1 Einleitung

1.1 Begründung und Relevanz, Ziele der Arbeit

Der Gedanke eine Arbeit zu dem Thema „Vermittlung beruflicher Handlungskompetenzen für das pflegeberufliche Handeln im ambulanten Bereich“ zu schreiben kam mir während meines Praxissemesters an einer staatlichen Berufsfachschule für Altenpflege. Es fiel mir auf, dass bislang der Fokus für die gesamte theoretische Ausbildung hauptsächlich auf der Vermittlung von Handlungskompetenzen für den stationären Bereich liegt. Da ich seit nunmehr vierzehn Jahren als Krankenschwester in der ambulanten Pflege tätig bin, gilt mein Hauptaugenmerk entsprechend der ambulanten Pflege.

An der Altenpflegeschule waren zwei Schülerinnen in verschiedenen Ausbildungsjahren, deren praktische Ausbildungsstätten ambulante Pflegedienste waren. Mein Eindruck war, dass der Unterricht trotzdem ausschließlich an stationären Bedarfen ausgerichtet ist und der ambulante Bereich keine Beachtung findet im Unterricht.

Durch meine langjährige praktische Erfahrung in der ambulanten Pflege habe ich die in den letzten Jahren zum Teil sehr gravierenden Veränderungen in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen mitverfolgen können. Daraus resultiert auch die Notwendigkeit, die Kompetenzanforderungen an Pflegende für den ambulanten Bereich anzupassen.

Der Bedarf an Altenpflegekräften für den ambulanten Bereich ist laut Becker (vgl. Becker 2006a, 22) erheblich gestiegen. Immer mehr ausgebildete Altenpflegekräfte werden in Zukunft in der ambulanten Pflege beschäftigt sein. Das DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) geht in einer im Januar 2001 vorgelegten Prognose von einem notwendigen Zuwachs an Pflegefachkräften von 131% bis zum Jahr 2050 aus. Ursache hierfür sei der demographische Wandel. Dies steht jedoch in eklatantem Widerspruch zu den prognostizierten real vorhandenen Pflegefachkräften. Auch weiterhin wird die Hauptlast der häuslichen Pflege bei den Angehörigen liegen. Deshalb muss in Zukunft der Schwerpunkt der Ausbildung künftiger Altenpflegerinnen und Altenpfleger auf interaktive, edukative und organisatorische Kompetenzen gerichtet werden.

Die Veränderungen in der ambulanten Versorgung der Bevölkerung sind sehr vielschichtig. Zum Ersten wurde mit der Einführung der Leistungen für die ambulante Versorgung durch die Pflegeversicherung am 1.April 1995 die Grundlage für ein verändertes Selbstverständnis der Pflegeempfänger gegenüber den Pflegediensten gelegt. Die Pflege wird immer mehr zu einer käuflichen Dienstleistung, geprägt von starkem Konkurrenzdruck der verschiedenen Pflegedienste. Die Selbstbestimmung der Pflegeempfänger wird im §2 SGB XI explizit hervorgehoben.

Zum Zweiten stellt der Gesetzgeber den Vorrang der häuslichen Pflege gegenüber der stationären Pflege im elften Buch des Sozialgesetzbuchs §3 klar heraus. Präventionsmaßnahmen rücken verstärkt in den Vordergrund der pflegerischen Versorgung. Angesichts knapper werdender Ressourcen, bedingt durch den demographischen Wandel, werden Länder, Kommunen, Pflegeempfänger, Pflegedienste und Kostenträger nach §8 SGB XI in die gemeinsame Verantwortung genommen, die pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu regeln.
Die veränderten Rollenzuschreibungen und die geforderte Mobilität in der Berufswelt kommen zunehmend in den Versorgungssituationen in der Häuslichkeit zum Tragen. Dadurch ist die Versorgung im ambulanten Bereich nicht mehr auf rein grundpflegerische Bereiche beschränkt, sondern die Beratung und Koordination verschiedenster Versorgungsbereiche tritt in den Vordergrund. Was bisher vielfach von Angehörigen übernommen wurde, muss nun, da die Angehörigen oftmals weit weg sind bzw. keine Angehörigen da sind, von professionellen Kräften übernommen werden. Sie müssen die verschiedenen notwendigen Leistungen koordinieren und in den Alltag der Pflegeempfänger integrieren.

Des Weiteren führt die Prämisse ambulant vor stationär dazu, dass Menschen immer schneller und damit aber auch mit einem viel höheren Pflegeaufwand als noch vor ein paar Jahren in die Häuslichkeit entlassen werden. Die Zunahme chronischer Krankheiten wie Aids, Hepatitis oder auch das Wiederauftreten von Tuberkulose oder ähnlichen Krankheiten sowie die ambulante Versorgung von Schwerstkranken machen einen veränderten Pflegeaufwand notwendig. Dies erfordert aber auch andere und komplexere Versorgungsangebote. Die Pflege muss sich dem Aufgabenzuwachs stellen und in der Ausbildung darauf hinwirken, dass die dafür notwendigen pflegerisch-fachlichen, sozial-kommunikativen und Personal-Kompetenzen angelegt werden und im Sinne des lebenslangen Lernens weiterentwickelt werden können.
In ihren jüngsten Beschlusspapier vom 3.Juli 2008 in Plön bittet die GMK (Gesundheits-minister Konferenz) darum, die „Übergänge in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen vor allem zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch der Pflege und der Altenhilfe regelhafter und fachlich abgestimmter zu organisieren“ (Beschluss der 81. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 3.7.2008, TOP 10.5 www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81 &id=81_10.05. aufgerufen am 08.09.08).
Das bedeutet speziell für den ambulanten Sektor, dass Problem- und Innovationsfelder in diesem Bereich identifiziert und benannt werden müssen und in die Altenpflegeausbildung

mit einfließen müssen, um die zukünftigen Altenpflegerinnen und Altenpfleger vernünftig auf ihre Tätigkeitsfelder vorzubereiten.

Die Altenpflegerinnen und Altenpfleger werden in Zukunft auch veränderte Lebensformen bei alten Menschen vorfinden. Die klassische Familienkonstellation wird zunehmend durch Altenwohngemeinschaften oder auch (generationsübergreifende) Hausgemeinschaften ersetzt werden und damit werden auch andere Kommunikationswege, individuellere Pflegeplanungen sowie veränderte Qualitätskriterien bezüglich der Fachkompetenz der Altenpflegerinnen und Altenpfleger im Gegensatz zu einer Heimbetreuung notwendig. Eine neue Anforderung an Pflegende im ambulanten Bereich ist sicherlich auch die Zunahme von Klienten mit Migrationshintergrund und den damit verbundenen individuellen Bedürfnissen und Gepflogenheiten anderer Kulturen.

Wichtig erscheint mir, dass sowohl die lebenswelt-praktischen Anforderungen der Klienten an die im häuslichen Bereich tätigen Pflegekräfte als auch die fachlich-pflegerischen Anforderungen in der Altenpflegeausbildung berücksichtigt werden und durch wissenschaftlich fundiertes Wissen die Grundlage einer eigenständigen, selbstbewussten Ausübung des Berufes Altenpflege gelegt wird.

Das Ziel der Arbeit soll nun sein, notwendige im Verlauf der Ausbildung zu erlangende berufliche Handlungskompetenzen für die ambulante Pflege herauszustellen. Nach einer Analyse der gesetzlichen Vorgaben in der Altenpflegeausbildung, des Lehrplans, der Ausbildungs- und Prüfungsordnung in der Altenpflege, der Rahmenbedingungen, sowie der veränderten gesellschaftlichen Bedingungen in der ambulanten Pflege in Abgrenzung zur stationären Pflege, möchte ich anhand einer exemplarischen Situation klären, welche Handlungskompetenzen für diesen Bereich benötigt werden und wie sie vermittelt werden können.
Dazu sollen gesellschaftliche und persönliche Bedingungen für den Unterricht untersucht werden. Die Einordnung und Zielsetzung in der Altenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung werde ich für diese exemplarische Lernsituation genauer betrachten und untersuchen, wie sie sich für den ambulanten Bereich eignet. Methodische und didaktische Überlegungen fließen in die Überlegungen zu den Vermittlungsaspekten mit ein. Exemplarisch möchte ich dann drei verschiedene Methoden zur Vermittlung vorstellen. Pflegeberufliches Handeln, Handlungsorientierung und der Begriff der „professionellen Pflege“ sollen im Spannungsfeld zur lebenswelt-praktischen Orientierung reflektiert werden. Die Chancen und Grenzen der Umsetzbarkeit an den Lernorten Schule und Praxis möchte ich kritisch hinterfragen.

2 Rahmenbedingungen

2.1 Gesetzliche Vorgaben in der Altenpflegeausbildung

2.1.1 Lehrplan

Am 1. August 2003 ist die bundesweite Verordnung über die Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger in Kraft getreten. Die Ausbildung erfolgt seither nach dem vom Bundesverfassungsgericht bestätigten Altenpflegegesetz (AltPflG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (AltPflAPrV) für den Beruf der Altenpflegerin bzw. des Altenpflegers. Damit trat erstmals in der Geschichte der Altenpflege eine bundeseinheitliche Ausbildungsregelung in Kraft. Die Altenpflege gehört zu den Heilhilfsberufen. Damit liegt die Gesetzgebungskompetenz beim Bund. Zuständig ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), für die Altenpflegehilfe sind jedoch weiterhin die Bundesländer zuständig. Mit dem seit 2003 in Kraft getretenen Altenpflegegesetz wird die bisherige sozialpflegerische Ausrichtung der Altenpflege um die medizinisch-pflegerische erweitert. Diese neue Ausrichtung der Altenpflege wurde notwendig durch veränderte gesellschaftliche Anforderungen an die Altenpflegekräfte. Alte Menschen begeben sich immer später und wesentlich kränker als noch vor einigen Jahren in Altenheime mit der Konsequenz der Multimorbidität. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bringt neue berufliche Aufgabenstellungen mit sich. Die Altenpflegekräfte müssen sich veränderten Herausforderungen stellen. Dazu gehört jetzt auch der medizinisch-pflegerische Aspekt. Dadurch gehört die Altenpflege zu den nichtakademischen Heilberufen mit staatlich geregelter Ausbildung, die bei der ärztlichen Leistungserbringung mitwirken (vgl. Pschyrembel Pflege 2003, 274).

2.1.2 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Die praktische Ausbildung umfasst mindestens 2500 Stunden und überwiegt deutlich gegenüber der theoretischen Ausbildung mit mindestens 2100 Stunden.

Die Ausbildung ist nun bundeseinheitlich an Berufsfachschulen verortet und dauert drei Jahre. Die praktische Ausbildung ist ein eigenständiger Teil der Ausbildung und findet parallel zur theoretischen Ausbildung statt. Die Schule behält jedoch die Gesamtverantwortung für die Ausbildung. Dies ist im § 3 Abs. 4 AltPflG und im § 2 Abs. 3 AltPflAPrV so festgelegt. Dadurch ist es wichtig auf eine gute Kooperation mit dem praktischen Lernort großen Wert zu legen. Da die Praxiseinrichtungen die praktischen Ausbildungsinhalte gestalten und maßgeblich an der Notengebung beteiligt sind. Ferner sollten der Rahmenlehrplan (Schule) und der Ausbildungsrahmenlehrplan (Ausbildungsstelle) strukturell und inhaltlich aufeinander abgestimmt sein. Um eine

funktionierende Lernortkooperation zu gewährleisten ist eine Institutionalisierung der Zusammenarbeit erforderlich (vgl. Becker 2006a, 186).

Die Ausbildungsziele sind im § 3 AltPflG klar definiert. Dort heißt es: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.“ (AltPflG in der Fassung vom 23.12.07 [BGBl. I S.3254]) „Dabei liegt der Schwerpunkt der schulischen Ausbildungsleistungen auf der Vermittlung und Reflexion von Prinzipien, Begründungszusammenhängen, Rahmenbedingungen und Zielen beruflicher Arbeit in selbständiger Planung, Durchführung und Ergebniskontrolle unter Berücksichtigung einsatzgebietstypischer Geschäfts- und Arbeitsprozesse.“ (Becker 2006a, 142)

Auch in Baden-Württemberg trat der Lehrplan für die Altenpflegeausbildung erstmals zum 1.August 2003 im Rahmen eines Schulversuchs in Kraft. “Allerdings besteht bis heute kaum Klarheit darüber, wie die neuen Anforderungen des Bundesgesetzes curricular umgesetzt werden sollen; jedes Bundesland hat seine eigenen Lehrplankommissionen beauftragt, um Lehrpläne zu entwickeln und Unterrichtslösungen zu finden.“ (Becker 2006a, 61). Das bedeutet, dass die Altenpflegeausbildung inhaltlich letztendlich doch wieder sehr von den verschiedenen Interessen des jeweiligen Bundeslandes geprägt sein wird. Für den berufsschulischen Teil der Ausbildung sind die Bundesländer im Rahmen ihrer Kultushoheit zuständig. Es wird jedoch durch die Entwicklung von Normen und Standards für die didaktische Orientierung der berufsschulischen Ausbildung auf die bundesweite Vergleichbarkeit der Rahmenlehrpläne durch das Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister (KMK) geachtet (vgl. Becker 2006a, 65).
Den ausbildenden Lehrkräften und schulischen Planungskonferenzen bleibt dennoch viel Spielraum bei der Umsetzung des lernfeldorientierten schulischen Unterrichts, die Leistung der Umsetzung besteht darin, Lernfelder und Lernziele mit berufstypischen und einsatzgebietsüblichen Arbeitsprozessen in Verbindung zu bringen und in qualifikationstaugliche Lernarrangements zu übersetzen (vgl. Becker 2006a, 103).
Dies erfordert jedoch eine Form der Schulentwicklung, um das schulische Berufsbildungssystem an die Standards der beruflichen Bildung heranzuführen (vgl. Becker 2006a, 133).

Weiter heißt es bei Becker: „Pädagogisch-didaktische Entscheidungen wie beispielsweise die Auswahl von Arbeitsprozessen unter Exemplaritätsgesichtspunkten und ihre Zuordnung zu Lernfeldern oder die Beschreibung und Systematisierung von

Fallbeispielen bleiben auch weiterhin in Kompetenz und Verantwortung von Lehrkräften und schulischen Planungskonferenzen“ (Becker 2006a, 103).

Das Ausbildungscurriculum wird nun nach „Lernfeldern“ strukturiert, die aus den Handlungsfeldern des Berufs (Einsatzgebieten, Tätigkeitsfeldern, Aufgabenbereichen) abgeleitet werden, dadurch entsteht ein fächerübergreifender (Rahmen-) Lehrplan (vgl. Becker 2006a, 67). „Für die Altenpflege wurde die Gerontologie als maßgebliche fachliche Bezugsgröße der Ausbildung gesetzt: ‚Gerontologisch begründete Arbeitsweisen’ bilden das Zentrum des beruflichen Kompetenzerwerbs“(Becker 2006a, 73).
Die Gerontologie stellt die fachliche Bezugswissenschaft in der Altenpflege dar. Sie befasst sich mit der Beschreibung und Erklärung körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte des Alterns (vgl. Pschyrembel Pflege 2003, 21). In der Altenpflegeausbildung soll ein sicheres und begründetes Wissen über die Begleitumstände des Alterns vermittelt werden.

Die relativ starren Vorgaben der AltPflAPrV stehen aber in der praktischen Umsetzung im Widerspruch zu der zeitlichen und sachlichen Gliederung der Lernfelder, die die unterschiedlichen Kompetenzstufen der Auszubildenden nicht widerspiegeln und am Ende eines jeden Ausbildungsjahres eine Benotung in den einzelnen Lernfeldern fordern. Bislang existieren in der Altenpflegeausbildung noch keine validierten Konzepte zu den Möglichkeiten der Leistungsbewertung bei Einsatz von Lernsituationen (vgl. Becker 2006a, 130). Wichtig ist die konsequente Fortführung des lernfeldorientierten Ansatzes auch bei der Abschlussprüfung. Alle Prüfungen während der gesamten Ausbildung sollen prozessorientiert sein. Das bedeutet, die Prüfungen bauen auf einer möglichst komplexen, problemhaltigen Aufgabenstellung auf, so dass alternative Lösungswege mit begründeten Entscheidungen gefunden werden können und sie sollten möglichst Aspekte aus den unterschiedlichsten beruflichen Anforderungsbereichen beinhalten (vgl. Becker 2006a, 142).

In der ambulanten Pflege widersprechen die in der AltPflAPrV festgelegten Vorgaben für die Prüfungsaufgaben vollständig den Arbeitsbedingungen. Im häuslichen Rahmen ist es nicht möglich, die Konzentration auf eine pflegebedürftige Person sowie den Zeitrahmen für die Prüfungsaufgaben (vorgeschlagen sind 6 Stunden Dauer) den betriebstypischen und berufsüblichen Rahmenbedingungen anzupassen (vgl. Becker 2006a, 149).
Des Weiteren wird kaum bzw. gar nicht auf die wirtschaftlich definierten Dienstleistungs- und/oder ergebnisorientierten Arbeitsaspekte eingegangen, sondern die Ausbildung wird ausschließlich auf das Wohlergehen der Pflegebedürftigen ausgerichtet (vgl. Becker

2006a, 125f), was zu einer Theorie-Praxis-Kluft speziell in der ambulanten Pflege in der Wahrnehmung der Auszubildenden führt.

Becker zufolge kann das AltPflG den notwendigen Bezug zu den Zielen und Inhalten der praktischen Berufsausbildung (Arbeitsprozessorientierung beruflichen Handelns) nicht herstellen, da es keine nachvollziehbaren Lernfeldkonzepte liefern kann, weil es an definierten praktischen Ausbildungsinhalten fehlt (vgl. Becker 2006a, 127). Auch hier sind die praktischen Ausbildungsstätten sehr frei in der Gestaltung ihres Lehrplans. Lediglich die geforderten Endqualifikationen der Auszubildenden, die Definition des Ausbildungsziels sind festgelegt, der Weg dahin sowie die Methoden sind in die Verantwortung der praktischen Ausbildungsstelle gelegt. Die Gefahr besteht jedoch, dass die praktischen Ausbildungsstellen ihre Verantwortung nicht ausreichend wahrnehmen und die Auszubildenden lediglich „anlernen“. Es ist jedoch wichtig, berufliche Handlungskompetenzen im Prozess der Arbeit zu vermitteln.

Hier haben es die Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik bislang versäumt einsatzgebietstypische Geschäfts- und Arbeitsprozesse zu beschreiben, so dass keine Aufnahme, Entwicklung und Nutzung von Lernfeldern und Lernsituationen in der Ausbildung stattfinden kann (vgl. Becker 2006a, 134).

Dennoch hat die Erfahrung gezeigt, dass die Auszubildenden, die nach dem Lernfeldkonzept ausgebildet wurden, also mit Lernsituationen konfrontiert wurden und schulische Aufgabenstellungen bearbeiten mussten, selbständiger und souveräner im Vergleich zu herkömmlich Ausgebildeten waren (vgl. Becker 2006a, 129).

2.2 Analyse gegenwärtiger Rahmenbedingungen

2.2.1 Vorrang der häuslichen Pflege

Im elften Buch des SGB, in dem die soziale Pflegeversicherung geregelt ist, ist im § 3 der Vorrang der häuslichen Pflege festgeschrieben. Darin heißt es: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor“ (Neufassung vom 27.12.2003 BGBl. I S. 3022).

Die Pflegeversicherung finanziert einen Teil der erforderlichen Pflege bei Pflegebedürftigkeit, ist aber so angelegt, dass sie die Pflegebereitschaft von Angehörigen

fördern soll. Ziel ist es, dadurch die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu senken und die Versorgung der Leistungsempfänger zu optimieren. Damit wird die Eigenverantwortung für Pflegeleistungen der Bundesbürger angesprochen und auch gefordert.

Durch den so genannten demographischen Wandel kommt es in den nächsten Jahren verstärkt zu einem Anstieg der Bevölkerungsgruppe der alten und sehr alten Menschen. Ein hohes Lebensalter geht in der Regel mit Multimorbidität einher. Der medizinische und technische Fortschritt eröffnet immer neue Aspekte, die heute wahrscheinlich in ihrer Tragweite nicht ausreichend antizipiert werden können, jedoch berücksichtigt werden müssen. Die Gesundheitskosten erhöhen sich dadurch massiv, wobei gleichzeitig die Einnahmen der Pflegekassen zurückgehen werden. Dem soll, was die finanziellen Belastungen der Pflegekassen betrifft, entgegengesteuert werden. Die Verantwortung für die Versorgung alter und kranker Menschen soll gesetzlich geregelt auf mehrere Schultern verteilt werden.
Die Ausgaben der gesetzlichen Kassen sollen gesenkt werden, die Wirtschaftlichkeit, Transparenz, Kontinuität und Qualität im Gesundheitswesen erhöht werden, um so die in § 71 SGB V festgelegte Beitragsstabilität der Kassen zu erreichen (vgl. Hassler 2004, 14).

Im außereuropäischen, aber auch im europäischen Ausland findet bereits seit längerer Zeit eine Entwicklung hin zur ambulanten Versorgung statt. Es wurden Konzepte entwickelt, die eine wohnortnahe Versorgung der Patienten, sektoren- und berufsgruppenübergreifend ermöglichen. Dazu gehören Managed Care Konzepte, Disease-Management-Programme, Konzepte der integrierten Versorgung, Fallpauschalen, das Hausarztmodell (vgl. Schaeffer; Ewers 2002, 10) u. Ä.

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs - Fallpauschalen) zum 1. Januar 2004 bringt einen Zuwachs an Aufgaben und Tätigkeiten in der ambulanten Pflege mit sich, der bisher noch nicht in seiner vollen Tragweite erfasst werden kann. Behandlungs- und Pflegeverläufe sollen über den gesamten Prozess der Genesung optimiert werden. „Basierend auf den Erfahrungen aus dem internationalen Raum ist zu erwarten, dass es aufgrund einer Verkürzung der stationären Verweildauern zu einer Auslagerung von Leistungen und Patientengruppen in den ambulanten Bereich kommen wird“ (Ewers; Schaeffer 2000, 37).
Auch sollen künftig verstärkt chronisch erkrankte Menschen zu Hause angeleitet, beraten und medizinisch-pflegerisch versorgt werden. Dies ist vom Gesetzgeber so gewünscht. Angestrebt ist eine möglichst lang andauernde Versorgung im privaten Umfeld.

Am 01.04.2002 wurde das Pflegeleistungsergänzungsgesetz eingeführt, am 01.07.2008 reformiert und der Kreis der Anspruchsberechtigten und die zusätzlichen Betreuungsleistungen erhöht. Das Gesetz regelt die Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im § 45 a und § 45 b. „Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind: Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben“ (vgl. www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/index.html aufgerufen am 12.09.08).

Mit dem Inkrafttreten des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG) zum 01.01.02 wird Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen gefordert. Damit beabsichtigt der Gesetzgeber eine qualitative Weiterentwicklung der Dienstleistungsangebote ambulanter Pflegedienste. Erstmals wird damit jetzt die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen gesetzlich geregelt. Kernziele des Gesetzes sind die Sicherung und die Weiterentwicklung der Pflegequalität und die Stärkung der Verbraucherrechte.
Ambulante Pflegedienste sollen sich nun nach dem Willen des Gesetzgebers zu wirtschaftlich agierenden Dienstleistungsunternehmen wandeln und damit die drohende wirtschaftlich desolate Situation der Kostenträger abmildern. Die Pflegedienste müssen die Effektivität und Effizienz ihrer Leistungen nachweisen. Im Widerspruch dazu steht allerdings, dass seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 keine Anpassung der Leistungen stattgefunden hat und auch keine Angleichung an die Kostenleistungen (wie z.B. steigende Energiekosten, Lohnkosten usw.), was bereits jetzt zu Einschränkungen bei den pflegerischen Leistungen führt.

Die Pflegedienste sind gefordert sich innerhalb des Gesundheitssystems unabhängig mit innovativen Versorgungsleistungen gezielt zu positionieren. „Die Aufgabe der Zukunft für die ambulanten Dienste wird es sein, ihre fachlichen Kapazitäten und Leistungen auszuweiten und durch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Gestaltung des

Dienstleistungsspektrums Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung zu schließen“ (Schaeffer 1999, 240).

Veränderte gesundheitliche Problemlagen und steigende Gesundheitskosten und daraus erwachsender Innovations-, Handlungs- und Reformdruck eröffnen ein neues Handlungsfeld für die ambulante Pflege. Chronische Erkrankungen nehmen zu, die Patienten kommen schneller und kranker aus den stationären Einrichtungen nach Hause, der Bedarf an komplexen Angeboten steigt, was eine spezialisierte Pflege notwendig macht. Die Möglichkeiten Behandlungsmethoden im häuslichen Bereich anzuwenden, die früher nur im stationären Rahmen durchführbar waren, wie z.B. Dialyse, führen zu einem immensen Aufgabenzuwachs, der Eigenständigkeit und Verantwortung von den Pflegenden verlangt bezüglich Patienteninformation, -beratung und –anleitung, Monitoring, Informations-übermittlung und -verarbeitung, Anleitung von Angehörigen und anderen informellen Helfern, Case- und Care-Management, Qualitätssicherung. Um diesen neuen Herausforderungen begegnen zu können, sind interaktive, edukative und organisatorische Kompetenzen und pflegewissenschaftlich fundierte Qualifikationen Voraussetzung (vgl. Schaeffer, Ewers 2002, 10).

Die Gefahr besteht jedoch, dass die Versorgung der derzeitigen Hauptnutzergruppe der ambulanten Pflege, nämlich die älteren und alten Menschen durch die Prämisse „ambulant vor stationär“ nicht ausreichend gesichert ist. Da zunehmend Krankenversicherungsleistungen in der ambulanten Pflege durch veränderte Aufgabenstellungen über das SGB V finanziert werden, könnte der Aufbau bedarfsgerechter Strukturen für die Entwicklung der Pflegeversicherung in den Hintergrund gedrängt werden (vgl. Schaeffer; Ewers 2002, 11). Durch die Modularisierung ist schon heute in der ambulanten Pflege das Spannungsfeld zwischen lebenswelt-praktischen Anforderungen und fachlich-pflegerischen Anforderungen sehr groß. Eine Vernachlässigung von sozialpolitisch gewollter und gesellschaftlich verpflichtender Aufgabenstellung, nämlich das Kümmern um alle Mitglieder einer Gesellschaft und das Altern in Würde, führt zunehmend zu Verteilungskämpfen bzw. Rationierungs-diskussionen zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung.

2.3 Analyse veränderter gesellschaftlicher Bedingungen

2.3.1 Entwicklung der Geburtenzahl und der Lebenserwartung

Im letzten Jahrhundert kam es zu einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung für Männer und Frauen durch Fortschritte in Medizin, Hygiene, Ernährung und steigenden Wohlstand. Die Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen im Jahr 2007 liegt bei 76,9

Jahren und bei einem neugeborenen Mädchen bei 82,3 Jahren (www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/LebenserwartungDeutschland,templateId=renderPrint.psm aufgerufen am 15.09.08). Die Geburtenzahl wird in Zukunft jedoch aufgrund schrumpfender Mütterjahrgänge auf jeden Fall sinken. Durch die steigende Lebenserwartung und geringere Geburtenzahlen, wird es im Jahr 2050 doppelt so viele 60-Jährige wie Neugeborene geben, wenn von einer gleich bleibenden Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern pro Frau ausgegangen wird (vgl. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/GeburtenZiffer,templateId=renderPrint.psml aufgerufen am 15.09.08).

Die Mehrzahl der 2,13 Millionen Pflegebedürftigen (im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes SGB XI) in Deutschland nämlich 82% waren nach Erhebungen des Statistischen Landesamts im Jahr 2005 65 Jahre und älter, ein Drittel 85 Jahre und älter. Davon waren 68% der Pflegebedürftigen Frauen. Mehr als zwei Drittel (68% oder 1,45 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden im Dezember 2005 zu Hause versorgt zu fast drei Vierteln von weiblichen Angehörigen. 980.000 Pflegebedürftige wurden ausschließlich allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 472 000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, sie wurden jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt. 32% der Pflegebedürftigen wurden in Pflegeheimen betreut. (vgl. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Sozialleistungen/Pflege/Pflege.psml aufgerufen am 04.10.08).

2.3.2 Entwicklung von Familienstrukturen

Die durchschnittliche Kinderzahl in Deutschland sinkt. Dadurch werden in Zukunft die familialen Netzwerke kleiner sein als heute. Das durchschnittliche Heiratsalter stieg im Zeitraum zwischen 1991 und 2006 für ledige Männer von 28,5 auf 32,6 Jahre und für ledige Frauen von 26,1 auf 29,6 Jahre (vgl. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/EheschliessungenScheidungen/EheschliessungenScheidungen.psml aufgerufen am 04.10.08). Die Zahl der Familien - dazu zählen im Mikrozensus Zwei-Generationen-Haushalte, in denen Eltern (oder ein Elternteil) mit Kindern leben - ging um rund 8 % zurück. Die Zahl der allein lebenden Menschen stieg dagegen um rund ein Viertel. Immer mehr Kinder wohnen nur mit einem Elternteil zusammen: Die Zahl der allein erziehenden Mütter und Väter mit minderjährigen Kindern nahm von 1996 bis 2005 um 20 % zu.

In einem Haushalt der mittleren Altersgruppe, also der 55-69-Jährigen leben im Durchschnitt 2,07 Personen. Bei der Altersgruppe der 70-85-Jährigen 1,67 Personen. Die hochaltrigen Menschen leben fast immer entweder in einer Partnerschaft oder alleine (vgl. BMFSFJ Alterssurvey „Familie und Generationen im Wandel“ 2005, 2). Der Anteil der Frauen bei den über 65-jährigen beträgt zwei Drittel, bei den über 80-Jährigen fast drei Viertel.
Durch veränderte Lebensentwürfe hat sich die Gruppe der 40-54-Jährigen, die alleine leben, von 7% auf 13%. in den Jahren zwischen 1996 bis 2002 fast verdoppelt. Die Scheidungsrate ist nach wie vor sehr hoch. Jede zweite Ehe in Deutschland wurde geschieden. 2007 standen 368.922 Eheschließungen 187.072 Scheidungen gegenüber (vgl. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken /Bevoelkerung/EheschliessungenScheidungen/EheschliessungenScheidungen.psml aufgerufen am 04.10.08). Das traditionelle Familienbild und –modell hat für viele Familien keine Vorbildfunktion mehr. Vor allem in der Mittelschicht werden andere Familienmodelle bevorzugt. Die Rollenzuschreibungen innerhalb der Familie haben sich verändert. „Das traditionelle Muster, wonach der Mann die höhere berufliche Position innehat, wird im Durchschnitt in Westdeutschland nur noch von knapp der Hälfte der Paare in ihrer aktuellen Partnerschaft realisiert. Auch eine Zunahme der Alters- und Bildungsgleichheit in Partnerschaften ist festzustellen“ (vgl. www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/ genderreport/4-familien-und-lebensformen-von-frauen-und-maennern.html aufgerufen am 22.09.08).

Frauen sind heute besser ausgebildet, durchlaufen längere Ausbildungen und die berufliche Entwicklung nimmt einen höheren Stellenwert ein, als noch vor einigen Jahren. Sie bekommen ihr erstes Kind später und sie streben schneller nach der Geburt zurück in den Beruf. Im Jahr 1991 waren die Frauen bei der Geburt ihres ersten in der Ehe geborenen Kindes durchschnittlich 26,9 Jahre alt, im Jahr 2005 waren sie bereits fast drei Jahre älter (29,6 Jahre). Die Kinderlosigkeit steigt mit dem Bildungsstand an. In den letzten zwanzig Jahren ist die Kinderlosigkeit insgesamt deutlich angestiegen. Die zunehmende Bildungs- und Berufsorientierung von Frauen seit Ende der 1960er Jahre und die damit verbundene Problematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf haben Auswirkungen auf das Gebärverhalten von Frauen. „Bei westdeutschen Frauen besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Schulabschluss und Mutterschaft: Je höher der Schulabschluss, desto größer der Anteil der Frauen, bei denen im Alter von 35 bis 39 Jahren kein Kind im Haushalt lebt. Bei Hauptschulabsolventinnen sind dies 24 Prozent, bei Realschulabsolventinnen 28 Prozent und bei Frauen mit Hochschulreife 41 Prozent. Im Alter von Ende 30 leben - je nach Schulabschluss - 47 Prozent bis 56 Prozent der

Männer in einem kinderlosen Haushalt. Der lineare Zusammenhang zwischen höherer Schulbildung und kinderlosen Haushalten, der bei Frauen offensichtlich ist, spiegelt sich bei Männern nicht wider“ (vgl. www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/gender report/4-familien-und-lebensformen-von-frauen-und-maennern.html aufgerufen am 22.09.08).

Von vielen Frauen wird die Geburt des ersten Kindes auf spätere Lebensjahre verschoben. Während in den letzten Jahren noch die geburtenstarken Jahrgänge bis 1964 für eine höhere Geburtenrate gesorgt haben, sinkt diese nun deutlich. In der Folge stehen Frauen nicht wie früher bereit ihre pflegebedürftigen Eltern und Schwiegereltern zu versorgen, weil sich Kindererziehungszeiten und die mögliche Elternpflege zunehmend überschneiden. Darin kommt auch ein verändertes Rollenverständnis zum Ausdruck. Die Frau als sorgende Mutter **und** Tochter gibt es nicht mehr in dem Maße wie früher. Dies führt dazu, dass zunehmend professionelle Hilfen benötigt werden und alte Menschen lernen müssen, außerhalb ihrer Familie Sozialbeziehungen aufzubauen und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Allerdings finden sich in den unteren Sozialschichten traditionelle Lebensformen eher wieder, so sind hier mehr Frauen bereit pflegerische Tätigkeiten zu übernehmen, was sicherlich auch in Korrelation mit dem finanziellen Status steht.
Dennoch hat die Familie eine zentrale Bedeutung für die meisten Menschen in Deutschland. Sie leben zwar nicht mehr unter einem Dach, aber überwiegend in der unmittelbaren Umgebung. Etwas mehr als jede zweite Person in der Altersgruppe der 35 bis 44-Jährigen lebt in einer traditionellen Familienform. Bleibt der Familienstand außer Acht, so haben in diesem Alter gut 10 Prozent mehr, nämlich insgesamt 67 Prozent, familiale Verpflichtungen. Der Anteil der Frauen, die in diesem mittleren Lebensalter mit einem Kind zusammenleben, liegt um 16 Prozent über dem der Männer (vgl. www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/genderreport/4-familien-und-lebensformen-von-frauen-und-maennern.html aufgerufen am 22.09.08).
Die familiale Unterstützung dient nicht nur der gegenseitigen Unterstützung, sondern sie hilft auch den Sozialstaat zu entlasten. Dies ist bei abnehmenden finanziellen Ressourcen der Sozialkassen ein sehr wichtiger Aspekt. Des Weiteren wirkt sich die Unterstützung auch positiv auf die Lebensqualität der jungen und der älteren Generation aus.

> „Im Zuge der sich verlängernden Lebenszeit übernehmen Familien neue Aufgaben z.B. bei der Pflege und Betreuung alter Familienangehöriger. Voraussetzung für verlässliche und belastbare soziale Unterstützung im Alter sind in erster Linie intakte Familien. Um die Familien in die Lage zu versetzen, diese Unterstützung leisten zu können, ist die Gesellschaft gefordert, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen: - Die Forderung nach einer besseren

Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollte künftig stärker auch Anwendung finden auf die Unterstützung von Frauen und Männern, die pflegebedürftige Familienangehörige betreuen. - Künftig wird es mehr Menschen geben, deren persönliche Situation (keine eigenen Kinder, zu große Wohnentfernung zu den Kindern etc.) keine ausreichenden familialen Unterstützungspotenziale bietet. Deshalb ist es notwendig, vielfältige und qualitativ gute ambulante Hilfe- und Pflegeangebote für Ältere zu fördern. Das kommt auch dem Bedürfnis älterer Menschen nach selbständiger Lebensführung bis ins hohe Alter entgegen“ (BMFSFJ Alterssurvey „Familien und Generationen im Wandel“ 2005, 5)

Diesem Anspruch auf selbständige Lebensführung wird heute mit unterschiedlichen Lösungen begegnet. So sind in letzter Zeit immer mehr Helferinnen aus osteuropäischen Staaten als 24Stunden-rund-um-die-Uhr-„Versorgerinnen“ von alten und kranken Menschen anzutreffen, wenn Kinder oder andere Verwandte nicht für pflegerische Leistungen zur Verfügung stehen (können). Genaue Zahlen gibt es bislang nicht, aber ein Blick in die Angebotsliste der Vermittlungsagenturen solcher Helferinnen zeigt, dass der Markt sehr groß ist, vermutlich lukrativ und immer weiter expandiert.

2.3.3 Entwicklung der Zu- und Abwanderung und der Bevölkerungszahl in Deutschland

Im Jahr 2006 wanderten rund 559.000 Ausländer/innen nach Deutschland ein und es zogen ca. 484.000 Ausländer/innen fort. Dadurch kam es zu einem Bevölkerungswachstum von rund 75.000 Ausländer/innen in Deutschland. Einwandernde Menschen sind vorwiegend im erwerbsfähigen Alter, was sich positiv in der Erwerbstätigenstatistik niederschlägt. Diese Zahlen sind jedoch kritisch zu betrachten, da nicht konkret ausgewiesen ist, ob es sich tatsächlich um Ausländer/innen oder um aus- bzw. wieder einwandernde Deutsche handelt.

Den ersten Höhepunkt der Gastarbeiteranwerbung erreichte Deutschland im Jahr 1970 mit fast einer Million Zuzügen. Der Anwerbestopp aus dem Jahr 1973 beendete diese Phase; seitdem erfolgte die Zuwanderung überwiegend im Rahmen des Familiennachzugs. Seit Beginn der 1990er Jahre wurde die Immigrationsgeschichte in Deutschland durch neue Zuwanderergruppen wie deutschstämmige (Spät-) Aussiedler/innen, Asylsuchende und Flüchtlinge oder andere Arbeitsmigrant/innen geprägt. Der bisherige Höhepunkt der Zuwanderung wurde durch diese Entwicklungen Ende der 1980er/ Anfang der 1990er Jahre mit mehr als 1,5 Millionen Zuzügen pro Jahr erreicht (vgl www.bib-demographie.de/cln_090/nn_750732/DE/Demographie/Wanderungen/Aussenwanderung.html aufgerufen am 15.09.08).

Seit 2003 nimmt die Bevölkerungszahl in Deutschland jedoch wieder ab. Ende 2005 lebten in Deutschland 82,4 Millionen Menschen. Im Jahr 2050 wird die Bevölkerungszahl

laut Prognose des Statistischen Bundesamts auf 68,7 Millionen zurückgehen, also zwischen 10% und 17%, wenn sich die aktuelle demografische Entwicklung nicht grundlegend ändert, was jedoch nicht zu erwarten ist (vgl. Statistisches Bundesamt Wiesbaden Bevölkerung/Vorausberechnung als pdf 2006, 4).

2.3.4 Entwicklung der Altersstruktur, Erwerbstätigkeit bis 2050

Der Bevölkerungsanteil der unter 65-Jährigen wird schrumpfen. Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren wird dagegen steigen. 2050 wird es laut einer Prognose des Jahres 2006 des Statistischen Bundesamts doppelt so viele ab 65-Jährige wie unter 20-Jährige geben (vgl. Statistisches Bundesamt Bevoelkerungsentwicklung2050 als pdf).

Das Durchschnittsalter von Männern und Frauen steigt von 41,1 Jahren im Jahr 2000 kontinuierlich bis zum Jahr 2045 auf 48,2 Jahre an. (Deutscher Bundestag Drucksache 14/8800 2002, 33) Im Jahr 2050 werden nach Schätzungen des Statistischen Bundesamts noch 36,8 Millionen (deutsche und ausländische Erwerbspersonen) im Erwerbsalter sein. (Deutscher Bundestag Drucksache 14/8800 2002, 68). Der Rückgang der Erwerbstätigen ist ab dem Jahr 2015 zu erwarten. Diese prognostizierte Entwicklung wirkt sich sehr stark auf die sozialen Sicherungssysteme und damit auch auf die Versorgungsstrukturen in der Bundesrepublik aus.

2.3.5 Entwicklung des Krankheitsgeschehens und der Pflegebedürftigkeit

Immer mehr hochbetagte Menschen benötigen auf Grund ihres hohen Alters und der damit verbundenen Multimorbidität Pflege. Das Risiko pflegebedürftig zu sein steigt mit dem Lebensalter überproportional an. Deshalb ist die Frage nach der Morbiditätsentwicklung, d.h. der Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit sehr wichtig.

> „Werden die Menschen mit dem Gewinn an Lebensjahren kränker? Optimistische Einschätzungen („Kompressionsthese“) gehen davon aus, dass eine höhere Lebenserwartung mit einem zeitlichen Hinausschieben der Krankheitsphase auf spätere Lebensjahre einhergeht. Gerechnet wird damit, dass eine Verkürzung der Krankheitsphase vor dem Tod stattfindet. Eher pessimistische Einschätzungen („Medikalisierungsthese“) gehen dagegen davon aus, dass die altersspezifische Krankheitshäufigkeit ansteigt. Eine Verknüpfung beider Einschätzungen („Konzept der Bi-Modalität“) unterstellt, dass sich der Gesundheitszustand der nachkommenden Generationen langfristig verbessert, gleichzeitig aber auch der Anteil gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger älterer Menschen zunehmen wird“ (Schimany 4/2005, 8).

Das Krankheitsspektrum in Deutschland hat sich in den letzten Jahren deutlich verschoben. Es ist eine zunehmende Anzahl chronischer Krankheiten, wie Erkrankungen

des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes Mellitus, bösartige Neubildungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Atemwege zu verzeichnen. Deutlich nehmen aber auch psychische Erkrankungen wie Demenz und Depressionen zu. Diese sind zwar nicht mehr lebensbedrohlich, bedürfen aber einer ständigen Behandlung. Im vierten Bericht zur Lage der älteren Generation 2002 wird bei ausbleibendem medizinischen Erfolg was Prävention und Therapie der dementiellen Erkrankungen angeht mit einem Anstieg der Patientenzahl auf mehr als zwei Millionen bis zum Jahr 2050 gerechnet (vgl. www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=5128.html aufgerufen am 20.09.08). Immer mehr Menschen erreichen zwar ein hohes Alter, doch ist dieses auch von langwierigen Krankheiten und chronischen Beeinträchtigungen begleitet. Dies ist der besseren Vorsorge und verbesserter medizinischer Versorgung geschuldet. Mit steigendem Alter nehmen körperliche Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen zu. Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte sind oftmals chronisch und irreversibel, mit Multimorbidität verbunden und führen oft zu dauerhaften Einschränkungen von Körperfunktionen. Nach einer Replikationsstichprobe im Alterssurvey „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“ 2005 steigt die Anzahl der Menschen, die fünf und mehr Erkrankungen angeben um 50% auf 24% zwischen den Alterstufen von 55-69 Jahren und der Altersgruppe der 70-85-jährigen an. Auch sind Ältere bedeutend öfter von schweren Krankheiten und Unfällen betroffen als jüngere Menschen. Die Mobilität ist mit zunehmendem Alter eingeschränkt, Funktionseinbußen als Folge altersphysiologischer Veränderungen sind in der Altersgruppe der 70-85-jährigen besonders hoch, die körperliche Beweglichkeit verschlechtert sich. Frauen sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung stärker davon betroffen als Männer. Vor diesem Hintergrund ist eine angemessene Gesundheitsversorgung eine wichtige und komplexe Aufgabe.

2.3.6 Entwicklung der Altersstruktur und Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund

Eine steigende Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund wird in den nächsten Jahren ins Rentenalter kommen. Im Jahr 2004 lebten 1,6 Millionen Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Alter von 50 Jahren und älter in Deutschland. Im Jahr 2003 waren ca. 458.000 Personen, d.h. 6,2 Prozent der ausländischen Bevölkerung über 65 Jahre alt. Insgesamt sind die Altersgruppen der über 65-Jährigen und vor allem der über 70-Jährigen bei Ausländern weniger stark besetzt. Stärkste Bevölkerungsgruppe der ausländischen Bevölkerung in Deutschland ist die Gruppe der Türken mit 29%, ein Viertel kommt aus EU-Mitgliedsländern (vgl. www.gerostat.de: Ausländische Bevölkerung in Deutschland nach ausgewählten europäischen Staatsangehörigkeiten 2004, aufgerufen am 19.09.08).

Viele Menschen, die in den 60-er Jahren als so genannte Gastarbeiter/innen von Deutschland angeworben wurden, werden in Deutschland ihren Lebensabend verbringen. Auch in diesem Bereich wird die häusliche Versorgung zunehmend gefragt sein. Jedoch beginnt in der zugewanderten Bevölkerung die Familienphase früher als bei den Deutschen und sie lebt häufiger und im Verlauf des Lebens länger in einem familialen Verbund (vgl. www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/genderreport/4-familien-und-lebensformen-von-frauen-und-maennern.html aufgerufen am 22.09.08).

Bei der Gruppe der älteren Migrant/innen ist eine große Heterogenität zu beobachten, so sind die sozioökonomischen Merkmale sehr unterschiedlich, die Kulturzugehörigkeit, der Migrationshintergrund und der Grad der kulturellen Integration differiert sehr. Deshalb ist es notwendig Migrant/innen mit dem Anspruch eines kultursensiblen Pflegeverständnisses differenziert wahrzunehmen, da diese Unterschiede sich in der kulturellen Integration und der Akkulturation niederschlagen und damit wiederum auf die Pflegesituationen in der Häuslichkeit.

Eine große Gruppe von Migrant/innen taucht in den Statistiken nicht auf, nämlich die der Spätaussiedler/innen, die nicht als Ausländer/innen registriert sind, aber dennoch von Migration geprägt sind. Sie befinden sich in vielen Bereichen in vergleichbarer Lage wie andere Ausländer/innen. So waren von den 59053 Spätaussiedlern, die im Jahr 2004 ins Bundesgebiet zugezogen sind, 4074 bzw. 6,9 Prozent im Rentenalter (vgl. Bundesamt für Migration Migrationsbericht 2005 als pdf, 46ff). Dies bedeutet, dass schon heute eine große Anzahl von Menschen in Deutschland über Migrationserfahrung verfügt, die statistisch nirgends auftaucht und die Heterogenität der ausländischen Altenbevölkerung weiter zunehmen wird. Der Großteil der über 60-jährigen Ausländer/innen stammt aus EU-Ländern, über 20% kommen aus der Türkei, Serbien und Montenegro, aber nur jeweils etwas über 4% sind afrikanischer bzw. asiatischer Herkunft (vgl. Bundesamt für Migration (BAMF) Migrationsbericht 2005 als pdf, 9).

2.4 Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine relativ große Diskrepanz zwischen gesetzlichen Vorgaben, Lehrplänen und der notwendigen Praxis im Alltag besteht.
Die Altenpflegeausbildung muss sich darauf einstellen, da immer mehr ausgebildete Altenpflegekräfte in ambulante Pflegeeinrichtungen gehen und dort mit den veränderten Anforderungen an ihre beruflichen Kompetenzen konfrontiert sind und auch die Berufsgruppen übergreifende Kooperation notwendige Voraussetzung für eine sinnvolle Leistungserbringung im häuslichen Bereich ist.

Die demographische Entwicklung, weniger Kinder, steigende Lebenserwartung, erhöhte Scheidungsraten, mehr Singlehaushalte, veränderte Frauenerwerbsbiographien, spätere Elternschaft, erhöhte berufsbedingte Mobilität, zunehmend höheres Alter bei Migrant/innen in Deutschland all diese Faktoren haben Auswirkungen auf die zukünftige ambulante Pflegesituation in Deutschland.
Diese Entwicklungen sind in vielen Bereichen deutlich spürbar. So sind die Auswirkungen der Verkürzung der stationären Verweildauer, die zu einer Auslagerung von Leistungen und Patientengruppen in den ambulanten Bereich führen (vgl. Ewers, Schaeffer 2000, 37) vielerorts umgesetzt und stellen Angehörige und Pflegende vor neue Herausforderungen. Die Tendenz hin zur Inanspruchnahme professioneller Pflege von ambulanten Pflegediensten oder auch in Heimen ist jedoch steigend, während die Pflege durch Angehörige abnahm (vgl. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Sozialleistungen/Pflege/Pflege.psml aufgerufen am 04.10.08).

Die ambulanten Pflegedienste sollten diese Chancen und Herausforderungen annehmen, innovative Versorgungsleistungen anbieten und neue Konzepte entwickeln. Um das wirtschaftliche Überleben sicherzustellen, müssen die Pflegedienste qualitativ hochwertige Dienstleistungsangebote machen und sie den Bedürfnissen der Kunden anpassen. Eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende sowie wohnortnahe Versorgung der Patienten sollte erreicht werden. Behandlungs- und Pflegeverläufe sollten über den ganzen Prozess der Genesung optimiert werden (vgl. Ewers, Schaeffer 2000, 37). Allerdings muss die Pflege für sich konsequent Tätigkeits- und Aufgabenfelder festlegen und diese definieren und ausfüllen. Sie sollte die Gestaltungsspielräume gesundheitspolitischer Maßnahmen nutzen und neue gesetzliche Vorgaben, wie sie z. B. im Pflegeleistungsergänzungsgesetz und Pflegequalitätssicherungsgesetz festgeschrieben sind für sich beanspruchen. Des Weiteren ist es notwendig, dass Pflege sich klar innerhalb des Gesundheitssystems positioniert (vgl. Hassler, Meyer 2004, 8f).

Perspektivisch führt die demographische Entwicklung zu einem sinkenden Angebot an Arbeitskräften in der Pflege. Auch in dieser Hinsicht muss die Pflege mit einem veränderten Pflegeverständnis aufwarten, um den Pflegeberuf für junge Menschen attraktiv zu machen. Pflege sollte sich an den gesellschaftlichen Bedingungen ausrichten und diese zum Ausgangspunkt für ihre Qualifizierung, Kooperation, gesundheitspolitische und bildungspolitische Teilhabe, für Arbeitsmarktchancenabschätzung und viele andere notwendige Initiativen erklären (vgl. Garms-Homolová 2004, 63).

Aber nicht nur der Arbeitskräftemangel der professionell Pflegenden, sondern auch die Versorgung durch Angehörige wird weiterhin rückläufig sein.
Die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen machen eine gesellschaftspolitische Diskussion notwendig um ein solidarisches Miteinander innerhalb der Gesellschaft zu realisieren. Um ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem weitgehend beibehalten zu können sind innovative Ansätze und die Einbindung freiwilliger, ehrenamtlicher Helfer, wie sie jetzt auch in der Sozialgesetzgebung verankert ist, der Nachbarschaftshilfe oder von Selbsthilfegruppen unabdingbar. Nur eine sinnvolle Kooperation des Versorgungsangebotes, einer bedarfsorientierten Ausdifferenzierung des Leistungsangebots ambulanter Pflegeleistungen und eine berufsgruppenübergreifende Vernetzung der Dienstleistungen gewährleisten eine befriedigende am Menschen orientierte Versorgungssituation.
Eine Reform der Ausbildung muss am künftigen Bedarf an Pflegekräften sowie am wachsenden Arbeitsmarkt ambulante Pflege orientiert sein. Das bedeutet die Schwerpunkte auf die Qualifikationen des Anleitens, Vermittelns, Begründens und Reflektierens pflegerischer Interventionen zu legen.

3 Berufliche Handlungskompetenzen professionell Pflegender im ambulanten Bereich

3.1 Gesetzliche Grundlagen der Sozialstationen

Grundlagen der Arbeit der Sozialstationen bilden das SGB V (§132(2)) der gesetzlichen Krankenversicherung, in dem die Versorgung mit häuslicher Pflege geregelt ist, das SGB XI (§72), die soziale Pflegeversicherung mit dem Gesetz zur Zulassung der Pflege durch Versorgungsauftrag und das BSHG (§93), das die Gewährung von Leistungen des Bundessozialhilfegesetzes regelt. Viele Leistungen in der ambulanten Pflege können jedoch auch als Selbstzahlerleistungen angefordert werden. Damit sind die Handlungsfelder der ambulanten Pflege was die finanziellen und qualitativen Ansprüche betrifft weitgehend festgelegt.
Des Weiteren sind als Qualitätskriterien ambulanter Pflege nach § 80 SGB XI: „Erhaltung und Reaktivierung von Selbstversorgungsfähigkeiten, Pflege von (non-)verbaler Kommunikation und möglichst deren Verbesserung, Unterstützung zeitlicher, räumlicher und situativer Orientierung, Abbau von Ängsten, Überwindung von Antriebsschwächen, Auffangen überschießender Reaktionen, Berücksichtigung der angemessenen Wünsche der Pflegebedürftigen, Förderung der Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderen Pflegepersonen benannt (vgl. Höhmann et al 1999, 32).

3.2 Handlungsfelder der ambulanten Pflege

Die Handlungsfelder der ambulanten Pflege umfassen sehr vielschichtige und komplexe Bereiche, die verschiedenen Aufgabensetzungen berufliche, aber auch lebens- und gesellschaftsbedeutsame Handlungssituationen und Handlungsaufträgen beinhalten.

> „Unter Handlungsfeldern versteht man mehrdimensionale Handlungssituationen, die berufliche, individuelle und gesellschaftliche Aspekte miteinander verknüpfen. Lernfelder und Lernsituationen beziehen sich auf Handlungsfelder und den diesen zugrunde liegenden Handlungssituationen, spiegeln sie aber nicht einfach wider, sondern weisen über sie hinaus, z.B. durch den Bildungsauftrag der Berufsschule, aber auch durch die Zukunftsdeutung“ (Bischoff-Wanner 2003, 5).

Diese gesellschaftliche, berufliche und individuelle Problemstellungen zu verstehen und mit der individuellen und gesellschaftlichen Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler zu verknüpfen, sollte vorrangiges Ziel der Ausbildung sein. Aus diesen Problemstellungen heraus werden die Lernfelder für die berufliche Ausbildung konzipiert. Zunächst stellt sich demnach die Frage, was sind die Handlungsfelder von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, die in der häuslichen Pflege tätig werden wollen und welche Kompetenzen benötigen sie dafür?

3.3 Einordnung des Berufsbildes

Schaut man sich die Berufsbeschreibung im Berufenet der Agentur für Arbeit für den Beruf der Altenpflegerin, des Altenpflegers an, so wird der Beruf folgenden Berufsfeldern zugeordnet: Berufe in der Pflege und Berufe mit älteren Menschen Die beruflichen Merkmale sind demnach: behandeln/pflegen und helfen/betreuen. Als Arbeitsorte werden soziale Einrichtungen genannt und als Arbeitsgegenstand/-mittel ist ‚Menschen’ aufgeführt. Für die ambulante Pflege konkretisiert die Bundesanstalt den Beruf für ambulante Pflegerinnen und ambulante Pfleger folgendermaßen: Ambulante Pfleger/innen übernehmen die pflegerische Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen in deren Wohnungen. Ambulante Pfleger/innen arbeiten vorwiegend für ambulante soziale Dienste und bei Organisationen der freien Wohlfahrtspflege. Mitunter sind sie als Selbstständige tätig.

Es fällt auf, dass einerseits für einen bestimmten Beruf qualifiziert werden soll, auf der anderen Seite sind die Handlungsfelder sehr allgemein gehalten und lassen für die Gestaltung der Lernfelder große inhaltliche Spielräume zu. Dies ist auf die vielen möglichen Einsatzgebiete von Altenpflegerinnen und Altenpfleger zurückzuführen. In dieser Arbeit soll aber der Fokus auf die ambulante Pflege gelegt werden.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass nach einem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 14./15.03.1991 die Berufsschule neben anderen Zielsetzungen das Ziel eine Berufsfähigkeit zu vermitteln hat, die Fachkompetenzen mit allgemeinen Fähigkeiten humaner und sozialer Art zu verbinden, sowie die berufliche Flexibilität zur Bewältigung der sich wandelnden Anforderungen in Arbeitswelt und Gesellschaft fordert.

Findet die Ausrichtung der Ausbildung jedoch zu stark an den Handlungsfeldern der Berufspraxis orientiert statt, so besteht die Gefahr nach Darmann und Wittneben darin, dass eine kritische Auseinandersetzung zugunsten einer falsch verstandenen Praxisorientierung nicht stattfindet und dass die Vorerfahrungen der Schülerinnen und Schüler keine Berücksichtigung in den Lernfeldern finden. Die eigentliche Aufgabe der Berufsschule ist jedoch das Anstreben von Reflexionskompetenz. Weiter befürchten die Autorinnen, dass es durch eine zu starke Beruflichkeits- und Handlungsorientierung zu einem Verlust von Fachwissen kommen kann. Aber nur mittels eines fundierten Fachwissens ist es möglich ein interaktionsorientiertes Praxisverständnis zu entwickeln, und nur ausgestattet damit, ist man in der Lage an der Lebenswelt der Patienten orientierte Entscheidungen treffen zu können (Darmann, Wittneben 2002, 83-90).

3.4 Berufskompetenzen professionell Pflegender

Vor dem Hintergrund der Verabschiedung des neuen Krankenpflegegesetzes im Jahr 2003 gab der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe eine Studie in Auftrag mit dem Thema „Künftige Anforderungen an Pflegende“, um Anhaltspunkte für die Entwicklung einer künftigen Ausbildungs- und Prüfungsordnung zu schaffen, d.h. die Grundlage zu einer den Aufgaben angemessenen Ausbildung für Pflegekräfte zu entwickeln (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2002, 5). Darin wurden die angestrebten, in der Ausbildung zu vermittelnde Kompetenzen formuliert, die die Grundlagen für die Lernfelder bilden sollten. Welche Inhalte müssen vermittelt werden, um die Handlungsfelder thematisch abzudecken, d.h. welche Lernfelder sind notwendig, um die Altenpflegeschüler/innen für ihr Berufsfeld fit zu machen?

Die Studie bezieht sich auf eine im weitesten Sinn verstandene Pflege (generalistische Ausbildung), beinhaltet also auch Kompetenzen, die für die Ausbildung in der ambulanten Pflege Tätiger erstrebenswert scheinen. Darin werden nach umfangreicher Literaturrecherche als wesentliche Kompetenzen durchweg zuallererst das Arbeiten auf wissenschaftstheoretischer Basis, Fähigkeit der Kommunikation, Koordination, interdisziplinäres Wissen und Teamarbeit sowie die Fähigkeit zu patientenindividuellen Pflege und Betreuung ausgemacht. Weiter sollten Forschungskompetenz in

tätigkeitsrelevanten Bereichen, die Fähigkeit, Patient/innen zu beraten, zu lehren und anzuleiten, berücksichtigt werden. Berufsfachliche Verantwortungsübernahme in einem erweiterten und weitgehend selbständigen Tätigkeitsbereich und die Fähigkeit Eigeninitiative zu entwickeln zur eigenen beruflichen Fortbildung, sowie der Beteiligung an der Fortentwicklung des Berufes werden darüber hinaus genannt. Im deutschsprachigen Raum wird häufig Wert auf Fremdsprachenkenntnisse - speziell Englisch – gelegt (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2002, 8ff).

Im Anschluss an die Literaturrecherche wurden zwei Delphi Runden mit acht Bildungsexpertinnen aus der Pflege durchgeführt. Weitgehend war eine Übereinstimmung der geforderten Kompetenzen zu erkennen. Die Liste wurde jedoch noch ergänzt und spezifiziert mit verschiedenen Punkten. Das Grundlagenwissen über ethische Prinzipien und berufsethische Verhaltensweisen, betriebswirtschaftliche Kompetenz, pädagogisch-didaktische Kompetenz, Inhalte zur Konfliktbewältigung, Forschungskompetenz, Grundkenntnisse über wissenschaftliche Forschung, Erstellung von Statistiken und EDV-Nutzung, Führungskompetenz, Organisations- und Qualitätsmanagement, Kenntnisse über Informationssysteme und deren Nutzungsmöglichkeiten, Strukturen der Gesundheitsversorgung, Wissensvermittlung über die Durchführung von Projektarbeit**,** sowie über die berufsspezifischen Arbeitsbereiche der Pflege und daran angrenzende Bereiche, Kenntnisse über Schnittstellen und deren Auswirkungen auf den Pflegebereich, pflegerelevante rechtliche Vorgaben, speziell Aspekte der Sozialgesetzgebung, Grundlagenwissen von Psychologie, sowie Kenntnisse über Selbsterfahrung und Selbstreflexionstechniken. Insgesamt stimmten alle erforderlichen Kompetenzen mit den in der Literaturrecherche gefundenen Ergebnissen überein, bis auf die Forderung nach betriebswirtschaftlichen Kompetenzen. Dies erscheint mir im Hinblick auf die ambulante Pflege jedoch unabdingbar.

Im Anschluss an die Kompetenzforderungen sollten die Teilnehmerinnen der Delphi Runde noch die Bezugswissenschaften der Pflegewissenschaft ergänzen. Es wurden sehr viele Nennungen gemacht, wie Anthropologie, Chemie, Geschichte/ Berufsgeschichte, Philosophie, (Mikro-) Biologie, Informationstechnologie, Soziologie, Pharmakologie, Sprachen (speziell Englisch), Psychologie, Anatomie, Physik, Medizin, Mathematik, Ernährungswissenschaften, Theologie, Recht, Pädagogik, Ethnologie, Betriebswissenschaft, Gesundheitswissenschaften, jedoch fehlte die Nennung der Gerontologie vollständig. Dies ist angesichts des demographischen Wandels unerklärlich, insbesondere wenn es als Grundlage für die Kompetenzermittlung einer anvisierten generalistischen Ausbildung geht.

3.5 Kompetenzbegriff

„Wer auf die Kompetenzdefinition hofft, der hofft vergeblich“ (Erpenbeck 1996 in Schiersmann 2007, 52).

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es verschiedene Definitionen von Kompetenz. Die Kompetenzanalyse findet gewöhnlich im theoretischen Bereich statt. Deshalb ist die Forderung nach einer empirischen Analyse folgerichtig und wichtig für die Praxis. Durch Beobachtung, Experimente und Inhaltsanalysen kann man den für die Berufsausbildung notwendigen Kompetenzen auf die Spur kommen. Exemplarisch seien hier vier Methoden genannt. Durch Fachinterviews bzw. handlungsorientierte Fachinterviews kann eine Analyse erfolgen, mittels Experten-Facharbeiter-Workshops das in der praktischen Arbeit vorhandene Wissen und Können herausgearbeitet werden. Die qualitative Forschungsmethode der Critical Incident Technique (CIT) dient zur Analyse pragmatischer Arbeitssituationen und das Kassler-Kompetenz-Raster nach Kauffeld, Grote und Frieling erfasst die berufliche Handlungskompetenz.
Der Begriff ‚Kompetenz’ ist ein sehr umstrittener und komplexer Begriff. Es gibt unzählige Definitionen, Interpretationen und wissenschaftliche Arbeiten dazu, es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, in diesem Teil genauer darauf einzugehen, deshalb möchte ich hier nur zwei Definitionen zitieren. Im Pschyrembel Pflege werden Kompetenzen als „Wissen, Können, Fertigkeiten oder Zuständigkeiten eines Menschen in einem bestimmten Bereich; das Bedingungsgefüge für die Ausführung im Laufe der Lebensgeschichte eines Menschen über Lernerfahrung angeeignet und verinnerlicht und als im gesunden Zustand jederzeit verfügbar beschrieben“ (Pschyrembel Pflege 2003, 384). Die Handlungskompetenz wird separat definiert, dazu heißt es: „Befähigung zu eigenständiger Handlung in bestimmtem Bereich; vgl. Selbstpflegefähigkeit“ (Pschyrembel Pflege 2003, 299). Im Duden wird Kompetenz mit „Vermögen, Fähigkeit“ übersetzt (Duden 2007, 544).

3.5.1 Kompetenzanforderungen an Altenpfleger/innen

Betrachtet man die Kompetenzanforderungen, die die Bundesagentur für Arbeit in ihrer Berufsbeschreibung führt, so stehen hier unter anderem als Auswahl der für diesen Beruf wichtigen Kompetenzen: „Kernkompetenzen, die man während der Ausbildung erwirbt: Altenpflege, Angehörigenberatung, Freizeitgestaltung, Grundpflege, Rehabilitation (Pflege, Assistenz), Sterbebegleitung. Weitere Kompetenzen, die für die Ausübung dieses Berufs bedeutsam sein können: Altenarbeit, Seniorenarbeit, ambulante Wohnbetreuung, ambulante/mobile Pflege, Büro- und Verwaltungsarbeiten, Diätetik, Geriatrie, Gerontologie (Pflege, Assistenz), Gerontopsychiatrie (Pflege, Assistenz), Geronto-Sozial-Therapie, Gesundheitsvorsorge (Prävention), Pflegebegutachtung (Pflegestufen I-III),

Pharmakologie, Qualitätsmanagement, Rettungsmaßnahmen, Erste Hilfe, Spritzen intramuskulär (im), Spritzen subkutan (sc). Darüber hinaus enthält die folgende Kompetenzgruppe weitere relevante Fertigkeiten und Kenntnisse für den vorliegenden Beruf: Kompetenzgruppe ‚Personengruppen' " (vgl. www.berufenet.arbeitsagentur.de/ berufe/start?dest=profession&prof-id=9065 aufgerufen am 10.09.08). Auffallend an der Beschreibung der Kompetenzen ist, dass sie einerseits sehr allgemein gehalten sind und auf der anderen Seite sehr detailliert ausformuliert sind. Positiv zu bemerken ist, dass hier die gerontologischen Handlungsfelder beschrieben sind und auch als Bezugswissenschaften explizit benannt werden.

3.5.2 Kompetenzanforderungen an ambulante Pfleger/innen

Die Bundesagentur für Arbeit stellt aber auch noch das Berufsbild der ambulanten Pflegerin und des ambulanten Pflegers vor. Zu den Kompetenzen, die erforderlich sind, listet sie folgende Fertigkeiten und Kenntnisse auf, die auf Basis der Auswertung von Stellen- und Bewerberangeboten erfolgt sind: „Kernkompetenzen, die in diesem Beruf grundsätzlich erforderlich sind: Allgemeinmedizin (Pflege, Assistenz), ambulante Wohnbetreuung, ambulante/mobile Pflege, Grundpflege, Patientenbetreuung, Spritzen intramuskulär (im), Spritzen subkutan (sc). Weitere Kompetenzen, die für die Ausübung dieses Berufs bedeutsam sein können: Abrechnung, Altenpflege, Geburtshilfe, Entbindungspflege, Gesundheitsvorsorge (Prävention), Kinderheilkunde (Pflege, Assistenz), Krankenpflege, Krankentransport, Pharmakologie, Qualitätsmanagement, Rehabilitation (Pflege, Assistenz), Säuglingspflege. Darüber hinaus enthält die folgende Kompetenzgruppe weitere relevante Fertigkeiten und Kenntnisse für den vorliegenden Beruf: Kompetenzgruppe "Personengruppen" (vgl. www.berufenet.arbeitsagentur.de/ berufe/start?dest=profession&prof-id=9065 aufgerufen am 10.09.08).

Eine Untersuchung von Dr. Sigrid Bathke, die im Rahmen eines DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft)-Projektes „Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt" gemacht wurde, befasst sich mit den Beschäftigten im Arbeitsfeld Pflege. Darin wurde zunächst beforscht, welche Anforderungen an die Kompetenzen von Pflegepersonen im ambulanten Sektor gestellt werden.
Schlüsselqualifikationen, wie beispielsweise Fähigkeiten zur interaktiven Kommunikation und Kooperation, zur eigenständigen Planung und Organisation der Arbeit, sowie zum strukturellen und betriebswirtschaftlichen Denken, sowie berufsspezifisch-fachliche Anforderungen werden nach Bathkes Ansicht immer wichtiger für alle Beschäftigten in der ambulanten Pflege.

> Die charakteristischen beruflichen Anforderungen, die die Tätigkeiten sämtlicher Pflegeberufe in ambulanten Diensten auszeichnen, sind insgesamt auf einer höheren Ebene als in einem arbeitsteiligen System wie dem des stationären Bereichs anzusiedeln.[…] Da die Beschäftigten z.B. unabhängig von ihrer beruflichen Vorqualifikation in der Regel alleine arbeiten, sind Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit herausragende Qualifikationen der ambulanten Pflegearbeit“ (Bathke 2004, 33f).

Aus strukturellen Gründen ist es im ambulanten Bereich im Gegensatz zum stationären Bereich weitgehend zwingend notwendig berufsgruppenübergreifend zu arbeiten.

> „Man kann nun zusammenfassend sagen, dass die Fähigkeitskombinationen in der ambulanten Pflege einen höheren Komplexitätsgrad in Kontrast zum stationären Bereich aufweisen“ (Bathke 2004, 34).

Die Soziologen Ulrich Beck, Michael Brater und Hansjürgen Daheim stellten schon 1980 in ihrer „Soziologie der Arbeit und der Berufe “ heraus, dass in Berufsbildern automatisch auch festgelegt ist, was nicht gelernt werden soll, welche Fähigkeiten nicht entwickelt werden sollen. Berufe dienen also einerseits als Schablone zur Entwicklung persönlicher Fähigkeiten, Handlungs-, Orientierungs- und Denkweisen, andererseits werden aber auch die Kompetenzen des jeweiligen Berufes festgelegt und abgegrenzt und damit die Inkompetenz des betreffenden Berufes festgeschrieben (vgl. Beck, Brater, Daheim 1980, 202).
Diese Gefahr besteht meines Erachtens, wenn die Ausbildung schwerpunktmäßig ihren Fokus auf die stationäre Pflege legt. Dann werden viele Persönlichkeitseigenschaften, die die Schülerinnen und Schüler mitbringen, nicht beachtet.
Die Autoren sehen daher die Verwirklichung eines Berufsbildes in Ausbildung und Arbeit als Verwandlung und Verfestigung von Strukturmerkmalen von Berufen in Standardeigenschaften von Personen. Jedes Berufsbild enthält ein sozial standardisiertes Persönlichkeitsbild und Berufe als institutionalisierte Kombination von Arbeitsfähigkeiten stellen personenbezogene Entwicklungs- und Sozialisationsschablonen dar, nach denen nicht nur fachliche Qualifikationen, sondern auch Persönlichkeitseigenschaften und –fähigkeiten vermittelt bzw. ausgebildet und sogar zur Voraussetzung für die Aufnahme einer Ausbildung werden (vgl. Beck/Brater/ Daheim in Bathke 2004, 50).

3.6 Zwischenfazit

Die Anforderungen in der ambulanten Pflege nehmen immer mehr zu, die Ansprüche an qualitätssichernde und kontrollierende Maßnahmen werden immer höher, obwohl parallel dazu der Kostendruck steigt und die Forderung nach wirtschaftlichem Handeln die

Spielräume für eine umfassende ganzheitliche Pflege immer geringer werden lässt und die Entgelte für erbrachte Leistungen auf ein Minimum abgesenkt werden sollen.

> Mit Einführung der Pflegeversicherung wird es betrieblich (auch für die Wohlfahrtsverbände) notwendig, „den Einsatz von Pflegekräften unter ökonomischen Gesichtspunkten zu lenken. Dies wird durch gesetzliche Vorschriften sogar noch unterstrichen, beispielsweise durch den § 29 SGB XI, nach dem die erbrachten Leistungen sowohl wirksam als auch wirtschaftlich sein müssen. Weiter ist hier auch § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI zu nennen, nach dem Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden dürfen, die die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung bieten“ (Bathke 2004, 211f).

Mit dieser „erweiterten Ökonomisierung“ (vgl. Bathke 2004, 22) der Pflege werden die Pflegenden mit ihren Ansprüchen an gute Pflege, die Pflegedienste mit den Auflagen für qualitätssichernde, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgungsansprüche und die Patienten, die als „ganzer Mensch“ im Mittelpunkt der Pflege stehen sollten, alleine gelassen. Ambulante Pflege sollte einerseits sehr individuell, ganzheitlich und flexibel sein, andererseits wird sie aber in ein strenges Korsett gepackt, das keinen Spielraum für die Bedürfnisse und Wünsche der zu Pflegenden lässt.

In der Ausbildung ist es deshalb wichtig, den ambulanten Bereich mit seinen verschiedenen Facetten verstärkt in die Lernarrangements mit aufzunehmen, um die situative Komplexität des Arbeitsfeldes mit entsprechenden Handlungsorientierungen zu verbinden und mit der Intention, gleichzeitig zu selbständiger Arbeitsweise zu motivieren. Dass in der ambulanten Pflege nicht immer nach Standards und Lehrbüchern vorgegangen werden kann, müsste allerdings berücksichtigt werden (vgl. Bathke 2004, 208f). Umso wichtiger ist ein gutes fachlich-pflegerisches Fundament, das den Schüler/innen Handlungsoptionen eröffnen kann, die sie gekoppelt mit ihren eigenen Schlüsselqualifikationen kreativ, fachlich kompetent und selbstbewusst nutzen können. Dadurch, dass die ambulante Pflege zunehmend im Spannungsfeld zwischen lebenswelt-praktischen und fachlich-pflegerischen Anforderungen steht, sollten in der Ausbildung Reflexionskompetenz, die Orientierung an der Lebenswelt der Patienten, Kompetenz der berufsfachlichen Verantwortungsübernahme in einem erweiterten und weitgehend selbständigen Tätigkeitsbereich, betriebswirtschaftliche Kompetenzen und die Fähigkeit, Eigeninitiative zu entwickeln, verstärkt geübt und gefordert werden.

4 Notwendige Kompetenzen Auszubildender in der Altenpflege für die ambulante Pflege

4.1 Spezifische Handlungskompetenzen für den ambulanten Bereich

Anhand einer exemplarischen Lernsituation beschränke ich mich in dieser Arbeit auf die Fragestellung, wie die Vermittlung von Sozial- und Personalkompetenzen für den souveränen Umgang mit der situativen Komplexität des Arbeitsfeldes geschehen kann. Die Reflexionskompetenz, sowie die Kompetenz und Fähigkeit, Eigeninitiative zu entwickeln, sollen darüber hinaus betrachtet werden. Da die zu vermittelnden Kompetenzen, die für das berufliche Handlungsfeld ‚ambulante Pflege' qualifizieren sollen, ein hohes Maß an Interaktionsfähigkeit voraussetzen, muss die Auseinandersetzung mit dem familiären Umfeld der zu Pflegenden bereits in den Lernsituationen mitberücksichtigt werden.

4.2 Lernen am Beispiel

4.2.1 Exemplarische Lernsituation

Ich möchte nun im Folgenden eine exemplarische Lernsituation entwickeln und mögliche Vermittlungsmethoden aufzeigen, um die DidaktiK beruflicher Handlungskompetenzen für das pflegeberufliche Handeln im ambulanten Bereich darzustellen. Angelehnt an den Lehrplan von Baden-Württemberg vom 24.Januar 2003, ordne ich die von mir entwickelte exemplarische Lernsituation dem Lernfeld „Unterstützung bei der Lebensgestaltung" (UBL) zu.

Anhand eines Fallbeispiels aus der Praxis versuche ich aufzuzeigen, womit Pflegende tagtäglich im häuslichen Bereich konfrontiert werden. Die Lernsituation ist dem Bereich. „Anleitung und Beratung eines Patienten und dessen Angehörige im häuslichen Umfeld" zuzuordnen. Die Lernsituation wird noch etwas konkretisiert und soll nun mit dem Titel „Das familiäre Umfeld in pflegerisches Handeln einbeziehen" überschrieben werden.

4.2.2 Fallbeispiel

Frau G., 84 Jahre alt, wird seit einem Apoplex vor 5 Jahren von ihrem 86jährigen Ehemann gepflegt. Die Sozialstation kommt seither siebenmal die Woche vormittags zur Grundpflege ins Haus. Nun steht bei Herrn G. eine Leistenoperation an. Herr G. versorgt bisher die Ehefrau alleine und wird dreimal die Woche von einer Haushaltshilfe unterstützt. Der bevorstehende Krankenhausaufenthalt soll fünf Tage dauern. Anschließend wird ihm eine Rehabilitationsbehandlung empfohlen und ihm wird angeraten, danach möglichst keine schweren körperlichen Tätigkeiten auszuführen. Die beiden erwachsenen Kinder wohnen weit entfernt und stehen als pflegende Angehörige

nur begrenzt zur Verfügung. Herr und Frau G. machen sich große Sorgen, wie die Betreuung von Frau G. weitergehen soll und ob eine Heimeinweisung unabänderlich sein wird. Die Eheleute vertrauen sich Ihnen als Pflegende vor Ort an und erwarten einen Lösungsvorschlag.

4.3 Zielführung der Kompetenzen

4.3.1 Vorüberlegungen zur Lernaufgabe

Angehörige sind ein wesentlicher Teil der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft im Leben älterer Menschen. Dies ist gerade in der ambulanten Pflege im Allgemeinen ein großer Vorteil für alle an der Pflege beteiligten Personen. Manchmal ergeben sich daraus jedoch auch Schwierigkeiten im Hinblick auf die Pflege von außen. Die Angehörigen kennen die Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten der zu Pflegenden. Sie bieten Kontinuität, emotionale Unterstützung und Entlastung für alle Beteiligten. Es finden Rollenzuschreibungen statt, die nicht immer mit früheren Rollen konform gehen. Oftmals sind die Rollen ganz andere als in der Vergangenheit. Die unterschiedlichen Rollen im familiären System pendeln sich aber aufgrund der Unveränderlichkeit von gesundheitlichen Tatsachen meistens nach einer gewissen Zeit ein. Wird dieses neu gestaltete empfindliche Sozialsystem gestört durch unvorhergesehene Ereignisse, z.B. durch Erkrankung der sonst gesunden Pflegeperson oder durch die Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des zu Pflegenden, so dass Hilfe von außen hinzugezogen werden muss, so werden Ängste freigesetzt. Die Altenpflegerin und der Altenpfleger, die im ambulanten Bereich arbeiten, sind solchen kritischen Situationen meistens völlig unvorbereitet ausgesetzt. Sie können sich nicht in dem Maße distanzieren wie dies im stationären Bereich möglich ist, sie haben oftmals nicht die Möglichkeit sich mit ihren Kolleginnen und Kollegen oder anderen Personen des familiären Umfeldes abzusprechen. Ihre Aufgabe ist es, in Interaktion mit dem Pflegeempfänger, den Personen aus dem familiären Umfeld und anderen an der häuslichen Versorgung beteiligter Berufsgruppen zu treten.

Anhand des oben geschilderten Fallbeispiels kann nun in Anlehnung an die angestrebten Kompetenzen, die methodische und organisatorische Ausgestaltung der Lernsituationen entschieden werden. Die Ausgestaltung muss ziel-, inhalts- und lerngruppenbezogen geplant werden. Des Weiteren sind die Lernvoraussetzungen, mit denen die Auszubildenden kommen, die Rahmenbedingungen und die Kenntnisse und Kompetenzen der/des Unterrichtenden mit zu bedenken (vgl. Schewior-Popp 2005, 114).

4.3.2 Kompetenzen

In der von Schneider et al. in ihrem Planungsraster für eine „Handlungstheoretische Aneignungsdidaktik“ beschriebenen Klärungsphase findet die Bestandsaufnahme statt (vgl. Schneider et al, 2004, 67ff). Es muss geklärt werden, ob diese exemplarische Lernsituation sich am beruflichen Handlungsfeld orientiert und auf die derzeitigen und zukünftigen Handlungssituationen vorbereitet. Im Anschluss daran werden die zu fördernden Handlungskompetenzen festgelegt. Es muss darüber nachgedacht werden, ob man damit der spezifischen Lebenswelt der Pflegeempfänger und in Abhängigkeit davon auch deren betroffenen Angehörigen gerecht wird und ob die Sichtweise der Lernenden berücksichtigt ist. Des Weiteren muss eine Orientierung an den Pflege- und Bezugswissenschaften stattfinden. Die Zukunftsbedeutung hat gerade im Pflegebereich einen hohen Stellenwert, da durch den raschen gesellschaftlichen und sozialökonomischen Wandel sich eine ständige Weiterentwicklung des Handlungsfeldes von Pflegenden ergibt und damit eine rasche Aufnahme aktueller pflegewissenschaftlicher, technologischer, organisatorischer und gesellschaftlicher Veränderungen in die Ausbildungsrichtlinien notwendig ist.

Da die Zielformulierungen für berufliche Bildungsprozesse in Kompetenzen ausgedrückt werden, schicke ich eine Begriffsdefinition der Berufskompetenzen nach Erpenbeck und Heyse voraus: „Kompetenzen werden von Wissen fundiert, durch Werte konstituiert, als Fähigkeit disponiert, durch Erfahrung konsolidiert und auf Grund von Wissen realisiert“ (Erpenbeck, Heyse 1999, 162). Diese kurze prägnante Definition beinhaltet alle Aspekte der Berufskompetenzentwicklung als Grundlagen für professionelles Handeln.

In dieser exemplarischen Lernsituation könnten meines Erachtens folgende Kompetenzen, aufgegliedert in Fach-, Methoden-, sozial-kommunikative und Personalkompetenz angelehnt an das Kompetenzmodell der KMK bei den Schüler/innen gefördert werden:

4.3.3 Spezifische Kompetenzen

Fachkompetenz

Anhand des Fallbeispiels kann der Grundstein für die Fachkompetenz zu der Bezugswissenschaft „Gerontologie“ gelegt werden. Die Entwicklungsprozesse von der Kindheit und Jugend, über das Erwachsenenalter hin zum höheren Alter können in dieser Phase der Ausbildung gelehrt werden. Die Aktivierung und Rehabilitation unter Beachtung der Umgebungsfaktoren kann in den Unterricht mit aufgenommen, sowie mögliche Hilfsangebote aufgezeigt werden. Da es sich in der beschriebenen Lernsituation um eine

Lernsituation im ersten Ausbildungsjahr handelt, werden hier die Kompetenzen für systematisches Arbeitsprozesswissen angebahnt. Es soll zunächst, in Anlehnung an das entwicklungslogisch strukturierte stufenorientierte Curriculum, modifiziert nach Rauner 1999, eine Orientierung stattfinden (vgl. Schewior-Popp 2005, 16f). Den Schüler/innen soll die Möglichkeit gegeben werden, sich einen Überblick über die Grundlagen und Inhalte des Altenpflegeberufes zu verschaffen. Aufgabe der Altenpflegeausbildung ist es, den Erwerb einer sehr umfassenden Fachkompetenz zu unterstützen. Dazu müssen die Aufgaben, die die Altenpflege hat, klar sein und auch vermittelt werden. In ihrem Buch beschreibt Riedel die originären Aufgaben der Altenpflege folgendermaßen:

> „Die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten des älteren Menschen sowie die Möglichkeiten und Grenzen in der Lebensphase Alter müssen auf vier unterschiedliche Perspektiven bezogen werden: die kognitive Entwicklung, die Erfahrungen und bereichsspezifische Wissenssysteme, die Gestaltung des Alltags sowie die Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen des Alters“ (Kruse & Lehr in Riedel 2007, 478). Die Vielfalt der Perspektiven deutet auf das breite Spektrum an Lebens- und Kompetenzformen hin. Diese zu erfassen und in die Pflegeintervention zu integrieren ist eine originäre Aufgabe der professionellen Altenpflege (Riedel 2007, 478).

Dies erscheint mir in der Anfangsphase der Ausbildung als ein wesentliches Ziel, die Schüler/innen sensibel zu machen für die Lebenszusammenhänge in denen alten Menschen sich bewegen. Es muss aber immer bedacht werden, dass ohne Basiswissen keine Kompetenzentwicklung stattfinden kann. Fachkompetenz ist nach Patricia Benner, das Ergebnis der Kombination von theoretischem und praktischem Wissen (vgl. Benner 2000, 276). Ohne fachliches Basiswissen kann kein professionelles Handeln entstehen.

Methodische Kompetenz

Aus dieser Lernsituation heraus kann Methodenkompetenz plausibel gemacht werden und den Lernenden können Arbeits- und Verfahrenstechniken vorgestellt sowie eine methodische Strukturierung unbekannter Aufgabenstellungen nahe gebracht werden. Es kann eine Problemanalyse und –lösung unter Einbeziehung von Informationen und berufsgruppenübergreifender Lösungsmöglichkeiten angerissen werden. Methodenkompetenz kann jedoch nicht isoliert von inhaltlichen Fragestellungen und Aufgaben „gepaukt“ werden, mit Methodenkompetenz soll ein ganzheitliches, Kopf- und Handarbeit integrierendes Begreifen, Beurteilen und Bewältigen von Handlungs-situationen erreicht werden (vgl. Meyer 1987, 153).

Sozial-kommunikative Kompetenz

Ausgehend von der exemplarischen Lernsituation kann verdeutlicht werden, dass Pflege ein Interaktionsprozess ist. In Pflegesituationen ist ein Perspektivwechsel oftmals notwendig, um kritische Situationen zu erkennen, professionell agieren zu können und Verständnis für den Patienten und seine Angehörigen zu entwickeln. Empathiefähigkeit, ein respektvoller Umgang mit Patient/in und Angehörigen sind weitere unabdingbare Voraussetzungen für ein ethisches Handeln in der Pflege. Ziel von Empathie in der Pflege, so Bischoff-Wanner, ist es, Erkenntnisse über den Patienten zu gewinnen, die für seinen Pflegeprozess bedeutsam sind und in Handlungen zu seinen Gunsten eingesetzt werden (vgl. Bischoff-Wanner 2002, 274). Sie betont auch, dass das Ausmaß, in dem Pflegepersonen empathisch reagieren, abhängig davon ist, ob und mit welchen Methoden Empathie in der Ausbildung gefördert wurde (vgl. Bischoff-Wanner 2002, 280).

Klafki hat in seinem Modell der kritisch-konstruktiven Didaktik die didaktischen Zielsetzungen Selbstbestimmungsfähigkeit, Mitbestimmungsfähigkeit und Solidaritätsfähigkeit als Orientierungsrahmen für die didaktische Analyse formuliert. Klafki betrachtet Bildung als einen pädagogisch-politischen Auftrag. Der Mensch soll durch Bildung befähigt werden, selbstbestimmt und solidarisch zu denken, zu handeln und sich weiterzuentwickeln (vgl. Jank, Meyer 2005, 229f). Dieser Bildungsanspruch schlägt sich auch in den Ausführungen der KMK zum Begriff Sozialkompetenz nieder. Hier wird Sozialkompetenz bezeichnet als „die Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten, Zuwendungen und Spannungen zu erfassen, zu verstehen und sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen“ (vgl. Wittneben 2003, 132).

Personalkompetenz

Die Balance zwischen Nähe und Distanz, Analyse und Reflexion von Beobachtungen unter Berücksichtigung von Normen und Rahmenbedingungen; Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem zu Pflegenden und dessen Angehörigen (vgl Balzer, Mischkowitz 2007,25f und KM 2003, UBL 2ff). sind wichtige Bildungsziele in der Altenpflegeausbildung. Auch hier kommt der Anspruch der Selbstbestimmungsfähigkeit, den Klafki als wesentliches Bildungsziel formulierte, deutlich zum Ausdruck. Die Personalkompetenz ist eine weitere wichtige Kompetenz, die die Fähigkeit über sich selbst nachdenken zu können, die Fähigkeit der Selbstreflexion, sowie personale Eigenschaften wie Selbständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein, das Entwickeln von durchdachter Wertvorstellungen und die selbstbestimmte Bindung an Werte einschließt (vgl. Wittneben

2003, 132). Die Entwicklung von Personalkompetenz ist für Pflegende im häuslichen Bereich ganz besonders wichtig, da eine Abgrenzung oftmals sehr viel schwerer gelingt als im stationären Bereich. Die Pflegenden sind immer allein vor Ort, sie begeben sich sehr viel tiefer in die Privatsphäre der zu Pflegenden, die Vorgaben des zu Pflegenden sind in viel stärkerem Maße bindend, da die Pflegeperson Gaststatus im Haushalt des zu Pflegenden hat und die Pflegenden sich mit den häuslichen Gegebenheiten und Bedingungen arrangieren müssen und alle anfallenden Aufgaben müssen im Augenblick des tatsächlichen Einsatzes in ihrer Komplexität erfasst werden (vgl. Bathke 2004, 161ff).

4.3.4 Bedingungskomponenten

Sind all diese zu vermittelnden Kompetenzen als Bildungsziele formuliert, so dürfen doch die Bedingungskomponenten, die für den Erwerb von Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit mitentscheidend sind, nicht außer Acht gelassen werden, da sie in die Bedingungsanalyse von Unterricht einfließen. Paul Heimann bestimmte bereits 1960 sechs „formale“ Konstanten von Unterricht. Er brachte die so genannten Bedingungsfelder, die der anthropogenen Voraussetzungen und die sozialkulturellen Voraussetzungen in die Strukturanalyse des Unterrichts mit ein. Die anthropogenen Voraussetzungen als unveränderliche Voraussetzungen, die Lehrer/innen und Schüler/innen mitbringen und die soziokulturellen als dem permanenten gesellschaftlichen Wandel unterworfene Voraussetzungen (vgl. Jank, Meyer 2005, 263f). Wichtig erscheinen mir aber auch theoretische Persönlichkeitsentwicklungsmodelle und lerntheoretisches Grundlagenwissen, auf die ich in dieser Arbeit nicht näher eingehen will, da sie den Umfang der Arbeit sprengen würden.

4.3.5 Situationsanalyse

Klafki schlägt in der kritisch-konstruktiven Didaktik analog zu den fünf Fragen der didaktischen Analyse (Gegenwarts-, Zukunfts-, exemplarische Bedeutung, Struktur des Inhalts, Zugänglichkeit), aus den 60er Jahren, einen Katalog von sieben Aspekten zur Vorbereitung des Unterrichts vor, die er zum , (vorläufigen) Perspektivenschema zur Unterrichtsplanung’ zusammenfasst und um eine Bedingungsanalyse ergänzt. Die Bedingungsanalyse definiert er als „Analyse der konkreten, sozio-kulturell vermittelten Ausgangsbedingungen einer Lerngruppe (Klasse), des/der Lehrenden sowie der unterrichtsrelevanten (kurzfristig änderbaren oder nicht änderbaren) institutionellen Bedingungen, einschließlich möglicher oder wahrscheinlicher Schwierigkeiten bzw. Störungen“ (Klafki in Jank & Meyer 2005, 236).

Nach Schewior-Popp hingegen umfasst die so genannte *Situationsdimension* der Unterrichtsplanung alle Parameter, die das Spezifische einer bestimmten Unterrichts-

situation an einer bestimmten Institution, in einem bestimmten Kurs, zu einem bestimmten Zeitpunkt ausmachen Die Situationsdimensionen nach Schewior-Popp sollen demnach den Blick auf das konkrete Planungsgeschehen richten und gleichzeitig das Spezifische (Institution, Kurs) und das Singuläre (konkreter Zeitpunkt, notwendige vorhandene oder nicht vorhandene Hilfsmittel für ein Unterrichtsvorhaben, etwaige „zur Verfügung stehende“ Patienten etc.) formulieren Eine sorgfältige Unterrichtsplanung ohne ausreichende Berücksichtigung der Situationsdimensionen kann demnach niemals zu einer lerngruppenbezogenen, individuellen Unterrichtsplanung führen (vgl. Schewior-Popp 2005, 48ff). Dies ist jedoch gerade in der pflegerischen Ausbildung sehr wichtig, da die eigene Biographie der Pflegeperson im häuslichen Bereich, wenn auch im Unterbewusstsein, in die Pflegebeziehung einfließt.

Anhand des exemplarischen Beispiels in dieser Arbeit, ist es meines Erachtens schwierig, eine solch komplexe Lernsituation im ersten Ausbildungsjahr, denn im ersten Jahr soll dieses Thema bearbeitet werden, befriedigend zu bearbeiten. Das Thema muss sicher immer wieder aufgenommen und bearbeitet werden. Im zweiten und dritten Ausbildungsjahr werden die Schwerpunktthemen unter veränderter Sichtweise wieder aufgegriffen und bearbeitet. Ein spiralförmiger Aufbau des Curriculums begünstigt die sinnvolle Bearbeitung dieses Themenkomplexes.

Wie kann nun dieses Fallbeispiel in Unterricht genutzt werden und wie kann die Handlungsorientierung und eine Fächerintegration stattfinden und welche Bezugswissenschaften spielen hier eine Rolle? Es sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen.

In der von Schneider et al als „Vorbereitungsphase“ bezeichneten Phase des Unterrichts soll ein Bewusstsein für das zu bearbeitende Thema geschaffen werden. Die Schüler/innen sollen sich emotional auf die Lernsituation einlassen können und es findet eine Einigung auf die Ziele, Ergebnismöglichkeiten und grobe Verfahrensweisen statt. Das methodische Vorgehen wird abgestimmt und organisatorische Schritte geklärt und Bewertungs- und Beobachtungsbögen eingeführt (vgl. Schneider et al. 2004, 67ff). Berücksichtigt werden muss aber auch, was im Lehrplan vorgegeben ist.

4.4 Einordnung in die Altenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung

In der AltPflAPrV vom 26.11.02 wird das Lernfeld 2.1 überschrieben mit dem Titel „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“.

Für die Bearbeitung dieses Lernfeldes im theoretischen Unterricht sind insgesamt 200 Stunden ausgewiesen, 80 Stunden theoretische und 40 Stunden praktische Bearbeitung im ersten Ausbildungsjahr vorgesehen.
Im baden-württembergischen Lehrplan sind keine didaktisch-methodischen Hinweise für die konkrete Umsetzung zu finden und es findet keine modulbezogene Verknüpfung mit dem Lernort Praxis statt. Dies muss vom Lehrerkollegium selbst geleistet werden, was äußerst schwierig ist in Schulen, die einerseits die alleinige Verantwortung für die Ausbildung zu tragen haben und andererseits mit sehr vielen verschiedenen Praxisorten in Kooperation stehen. Dies erfordert eine hohe Planungs- und Gestaltungskompetenz der Lehrerinnen und Lehrer, sowie der Praxisanleiter/innen.

Die Zielformulierung im Lehrplan von Baden-Württemberg lautet: „Die Schülerinnen und Schüler verstehen Altern als Veränderungsprozess und erwerben Kenntnisse über Vorstellungen von Altern. Die Lebensverhältnisse älterer Menschen in unserer Gesellschaft beachten die Schülerinnen und Schüler beim altenpflegerischen Handeln“ (KM 2003 /UBL, 4). In den Vorbemerkungen heißt es dazu: „Im Lernbereich Unterstützung bei der Lebensgestaltung werden die Schüler/innen in die Lebenswelten alter Menschen eingeführt. Aus soziologischer und psychologischer Perspektive lernen sie die Situation, die soziale Lage und die Stellung alter Menschen in unserer Gesellschaft kennen. Sie erfahren, dass Alter ein multidimensionaler und individueller Prozess ist und mit Veränderungen sozialer psychischer und physischer Art korrespondiert“ (KM 2003 /UBL, 2). Als wesentliche Zielsetzung ist formuliert, dass das Verständnis für die Bedürfnisdispositionen alter Menschen entwickelt wird und dass deren Lebensqualität erhalten bleibt bzw. gesteigert wird. Dazu sollen die Schüler/innen beitragen. Die Schüler/innen sollen über die handlungsorientierte Themenbearbeitung das in der Theorie gelernte Wissen vertiefen, konkrete Bezüge zu ihrer altenpflegerischen Arbeit herstellen und die Bedeutung des Lernbereichs für ihre Tätigkeit nachvollziehen (vgl. KM 2003 /UBL, 2).
Bei drei Lernfeldern des baden-württembergischen Lehrplans steht als Vorbemerkung:

> „Der Mensch wird in seiner Einmaligkeit in der Gesamtheit angenommen. Die Altenpflegerin und der Altenpfleger begegnen dem alten Menschen mit Respekt und unter Wahrung der Würde“ (KM 2003 /AKA/UBL/APB jeweils Seite 2).

Zu entwickelnde Kompetenzen werden in diesem Lehrplan nicht genannt. In welchem Fachbereich bzw. zu welcher Bezugswissenschaft der Schwerpunkt liegen soll, wird in den Überschriften stichwortartig genannt. Für dieses Lernfeld werden „Gerontologie“ und „Aktivierung und Rehabilitation“ als Schwerpunkte ausgewiesen.

Wichtig ist die Festlegung und Klarheit von Unterrichtszielen. Unterrichtsziele beschreiben in systematischer und schrittweiser Form den Prozess der Anbahnung der jeweiligen umfassenden Kompetenzen, hierbei bedingen sich die Kompetenz- und Zielorientierung. Die Ziele sollten formuliert und begründet, sowie nach Lehr- und Lernzielen differenziert werden. Während des Unterrichtsprozesses ist eine Modifizierung oder Abweichung von den ursprünglichen Zielen manchmal notwendig und zeugt von souveränem pädagogischem Geschick (vgl. Schewior-Popp 2005, 52f). Diese angestrebte Transparenz der Unterrichtsziele hilft den Schüler/innen sich auf das Unterrichtsgeschehen einzulassen.

4.5 Methodik und Didaktik

4.5.1 Definition des Lernzielbegriffs

Vom Lernzielbegriff gibt es eine enge und eine weite Definition (vgl. Meyer in Schewior-Popp 2005, 53). Die „enge“ Definition betont das unmittelbar zu beobachtende Verhalten beispielsweise im praktischen Handeln. Die „engen“ Ziele sind wichtig für eine systematisch fachlich korrekte Grundsteinlegung pflegefachlichen Handelns. Während die „weite“ Definition eher so genannte Dispositionen anstrebt, die nicht unmittelbar beobachtbar sind. Hier werden Haltungen und Einstellungen geprägt. Gerade die „weiten“ Ziele sollten in der Pflegeausbildung dringend notwendig vermittelt werden (vgl. Schewior-Popp 2005, 53f).

In dem oben aufgeführten Beispiel wäre als unmittelbar zu beobachtendes Verhalten z.B., dass die Lernenden das „Vier-Ohren-Modell“ von Schulz von Thun erklären können. „Weite“ Ziele wären demgegenüber, dass sie in der Lage sind, Kommunikationsstörungen zu erkennen und professionell darauf zu reagieren.

4.5.2 Anwendung auf den ambulanten Bereich

Die Definition ambulanter Pflege aus dem Pschyrembel Pflege macht die Komplexität des Berufsfeldes ambulante Pflege deutlich:

> „Ziel der häuslichen Pflege ist es, die Selbstpflegefähigkeit des Pflegebedürftigen und seines **sozialen Umfelds** (unit of care) zu stärken, zu erhalten und den Pflegebedarf in allen Phasen des Lebens zu beantworten“(Pschyrembel Pflege 2003, 492).

In der häuslichen Pflege müssen demnach also lebenswelt-praktische Aspekte und die fachlichen-pflegeberuflich Aspekte zusammengeführt werden. Dies ist im stationären Bereich nicht in dem Maße notwendig wie im ambulanten Bereich. Die Pflegekraft steht in der Häuslichkeit von zu Pflegenden als Person im Spannungsfeld zwischen

pflegeberuflichen, sozialen, lebenswelt-praktischen, emotionalen und finanziellen Ansprüchen. „Mit dem philosophisch-soziologischen Begriff der Lebenswelt wird erklärt, wie Menschen zu sozialen Wahrnehmungen, Entscheidungen und schließlich zu praktischem Handeln kommen“ (Zemann 1998, in Riedel 2007, 85). Das wirkt in die Pflegebeziehung hinein. Wichtig ist, dass sich Pflegende dessen bewusst sind. In der Konsequenz bedeutet es für die Pflegepersonen einen enormen Anspruch an Flexibilität, Einfallsreichtum und Improvisationsfähigkeit, wobei diese Fähigkeiten in der Ausbildung laut Bathke völlig vernachlässigt werden (vgl. Bathke 2004, 193). Dazu sind Umstellfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Kontaktfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit, Befähigung zu selbständigem Arbeiten und die Fähigkeit sich abgrenzen zu können von großer Bedeutung (vgl. Bathke 2004, 197).
„Ambulante Pflegearbeit als personenbezogene Dienstleistung enthält immer auch Bestandteile alltäglicher zwischenmenschlicher Interaktion, wobei zwischen Arbeit und Interaktion fließende Übergänge bestehen. Vertrauen ist dabei nicht nur einseitige Vorleistung (z.B. in Form eines Vertrauens-Kredits), sondern Interaktionsprodukt und Basis der Pflegearbeit“ (Bathke 2004, 126).
Der Altenpflegeberuf als solcher wurde von der sozialpflegerischen Ausrichtung mit der Reform der Ausbildung um die medizinisch-fachliche Ausrichtung erweitert. Damit wird den veränderten Anforderungen an die beruflichen Handlungsfelder Rechnung getragen.

4.5.3 Lernfeldkonzept

Seit der Neuregelung des AltPflG (Altenpflegegesetzes) und der dazugehörigen AltPflAPrV (Altenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung) im Jahr 2003 gibt es für die Altenpflege Lernfelder. Sie sollen als Orientierungsrahmen für die Ausbildung dienen.

> „Ausbildungsziele, Themen sowie zu vermittelnde Fertigkeiten und Kenntnisse müssen in jedem Fall in sachlich-inhaltliche und zeitlich gegliederte curriculare Strukturen übertragen und mit geeigneten, zielkongruenten didaktischen Einheiten – Lernsituationen für die schulische , Ausbildungsaufgaben für die praktische Ausbildung – unterlegt werden“ (Becker 2006b,5).

Dies bietet den Ausbildungsschulen große gestalterische Spielräume. Zur Orientierung wurden berufliche Lernfelder als curriculare Strukturgitter des Rahmenlehrplans eingeführt. Mit der Einführung von Lernfeldern sollte eine Ablösung der traditionellen Fachsystematik erreicht werden. Die Auszubildenden sollen so besser an die beruflichen Realitäten herangeführt werden, indem sie schon während der Ausbildung mit komplexen Pflegesituationen und Aufgabenstellungen konfrontiert werden.
Muster-Wäbs und Schneider begründen das Lernfeldkonzept aus zwei Entwicklungs-richtungen, nämlich aus den dynamischen Anforderungen der Arbeitswelt und aus

Erkenntnissen der Theorien über das Lernen. Innerhalb der Lernfelder werden Kompetenzen erworben, die universeller und in ihrer Benennung flexibler sind als Lernziele. Die Lehrenden entscheiden, welche Inhalte und Handlungen zum Erwerb der angestrebten Kompetenzen notwendig sind. Durch die Arbeit in Lernfeldern soll die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln überwunden werden (vgl. Muster-Wäbs & Schneider in PrinterNet 04/2005, 207). Damit wird den von Klafki bereits 1962 geforderten Grundfragen zur Unterrichtsvorbereitung, der Frage nach der Gegenwarts- und vor allem nach der Zukunftsbedeutung, Rechnung getragen (vgl. Jank, Meyer 2005, 205).

Nach teilweise kritischen Analysen und Diskussionen wird das Lernfeldkonzept gegenwärtig überwiegend positiv bewertet.

> „Lernsituationen werden aus Lernfeldern nicht „abgeleitet“, sondern sie entstehen in einem von Erfahrung ausgehenden, durch Kreativität angereicherten und von Reflexion nach begründeten Kriterien begleiteten Findungsprozess“ (Bader 2007, 13).

In handlungsorientierten Lernsituationen spielen kreative Aspekte eine große Rolle. Das Lernfeldkonzept wurde mit der Zielsetzung Handlungsorientierung erstellt. Dies wird schon in den Überschriften der jeweiligen Lernbereiche im Lehrplan des Landes Baden-Württemberg überdeutlich. Wobei kritisch anzumerken ist, dass es sich im baden-württembergischen Lehrplan nicht im eigentlichen Sinn um Lernfelder handelt, sondern eher um eine Auflistung der zu bearbeitenden Themen. Alle so genannten Lernfelder sind überschrieben mit der Überschrift „Handlungsorientierte Themenbearbeitung (HOT)“.

4.5.4 Didaktische Konzepte und Kompetenzen

Schon 1974 formulierte Dieter Mertens, der langjährige Leiter des Instituts für Arbeits- und Berufsforschung (IAB) in Nürnberg, dass eine moderne Ausbildung nicht mehr so wie früher auf die Vermittlung möglichst vieler Detailkenntnisse und Spezialfertigkeiten abzielen könne, sondern die Vermittlung und Stärkung von Schlüsselqualifikationen im Vordergrund stehen müsse (vgl. Darmann, Wittneben 2000, 62). Ein umfassender Kompetenzerwerb mit dem Ziel der Handlungsorientierung, der fachliche, sozial-kommunikative, methodische und personale Kompetenzen beinhaltet, wird angestrebt.

Die Ständige Konferenz der Kultusminister definiert Handlungskompetenz in ihren Handreichungen im Jahr 2000:

> „als die Bereitschaft und Fähigkeit des einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu

verhalten. Handlungskompetenz entfaltet sich in den Dimensionen von Fachkompetenz, Personalkompetenz und Sozialkompetenz. (…) Eine ausgewogene Fach-, Personal-, Sozialkompetenz ist die Voraussetzung für Methoden- und Lernkompetenz“ (KMK in Wittneben 2003, 132).

4.5.5 Methodische Überlegungen zur Vermittlung von Kompetenzen

Es gibt viele verschiedene Methoden Unterricht zu gestalten und sehr unterschiedliche Theorien über die Wissensvermittlung.

Methodisches Handeln kann, so Lothar Klingenberg (international bekanntester Vertreter der dialektischen Didaktik der DDR), nur als „dialektische Einheit von Lehr- und Lernmethoden“ verstanden werden. Nach Lothar Klingenberg sind die Vermittlungsaufgaben des Lehrers dreifach unterteilt. Der Lehrer vermittele sowohl den Prozess der Aneignung, wie auch Kenntnisse, Einsichten, Methodenkompetenz und daneben den Schüler ‚mit sich selbst’ (indem er die Individualität des Schülers ausbildet) (vgl. Klingenberg in Jank und Meyer 2005, 251). „Die Art und Weise, in der der Lehrer seine Vermittlungsaufgaben erfüllt, schlägt durch auf die Art und Weise in der die Schüler lernen“ (Jank und Meyer 2005, 251).

Um kompetenzorientierten Unterricht zu machen, müssen die Lehrenden ein breites Spektrum an Unterrichtsmethoden kennen. Für die oben beschriebene Lernsituation möchte ich drei mögliche Unterrichtsmethoden herausgreifen. Für diese Lernsituation bieten sich meines Erachtens das problemorientierte Lernen mit seinen breit gefächerten Ausgestaltungsmöglichkeiten, ein Rollenspiel oder eine Gruppen-Experten-Rallye an.

4.6 Methoden der Vermittlung

4.6.1 Problemorientiertes Lernen (POL)

Speziell für die Anfangsphase einer Ausbildung ist es wichtig zu beachten, dass Lernende bereits mit eigenen und festen Theorien kommen. Sie sind in Elternhaus, Kindergarten und Schule sowie in ihrem persönlichen gesellschaftlichen Umfeld sozialisiert worden. An diese erworbenen „Subjektiven Theorien“ gilt es anzuknüpfen. Diese so genannten verdichteten Subjektiven Theorien lassen sich nur schwer verändern, da sie sich meist der Bewusstseinskontrolle entziehen, diese aber dennoch das Handeln bestimmen. Um jedoch Handlungskompetenz zu erlangen, müssen die Subjektiven Theorien bewusst gemacht, verändert und wieder verdichtet werden. Dazu ist es wichtig die handlungsleitenden Konzepte den Lernenden bewusst zu machen, bevor sie mit neuem Wissen konfrontiert werden (Schwarz-Govaers 2005, 39ff). Die oben geschilderte Lernsituation eignet sich meines Erachtens sehr gut für das Bewusstmachen eigener Theorien. Dies kann mit Konfrontationstechniken wie Perspektivenwechsel, Reflexion und

Feedbackverfahren geschehen. Die Schülerinnen und Schüler können anhand der geschilderten Lernsituation konkrete eigene Erlebnisse und Handlungsweisen in Bezug setzen zu erlebten und erfahrenen ähnlichen Situationen. Bringt man nun das subjektive Vorwissen in Verbindung mit neuem Wissen, hier z. B. über Altersbilder, Biomorphose und weitere Themenstellungen, so kann ein Umlernen der Schüler/innen erfolgen und das alte Wissen mit dem neuen Wissen verknüpft werden. Das neue Wissen ist jedoch noch sehr schwach im Gedächtnis verankert und muss immer wieder auch in Verbindung mit dem alten Wissen gebracht werden, um so einen langfristigen Umdenkungsprozess zu bewirken. Die Gefahr besteht immer, dass die subjektiven Theorien in Stresssituationen zum Tragen kommen. Deshalb ist die feste Verknüpfung mit altem Wissen so wichtig, damit das neue Wissen verdichtet werden kann. Diethelm Wahl nennt diesen Prozess des „außer Kraft Setzens“ *Bewusstmachung*, das Verändern und in Bezugsetzen von altem Wissens zu neuem Wissen *(Um)Lernen* und das Sichern des neuen Wissens nennt er *Verdichten* (vgl. Schwarz-Govaers 2005, 45).

Das didaktische Modell des problembasierten Lernens ist konstruktions-, erkenntnis- und situationsorientiert. Es wurde in den Niederlanden entwickelt und für viele Gesundheitsberufe übernommen. Der so genannte „Siebensprung“ legt eine feste Lern- und Bearbeitungsstruktur der fächerübergreifenden Problemaufgaben fest. Das problemorienterte Lernen eignet sich meines Erachtens ganz hervorragend, um Auszubildende auf ihre vielfältigen Aufgaben im ambulanten Bereich vorzubereiten. Sie lernen, dass zunächst in den Schritten 1-5 des Siebensprungs eine Problemanalyse und die Festlegung der zu bearbeitenden Lernfragen stattfinden muss. Übertragen auf den häuslichen Bereich der Pflege, muss das eigentliche Problem als ein Problem erkannt werden und kann erst dann, wenn es identifiziert ist, bearbeitet werden. Dies geschieht in einer zweiten Phase, dem Schritt 6 des Siebensprungs. In dieser Phase wird überlegt, welche Aspekte sind der Lösung dienlich, welche Zusatzinformationen müssen eingeholt werden und wie hat die Problemlösung auszusehen. In Phase drei, dem Schritt 7 des Siebensprungs werden die Ergebnisse ausgetauscht, kritisch überprüft und gesichert. Diese Phase dient der Überprüfung der neuen Erkenntnisse und des veränderten Problembewusstseins. Schwarz-Govaers hat den Siebensprung um einen Schritt erweitert. In der so genannten Transferphase soll das neue Wissen verdichtet werden mittels Anwendungs- und Übungsaufgaben, um es später unter vielfältigen Perspektiven anwenden zu können (vgl. Schwarz-Govaers 2005, 46f). Innerhalb des problemorientierten Lernens findet ein stetiger Methodenwechsel statt. So werden im problemorientierten Lernen der methodische Umgang mit Aufgabenstellungen und Problemen und die Arbeit in Gruppen geübt. Die Lernenden können innerhalb des problemorientierten Lernens in verschiedene Rollen schlüpfen, sei es als

Gesprächsleiter/in, als Protokollant/in, als Expert/in, als Gesprächsteilnehmer/in, als Dozent/in, als Tutor/in und in weitere Rollen. Dies ist sicherlich auch eine gute Vorbereitung für das Berufsleben, da die Schüler/innen später in unterschiedlichen Kontexten und Rollen kommunizieren müssen. Innerhalb der Gruppe lernen sie kritisch Stellung zu beziehen, aktives Zuhören, Protokollieren, Zusammen-fassen, Informationen zu erteilen und zu erfragen, Feedback geben und erhalten, Zeit-planung, Festlegen von Aufgabenverteilung und vieles mehr. Für ihre Selbstorganisation lernen sie innerhalb des problemorientierten Lernens, wie man sinnvoll Texte auswählt, Texte bearbeitet, wie man Notizen und Schemata erstellt, wie Gelerntes dokumentiert und in eigene Worte gefasst werden kann und andere methodische Vorgehensweisen (vgl. Schwarz-Govaers 2003).

4.6.2 Rollenspiel

Diese Methode bietet sich für diese Lernsituation ebenfalls an. Sie dient der Förderung von Handlungsaspekten und schult die Selbst- und Fremdbeobachtungsfähigkeiten. Hierbei kann insbesondere die Wahrnehmung, Empathie, Flexibilität, Offenheit, Kooperations-, Kommunikations- und Problemlösefähigkeit entwickelt werden. Es findet eine spielerische Auseinandersetzung mit der Problematik in der vorgestellten exemplarischen Lernsituation statt. Dadurch, dass die Schüler/innen verschiedene Perspektiven einnehmen, können die Ängste des Ehepaars G. verdeutlicht werden, aber es werden auch die Empfindungen der Pflegeperson in der Situation berücksichtigt. Alternative Handlungsmöglichkeiten können herausgearbeitet werden. Die Aus-zubildenden haben die Möglichkeit sich in einer geschützten Umgebung in ihrer neue Rolle auszuprobieren. Die Subjektiven Theorien und das Vorwissen zur behandelten Thematik werden dadurch verbalisiert und deutlich. Die Sprachtätigkeit geschult und Selbstsicherheit aufgebaut. Die Kreativität und Flexibilität werden gefördert. Sind die Lernenden als Zuschauer/in des Rollenspiels in einer vordergründig eher passiven Rolle, so bietet sich hier die Möglichkeit der Verdeutlichung von Verhaltensregeln und Kommunikationsverhalten. Die eigenen Erfahrungen der Schüler/innen fließen mit in das Rollenspiel ein. Wichtig ist die daran anschließende Reflexion und Diskussion mit allen Beteiligten. Wird das Rollenspiel von Seiten der Lehrkraft gut vorbereitet, so stellt diese Methode eine komplexe Form des Lernens dar (vgl. Reich rollenspiele als pdf)

Die systemisch-konstruktivistische Pädagogik unterscheidet nach Kersten Reich drei Dimensionen der Selbst- und Weltsicht: Die *Symbolische*, die das Denken und eine Verständigung mit anderen über das Reale erst ermöglicht, die *Imaginäre*, die den Zugang zu anderen Menschen erschließt und die *Reale*, als der Grund auf den sich das Symbolische und das Imaginäre beziehen und so eine Wirklichkeitskonstruktion erst

ermöglichen. Nach Reich wird aber in der Schule das Imaginäre sträflich vernachlässigt (vgl. Jank, Meyer 2005, 293ff). Ähnlich den Forderungen von Diethelm Wahl, dass an dem vorhandenen Wissen angeknüpft werden soll, schlägt auch Reich einen didaktischen Kreislauf vor, in dem eine Enttarnung d.h. die Dekonstruktion verfestigter Wege, die Kritik der Normalisierung von gewohnten Erkenntnissen und Verhaltensweisen, die Öffnung neuer Perspektiven vorgenommen werden soll. „Allein eine solch dekonstruktive Einstellung, die gegenüber blinder Naivität eines bloßen Machens (Konstruierens) schützt, sichert ein kreatives Lernverständnis“ (Reich in Jank und Meyer 2005, 296). Es findet eine radikale Subjektorientierung statt, alle am Unterricht Beteiligten sollen mitbestimmen über die Ziele, Inhalte und Wege der Wissensvermittlung (vgl. Jank, Meyer 2005, 296f).

4.6.3 Gruppen-Experten-Rallye

Mit dieser Methode soll der Unterrichtsstoff selbständig erarbeitet werden und anschließend an die anderen Mitschüler/innen weitervermittelt werden. Die Lernenden nehmen eine selbst- und fremdverantwortliche Rolle ein. Sie sind für Ihren eigenen Lernprozess verantwortlich, aber auch dafür, dass der weitervermittelte Stoff an ihre Mitschüler/innen richtig und vollständig ist. Dadurch wird nachhaltiges Lernen gefördert. Die Schüler/innen lernen verschieden Methoden der Wissensaneignung kennen. Dies sollte jedoch gerade bei einem Anfängerkurs zu Beginn der Ausbildung kompetent von der Lehrperson begleitet sein. Diese Methode eignet sich für die Einführung neuer Themen. Die Gruppe lernt sich als Gruppe kennen, wobei auch potenzielle Außenseiter mit eingebunden werden. Es dient der Förderung der Sozialkompetenz, der Teamfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit, aber auch der Fachkompetenz. Auch hier handelt es sich um eine handlungsorientierte Methode der Wissensvermittlung (vgl.: Reich, gruppen-experten-rallye als pdf).

Exemplarisch habe ich an dieser Stelle nur drei mögliche Methoden zur Anbahnung und Vermittlung der oben genannten Kompetenzen genannt, es bieten sich aber noch unzählige andere Methoden dafür an. Die geeignete Methode zu finden ist jedem/r Lehrer/in selber überlassen, da der souveräne Umgang mit den unterschiedlichen Methoden den Erfolg der Methode bedingt.

4.7 Handlungsorientierung

4.7.1 Handlungsorientierter Unterricht

Hilbert Meyer definiert bereits 1987 handlungsorientierten Unterricht. In seiner Definition heißt es:

„Handlungsorientierter Unterricht ist ein ganzheitlicher und schüleraktiver Unterricht, in dem die zwischen dem Lehrer und dem Schüler vereinbarten Handlungsprodukte die Organisation des Unterrichtsprozesses leiten, so daß Kopf- und Handarbeit der Schüler in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander gebracht werden können“ (Meyer 1987, 402).

Er spricht von dem Gebrauchswert, den handlungsorientierter Unterricht für die Schüler/innen hat, dass es aber auch Mehraufwand für die Lehrenden bedeutet. Meyer benennt in seinem Buch die Ängste, die vielfach vorhanden sind gegenüber dem handlungsorientierten Unterricht, da seiner Meinung nach das dahinter stehende Welt-, Gesellschafts- und Menschenbild oft nicht akzeptiert werden kann. Er nennt die fünf Aspekte, die die Durchsetzung des Konzeptes des handlungsorientierten Unterrichts in den 80-er Jahren so schwierig erscheinen ließen. Handlungsorientierter Unterricht

- geht davon aus, dass der Mensch zur Vernunft und Freiheit, aber auch zur Selbstzerstörung befähigt ist.
- geht davon aus, dass Lernen grundsätzlich ganzheitlich, also mit Kopf, Herz und Händen und allen Sinnen abläuft.
- baut darauf, dass Menschen (insbesondere junge Menschen) neugierig sind, dass sie fragen und staunen können, dass sie ihre Umwelt erfahren und auf den Prüfstand der Experimentierlust stellen wollen.
- rechnet damit, dass weder die Lehrer noch die Schüler perfekte Wesen sind, sondern Fehler machen und versagen, dass sie aber aus Fehlern lernen können.
- rechnet mit einem gesellschaftlichen Umfeld von Schule, das so strukturiert ist, dass ein nicht entfremdetes Leben und Lernen in der Schule nur ansatzweise und widersprüchlich möglich ist (vgl. Meyer 1987, 403).

Heutzutage ist handlungsorientierter Unterricht in allen Bildungseinrichtungen formal institutionalisiert. Die von Meyer formulierten Aspekte, die hinter dem Konzept des handlungsorientierten Unterrichts stehen, haben nichts von ihrer Gültigkeit verloren, stoßen jedoch bei vielen Schüler/innen und auch bei den Lehrkräften auf geringe Resonanz.

Ausgehend von den fünf oben formulierten Aspekten von Hilbert Meyer im Jahr 1987 sind diese Aspekte meiner Meinung nach immer noch aktuell. Mittlerweile unbestritten bietet sich diese Unterrichtsform für den Pflegeunterricht an. Die Tatsache, dass man im handlungsorientierten Unterricht das dahinter stehende Welt-, Gesellschafts- und Menschenbild der Beteiligten erfahren kann, macht diese Unterrichtsform so attraktiv für Pflegeschulen.

Bei der oben skizzierten Lernsituation handelt es sich um ein Fallbeispiel, ein Narrativ, das auf pflegeberuflichen Schlüsselproblemen basiert. Die Problemstellung ist multidisziplinär und multidimensional angelegt, sie beinhaltet typische, strukturell bedingte Problem-, Konflikt- und Dilemmasituationen. Das Ehepaar G. sieht die Problematik, dass es schwierig ist, eine 24-Stunden Betreuung für Frau G. in der Zeit des Krankenhausaufenthaltes von Herrn G. zu organisieren. Darüber hinaus besteht ihr Konflikt darin, dass Frau G. ihrem Mann die Pflegetätigkeit nicht zumuten kann und will. Ihr Dilemma zeigt sich in der Hilflosigkeit, die sowohl das Ehepaar, als auch die Pflegekraft wahrnehmen. Die Lernenden können sich anhand solcher Lernsituationen Deutungskompetenz und emanzipatorische Einsichten in paradoxe und restriktive gesellschaftliche Strukturen erarbeiten (vgl. Darmann in Darmann 2005, 333), da in dieser exemplarischen Lernsituation deutlich wird, dass die Prämisse >ambulant vor stationär< nicht zum Tragen kommen kann. In meinem Beispiel fließen unterschiedliche Aspekte von Dilemmata ein. Dies sind beispielsweise der pflegerische, der finanzielle, der psycho-soziale, der hauswirtschaftliche und gerontologische Aspekte. Darmann schlägt in einem zweiten Schritt der Bearbeitung der Lernsituation eine erste pflegedidaktische Reflexion vor. Dadurch sollen Bildungsziele und Kompetenzen ermittelt und eine erste Schwerpunktsetzung vorgenommen werden. Damit wird auch die Komplexität des beschriebenen Falls verdeutlicht. Darmann verwendet in ihrem Beispiel ein pflegedidaktisches Denkmodell am Beispiel des Narrativs oder auch Fallbeispiels bzw. einer komplexen Lernsituation. „Durch die pflegedidaktische Analyse soll sichergestellt werden, dass im Pflegeunterricht nicht nur tradiertes Regelwissen vermittelt wird, sondern auch wissenschaftsbasierte Begründungen, hermeneutisches Fallverstehen und kritische Reflexionsfähigkeit angeregt werden“ (Darmann 2005, 335). Sie differenziert dann die Zielvorstellungen für den Pflegeunterricht in technisches, praktisches und emanzipatorisches Erkenntnisinteresse (angelehnt an Habermas), ordnet sie den am Pflegeprozess und -handeln Beteiligten zu und strukturiert anhand dessen die Lernsequenzen (vgl. Darmann 2005, 333f). Das von Darmann vorgestellte Vorgehen als Ausgangspunkt für die Planung einer Lernsituation erscheint mir schlüssig und gut anwendbar.

Muster-Wäbs und Schneider unterscheiden drei Arten von Lernsituationen: Handlungssystematische, lernsubjektsystematische und fachsystematische Lernsituationen. Es ist jedoch wichtig, dass die Lernsituationen die relevanten und wichtigen Prozesse des Berufes widerspiegeln. Um eine handlungssystematische Lernsituation zu gestalten, sollten verschiedene didaktische Prinzipien beachtet werden: Lernen durch instruktionale Unterstützung und Selbststeuerung erfordert einen

vorgeschalteten und gezielten Anleitungsprozess, weil Handlungen nicht ohne Inhalt erarbeitet werden können, jedoch Inhalte ohne Handlungen. Des Weiteren ist Lernen durch Selbstreflexion, Metakognition und Systematisierung möglich, sowie Lernen im sozialen Kontext, im multiplen Kontext und anhand authentischer Probleme (vgl. Muster-Wäbs, Schneider 2005, 211f). Die Problemfelder beschreiben Muster-Wäbs und Schneider aus verschiedenen Blickwinkeln. Aus Lernersicht kann es zu Überforderungsgefühlen kommen, die Verantwortung für den eigenen Lernprozess kann abgelehnt werden. Aus Lehrersicht ist es eventuell problematisch Fachsystematik mit Handlungssystematik zu verschränken, oder Berufskompetenzen zu beschreiben, im Unterricht anzubieten und anschließend zu überprüfen. Es kann zu Überforderungsgefühl und Verlustängsten kommen (vgl. Muster-Wäbs, Schneider, 2005, 211ff).

Nach Schewior-Popp spricht man von Handlungsorientierung, wenn von der Berücksichtigung der Objekt- und Subjektseite von Handeln die Rede ist, also Lernen für Handeln und Lernen durch Handeln (vgl. Schewior-Popp 2005, 11).

4.7.2 Pflegeberufliches Handeln

Was ist unter pflegeberuflichem Handeln zu verstehen?

> „Häufig tritt die Frage nach dem Wesen der Pflege gerade deswegen auf, weil eigentlich Konsens darüber herrscht, dass eben nicht alles Pflege ist was Pflegende tun oder was mit einem Terminus Pflege belegt wird“ (Bartholomeyczik 1997 in Pflege & Gesellschaft 2003, 8).

Es ist sicherlich sehr einseitig, Pflege als eine auf körperliche Symptome und Verrichtungen gesteuerte Dienstleistung zu beschreiben und zu erfassen. Gerade in der ambulanten Pflege ist ein sehr weit gefasstes Pflegeverständnis notwendig. Der Mensch wird in seiner gewohnten Umgebung gepflegt. Gabriele Jancke definiert im Pschyrembel Pflege die ambulante Pflege, als eine Tätigkeit mit großer Komplexität, die eine enorme Herausforderung für Pflegende und noch mehr für Auszubildende und auch für den Neuling in der ambulanten Pflege darstellt (vgl Pschyrembel Pflege 2003, 492). Aber nicht nur pflegefachliche Kompetenzen müssen die Pflegenden erlangen, sondern die sozialpflegerische Komponente soll in die beruflichen Handlungsfelder einfließen. „Man kann es als Charakteristikum der ambulanten Pflege bezeichnen, dass die Pflegekräfte sehr weit in die Privat- und Intimsphäre des Pflegebedürftigen eindringen. Hierzu ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erforderlich, teilweise wird hier sogar ein Zusammenhang mit dem Pflegeerfolg gesehen“ (Bathke 2004, 128). In dieser Charakterisierung der häuslichen Pflege wird deutlich, wie wichtig für ein gutes Pflegeverhältnis soziale Komponenten sind.

Die einseitig „technische Sicht“ auf die „Verrichtungen“ am alten Menschen entspricht meiner Einschätzung nach nicht dem Pflegeverständnis, das - gerade in der Ausbildung - unbedingt vermittelt werden sollte. Aus diesem Grund möchte ich auf den Beitrag von Charlotte Uzarewicz zum Thema „Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen“ eingehen.

In ihrem Beitrag „Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung für die Pflege“ beschreibt Charlotte Uzarewicz die Konzepte Bewegung, Berührung und Beziehung als die elementaren Bestandteile der Pflegepraxis und diverser Pflegetheorien. Darin stellt sie die Frage nach der Reichweite einer Pflegetheorie oder auch der Pflegepraxis im anthropologischen Sinn, also welche Menschenbilder hinter dem pflegerischen Handeln im Alltag stecken (vgl. Uzarewicz in Pflege und Gesellschaft 2003, 13ff). Sie unterscheidet die Begriffe Körper und Leib. Körper kennzeichnet die funktionalen und materiellen Aspekte, es ist zunächst von der Etymologie her der tote Körper, während Leib den lebendigen Aspekt des Menschseins bezeichnet, dazu gehören Hunger, Durst, Wachen, Schlafen, sexuelles Verlangen, seelische Emotionen und Affekte (Schipperges 1984 in Uzarewicz in Pflege & Gesellschaft 2003, 16). „Die Grenze *des Körpers* ist die Haut, sie konturiert ihn, die Grenze des *leiblichen Körpers* ist das mit den Sinnen wahrnehmbare, die Grenze des *Leibes* ist das Spürbare“ (Uzarewicz in Pflege & Gesellschaft 2003, 16). Um die Phänomene der „Leiblichkeit“ zu beschreiben, stützt Uzarewicz sich auf ‚Das Alphabet der Leiblichkeit’ des Kieler Philosophen Hermann Schmitz. Mit neun Begriffen (Enge, Weite, Spannung, Schwellung, Richtung, Intensität, Rhythmus, epikritische und protopathische Tendenz) spricht Schmitz von *Einleibung*, als symbiotisches, aber auch antagonistisch-kooperierendes Beziehungsgefüge. Es würde den Rahmen der Arbeit sprengen, darauf näher einzugehen. Wichtig erscheint mir jedoch, dass die Fragestellung nach den Menschenbildern als Grundlage für den Pflegealltag, für die pflegerische Arbeit in der Häuslichkeit Voraussetzung ist. Ein Bewusstsein zu schaffen für das „leibliche Spüren“, dass Pflegende in der Häuslichkeit von zu Pflegenden *eingeleibt* sind, dass gerade das Verstehen dieser *Einleibung* Ausdruck einer großen Sensibilität und pflegerischen Kompetenz ist (vgl. Uzarewicz in Pflege & Gesellschaft 2003, 21), ist dringend notwendig. In der alltäglichen Praxis häuslicher Pflege bedeutet das, dass sich andere Handlungsrationalitäten und viel weiter reichende Erklärungsansätze ergeben.

> „Das Leibsein, die Leiblichkeit – die immer die Lebendigkeit eines Menschen beinhaltet – kommt in den Leistungserfassungskatalogen nicht vor; ebenso wenig wie in den Pflegediagnosen oder der Pflegeversicherung. […] Der Leiblichkeitsbezug der Pflege geht weit über die bloße Körperorientierung der klassischen Medizin hinaus und verweist mit den daraus ermöglichten originären pflegerischen Handlungsdimensionen auf die Eigenständigkeit der Pflege als Profession“ (Uzarewicz in Pflege & Gesellschaft 2003, 23f)

In dem Konzept wird deutlich, dass Mensch und Umwelt sich durchdringen. Es beinhaltet vor allem, dass es eine Trennung von Körper und Geist, Grundpflege und Behandlungspflege nicht geben kann (vgl. Uzarewicz in Pflege & Gesellschaft 2003, 25).

Die sozialpflegerischen Aspekte fließen unter dem Begriff ‚Sozialkompetenz' in die Ausbildung mit ein. Im Pschyrembel Pflege wird Sozialkompetenz als Ausmaß der Fähigkeiten eines Menschen sich in sozialen Situationen sowohl anzupassen als auch sich zu behaupten, d.h. selbständig und eigenverantwortlich zu handeln, definiert (vgl. Pschyrembel Pflege 2003, 611). Für Pflegeberufe gilt Sozialkompetenz als so genannte Schlüsselqualifikation und ist deshalb ein spezifisch für das Lernfeld zu konkretisierendes Lernziel der Ausbildung. Dies bezieht sich beispielsweise in der Altenpflege auf die Sozialkompetenz jüngerer gegenüber älteren Menschen mit ihren Bedürfnissen (vgl. Pschyrembel Pflege 2003, 612).
Die Altenpflege gehört zu den Heilhilfsberufen, diese Bezeichnung impliziert, dass Angehörigen dieser Berufe die heilende oder krankheitslindernde Tätigkeit nur nach ärztlicher Verordnung oder Verschreibung erlaubt ist. So vielschichtig wie die Berufszuordnung ist auch die inhaltliche Ausgestaltung des Berufes.

4.8 Der Begriff „professionelle Pflege"

Susanne Geppert definiert in ihrem Beitrag „Professionelle Pflege und ihre Bedeutung für den Lernfeldansatz" (in Geppert et al. 2005, 16) professionelle Pflege folgendermaßen:

> „Unter professioneller Pflege wird die beruflich ausgeführte Pflege basierend auf spezifischen theoretischen und praktischen Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in einer Ausbildung für Gesundheitsberufe erworben werden, verstanden. Fachlich fundiertes, berufsethisches und adaptives Handeln wird in der Berufsausbildung erworben, indem sich Auszubildende berufliche Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aneignen".

Weiter sagt sie, dass der Erwerb von Kompetenzen wie Fach-, Sozial-, Human-, Methoden- ethische, Sprach- und Lernkompetenz Grundvoraussetzung für das Erbringen professioneller Pflege ist. Sie ordnet die verschiedenen Kompetenzen dann in formale und materielle Kompetenzen und definiert sie, indem sie ihnen spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten, so genannte Schlüsselqualifikationen zuschreibt. Das heißt, erst die Gesamtheit aller Schlüsselqualifikationen führt zu beruflicher Handlungskompetenz.

Berufliche Kompetenz ist die Grundlage für eine professionelle Pflege, damit werden die Auszubildenden befähigt, sich verändernde und vielschichtige Pflegesituationen eigenständig und eigenverantwortlich zu meistern. Die Fähigkeit des lebenslangen

Lernens ist die Voraussetzungen, um das bestehende pflegerische Wissen aktuell zu halten.

4.9 Chancen und Grenzen der Umsetzbarkeit an den Lernorten

Mit dem Lernfeldkonzept soll arbeitsprozessorientiertes Lernen am Lernort Schule implementiert werden (vgl. Becker 2006b, 23). Jedoch ist berufliches Lernen an der Ausbildungsschule nicht unbedingt an beruflichen Verwertungszusammenhängen orientiert, sondern hier geht es vor allem um das gedankliche Erfassen und Durchdringen typischer beruflicher Anforderungen und Problemstellungen, was wiederum die Grundlagen für berufliche Handlungskompetenzen ist (vgl. Becker 2006b, 24). Dadurch erlangt man ein umfassenderes Wissen auf der Grundlage von Bezugswissenschaften und damit einen fundierten Kompetenzerwerb.
Die Aufgliederung nach Fächern fällt in den lernfeldorientierten Ausbildungen weg und wurde durch die Lernsituationen in den Lernfeldern ersetzt. Das macht es manchen Schüler/innen schwer sich zu orientieren, da sie größtenteils ihre schulische Sozialisation mit an Fächern orientierter Systematik erfahren haben. Lernschwächere Schüler/innen entwickeln leicht ein Gefühl von Chaos und verlangen nach abgrenzenden Strukturen (vgl. Didion-Seehaus 2008, 26).

Für die theoretische Ausbildung am Lernort Schule eignet sich das Lernen und Vermitteln anhand einer Lernsituation hervorragend. Voraussetzung für die effektive Vermittlung von beruflichen Handlungskompetenzen ist die Teamfähigkeit sowohl der Lehrenden als auch der Lernenden. Um die Umsetzung des Lernfeldansatzes zu gewährleisten ist eine enge Zusammenarbeit der Lehrkräfte aus den unterschiedlichen Bezugswissenschaften unabdingbar. Sie müssen die Unterrichtsinhalte absprechen, um Doppelungen und das Vergessen von einzelnen Inhalten zu vermeiden. Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang die Kooperation mit den Praxisanleiter/innen, da in der Kooperation eine an berufstypischen und einrichtungsüblichen Arbeitsprozessen orientierte Lernsituation entwickelt werden kann. Den Schüler/innen wird im Lernfeldkonzept vermittelt, wie wichtig gegenseitige Information und Kooperation für das berufliche Handeln sind. Für den Pflegeberuf ist Teamarbeit eine wesentliche Voraussetzung einer reibungslosen Pflegearbeit im Interesse der Patienten, ferner gilt Teamarbeit allgemein als erforderliche personale und soziale Kompetenz Pflegender.

Das Lernfeldkonzept stößt allerdings vielerorts sehr schnell an seine Grenzen, bedingt durch die Strukturierung und Organisation der Altenpflegeausbildung. Die Orientierung der Lernsituationen an berufstypischen Arbeitsprozessen und Handlungsabläufen bringt

eine häufige Überschneidung der Lernfelder mit sich. Wichtig ist, die Lernzieldefinition dem jeweiligen Ausbildungsjahr zuzuordnen. Die Leistungsbeurteilung stellt eine weitere Schwierigkeit in der Umsetzung der Lernfeldkonzeptes dar. Die Lehrkräfte sollten deshalb im Vorfeld transparent machen, für welches Lernfeld welche Leistungserbringung erforderlich ist (vgl. Becker 2006b, 66). Des Weiteren stellt die zeitliche Organisation ein großes Problem dar. In vielen beruflichen Schulen wird der Unterricht in Zusammenarbeit mit Fremddozenten erteilt. Das bedeutet, dass enge zeitliche Vorgaben, wann was gelehrt wird die Fachsystematik weiter bedingen. Oftmals wird auch durch die räumlichen Gegebenheiten das Lernen z.B. in Kleingruppen erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht.

Mit der Entwicklung von Lernsituationen soll nach Becker der Versuch gemacht werden, „die Inhalte und Hintergründe des Lernens lesbar zu machen“, was „von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Attraktivität und Akzeptanz des Berufes“ sei und „sich die Zusammenhänge der Ausbildung bereits vorab erschließen zu können, bedeutet für Lernende und den Ausbildungsprozess einen nicht zu unterschätzenden Demokratisierungsfortschritt“ (Becker 2006b, 68).

Zu bemängeln ist, dass die Ausbildung in Altenpflegeschulen und der Arbeitsprozess in den verschiedenen stationären Einrichtungen meistens in völliger Abtrennung voneinander stattfinden. Das Lern- und das Handlungsfeld sind separiert und stehen meist in sehr begrenzten Zusammenhängen zueinander. Ziel sollte es sein, schulische Lernsituationen und praktische Ausbildungsphasen zu verbinden, um so zu einem vernetzten Denken zu kommen und den Theorie-Praxis-Transfer zu gestalten und die beruflichen Verwertungszusammenhänge (vgl. Becker 2006b, 24) in beruflichen Handlungskompetenzen zu performieren.

Speziell für die oben vorgestellte exemplarische Lernsituation ist es in den Schulen sehr schwierig die Praxis mit einzubinden. Bisher macht nur ein minimaler Prozentsatz von Schüler/innen in ambulanten Pflegediensten ihre praktische Ausbildung. Des Weiteren ist der (Pflicht-) Einsatz in der häuslichen Pflege so kurz, dass es in dieser Zeit unmöglich ist, einen realistischen Einblick in die ambulante Pflege zu bekommen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung sind die allermeisten Pflegedienste zunehmend unter einem „Rationalisierungs-, aber auch Taylorisierungsdruck“, weil sich das betriebliche Kalkül nun auf Einzelleistungen konzentriert, bei dem der Faktor Zeit als Rationalisierungsinstrument zur Kostensenkung bzw. Erlössteigerung genutzt wird (vgl. Strünck 2000, 153). Das bewirkt eine zunehmende Zerteilung und Aufsplitterung der Tätigkeiten in der ambulanten Pflege. Zu entscheiden, wie die vorgesehenen Module bei den einzelnen Patient/innen sinnvoll in Handlungsabläufe eingebunden werden können und diese dann in die Tat umzusetzen, überfordert die Auszubildenden. Durch die theoretische Auseinandersetzung

kann jedoch meiner Ansicht nach der Grundstein für die Auseinandersetzung mit dieser Frage- und Problemstellung gelegt werden.

4.10 Transfer in die Praxis

Die ambulante Pflege stellt ein sehr komplexes Arbeitsfeld dar und muss deshalb auch als solches im Unterrichtsgeschehen behandelt werden. Um professionelles pflegeberufliches Handeln zu erwerben, ist es wichtig, umfassende Fachkompetenzen in der Ausbildung zu erlangen. Die Zielsetzung der Pflegeausbildung orientiert sich am realen Arbeitshandeln, ist aber insbesondere in der ambulanten Pflege weit davon entfernt, da in den allermeisten ambulanten Pflegediensten keinerlei Arbeitsplätze und Arbeitsprozesse unter lernsystematischen und arbeitspädagogischen Gesichtspunkten vorzufinden sind. Deshalb ist es in diesem Praxisfeld sehr schwierig den Theorie-Praxis-Transfer befriedigend zu gestalten. Einzig die Praxisanleitungen, die meistens nur formal, aber ohne zusätzliches Zeitbudget zur Verfügung gestellt werden, werden von ambulanten Pflegediensten bislang als berufspädagogisches Handeln betrachtet. Die ambulanten Pflegedienste sind in der Pflicht, Ausbildungsplätze bereit zu stellen bzw. in den Ausbildungsausgleichsfonds einzuzahlen, was aber nicht automatisch zu einer Verbesserung der Ausbildungssituation in den Pflegediensten führt.

Auch der Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung begnügt sich laut Becker: „… lediglich mit einer fünfstufigen abstrakten Umschreibung von zu erreichenden individuellen Fertigkeitsniveaus in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege“ (Becker 2006a, 50). Weiter beklagt er die Fehler des Gesetzgebers aus der Sicht der Berufsforschung bezüglich der praktischen Ausbildung. Dadurch, dass es kein systematisch strukturiertes Lernen gibt, wird die „Beziehungslosigkeit“ zwischen schulischer Ausbildung und Ausbildungspraktika gefestigt, was dann fast unweigerlich zu „Theorie-Praxis-Differenzen“ führt. Ferner kritisiert er, dass so genannte „Ausbildung“ als Mitarbeit nach wie vor als Prinzip der Ausbildungspraktika verstanden wird und nicht als „Ausbildung im Prozess der Arbeit“. Dies kann seiner Meinung nach nicht zu Berufsbildung führen, sondern nur zum „Nachahmungslernen“ und dies wiederum führt zu einer weit reichenden Destandardisierung beruflicher Kompetenzen und zu Qualifikationsdefiziten. Zur Verbesserung der Situation schlägt Becker eine Entwicklung von systematisch mit der schulischen Ausbildung verzahnten, konsequent auf die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenzen gerichtete, sachlich und zeitlich gegliederte Ausbildungsrahmenpläne für die praktische Berufsausbildung in der Altenpflege vor. Die den Ausbildungsrahmen strukturierenden „Handlungsfelder“ sind für die später zu leistende Entwicklung von Ausbildungsrahmenplänen die zwingende

Voraussetzung für Definition und Gestaltung beruflicher „Lernfelder“ und beruflicher Lernsituationen für den schulischen Teil der Berufsausbildung, die ohne Bezug auf die Handlungsfelder nicht gedacht werden können (vgl. Becker 2006a, 51ff).

Wichtig ist in jedem Fall eine gute Kooperation zwischen den Lernorten. Findet diese angestrebte enge Verzahnung mit der Praxis statt, so können während der Ausbildung einzelne Ausbildungsgegenstände miteinander verbunden werden. So wäre es möglich, Auszubildende mit der zunächst theoretischen Lösung der oben geschilderten Lernsituation zu betrauen. Sie könnten selbständig verschieden Vorgehensweisen und Lösungsmöglichkeiten skizzieren. Geeignete Hilfsangebote anderer Dienste, wie Essen auf Rädern, hauswirtschaftliche Hilfen, Physio- und Ergotherapie, ärztliche Betreuung, Besuchsdienste der (Kirchen)Gemeinde, Einbindung der Kinder des Ehepaars, Fördermöglichkeiten durch die Kranken- und Pflegekassen, Rehabilitationsbehandlungen, technische Hilfsmittel, (wie .z. B. Beantragen eines Lifters für Frau G., um Herrn G. eine Hilfe für die schweren Transfers zu bieten) sollten Berücksichtigung finden und ein zeitlicher und sächlicher Betreuungsplan für Frau G. erstellt bzw. alternative Lösungen aufgezeigt werden. In einem weiteren Schritt könnten die Auszubildenden dann ihre Lösungsvorschläge zunächst der Praxisanleitung und in einem weiteren Schritt dem Ehepaar G. vorstellen und begründen, wobei sie die strukturellen, organisatorischen und finanziellen Aspekte mit einbeziehen sollten. Damit hätten die Auszubildenden die Möglichkeit, eigene Erkundungen zu machen, in einer Art „Selbstlernaufgabe“ kreative Vorschläge einzubringen und dadurch die Komplexität des Arbeitsfeldes zu erfahren und es anschließend selbst und mit der Praxisanleitung zu reflektieren. Die Praxisnähe wäre gewährleistet und die Interaktionsfähigkeit würde gefördert werden. Die Ausbildung personaler und sozial-kommunikativer Kompetenzen wird mit eingeschlossen. Für die Auszubildenden wird durch das Lernen im Arbeitsprozess deutlich, welche Ziele in der ambulanten Pflege verfolgt werden. Für die Zukunft der ambulanten Pflege ist es entscheidend, wie die Auszubildenden die reale Praxis während der Ausbildung erleben und dass der Grundstein für ein lebenslanges Lernen gelegt wird.

5 Kritische Würdigung und Ausblick

5.1 Desiderata für die Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger

Die Veränderungen im ambulanten Bereich nahmen und nehmen in den letzten Jahren enorm zu. Um diesen Veränderungen adäquat zu begegnen, bedarf es einer hohen fachlichen Qualifizierung in den Gesundheits- und Sozialberufen. Gesundheit ist ein großer Wirtschaftssektor und macht deshalb eine hohe Qualifizierung der darin Tätigen notwendig. Wie eingangs bereits festgestellt, orientiert sich die theoretische Ausbildung in den Schulen bislang fast ausschließlich am stationären Bedarf. Sollen aber auch für die Zukunft gut qualifizierte Altenpflegekräfte für den ambulanten Sektor zu Verfügung stehen, so muss in der Ausbildung verstärkt die Schwerpunktsetzung auf die Anforderungen, d.h. die spezifischen Qualitätsanforderungen und Arbeitsweisen im häuslichen Bereich gelegt werden. Die Etablierung einer berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung, sowie geeignete Methoden und Instrumente für die Umsetzung in den Curricula in arbeitsprozessorientierte Lernsituationen ist dringend erforderlich, um zu erreichen, dass die beabsichtigten Innovationswirkungen eintreten. Das Lernen in Lernfeldern weist auf die Kompetenzentwicklung der einzelnen Lernenden, die fachlogische Strukturierung, die Wissenschaftsorientierung sowie auf die Arbeitsprozesse hin (vgl. Rauner 2004, 76f).

Um die bestehenden Arbeits- und beruflichen Handlungsanforderungen zu kennen und die Ausbildung darauf hin orientiert zu konzipieren, bedarf es einer genauen Analyse des Handlungsfeldes ‚Ambulante Pflege'.

Dehnbostel beschreibt in seinem ‚Phasenmodell zur Erschließung und Gestaltung des Lernorts Arbeitsplatz und zur Schaffung dezentraler Lernformen', welche Auswahlkriterien für die Einrichtung von Lernformen in der Arbeit notwendig sind, um als Lernort geeignet zu sein. Um Arbeitsprozesse und Arbeitsplätze als Lernorte zu erschließen, bedarf es zunächst einer Arbeitsprozess- und Qualifikationsanalyse, d.h. die Bedingungen von Arbeitsaufgaben müssen bearbeitet werden, um Lernpotenziale und –möglichkeiten festzustellen. In einer zweiten Phase sollte eine Auswahl von Arbeitsplätzen als Lernorte unter berufs- und betriebspädagogischen Gesichtspunkten festgelegt werden. Weiter sollte nach Dehnbostel eine Arbeits- und Lerninfrastruktur hergestellt werden durch geeignete Ausstattungen, Lernmaterialien sowie durch die Festlegung von Organisationsprinzipien. In einer vierten Phase sollten Lernziele, -inhalte und methodisches Vorgehen benannt werden und in einer letzten Phase dann die Arbeits- und Lernprozesse gestaltet werden (vgl. Dehnbostel aus Rauner 2004, 92).

Dies sehe ich als eine der dringendsten Aufgaben der Berufsforschung. Daraus kann dann ein Curriculum für die praktische Altenpflegeausbildung entwickelt werden. Des

Weiteren muss eine bildungspolitische Entscheidung getroffen werden, in welche Richtung die Altenpflegeausbildung sich entwickeln soll. Im stationären Kontext ist eine gerontologische Ausrichtung der Ausbildung unbestritten richtig. Für den ambulanten Bereich sehe ich dies kritisch, da in diesem Bereich zunehmend medizinisch-behandlungspflegerische Leistungen gefordert sein werden. Eine mögliche Lösung wäre meines Erachtens, wie es bisher schon gehandhabt wird, eine Weiterqualifizierungsmaßnahme für den ambulanten Sektor. Um die Versorgung älterer und hochaltriger Menschen auch weiterhin in der Häuslichkeit zu sichern ist die Gerontologie nach wie vor als die wichtigste Bezugswissenschaft in der Altenpflegeausbildung zu betrachten. Die Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche der ambulanten Pflege müssen neu definiert werden und anders finanziert werden. Für die Zukunft ist deshalb eine Veränderung der Abrechnungsmodi meiner Einschätzung nach zwingend notwendig.

Die allermeisten ambulanten Pflegedienste sind weit davon entfernt, geeignete Lernorte für die praktische Ausbildung darzustellen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung verstehen sie sich als marktwirtschaftlich organisierte Unternehmen, die in Konkurrenz zu anderen Pflegediensten stehen, wobei die Klienten gleichzeitig Koproduzenten der Dienstleistung sind und damit einerseits keine Outputorientierung stattfinden kann, andererseits aber eine starke Berücksichtigung ökonomischer Gesichtspunkte stattfindet (vgl. Bathke 2004, 11f). Durch die vertragsbedingten Leistungsentgelte für bestimmte Verrichtungen durch ein Modulsystem sind die Pflegedienste zunehmend eher an einer Leistungsfähigkeitssteigerung interessiert, um Kosten zu senken, als an einer arbeitspädagogischen Qualitätsentwicklung für die Auszubildenden. Die Ursache liegt meines Erachtens in der Tatsache, dass die Leistungsträger festlegen, welche Leistung unter welchen Voraussetzungen wie bezahlt wird. Die ambulanten Pflegedienste laufen damit meiner Ansicht nach Gefahr, eine positive Entwicklung in Richtung Stärkung der Professionalität zu verpassen.

Eine gute Ausbildung soll perspektivisch den Nachwuchs an Fachkräften gewährleisten und nicht nur für den ambulanten Bereich die notwendige Professionalisierung des Dienstleistungsangebotes sichern. Gerade im häuslichen Bereich, der in Zukunft weiter ausgebaut werden soll, ist es erforderlich vor dem Hintergrund des demographischen Wandels durch gut qualifizierte Fachkräfte die nicht nur von den Kostenträgern, sondern ebenso auch von den Patienten geforderte Qualitätsentwicklung zukünftig zu sichern. Um im Wettbewerb mit zunehmend ungelernten, aber kostengünstigen Hilfskräften mithalten zu können, müssen für die interne Qualitätsentwicklung und –sicherung massive

Anstrengungen unternommen werden. Die unsachgemäße Pflege verursacht in der Folge weit höhere Kosten, als eine sach- und fachgerecht ausgeführte Pflege. Durch eine kritische Reflexion der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsqualität in ambulanten Pflegediensten könnte eine Aufwertung des Berufes Altenpfleger/in bewirkt werden. Mit einer systematischen Implementierung einer lernzielgeführten, an Handlungskompetenzen orientierten praktischen Ausbildung könnte der hohen Fluktuation der Mitarbeiter/innen entgegengewirkt werden. Der Beruf würde durch eine qualitativ hochwertige „Ausbildung im Prozess der Arbeit darüber hinaus in verhältnismäßig kurzer Zeit auch wieder attraktiver, so dass dadurch greifbarer betriebswirtschaftlicher Nutzen entsteht. Kurzfristig durch die fortschreitende Integration der Ausbildung in die Arbeitsabläufe, mittelfristig durch die positive Beeinflussung der Arbeitsbedingungen, langfristig durch die Identifikation stiftenden Effekte guter Ausbildung“ (Becker in BiBB 2003, 13).

Der Kostendruck und die Forderung nach wirtschaftlichem Handeln werden in der ambulanten Pflege zunehmend richtungsweisend. Die Spielräume für eine umfassende ganzheitliche Pflege werden immer geringer und die Entgelte für erbrachte Leistungen werden auf ein Minimum abgesenkt.

> „Mit Einführung der Pflegeversicherung wird es betrieblich (auch für die Wohlfahrtsverbände) notwendig den Einsatz von Pflegekräften unter ökonomischen Gesichtspunkten zu lenken. Dies wird durch gesetzliche Vorschriften sogar noch unterstrichen, beispielsweise durch den § 29 SGB XI, nach dem die erbrachten Leistungen sowohl wirksam als auch wirtschaftlich sein müssen. Weiter ist hier auch § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI zu nennen, nach dem Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden dürfen, die die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung bieten (vgl. Bathke 2004, 211f).

Mit dieser „erweiterten Ökonomisierung“ der Pflege werden die Pflegenden mit ihren Ansprüchen an gute Pflege, die Pflegedienste mit den Auflagen für Qualität sichernde, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgungsansprüche und die Patienten, die als „ganzer Mensch“ im Mittelpunkt der Pflege stehen sollten, alleine gelassen. Ambulante Pflege sollte einerseits sehr individuell, ganzheitlich und flexibel sein, andererseits wird sie aber in ein strenges Korsett gepackt, das keinen Spielraum für die Bedürfnisse und Wünsche der zu Pflegenden lässt.
In der Ausbildung ist es deshalb wichtig, den ambulanten Bereich mit seinen verschiedenen Facetten verstärkt in die Lernarrangements mit aufzunehmen, um die situative Komplexität des Arbeitsfeldes mit entsprechenden Handlungsorientierungen zu

verbinden, mit der Intention gleichzeitig zu selbständiger Arbeitsweise motivieren. Dass in der ambulanten Pflege nicht immer nach Standards und Lehrbüchern vorgegangen werden kann, wurde von mir bereits ausgeführt und erscheint mir als wichtiger zu berücksichtigender Aspekt bzgl. der Ausbildung.

Die vorrangig häusliche Pflege kann perspektivisch nur gelingen, wenn die bestehenden Pflegearrangements weiterentwickelt werden und eine neue Form der Kooperation zwischen Familien, freiwilligen und professionellen Helfern dauerhaft gestärkt wird und die individuellen Bedarfe der zu Pflegenden und deren Angehörigen berücksichtigt werden. Die Leistungen aus der Pflegeversicherung dürfen perspektivisch nicht nur an modular beschriebenen Tätigkeiten ausgerichtet werden. Wird die lebensweltorientierten Pflege weiter in den Hintergrund gedrängt, so führt dies in der Folge zu einer höheren Heimquote und damit verbundenen höheren Kosten für die alternative stationäre Versorgung.
Da eine zentrale Forderung des Altenpflegelehrplans darin besteht, den „Mensch in seiner Einmaligkeit in der Gesamtheit“ (KM /LS 2003, AKA/UBL/APB jeweils 2) anzunehmen, muss in der praktischen Ausbildung meiner Meinung nach eine Auseinandersetzung mit den beruflichen Leistungserwartungen, Arbeits- und Qualifikationsanforderungen stattfinden, damit eine Berufsidentifikation auch im Sinne einer allgemein gültigen Werthaltung ermöglicht wird. Übergreifende Bildungsziele z.B. ethisch verantwortliches Handeln fließen in jede Lernsituation mit ein. Meines Erachtens müssen für die Altenpflege explizit für die Häuslichkeit Zuständigkeitsbereiche und -grenzen in der Ausbildung entwickelt werden, wenn eine berufliche Identität entstehen soll. Des Weiteren muss eine klare Regelung für die erweiterten Zuständigkeiten geschaffen werden.
Die geforderten Schlüsselqualifikationen und die erwünschten Kompetenzen von Pflegenden, Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit als herausragende Qualifikationen von ambulanter Pflegearbeit, befördern den Widerspruch zwischen den fortbestehenden, meist christlich verwurzelten Leitbildern der Pflege als „Liebesdienst“ (vgl. Rieder 1999, 73) und den Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege.

Die Entwicklung von Lernsituationen ist meines Erachtens ein wichtiger Schritt die Ziele, Einflussfaktoren und Wirkzusammenhänge ambulanter Pflege zu strukturieren. Subjektive Theorien können damit sichtbar gemacht und verändert werden, so dass eine Verknüpfung mit wissenschaftlichen Theorien möglich wird. Die Arbeitsprozess- und Handlungsorientierung steht dabei im Vordergrund.

> „Neu ist also an Lernsituationen, dass sie die den Beruf in Wissen und Handeln prägenden Strukturen thematisieren und jede berufliche Intervention (Tätigkeit) in Zielsstellung,

Begründung, Methodik, Verfahren und Evaluation systematisch auf diese Strukturen beziehen“ (Becker 2006a, 126).

Die Vermittlung arbeitsprozessbezogener beruflicher Kompetenz in Lernsituationen ist eine besondere Chance speziell für den ambulanten Bereich, da es bislang kaum Bestrebungen in diese Richtung gibt.

Generell ist es nicht möglich ein Rezept für die Vermittlung beruflicher Handlungskompetenzen für das pflegeberufliche Handeln im ambulanten Bereich zu erstellen. Im Rahmen dieser Arbeit habe ich versucht anhand einer exemplarischen Lernsituation denkbare Vermittlungsmöglichkeiten darzustellen. Das Lernfeldkonzept als curriculare Grundlage, die Entwicklung von Lernsituationen, ein breites methodisches Spektrum, sowie eine gute Kooperation mit der Praxis sind ein wichtiger und notwendiger Schritt, um Auszubildende der Altenpflege an ihr Berufsfeld heranzuführen. Perspektivisch muss jedoch ein Curriculum für die praktische Ausbildung in Kooperation mit der Schule entwickelt werden und die Ausbildungsstellen müssen genauer auf ihre berufspädagogischen Ressourcen von den Kostenträgern im Interesse einer fundierten, guten Ausbildung geprüft werden.

Literaturverzeichnis:

Bader, Reinhard. „Lernfelder konstruieren – Lernsituationen entwickeln: Erarbeitung didaktischer Jahresplanungen“. Padua, 1, Feb. 2007, 13-19

Badura, B.; Gross, P.. Sozialpolitische Perspektiven: Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen“. München: Piper, 1976

Balzer, Sabine; Mischkowitz, Thomas. Lernaufgaben für die lernfeldorientierte Ausbildung in den Pflegeberufen: Eine praktische Handlungsanweisung, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2007

Bartholomeyczik, Sabine. „Zum Gegenstand beruflicher Pflege. Eine Einführung“. In: Pflege & Gesellschaft. Hg. von Deutsche Pflegewissenschaft e.V.; Sabine Bartholomeyczik; Gerd Dielmann. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 7-12

Bathke, Sigrid. Beschäftigte im Arbeitsfeld ambulante Pflege auf dem Weg zum personenbezogenen Arbeitskraftunternehmer? Arbeitsbedingungen, Berufsbilder und Motivation eines Berufsfeldes im Wandel, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2004

Beck, Ulrich; Brater, Michael; Daheim, Hansjürgen. Soziologie der Arbeit und der Berufe: Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 1980

Becker, Wolfgang (Hrsg.). (2006a). Ausbildung in den Pflegeberufen. Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 1. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, 2006

Becker, Wolfgang (Hrsg.). (2006b). Ausbildung in den Pflegeberufen. Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis. Band 2. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, 2006

Benner, Patricia. Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert. 3.Nachdruck. Bern: Hans Huber Verlag, 2000

Bischoff-Wanner, Claudia. Der Lernfeldansatz – eine kritische Auseinandersetzung; Pflegemagazin 4.Jg. H.4 Juventa Verlag Weinheim: 2003, S. 4-13

Bischoff-Wanner, Claudia. Empathie in der Pflege: Begriffsbestimmung und Entwicklung eines Rahmenmodells. 1.Auflage. Bern: Hans Huber Verlag, 2002

Bundesagentur für Arbeit Nürnberg: http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/start?dest=profession&prof-id=9065 aufgerufen am 10.09.08

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Referat 220 Migrations- und Integrationsforschung(Hrsg.). Peter, Dr. Schimany. Die alternde Gesellschaft; Working Paper 4/2005 Nürnberg: 2005 http://www.bamf.de/cln_092/nn_443728/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publikationen/Forschung/WorkingPapers/wp4-alternde-gesellschaft,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/wp4-alternde-gesellschaft.pdf aufgerufen am 19.09.08

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Migrationsbericht 2005 http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/Anlagen/migrationsbericht-2005,property=publicationFile.pdf aufgerufen am 26.10.08

Bundesinstitut für Berufsbildung BiBB Hrsg. Berufsausbildung in der Altenpflege: Leitfaden für die praktische Ausbildung. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung, Bonn 2003

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung Wiesbaden BiB. Zu- und Abwanderungen von Ausländern http://www.bib-demographie.de/cln_090/nn_750732/DE/Demographie/Wanderungen/aussenwanderung.html aufgerufen am 15.09.08

Bundesministerium der Justiz (BMJ) Berlin: Sozialgesetzbuch (SGB). http://www.gesetze-im-internet.de/hinweise.html aufgerufen am 04.10.08

Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html aufgerufen am 04.10.08

Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014 http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/index.html aufgerufen am 04.10.08

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008):

Alterssurvey: http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=35236.html aufgerufen am 17.09.08: In der Reihe „Der Alterssurvey (vom 03.08.05)– Aktuelles auf einen Blick“ wurden Zusammenfassungen zu folgenden Themen veröffentlicht:

Der Alterssurvey Schwerpunkt **„Familie und Generationen im Wandel“** kapitel4.9-familien-und-generationen-im-wandel als pdf

Der Alterssurvey Schwerpunkt **„Gesundheit und Gesundheitsversorgung“** kapitel6.9-gesundheit-und gesundheitsversorgung als pdf

4.Altenbericht zur Lage der älteren Generation: Sachverständigenkommission http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=5128.html aufgerufen am 20.09.08

Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag der Bundesregierung. Berlin: 2005 http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf aufgerufen am 20.09.2008.

Gender Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/genderreport/4-familien-und-lebensformen-von-frauen-und-maennern.html aufgerufen am 22.09.08

Darmann, Ingrid. „Pflegeberufliche Schlüsselprobleme als Ausgangspunkt für die Planung von fächerintegrativen Unterrichtseinheiten und Lernsituationen“. PrinterNet, 06 2005: 329-335

Darmann, Ingrid; Wittneben, Karin. Lernfeldorientierung in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern, Bertelsmann Verlag Bielefeld, 2002

Darmann, Ingrid, Wittneben, Karin (Hrsg.). Gesundheit und Pflege: Ausbildung, Weiterbildung und Lehrerbildung im Umbruch. Berufsbildung zwischen innovativer Programmatik und offener Umsetzung, Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, 2000

Dehnbostel, Peter. „Lernen in modernen Arbeitsprozessen – Ergebnisse des Modellversuchsprogramms „Dezentrales Lernen“ für die Arbeitsgestaltung und betriebsbezogene Curriculumentwicklung“ in Qualifikationsforschung und Curriculum. Hg. von Felix Rauner. Bielefeld: Bertelsmann Verlag 2004, 81-98

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.). Berufskompetenzen professionell Pflegender: Bericht über eine Delphi-Studie zur Ermittlung von Anhaltspunkten für eine Pflegeausbildung, Mainz/ Göttingen: Druckhaus Göttingen im Göttinger Tageblatt GmbH, 2002

Deutscher Bundestag Drucksache 14/8800 14. Wahlperiode 28. 03. 2002 Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ http://www.erfahrung-ist-zukunft.de/Webs/EiZ/Content/DE/Artikel/Materialien/Anlagen/20070605-enquete-demografischer-wandel-pdf,property=publicationFile.pdf aufgerufen am 25.10.08

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Gero Stat http://www.gerostat.de/ aufgerufen am 19.09.08

Didion-Seehaus, Marlene. Lernen durch Rollentausch: Lernsituation: „Beziehungen zu Menschen mit kognitiven, physischen und emotionalen Einschränkungen gestalten“. Padua, Heft 3, 2008, 26

DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung). Berlin Gutachten: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, 29.10.01, S. 94f http://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/38789/diw_GesundheitsDL_200112.pdf aufgerufen am 05.10.08

Duden. Das Fremdwörterbuch Band 5, 9.aktualisierte Auflage, Mannheim: Dudenverlag, 2007

Erpenbeck, John, Volker, Heyse. Die Kompetenzbiographie: Strategien der Kompetenzentwicklung durch selbstorganisiertes Lernen und multimediale Kommunikation. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann Verlag, 1999

Erpenbeck, John. QUEM-Bulletin der ABWF e.V. Berlin: 1996, 1-7

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris. Rascher und kranker und nach Hause: Häusliche Pflege häusliche Pflege akut und schwer kranker Patienten: Wie ambulante

Dienste auf die zukünftigen Herausforderungen reagieren können. In Häusliche Pflege, 12, 2000, 35-41

Garms-Homolová, Vjenka. „Professionalisierung der Pflege im ambulanten Versorgungssektor“. In: Hasseler, Martina; Meyer, Martha. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2004, 50-65

Geppert, Cornelia; Geppert, Susanne; Füg, Lydia; Eidam, Dorothea. Lernfelder in der Pflegeausbildung: Theoretische und praktische Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2005

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV). http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf und http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflaprv/gesamt.pdf aufgerufen am 08.09.08

Gesundheitsministerkonferenz der Länder: vom 3.7.2008 in Plön http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_10.05 aufgerufen am 08.09.08

Hasseler, Martina, Meyer, Martha. Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft: Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2004

Höhmann, Ulrike; Müller-Mundt, Gabriele; Schulz, Brigitte. Qualität durch Kooperation; Gesundheitsdienste in der Vernetzung. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 1999

Jank, Werner; Meyer, Hilbert. Didaktische Modelle, 7. Auflage. Berlin: Cornelsen Verlag, 2005

Meyer, Hilbert. Unterrichtsmethoden II: Praxisband, 2.Praxisband. Frankfurt am Main: Scriptor Verlag GmbH, 1987

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (KM). Landesinstitut für Erziehung und Unterricht (LEU)- Abteilung III: Lehrpläne für die

Berufsfachschule für Altenpflege, Schulversuch vom 24. Januar 2003 http://www.ls-bw.de/beruf/lp/bfs_sch_vers_soz_pfl/lp_sch_vers_alt_pfl.htm aufgerufen am 06.10.08

Muster-Wäbs, Hannelore; Schneider, Kordula. „Das Lernfeldkonzept – im Spannungsfeld von Problemen und Chancen“. PrinterNet, 04, 2005, 207-220

Pflege & Gesellschaft (Hrsg.). Sonderausgabe Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V., Bartholomeyczik, Sabine; Dielmann, Gerd (Hrsg.). Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt am Main: Mabuse, 2002

Pschyrembel. Wörterbuch Pflege.1.Auflage; Berlin: Walter de Gruyter GmbH, 2003

Rauner, Felix. Gerds, Peter; Eicker, Friedhelm Hrsg. Qualifikationsforschung und Curriculum: Analysieren und Gestalten beruflicher Arbeit und Bildung. Berufsbildung, Arbeit und Innovation: Forschungsberichte 25, Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2004

Rauner, Felix (Hrsg.). Handbuch Bildungsforschung: Berufswissenschaftliche Forschung in den Bildungsfeldern. 2. aktualisierte Auflage. Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2006 [Kapitel 3.2.7 Gesundheit/Pflege Ingrid Darmann und Regina Keuchel Seite 175- 180]

Reich, Kersten (Hg.): Methodenpool. In: url: http://methodenpool.uni-koeln.de letztes Update Mai 2008 aufgerufen am 19.10.08

Riedel, Annette. Professionelle Pflege alter Menschen: Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftliche Bedarfe und die Reformen der Pflegeberufe. Zugl.: Heidelberg, Univ.Diss. 2007. Marburg: Tectum Verlag 2007

Rieder, Kerstin. Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst: Belastungen in der Krankenpflege. Weinheim: Juventa, 1999

Schaeffer, Doris, Ewers, Michael. Ambulant vor stationär: Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerstkranker, 1. Auflage der deutschsprachigen Ausgabe, Bern: Hans Huber Verlag, 2002

Schaeffer, Doris. Care Management – Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 3, 1999: 233-251

Schewior-Popp, Susanne. Lernsituationen planen und gestalten, Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2005

Schiersmann, Christiane. Berufliche Weiterbildung. Heidelberg: Springer Verlag,2007

Schimany, Dr. Peter. Die alternde Gesellschaft; Working Paper 4/2005 Nürnberg: 2005

Schmidt, Simone. Das QM-Handbuch: Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2005

Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.). („Wirkungsorientierte Steuerung lokaler Angebote der häuslichen Altenhilfe und –pflege“ von Jan W. Schröder/ „Analyse der pflegerischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Regionen“ Beitrag von Dietrich Engels und Frank Pfeuffer). Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. 1.Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2006

Schneider, Kordula; Muster-Wäbs, Hannelore; Bohrer, Annerose; Thranberend, Timo. Vom Lernfeld zur Lernsituation – Pflege: Strukturierungshilfe zur Analyse, Planung und Evaluation von Unterricht, Troisdorf: Bildungsverlag EINS, 2004

Schwarz-Govaers, Renate. „Subjektive Theorien als Basis für Wissen und Handeln“: Pflegedidaktische Folgerungen für einen lernfeld- und problemorientierten Unterricht. PrinterNet. Heft 1, 2005: 38- 49

Schroeter, Klaus R.. Das soziale Feld der Pflege: Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Grundlagentexte Pflegewissenschaft, Weinheim und München: Juventa Verlag, 2006

Statistisches Bundesamt Deutschland: (2007)
Durchschnittliche Kinderzahl je Frau:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/GeburtenZiffer,templateId=renderPrint.psml aufgerufen am 15.09.08

Eheschließungen und –Scheidungen:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/EheschliessungenScheidungen/EheschliessungenScheidungen.psml aufgerufen am 04.10.08

Familienland Deutschland Durchschnittliches Heiratsalter: Tabelle 3 Seite 6
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Familienland/Tabellenanhang__pdf,property=file.pdf vom 04.10.08

Lebenserwartung in Deutschland:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/LebenserwartungDeutschland,templateId=renderPrint.psm aufgerufen am 15.09.08

Pflegeversicherung:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Sozialleistungen/Pflege/Pflege.psml aufgerufen am 04.10.08

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) Nov. 2006:
Bevölkerung Deutschlands bis 2050:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/Content75/,property=file.pdf aufgerufen am 02.10.08

Strünck, Christoph. Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung: Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Opladen: Leske+Budrich, 2000

Uzarewicz, Charlotte. „Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung in der Pflege“. In: Pflege & Gesellschaft. Hg. von Deutsche Pflegewissenschaft e.V.; Sabine Bartholomeyczik; Gerd Dielmann. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 13-26

Wittneben, Karin. „Handlungsfelder-Lernfelder-Bildungsinhalte“. PrinterNet 4, 2003, 124-136