte auf der Ebene der curricularen Beschreibung sowie der unterrichtlichen Gestaltung in Anlehnung an den Zyklus von Arbeitsprozesses in folgende Phasen zu strukturieren:

- Analyse
- Planung
- Durchführung

- Dokumentation
- Evaluation

Gleichzeitig charakterisieren diese Prozessphasen den Lernzyklus der Studenten. Es wird davon ausgegangen, dass Bildung im Sinne der Kompetenzentwicklung eine Aufgabe der Persönlichkeitsentwicklung ist. Die Entwicklung von berufsspezifischen Handlungskompetenzen im oben dargestellten Sinn liegt somit primär in der Selbstverantwortung der Studenten. Die Ausbildungsstätten verstehen ihren Auftrag als Begleitung in diesem persönlichen Entwicklungsprozess. Selbststudium und von Dozenten begleitete Unterrichtseinheiten, die sich ergänzend aus wissens- und erfahrungsorientierten Anteile definieren, verstehen sich somit als sich ergänzende Methoden der Kompetenzentwicklung.

Hinsichtlich einer curricularen Differenzierung kann für die gemeinsame Ausbildung von folgender Zielorientierung ausgegangen werden:

Curriculare Struktur der Grenzüberschreitenden Pflegeausbildung

Merkmale eines gemeinsamen Curriculums		Völlige Deckungsgleichheit	Weitgehende Annäherung	Nationale Vorgehensweise
Makro-Curriculum	Ableitung der Bildungsinhalte aus dem beruflichen Handlungsfeld einschließlich der Formulierung von Kompetenzen	X		
Meso-Curriculum	Ableitung von Lernfeldern aus dem Kompetenzmodell und Parallelität in der Kompetenzentwicklung im schulischen Vergleich		X	
Mikro-Curriculum	Gestaltung von Lernsituationen (unterrichtliche Gestaltung)			X

Entsprechend der prozesshaften Kompetenzentwicklung erfolgen Einschätzungen zum Kompetenzerwerb (Kompetenzprüfungen) ebenfalls prozesshaft im Rahmen der Ausbildung. Qualitative Einschätzungen zum Kompetenzerwerb ergeben sich ergänzend aus Selbstbewertungen der Studenten und Fremdbewertungen der jeweils zuständigen Dozenten.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen der Ausbildungen in den Partnerländern sind die einzelnen Kompetenzprüfungen in der Gewichtung der Ermittlung des Gesamtergebnisses unterschiedlich zu bewerten.

Nationale und bi-nationale Bedingungen der gemeinsamen Pflegeausbildung

Vor dem Hintergrund einer Analyse der IST-Situation der Ausbildungen in Deutschland und den Niederlanden wurde ein Rahmenlehrplan als Struktur einer gemeinsamen Ausbildung entwickelt. Dabei sind sowohl gesetzliche Rahmenbedingungen der Ausbildung beider Länder sowie nationale strukturelle Besonderheiten der Ausbildungen und Ausbildungsstätten zu berücksichtigen.

Die Projektpartner haben sich vor diesem Hintergrund auf Merkmale der gemeinsamen Pflegeausbildung geeinigt, deren Ausprägung im Sinne einer Zielformulierung festgelegt wurden.

Ausprägung curricularer Merkmale in der grenzüberschreitenden Pflegeausbildung

Merkmale der gemeinsamen Pflegeausbildung	Völlige Deckungsgleichheit	Weitgehende Annäherung	Nationale Vorgehensweise
Struktur der Ausbildung in Bezug auf die Dauer der Ausbildung	X		
Struktur der Ausbildung in Bezug auf die Parallelität der Theorie- und Praxisanteile		X	
Ausbildungsinhalte im Theoriebereich	X		
Ausbildungsinhalte im Praxisbereich	X		
Berufsbilder		X	

Kompetenzerwerb	X		
Kompetenzprüfungen	X		
Bewertung der Kompetenzprüfungen			X
Nutzung der Ausbildungsmethoden		X	
Didaktik		X	

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich der Pflegeausbildungen, welche in der IST-Analyse festgestellt wurden, bilden die Grundlage der Gestaltung eines gemeinsamen Rahmenlehrplans.

Die Gemeinsamkeiten der Pflegeausbildungen sind eher grundsätzlicher Art. So gibt es Übereinstimmungen in Bezug auf

- die den Ausbildungen zu Grunde liegenden Leitbildern,
- den gesetzlichen Grundlagen (in dem Sinne, dass beide Ausbildungen gesetzlich geregelt sind),
- die Übereinstimmung der Kern-Bildungsinhalte,
- die Möglichkeiten der Modularisierung und Lernfeldkonzeption
- die Möglichkeiten der Teilqualifikationen.

Die in der IST-Analyse beschriebenen Unterschiede zwischen den beiden Pflegeausbildungen ergeben sich im Kern aus unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, die sich strukturell und in didaktischer Dimension auf die Durchführung der Ausbildungen auswirken

Es ist zu erwarten, dass sich Teile der in der Ist-Analyse festgestellten Unterschiede auch in der gemeinsamen Ausbildung nicht ganz angleichen lassen.

Gründe dafür finden sich zum Teil in den unterschiedlichen gesetzlichen Anforderungen sowie in den Strukturen und Traditionen schulischer Bildung, die in der bi-nationalen Dimension als nicht absolut übertragbar gelten können.

Die Partner dieses Projektes sind sich aber darüber einig, dass diese Differenzen, die im Einzelnen im Rahmenlehrplan sowie im Curriculum darzustellen sein werden, dem Konzept der gemeinsamen Ausbildung im Grundsatz nicht widersprechen. Trotz bleibender Differenzen können die Zielformulierungen der Ausbildungen in Form von Kompetenzen der Studenten sowie die didaktischen Leitlinien in einem übereinstimmenden Konzept sicher gestellt werden.

Vor dem Hintergrund einer kontinuierlichen Evaluation des Projektes sehen die Partner die bleibenden Differenzen als Chance, aus einer Mehrdimensionalität struktureller und methodischer Ansätze, die geeignetsten Ansätze herauszufiltern und beiden Nationen zugänglich zu machen.

Es geht also in dieser europäischen Dimension nicht zwingend um absolute Vereinheitlichung der Ausbildungskonzepte, sondern um das Miteinander- und Voneinander-Lernen mit dem Ziel der größtmöglichen Angleichung in der binationalen Dimension sowie der optimierenden Weiterentwicklung der Ausbildung unter nationalen Bedingungen.

Vor diesem Hintergrund haben der Rahmenlehrplan sowie das zu entwickelnde curriculare Konzept hypothetischen Charakter.

Schlussbetrachtung

Die Grenzüberschreitende Pflegeausbildung vollzieht für die deutsche Seite Entwicklungsschritte hin zu einer handlungsorientierten Pflegeausbildung. Dies entspricht Vorgaben der niederländischen Ausbildung, der Intention der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung und der beruflichen Bildung in weiteren Ausbildungsbereichen in Deutschland.

Eine handlungsorientierte Ausbildung bedarf zwangsläufig einer Vorgabe durch berufliche Handlungsfelder und einer Definition der dazugehörigen Kompetenzen. Beides existiert weder in evaluierter Form noch als verbindlicher (gesetzlicher) Rahmen für die Ausbildung von AltnpflgerInnen in Nordrhein-Westfalen oder in Deutschland. Das GPA-Projekt könnte hierzu einen diskussionsfähigen Beitrag leisten.

Die Orientierung der Ausbildung an beruflichen Handlungsfeldern und pflegerischen Kompetenzen richtet die Perspektive konsequent hin zu einer Ausrichtung an Bedarfen der Pflegeeinrichtungen und den personalen Vorgaben und Dispositionen des Auszubildenden. Die Kompetenzentwicklung muss deshalb eine besondere Hinwendung zum Auszubildenden belegen, welche die Erfahrungen und Kompetenzen des Schülers berücksichtigt und Ausbildung auch aus der Perspektive der Persönlichkeitsentwicklung begreift. Die Bedarfe der Pflegeeinrichtungen müssen konzeptionell in der Ausbildung verankert werden.

Aus der Entwicklung und Neustrukturierung der Pflegeausbildung seit 1997 lässt sich ableiten, dass die Vermittlung beruflicher Kompetenzen in konkreten Lernfeldern der Ausbildung sich tendenziell auf wenige Dozenten reduzieren kann. Hierfür spricht eine Reduzierung des Koordinationsaufwands und des notwendigen Transfers zwischen den Dozenten, die verschiedene Beiträge (rechtliche, medizinische, gerontologische u.a.m.) zu konkreten Lernsituationen leisten. Die Altenpflegeschulen und Fachseminare in Deutschland würden bei einer Übertra-

gung dieser Entwicklung mit dem Verlust von Fachdozenten (Ärzte, Anwälte, Apotheker, Psychologen, Soziologen u.a.m.) auch fachspezifische Kompetenzen verlieren.

Die vergleichende Analyse der Pflegeausbildungen in den EU-Ländern und der Schweiz belegen, dass die Bundesrepublik Deutschland das einzige Land ist, das über eine „(...) grundständige Ausbildung für die Altenpflege (...)“ vorhält.³⁴ Weiterentwicklungen der Pflegeberufe auf europäischer Ebene müssen berücksichtigen, dass die deutschen Differenzierungen der Pflegeberufe innerhalb der EU-Länder einzigartig sind.

Die Hinwendung zu einer handlungs- und kompetenzorientierten (Alten-) Pflegeausbildung könnte einen wesentlichen Entwicklungsschub für die Altenpflege in Deutschland nach sich ziehen: Die Definition von beruflichen Handlungsbereichen und pflegerischen Kompetenzen könnte eine Diskussion, eine Differenzierung und Definition der pflegerischen Leistungen mit sich bringen und provozieren und die Forderung nach leistungsgerechten Entgelten für die pflegerische Versorgung alter Menschen steigern.

³⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Fachrecherche zum Thema „Weiterentwicklung der Ausbildung in den Pflegeberufen; September 2001; S. 43

Arbeitsgruppe I

Kooperation zwischen der Schwesternschule der Universität Heidelberg und der Oxford Brookes University

Referent: **Reinald Schmidt-Richter**,
Lehrer für Pflegeberufe, Heidelberg

Protokollantin: **Christine Walter**
Studentin Pflegepädagogik, Fachhochschule Bielefeld

Vorstellung des Projektes:

Kooperation zwischen Krankenpflegeschule und Universität:
Erwerb des „Bachelor of Science in Nursing“ an der Oxford Brookes University im Anschluss an die Krankenpflegeausbildung an der Schwesternschule der Universität Heidelberg

Einleitung

Seit den 50er Jahren arbeitet die Schwesternschule der Universität Heidelberg (USH) als Modelleinrichtung des Landes Baden-Württemberg an der Erfüllung ihres Gründungsauftrages, nämlich der Integration der Krankenpflegeausbildung in den Hochschulbereich.

Da es zur Zeit in der deutschen politischen Landschaft wenig Chancen für die Einführung von grundständiger Pflegestudiengängen gibt, die für die Arbeit in der *Pflegepraxis* qualifizieren, suchen wir den Weg über eine Kooperation mit einer Universität im englischsprachigen Ausland. Hierbei sollen die wesentlichen Anteile der Ausbildung in der Schwesternschule verbleiben, während theoretische Weiterführung und Vertiefung in den Hochschulbereich verlagert werden. Gleichzeitig soll ein akademischer Studienabschluss durch die beteiligte Hochschule vergeben und damit auch ein interkultureller Austausch im Sinne des Europäischen Gedankens gefördert werden.

Zielsetzung des Projekts

Ziel des Projektes ist es, den Absolventen der Krankenpflegeausbildung an der Schwesternschule der Universität Heidelberg (USH) einen Hochschulabschluss (BSc) an einer britischen Hochschule zu ermöglichen. Geplant ist, die Krankenpflegeausbildung so umzustrukturieren, dass der Erwerb des BSc im direkten Anschluss an die Ausbildung möglich wird. Dabei sollen die Vorschriften und Anfor-

derungen des deutschen Krankenpflegegesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eingehalten werden.

Kontaktaufnahme

Seit 1995 besteht im Rahmen des europäischen *Erasmus* Studenten- und Lehreraustauschs eine Kooperation der USH mit der Oxford Brookes University (OBU). Die OBU ging 1992 aus einem Polytechnikum hervor. Sie beheimatet ca. 12.000 Studierende. Das Pflegestudium ist der School of Health Care, gegründet 1988, zugeordnet. Diese größte Schule innerhalb der Universität bietet Studiengänge für Pflege, Hebammenwesen und Ergotherapie. Der Bachelor degree (Bachelor of Science in Nursing; BSc) umfasst in drei Jahren 4600 Stunden, davon jeweils 50% Theorie und 50% Praxis. Neben zahlreichen Fortbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten besteht auch die zum Erwerb eines Master degrees (MPhil) und/oder eines Doktorgrades (PhD).

Unseren aus Oxford zurückkehrenden Austauschschüler wurde wiederholt angeboten, im Anschluss an die deutsche Krankenpflegeausbildung einen akademischen Abschluss an der OBU zu erwerben. Diese Idee wird von uns ebenso wie auch von dem Träger der USH begrüßt. Im Oktober 1999 fand ein erstes Treffen zwischen VertreterInnen der OBU und der USH in Oxford statt. Hierbei bekundete das Gremium der OBU großes Interesse an einer Zusammenarbeit mit der USH, die ein verkürztes Aufbau-Studium für USH-Absolventen zum Ziel hätte. Angedacht wurde hierbei die Möglichkeit, die Studien im direkten Anschluss an die jeweils im März abgeschlossene Ausbildung zu beginnen, so dass im Dezember des selben Jahres der akademische Titel („Bachelor of Science in Nursing; BSc“) verliehen werden könnte, nach Möglichkeit erstmals im Jahr 2003.

Aktivitäten innerhalb des Projekts

Vorbereitung

Als wesentlichen Schritt zur besseren internationalen Vergleichbarkeit wurde die Modularisierung der USH-Ausbildung in Angriff genommen. Dabei wurde bewusst auf eine Kopie des britischen Studienganges verzichtet. Statt dessen legten wir Wert auf eine Integration der in der Vergangenheit bewährten Anteile der Ausbildung an der USH in das neue Modulsystem. Was die formale Struktur der Ausbildung angeht, konnte eine weitgehende Übereinstimmung mit den OBU - Modulen hergestellt werden.

Durchführung

Das Kollegium der USH arbeitete in festen und wechselnden AGs an:

- Erarbeitung der Module
- Ausbildungsplanung
- Formen der Leistungsnachweise
- Fragestellungen an Experten

Die Schüler waren bereits vor dem Projekt beteiligt und während des Projektes durch Modulauswertung, Auswertungen der Ausbildungsphasen und in Standortgesprächen einbezogen. Sie nahmen auch an dem Treffen mit den Vertreterinnen aus Oxford teil und brachten ihre Sichtweisen, Erfahrungen und Wünsche mit ein. In der Lehrer-Schüler-Konferenz wurden die Schüler und die Teilnehmer der Weiterbildungslehrgänge fortlaufend über den Stand der Kooperation unterrichtet.

Zudem wurde mit ehemaligen Schülern aus dem Heidelberger Raum eine breite Diskussion zu dem Vorhaben geführt. Experten aus den unterschiedlichsten Fachgebieten wurden hinzugezogen, Hochschulvertreter, nicht nur aus der Pflege, Erziehungswissenschaftler, Dolmetscher, Universitäts- und Behördenvertreter, um nur einige zu nennen.

Mit den Mentoren des Universitätsklinikums Heidelberg werden u.a. die praktische Ausbildung, die Praxisaufgaben und die Lernbegleitung der Schüler/innen fortlaufend evaluiert. Bei der Evaluation geht es um eine Kohärenzanalyse, die die Umsetzung der Leitgedanken und Ausbildungsintentionen untersucht. Lehrende und Lernende werden hierbei gleichermaßen einbezogen.

Im August 2001 waren Frau Maggie Steel und Frau Kathleen Greenway von der OBU in Heidelberg. In intensiven Gesprächen wurden verschiedene Möglichkeiten der Kooperation diskutiert. Verschiedene Modelle für die Zuständigkeiten der jeweiligen Institutionen für den geplanten BSc - Studiengang wurden erörtert. Man kam überein, die USH - Absolventen noch acht Module durchführen zu lassen. Hiervon sollten fünf in Oxford und drei in Heidelberg angeboten werden. Die USH hat mehrere Module, die über die Mindestanforderungen der AprV von 1985 hinausgehen, in englischer Sprache vorgelegt. Die Resonanz aus Oxford zu dem Niveau unserer Ausbildung ist vorbehaltlos.

Probleme

Es wurde mehrfach durch die USH versucht, Unterlagen der OBU den Studieninhalten zu erhalten; dies gelang nicht, u.a. wohl, weil Oxford daran war, die Studiengänge selbst grundlegend umzuarbeiten. Zwischenzeitlich hat die OBU ein

reguläres Top up Programm für (britische) diplomierte Krankenschwestern und –pfleger ins Leben gerufen. Dieses Programm ist in erster Linie kommerziell orientiert. Sonderregelungen im Sinne einer Verringerung der Anzahl der geforderten Module würden die Einkünfte der OBU schmälern und sind somit nicht im dortigen Interesse.

Der bei den Gesprächen in Heidelberg getroffenen Übereinkunft (fünf Module in Oxford, drei Module in Heidelberg) haben die zuständigen Stellen der OBU offenbar ihre Zustimmung verweigert. Inzwischen besteht die OBU darauf, dass alle Studienanteile 100%ige OBU - Module sein müssen. Einzelne OBU - Module könnten dann in Heidelberg unterrichtet werden, bei Entrichtung entsprechender Lizenzgebühren. Alternativ wurde der USH angeboten, den Heidelberger OBU - Absolventen ein Schreiben auszuhändigen, in denen die besondere Rolle der USH gewürdigt wird.

Die Ergebnisse des Projekts

Die Grundlagen für eine Kooperation im Sinne des Projektes sind USH-intern solide gelegt:

Wir haben ein generalistisch orientiertes Curriculum entwickelt, in dem

- die Modularisierung durchgängig die theoretische und praktische Ausbildung berücksichtigt,
- die Wahlmöglichkeiten sowie selbstorganisiertes Lernen curricular verankert wurden,
- die Aspekte Gesundheit, öffentliches Gesundheitswesen bzw. Public Health u.a. etabliert sind,
- Englisch als Unterrichtssprache zunehmend Eingang findet

Von dieser Grundlage können andere Schulen o.ä. schon jetzt profitieren. Das Grundkonzept oder Teile daraus werden in Fortbildungen angeboten.

Als Ausdruck des Interesses an der Zusammenarbeit wurde ein Memorandum of Understanding unterzeichnet, in dem beide Seiten ihren Willen zur erfolgreichen Durchführung des Projektes bekunden.

Stand des Projektes heute

Inzwischen hat die OBU angeregt, wir sollten Fortbildungen anbieten, mit denen wir Absolventen anderer Krankenpflegeschulen auf ein Studium in Oxford vorbereiten sollten. Man wäre bereit, einen eigenen Kurs für die deutschen Krankenschwestern und -pfleger einzurichten, wenn eine Zahl von mindestens 15 Teilnehmern jährlich erreicht werden kann. Die USH strebt weiterhin eine Kooperati-

on für ein Top Up Degree mit der OBU oder auch einem anderen Partner für ihre Absolventen an. Die angebotenen Optionen werden zur Zeit mit unseren Partnern und mit den Experten geprüft und diskutiert.

Wir sind zuversichtlich, schon bald zu einer erfolgversprechenden Lösung zu kommen. Das diesbezügliche Interesse nicht nur unserer Absolventen und gegenwärtigen Schülern, sondern auch von Kollegen und Absolventen anderer Einrichtungen ist unterstützend für unsere Motivation.

Danksagung

Es ist uns ein Anliegen, der Robert Bosch Stiftung für die großzügige finanzielle Förderung ganz herzlich zu danken.

Die finanzielle Förderung der Robert Bosch Stiftung ermöglichte uns notwendige Freiräume für die oft mühsame zusätzliche Arbeit an dem Projekt. Ohne diese Förderung wäre die Auseinandersetzung mit allen anstehenden Aspekten, den vielseitigen Einflüssen und den konkreten Aufgaben im Projektzeitraum nur teilweise möglich gewesen.

Protokoll zur Arbeitsgruppe:

Nach einer persönlichen Vorstellung begann Herr Schmidt-Richter mit der Vorstellung des Kooperationsprojektes. Schon nach einer kurzen Vortragszeit wurden die ersten Fragen gestellt und die „Gruppenarbeit“ ging in eine angeregte Diskussion über. Die Diskussionspunkte waren in erster Linie der Unterschied zwischen der Schwesternschule der Universität Heidelberg und der Oxford Brookes University und die damit zusammenhängende Problematik der Angleichungen in der Ausbildung. Es wurden Fragen gestellt, wie z.B.:

- Ist Englischunterricht an der Schwesternschule der Universität Heidelberg integriert?
- Gibt es schon Erfahrungsbeispiele von SchülerInnen, die schon in Oxford waren?
- Haben die AbsolventenInnen berufliche Vorteile nach Abschluss der Ausbildung?
- Müssen die SchülerInnen in Oxford mehr lernen als in Heidelberg?
- Wo sollte in Deutschland die Krankenpflege angesiedelt werden?
- Ist das Erreichen von Kompetenzen in der Ausbildung durch kleinschrittige Module sinnvoll?
- Wird damit der Anspruch erfüllt, dass die Krankenschwester in der Lage ist, den Pflegeprozess zu durchdenken und eigenständig durchzuführen?

An dieser Stelle präsentierte Herr Schmidt-Richter die Module der Schwesternschule der Uni Heidelbergs anhand eines Plakates und erläuterte, wie durch die Modularisierung eine Verbesserung zur Erreichung von Kompetenzen gewährleistet ist. Er gab aber zu bedenken, dass es schwierig ist, die Kompetenzen in einer Prüfungssituation zu beurteilen. Es wurde über die Vorteile der Modularisierung, auch im internationalen Vergleich, diskutiert und endete mit der Frage: "Warum wird der Bachelor nicht in der Schwesternschule der Uni Heidelberg integriert?"

Nachdem am Vormittag die von Herrn Schmidt-Richter ursprünglich als Arbeitsauftrag vorbereiteten Themen schon diskutiert waren, bestand am Nachmittag Gelegenheit zur Diskussion von Fragen der TeilnehmerInnen. Dies geschah in Form einer Vorstellungsrunde in der Gruppe bei der entsprechende Fragen gestellt werden konnten.

Zunächst wurde über die Organisation von Auslandsaufenthalten und die damit zusammenhängende Problematik diskutiert. Dabei diente als Diskussionsgrundlage das Erasmus-Austauschprogramm. Dies ist ein internationales Austauschprogramm, an dem neben der Schwesternschule der Universität Heidelberg auch Ausbildungsstätten/Universitäten aus Stockholm, Oslo, Lyon und Athen teilnehmen.

Es wurden die Probleme von:

- Finanzen
- Haftung
- Anerkennung der Ausbildung
- Schülersauswahlkriterien
- Betreuung der Austauschschüler

diskutiert, wobei auch der kulturelle Aspekt zur Sprache kam. Zum Schluss der Diskussion wurden noch die Aufnahmekriterien für einen internationalen Austausch und ein hier mögliches Assessmentverfahren angesprochen.

Abschließend wurde noch die Frage erörtert, warum sich die Pflege in Deutschland so viel schwerer mit der Akademisierung tut, als andere Europäische Länder?

Frau Dr. Anna-Paula Kruse fand sich bereit, die Gruppenergebnisse im Plenum vorzustellen.

Arbeitsgruppe II Modularisierung der Pflegeausbildung

Referentinnen: **Prof. Dr. A. Nauerth**
Vorsitzende der Aufbaukommission am Fachbereich Pflege
und Gesundheit der Fachhochschule Bielefeld
Andrea Lamers
Dipl.-Berufspädagogin

Protokollantin: **Katrin Sett**
Studentin Pflegepädagogik, Fachhochschule Bielefeld

Vorstellung des Projektes:
Transnationales Pilotprojekt „Modularisierung der Pflegeausbildung“
A. Lamers, C. Schmitz

Das dreijährige Pilotprojekt wurde vom Fachbereich ‚Pflege und Gesundheit‘ der Fachhochschule Bielefeld im Rahmen des EU-Förderprogrammes Leonardo da Vinci im Jahr 1999 beantragt. Im Rahmen des EU-Programmes sind Pilotprojekte förderungswürdig, wenn sie Planung, Durchführung, Erprobung, Evaluierung und Verbreitung von innovativer Praxis im Hinblick auf Methoden, Inhalte, Lehr-/Lernmaterialien für die Berufsbildung und –beratung beinhalten mit dem Ziel der Festigung eines europäischen Raums der Zusammenarbeit in der allgemeinen und beruflichen Bildung durch länderübergreifende Zusammenarbeit. Die Antragstellerinnen wählten als Projektthema die Modularisierung der Berufs- und Hochschulausbildung für Pflegeberufe und beschäftigen sich zusammen mit den beteiligten Partnern aus Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederland und Polen mit der Entwicklung, Erprobung, Evaluierung und Verbreitung von sechs Lernmodulen. Die wissenschaftliche Projektleitung erfolgt durch Frau Prof. Dr. Knigge-Demal und Frau Prof. Dr. Nauerth an der Fachhochschule Bielefeld, die neben steuernden und koordinierenden Funktionen ebenso konzeptionelle Aufgaben übernehmen und die Einbindung der erstellten Lernmodule durch die Projektpartner in ein Gesamtkonzept gewährleisten.

Das Projekt wird mit Mitteln des EU-Förderprogrammes Leonardo da Vinci, der Robert Bosch Stiftung und den beteiligten europäischen Partnern unterstützt.

Im Folgenden wird zunächst der Hintergrund zur Themenwahl, die Ziele und die Struktur des laufenden Projektes vorgestellt und anschließend auf zentrale Verfahren, Produkte und den Modulbegriff eingegangen.

Hintergrund zum Projektthema

Trotz der gegenseitigen Anerkennung der abgeschlossenen Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger für die allgemeine Pflege in der Europäischen Union ist eine Vergleichbarkeit der Berufsausbildung nicht erreicht. Ausbildungsprogramme, Qualifizierungsniveaus und Übergänge von Berufsbildung zur Hochschulbildung differieren. Es fehlt an vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit in den Berufsausbildungen der Pflege.

Innerhalb der Berufsbildung zeigen sich gravierende Unterschiede in der Umsetzung einer Lehr-/Lernkultur, die lebensbegleitendes und selbständiges Lernen und den Umgang mit neuen Lerntechnologien fördert, wobei dem Umgang mit neuen Lerntechnologien bisher generell nicht ausreichend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Dieses wiegt umso schwerer in einem Berufsbildungsbereich, der überwiegend mit Frauen besetzt ist, deren Medienkompetenz in unserer Gesellschaft immer noch als eher unterdurchschnittlich eingestuft wird.

Daneben trägt die Berufsbildung bislang wenig zu einer schnellen und kontinuierlichen Anpassung von Aus- und Weiterbildung an dem gesellschaftlichen und beruflichen Wandel bei. Es gibt jedoch einen dringenden Bedarf, neuartige Entwicklungen und veränderte Schwerpunktsetzungen schnell in die bestehenden Ausbildungskonzepte zu integrieren. Betrachtet man allein den gesellschaftlichen Wandel im Erkrankungsspektrum von akuter Erkrankung zu chronischem Leiden, so müssen der ambulante Bereich und das Feld präventiver Interventionen stärker ins Blickfeld der beruflichen Qualifizierung rücken.

Die genannten Unterschiede und Defizite behindern eine an sich wünschenswerte Erhöhung der beruflichen Mobilität innerhalb der Staatengemeinschaft.

Projektziele

Das Pilotprojekt will einen Beitrag zur Vergleichbarkeit der Pflegeausbildung innerhalb der europäischen Staatengemeinschaft leisten, indem nationale und internationale Transparenz in Bezug auf Anforderungsprofile im Pflegeberuf bzw. Anerkennung der erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kompetenzen geschaffen werden. Eine Vernetzung der Berufsausbildungen und der Hochschulausbildung soll gefördert werden.

Zugleich möchte das Projekt zu einem Abbau des Mangels an Ausbildungskonzepten und -instrumenten beitragen. Diese können eine kontinuierlichen Anpassung von Ausbildung und Weiterbildung an den gesellschaftlichen und beruflichen Wandel der Aufgabenfelder ermöglichen. Daneben soll eine Nachqualifizierung bzw. ein Wiedereinstieg nach der Familienphase in einem überwiegend frauentypischen Berufsfeld erleichtert werden.

Die Ziele werden mit folgenden zentralen Verfahren umgesetzt:

- der Entwurf eines modularisierten Ausbildungskonzeptes für den Bereich der Pflegeberufe.
- die Erstellung von sechs Lernmodulen einschließlich Lehr-/Lernmaterialien, computerunterstützten Lernmedien und Prüfungsinstrumenten.

Projektpartner, Projekt- und Kooperationsstruktur

Leitend für die Partnerschaft in einem Pilotprojekt im Rahmen von Leonardo da Vinci waren die Vorgaben der Europäischen Kommission. Diese Vorgaben beziehen sich u. a. auf eine transnationale Partnerschaft von mindestens drei Teilnehmerländern, die Mitgliedstaaten der EU (Europäischen Union) sind und den assoziierten Länder Mittel- und Osteuropas angehören. Voraussetzung sind erfahrene Partner, die ihre Kenntnisse zum Themengegenstand einbringen. Darüber hinaus ist die Einbeziehung von Nutzern der geplanten Projektergebnisse gefordert. Die Vorgaben der Europäischen Kommission und Wahl des Projektthemas beeinflussen die Bildung einer Partnerschaft hinsichtlich folgender Aspekte:

- Beteiligung verschiedener Ausbildungseinrichtungen auf der Ebene der sekundären Berufsbildung und Hochschulbildung,
- Aufgreifen der gewünschten Zusammenarbeit mit Mittel- und Osteuropa,
- Einbringen von Kenntnissen, Erfahrungen und Ressourcen unterschiedlicher Bildungskonzepte der verschiedenen Ausbildungseinrichtungen,
- Kooperation zwischen Berufsbildungsträger und Unternehmen (Berufsbildungspraxis, Pflegepraxis, berufspolitische Praxis),
- Einbeziehen von Nutzern (Lehrende, Lernende),
- Aspekt der Fremdsprache in Bezug auf die Verständigung in der Zusammenarbeit zwischen den europäischen Partnern und in Bezug auf fremdsprachliche Übersetzungen von Projektprodukten.

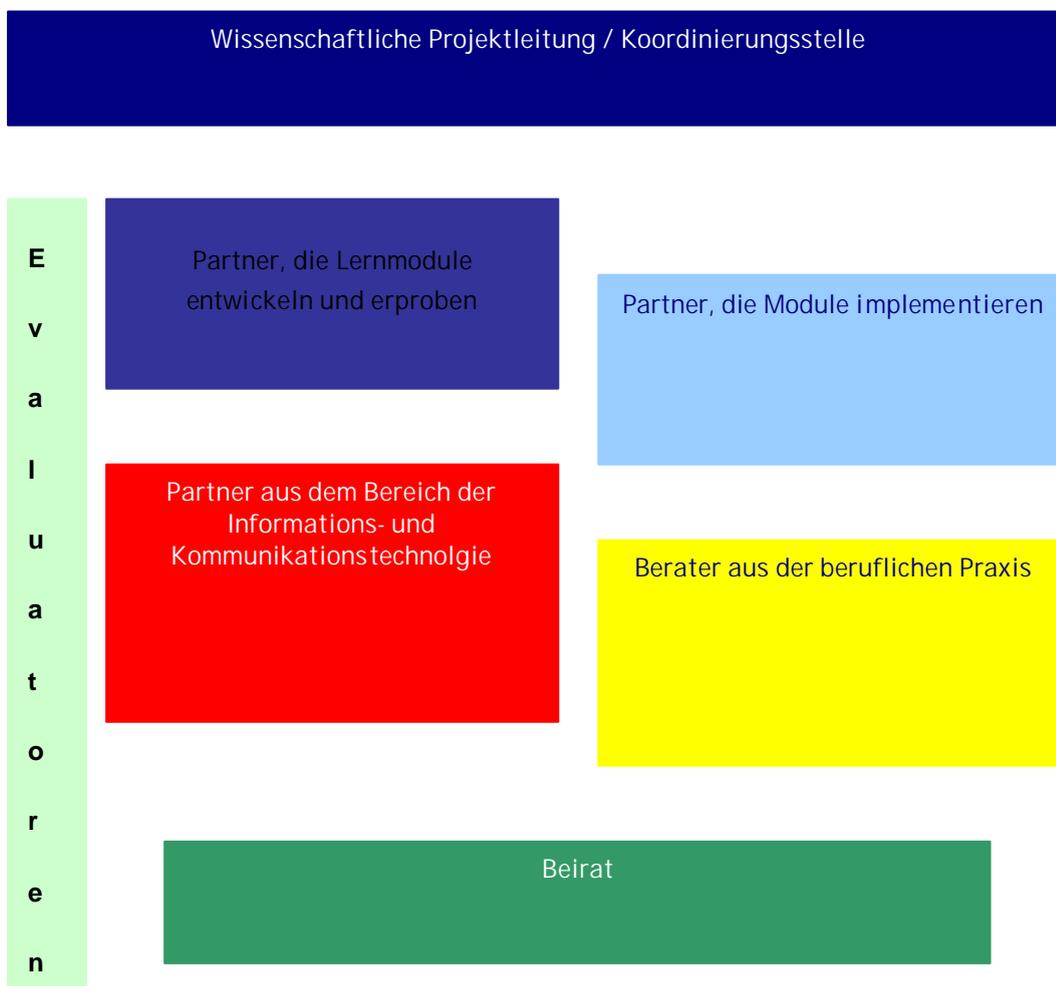
An dem Pilotprojekt sind Partner aus Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande und Polen beteiligt. Die Partner setzen sich aus verschiedenen Gruppen zusammen:

- Lehrpersonen in der Pflegeausbildung an Schulen, Hochschulen, Fort- und Weiterbildungen;
- Praktiker aus der Pflege in stationären und ambulanten Einrichtungen;
- Partner aus dem Bereich der Medien;
- Vertreter aus Berufsverbänden und der Berufspolitik.

Aus diesen Personengruppen lassen sich wiederum Gruppen herauskristallisieren, die mit verschiedenen Aufgaben betraut sind. Die Aufgaben beziehen sich auf die wissenschaftliche Leitung, Koordinierung und Gesamtkonzeptionierung, die

Entwicklung der Module, Implementierung der Module, Umsetzung der entwickelten Materialien in entsprechende Medien, die Beratung zu Modulkonzepten und schließlich die Evaluation des Projektes und der Ergebnisse. Zusätzlich ist ein Beirat konstituiert, der sich aus Vertretern der Berufsverbände, Berufspolitik und Experten der Berufsbildung zusammensetzt. Der Beitrag der Beiratsmitglieder liegt in der kritischen Reflexion der Ergebnisse.

Projektstruktur



Die Kommunikation zwischen den Projektpartnern läuft in deutscher und englischer Sprache. Eine Kooperation findet über direkte Kontakte und Gespräche, Arbeitstreffen, Konferenzen und Korrespondenz statt. Die für das Projekt eingerichtete Internetpräsentation steht allen Projektpartnern und auch Nutzern (Lehrende und Lernende der Ausbildungseinrichtungen) sowie Interessierten als Informations-, Austausch- Kommunikations- und Kooperationsraum zur Verfügung (websiteside: www.pflegemodule.de).

Zentrale Verfahren und Produkte des Projektes

Konsens der Projektpartner über Qualifikationsanforderungen im Bereich der Pflegeberufe und das modulare Ausbildungskonzept:

Zur Erreichung der Ziele steht die konzeptionelle Entwicklung eines modularen Ausbildungskonzeptes verbunden mit einem Kredit-Punkte-System im Vordergrund. Das Modulkonzept basiert auf einem Konsens aller transnationalen Partner über die Leitziele einer Ausbildung für Pflegeberufe und den beruflichen Qualifikationsanforderungen. Jedes Einzelmodul des Modulkonzeptes wird verstanden als abgeschlossene Lerneinheit und führt zu spezifischen Berufsqualifikationen - den sogenannten Teilqualifikationen. Lernende erwerben somit in jedem Lernmodul spezifische berufliche Kompetenzen. Die komplexe berufliche Handlungskompetenz (Gesamtqualifikation) ergibt sich aus einer Kombination von Teilqualifikationen bzw. Lernmodulen. Durch die auf Berufsqualifikationen zielenden Lernmodule und das Kreditpunktesystem sollen Transparenz und Vergleichbarkeit gefördert und Flexibilität ermöglicht werden.

Modulares Ausbildungskonzept

Die zentralen Elemente des Modularisierungskonzeptes sind ein qualifikations- und situationsorientierter Curriculumansatz, Lernfelder, Lernmodule und Medien, die dieser didaktischen Orientierung folgen.

Innerhalb des modularisierten Ausbildungskonzeptes dienen Lernfelder und Lernmodule als Organisationsprinzip und als didaktisches bzw. methodisches Prinzip.

Als Organisationsprinzip geben Lernfelder und Lernmodule einen strukturellen Rahmen für die gesamte Ausbildung vor. Die Ausbildung ist nach den vier Lernfeldern Beruf und Berufsfeld, Pflegeprozess, Mitwirkung und Kooperation und Organisation pflegerischer Arbeit strukturiert. Den einzelnen Lernfeldern sind Lernmodule zugeordnet, die ein unterschiedlich hohes Anforderungsniveau haben.

Lernfelder und Lernmodule als didaktisches bzw. methodisches Prinzip ergeben sich aus didaktisch aufbereiteten Handlungsfeldern der Berufspraxis und sind

fächerübergreifend. Den Lernfeldern sind leitziele der beruflichen Ausbildung übergeordnet, die sich aus dem gesellschaftlichen Auftrag gegenüber den Adressaten von Pflege, dem beruflichen Selbstverständnis und dem Bildungsverständnis ergeben. Die Leitziele dienen der Orientierung und Ausrichtung für nachfolgende curriculare Entscheidungen, wie Lernziele, Lerninhalte und Lernarrangements. Unter den einzelnen Lernfeldern sind berufliche Qualifikationsanforderungen formuliert, die wiederum als Teilqualifikationen einzelnen Lernmodulen zugeordnet sind. Die Teilqualifikationen der einzelnen Lernmodule bilden eine Vorlage für die Entwicklung der Lernmodule.

Mit Lernmodulen, die auf Qualifikationserwerb ausgerichtet sind, ist ein Perspektivenwechsel im beruflichen Bildungssystem verbunden. Nicht mehr die Frage des traditionellen fächersystematischen Ansatzes, also welche Lerninhalte vermittelt werden sollen, steht im Vordergrund, sondern welche Kompetenzen sollen das Ergebnis von beruflichen Lern- und Bildungsprozessen sein. Der qualifikationsorientierte Ansatz wird ergänzt durch das Prinzip des situationsorientierten Lernens innerhalb der einzelnen Lernmodule.

Entwicklung von sechs Lernmodulen nach dem qualifikations- und situationsorientierten Ansatz

Aus dem Modulkonzept sind sechs Lernmodule ausgewählt worden, die während der dreijährigen Projektlaufzeit entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Die Modul Inhalte beziehen sich sowohl auf die theoretische als auch auf die praktische Ausbildung. Im folgendem werden die einzelnen Lernfelder mit dazugehörigen Modulen und jeweiligen Entwicklern aufgeführt:

Tab. 1: Lernfelder und Lernmodule

Lernfeld	Lernmodul
Beruf und Berufsfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung in das Berufsfeld
Pflegeprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung in den Pflegeprozess und die Pflegediagnostik • Pflege von Kindern im stationären Akutbereich mit Erkrankungen der Atemwege • Beratung
Mitwirkung und Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelles Team I
Organisation pflegerischer Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Lehr-/Lernarrangements innerhalb der Lernmodule orientieren sich an den didaktischen Ansatz der Situationsorientierung. Dies bedeutet, dass die Lernprozesse innerhalb eines Moduls so gestaltet sind, dass Lernende über die Bearbeitung von Lernsituationen, die realitätsnahen Berufssituationen ähneln, spezifische Qualifikationen erwerben. Das Ziel ist Lern- und Trainingssituationen an Arbeitssituationen anzugleichen, damit Transferprozesse erleichtert werden. Der qualifikations- und situationsorientierte Ansatz enthält eine Wissenschafts- und Handlungsorientierung. Der Lernprozess wird durch Methoden bestimmt, die lebensbegleitendes und selbstbestimmtes Lernen fördern.

Umsetzung einer situationsorientierten Didaktik in Lehr-/Lernmaterialien und in den Aufbau einer Lernplattform

Die situationsorientierte Didaktik muss in geeignete Lehr-/Lernmedien umgesetzt werden, die neue Informations- und Kommunikationsmedien einbeziehen. Zu jedem Modul gehören ein Schüler- und Lehrerhandbuch sowie Assessmentinstrumente. Den Lernenden werden zusätzlich computerunterstützte Medien angeboten.

Lehrer- und Schülerhandbuch finden ihren Einsatz in Präsenz- und Selbstlernphasen, Computerunterstützte Medien (CD- Rom, Internetversion) nur in den Selbstlernphasen. Damit situationsorientiertes Lernen mithilfe neuer Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) möglich wird, stellt die Entwicklung einer IKT-Lernplattform, die zur Entwicklung computerunterstützter Medien benötigt werden, eine wesentliche Aufgabe im Rahmen des Projektes dar.

Jedes Modul beginnt mit einem Eingangsassessment zur Einschätzung der individuellen Voraussetzungen des Lernenden und endet mit einem Abschlussassessment zur Überprüfung der erreichten Teilqualifikationen. Modulbezogene Assessments können in Form von schriftlichen Arbeiten, Rollenspielen und Übungen usw. erfolgen, und finden in der theoretischen und praktischen Ausbildung statt. Sie beinhalten ebenfalls Verfahren der Befragung zur Selbsteinschätzung des Lernenden hinsichtlich der Lern- und Lehrsituation, des Lernerfolges und der Zufriedenheit.

Verbreitung von Ergebnissen während der Projektlaufzeit

Über unsere Internetpräsentation werden potentielle Nutzer, Anwender, Multiplikatoren und Interessierte über aktuelle Projektaktivitäten und -produkte informiert. Darüber hinaus können sie sich über Diskussionsforen in die Entwicklung der Lernmodule einbringen. Innerhalb der Internetpräsentation ist ein virtueller

Arbeitsraum eingerichtet, der den Projektpartnern als Kommunikations- und Kooperationsfläche zur Verfügung steht.

Projektverlauf

Das Projekt begann im Dezember 1999 und endet im November 2003. Es verläuft in vier Phasen, die begleitend evaluiert werden:

1. Die erste Phase bezieht sich auf die Herstellung eines Konsenses in Bezug auf die Leitziele der Pflegeausbildung, die beruflichen Qualifikationsanforderungen und auf die Entwicklung eines transnationalen Ausbildungskonzeptes. Als Vorlage dazu dient die Analyse der bestehenden Ausbildungskonzepte der europäischen Projektpartner.
2. Die zweite Phase dient der arbeitsteiligen Konzeption von sechs Lernmodulen und der Entwicklung der benötigten Lehr-/ Lernmaterialien, computerunterstützten Lernmedien und Prüfungsinstrumenten zur Beurteilung von beruflichen Kompetenzen.
3. In einer dritten Phase werden die entwickelten Module in der Praxis erprobt.
4. In einer vierten Phase geht es um Implementierung der überarbeiteten Module in einen größeren Kreis von Projekteinrichtungen.

Protokoll zur Arbeitsgruppe:

In der Arbeitsgruppe werden zunächst **folgende Erwartungen** der TeilnehmerInnen bezüglich des Workshops erhoben:

- Generelle Information über den Entwicklungsstand
- Aufbau der Module
- Abgrenzung und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Modulen
- Umgestaltungsmöglichkeiten der Ausbildung
- Kooperationsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Pflegeausbildungen (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege)
- Umsetzung der theoretischen Überlegungen
- Implementierung der Module
- Bisherige Erfahrungen bei der Implementierung
- Praktische Erprobung der einzelnen Module
- Probleme bei der Implementierung der modularisierten Ausbildung
- Übertragbarkeit der Überlegungen der modularisierten Ausbildung in die Praxis auf den Stationen der Krankenhäuser

Das Interesse der TeilnehmerInnen liegt verstärkt bei der Modularisierung der Pflegeausbildung anstatt auf der internationalen Komponente des Projektes. Die Dozentinnen beschließen deshalb, den Schwerpunkt auf die Vorstellung des Grundkonzeptes der Modularisierung der Pflegeausbildung zu legen.

Die Ausgangssituation des Projektes sind:

- Unterschiede der Ausbildungen in Europa fehlende Bewegung in Deutschland Wille anzufangen, neue Wege zu erproben

Folgende Lösungsmöglichkeiten werden berücksichtigt: Qualifikationen bestimmen und im Konsens verabschieden

- modularisiertes Konzept
- Qualifikationsorientierung und Entwicklung von Assessmentinstrumenten

Ziel des Projektes ist ein modularisiertes Ausbildungskonzept, welches eine internationale Einheit über erforderliche Qualifikationen für Berufsanfänger und – abgänger widerspiegelt. Zu deren Erhebung/ Feststellung sollten valide Assessmentinstrumente entwickelt werden, die eine genaue Bestimmung der Qualifikationen ermöglichen.

Die entstandenen Module sind auf Qualifikationen ausgerichtet und dienen als Modell zur Abrufbarkeit dieser Qualifikationen.

Qualifikationen sind definiert als Anforderungsprofil des Arbeits-/Berufsfeldes an die zukünftigen Bewerber. Kompetenzen sind definiert als die Fähigkeiten/Fertigkeiten, die der /die Einzelne im Rahmen seiner/ihrer Ausbildung erreicht.

Vorteile eines modularisierten Konzeptes sind in sich geschlossene Lerneinheiten, welche leicht transportabel, nach erfolgter Vermittlung im Unterricht gut überprüfbar und vergleichbar sind. Die gegenseitige Anerkennung der Module ist somit unproblematisch.

Die Gefahr der Module besteht in einer Anhäufung von Einzelementen, so dass das Gesamtkonzept u. U. verloren geht.

Folgende Wünsche werden für die deutsche Situation benannt:

- Anschluss der Pflege in Deutschland an die europäische Entwicklung
- horizontale Durchlässigkeit, d.h. Anerkennung der Module, Verwendung der Module in unterschiedlichen Ausbildungsgängen im Gesundheitswesen
- vertikale Durchlässigkeit, d.h. Befähigung zur Hochschulreife im Rahmen der Ausbildung, Ansiedlung von weiterqualifizierenden Ausbildungselementen in der Fachhochschul- bzw. Hochschulebene, Anerkennung einiger Module im Hochschulbereich, da diese auch hier Verwendung finden können

Zusatzideen des Projektes

Entwicklung eines neuen didaktischen Prinzips durch die Erprobung eines situationsorientierten Ansatzes. Lernen soll ausgehend von berufspraktischen Situationen entwickelt werden. Dieser Ansatz wurde von Frau Prof. Dr. B. Knigge-Demal und Frau Prof. G. Hundenborn auf den Pflegebereich übertragen. Ebenfalls sollen moderne Medien und Lernformen genutzt werden. E-learning-Module und eine e-learning-Plattform werden im Rahmen des Projektes entwickelt.

Im nachfolgenden wird das Projekt mittels Power-Point-Präsentation den TeilnehmerInnen vorgestellt.

Folgende Produkte sind im Rahmen des Projektes bereits erstellt worden:

- Übersicht über die nationalen Ausbildungskonzepte der Projektpartner in Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande und Polen
- Übersicht über transnationale Qualifikationsanforderungen im Berufsfeld der Pflege
- Entwurf eines transnationalen Curriculumkonzeptes ausgerichtet auf ein Modul- und Kreditpunktesystem

Die Strukturierung der Berufsausbildung und der Hochschulausbildung erfolgt nach vier Lernfeldern. Den Lernfeldern sind Lernmodule zugeordnet. In der Berufspädagogik ist der Begriff Modul und auch der Begriff des Lernfeldes, sowohl ein Organisationsprinzip als auch ein didaktisches oder methodisches Prinzip. Insgesamt soll die Entwicklung von über 40 Modulen nach einem fächerintegrativen Ansatz angestrebt werden.

Die Orientierung an Lernfeldern erlaubt eine vertikale und horizontale Durchlässigkeit zwischen den Ausbildungen im Pflege- und Gesundheitsbereich und eine länderübergreifende Anerkennung und Mobilität.

Unterscheidung/Definition Lernfeld – Modul

Lernfeld beinhaltet mehrere Module, welche jeweils 40-80 Stunden umfassen. Jedes Lernfeld ist mit einer unterschiedlichen Anzahl von Modulen belegt.

Die einzelnen Module gehen von exemplarischen Praxissituationen aus, welche theoretisch bearbeitet werden. Diese praktischen Beispiele werden dann generalisiert, so dass vom besonderen Fall, allgemeine Erkenntnisse abgeleitet werden können und exemplarisches Lernen erfolgt. Der Lernort der Module ist immer die Schule, nicht die Praxis. Allerdings muss die dort erworbene situative Kompetenz in der Praxis begleitet werden => Situativer/phänomenologischer Ansatz!

Jedes Modul umfasst sowohl Elemente aus dem Lernort Theorie sowie aus dem Lernort Praxis. In jedem Modul werden Praxisaufgaben definiert und deren Umsetzung erarbeitet.

Kein Modul ist ausschließlich nur in der Praxis verankert, aber jedes Modul beinhaltet Praxisanteile, welche sich auf die theoretischen Anteile beziehen.

Es handelt sich hierbei um eine neue Art der Konzeption von Lehr-/Lernansätzen: Die mit den Modulen erworbenen Qualifikationen umfassen immer sowohl den psychomotorischen, kognitiven als auch den affektiven Bereich.

Die Entwicklung der Module erfolgt aus der Praxis heraus, indem die exemplarischen Situationen daraus generiert werden, eine Umverlagerung der „Präferenzen“ findet statt.

Die exemplarischen Situationen (und somit Krankheitsbilder) wurden gewonnen, in dem eine theoretische, tabellarische Aufteilung vorgenommen wurde. Eine differenzierte Einordnung der Module nach dem Setting von Pflegesituationen und nach den unterschiedlichen Patientenarten in das Raster erfolgte, da die Situationen immer von diesen Faktoren abhängen.

Leitendes Prinzip: Das Häufige ist häufig! Somit sollten SchülerInnen während ihrer Ausbildung Gelegenheit bekommen, mindestens diese Krankheiten/Situationen/Pflegemaßnahmen einmal kennen zu lernen.

Die Struktur wurde gebildet:

- Pflegediagnosen/ Phänomene/Probleme wurden in das Raster eingeordnet,
- Alle unterschiedlichen Altersstufen wurden spezifischen Situationen zugeordnet, so dass mindestens jede Lebensphase einmal abgedeckt ist.

	teilstationär	stationär lang	stationär kurz	ambulant häuslich	Ambulant z.B. Beratungsstellen
akut					
lebensbedrohlich					
chronisch					

Das Lernen beinhaltet immer drei unterschiedliche Phasen:

- Selbstlernphase
- Präsenzphase
=> schulische Lernphase, umfasst Theorie und praktische Übungen, fast alleiniger Tätigkeitsbereich von LehrerInnen
- Praxisphase

Diese Phasen wurden in der Modelkonzeption berücksichtigt, indem das Projekt die Lerninhalte vorstrukturiert (Arbeitshefte, online-Lernmodule, CDs...). Dieses funktioniert allerdings nur, wenn die Lerninhalte mit Präsenzphasen verknüpft sind. Dementsprechend muss eine Schulung der PraxisanleiterInnen stattfinden, welche eine adäquate Begleitung der SchülerInnen auf Station sichert.

Zu jedem einzelnen Modul werden Lehr-/Lernmaterialien entwickelt, die sowohl in der Präsenz- als auch in den Selbstlernphasen eingesetzt werden:

- Präsenz- und Selbstlernphasen: Lehrer- und Schülerhandbuch
- Selbstlernphasen: Computerunterstützende Medien (CD- Rom, Internetversion)
- Um situationsorientiertes Lernen über computerunterstützende Medien möglich zu machen, dient der situationsorientierte Ansatz gleichzeitig dazu, eine Lernplattform zu entwickeln. Der Aufbau der Lernplattform ist nach den konstitutiven Merkmalen (Rolle, Handlungsmuster, Situationszweck und -ausstattung, institutioneller und gesellschaftlicher Kontext) einer Situation konstruiert.

Die bislang unveröffentlichte Arbeitsgrundlage der Modulentwickler ‚Modularisierungskonzept für die gesamte Pflegeausbildung‘ wurde den TeilnehmerInnen ausgehändigt. Sie soll den TeilnehmerInnen zur Gewinnung eines Überblickes über das Projekt dienen.

Die Modulentwicklung erfolgte aus einem Konsens aller Projektbeteiligten. Jeweils in Kleingruppen werden dann einzelne Bestandteile entwickelt.

Folgende Probleme ergaben sich bisher bei der Entwicklung:

- Aufgrund der zeitlichen Limitierung des Projektes können nur sechs Module entwickelt werden. Dieses erschwert die Beurteilung. Die Vollständigkeit der Inhalte, die Erfüllung aller gesetzlichen Vorgaben und die dementsprechende Unterrichtsverteilung lassen sich erst am Gesamtkonzept überprüfen.
- Das Projekt dient nicht als theoretische Grundlage für eine Curriculumentwicklung.
- Schwachpunkt:
 - Viele notwendige Änderungen werden erst in der praktischen Erprobung deutlich.
 - Beispiel: die zum Modul 1 und 2 bestimmten Qualifikationen lassen sich nur schwer voneinander trennen, so dass während der Entwicklung die Module zusammengelegt und umbenannt wurden, sowie die dazugehörige Qualifikation verändert wurde.

Folgende Definition von Pflege liegt dem Projekt zugrunde:

Pflege bezieht sich nicht nur auf kranke Personen, sondern richtet sich auch an entwicklungsbedingt veränderte Personen. Eine zukunftsorientierte Schwerpunktverlagerung von Pflege in den Bereich der chronischen Erkrankungen sowie in den ambulanten Bereich wurde berücksichtigt. Gegenläufig stellen sich hier allerdings der momentane Ausbildungsbedarf und die jetzigen Strukturen dar, welche noch vermehrt im klinischen Bereich liegen. Folglich wird in der Zukunft eine aktualisierende Anpassung unabdingbar werden.

Die beteiligten EntwicklerInnen entschieden sich, nicht nur ein pfleretheoretisches Verständnis als Grundlage zu machen, sondern eine Offenheit für vielfältige Ansätze zu ermöglichen. Aufgabe von Pflege wird darin gesehen, verschiedene Modelle und Ansätze zu vermitteln (angelehnt an Robinsohn & Siebert). Statt dessen fand in diesem Konzept eine Festlegung auf Leitziele statt. Auf diese wurde dann auch die Konzeption der einzelnen Module abgestimmt.

Problem der Konzeption eines Gesamtkonzeptes aus vielen Einzelbausteinen: Manche Module eignen sich für mehrere Ausbildungsstufen, so dass diese im gesamten Ausbildungsverlauf immer wieder als durchgehende Stränge auftauchen müssen. Hier soll ein aufeinander aufbauendes Arbeiten zwischen den Verbindungen der Einzelkomponenten geschaffen werden. Im Folgenden werden einzelne Aspekte aufgeführt, die in der Arbeitsgruppe diskutiert wurden.

Wird auch der Aspekt der Gesundheitsförderung beachtet?

Im Bereich Pflegephänomene wird die Fürsorge für Gruppen und Familien mitbedacht. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es allerdings nur möglich, die Gesundheitsförderung in die Krankheitslehre zu integrieren.

Dieses findet bei jeder Analyse einer exemplarischen Pflegesituation statt.

Pflegediagnostik führt immer zum Erstellen eines Pflegeplanes, welcher praktische Tätigkeiten (pflegerisches Handeln) und eine Beratung des Patienten (=> Aspekt der Gesundheitsförderung) beinhaltet.

Gesundheitsförderung wird somit zwar nicht primär behandelt, ist aber in allen Situationen vorhanden.

Gesundheitsförderung ist zudem als ein Lernziel explizit formuliert worden und sollte somit in mehreren Modulen abgedeckt werden.

Fehlender Praxisbezug?!

Probleme in der Praxis bestehen vor allem darin, dass Defizite in der Mentorentätigkeit herrschen und keine ausreichende Anzahl an Mentoren gewährleistet ist. Folglich muss die praktische Ausbildung vermehrt durch Lehrende abgedeckt werden.

Vorschlag einer Teilnehmerin war, auf die Theorie-Praxis-Differenz zu reagieren, indem aus individuellen, praktischen Problemen im Stationsalltag Lernfelder generiert werden.

Kritisch betrachtet wird an diesem Vorschlag die Betrachtungsweise. Statt Pflegenden omnipotent machen zu wollen, sollten Lehrende vielmehr versuchen eine adäquate Auswahl von Inhalten zu treffen, welche den Schülerinnen eine individuelle, selbständige Bearbeitung von Inhalten ermöglicht.

Von daher wird der, bei der Modularisierung gewählte Ansatz, hin zu mehr exemplarischem Lernen und zur selbständigen Erarbeitung (vermehrte Vermittlung von Methodenkompetenz), befürwortet.

Sind die im Konzept beinhalteten Selbstlernphasen möglich?

Befähigung zur Selbstlernphase muss noch angebahnt werden, da Auszubildende diese in den Regelschulen oftmals nicht erwerben. Dieses ist oftmals bei der immensen Stofffülle in einer dreijährigen Ausbildungsdauer nicht zusätzlich leistbar. Folglich müssen auch LehrerInnen dementsprechende Kompetenzen, wie z.B. Strukturierung von Arbeitsaufgaben, über einen größeren Zeitraum erlernen.

Geplante Ausbildungsdauer über einen längeren Zeitraum (in Teilzeit) stellt auch andere Anforderungen an die Module?!

Folglich muss die Strukturierung eines „roten Fadens“ zwischen den einzelnen Modulen beachtet werden, so dass der Gesamtzusammenhang nicht verloren geht. Das Modulprinzip ermöglicht flexible Gestaltung.

Wahlmöglichkeit einzelner Module überfordert die SchülerInnen?!

Bislang wurden nur Pflichtmodule konzipiert, so dass eine Wahlmöglichkeit nicht besteht. Allerdings ist für die Zukunft die Entwicklung spezieller Module für unterschiedliche Schwerpunktbereiche geplant.

Wie werden SchülerInnen motiviert?

Der Abschluss eines jeden Moduls (ca. alle sechs Wochen) erfolgt mit einer Prüfung, so dass regelmäßig eine extrinsische Motivation zum Lernen durch die Leistungskontrolle gegeben wird.

Es können auch jedes Vierteljahr zusammengefasste Prüfungen der drei abgeschlossenen Module stattfinden.

Idealvorstellung einer praktischen Implementierung der modularisierten Ausbildung - Vision?!

Keine Anbindung der Ausbildungsstätte an die Krankenhäuser. Statt dessen erfolgt die Ausbildung an einer Berufsschule mit gezielten Praxiseinsätzen, in denen die vermittelten Handlungsfertigkeiten geübt werden können. In den Praxisorten ist dann eine konsequente pädagogische Begleitung gewährleistet, welche

entsprechend den Erfordernissen der SchülerInnen zum Ausbildungsende abnimmt und am Ende lediglich aus einer Reflexion der pflegerischen Arbeit besteht.

Realisierbare Ziele und Trends

- Anbahnung einer Einheitlichkeit in der Pflegeausbildung
- Relative Zeitgleichheit von „Theorie und praktischer Erfahrung“
- Definierte, abgrenzbare Tätigkeiten in der Pflege
- Orientierung hin zur prä- und postklinischen und ambulanten Pflege (weg von der krankenhauserorientierten Pflege)

Arbeitsgruppe III

Pflege international – Unterrichtskonzeption „Interkulturelle Pflege“

Referentin: **Angelika Tinius**
Lehrerin für Pflegeberufe, Berlin

Protokollantin: **Alexandra Zimmermann**
Studentin Pflegepädagogik, Fachhochschule Bielefeld

Vorstellung des Projektes:

Pflege international – Unterrichtskonzeption „Interkulturelle Pflege“

Zeitraum: 01.01.2001 bis 31.12.2001

Projektpartner: Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen
Berlin-Brandenburg e.V.
Campus Berlin-Buch/Campus Eberswalde

Liepajas Medizinas Skola Liepaja/Lettland

Beweggrund für unsere Teilnahme am Förderwettbewerb der Robert Bosch Stiftung war, dass wir der Überzeugung sind, dass mit der Ausweitung der Europäischen Union und der Entwicklung in den mittel- und osteuropäischen Ländern auch Konsequenzen für die Gestaltung der beruflichen Bildung entstehen. Die internationale Komponente dieser Entwicklung bedeutet, Bildungstransfer in andere Länder zu initiieren, Innovationen aus anderen Ländern aufzunehmen und Kooperationsbeziehungen aufzubauen.

Die zentralen Ziele unseres Projektes bestanden in

- Analyse und Vergleich der Betreuung von Patienten anderen kulturellen Hintergrundes in Deutschland und Lettland,
- Lösungsansätze für die Entwicklung professionellen Handelns in der kulturübergreifenden Pflege,
- Entwicklung einer gemeinsamen Unterrichtskonzeption zu „Interkultureller Pflege“ mit Implementierung in die Curricula beider Einrichtungen.

Bereits während des ersten Arbeitstreffens stellten wir fest, dass unsere ursprüngliche Annahme, dass gleiche Probleme bei der Betreuung von Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund in beiden Ländern vorliegen, nicht zutraf. In Lettland leben ebenso wie in Deutschland Menschen unterschiedlichster Nationalitäten, jedoch eint die Menschen in Lettland eine gemeinsame 60-jährige

Geschichte, Kultur und Sprache. Migranten und damit im Zusammenhang stehende Integrations- und Betreuungsfragen spielen zwar in Deutschland eine wesentliche Rolle, aber nicht in Lettland. Damit war die Basis für die angestrebten Ziele nicht mehr gegeben, so dass wir gemeinsam entschieden, eine neue Betrachtungsweise zu wählen und dabei den europäischen Gedanken und damit den interkulturellen Aspekt nicht aus den Augen zu verlieren. Wir verglichen die spezielle Lebenssituation alter Menschen in Lettland und in Deutschland und überprüften inwieweit die Ausbildung von Pflegenden der Vorbereitung auf die Betreuung von Menschen in höherem Lebensalter dient.

Wir stellten zwar große Gemeinsamkeiten im Vergleich des Menschenbildes, des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, der pflegetheoretischen Ansätze und der demographischen Entwicklung fest, fanden aber gleichzeitig gravierende Unterschiede in den Betreuungsstrukturen.

Darüber hinaus erbrachte der Vergleich, dass die theoretische Ausbildung quantitative Unterschiede aufweist und in Lettland im Gegensatz zu Deutschland eine stark medizinische orientierte Ausrichtung besteht. Jedoch die praktische Ausbildung bleibt in Umfang, Form und Gestaltung in Lettland deutlich hinter den Normen der Europäischen Pflegeausbildung zurück.

Das führte uns dazu, gemeinsam die **1. Baltische Bildungskonferenz für Pflegeberufe** im Dezember 2001 zu initiieren und durchzuführen.

Erstmals seit 1990 haben die Schulleitungen aller baltischen Krankenpflegeschulen über die Krankenpflegeausbildung beraten. Zusammen mit Vertretern aus unserem Bildungszentrum und Kollegen aus Schweden wurde analysiert, dass auch in Litauen und Estland das gleiche Problem hinsichtlich der praktischen Ausbildung wie in Lettland besteht.

Das Ergebnis der Konferenz besteht in der Zielsetzung ein gemeinsames Curriculum der praktischen Ausbildung zu entwickeln und zu etablieren.

Auch wenn am Anfang des Projektes eine andere Zielstellung – eine gemeinsame Unterrichtskonzeption zur interkulturellen Pflege – bestand, so gehen wir davon aus, dass der Abschluss des Projektes – die erste Baltische Bildungskonferenz für Pflege mit ihrem Arbeitsergebnis – einen wesentlichen Schritt im Sinne der Europäisierung der Pflege darstellt.

Protokoll zur Arbeitsgruppe:

Zu Beginn stellt Frau Tinius das Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen in Berlin-Buch vor, an welchem sie als Dozentin tätig ist.

Diese Einrichtung verfügt über folgende Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote:

Ausbildung	Fortbildung	Weiterbildung
Krankenschwester/Pfleger	Pflege und Begleitung	Management
Kinderkrankenschwester	Management	Psychiatrie
Krankenpflegehilfe	Recht und Ethik	Onkologische Pflege
Ergotherapie	Naturheilkunde	Anästhesie/ Intensivpflege
Masseur/in	Individuell noch weitere, je nach Anforderung und nach fachspezifischer Thematik	Nephrologische Pflege
Pflegevorschule		Palliativ Care
OTA (operationstechnische Assistentin)		

Neben einer Partnerschule in Österreich und in der Schweiz, hat das Bildungszentrum auch eine Partnerschule in Lettland (Liepaja).

Wie kam es nun zur Entstehung des Projektes der interkulturellen Pflege?

Die Stadt Liepaja schrieb einen Brief an das Bildungszentrum in Buch mit dem Wunsch, Kontakt mit ihm aufzunehmen und eine gemeinsame Unterrichtskonzeption zu erarbeiten. Auch das Bildungszentrum Buch hatte die „Vision“ bzw. den Wunsch, mit Osteuropa wieder Kontakt aufzunehmen, der nach der Wende aus finanziellen Gründen abgebrochen ist.

Unterstützt von der Robert Bosch Stiftung begannen beide nun, gemeinsame Zielstellungen zu formulieren, wie z.B.

- Anerkennung der Erstausbildung als Krankenschwester/Pfleger in den Mitgliedstaaten der EU.
- dem Wandel des Tätigkeitsfeldes von Krankenschwestern/Pflegern unter Berücksichtigung nationaler Besonderheiten in der Ausbildung gerecht zu werden (durch Achtung und Sensibilität für andere Kulturen).
- neue Ausbildungsschwerpunkte zur Erreichung von Schlüsselqualifikationen im stationären/ambulanten Bereich setzen.

Zu Beginn des Projektes begannen das Bildungszentrum Buch und die Pflegeschule in Liepaja, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihrer pflegerischen Aus-

bildung herauszuarbeiten, z.B. hinsichtlich des Menschenbildes, der Versorgungsleistung und didaktischer Modelle.

Die Schule in Liepalja arbeitet nach dem Pflegemodell Orems, die Schule in Buch nach dem Modell Krohwinkels .

In Lettland gibt es nur stationäre Einrichtungen für die Pflege, keine ambulanten. Diese gibt es nur für hauswirtschaftliche Arbeiten, nicht aber für die Pflege. Die Finanzierung läuft teilweise über den Staat, teilweise über die Kirche und andere private Hilfsdienste. Auch eine Überleitungspflege, wie bei uns, gibt es dort nicht.

Danach wurde über das gemeinsame Verständnis von Gesundheit und Krankheit gesprochen. Die Verständigungssprache war Deutsch, teilweise Englisch.

Als nächstes wurde die demographische Situation genauer analysiert, insbesondere die aktuellen Trends wie z.B.

- die steigende Lebenserwartung
- die Differenz zwischen Männern und Frauen beträgt in Lettland 11 Jahre durch die schlechteren Arbeitsbedingungen, normalerweise beträgt sie 7 Jahre
- Frauenüberschuss (es gibt immer mehr alleinstehende Frauen)
- Stagnierendes Bevölkerungswachstum
- Anteil alter Menschen ist steigend
- Anteil junger Menschen sinkt
- Altersrente beginnt in Lettland mit 65 Jahren, in Deutschland mit 55 Jahren, früheres soziales Alter
- Singularisierung
- Pluralisierung der Lebenslagen
- in Deutschland nimmt die Zahl der Migranten zu

Der nächste Schritt bestand in der Organisation eines Schüleraustausches, in dem Schüler aus beiden Ländern die Möglichkeit hatten, jeweils eine Woche in Lettland bzw. in Deutschland zu verbringen. Während des Aufenthaltes wurden beide Betreuungssysteme miteinander verglichen, ebenfalls die sozialen Unterschiede mit der Betonung auf Ressourcen und Kompetenzen.

Verständlicherweise waren sie Besucher aus Lettland von unserem „Wohlstand“ sehr berührt und beeindruckt.

Vergleicht man nun beide Ausbildungssysteme miteinander, so lassen sich doch einige Unterschiede feststellen: (siehe Tabelle)

Deutschland	Lettland
Pflegedefinierte Ausbildung	Medizinisch orientierte Ausbildung
Finanziert über Pflegegesetz	Staatliche Finanzierung
Theorie: 1600 Stunden	Theorie: 1700 Stunden
Praxis: im Krankenhaus/ Sozialstation vorgeschriebene Praktika (mind. 3000 Stunden)	Praxis: im Kabinett (Demoraum) drei Praktika im Krankenhaus nur 12 Wochen innerhalb der drei Jahre, hauptsächlich im Demoraum

Betrachtet man den Unterschied in der praktischen Ausbildung der beiden Länder, so wird deutlich, dass eine Notwendigkeit für die Entwicklung eines gemeinsamen europäischen Curriculums in Bezug auf die praktische Ausbildung besteht.

An dieser Stelle begann eine gemeinsame Diskussion bzw. ein gegenseitiger Austausch über die Erfahrungen der Teilnehmer in Bezug auf die interkulturelle Pflege an ihren Schulen. Ebenfalls wurde Frau Tinius über ihre persönlichen Erfahrungen und Eindrücke in Lettland befragt.

Nach Meinung von Frau Tinius kann man, was die ganzheitliche Betrachtung des Menschen in Lettland betrifft, viel lernen. Man wird in vielen Dingen „bescheidener“ hinsichtlich der Frage: „Brauche ich das wirklich?“ Besonders zu erwähnen wäre auch die persönliche Einstellung der Pflegenden zur Pflege. Sie selbst bestimmen nicht, wer welche Pflege erhält, sondern sie fragen danach: Will der Betroffene überhaupt meine Pflege und welche Pflege möchte er erhalten?

Folgende drei Punkte sind für die Auseinandersetzung mit interkultureller Pflege besonders wichtig:

1. das Bewusstwerden der eigenen kulturellen Normen und Werte
2. Öffnung für andere Pflegeerwartungen, - umsätze und -handlungen
3. Hinterfragen und Neugestaltung bisheriger Formen des Umgangs

Nach Meinung einer Teilnehmerin muss die Austauschsituation von beiden Seiten kommen, wie die gegenseitige Bereitschaft sich zu öffnen durch gegenseitiges Nehmen und Geben und durch den Abbau von Vorurteilen. Ebenfalls sollten die Schulen sich vernetzen durch persönliche Kontakte, Studienfahrten und Austausch. Sie berichtete über ihre eigene Erfahrung im Austausch mit Ungarn.

Ein weiterer Teilnehmer griff die Frage auf, warum z.B. bei der Robert Bosch Stiftung Anträge für Austauschprojekte angefordert werden, sie aber fast nie ausgefüllt zurückgeschickt würden. Der Mut zum zweiten Schritt ist oft nicht vorhanden.

Ein weiteres Problem ist, dass die Schüler den Auslandsaufenthalt eher als „Urlaub“ betrachten würden.

Eine andere Teilnehmerin berichtet über ihre Erfahrung an der Schule im Umgang mit ihrer „heterogenen“ Klasse. Nach ihrer Meinung sollte man nach gemeinsamen Werten und Normen Ausschau halten. Wir würden mehr auf Unterschiede als auf Gemeinsamkeiten achten. Ihre eigene Weltanschauung hätte sich durch diese Klasse geändert; man betrachtet die ausländischen Schüler eher vorurteilsloser.

Am Ende der Veranstaltung berichtet eine Teilnehmerin über eine anthroposophische Einrichtung, welche von den Schülern vor Beginn der Ausbildung einen Auslandsaufenthalt voraussetzt. Dies würde zur Achtung und Wertschätzung anderer Menschen beitragen. Auch neben der Ausbildung müssen sich dort die Schüler mit einem anderen Projekt außerhalb der Pflege beschäftigen, wie z.B. Kunst.

Resümee

Die interkulturelle Pflege gewinnt immer mehr an Bedeutung. Allein in Deutschland haben wir es mit vielen unterschiedlichen Kulturen zu tun, mit welchen wir uns auseinandersetzen müssen. Gerade in einem vereinten Europa sollte man sich über die unterschiedlichen Kulturen informieren, um in Europa eine einheitliche Ausbildung für die Pflege zu erlangen. Was das Bildungszentrum für Gesundheit in Buch betrifft, so sieht man, dass die ersten Schritte hierfür getan sind.

Arbeitsgruppe IV Pflegeschüler im Auslandseinsatz

Referentin: **Torsten Jäger**
MScN, Lehrer für Pflegeberufe, Gießen
Volker Jancke
Lehrer für Pflegeberufe, Münster

Protokollantin: **Dorit Weiss**
Studentin Pflegepädagogik, Fachhochschule Bielefeld

Vorstellung Projekt Gießen:

Pflegeschüler im Auslandseinsatz

Im April 1996 nahm eine Gruppe von Krankenpflegeschülerinnen der Krankenpflegeschule am Uniklinikum Gießen an einem Austauschprogramm der EU teil. Der Austausch erfolgte mit dem College of Nursing and Midwifery der Universität Dundee/Schottland. Ausgehend von den Erfahrungen mit dem EU Projekt „Leonardo da Vinci“ hat sich am Bildungszentrum des Uniklinikums Gießen der Auslandseinsatz für Auszubildende etabliert.

„Die geographische Mobilität erweitert den persönlichen Horizont, stimuliert die geistige Beweglichkeit und steigert die Allgemeinbildung. Sie kann sich nur positiv auf die Lernfähigkeit auswirken, die es heutzutage so dringend zu entwickeln gibt“. Edith Cresson, Mitglied der Europäischen Kommission

Infolge der Maastrichter Verträge vom 01.11.93 wurde die Verwirklichung des Europäischen Binnenmarktes beschlossen, der unter anderem die Angleichung von Berufsausbildungen und die Angleichung von Diplomen regelt. Es wurde der Startschuss für eines der größten EU Bildungsprogramme, das Leonardo da Vinci Programm, gegeben.

Für das Jahr 1996 beantragte die Krankenpflegeschule am Uniklinikum Gießen die Förderung im Rahmen des Programmes „Leonardo da Vinci.“ Die Carl Duisberg Gesellschaft diente dabei als nationale Koordinierungsstelle. Mit den bewilligten finanziellen Mitteln wurden Reisekosten und Aufenthaltskosten sowie eine sprachliche Vorbereitung finanziert. Im Bereich der Krankenpflege handelte es sich hierbei um eine der ersten Maßnahmen dieser Art in Deutschland.

Ein vorrangiges Ziel des „Leonardo da Vinci“ Programms der Europäischen Union ist es, das Konzept des lebensbegleitenden Lernens in den Mitgliedstaaten umzusetzen. Es geht darum, der Berufsbildung zu helfen, Berufe von morgen vorzubereiten, Entwicklungen zu antizipieren, sowie neue Wege und Methoden bekannt zu machen, zu entwickeln und zu erproben. Diese Ziele wurden bei der Antragstellung berücksichtigt.

Die damalige Partnersuche gestaltete sich als sehr zeitaufwendig und schwierig. In Absprache mit den Auszubildenden wurde Großbritannien als Zielland gewählt. Im Verlauf der ersten Telefonate wurde festgestellt, dass viele Nursing Schools schon internationale Partnerschaften hatten und deshalb an keinen weiteren Kontakten interessiert waren. Durch eine Adressenliste des British Council in Köln konnten ca. 60 Nursing Schools schriftlich kontaktiert werden. Nach mehreren Monaten und vielen Briefwechseln hat sich das College of Nursing in Dundee bereit erklärt eine Austauschmaßnahme durchzuführen.

Der Austauschpartner, das College of Nursing der University of Dundee ist als Ausbildungszentrum für die Tayside Region im Osten Schottlands zuständig und bildet nahezu 1000 Studenten in Krankenpflege und Geburtshilfe aus. Mit dem Austauschprogramm sollte eine Schulkoooperation aufgebaut werden, die dem Transfer von innovativen Konzepten innerhalb der Pflegeausbildung dient.

Die Austauschmaßnahme begann mit einer kulturellen Einführung. Sie bestand aus einer einwöchigen Rundreise durch Schottland. Gegen Ende der Rundreise hatten die 16 Krankenpflegeschülerinnen durch den Einsatz in den verschiedenen Krankenhäusern Dundee's die Gelegenheit die Krankenpflege in der Praxis zu erproben. Sie hatten dort Gelegenheit unter Mitwirkung der schottischen Lehrer die vorhandenen Pflegemodelle und Pflegesysteme im Kontext des schottischen Gesundheitssystems kennenzulernen. Dies wurde durch kurze Theorieeinheiten am College of Nursing unterstützt.

Die Krankenpflegeschülerinnen haben während des Praxiseinsatzes das gerade neu eingeführte Pflegesystem des „Primary Nursing“ (Named Nurse) und das bekannte Pflegemodell nach „Roper, Logan und Tierney“ in der Theorie und in der praktischen Umsetzung in Dundee kennen gelernt. In anschließenden Theorieeinheiten im College wurden dann die vorhandenen Modelle und Konzepte mit den Deutschen Konzepten verglichen. Besonders beeindruckt waren die 16 Krankenpflegeschülerinnen vom „Primary Nursing“. Durch Kontakte zur „Named Nurse“ erlebten sie wie es ist, eigenverantwortlich und entscheidungskompetent Pflege zu planen und durchzuführen.

Ein weiterer Schwerpunkt war das Erleben des Roper, Logan und Tierney Pflegemodell. Höhepunkt war ein persönliches Treffen und Interview mit Frau Gordon geb. Logan, die begeistert von der Entwicklung des Pflegemodells erzählte. Obwohl auch in Gießen das Roper, Logan und Tierney Pflegemodell Grundlage für die Pflegeausbildung war, stellten die Krankenpflegeschülerinnen signifikante Unterschiede in der Umsetzung fest. Auch Unterschiede der Ausbildung in Großbritannien und Deutschland wurden entsprechend thematisiert.

Durch engen Kontakt zwischen Mentoren auf den betreuenden Stationen und schottischen Krankenpflegeschülerinnen wurde das Berufsbild der Krankenpflege im Nachbarland formuliert und Schlüsselqualifikationen ermittelt. Dies soll den Auszubildenden helfen, die eigene Berufsidentität genauer zu formulieren. Ein weiteres Ziel war es die Anwendung von E-learning und den Einsatz von Multimedia und Internet in Pflege und Ausbildung kennen zu lernen. Vorbereitend haben die Krankenpflegeschülerinnen am Uniklinikum Gießen einen Computerkurs gemacht um Einblicke in das World Wide Web/ Internet zu erhalten. In Dundee erhielten die Teilnehmerinnen einen Zugang zum collegeeigenen Computernetz.

Ursprüngliches Ziel des Austausches sollte der Aufbau einer regelmäßigen Internet-Kommunikation zwischen den Schülern und Lehrern beider Einrichtungen sein. Neben dem Computerkurs haben die Krankenpflegeschülerinnen in ihrer Freizeit einen Englischkurs gemacht. Ein Muttersprachler vermittelte Nursing English. Der spätere Einzelerfolg der Schülerinnen war wesentlich von den erworbenen Sprachkenntnissen abhängig.

Das Austauschprogramm, das von den Beteiligten mit viel Engagement durchgeführt wurde, diente der Vorbereitung auf mögliche berufs- und arbeitspolitische Veränderung und sollte dazu beitragen, auch in den Pflegeberufen im gemeinsamen Europa wettbewerbsfähig zu bleiben. Im Nachhinein sind allerdings auch Probleme aufgetreten, die an unserer Krankenpflegeschule dazu geführt haben einen gesonderten Weg zu gehen.

Ein gravierendes Problem waren und sind die komplizierten und sehr zeitaufwendigen Antragsverfahren von EU Projekten. Nur durch hohen Idealismus und sehr viel Engagement ist diese Maßnahme vom Projektkoordinator, in diesem Fall von Torsten Jäger, Lehrer am Bildungszentrum, durchgeführt worden. Gespräche mit anderen Projektkoordinatoren im Rahmen von CDG – Konferenzen bestätigten dies. Gleichmaßen musste man feststellen, dass die Auszubildenden, bedingt durch die Komplexität des Projektantrages wenig Einflussmöglichkeit bei der Planung der Maßnahme hatten. Die Folge war, dass sich die Auszubildenden nicht so eingebracht haben wie es bei einer Austauschmaßnahme für Auszubil-

dende wünschenswert gewesen wäre. In Bezug auf die Britische Partnereinrichtung mussten wir zusätzlich feststellen, dass der Gegenbesuch wegen mangelnder bzw. nicht vorhandener Kenntnisse der deutschen Sprache nicht zustande kam.

Aufgrund dieser Probleme bieten wir seit 1996 unseren Auszubildenden einen vierwöchigen Auslandsaufenthalt innerhalb der EU an. Durch Kombination mit dem Jahresurlaub kann die Zeit individuell verlängert werden. Ziel dieses Angebotes ist es die Auszubildenden unmittelbar in die Planung einzubinden. Lehrer der Krankenpflegeschule helfen unterstützend bei der Planung des Aufenthaltes und bei der Partnersuche. Seit 1996 sind in jedem Jahr mehrere Auszubildende in EU Ländern gewesen. Bei den Zielländern handelte es sich um die Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Großbritannien und der Schweiz.

Momentan bereitet sich eine Gruppe von vier Krankenpflegeschülerinnen auf einen Praxiseinsatz in Wales vor. Außerhalb ihrer Arbeitszeit erhalten sie einen Sprachkurs im Rahmen einer neu eingerichteten AG „Nursing English“. Innerhalb dieses freiwilligen Sprachangebotes wird eine Einführung in das britische Gesundheitssystem und die Kultur gegeben. Erstmals wurde dabei das contract learning (Lernvertrag) erprobt. Contract Learning ermöglicht den Auszubildenden das eigenverantwortliche und an die individuelle Lernsituation angepasste Lernen.

Checkliste zur Planung eines Auslandsaufenthaltes

Im nachfolgenden Teil wird der Inhalt des Workshops am Nachmittag skizziert. Die einzelnen Punkte sind durch persönliche Erfahrungen und Informationsmaterial der Nationalen Koordinationsstellen entwickelt worden. Die Auflistung orientiert sich an einer möglichen Antragstellung von EU Projekten im Rahmen von Leonardo da Vinci oder Sokrates Programmes. Wird ein Praktikum oder eine Maßnahme ohne EU Förderung geplant, erleichtert sich die Durchführung und der Zeitaufwand sinkt erheblich.

Phase 1

1. Gründe für einen Auslandsaufenthalt/Wahl des Projektthemas

Mögliche Themen:

- Erweiterung des persönlichen Horizontes
- Fachliche Zusatzqualifikationen

- Erlernen neuer Arbeitstechniken und -methoden in der Pflege
- Pflegewissenschaftliche Themen
- Ausbildungsdefizite
- Verständnis für andere Kulturen
- bessere Chancen auf dem europäischen Arbeitsmarkt

Erarbeitung des Themas in der Gruppe der Auszubildenden:

Für den Erfolg eines Projektes gibt es zwei zentrale Voraussetzungen:

1. eine klare Zieldefinition aufgrund einer Bedarfsanalyse
2. eine Partnerschaft, die auf der Grundlage gemeinsamer Ziele entsteht

Das *Leonardo da Vinci* Programm formuliert folgende Zielsetzungen:

- die Maßnahme soll das Niveau der Ausbildung an technologische, wirtschaftliche und soziale Entwicklungen fördern.
- sie soll den Zugang zur Berufsbildung und zu lebenslangem Lernen eröffnen und sichern.
- die Maßnahmen sollen nach Möglichkeit längerfristige Partnerschaften zu Folge haben.
- der Ausbildung soll eine europäische Dimension hinzugefügt werden.

Im Sokrates II Programm/ Teilbereich Comenius sind die wesentlichen Zielsetzungen:

- eine pädagogische Konzeption
- der Bezug zur Berufsausbildung
- erweiterte Fremdsprachenkompetenz
- interkulturelle Dimension
- das sichtbare Ergebnis der gemeinsamen Arbeit und das Herstellen einer Dokumentation

Zusammenstellung einer Gruppe

- Gruppengrößen möglichst klein halten (Gruppen über 10 Teilnehmer überfordern viele Partnereinrichtungen und führen zur Ablehnung)
- Reserveteilnehmer aussuchen
- Motivation, sprachliche Fähigkeiten und Teamfähigkeit feststellen

2. Freistellung durch die Krankenpflegeschule

- „Pluspunkte bzw. Argumentationshilfen sammeln“ (Vorteile für das Image und die Außenwirkung von Krankenpflegeschule/Krankenhaus heraus arbeiten)

- Erlaubnis einholen: Schulleitung/Pflegedirektorium
- ca. 6 - 8 Monate Vorlaufzeit bedenken
- Ein Teil des Auslandseinsatzes in den Jahresurlaub legen (zeigt Eigeninitiative an!)
- Praktikum als Bildungsurlaub durchführen (muss vom jeweiligen Ministerium anerkannt werden. Es werden nur Maßnahmen der politischen Bildung gefördert!); denkbar wäre deshalb z.B. ein Projekt im Bereich Berufspolitik/Multimedia in Verbindung mit einem Krankenhaus. Geeignete Bildungsurlaubsträger suchen (viele Bildungsurlaubsträger übernehmen die komplette Abwicklung des Projektes)

3. Partnersuche

- Suchen einer Partnereinrichtung (Partnerstädte, Berufsorganisationen, Pflegekammern, Partnerschaften von Bundesländern mit anderen europäischen Regionen, Kultureinrichtungen des Ziellandes)
- Durch die Nationalen Koordinationsstellen im Internet : Carl Duisberg Gesellschaft e.V. CDG www.cdg.de oder www.europa.cdg.de; Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB www.na-bibb.de
- Durch die EU werden bevorzugt Praktika in nicht anglo- oder frankophonen Ländern gefördert. Insbesondere Osteuropäische Länder gehören dazu.
- Manchmal ist die Suche nach einer geeigneten Partnereinrichtung eine mühsame Angelegenheit. Ausgangspunkt jeder erfolgreichen Partnersuche ist eine möglichst genaue Beschreibung der eigenen Ziele und Interessen.

Konkret:

- Was soll mit dem Projekt erreicht werden?
- welche Ausbildungsstruktur gibt es im Partnerland? Informationen bei www.cedefop.gr.
- Wie lange soll das Praktikum/Maßnahme dauern, wie groß ist der Organisationsaufwand /welche Kosten kommen auf die aufnehmende Einrichtung zu?

4. Anerkennung der Ausbildungszeit von der zuständigen Behörde

- Regierungspräsidium, Gesundheitsämter, Ministerien - je nach Bundesland verschiedene Zuständigkeiten (zuständige Behörde muss das Auslandspraktikum anerkennen), ist dies alles nicht möglich kann der Auslandseinsatz nur über eine Freistellung im Rahmen der Fehlzeitenregelung erfolgen, (60 Tage in drei Jahren) um das Ausbildungsziel nicht zu gefährden.

- Erfahrungsgemäß dauert dieses Verfahren sehr lange, deshalb die Vorgespräche schon rechtzeitig beginnen, um in der zweiten Phase die Bewilligung rechtzeitig zu erlangen. Erfolgte die Genehmigung werden, erneute Maßnahmen relativ zeitnah bewilligt

5. Suche nach Sponsoren

- Ortsansässige Betriebe/ Pharma Firmen/ Medizin Produkte Firmen etc.
- Evtl. Kooperation mit anderen EU Programmen und/ oder anderen Krankenpflegeschulen

6. Aktuelle Antragsunterlagen besorgen

- Anruf bei der nationalen Koordinierungsstelle
- Herunterladen der Unterlagen aus dem Internet

7. Partnerschaftsvereinbarung

Bevor der eigentliche Antrag gestellt wird und verbindliche Verträge eingegangen werden, ist es notwendig eine Bestätigung durch die Partnereinrichtung zu erhalten. Häufig ziehen Partnereinrichtungen, in letzter Sekunde ihre Bestätigung zurück

8. Der vorbereitende Besuch der Partnereinrichtung im Ausland

- Persönliche Kontaktaufnahme und Erörterung des Projektes
- Verteilung der entstehenden Arbeiten
- Sichtung der Unterbringungsmöglichkeiten/ Kosten
- Versicherungsschutz vor Ort klären
- Praktikantenvertrag durchsprechen
- Kulturprogramm/über Möglichkeiten vor Ort informieren
- Reisen im Zielland
- Aufbau von Kommunikationsschienen: E-mail, Telefon und Fax

Dieser Besuch wird zum Teil nach Bewilligung einer Maßnahme zurückerstattet.

Phase 2

In der zweiten Phase geht es darum, die Vorplanungen in die „konkrete“ Realität umzusetzen und die schriftlichen Genehmigungen/Angebote etc. einzuholen bzw. zu vervollständigen.

1. Konkrete Angebote über Reise/Aufenthaltskosten
2. Flug, Bahn, Schiff, Privatauto, Hotel, Jugendherbergen...
3. Zusammenstellen einer lückenlosen Transferschiene Heimatort und Partnerort
4. Kalkulation der gesamten Praktikumskosten und Festlegung des Teilnehmerbeitrages
5. Stellen des Antrages bei der Nationalen Koordinationsstelle; Beantragen von weiteren Unterstützungsgeldern (Stadt/Krankenhausträger/Stiftungen etc.)
6. Einholen der zweiten (nun schriftlichen/verbindlichen) Genehmigung durch die vorgesetzte Prüfungsbehörde
7. Einholen der verbindlichen Teilnehmererklärung
8. Gültigkeit von Reisepässen/ Personalausweisen ggf. Beantragung von Visa
9. Versicherungsschutz abklären lassen von der Personalabteilung des Krankenhauses
10. Einrichtung eines Projektkontos bei der Hausbank
11. Die Einrichtung eines Kontos im Ausland ist zum Teil mit hohen Kosten verbunden. Kostengünstiger ist es deshalb das Geld auf ein Privatkonto einzuzahlen und dann die eigene Kreditkarte zu benutzen (es sei denn die Hausbank stellt kurzfristig eine Kreditkarte zu Verfügung); Verfügungsrahmen rechtzeitig erhöhen
12. Generell gilt: prüfen wie schnell und jederzeit größere Summen Bargeld verfügbar sind.
13. Durchführung eines Sprachkurses, ca 10 x 3 Std., 1x pro Woche in der Landessprache/evtl. gemeinsame Verkehrssprache
14. Mehrmalige Treffen um den Auslandsaufenthalt zu planen und sich mit der Kultur vertraut zu machen.

15. Abrufen der Fördergelder bei der CDG und Abrufen der Teilnehmerbeiträge
16. Meldung der Maßnahme bei der Gemeindeunfallversicherung, evtl. private Reiseauslandsversicherung abschließen
17. Reservierung und Bestellung der Tickets für Transfer und Unterbringung
18. Überweisung der Geldbeträge

Phase 3

Während der Austauschphase ist die Anwesenheit einer Begleitperson wünschenswert. Viele Krankenpflegeschulen möchten vor Ort einen Ansprechpartner haben.

1. Durchführung der Maßnahme
2. Genaues Dokumentieren aller Tätigkeiten, neuer Ideen und Erfahrungen, Adressen, Erfolge und Misserfolge, Verbesserungen hinsichtlich nachfolgender Praktika
3. Erstellung des Maßnahmeberichts, Visualisierung der Erfahrungen (Fotos, Video...)
4. Zertifizierung der Maßnahme
5. Zertifikat über den Auslandseinsatz ausstellen lassen: Zeitdauer, Inhalte der Arbeit, erworbene Sprachkenntnisse, erworbene Arbeitstechniken
6. Europass: dieser Pass, der auch über EU Programme hinaus Anwendung finden kann, hat die Form eines Reisepasses und enthält in zweisprachiger Form Informationen über den Auslandsaufenthalt. (Die Verabschiedung erfolgte im ersten Halbjahr 1999 beim Rat der EU Bildungsminister) Informationen bei: www.europass-berufsbildung.de
7. Evaluierung und Verbreitung
8. Durchführung von Informationsveranstaltungen
9. Zeitungsberichte, Werbung für EU Projekte, für die Unterstützung durch Sponsoren danken

Nützliche Adressen:

Nationale Koordinierungsstellen für das Programm Leonardo da Vinci

Carl Duisberg Gesellschaft e.V. – Gruppe Westeuropa

Weyerstraße 79-83

50676 Köln

Tel. 0221- 2098-365

Fax 0221- 2098-114

Uta-M. Behnisch

Dr. Monique Nijsten

Bundesinstitut für Berufsbildung – Nationale Agentur „Bildung für Europa“

Herrman- Ehlers Straße 10

53113 Bonn

Tel. 0228- 107-0

Anke Dreesbach

Nationale Agenturen für das Programm Sokrates/Lingua

Carl Duisberg Gesellschaft e.V. – Gruppe Westeuropa

Weyerstraße 79-83

50676 Köln

Tel. 0221- 2098-292

Fax 0221- 2098-114

Rainer Krippendorf

Nationale Agentur für das Programm Jugend für Europa

Deutsches Büro „Jugend für Europa“

Hochkreuzallee 20

53175 Bonn

Tel. 0228-9506-0

Fax. 0228-9506-222

Hans Georg- Wizka

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie

Heinemannstraße. 2

53170 Bonn

Tel. 0228- 25110

Fax. 0228- 572096

Peter Thiele

Vorstellung Projekt Münster:

Die internationale Arbeit an der Evangelischen Ausbildungsstätte des Münsterlandes für pflegerische Berufe, Münster (EAM)

Allgemeines

Die internationale Arbeit beruht auf zwei Säulen:

Die internationale Schülerbegegnung über den „internationalen Arbeitskreis Sonnenberg“ und das EU Schülervermittlungsprogramm „Leonardo Da Vinci“

1. „Internationaler Arbeitskreis Sonnenberg“

1990 wurden über die Hogeschool in Enschede Kontakte zu unserer Schule aufgenommen mit dem Ziel, eine jährlich stattfindende Begegnung von Auszubildenden in der Krankenpflege auf internationaler Ebene zu installieren. Die Zahl der teilnehmenden Länder an der jeweils siebentägigen Konferenz hat sich von ursprünglich zwei (Deutschland, Niederlande) auf heute sechs Länder (Niederlande, Finnland, Estland, England, Belgien und Deutschland) erhöht. Der Tagungsort ist St. Andreasberg im Harz im internationalen Haus Sonnenberg. Die Leitung der Konferenz hat seit 1997 Frau Schmidt, Schulleiterin der EAM.

Die Teilnehmerzahl beträgt 50, davon ca. 10 Krankenpflegeschüler der EAM. Lehrer und Lehrerinnen der beteiligten Institutionen begleiten die Teilnehmer und gestalten das Programm selbständig. Die Tagungssprache ist deutsch/englisch (Simultanübersetzung durch Dolmetscher).

Zielsetzung

Die teilnehmenden Krankenpflegeschüler/-studenten lernen andere Ausbildungen und Ausbildungssysteme in der Krankenpflege in Europa kennen, u.a. durch den Vergleich von Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen.

Durch den fachlichen Austausch zu exemplarischen Themen bzw. Pflegesituationen werden unterschiedlichen Herangehensweisen und Pflege-theorien verglichen.

Die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitswesen der einzelnen Länder werden durch Beiträge der Länder bekannt.

Durch persönliche Begegnungen werden Bekanntschaften und Freundschaften über die Grenzen hinweg geschlossen und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Völkerverständigung.

Durch die Kommunikation untereinander wird die sprachliche Kompetenz gefördert (Englisch).

Aktivitäten innerhalb des Projekts

Die Vorbereitungen der Schüler/Studenten für die Tagung werden in den beteiligten Einrichtungen durchgeführt. Dazu gehören die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Pflegemodellen, dem Pflegeprozess und dem nationalen Gesundheitssystem sowie der eigenen Ausbildung und deren Reform.

Vorbereitung und Erstellung des Tagungsprogramms liegen in der Verantwortung der EAM in Kooperation mit den Niederländern. Dabei werden in Absprache mit den anderen Partnern Motto und Inhalte festgelegt, Workshops organisiert und Referenten für die Impulsreferate rekrutiert. Im letzten Jahr leiteten folgende Inhalte die Tagung:

Die gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich, die Frage nach Folgen gesundheitspolitischer Entscheidungen für das Individuum, Theorien über Gesundheit und Krankheit im gesellschaftlichen Wandel, Probleme, Ziele und Maßnahmen einer gemeinsamen europäischen Gesundheitspolitik sowie Möglichkeiten und Chancen der Zusammenarbeit im zukünftigen Europa. Dabei wurden die Themen mit entsprechenden Impulsreferaten aus den einzelnen Ländern eingeführt. Am Ende der Tagung fand nach Vorstellung der Workshop-Ergebnisse eine Zusammenfassung und Auswertung statt.

Eine Exkursion zum Klinikum Wahrendorff, exemplarisch für eine Einrichtung des Gesundheitswesens stehend und eine Exkursion nach Goslar finden als Fixpunkte jeder Tagung statt. Als Höhepunkt der Tagung wird von den Teilnehmern der internationale Abend empfunden, auf dem sich jedes Land mit Sketchen oder Spielen präsentiert.

Probleme, die aufgetreten sind, betreffen vor allem die organisatorische Abwicklung im Vorfeld der Tagung; zu spätes Melden der Teilnehmerzahl aus den einzelnen Ländern bedeuten Planungsunsicherheit. Ein zweites Problem ist die Finanzierung der Tagung, zum großen Teil durch die Teilnehmer selbst, aber auch durch Zuschüsse, die von Jahr zu Jahr reduziert werden. Die Zuschüsse werden durch den Internationalen Arbeitskreis Sonnenberg beantragt. Ein Partnerinstitut ist nicht in der Lage, regelmäßig an der Tagung teilzunehmen, da sich die Studenten die hohen Eigenanteile nicht leisten können.

Probleme während der Tagung sind als eher gering zu bewerten, bei einer Überzahl von Teilnehmern eines Landes kann es ggf. zu Abstimmungsschwierigkeiten kommen.

Ergebnisse der Tagung

1. Jeder Teilnehmer hat eine eigene Standortbestimmung vornehmen können.
2. Die gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Probleme sind vergleichbar.
3. Lösungen der Probleme hängen wesentlich von kulturellen Einflüssen, den Prioritäten der Politik etc ab.

4. Der Stellenwert der berufspolitischen Entscheidungen wirkt sich unmittelbar aus auf die Ausbildungsqualität und -kapazität.
5. Alle Teilnehmer haben sich im besonderen Maße identifizieren können mit Zielen, Inhalten und Methoden.

Stand des Projekts heute

Zur Zeit findet wieder eine Tagung in Sonnenberg mit dem Thema „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert?“ statt. Wie oben erwähnt, ist sicherlich die weitere Finanzierung problematisch, ggf. müssen andere Finanzquellen gefunden werden, um die erfolgreiche Arbeit fortzusetzen.

2. Das EU Schülervermittlungsprogramm „Leonardo Da Vinci“

Die Schülervermittlung entstand aus der Internationalen Tagung Sonnenberg, wobei die finnischen Kollegen aus Tampere mit der Bitte an uns herantraten, mit uns einen Schüleraustausch zu organisieren.

Mit Hilfe der Carl Duisberg Gesellschaft, einer nationalen Koordinationsstelle der EU für die Vermittlung von Personen in der Erstausbildung ins Ausland, führen wir seit 1995 Vermittlungsmaßnahmen im Rahmen des Leonardo Da Vinci Programmes durch. Diese beschränkten sich zunächst auf die Fachhochschule in Tampere Finnland.

Ebenfalls im Jahr 1995 wurde ein Netzwerk für europäische Fachhochschulen für Krankenpflege, „Florence network“, gegründet, deren Gründungsmitglied die EAM ist. Über dieses Netzwerk bekamen wir auf einer jährlich stattfindenden Konferenz Kontakt zu einer Krankenpflegeschule in Naestved, Dänemark, die auch einen Schüleraustausch mit uns organisieren wollte. Seit 1999 werden von uns mit unterschiedlicher Teilnehmerzahl, gefördert über das EU-Programm Leonardo Da Vinci, Schülervermittlungsmaßnahmen mit Dänemark und Finnland durchgeführt. Das heißt, es kommen Studenten der Krankenpflege aus den skandinavischen Ländern zu uns und wir schicken Krankenpflegeschüler zu den Partnern.

Zielsetzung

Die Schüler sollen eine für sie andere Kultur kennenlernen, das dortige Gesundheitssystem erfahren und sich damit auseinandersetzen.

Durch die Beschäftigung mit einer anders strukturierten Berufsausbildung in der Krankenpflege und Vergleich mit der hiesigen sollen sie beide Ausbildungssysteme kritisch bewerten und Vor- und Nachteile benennen können.

Die Schüler sollen motiviert werden, nach der Ausbildung ihren Beruf auch innerhalb der EU auszuüben.

Die Schüler sollen erfahren, was interkulturelle Pflege in einem fremden Land bedeutet, in dem sie selbst fremd sind, dabei Toleranz gegenüber anderen Kulturen entwickeln bzw. weiterentwickeln.

Sie sollen ihre sprachlichen Fähigkeiten weiterentwickeln und vertiefen.

Durch die Vermittlungsmaßnahmen soll die Völkerverständigung gefördert werden.

Es soll mehr Bildungsmobilität über die Grenzen hinweg erreicht werden, so dass ein „EU-Bildungsraum“ entsteht.

Durch Gedanken- und Erfahrungsaustausch der Dozenten untereinander sollen mögliche veränderte Beschäftigungsprofile in der Krankenpflege erkannt und weiterentwickelt werden, die Ausbildung in der Krankenpflege weiter internationalisiert und neue Ausbildungsformen, Fachdidaktiken und Methodenverfahren erprobt werden.

Durch die Erfahrungen mit den internationalen Partnern soll die Innovationsfreudigkeit gestärkt werden, um die hiesige Ausbildung zu verbessern und eine Bildungsniveauangleichung europaweit zu erreichen

Die Krankenpflegeschule soll durch die Vermittlungsmaßnahmen auch eine Stärkung ihrer Position auf dem Ausbildungsmarkt erfahren.

Aktivitäten innerhalb des Projekts

Das Projekt wird durch die Carl Duisberg Gesellschaft als nationales Büro der EU begleitet und für einen Zeitraum von zwei Jahren bezuschusst. Nach der erfolgreichen Antragstellung, die bis zum Januar erfolgen muss, können die Schüler frühestens ab Juni in das Gastland fahren. Als Vorbereitung für den Aufenthalt dienen Sprachkurse (in Englisch), theoretische Einführungen in das Gesundheitssystem der Länder durch ehemalige Gastschüler und Informationen über die Länder durch den für die Vermittlung verantwortlichen Lehrer, Herrn Jancke. Dieser organisiert auch die Reise und hält den Kontakt zu den Auslandspartnern. Wer von den Schülern fahren kann, hängt zum einen von deren Voraussetzungen ab (gute Leistungen im Theoretischen und Praktischen, zum anderen aber auch von den Dienstgebern der Häuser, in denen die Schüler ihre praktische Ausbildung absolvieren, da die Ausbildungsvergütung während des Auslandsaufenthaltes weiter läuft.

In den aufnehmenden Häusern werden die Schüler in Praxisgebieten eingesetzt, die ihrem bisherigen Ausbildungsverlauf entsprechen. Die Ausbildungszeiten sind vom Gesundheitsamt anerkannt, so dass keine Ausbildungsverlängerung nötig ist. Die Schüler fahren in der Regel für drei Monate nach Tampere (FI) und ca. zwei Monate nach Naestved (DK).

Vor Ort werden sie von der für die internationale Schülervermittlung zuständigen Fachlehrerin betreut, in den Praxisstätten durch Mentoren. Zusätzlich zur praktischen Ausbildung besuchen die Schüler in Tampere die internationale Klasse

(Unterrichtssprache Englisch) und bekommen dort in das Gesundheitswesen und die Kultur von Finnland Einblicke.

Während des Aufenthaltes müssen sie von der EAM mitgegebene Aufträge bearbeiten und am Ende eine Ergebnissicherung durchführen.

Außer diesen Aufenthalten kommt es zu Gastbesuchen der Lehrer in den jeweiligen Partnerinstitutionen mit regem fachlichen Austausch. Diese erfolgen sinnvollerweise zu Zeiten, in denen die Schüler vor Ort sind.

Probleme, die auftreten bzw. aufgetreten sind, betreffen vor allem die komplizierte und sehr anspruchsvolle, umfangreiche Antragstellung mit einem aufwendigen Finanzierungsplan. Die Anträge werden inhaltlich und äußerlich immer wieder durch die EU modifiziert, so dass die Antragstellung nur mit erheblichem Zeitaufwand vonstatten geht. Ähnlich verhält es sich mit der Abrechnung am Ende der Maßnahmen.

Die Ergebnisse des Projekts

Man kann sagen, dass die Ziele, die die Vermittlungsmaßnahmen leiten, in der Regel erreicht wurden.

Durch die Evaluierung der Schülerberichte und der Aufgabenergebnisse wird deutlich, dass die Schüler durch den Vergleich der entsprechenden Ausbildungsformen mit der unsrigen Vor- und Nachteile der Systeme kennengelernt haben.

Sie berichten häufig, dass sie durch eigene Standortbestimmung und Bewusstsein der eigenen Einstellung gegenüber Fremden nun eher (nicht nur in der Pflege) auf Menschen anderer Kulturen zugehen und ein besseres Verständnis für deren Bedürfnisse haben.

Die sprachlichen Fähigkeiten wurden naturgemäß von den Schülern am besten weiterentwickelt, die alleine in das Gastland führen. Die fremde Sprache wurde eher in Ansätzen erlernt, Englisch dagegen als Umgangssprache genutzt.

Gedanken- und Erfahrungsaustausch der Lehrer findet bei gegenseitigen Besuchen statt, wobei die Sonnenberg-Tagung ebenfalls Möglichkeiten dazu bietet.

Einige der ehemaligen Austauschschüler sind nach der Ausbildung in EU-Länder gezogen, um dort in der Krankenpflege berufstätig zu sein, davon zwei nach Finnland.

Stand des Projekts heute

Leider wurde der letzte Antrag für die nächste Maßnahme von der CDG nicht genehmigt, wir hoffen aber, dass wir bei der nächsten Antragsrunde wieder dabei sind, um die Arbeit weiter erfolgreich durchführen zu können.

Zur Zeit ist ein Student aus Finnland für drei Monate bei uns zu Gast, er wird in drei verschiedenen Krankenhäusern praktisch ausgebildet (Gerontologie, Gerontopsychiatrie, Pädiatrie) und ist im Augenblick auf der Sonnenbergtagung im Harz, an der auch wieder Vertreter seiner Schule teilnehmen.

Protokoll zur Arbeitsgruppe:

Die Arbeitsgruppe beginnt mit einer Vorstellungsrunde.

Danach wird zunächst das Projekt an der Ev. Ausbildungsstätte des Münsterlandes für pflegerische Berufe Münster/ Westfalen von Herrn Jancke vorgestellt. In diesem Projekt wurden Erfahrungen gesammelt, zu einem 3-monatigen Schüleraustausch nach Norwegen und Dänemark.

Im Anschluss präsentiert Herr Jäger seine Erfahrungen mit einem Projekt am Bildungszentrum für Pflegeberufe am Uniklinikum Gießen zum 4wöchigen Schüleraustausch.

Es werden offene Fragen zu den Projekten geklärt.

Dann wird eine konkrete Planung eines Schüleraustausches anhand der Checkliste zur Planung eines Auslandsaufenthaltes durchgeführt. Dabei werden folgende Fragen diskutiert:

- Ist eine Praktikumsbegleitung im Ausland durch eine Lehrkraft notwendig?
Die Praktikumsbegleitung ist nicht zwingend nötig, die Betreuung der Schüler im Ausland sollte aber vorher abgeklärt werden (pädagogische Begleitung). Die Begleitung muss finanziert werden, z.B. durch Verwaltungsgelder von Leonardo.
- Gibt es immer einen Gegenbesuch?
Evtl. schwer zu verwirklichen, da z.B. in England nur wenige Personen deutsch sprechen. Hängt immer vom Austauschland ab.
- Welche Probleme gab es von Schülern vor Ort?
 - Heimweh
 - Essen
 - Sprache => je besser die sprachliche Fähigkeit des Schülers, desto erfolgreicher wird vom Schüler der Aufenthalt empfunden
 - Kultur => z.B. Höflichkeit (England)
 - Verpassen von Studientagen => aufholen des Stoffes (wird durch die Abschaffung der Studientage verhindert)
- Welche Probleme gab es bei ausländischen Gastschülern?
 - Arbeitsleistung in Deutschland meist höher
 - Anderer Pflegeansatz => hier sehr medizinisch orientiert
 - fehlender Pflegeprozess in Deutschland
 - Freizeitgestaltung, die Deutschen sind nicht so offen für Einladungen

Um eine optimale Betreuung der Gastschüler zu gewährleisten, ist die Bestimmung einer Bezugsperson im Vorfeld notwendig.

- Wie sieht die Praktikumsaufgabe aus?
Es werden verschiedene Beispiele aufgeführt:
 - detaillierter Bericht
 - Wörterbuch erstellen
 - Gesundheitssystem beschreiben (Vor- und Nachteile)
- Bei EU-Projekten sind die Aufgaben durch Ziele definiert.

Es entwickelt sich ein Gespräch mit Oberkursschülern des LKH-Wunstorf (Teilnehmer der AG) über deren Organisation einer geplanten Studienfahrt ins Ausland. Abschließend wird eine Evaluationsrunde über Meinungen zur Arbeitsgruppe und zum Thema durchgeführt.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Dirk Lau, Katja Sandbote

Der Workshop „Internationale Vernetzung der Pflegeschulen und der Pflegeausbildung“ zeigte eine Vielzahl von Ideen und Perspektiven zum internationalen Austausch in der Pflege auf. Es wurde deutlich, dass transnationale Projekte einen wertvollen Beitrag zur Ausbildungsqualität und zur persönlichen Weiterentwicklung der Beteiligten leisten können. Der internationale Austausch mit Schulen bzw. Hochschulen fördert den Blick für die fremde, aber auch für die eigene Wirklichkeit. Gemeinsamkeiten und Unterschiede im pflegerischen Denken werden wahrgenommen, die Reflexion der eigenen Tätigkeit angeregt.

Die drei Vorträge zu Beginn des Workshops erfüllten die Aufgabe in die Thematik der internationalen Vernetzung im Rahmen der Pflegeausbildung einzuführen. Dargestellt wurden die Ausbildungslandschaft in Europa, Richtlinien zur gegenseitigen Anerkennung von Abschlüssen in der Pflegeausbildung und die Verortung des deutschen Pflegeausbildungssystems innerhalb der EU. Beispielhaft für gelungene europäische Kooperation und Vernetzung in der Pflegeausbildung wurde ein bi-nationales Projekt zwischen einer niederländischen und einer deutschen Pflegeausbildungsstätte präsentiert.

Im Rahmen der Arbeitsgruppen stellte sich noch mal die Vielfalt der unterschiedlichen Möglichkeiten internationaler Vernetzung heraus. Neben konzeptionell und curricular ausgerichteten Projekten (AG 2: Modularisierung der Pflegeausbildung und AG 3: Pflege international – Unterrichtskonzeptionen „Interkulturelle Pflege“), wurden die strukturelle Zusammenarbeit (AG 1: Kooperation zwischen der Schwesternschule der Universität Heidelberg und der Oxford Brookes University) und der gegenseitige Austausch von SchülerInnen und LehrerInnen (AG 4: Pflegeschüler im Auslandseinsatz) fokussiert.

Durch die Vorstellung der jeweiligen Projekte entwickelten sich in den Arbeitsgruppen konstruktive Diskussionen und ein reger Austausch unter den TeilnehmerInnen. Thematisiert wurden die Planung, Durchführung und Evaluation internationaler Projekte sowie die gemeinsame Entwicklung curricularer Konzeptionen. Praxisrelevante Hinweise für die Organisation solcher Initiativen und Leitfäden zum Vorgehen waren weiterer Bestandteil der Arbeitsgruppensitzung. Durch die Teilnahme von SchülerInnen an der Arbeitsgruppe „Pflegeschüler im Auslandseinsatz“ erhielt dieser Bereich eine besonders aktuelle und praktische Bedeutung.

Es wurde allerdings klar, dass internationale Vernetzung neben vielen positiven Effekten auch Problemstellungen mit sich bringt. Hierzu gehören die Heterogenität der Bildungssysteme und Ausbildungsgänge, sprachliche Barrieren, komplexe Projektantragsverfahren und das Rekrutieren von Partnerinstitutionen.

Die Evaluation des Workshops zeigte, dass das Thema ‚Internationale Vernetzung‘ ein interessanter und aktueller Komplex in Hinblick auf die Arbeit der Pflegeschulen ist.

Die zeitliche Planung der Veranstaltung wurde als insgesamt zu eng empfunden, der Anteil der Referate als zu hoch. Außerdem kam es zu den Anregungen zwei Arbeitsgruppen pro TeilnehmerIn anzubieten und den Veranstaltungsbeginn etwas später anzusetzen. Diesen Hinweisen werden wir im Rahmen unseres nächsten Workshops nachgehen, die Auswertung der Evaluation finden Sie Ende dieses Readers.

Kontaktadressen der Referenten:

Inge Bergmann-Tyacke
Am Grashof 35
28355 Bremen
0431-597 1087
bergmann-tyacke@vwk.uni-kiel.de

Volker Jancke
Ev. Ausbildungsstätte des Münsterlandes für pflegerische Berufe e. V.
Coerdestraße 58-60
48147 Münster
0251/ 209242

Torsten Jäger
Krankenpflegeschule der Justus-Liebig-Universität Gießen
Gaffkystraße 18
35392 Gießen
0641/ 994 0447
torsten.jaeger@fwz.med.uni-giessen.de

Andrea Lamers
Fachhochschule Bielefeld
Am Stadtholz 24
33609 Bielefeld
0521/106-7426

Frau Prof. Dr. Annette Nauerth
Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Am Stadtholz 24
33609 Bielefeld
0521/ 106 7436
annette.nauerth@fh-bielefeld.de

Reinald Schmidt-Richter
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Schwesternschule
Im Neuenheimer Feld 320
69120 Heidelberg

Gertrud Stöcker
Sadowastr. 60
42115 Wuppertal
0177/8190347

Angelika Tinius
Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen Berlin/ Brandenburg e.V.
Karower Str. 11
13125 Berlin
030/94030611

Dr. Bodo de Vries
Caritas Bildungswerk Ahaus
Westheimerstraße 41
48683 Ahaus-Wessum
02561/ 936225
Fax: 02561/ 69228
CBW-Ahaus@t-online.de

Evaluationsergebnisse der Veranstaltung

Fragen	Median N =19
(1 = gar nicht, 2 = in geringem Maße, 3 = teils/teils, 4 = weitgehend, 5 = vollständig)	
<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit sind Ihre Erwartungen erfüllt worden? 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit hatten Sie die Möglichkeit sich innerhalb des Workshops einzubringen? 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit haben Sie Anregungen für Ihren weiteren Arbeitsprozess gefunden? 	3,5
<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit ist Ihrer Meinung nach der fachliche Austausch/ die Vernetzung gelungen? 	4

Frage	Median N =19
(1 = unangemessen, 2 = überwiegend unangemessen, 3 = teils/teils, 4 = überwiegend angemessen, 5 = angemessen)	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie angemessen waren Ihrer Meinung nach die Arbeitsmethoden? 	4

Fragen	Median N =19
(1 = sehr schlecht, 2 = schlecht, 3 = geht so, 4 = gut, 5 = sehr gut)	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen Sie die Auswahl der Themen? 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen Sie die Arbeitsatmosphäre? 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen Sie die Organisation des Workshops? 	5

Frage	Median N = 19
(1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = geht so, 4 = zufrieden, 5 = sehr zufrieden)	
• Wie zufrieden sind Sie mit der Veranstaltung insgesamt?	4