

IM FOKUS

Kompetenzmessung in der Pflegeausbildung

INHALT

Schwerpunktthema | Seite 02

Projekte | Seite 08

Qualifikationsarbeiten | Seite 14

HBS Promotionskolleg | Seite 16

Studium und Weiterbildung | Seite 17

Veranstaltungen und Arbeitskreise | Seite 19

Publikationen | Seite 22

Impressum | Seite 24

Editorial

Kompetenzmessung im Berufsfeld Pflege zwischen Subjektivität und Irrelevanz

Welcher Nutzen ist von einer akademischen pflegerischen Erstausbildung zu erwarten? Welche Effekte resultieren aus einer für die Pflege aller Altersgruppen qualifizierenden generalistischen Pflegeausbildung? In den letzten Jahren wurden vielfältige Modellversuche durchgeführt, um Antworten auf diese Fragen zu finden. Dabei stützt sich die Modellversuchsforschung gegenwärtig vor allem auf Zufriedenheitsbefragungen der beteiligten Akteure, eher selten erfolgt eine »objektive« Überprüfung des Outcomes der verschiedenen Bildungsprogramme in Form einer Diagnostik der erworbenen Kompetenzen der Auszubildenden. Eine systematische Reflexion und Entwicklung von Verfahren der Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege stehen in der Bundesrepublik bislang noch aus. Mit Hilfe von geeigneten Instrumenten könnten die Wirksamkeit von Bildungsprogrammen überprüft und Anhaltspunkte für deren Weiterentwicklung gewonnen werden. An dieser Stelle setzt das vor-

liegende IPP-Info an. Neben dem nationalen und internationalen Forschungsstand sowie dem Diskussionsstand in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik werden bereits vorliegende Verfahren der Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege vorgestellt.

Mit der Messung von Kompetenzen erfolgt eine Hinwendung zu den Ergebnissen von Bildungsprozessen, zur sog. Outcomeorientierung. Outcomeorientierung löst als Prinzip bildungspolitischer Steuerung gegenwärtig das bisher vorherrschende Prinzip der Inputorientierung ab. Instrumente der outcomeorientierten Steuerung auf europäischer bzw. nationaler Ebene stellen der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) und der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) dar. Die Bedeutung dieser Qualifikationsrahmen für gesundheits- und pflegebezogene Bildungsgänge wird in diesem IPP-Info ebenso angesprochen wie die Grenzen einer einseitigen Outcomeorientierung. Eine Beschränkung auf die Fokussierung von Outcomes führt zu einer Abwendung vom Postulat der Bildung als kritisch-reflexive Identitätsbildung. Zudem sind die den Qualifikationsrahmen bzw.

Messinstrumenten zugrundeliegenden Kompetenzmodelle aus pragmatischen, bildungsökonomischen oder messtechnischen Überlegungen oftmals so reduziert, dass sie noch nicht einmal wesentliche Komponenten pflegerischer Handlungskompetenz zu erfassen vermögen. Aufgabe der Pflegeforschung ist es daher zukünftig, solche Verfahren der Kompetenzmessung zu entwickeln, die unterschiedliche Methoden kombinieren und die zudem auf einem empirisch wie fachdidaktisch begründeten Kompetenzmodell beruhen, das auch als Referenz für einen pflegebezogenen Fachqualifikationsrahmen herangezogen werden könnte. Letztlich dürfen sich PflegepädagogInnen (und damit auch PflegewissenschaftlerInnen) aber nicht damit begnügen, Lerneffekte zu überprüfen. Vielmehr geht es in der Ausbildung auch darum, den Lernenden Möglichkeitsräume zu eröffnen, um durch intergenerationelle Kommunikation mit den Lehrenden ein eigenständiges »multidimensionales Selbst- und Weltverständnis« aufbauen zu können. Solche Bildungsprozesse jedoch verschließen sich durch ihre Ergebnisoffenheit einer quantifizierenden Messung.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (Mitglied des Direktoriums), Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

an der Universität Bremen, Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,

Mail: darmann@uni-bremen.de, www.curriculumforschung.uni-bremen.de

SCHWERPUNKTTHEMA

Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege

Aussagen zur Effektivität von Strukturreformen in der Pflegebildung, z. B. von generalistischen oder dualen Ausbildungsprogrammen, können letztlich nur verlässlich auf der Basis einer Messung der in dem jeweiligen Bildungsangebot erreichten Kompetenzen getroffen werden. Auf internationaler oder EU-Ebene können anhand von vergleichenden Kompetenzmessungen, wie z. B. der Internationalen Leistungsvergleichsuntersuchung PISA, Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung von Bildungssystemen gewonnen werden. Zur Evaluation von Ausbildungsprogrammen bzw. Bildungssystemen müssen Methoden zur Kompetenzmessung entwickelt werden, die größere Samples zu erfassen erlauben, sog. Large-Scale-Assessments. Dieser Beitrag enthält in Kurzform die Ergebnisse einer umfangreichen Literaturrecherche zum Thema der bei der Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege eingesetzten Verfahren im deutschsprachigen und internationalen Raum.

Die eingesetzten bzw. erprobten Verfahren zur Kompetenzdiagnostik lassen sich erstens unterscheiden im Hinblick auf die Erhebungsmethoden und zweitens hinsichtlich der Kompetenzmessinstrumente bzw. -modelle, also der Auswertungsinstrumente. In der Bundesrepublik erfolgt bisher eine Kompetenzdiagnostik vornehmlich im Zusammenhang mit der Evaluation von Modellprojekten zur Erprobung von Strukturreformen der Pflegeausbildung. Untersucht werden dabei in erster Linie die subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen der beteiligten Akteure (z. B. Auszubildende, Lehrende, Praxisanleitende, Pflegedirektoren, Stations- und Wohnbereichsleitungen). Ein »objektives« Ergebnis ist auf der Basis dieser Methode nicht zu erwarten, letztlich wird lediglich die Zufriedenheit der Akteure mit dem Ausbildungsprogramm erfasst. Zwar werden auch im engeren Sinne Ansätze der Kompetenzerhebung erprobt, eine systematische und theoretisch fundierte Entwicklung von diagnostischen Instrumenten erfolgt bisher aber nicht. Während mit schriftlichen (z. B. Klausuren, Fachwissenstests, schriftliche Pflegeplanungen, schriftlich zu bearbeitende Reflexionsaufgaben) und mündlichen Erhebungen (z. B. Gruppendiskussionen von Auszubildenden zu pflegerischen Fallstudien) in erster Linie kognitive Kompetenzen erfasst werden können, erlauben Beobachtungen der praktischen

Leistungserbringung (z. B. praktische Prüfungen oder Simulationen von Pflegesituationen) die Erhebung der Fähigkeit zum angemessenen Handeln im Feld (Spöttl & Musekamp, 2009). Beide Erhebungsverfahren sind mit Begrenzungen verbunden. Werden in Testsituationen kognitive Kompetenzen ermittelt, so kann aus dem Vorhandensein der Kompetenzen nicht automatisch auf berufliche Handlungsfähigkeit geschlossen werden. Wird die Performanz der Pflegeauszubildenden in simulierten oder realen Pflegesituationen erhoben, dann können daraus nur mit Einschränkungen Vermutungen



über die zugrunde liegenden Kompetenzen abgeleitet werden. Eine systematische Reflexion der verwendeten Instrumente anhand dieser Fragen steht in Deutschland noch aus. Auch wird bislang die Auswahl der Assessmentsituationen, also derjenigen Situationen, die in Klausuren, mündlichen Prüfungen oder auch in praktischen Aufgaben von den Schülern zu bearbeiten sind, noch zu wenig (beispielsweise fachdidaktisch) reflektiert.

Die in der Pflegeausbildung eingesetzten Messinstrumente basieren in Deutschland auf der in der Berufspädagogik verbreiteten Unterteilung beruflicher Handlungskompetenz in die Dimensionen Fachkompetenz, Methodenkompetenz, personale Kompetenz sowie sozial-kommunikative Kompetenz und deren Operationalisierung. Dabei werden die allgemeinen Kompetenzen durch Plausibilitätsüberlegungen auf den pflegerischen Gegenstandsbereich übertragen. Durch dieses Vorgehen ist jedoch nicht gewährleistet, dass die Kompetenzen die Voraussetzungen für kompetentes Pflegehandeln tatsächlich abdecken, d. h., die Validität des Instruments ist in Frage gestellt. Es fehlt ein empirisch und fachdidaktisch fundiertes Kompetenzmodell, das pflegerische Handlungskompetenz umfassend und wirklichkeitsnah abbildet und auf dessen Grundlage Kompetenzmessinstrumente entwickelt werden können, die in der Lage

sind, Pflegekompetenz valide zu erfassen. Darüber hinaus existiert bislang kein Messinstrument, das über die Ermittlung von Übereinstimmungsmaßen zwischen den Bewertern hinaus weitere testtheoretische Gütekriterien erfüllt.

Da sich international der Wandel hin zu outcome- und kompetenzorientierten Curricula längst etabliert hat, steht auch dort die Frage, wie die Zielerreichung überprüft werden kann, ganz oben auf der Agenda. Dabei lässt sich für die angloamerikanische Literatur festhalten, dass die Begriffe competence und competency sowie competence und performance nicht immer trennscharf und auch nicht einheitlich verwendet werden. Häufig steht nicht die Kompetenz, sondern die Performanz im Mittelpunkt. Wie in Deutschland kommt das gesamte Spektrum von Erhebungsmethoden (schriftlich, mündlich, praktisch) zum Einsatz,

inzwischen gut erprobt sind insbesondere klinische Prüfungen unter simulierten Bedingungen (»Objektive Structured Clinical Examination« (OSCE)). Im Unterschied zu Deutschland basieren die entwickelten Messinstrumente in den meisten Studien auf einer Befragung von leitenden oder erfahrenen Pflegenden hinsichtlich der Qualitäten, über die eine professionell Pflegenden verfügen sollte, was aufgrund der einfließenden Interessen der Befragten zu Abstrichen bei der Validität der Instrumente führt. Ebenso wie in Deutschland können auch die international verwendeten Messinstrumente nicht die testtheoretischen Gütekriterien erfüllen. In Deutschland wie international lässt sich folglich eine erhebliche Forschungslücke in der systematischen und theoretisch fundierten Entwicklung von Instrumenten zur Messung pflegerischer Kompetenz feststellen.

→ Literatur bei den Autorinnen

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Mail: darmann@uni-bremen.de;

Gerlinde Glissmann

Mail: glissmann@uni-bremen.de;

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,

www.curriculumforschung.uni-bremen.de

Kompetenzmessung in der Berufsbildung

Diskussionsstand in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik

1 Der Kompetenzbegriff in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte sich eine zunehmend vereinheitlichte Ordnung von Ausbildung und deren Zertifizierung in Handwerk und Industrie. Was es an Ausbildungsqualität zu prüfen galt, veränderte sich im Laufe der Zeit und wurde oft nicht eindeutig definiert. Bis heute wird bspw. in den bundeseinheitlichen Ausbildungsordnungen vornehmlich von Fertigkeiten und Kenntnissen gesprochen (bspw. in den 2005 neu verordneten Elektroberufen), während in den Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) das berufsschulische Leitziel der »beruflichen Handlungskompetenz« formuliert wird: »Diese wird [...] verstanden als die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten« (KMK 1996, S. 10). In jüngster Zeit gewinnt jedoch der Kompetenzbegriff im Vergleich zu anderen Zielvorstellungen deutlich an Bedeutung. Gleichzeitig ist dieser Begriff alles andere als einheitlich besetzt. Es existiert ein regelrechter Ozean an Begriffsdefinitionen. Einigkeit besteht nur darin, dass Kompetenzen einen Domänenbezug haben sollen und durch Lernen veränderbar sind. Darin unterscheidet sich der Domänenbegriff von generalisierten Konstrukten wie Intelligenz oder Persönlichkeitseigenschaften.

In der Berufs- und Wirtschaftspädagogik wird Kompetenzmessung auf drei Ebenen betrieben, um Erkenntnisse zu gewinnen. Auf der Ebene der

1. Individuen zur Förderung, Selektion und Zertifizierung,
2. Berufsbildungssysteme, der Institutionen und des Unterrichts zur Verbesserung der pädagogischen Praxis, und
3. Wissenschaft im Sinne einer Grundlagenforschung zur Verbesserung des Verständnisses von Kompetenzen und deren Entwicklung (vgl. Hartig/Jude 2007).

Dazu werden unterschiedliche Methoden bemüht.

2 Methodik der beruflichen Kompetenzmessung

Die traditionelle Prüfungspraxis dient der Zielstellung der Zertifizierung (Ebene 1) und ist wegen des Einsatzes von Gesprächen und Beobachtungen durch eine geringe Standardisierung geprägt. Prüfer können insbesondere im praktischen Teil individueller auf Schwächen und Talente der Prüflinge eingehen und somit dem Einzelfall gerecht werden. Diese Praxis steht aber wegen der mangelnden Vergleichbarkeit und möglichen Willkür in der Kritik (vgl. Straka 2003) und ist – zumindest in der bisherigen Form – weder für die wissenschaftliche Evaluation von Institutionen (Ebene 2) noch für die Grundlagenforschung geeignet (Ebene 3).

Seit den großen Leistungsstudien in der Allgemeinbildung besteht auch in der Berufsbildungsforschung ein Trend zu möglichst hoch standardisierten quasiexperimentellen Designs. Diese gehen zunehmend mit statistischen Auswertungen auf der Grundlage der probabilistischen Testtheorie (vgl. Rost 2004) und großen Stichproben einher (»large-scale«). Dabei dominieren geschlossene und halboffene schriftliche Testformate. Erste Versuche werden unternommen, berufliche Handlungsaufgaben möglichst realitätsnah mithilfe von Computersimulationen nachzubilden (z.B. Nickolaus/Gschwendtner/Abele 2009).

Vorteile dieses Ansatzes bestehen darin, dass

- das Kompetenzkonstrukt über die Erhebungsinstrumente sehr klar beschrieben wird,
- ein Prüfen von Hypothesen möglich ist und
- auch Längsschnittstudien zur Messung von Kompetenzveränderungen bei hohen Gütestandards realisierbar sind.

Problematisch ist zugleich, dass das Erfassen von Kompetenzen auf der Grundlage der probabilistischen Testtheorie umso leichter ist, je enger das Kompetenzkonstrukt definiert wird. So entfernen sich die relativ engen empirischen Kompetenzmodelle von den breiten Kompetenzvorstellungen, wie sie in der Praxis vorherrschen und wie sie

als Leitvorstellungen für pädagogisches Handeln funktional sein können (vgl. Spöttl/Becker/Musekamp 2010). Schließlich ist es schwierig, die Prozesshaftigkeit des beruflichen Handelns standardisiert zu erfassen. Nicht zuletzt deshalb beruhen Kompetenzmodelle bisher oft auf curricularen Anforderungen und weniger auf Anforderungen der betrieblichen Praxis.

3 Herausforderung und Ausblick

Vor diesem Hintergrund besteht in der beruflichen Kompetenzdiagnostik die Notwendigkeit, die statistischen Verfahren mit den bisherigen Erfahrungen und Erkenntnissen in der Disziplin zu verknüpfen. Ziel muss es sein, mithilfe verschiedener Instrumente ein möglichst umfassendes Kompetenzkonstrukt zu erfassen, welches die Arbeit in den Betrieben ins Zentrum stellt.

Dabei besteht die größte Herausforderung darin, die realen Arbeitsprozesse für einzelne Domänen zu erschließen und die darin enthaltenen Anforderungen an die Fachkräfte zu beschreiben. Diese ergeben sich nicht allein aus technischen Gegenständen, sondern auch aus der Einbettung von Aufgaben in die betrieblichen Arbeitsabläufe und durch Anforderungen, die Staat sowie die Gesellschaft an die Leistungen der Fachkräfte stellen. Am Institut Technik und Bildung wird derzeit für die Domäne Kfz-Service & Reparatur ein Test entwickelt, dessen Anforderungen auf der Grundlage von Arbeitsprozessanalysen und Fallstudien empirisch ermittelt wurden (vgl. Becker/Spöttl 2008) und der so diese Aspekte berücksichtigt. Mit ersten Ergebnissen ist Ende des Jahres 2010 zu rechnen.

→ Literatur bei den Autoren sowie online im Internet unter www.ipp.uni-bremen.de

Dr. Frank Musekamp

Mail: musekamp@uni-bremen.de;

Prof. Dr. Georg Spöttl

Mail: spoettl@uni-bremen.de;

Universität Bremen, Institut Technik und Bildung (ITB),

www.itb.uni-bremen.de

Kompetenzmessung in der Pflege anhand von SimulationspatientInnen

Im Rahmen des Projekts »Evaluation beruflicher Handlungskompetenz in der generalistischen Pflegeausbildung am Klinikum Nürnberg« erprobte die iap expert GmbH, eine Ausgründung der Universität Bremen, eine videogestützte, nicht-teilnehmende, strukturierte Beobachtung anhand von Fallsimulationen durch standardisierte PatientInnen. Ziel der Studie war es, mögliche Unterschiede in der Kompetenzentwicklung der generalistisch ausgebildeten ModellteilnehmerInnen im Vergleich zu Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege zu untersuchen.

Einsatz standardisierter PatientInnen

Bislang sind der Einsatz standardisierter PatientInnen bzw. SimulationspatientInnen und entsprechende Forschungsaktivitäten vor allem im angloamerikanischen Raum, in den Niederlanden und in der Schweiz verbreitet. In Deutschland wird im Medizinstudium mit SimulationspatientInnen gearbeitet, aber auch hier nutzen nur 13 von 36 medizinischen Fakultäten diese Lern- und Prüfungsform (Schäfer et al. 2007). Studien zeigen indes, dass der Einsatz von SimulationspatientInnen eine Bereicherung in den medizinischen und pflegerischen Ausbildungen ist und die Validität der Methode belegt werden kann (z. B. Luck et al. 2000).

Für die Kompetenzerfassung im Rahmen des Projekts der iap expert GmbH bot der Einsatz von standardisierten PatientInnen die Möglichkeit, mit der Darstellung einer stets wiederholbaren Situation die ProbandInnen in vergleichbaren und weitestgehend kontrollierbaren Beobachtungssequenzen agieren zu lassen. Hierzu wurde eine reale Pflegesituation konstruiert und anschließend durch professionelle SchauspielerInnen simuliert. Deren Aufgabe bestand darin, die Symptome der Erkrankung, die aktuelle Situation des Patienten sowie wichtige Persönlichkeitsmerkmale darzustellen. Die SchauspielerInnen wurden vorab angeleitet, sich während der Erhebung möglichst genau an die im Regiebuch festgeschriebene Rolle zu halten.

Videogestützte strukturierte Beobachtung

Der Einsatz von Videotechnik zur Datensammlung kann einige Schwierigkeiten im Zusammenhang

mit der wissenschaftlichen Beobachtung minimieren. Die Möglichkeit, Videodaten zu erstellen, hat daher in den letzten Jahren zunehmend Einzug in die empirische Sozialforschung gefunden (Knoblauch 2004). So schaltet die Videotechnik die Probleme aus, welche durch das zeitnahe personengebundene Aufzeichnen des Beobachteten entstehen. Die Daten können mehrfach aufgerufen, präzise kodiert und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt überprüft werden.

Fallkonstruktion

Die Konstruktion einer präzise beschriebenen Pflegesituation diente als Grundlage, um die Beobachtungssequenzen der ProbandInnen vergleichen zu können. Vonseiten der Auftraggeber erfolgte eine Eingrenzung auf das Thema Dekubitusprophylaxe und diesbezüglich eine Orientierung am nationalen Expertenstandard. Demnach richteten sich die erwarteten Handlungskompetenzen auf die Thematik Dekubitus und auf die Besonderheiten des konstruierten Falls. Die Fallkomplexität wurde auf ein in standardisierter Form darzustellendes Maß reduziert.

Datenauswertung

Grundsätzlich können Kompetenzen nur über konkrete Handlungsausführungen beobachtet und gemessen werden (Erpenbeck 2004). Es ist also nicht die Kompetenz im eigentlichen Sinne, welche durch objektive Messverfahren erhoben wird, sondern deren Performanz. Zur Auswertung der erhobenen Daten galt es daher, die Performanz der Auszubildenden in den Videosequenzen zu kodieren und damit statistischen Verfahren zugänglich zu machen.

Die Datenauswertung erfolgte quantitativ mithilfe eines Kodierplans, der anhand eines Kompetenzmodells – basierend auf den Kernkategorien Fachkompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz, Methodenkompetenz sowie personale Kompetenz – entwickelt und entsprechend der vorliegenden Fallsituation operationalisiert wurde. Zur Förderung der Objektivität und Interrater-Reliabilität wurde darauf geachtet, dass die Items für unabhängige Kodierer verständlich und möglichst präzise beschrieben sind. Die Kodierung erfolgte auf einer

dichotomen Skala, welche das Auftreten bzw. Nichtauftreten einer Performanz erfasste.

Methodischer Ausblick

Die videogestützte Beobachtung ist eine innovative Methode zur Kompetenzmessung in der Pflegeausbildung. Sie erfasst tatsächlich Pflegekompetenz in Form von Performanz und liefert damit Erkenntnisse darüber, ob sich die veränderte Ausbildung positiv in der Praxis auswirkt. Das beschriebene Vorgehen bietet im Unterschied zu Praxisbeobachtungen einen hohen Grad an Objektivität und Neutralität. Die präzise Rollenbeschreibung der standardisierten PatientInnen sowie die detaillierte Abstimmung und Probe mit den SchauspielerInnen waren entscheidend für das Gelingen der Simulation und gewährleisteten ein hohes Maß an Strukturierung und Standardisierung. Als Nachteil der Methode ist die vergleichsweise hohe Personal- und Kostenintensität zu nennen, die mitunter durch den Einbezug professioneller SchauspielerInnen entsteht. Zudem muss bei der Konstruktion einer standardisierten Situation stets hinterfragt werden, inwiefern die vorgegebene Situation die relevanten Kernelemente und -kompetenzen von Pflege umfasst.

Für zukünftige Untersuchungen mit SimulationspatientInnen wird ein intensiverer Einbezug der SchauspielerInnen in der Nachbereitung empfohlen. Dieses Vorgehen vermag Eindrücke einer »PatientInnen – Perspektive« zu erfassen und bietet damit eine sinnvolle Erweiterung der Methode. Weiterhin wird angeraten, auch das Feedback der Auszubildenden im Anschluss an die Simulation zu erheben.

→ Literatur bei den Autorinnen

Jaqueline Bomball

Mail: jbomball@uni-bremen.de;

Svenja Schmitt

Mail: sschmitt@uni-bremen.de;

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Interdisziplinäre Alters- und

Pflegeforschung (iap),

www.ipp.uni-bremen.de

Hebammen in Europa

Kompetenzmessung auf Grundlage beruflicher Szenarien

Die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen in Europa ist für Hebammen in der EU Richtlinie 2005/36/EG geregelt. Die Richtlinie sichert grundlegend den Zugang zum Beruf und die Ausübung der Tätigkeit in Europa, wenn die Ausbildung bestimmten Mindestanforderungen genügt. Unabhängig davon wurden 2002 vom Internationalen Hebammenverband (ICM, International Confederation of Midwives) die »Essential Competencies for Basic Midwifery Practice« definiert, welche weltweit als Rahmen für die Ausbildung und als Orientierung für politische Entscheidungsträger dienen. In Form von 214 Kompetenzen, welche in sechs Domänen kategorisiert sind, beschreiben sie, was eine Hebamme wissen und können sollte.

Zielstellung des Projekts war auf Grundlage der o. g. Kompetenzen berufliche Szenarien zu entwickeln und inhaltlich zu validieren. Die Szenarien bilden fiktive berufsspezifische Situationen ab, in denen die Gesamtheit der »Essential Competencies for Midwifery Practice« angesprochen werden. Es wurde angestrebt, ein Set von Szenarien zu entwickeln, welches perspektivisch für Verfahren der Kompetenzmessung von Hebammen in Europa genutzt werden kann.

Durchgeführt wurde die Studie der Glasgow Caledonian University in den Jahren 2004-2006 unter Einbezug von Partnerinstitutionen aus Slowenien, dem Kosovo und Deutschland. Die Länder wurden ausgewählt, um eine breite Heterogenität der Bildungs- und Gesundheitssysteme abzubilden. Ein erster Entwurf von 26 Szenarien wurde von praktizierenden Hebammen in Schottland entwickelt, durch die Forschungshebammen der beteiligten Länder hinsichtlich der Übertragbarkeit geprüft und übersetzt. Diese Szenarien wurden berufserfahrenen Hebammen vorgelegt. Einschlusskriterium war, dass diese Hebammen mindestens über zwei Jahre Berufserfahrung in dem Handlungsfeld verfügen, das dem Szenario zu Grunde lag. Sie wurden gebeten spontan zu verbalisieren, wie sie als zuständige Hebamme in der jeweiligen Situation vorgehen würden. Die Interviews wurden mit Einverständnis der Befragten aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Inhaltsanalyse von Mayring (2003), wobei das Textmaterial anhand der ICM

Kompetenzen kategorisiert wurde. Um die inhaltliche Validität der Szenarien zu dokumentieren, wurde eine Auswertungstabelle genutzt, in der die Ergebnisse der Forscherinnen zusammengetragen wurden. War eine eindeutige Analyse und Interpretation der Aussagen nicht möglich, wurde dies gemeinsam im Forschungsteam diskutiert. Jedes der 26 Szenarien wurde mindestens sechs Mal in jedem Land getestet, wobei als Abbruchkriterium die Sättigung des Datenmaterials galt. Die Ergebnisse aus den Ländern wurden gemeinsam im Forschungsteam diskutiert und als Grundlage für die Weiterentwicklung und Revision der Szenarien genutzt. Der erste Satz von 26 Szenarien wurde auf diese Weise dreifach überarbeitet und in dem oben beschriebenen Modus getestet.

Insgesamt wurden 68 Hebammen aus Slowenien, 58 aus Deutschland, 63 aus Schottland und 76 aus dem Kosovo im Zeitraum 2005-2006 befragt. Durch die Revision wurde der ursprüngliche Satz von 26 Szenarien auf 22 reduziert. Alle Szenarien wurden durch das oben beschriebene Verfahren validiert. Im Forschungsteam wurden wiederholt Aussagen der befragten Hebammen besprochen, aus denen ersichtlich wurde, dass erforderliche Kompetenzen nicht oder nur eingeschränkt vorlagen. Da es aber nicht Ziel des Projektes war, einzelne Hebammen hinsichtlich ihrer individuellen Kompetenz zu überprüfen, wurde – unter Berücksichtigung der fehlenden Repräsentativität der Ergebnisse – die Herausbildung länderspezifischer Muster diskutiert. Im Ergebnis konnte Kompetenz immer dann bestätigt werden, wenn diese auch im Sinne der Zuständigkeit und der Autonomie der

Berufsausübung im jeweiligen Land gegeben war. Ansonsten wurde die erforderliche Kompetenz im Interview zwar angesprochen, aber in der Regel damit kommentiert, dass diese Aufgabe nicht in den Kompetenzbereich der Hebamme gehöre. Hinsichtlich der Anforderung »fit for practice« zu sein, sind diese Ergebnisse dann zu diskutieren, wenn die Kompetenzen dem Aufgabenbereich der Hebammen im potentiellen Aufnahmeland entsprechen.

Die Methode des Interviews erwies sich als grundsätzlich geeignet, um dem Forschungsziel zu entsprechen. Das verbale Explizieren von Kompetenz zeigte jedoch mehrfach die Grenzen des methodischen Ansatzes im Hinblick auf die Kompetenzmessung auf. So erwies es sich z. B. als äußerst schwierig ein Szenario zu konstruieren, in dem eine so genannte normale, komplikationslose vaginale Geburt Gegenstand war. Die befragten Hebammen kommentierten diesen Fall in der Regel mit Aussagen wie »prima, da mache ich gar nichts, da sitze ich daneben und warte ab«. Routinierte Tätigkeiten wie die Dokumentation oder schwer explizierbare Anforderungen, wie die psychosoziale Begleitung der Frau, wurden nicht ausgewiesen. Diese Erkenntnisse legen daher ein differenziertes Verständnis des Begriffs der Kompetenz und eine darauf basierende breite methodische Vielfalt an Verfahren der Kompetenzmessung nahe.

→ Literatur bei den Autorinnen sowie online im Internet unter www.ipp.uni-bremen.de

Dr. Jessica Pehlke-Milde

ZHAW Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften,
CH-8401 Winterthur;

Prof. Dr. Valerie Fleming

Glasgow Caledonian University, Schottland



Qualifikationsrahmen im Kontext gesundheits- und pflegebezogener Bildungsgänge

Im Zuge des paradigmatischen Wechsels von einer input- zu einer output- und outcomeorientierten Steuerung von (Berufs-)Bildungsprozessen stellen europäische Zielsetzungen und Vereinbarungen zentrale Bezugspunkte dar. In diesem Zusammenhang wird dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR), der 2008 vom Europäischen Parlament und dem Ministerrat als Referenzrahmen für die Entwicklung Nationaler Qualifikationsrahmen (NQR) in Kraft gesetzt wurde, eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Im Gegensatz zu bisherigen Systematisierungsansätzen (ISCED o.ä.), bei denen ausschließlich strukturelle Voraussetzungen bzw. »Inputs« im Vordergrund standen, werden in dieser Systematik Bildungsgänge mithilfe von Kompetenzbeschreibungen verschiedenen Niveaustufen zugeordnet. Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) wurde bis Mitte des Jahres domänenspezifisch erprobt; hierbei wurden Bildungsgänge exemplarisch in die DQR-Struktur eingeordnet. Darüber hinaus wird derzeit geprüft, wie und in welchem Umfang außerhalb der formalen Bildungsgänge erworbene Kompetenzen berücksichtigt werden können (vgl. Dehnbostel et al., 2010).

Für die Weiterentwicklung gesundheits- und pflegebezogener Bildungsgänge stellt sich die Frage, welchen Stellenwert der europäische bzw. der deutsche Qualifikationsrahmen einnehmen kann und welche Perspektiven sich bei der Einführung und Anwendung eröffnen.

Zielsetzung und Struktur des EQR / DQR

Der europäische Referenzrahmen EQR hat als sog. softer policy tool der EU Empfehlungscharakter und dient als Orientierungsrahmen für die einzelnen Mitgliedsstaaten. Er wurde insbesondere im Hinblick auf die Zielperspektive entwickelt, internationale Transparenz der Bildungssysteme zu schaffen und die Anerkennungspraxis von Bildungsabschlüssen in Europa zu optimieren. Prinzipiell ist im EQR vorgesehen, alle Qualifikationen – vom Pflichtschulabschluss über Zeugnisse der beruflichen Aus- und Weiterbildung bis hin zu den höchsten akademischen Abschlüssen, sowie non-formal und informell erworbene Kompetenzen

– zu berücksichtigen und in acht Niveaustufen einzuordnen. Bis spätestens 2012 sollen die Entwicklungsarbeiten an den NQR beendet sein sowie auf allen Qualifikationsnachweisen das entsprechende EQR-Referenzniveau vermerkt werden (vgl. Arbeitskreis DQR, 2009).

Dem ebenfalls in acht Niveaustufen unterteilten DQR liegt ein Kompetenzkonzept zugrunde, das sich in besonderem Maße durch die Gleichwertigkeit der Säulen »Fachkompetenz« und »Personale Kompetenz« auszeichnet, letztere wird in der DQR-Struktur in Sozial- und Selbstkompetenz unterteilt. Anhand von allgemeinen Kompetenzbeschreibungen zu jeder Niveaustufe (horizontal) sowie zu den Teilkompetenzen in den einzelnen Stufen (vertikal) soll dem deutschen Bildungssystem sowie einem umfassenden Kompetenzverständnis Rechnung getragen werden (vgl. ebd.).

Bedeutung und Perspektiven für gesundheits- und pflegebezogene Bildungsgänge

Die vielfältige Sonderstellung der gesundheits- und pflegebezogenen Bildungsgänge und Beschäftigungsstrukturen bieten Anlass und diverse Anknüpfungspunkte, die Bedeutung und Perspektiven von Qualifikationsrahmen für diesen Bereich gesondert zu betrachten (vgl. GMK, 2010).

Zum Beispiel kann die Einführung des EQR/DQR – gewissermaßen als »Baustein« im Prozess des Paradigmenwechsels von der Input- zur Outputorientierung – die Diskussion um Umstrukturierungen in Gesundheitsfachberufen, so u.a. hinsichtlich der Überarbeitung input-orientierter Ordnungsmittel, argumentativ bereichern. In diesem Zusammenhang eröffnen sich auch in berufspolitischer Perspektive weitere Handlungsspielräume, wie z.B. in gesellschaftsbezogener und finanzieller Hinsicht. Wie bereits zuvor erwähnt, werden durch den direkten Verweis auf das EQR-Referenzniveau neue Möglichkeiten eröffnet, eine transparente, nationale und internationale Anerkennungspraxis von Qualifikationen zu etablieren und die horizontale und vertikale Durchlässigkeit zu verbessern (vgl. GMK, 2010). Dieses ist – unter dem Vorbehalt, dass das jeweilige Referenzniveau die tatsächlich vor-

handenen Kompetenzen abbildet – von zentraler Bedeutung, v.a. angesichts des gegenwärtigen und zukünftigen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Stellenwertes personenbezogener Dienstleistungen sowie des Mobilitätspotentials in diesem Beschäftigungssektor.

Hinsichtlich des zuvor angesprochenen Kompetenzkonzeptes des EQR/DQR sind zwei Aspekte hervorzuheben: Zum einen ist die anvisierte Berücksichtigung informeller und non-formal erworbener Kompetenzen für die Gesundheits- und Pflegeberufe eine interessante Perspektive, da hierdurch z.B. auch praktische Fertigkeiten, die außerhalb der formalen Bildungsgänge erworben wurden, in die Gesamtqualifikation einfließen (vgl. z.B. auch Rübiger & Pehlke-Milde, 2009). Zum anderen stellt die Gleichgewichtung von personaler Kompetenz und Fachkompetenz eine für die Gesundheits- und Pflegeberufe bedeutsame Strukturvorgabe dar. Berufsfeldspezifische Charakteristika wie z.B. die »Arbeit von Menschen an Menschen« (Darmann & Keuchel, 2005) sowie die Entwicklung sozialer Kompetenzen und Teamfähigkeit (vgl. Bals & Weyland, 2010) werden hierdurch in besonderem Maße berücksichtigt.

Diskussion

Trotz der o.g. Beispiele für Relevanz und Perspektiven von Qualifikationsrahmen in den Gesundheits- und Pflegeberufen bleibt bei dem aktuellen Stand der Arbeit kritisch anzumerken, dass die Niveauzuordnungen der Bildungsgänge zunächst auf Basis von normativ geprägten Unterlagen erfolgen und demzufolge Rückschlüsse auf tatsächlich erreichte Kompetenzen nur bedingt möglich sind (vgl. Bals, 2010). An dieser Stelle sei auf die Bedeutung der empirischen Absicherung, z.B. durch Leistungsvergleichstest und Qualitätssicherungsstrategien und -verfahren (Qualitätszirkel, Akkreditierungen u.ä.) verwiesen, anhand derer die tatsächlich erreichten Kompetenzen erfasst und mit den in den Ordnungsmitteln angegebenen »Lernergebnissen« abgeglichen werden können.

→ Literatur bei den Autorinnen

Janika Grunau, Dipl.-GhI.

Universität Osnabrück,

Mail: jgrunau@uos.de;

Prof. Dr. Ulrike Weyland, Dipl.-GhI.

FH Bielefeld,

Mail: ulrike.weyland@fh-bielefeld.de

Kompetenz- und Outcomeorientierung in der Pflegebildung?

Kompetenzorientierung, Kompetenzentwicklung, Kompetenzmessung sind Begriffe, denen in der aktuellen bildungspolitischen Diskussion eine zentrale Rolle zugesprochen wird. Dabei gehe es um nicht weniger als einen Paradigmenwechsel von einer eher am »Input« zu einer eher an »Output« und »Outcome« orientierten Steuerung des Bildungssystems (vgl. Kremer 2010, S. 3). Die Grundvoraussetzung einer entsprechend evidenzbasierten Steuerung und Evaluation der Veränderungen, wird konstatiert, sei eine valide Kompetenzmessung. Bildungspolitisch spiegelt sich dieser Perspektivwechsel in der Entwicklung des Europäischen und Deutschen Qualifikationsrahmens wider (EQR, DQR), »deren Prinzip die Zuordnung von Kompetenzen zu Niveaustufen unabhängig von der Art und Weise ihres Erwerbs ist« (ebd.). An sie knüpft sich das Versprechen beschäftigungspolitischer Gleichwertigkeit von nicht formalen, informellen Lernprozessen und formalen Qualifikationen. So soll die Anerkennung tatsächlich vorhandener Fähigkeiten eine Chance für all jene Menschen darstellen, die ihre Kompetenzen außerhalb des formalen Bildungssystems erworben haben. Dies lässt eine höhere Transparenz, die bessere Vergleichbarkeit von Qualifikationen sowie mehr Durchlässigkeit und Mobilität im Bildungswesen und auf den Arbeitsmärkten erwarten.

Ein Primat erzielten Outcomes gibt jedoch auch zu der Befürchtung Anlass, dass die Beachtung von Lerninhalten und -prozessen zukünftig von nachrangigem Interesse sein und das pädagogische Augenmerk sich ganz auf Kompetenzdiagnostik richten wird. Dies könnte sich in einer Vernachlässigung der inhaltlichen Differenziertheit von Ausbildung äußern und sich gerade gegen diejenigen richten, die hierbei einer besonderen Unterstützung bedürften. Profitieren könnte von der Output-Orientierung nur, wer das Vorhandensein eben jener im DQR gefragten Kompetenzen nachweisen kann.

Hinter dem propagierten bildungspolitischen Paradigmenwechsel schimmert unabweisbar die Ideologie vom »unternehmerischen Selbst« (Bröckling 2007) auf, dem vielzitierten Typus des Arbeitskraftunternehmers, der seinen Kompetenzerwerb selbstorganisiert zu managen hat.

Hierbei zu scheitern, gilt als privat zu verantwortendes Risiko – wobei das inhärente Menschenbild bestehende Ungleichheiten individueller Ausgangsbedingungen (soziale Herkunft, Gesundheit, finanzielle Möglichkeiten, Zugang zu Bildung) nicht zu kennen scheint. Doch nehmen wir an, solchen Negativ-Implikationen der bildungspolitischen Neuausrichtung könnten sozial verantwortliche Maßnahmen entgegenwirken – was bringt diese Leitlinie der Kompetenzorientierung insbesondere für die Pflege mit sich?

Als Erfolg wertet die berufspädagogische Forschung die Durchsetzung eines Kompetenzverständnisses im DQR, das sich im Begriff der Handlungskompetenz »letztlich auf die im Ansatz von Heinrich Roth (1971) vorgenommene Dimensionierung in Sach-, Selbst- und Sozialkompetenz« (Seeber & Nickolaus 2010, S. 10) stützt. Während im EQR Kompetenz nur im Sinne der Übernahme von Verantwortung und Selbständigkeit beschrieben werde (vgl. AK DQR 2009, S. 14), sei für die Darstellung umfassender Handlungskompetenz im DQR die »Vier-Säulen-Struktur« unabdingbar, »die eine Strukturierung in die Kategorien Fachkompetenz, unterteilt in Wissen und Fertigkeiten, sowie personale Kompetenz, unterteilt in Sozial- und Selbstkompetenz, vorsieht« (vgl. BIBB 2010, S. 1). Insbesondere wird an diesem Kompetenzbegriff die Erweiterung des verwertungsorientierten Qualifikationsbegriffs um den »Subjektbezug« gelobt, der »elementare bildungstheoretische Ziele und Inhalte« aufnehme (vgl. Dehnbostel et al. 2009, S. 56; kritisch z.B. Lederer 2009).

Auch im pflegepädagogischen Diskurs wird das Ziel beruflicher Handlungskompetenz als ein Bildungsziel gedeutet (vgl. z.B. Wittneben 2009, S. 117), das – sofern als Fähigkeit und Bereitschaft ihres Einsatzes definiert – indirekt als Performanz messbar sei (vgl. z.B. Dieterich-Schöpf 2008; Olbrich 2009; Schmitt et al. 2010) und so die Anschlussfähigkeit an den EQR eröffne (vgl. Olbrich 2009, S. 70f.).

Ist das nun eine gute Nachricht für die Pflegeausbildung, in der es ja auf die Entwicklung solcher personalen Kompetenzen maßgeblich ankommt (vgl. Walkenhorst et al. 2009; Schwarz 2009, S. 104ff.; Olbrich 2009, S. 65ff.)? Erwarten wir dadurch

eine Stärkung der bildungstheoretischen Orientierung in der Pflegeausbildung?

Wohl eher nicht. Daran lässt schon die Definition von Kompetenz im DQR-Glossar als »Fähigkeit und Bereitschaft, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder Lernsituationen und für die berufliche und persönliche Entwicklung zu nutzen« (AK DQR 2009, S. 14) zweifeln – steht sie doch mit der Betonung auf »Bereitschaft« der Kritikfähigkeit und anderen zentralen Bildungszielen diametral entgegen. Und liest man genauer, so findet sich im DQR-Diskussionspapier der Hinweis, dass »normative und ethische Aspekte der Persönlichkeitsbildung, Persönlichkeitsmerkmale wie interkulturelle Kompetenz, gelebte Toleranz und demokratische Verhaltensweisen« keine Aufnahme in die DQR-Matrix gefunden hätten (vgl. AK DQR 2009, S. 3f.). Entsprechend verkürzt fällt die Auslegung von Selbst- und Sozialkompetenz dann auch aus.

Da nun die Wertigkeit von Qualifikationen, nach Maßgabe dieser Deskriptoren, für ihre Zuordnung zu DQR-Niveaus entscheidend ist (vgl. BIBB 2010), wird sofort klar, dass gerade die für Pflegeberufe wesentlichen Aspekte von Kompetenz im Kontext des DQR gar keine Rolle spielen werden. Was aber wird dann zu messen sein, um pflegebezogene Kompetenzen im DQR abzubilden? Welche Konsequenzen werden sich daraus für die zukünftige Pflegeausbildung ergeben, für ihre inhaltliche Differenziertheit, also letztlich für eine Bildung ermöglichende Qualität?

→ Literatur online im Internet unter www.ipp.uni-bremen.de

Prof. Dr. Ulrike Greb

Universität Hamburg, Fakultät für Erziehungswissenschaft,

Psychologie und Bewegungswissenschaft,

Sektion Berufliche Bildung und Lebenslanges Lernen,

Mail: ugreb@ibw.uni-hamburg.de,

www.ibw.uni-hamburg.de;

Kirsten Barre

Helmut-Schmidt-Universität Hamburg,

Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften,

Berufs- und Betriebspädagogik,

Mail: kirsten.barre@hsu-hh.de,

www.hsu-hh.de/bbp

PROJEKTE

Projektabschluss

Generalistische Ausbildung mit integrierter Fachhochschulreife

Im Herbst 2005 startete in München der Schulversuch »Generalistische Ausbildung mit integrierter Fachhochschulreife«, ein Kooperationsprojekt der Berufsfachschulen für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege der Akademie des Städtischen Klinikums München, der Berufsfachschule für Altenpflege der Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e. V. und der Städtischen Rainer-Werner-Fassbinder Fachoberschule für Sozialwesen und Gestaltung, mit insgesamt zwei Modellkursen. Der Schulversuch beinhaltete die Erprobung einer generalistischen Pflegeausbildung, bei der eine Spezialisierung nach Generationstypen zugunsten einer auf alle Altersgruppen bezogenen Befähigung, die zugleich neue Handlungsfelder, wie Beratung, Rehabilitation, Langzeitpflege und Überleitungsmanagement, aufnimmt, aufgegeben wurde. Mit diesem Ziel wurde dem Schulversuch ein lernfeldorientiertes, nach dem Prinzip der Exemplarität konzipiertes Curriculum zugrunde gelegt, das in den Lernfeldern jeweils ein Setting mit einer Zielgruppe, einem Pflegephänomen/einer Erkrankung und pflegerischen Aufgaben/Konzepten sinnvoll kombiniert. Neben der generalistischen Konzeption beinhaltete der Schulversuch als weitere Strukturreform den Erwerb der Fachhochschulreife und damit eine Studienberechtigung. Schließlich wurden im Rahmen des Schulversuchs mit der Implementation der Interaktionistischen Pflegedidaktik auch inhaltliche Reformen umgesetzt.

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung war für die Evaluation und wissenschaftliche Begleitung des Schulversuchs zuständig. Der nun vorliegende Abschlussbericht kann in Gänze unter www.ipp.uni-bremen.de eingesehen werden. Ein Schwerpunkt bestand in der Evaluation der generalistischen Ausbildung. Die Ergebnisse zu diesem Schwerpunkt werden im Folgenden zusammengefasst.

Hinsichtlich der Umsetzung des generalistischen Konzepts kommt die Evaluation zu dem Ergebnis, dass, obwohl in den Curricula des Schulversuchs sowohl für die schulische als auch für die praktische Ausbildung rechnerisch die Perspektiven der drei Pflegeausbildungen gleichgewichtig verankert sind, die befragten Schülerinnen und Schüler

der zwei Modellkurse den Eindruck haben, in der theoretischen Ausbildung nicht genügend Fachwissen zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (GKKP) erworben zu haben und in der praktischen Ausbildung in der GKKP nicht genügend gefördert worden zu sein. Vor diesem Hintergrund sind etwas über die Hälfte der Schülerinnen und Schüler sowie die meisten befragten Praxisleiterinnen und Praxisanleiter der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege trotzdem der Ansicht, dass die generalistisch ausgebildeten Schülerinnen und Schüler ein anderes Kompetenzprofil, aber ansonsten ein ähnliches oder sogar ein höheres Kompetenzniveau erreichen wie Schülerinnen und Schüler der integrierten Kurse oder der traditionellen Altenpflegeausbildung. Kompetenzzugewinne nehmen die Schülerinnen und Schüler insbesondere im Hinblick auf Transferwissen und die Fähigkeit, Zusammenhänge herzustellen, Flexibilität, ein breites Spektrum an Einblicken, Grundlagenwissen in der Altenpflege sowie Selbständigkeit und Eigenverantwortung wahr. Im Unterschied zu dieser positiven Einschätzung geben ein Drittel der Schülerinnen und Schüler und ein Großteil der Praxisanleiterinnen und -anleiter aus der GKKP aber auch Kompetenzdefizite der generalistisch ausgebildeten gegenüber den integriert ausgebildeten Schülerinnen und Schülern an. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Modellschülerinnen und -schüler gegenüber der integrierten oder traditionellen Ausbildung ein neues Kompetenzprofil entwickelt haben. Die hinzugekommenen Kompetenzen dürften die Absolventinnen und Absolventen besser befähigen, den zunehmend komplexer werdenden Pflegebedarfen und -bedürfnissen von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen in verschiedenen Sektoren gerecht werden zu können.

Die zusätzlich erworbenen Kompetenzen müssen aber zwangsläufig an einigen Stellen insbesondere im Bereich spezialisierten Fachwissens zu Abstrichen führen. In der beruflichen Praxis stoßen die Auszubildenden auf Erwartungen von Seiten der examinierten Pflegenden, die auf die traditionelle Ausbildung abgestimmt sind, was zu einer defizitären Wahrnehmung der generalistisch ausgebildeten Schülerinnen und Schüler führt. Die neu erworbenen Kompetenzen hingegen werden nicht gewürdigt. Die Ergebnisse der Evaluation

könnten folglich als Hinweis darauf interpretiert werden, dass sich zwar die Ausbildung geändert hat, die berufliche Praxis aber nicht, und dass die Wirkungen der Ausbildung nur gewürdigt werden können, wenn sich auch die berufliche Praxis darauf einstellt.

Die Evaluation des vorliegenden Schulversuchs bestätigt damit Ergebnisse anderer Evaluationsstudien (BMFSFJ 2008; Görres et al. 2009). Der politische Wille besteht dem Koalitionsvertrag zufolge darin, die bisherigen drei Ausbildungen zusammenzuführen. Damit steht nicht mehr zur Debatte, ob eine generalistische Ausbildung eingeführt wird, sondern welche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um den Prozess erfolgreich zu gestalten. Aus den Evaluationsergebnissen lässt sich der Schluss ableiten, dass die Reform des Pflegebildungssystems hin zu einer generalistischen Pflegegrundausbildung von einer umfassenden Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit in den verschiedenen Sektoren und Institutionen der pflegerischen Versorgung begleitet werden muss. Die examinierten Pflegenden und insbesondere die Praxisanleiterinnen und -anleiter sollten im besten Fall nicht nur informiert, sondern an dem Prozess der Umstellung der Ausbildung und der Pflegepraxis auch beteiligt werden. Ein Schwerpunkt sollte darauf liegen, einen Bewusstseinswechsel dahingehend herbeizuführen, dass Pflegenden mit einem generalistischen Abschluss über ein anderes Kompetenzprofil verfügen als traditionell ausgebildete Pflegenden, und dass dieses gerade gewünscht und für die vorhersehbaren Entwicklungen der pflegerischen Bedarfe auch erforderlich ist.

→ Information:

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Mail: darmann@uni-bremen.de;

Birte Luther

Mail: luther@uni-bremen.de;

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,

www.curriculumforschung.uni-bremen.de;

Rainer Ammende

Akademie Städtisches Klinikum München,

Mail: rainer.ammende@akademie-stkm.de

Machbarkeitsstudie

Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

Einen neuen Impuls für die Weiterentwicklung der Pflegebildung gibt das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das im Sommer 2008 in Kraft getreten ist. In SGB V § 63, Abs. 3c wird erstmals die Option eröffnet, dass Pflegenden mit entsprechender Zusatzqualifikation im Rahmen von Modellvorhaben auch heilkundliche Aufgaben übernehmen dürfen. Analog dazu erhalten die Bildungseinrichtungen in den Berufsgesetzen für die Alten- und die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege jeweils durch § 4, Abs. 7 die Berechtigung, entsprechende Bildungsangebote zur Vermittlung der erweiterten Kompetenzen einzurichten, wobei die Ausbildung neuerdings auch in alleiniger Verantwortung von Hochschulen durchgeführt werden kann.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen hat den Impuls dieser gesetzlichen Reformen aufgegriffen und setzt sich für die Einrichtung eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs an den Bremer Hochschulen, der neben dem Pflegeexamen und einem Bachelorabschluss außerdem die Vermittlung erweiterter Kompetenzen integriert, ein. In einem ersten Schritt hat die Senatorin das Institut für Public Health und Pflegeforschung (Universität Bremen) damit beauftragt, im Rahmen einer Machbarkeitsstudie verschiedene Studiengangmodelle in Kooperation der Bremer Hochschulen mit den Fachschulen zu konzipieren und zu überprüfen, unter welchen Bedingungen die Realisierung dieser Modelle in Bremen denkbar wäre.

Das Projekt, das im März 2009 angelaufen ist und im Frühjahr 2010 abgeschlossen wurde, gliederte sich in drei Phasen. Gegenstand der ersten Phase des einjährigen Projekts war es zunächst, mögliche heilkundliche Qualifikationsprofile zu identifizieren und im Hinblick beispielsweise auf die Employability der Absolventen und den (auch ökonomischen) Nutzen für die Gesundheitsversorgung zu überprüfen. Zwar hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe zugewiesen, die Tätigkeiten festzulegen, die Pflegenden zukünftig eigenverantwortlich übernehmen sollen. Dennoch wurde diese Forschungsfrage in das Vorhaben aufgenommen, da damit zu rechnen war,

dass sich die Entscheidung hinziehen würde (auch zum Abschluss des Projekts stand die Entscheidung noch aus) und die Entwicklung eines Studiengangs ohne den Bezug auf ein Qualifikationsprofil nicht möglich ist. In einem zweiten Schritt sollten dann auf der Grundlage der Ergebnisse der ersten Phase verschiedene Studiengangmodelle konzipiert, jeweils curriculare Eckpunkte entwickelt und anschließend Umsetzungsfragen geprüft werden. In der dritten Phase wurden die Ergebnisse dokumentiert und veröffentlicht. Der Abschlussbericht liegt inzwischen vor und kann im Internet unter www.ipp.uni-bremen.de heruntergeladen werden.

Die Empfehlungen der Machbarkeitsstudie mündeten inzwischen in die Einrichtung eines dualen primärqualifizierenden pflegewissenschaftlichen Bachelorstudiengangs an der Universität Bremen in Kooperation mit den Bremer Fachschulen (s. vorliegendes IPP-Info, S. 17). Von der Einrichtung eines Studiengangs, der den Erwerb heilkundlicher Zusatzqualifikationen einschließt, wurde vorerst aufgrund fehlender Ressourcen und der noch ungeklärten rechtlichen Rahmenbedingungen Abstand genommen. Die Ergebnisse der ersten Phase der Machbarkeitsstudie zu möglichen heilkundlichen Qualifikationsprofilen wurden der entsprechenden Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Bundesausschusses als Impuls für die dort stattfindenden Aushandlungsprozesse zugeleitet.

→ Information:

Sabine Muths

Mail: smuths@uni-bremen.de;

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Mail: darman@uni-bremen.de;

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,

www.curriculumforschung.uni-bremen.de

PUBLIKATION



Ingrid Darmann-Finck (2010)

Interaktion im Pflegeunterricht

Mit dem Modell der Interaktionistischen Pflegedidaktik liegt eine sowohl empirisch als auch theoretisch begründete pflegedidaktische Handlungstheorie für den Lernort Schule vor. Das Modell wird seit mehreren Jahren in der praxisnahen Curriculumentwicklung vor allem an Pflegeschulen erfolgreich eingesetzt.

In diesem Buch wird das Modell einschließlich seiner Konzepte, der pflegedidaktischen Heuristik, dem Konzept der beruflichen Schlüsselprobleme und dem Konzept zur Entwicklung von bildungsermöglichenden »Lerninseln«, ausführlich vorgestellt. Außerdem werden die empirischen bildungs- sowie pflegetheroretischen Grundlagen des Modells erörtert. In der Sicherstellung von Bedingungen wechselseitiger Anerkennung der Akteure im Unterricht wie in der Pflege besteht der normative und zugleich kritische Maßstab des Modells.

Frankfurt a. M.: Peter Lang-Verlag

Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung

Gestiegene Arbeitsbelastungen, Überforderung und Burnout bei Pflegekräften sind schon lange bekannt. Ebenso die damit verbundenen krankheitsbedingten Fehlzeiten, die hohe Fluktuationsrate und das schlechte Image des Pflegeberufs, wie jüngst eine Studie des IPP zeigen konnte. Angesichts dieser Tendenzen und aufgrund der demografischen Entwicklung ist in naher Zukunft ein Mangel an professionellen Pflegekräften zu befürchten. Verschärfend kommt hinzu, dass auch das Durchschnittsalter der Pflegenden steigt. Abhilfe können u.a. gesundheitsfördernde Maßnahmen schaffen, deren Einsatz idealerweise bereits in der Ausbildung beginnen sollte.

Bislang ist allerdings wenig bekannt darüber, inwieweit die Gesunderhaltung der Pflegekräfte schon in der Pflegeausbildung thematisiert wird. Diese Lücke hat das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Stefan Görres jetzt geschlossen. Die Studie »Bundesweite Vollerhebung zu Gesundheitsförderung und Prävention an Pflegeschulen« liefert erstmals Ergebnisse zu den bisherigen Strategien der Ausbildungsstätten, um zukünftig Pflegenden gesund zu erhalten. Darüber hinaus geben die Daten Auskunft über

den aktuellen Gesundheitszustand von Auszubildenden in Pflegeberufen. Auftraggeber ist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg. Die BGW ist die gesetzliche Unfallversicherung für nichtstaatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege. Im Rahmen der Studie, die von Oktober 2009 bis Juli 2010 erfolgte, wurden alle 1314 Pflegeschulen in Deutschland erfasst. Zusätzlich wurden 1119 Pflegeauszubildende zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Bereits die Hälfte der Schüler/innen (52,6 Prozent) leidet täglich bis wenigstens einmal wöchentlich an Kreuz- bzw. Rückenschmerzen. 49 Prozent geben Nacken- oder Schulterschmerzen an. Unter Kopfschmerzen leiden 45,9 Prozent der Schüler/innen mindestens einmal wöchentlich. Gut ein Drittel (36 Prozent) geben an, dass bei ihnen täglich bis mehrmals wöchentlich Schlafstörungen auftreten. Bei 26 Prozent der Schüler/innen kommt es zu Bauch- und Magenschmerzen. Insgesamt beurteilen ein Drittel der Auszubildenden ihren körperlichen Gesundheitszustand und ihr allgemeines Wohlbefinden als nur befriedigend bis mangelhaft.

Prof. Dr. Stefan Görres vom IPP der Uni Bremen zufolge ist klar, dass aus den Ergebnissen deut-

liche Konsequenzen gezogen werden müssen. Für die Mitarbeiterinnen in der Pflege bestehe ein deutlicher Bedarf an gesundheitsförderlichen Konzepten gerade angesichts alternder Belegschaften. Politik und Akteure des Gesundheitswesens seien zukünftig stärker als bisher gefragt, vermehrt gezielte Bemühungen zur Gesunderhaltung von Pflegenden vorzunehmen, damit auf hohe Krankenzustände und eine vergleichsweise hohe Fluktuation schnell reagiert werden kann. Neu ist – das zeigen die Ergebnisse der IPP-Studie – dass damit schon in der Ausbildung begonnen werden muss. Professor Stefan Görres fordert, dass nicht nur der Beruf, sondern auch die Schulen deutlich attraktiver werden müssen. Durch entsprechende Angebote zur Förderung der Gesundheit könnten sie die Anziehungskraft auf jugendliche Berufsanfänger deutlich erhöhen.

→ Information:

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor IPP)

Mail: sgorres@uni-bremen.de;

Dr. Martina Stöver

Mail: stoever@uni-bremen.de;

Jaqueline Bomball

Mail: jbomball@uni-bremen.de;

Aylin Schwanke

Mail: schwanke@uni-bremen.de;

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Interdisziplinäre Alters-

und Pflegeforschung (iap),

www.ipp.uni-bremen.de

Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen (Leitung Professor Stefan Görres) liefert – sozusagen im Nachhinein – erstmals Ergebnisse einer zusammenfassenden Auswertung bereits abgeschlossener Reformmodelle, die bundesweit an Pflegeschulen durchgeführt wurden. Ziel der von Oktober 2008 bis Dezember 2009 durchgeführten und von der Robert Bosch Stiftung geförderten Studie ist es, auf der Grundlage empirisch gesicherter Erkenntnisse, Empfehlungen zu zukünftigen Reformen der Pflegeausbildung auszusprechen. In die Studie eingeschlossen war die Befragung aller bundesweiten Reformprojekte (N=42), der entsprechenden Ausbildungsträger der Schulen sowie einer Auswahl an Absolventen und Arbeitgebern.

Etwa die Hälfte der Arbeitgeber (47%) bescheinigen den Modellabsolventen gut ausgebildete Basiskompetenzen im Unterschied zu traditionell Ausgebildeten, vor allem aber stärker ausgeprägte sozial-kommunikative, personale und methodische

Modernisierung der Pflegeberufe – Generalist oder Spezialist?

Aktuelle Forschungsergebnisse des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) zur Reform der Pflegeberufe

In einem Punkt sind sich Politiker, Wissenschaftler und Praktiker einig: Pflegeberufe brauchen ein modernes und attraktives Gesicht. Grundlage hierfür ist die Ausbildung. Nicht zuletzt deshalb hat der Gesetzgeber sogenannte Modellklauseln in entsprechenden Ausbildungsgesetzen (2003 und 2004) formuliert, die es Ausbildungsstätten für Pflegeberufe ermöglichen sollen, in experimentierender Weise Ausbildungsinhalte und –strukturen zu reformieren. Auf diese Weise sind in den letzten Jahren bundesweit zahlreiche Modellprojekte

zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung mit unterschiedlichen Reformelementen angestoßen worden. Ein Kernpunkt dieser Reformmodelle ist die Zusammenführung der bislang getrennten Berufsabschlüsse der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege in einen gemeinsamen Abschluss. Als nachteilig hat sich erwiesen, dass der Gesetzgeber keine generelle und systematische Evaluation der Modellprojekte vorgesehen hat. Dies wurde jetzt nachgeholt. Die Studie »Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung« am Institut für

Kompetenzen. Im Einzelnen zeichnen sich die Modellabsolventen vorrangig durch eine hohe Analyse- und Reflexionsfähigkeit sowie eine große (Einsatz-)Flexibilität und eine Motivation zum lebenslangen Lernen aus. Durch diese in den Modellen erworbenen Kompetenzen sowie eine hochgradige Patienten- bzw. Bewohnerorientierung prognostizieren 68% der Bildungseinrichtungen und 42% der Arbeitgeber eine verbesserte Pflegequalität in den Einrichtungen. Selbstkritisch bescheinigen sich 45% der Absolventen ein geringeres (medizinisches) Spezialwissen und eine geringere praktisch-technische Routine im Unterschied zu traditionell Ausgebildeten.

Die Ergebnisse der Studie machen ferner deutlich, dass die zukünftige Gestaltung der Pflegeausbildung in zwei Richtungen erfolgen sollte: Zum einen ist angesichts einer breiten gemeinsamen Schnittmenge in den aktuellen beruflichen Hand-

lungsfeldern eine generalistische Ausbildung im Sinne eines »allgemeinen« Pflegeberufs sinnvoll, in der eine unabhängig von der bisher an Altersgruppen (Kinder, Erwachsene und alte Menschen) orientierten Ausbildungssystematik im Mittelpunkt steht. Zum anderen muss der Bedarf der Einrichtungen an Spezialisten nach wie vor abgedeckt werden. Anders als bisher soll der Erwerb des dazu notwendigen Spezialwissens für pflegfachliche Schwerpunkte nach einer gemeinsamen Ausbildung in neu zu gestaltenden beruflichen Weiterqualifizierungen oder Pflegestudiengängen (BA/MA) vermittelt werden.

Professor Stefan Görres vom IPP der Uni Bremen zufolge bestätigen die Ergebnisse der Studie insgesamt den durch die Modellklauseln dokumentierten Reformwillen des Gesetzgebers, die Modernisierung der Pflegeausbildung voranzutreiben. Nun ist allerdings die Politik gefragt, den von

ihr initiierten »Experimenten« dauerhaft eine normative Kraft durch eine Reform der Berufsgesetze mit dem Ziel einer einheitlichen und gesetzlich geschützten Berufsbezeichnung zu verleihen. Die damit verbundene Angleichung an europäische Ausbildungsstandards in den Pflegeberufen würde angesichts abnehmender Bewerberzahlen ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg einer nachhaltigen Modernisierung sein.

→ Information:

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor IPP)

Mail: sgoerres@uni-bremen.de;

Dr. Martina Stöver

Mail: stoever@uni-bremen.de;

Universität Bremen, Institut für Public Health und

Pflegforschung (IPP), Abteilung Interdisziplinäre

Alterns- und Pflegforschung (iap),

www.ipp.uni-bremen.de

Anders dagegen das Ergebnis einer Befragung derjenigen, die bereits in Pflegeberufen tätig sind: So würden 94,4 Prozent der im Zuge der Studie befragten Auszubildenden den Pflegeberuf wieder wählen. Viele von ihnen betonen dabei den Spaß und die Freude am Beruf. Und das, obwohl sie nach einem Jahr Ausbildung auch die mit Pflegeberufen verbundenen Belastungen kennen. Professor Stefan Görres vom IPP der Uni Bremen zufolge ist klar, dass ohne zusätzliche Bemühungen keine Veränderung der Berufswahlmotivation für Pflegeberufe zu erwarten ist. Politik und Akteure des Gesundheitswesens seien zukünftig stärker als bisher gefragt, vermehrte und gezieltere Bemühungen zur Imagesteigerung vorzunehmen.

→ Information:

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor IPP)

Mail: sgoerres@uni-bremen.de;

Jaqueline Bomball

Mail: jbomball@uni-bremen.de;

Aylin Schwanke

Mail: schwanke@uni-bremen.de;

Dr. Martina Stöver

Mail: stoever@uni-bremen.de;

Universität Bremen, Institut für Public Health und

Pflegforschung (IPP), Abteilung Interdisziplinäre

Alterns- und Pflegforschung (iap),

www.ipp.uni-bremen.de

Pflegeberufe sind besser als ihr Ruf

Studie zum Image von Pflegeberufen

Schon jetzt ist auf Grund der demografischen Entwicklung klar: In den nächsten Jahren wird es zu einem erhöhten Bedarf an qualifizierten Fachkräften in der Pflege kommen. Doch die Bewerberzahlen sind rückläufig, obwohl Auszubildende durchaus positiv über ihren zukünftigen Job berichten. Eine Studie der Universität Bremen soll dabei helfen, gezielte Strategien für eine Imagekampagne zu entwickeln.

Häufig fehlt es hierfür an zuverlässigen Zahlen über Berufswünsche und -neigungen der Jugendlichen. Die Studie »Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten« unter der Leitung von Professor Stefan Görres am Institut für Public Health und Pflegforschung (IPP) der Universität Bremen erhebt erstmals brauchbare Zahlen in Norddeutschland. Auftraggeber ist das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ). Ziel der Studie ist es, Handlungsempfehlungen für eine Imagekampagne für Pflegeberufe zu entwickeln. Im Rahmen der Studie, die von Juni 2009 bis März 2010 erfolgte, wurden rund 850 Personen unterschiedlicher Zielgruppen befragt – darunter Schüler aus allgemeinbildenden Schulen, deren Eltern und Lehrer, Auszubildende aus Pflegeschulen und Berufsberater aus den norddeutschen Städten Bremen, Hamburg, Hannover, Neumünster, Oldenburg und Schwerin.

Zentrales Ergebnis der Studie ist, dass Pflegeberufe zurzeit sowohl für Schüler als auch für deren Eltern ein eher negatives Image haben. Die Motivation zur Wahl eines Pflegeberufes ist derzeit bei Schülern äußerst gering ausgeprägt. Deutliche Unterschiede bestehen bei der Motivation zur Wahl eines Pflegeberufes zwischen den Geschlechtern: Hier stehen 1,9 Prozent Jungen 10,4 Prozent Mädchen aus allgemeinbildenden Schulen gegenüber, die sich potentiell die Wahl eines Pflegeberufes für sich vorstellen können. Die Motivation zur Wahl eines Pflegeberufes differiert auch nach Schultyp. Dabei ziehen 11,4 Prozent der Hauptschüler 5,3 Prozent der Realschüler und lediglich 3,4 Prozent der Schüler aus Gymnasien einen der Pflegeberufe, wie Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege für sich in Betracht. Auch nimmt die Berufswahlneigung für einen Pflegeberuf je nach Tätigkeitsfeld ab. So können sich nur 3,8 Prozent der Schüler den Beruf der Altenpflege vorstellen – gerade in diesem Pflegebereich bestehen aber die größten Personalprobleme. Fehlendes Interesse und fehlende persönliche Voraussetzungen sind die häufigsten Gründe für die ablehnende Haltung. Zudem sind die Schüler insgesamt nur in geringem Maße über Pflegeberufe informiert. Ihre Kenntnisse entsprechen in weiten Teilen bekannten Klischees über Pflegeberufe. Dies gilt insbesondere für die Jungen.

Das Evaluationsvorhaben zur Förderinitiative »Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten«

Zwischenstand

Mit der Förderung von gemeindebezogenen Gesundheitsförderungsprojekten im Rahmen des Aktionsplans Bewegung und Ernährung »INFORM« betritt das Bundesministerium für Gesundheit Neuland. Das IPP wurde beauftragt, die wissenschaftliche Begleitung der so genannten »Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten« zu übernehmen (siehe IPP-Info Nr. 8). Ziel ist die Begleitung der Settingprojekte im Rahmen ihrer Qualitätsentwicklung und die übergreifende Evaluation, um Handlungsempfehlungen für die zukünftige Förderung und Gestaltung netzwerkhafter Bündnisse in der Gesundheitsförderung zu formulieren.

Nach Abschluss eines Teils der Analysen liegen erste Zwischenergebnisse vor. So ermöglicht der Einblick in die Planungsqualität der Aktionsbündnisse mittels des Analyserasters (auf Grundlage der Anträge) vor allem folgende Beobachtungen: Die Bedarfe der Zielgruppen werden von den Aktionsbündnissen auf hohem Niveau dargestellt und u.a. empirisch belegt, während die Bedürfnisse der Zielgruppe nur mangelhaft bei der Planung einbezogen werden. Bei einem so wichtigen Punkt wie der Zieldefinition lässt sich weiterhin feststellen, dass diese oft sehr abstrakt und folglich schwer operationalisierbar vorgenommen wurde und Aussagen zum Grad der Zielerreichung nur selten möglich sind.

Um die Zieldefinition und Einschätzung der Zielerreichung in den Bündnissen zu unterstützen, werden unter Anleitung des Evaluationsteams Zielerreichungsskalen formuliert (»Goal Attainment Scaling«). Diese haben sich in ihrer Anwendung als ein inhaltlich flexibles, partizipatives Instrument und als eine Bereicherung für die Qualitätsentwicklung in den Aktionsbündnissen erwiesen (siehe hierzu die weitergehenden Informationen, einschließlich eines Leitfadens zur Anwendung, auf der Internetseite www.evaluationstools.de).

Da die Webseite der allgemeinen Kommunikation der Projektaktivitäten und -ergebnisse dient, lassen sich dort außerdem das Analyseraster für die Beurteilung der Planungsqualität der Anträge sowie weitere Instrumente finden. Das bereits zu Beginn des Förderzeitraums erstellte Instru-

mentenset, in dem zahlreiche Fragebögen und Tests zusammengestellt sind, die sich für die Ergebnisevaluation von bewegungs- und ernährungsbezogenen Interventionen eignen, wurde im Zuge des kontinuierlichen Ausbaus der Internetseite dort frei zugänglich gemacht.

Die erste Interviewwelle zur Arbeitsweise und Struktur der Aktionsbündnisse wurde nach einem Jahr Projektlaufzeit durch eine zweite Erhebungswelle ergänzt. Dabei wurde je ein Akteur des Bündnisses unter anderem zu Themen wie Synergieeffekte der Aktionsbündnisse, Konflikte und Umgang mit diesen und förderlichen bzw. hinderlichen Bedingungen für die Bündnisarbeit befragt.

Das oben genannte Analyseraster wird im letzten Quartal 2010 durch einen Fragebogen ergänzt, so dass die Möglichkeit besteht, Aussagen zur Planungsqualität mit der tatsächlichen Umsetzung abzugleichen. Dabei wird auf die Aspekte Maßnahmenumsetzung, Partizipation der Akteure und

der Zielgruppe, Zielerreichung und Umsetzung der bündnisspezifischen Evaluationskonzepte fokussiert.

→ Literatur online im Internet unter www.ipp.uni-bremen.de

→ Information:

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Leiterin der AG Prävention und Gesundheitsförderung,
Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de
www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/index.html;
Ute Gerken, Birte Gebhardt, Gabriele Morin-Elias,
Andreas Mühlbach, Ina Schaefer
Universität Bremen, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP),
Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,
Mail: gerken@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de, www.evaluationstools.de

Forschungskooperation mit der Jade-Hochschule

Am 1. Juli 2010 startete das Verbundprojekt »Simultane 3D-Objekt- und Bewegungserkennung zur Analyse von Arbeitstätigkeiten in realen Umgebungen« zwischen dem Institut für Angewandte Photogrammetrie und Geoinformatik (IAPG), Fachbereich Bauwesen und Geoinformation der Jade Hochschule (Standort Oldenburg) und dem IPP der Universität Bremen. Die Leitung des gemeinsam beantragten Projektes haben Prof. Dr. Thomas Luhmann (IAPG) und Prof. Frauke Koppelin vom IPP, die zum 01.04.11 als Professorin für Gesundheitswissenschaften an die Jade Hochschule gewechselt ist. Im Mittelpunkt des Projektes stehen Fragen zur nachhaltigen Gestaltung der Arbeitssicherheit von Beschäftigten, die während ihrer Arbeit Lasten heben und tragen müssen. Im Rahmen des interdisziplinären Projektes soll ein praxistaugliches Verfahren zur simultanen Verfolgung

von menschlichen Bewegungen und Objekten entwickelt werden und unter Einbeziehung von arbeitswissenschaftlichen Methoden zur präventiven Arbeitsgestaltung beitragen. Das zweijährige Projekt kooperiert eng mit Klein- und Mittelständischen Unternehmen aus dem Pflegesektor und dem Handwerk.

→ Information:

Prof. Dr. Frauke Koppelin
Bis 31.3.11: Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung;
Ab 01.04.11: Jade Hochschule Wilhelmshaven,
Oldenburg, Elsfleth,
Mail: frauke.koppelin@jade-hs.de

Studium und familiäre Aufgaben – ein Vereinbarkeitsproblem?

Ausgewählte Ergebnisse einer Onlinebefragung von Studierenden am Fachbereich 11 der Universität Bremen

Nachdem die Universität Bremen 2007 das Grundzertifikat »audit familiengerechte hochschule« der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung verliehen bekam, fand dieses Jahr im Mai die Re-Auditierung statt und somit eine Bestätigung als »familiengerechte Hochschule«.

Doch wie erleben Studierende die Vereinbarkeit von Studium und familiären Aufgaben? Diese Frage stellten sich die Dezentralen Frauenbeauftragten des FB 11 und führten im Sommersemester 2008 eine Online-Befragung von Studierenden mit Kind(ern) und Studierenden mit einer Pfllegetätigkeit von Angehörigen am FB 11 durch. Dabei ist von einem Anteil von etwa 150-200 Studierenden mit Kind(ern) in diesem Fachbereich auszugehen, für die Studierenden mit einer Pfllegetätigkeit können keine Vergleichszahlen gegeben werden.

Es wurden zwei sowohl quantitative als auch qualitative Online-Fragebögen für die beiden Zielgruppen entwickelt. Für die Auswertung konnten 53 Fragebögen für die Gruppe der Eltern und zehn für die der Pfllegenden herangezogen werden. Die Beteiligung von Bachelor-/Master-Studierenden und Diplom-Studierenden aus den Fächern Public Health, Pflegewissenschaften, Psychologie und Arbeitswissenschaft war in etwa hälftig. 48 Frauen und fünf Männer beteiligten sich als studentische Eltern, bei den Pfllegenden nahmen ausschließlich Frauen teil.

Trotz der unterschiedlichen familiären Situation und Belastungen beider Gruppen weisen die Ergebnisse sehr viele Parallelen auf. So rechnen jeweils etwa 50% der Befragten damit, dass sich ihre Studienzzeit verlängert. 70-80% können nicht am universitären Austausch und den dortigen Arbeitszusammenhängen teilnehmen, knapp 90% geben jeweils Versäumnisse bei Veranstaltungen an. Alle befragten Pfllegenden und 93% der Eltern konstatieren, dass sie sich häufig durch die Mehrfachbelastung stark unter Druck gesetzt fühlen. Dies führt teils zu Krankheiten oder der Erwägung, das Studium abzubrechen. 74% der Befragten mit Kind(ern) sind zudem mit dem aktuellen Kinderbetreuungsangebot an der Universität nicht

zufrieden, hier werden zu hohe Kosten, fehlende Plätze, mangelnde Qualität sowie fehlende zeitliche Flexibilität der Betreuung kritisiert. 55% der Befragten bemängeln fehlende Betreuungsmöglichkeiten für Kinder bis zum 13. Lebensjahr, 76% vermissen eine flexible Notfallbetreuung.

Generell gilt es, die defizitäre Datenlage bezüglich Studierender mit familiären Aufgaben an der Universität Bremen zu verbessern, um bedarfsorientiert eine Vereinbarkeit zu fördern. Zudem sollte eine private Pfllegetätigkeit ebenfalls als Grund für entsprechende Studienzeitverlängerungen anerkannt werden, gekoppelt mit einer Befreiung von zusätzlichen Studiengebühren bei beiden Gruppen. Darüber hinaus ist über die Einführung eines möglichen Teilzeitstudiums zu beraten. Da zur Zeit nur etwa zehn bis 15% des tatsächlichen Kinderbetreuungsbedarfes an der Universität abgedeckt ist, muss eine bedarfsorientierte Ausweitung und Anpassung von Kinderbetreuungsplätzen erfolgen. Die Ergebnisse führen ebenfalls zu Handlungsaufforderungen an den FB 11. So sollten E-Mail-Verteiler erstellt werden, damit die entsprechenden Zielgruppen erreicht werden und sich untereinander vernetzen können. Die Verlinkung der Homepage des Fachbereichs und der einzelnen Studiengänge mit dem Familienportal der Universität Bremen könnte zu einer Verbesse-

rung der Informationslage der Studierenden mit familiären Aufgaben führen. Kindgerechte Räumlichkeiten am FB 11 und entsprechende Angebote in der dezentralen Mensa gehören ebenso zu den geäußerten Wünschen. Außerdem gilt es die Nicht-Anwesenheitspflicht ausnahmslos umzusetzen und Regelungen bezüglich der Vereinbarkeit von Praktika und einer familiären Verpflichtung zu finden. Um Versäumnisse zu reduzieren, sollte es zu einer Ausweitung von Pflichtveranstaltungen in einer Kernzeit von 8:00-14:00 Uhr kommen und zur Einrichtung von Quotenplätzen für Studierende mit familiären Aufgaben. Die intensive Nutzung der universitären E-Learning-Plattform von Lehrenden könnte zur Kompensation von Fehlzeiten beitragen. Ferner ist die weitere Sensibilisierung von Lehrenden bezüglich der Vereinbarkeitsproblematik und die Entwicklung eines Good Practice-Modells zu fordern.

Letztlich ist es wichtig, das Thema Vereinbarkeit bei allen Entscheidungen und in Gremiensitzungen konsequent im Blick zu behalten, um traditionellen Rollenmodellen auch in Forschung, Lehre und im Studienalltag entgegen zu wirken und einer Vereinbarkeit von Studium und einer familiären Aufgaben bestmöglichen Vorschub zu leisten. Die Studie steht unter der folgenden Adresse zur Verfügung: www.fb11.uni-bremen.de/sixcms/detail.php?id=65.

Nicole Höfling-Engels

Dipl. Sozialpädagogin/Sozialarbeitswissenschaftlerin,

Mail: hoefling-engels@uni-bremen.de;

Corinna Schach MPH

Frauenärztin und Gesundheitswissenschaftlerin,

Mail: cschach@uni-bremen.de;

Frauenbeauftragte des FB 11 (bis 2011),

Universität Bremen



QUALIFIKATIONSARBEITEN

Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland

Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit

Unstrittig in Deutschland ist die Notwendigkeit einer Reform der Pflegeausbildung, bedingt durch die Entwicklungsdynamiken im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft. Schon die Novellierung des Krankenpflegegesetzes (2004) und das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz (2003) mit den dort verankerten Modellklauseln bieten zahlreiche Möglichkeiten, die Ausbildungsinhalte und -strukturen im Rahmen von Modellprojekten zu reformieren und ihre Tauglichkeit für den Regelbetrieb zu erproben. Die bundesweiten Modelle, die vor diesem Hintergrund entstanden sind, weisen – dies sei vorweggenommen – eine hohe Heterogenität in ihren Ergebnissen auf und sind bislang nicht systematisch evaluiert worden. Dies erschwert den Transfer von entscheidenden Evaluationsergebnissen aus den Projekten in eine systematische Politikgestaltung bezogen auf die Schaffung zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen.

In der vorliegenden Arbeit wird der Forschungsbedarf an empirisch gesicherten Daten einer übergreifenden Auswertung von Modellprojekten aufgegriffen. Die Arbeit lässt sich in drei Bereiche aufteilen: Zum einen in die Generierung forschungsleitender Qualitätskriterien einer modernen Pflegeausbildung, zum zweiten in eine Ist-Analyse bundesweiter Ausbildungsmodelle im Sinne einer Bestandsaufnahme und Typologisierung der Modellvorhaben

nach Hauptreformmodellen und drittens schließlich in eine vergleichende empirische Sekundäranalyse. Hier werden Gemeinsamkeiten und Differenzen insbesondere dreier Modellprojekte, die die Hauptformtypen exemplarisch vertreten, herausgearbeitet. Dabei erfolgt eine Identifikation und Auswertung bewährter Modellelemente aus den Projekten im Sinne von Best Practice. Zudem werden Strategien einer nachhaltigen Übertragbarkeit eines Best Practice-Modells dargestellt. Die Arbeit liefert klare Hinweise, welche Maßnahmen für die Weiterentwicklung reformerischer Bemühungen in der Pflegeausbildung erforderlich sind: Empfohlen wird ein dreijähriges modular aufgebautes generalistisches Ausbildungskonzept bzw. ein generalistischer Pflegeberuf mit einer einheitlichen allgemeinen Berufsbezeichnung. Daran anschließend erfolgt eine Spezialisierungsphase in Form von modularisierten Weiterbildungen zur Vorbereitung auf spezielle Handlungsfelder bzw. pflegfachliche Schwerpunkte.

Dr. Martina Stöver

Wissenschaftliche Projektkoordinatorin am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung, Universität Bremen,

Mail: stoever@uni-bremen.de,

www.iap.uni-bremen.de

Invasive Aspergillose in der Onkologie

Eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) zur Prüfung der Wirksamkeit mobiler Luftreiniger mit HEPA-Filter

Die invasive pulmonale Aspergillose ist eine in der Bevölkerung sehr seltene Infektion der Lunge mit Aspergillen, einer Schimmelpilzgattung. Aspergillen kommen überall auf der Welt vor, auch in der Antarktis und der Sahara. Sie gehören zu den am weitesten verbreiteten Lebewesen auf der Erde. Jeder Mensch atmet am Tag mehrere Hundert

Aspergillus-Sporen ein. Bei den meisten gesunden Menschen werden die eingeatmeten Sporen durch das Immunsystem eliminiert. Ist das Immunsystem jedoch gestört, so können die Sporen schwere Erkrankungen auslösen. Zu dem am stärksten gefährdeten Personenkreis gehören Menschen mit bösartigen Erkrankungen des blutbildenden

PUBLIKATION



Martina Stöver (2010)

Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit.

Die Studie von Martina Stöver nimmt die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland in den Focus. Hierzu unternimmt sie eine Sekundäranalyse von empirischen Evaluationsergebnissen sowie eine Aktualisierung von Strukturdaten zu bundesdeutschen Reformmodellen in der Pflegeausbildung in systematisierender und in qualitätsbewertender Weise. Die Ergebnisse erlauben einerseits einen Vergleich der drei Grundtypen, sie sind andererseits die Grundlage für die Identifikation bewährter Bestandteile der Modellprojekte sowie für Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen.

Lage: Jacobs Verlag

Systems, vor allem Patienten mit einer akuten Leukämie. Durch die Erkrankung sowie durch die Behandlung in Form von intensiver Chemotherapie und Strahlentherapie ist das Immunsystem dieser und anderer Patienten, die eine ähnliche Therapie erhalten, über lange Zeit sehr geschwächt (Neutropenie). In dieser Zeit kommt es regelmäßig zu einer Vielzahl von zum Teil lebensgefährlichen Infektionen. Eine dieser Infektionskrankheiten, die bei Patienten mit akuten Leukämien regelmäßig auftreten und unbehandelt tödlich verlaufen, ist die invasive pulmonale Aspergillose.

Da die Aspergillose über die Luft durch Einatmung von Sporen übertragen wird, ist ein wesentliches Prinzip zur Prophylaxe die Reduzierung der Expo-

sition gegenüber den Sporen. Isoliereinheiten wurden schon frühzeitig zuerst mit einem konstanten, breitflächigen Luftstrom (Laminar Air Flow) und schließlich zusätzlich mit High Efficiency Particulate Air-Filtern (HEPA-Filtern) ausgestattet. Es können jedoch nicht alle Patienten mit einem hohen Risiko für Infektionen in Isoliereinheiten untergebracht werden. Um diese Patienten ebenfalls vor Aspergillose zu schützen, können mobile Luftreiniger mit HEPA-Filtern in den Patientenzimmern angebracht werden.

Das primäre Ziel der Studie war die Wirksamkeitsprüfung dezentraler Luftreiniger mit HEPA-Filter in der klinischen Alltag der Hämatonkologie bei Hochrisikopatienten. Zu diesem Zweck wurde eine randomisierte kontrollierte Dreifachblindstudie durchgeführt. Zuvor wurden Luftkeimmessungen bei natürlicher und extremer Sporenlast sowie eine retrospektive Dokumentenanalyse von Aspergillose-Fällen in der Onkologie durchgeführt. Die Interventionsgruppe erhielt im Patientenzimmer angebrachte Luftreiniger mit HEPA-Filter, während die Luftreiniger der Kontrollgruppe »Scheinfiler« enthielten. Die Patienten in beiden Gruppen wurden aufgefordert, Türen und Fenster möglichst

geschlossen zu halten und beim Verlassen des Zimmers sowie beim Lüften Hochleistungsschutzmasken tragen.

In die randomisierte kontrollierte Studie waren 76 Patienten eingeschlossen (45 Männer und 31 Frauen). 70 Patienten erhielten die ihnen zugewiesene Intervention. 59 Patienten hatten eine akute myeloische Leukämie, 15 eine akute lymphatische Leukämie und 2 ein Non-Hodgkin-Lymphom. Das Durchschnittsalter lag bei 53,61 Jahren, die durchschnittliche Dauer der Neutropenie bei 31 Tagen. Die IPA-Inzidenz betrug in der Interventionsgruppe (IG) 46,15 % (18 von 39) und in der Kontrollgruppe (KG) 54,05 % (20 von 37). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Das IPA-freie Intervall dauerte in der IG im Mittel 81 Tage und in der KG 74 Tage. Der Log-rank-Test der Kaplan-Meier-Statistik ergab einen p-Wert von 0,39. Auch die Gruppenunterschiede in den weiteren sekundären Outcome-Parametern waren statistisch nicht signifikant.

Die aufgrund der Literaturlage erwartete Wirksamkeit dezentraler Luftreiniger konnte nicht nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis steht in

Einklang mit den Ergebnissen aus neueren systematischen Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen, in denen lediglich bei nicht-randomisierten Studien eine statistisch signifikante Reduktion der Infektionsrate erzielt wurde. Die Frage der Raumluftkontrolle bei Patienten mit akuter Leukämie bleibt ungelöst. Weitere klinische Studien oder geeignete Beobachtungsstudien sind aufgrund der Schwere des Problems erforderlich.

Die Studie ist im Südwestdeutschen Verlag für Hochschulschriften unter dem Titel »Invasive Aspergillose in der Onkologie: Prophylaxe der invasiven pulmonalen Aspergillose bei Patienten mit intensiver Chemotherapie« erschienen und ist auch unter folgender Adresse verfügbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-diss000119951>.

Prof. Dr. Karl Reif

Vertretungsprofessur »Klinische Pflegeforschung«,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,

Universität Bremen,

Mail: karlreif@uni-bremen.de,

www.ipp.uni-bremen.de

Gerechte Verteilung von Zeit in der stationären Altenpflege

Diplomarbeit im Studiengang Pflegewissenschaft an der Universität Bremen

Die Pflege im Allgemeinen, und im Besonderen die Altenpflege, scheint auf den ersten Blick kein Feld zu sein, in dem etwas Abstraktes wie Gerechtigkeit eine große Rolle spielt. Wer bekommt zuerst sein Essen, wo ist Zeit für ein längeres Gespräch, wer bekommt zusätzliche Schmerzmedikation? Viele dieser Entscheidungen werden intuitiv getroffen. Am Beispiel der Verteilung von Zeit des Pflegepersonals auf die einzelnen BewohnerInnen in stationären Einrichtungen wird deutlich, dass eine kritische Reflektion der möglichen ethischen Verteilungskriterien gerade in der aktuellen, angespannten Situation der Pflege besonders wichtig ist: Auf der einen Seite wächst der Qualitätsanspruch, der an Altenheime herangetragen wird, gleichzeitig gerät die Pflege durch Personalmangel zunehmend unter Druck. Pflegezeit wird zu einer immer knapperen Ressource, und es ist damit zu rechnen, dass immer häufiger Situationen im pflegerischen Alltag auftreten werden, in denen nicht

einmal genug Ressourcen für eine pflegerische Mindestversorgung zur Verfügung stehen, was Pflegekräfte zu weit reichenden Rationierungsentscheidungen zwingt. In diesem Spannungsfeld zwischen hohen Qualitätsansprüchen und der problematischen Wirklichkeit der Pflege (Slotala et al., 2009) können Kriterien gerechter Ressourcenverteilung eine ethische Orientierung bieten:

Die zwei wichtigsten Gerechtigkeitsprinzipien für pflegerische Verteilungsentscheidungen sind das Nutzen- und das Bedürfnisprinzip. Verteilung nach dem utilitaristischen Nutzenprinzip hat zum Ziel, den größtmöglichen Gesamtnutzen zu erzielen. Oft geht es hierbei vornehmlich um die Optimierung der wirtschaftlichen Qualität der Heime (Krompholz-Schink, 1999). Pflegebedürftige werden als Kunden verstanden, deren Ansprüche und Bedürfnisse auf möglichst hohem und gleich bleibendem Niveau befriedigt werden sollen, was an sich kein

schlechtes Ziel ist. Eine einseitig utilitaristische, nutzenmaximierende Orientierung bringt aber verschiedene Nachteile mit sich. Hauptkritikpunkt am Utilitarismus ist, dass das Wohl des einzelnen Menschen vor allem in dem Sinne von Bedeutung ist, als es Teil des Gesamtwohls ist. Im Zweifelsfall könnte der Gesamtnutzen über den Nutzen für das Individuum gestellt und damit auch die Missachtung der Rechte Einzelner gerechtfertigt werden (Lübbe, 2001).

Eine notwendige Gegenposition zur Verteilung nach dem Nutzenprinzip in der Pflege muss daher die Orientierung an den nicht durch einen vermeintlich höherwertigen Gesamtnutzen relativierbaren Grundbedürfnissen jedes pflegebedürftigen Menschen sein. Grundlage der Bedürfnisgerechtigkeit ist die Annahme, dass jedes Individuum ein Recht auf menschenwürdige Lebensbedingungen durch eine ausreichende Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern besitzt (Krebs, 2002). Für die Verteilung von Ressourcen bedeutet dies, dass die Befriedigung elementarer, menschenrechtlich verbürgter Bedürfnisse immer Vorrang haben muss. Da kranke und pflegebedürftige Menschen die Fähigkeit verlieren, ihre Bedürfnisse komplett selbst zu befriedigen oder sie überhaupt zu äußern, steht die Pflege als »Anwalt« der zu Pflegenden in einer besonderen Verantwortung: Ihre Aufgabe muss

es sein, zu verhindern, dass die Grundbedürfnisse Einzelner gegen die anderer BewohnerInnen oder gegen einen z. B. ökonomischen Gesamtnutzen aufgerechnet werden und sicherzustellen, dass die Grundbedürfnisse jedes/r Pflegebedürftigen befriedigt werden.

Auf ein ökonomisches Bewusstsein kann die Pflege nicht vollständig verzichten. Zu einer guten und menschenwürdigen Pflege gehört aber mehr als das Erfüllen von Qualitätsstandards und Kundenwünschen, nämlich das Parteieregreifen für die

Bedürfnisse der BewohnerInnen auch im nicht-messbaren Bereich und der Schutz der individuellen und unhintergehbaren Rechte der pflegebedürftigen Menschen vor Missachtung und Entwürdigung. Pflegekräften stellt sich die Aufgabe, ihre normalerweise oft unbewussten Entscheidungsgrundlagen zur Ressourcenverteilung zu reflektieren und sich in handlungsentlasteten Situationen konkret mit Fragen der Verteilungsgerechtigkeit zu beschäftigen. Aber auch Pflegewissenschaft und -ethik, Pflege-management und Pflegepädagogik müssen sich kritisch mit Gerechtigkeitsfragen auseinander setzen,

um Pflege als eine professionelle, reflektierte und personenbezogene Interaktion weiterzuentwickeln.

→ Literatur bei der Autorin

Agnes-Dorothee Greiner

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen,
Mail: agreiner@uni-bremen.de

HBS PROMOTIONS-KOLLEG NUTZERINNENORIENTIERTE GESUNDHEITSSICHERUNG

Das von der Hans Böckler Stiftung (HBS) finanzierte Kolleg ist am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen angesiedelt und wird in Kooperation mit KollegInnen des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen und der Jade Hochschule (Standort Oldenburg) durchgeführt. Mit dem Begriff der NutzerInnenorientierung ist die Erwartung verbunden, dass die Position der Leistungsempfänger im Gesundheitssystem gestärkt, ihre Partizipationsmöglichkeiten erweitert und Fremdbestimmung abgebaut werden.

Ziel der zweiten Phase des Promotionskollegs »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung« ist es, das Konzept der NutzerInnenorientierung theoretisch zu schärfen und anhand von empirischen Analysen zielgruppenspezifische Kompetenz- und Bedürfnismuster zu ermitteln sowie Ansätze zielgruppenorientierter Gesundheitsversorgung zu entwickeln und zu evaluieren. Der Schwerpunkt des Kollegs liegt dabei auf vulnerablen Zielgruppen. Die erste Förderphase des Kollegs mit acht Plätzen erstreckte sich von 2006 – 2009. Im März bzw. April 2010 startete nun die zweite Förderphase mit inzwischen fünf KollegiatInnen. Acht Plätze können insgesamt besetzt werden. Sprecherin ist Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (darmann@uni-bremen.de).

Promotion

Psychosoziale Schwangerschaftskonfliktberatung: Großes Angebot – kleine Nachfrage – Eine Analyse zum Beratungsbedarf von sozial- und bildungsbenachteiligten schwangeren Frauen

Im Dissertationsvorhaben soll mit Hilfe eines qualitativen Forschungsdesigns erhoben werden, welche Beratungserfordernisse bei schwangeren Frauen aus sozial- und bildungsbenachteiligten Gruppen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik (PND) bestehen.

Die derzeitige Beratungslage in Deutschland ist gerade im Hinblick auf die genannten Frauen desolat. Das Angebot wird so gut wie gar nicht genutzt, könnte aber bei entsprechender Nutzung durch die Frauen einen erheblichen Anteil zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind leisten. Die vulnerablen Schwangeren sollen zu zwei

Zeitpunkten (prospektiv und retrospektiv) befragt werden. Die Ergebnisse werden in einem zweiten Schritt einer Gruppe von Expertinnen und Experten aus dem Bereich der psychosozialen Schwangerschaftskonfliktberatung präsentiert und mit diesen diskutiert. Herausgearbeitet werden soll: Wie die Ressourcen der vulnerablen Schwangeren in einem professionellen Setting genutzt und gefördert werden könnten, sodass sie den Bedarfen der Zielgruppe gerecht werden und für diese angemessen sind. Die identifizierten Faktoren können dabei helfen zukünftige Beratungsangebote besser auf diese Frauen hin auszurichten, um so das Angebot für alle Akteure zu optimieren.



Birte Luther, Hebamme,
Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft,
E-Mail: luther@uni-bremen.de

Promotion

Die Anwendung langfristiger enteraler Sondenernährung (PEG-Sonden) bei von Demenz betroffenen HeimbewohnerInnen

Die PEG-Anwendung bei Menschen mit Demenz ist von ungebrochener Relevanz für die stationäre Langzeitpflege sowie für die akutklinische Versorgung. Sie stellt sowohl NutzerInnen des Gesundheitssystems als auch LeistungsanbieterInnen vor Herausforderungen, für die bislang noch keine angemessenen Lösungsmöglichkeiten vorliegen. Für innovative Entwicklungen im Sinne einer Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von benachteiligten Bevölkerungsgruppen bedarf es

präziser Kenntnisse über die Umstände, unter denen derzeit beteiligte Akteure entscheiden und handeln. Auf der Grundlage dieser Befunde sind Strategien für eine kompetente NutzerInnenorientierung anzustreben, die eine Sensibilisierung hinsichtlich eines informierten und partizipativ gestalteten diagnostischen, therapeutischen und ethischen Entscheidungsverfahrens ermöglichen.



Rosa Mazzola, Dipl. Gerontologin, Dipl. Pflegewirtin,
E-Mail: rmazzola@uni-bremen.de

Promotion

Empirische Rekonstruktion von Lern- und Bildungsprozessen in der Pflegeausbildung aus der Perspektive der Lernenden. Eine Längsschnittstudie

Nach Oevermann zeigt sich professionelles berufliches Handeln als Verschränkung von Theoriewissen und Fallverstehen. Demzufolge lässt sich ein wichtiger Kern professionellen Pflegehandelns als Zusammenspiel des Fachwissens von Pflegenden und ihrer Fähigkeit zum reflexiven hermeneutischen Fallverstehen beschreiben. Bislang ist wenig über die hermeneutischen Kompetenzen bundesdeutscher Pflegenden bekannt. Es ist noch ungeklärt, ob, inwiefern und v.a. wie diese für nutzerInnenorientiertes Pflegehandeln zentralen Kompetenzen

in der Ausbildung erworben werden. Mit meinem Promotionsprojekt plane ich die Aneignungswege hermeneutischer Kompetenzen bei Lernenden der Pflege aus ihrer Perspektive zu erforschen. Hierzu werden im Rahmen einer Längsschnittstudie qualitative Interviews mit Lernenden nach der Hälfte und am Ende ihrer Ausbildung geführt. Ausgehend von den Ergebnissen werden anschließend Eckpunkte eines empirisch fundierten Konzeptes zur Förderung hermeneutischer Kompetenzen für die Pflegebildung formuliert.



Gerlinde Glissmann, Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft,
Mail: glissmann@uni-bremen.de

STUDIUM UND WEITERBILDUNG

Dualer primärqualifizierender pflegewissenschaftlicher Bachelorstudiengang an der Universität Bremen

Zum Sommersemester 2012 startet, vorbehaltlich der Akkreditierung, an der Universität Bremen in Zusammenarbeit mit 10 Fachschulen in Bremen und Bremerhaven ein dualer primärqualifizierender Bachelor of Arts Pflegewissenschaft. Neu im Unterschied zum bisherigen Bachelorstudiengang, der ausläuft, ist die phasenweise Parallelität einer pflegerischen Ausbildung (»Gesundheits- und

(Kinder-)Krankenpflege« bzw. »Altenpflege«) mit dem pflegewissenschaftlichen Studium sowie die Anrechnung von Qualifikationen aus der beruflichen Erstausbildung. Der geplante Studiengang ist somit zum Teil ausbildungsbegleitend angelegt, d. h., dass die Berufsfachschulen nach wie vor die Berufsausbildung verantworten und die Prüfung für das berufliche Examen abnehmen, während die

Universität teilweise parallel dazu die akademisch-theoretische Fundierung übernimmt und hierfür den Studienabschluss vergibt. Für die Anerkennung von Leistungen, die im Rahmen der beruflichen Qualifizierung bzw. beruflichen Praxis erworben werden, ist ein Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.06.2002 maßgebend, wonach Kenntnisse und Fähigkeiten, die außerhalb des Hochschulwesens erworben werden, bis zu maximal 50% auf ein Hochschulstudium angerechnet werden dürfen, sofern sie inhaltlich und bezüglich des Anspruchsniveaus einer Studienleistung vergleichbar sind. Mit den 10 Kooperationsschulen werden verbindliche Vereinbarungen getroffen, in denen festgelegt wird, welche Anteile der Ausbildung bzw. des Stu-

diums gegenseitig anerkannt werden und wie die Qualität der Ausbildung gesichert wird. Das Konzept der Universität Bremen sieht vor, dass in der Berufsausbildung erworbene und in einer Arbeitsgruppe mit den beteiligten Kooperationschulen definierte Qualifikationen im Umfang von 70 CP anerkannt werden. Damit schließt sich die Universität Bremen einer bundesweiten Entwicklung an und sichert so die Konkurrenzfähigkeit am Markt der akademischen Qualifizierung im Bereich Pflegewissenschaft.

Das Studium gliedert sich im geplanten Konzept in zwei Phasen. In Phase 1 erfolgt das Studium ausbildungsbegleitend und setzt zeitversetzt zur Berufsausbildung mit dem Ende der Probezeit ein. In den verbleibenden fünf Semestern bis zum Ausbildungsende erbringen die Studierenden Studienleistungen im Umfang von 20 CP an der Universität Bremen. Gemeinsam mit den 70 CP, die aus der Berufsfachschulausbildung anerkannt werden, erlangen die Studierenden in der ersten Phase insgesamt 90 CP. Nach Abschluss der Ausbildung schließt sich mit Phase 2 ein dreisemestriges Vollzeitstudium an, in dem ebenfalls 90 CP erworben

werden. In dem letzten der drei Semester wird die Bachelorprüfung abgelegt. Vor Einstieg in das Vollzeitstudium entscheiden sich die Studierenden für eine der Studienvarianten (Vollfach oder Schwerpunkt Lehre).

Nachdem sich die Akademisierung der Pflege in der Bundesrepublik in den 1990er Jahren primär auf patientenferne Handlungsfelder, wie Pflegemanagement und Pflegepädagogik, bezogen hat, entstanden in den letzten 10 Jahren auch zunehmend Studiengänge, die für die wissenschaftlich fundierte direkte Pflege qualifizieren. Neben der berufspolitischen Argumentation, die auf die Professionalisierung des Pflegeberufs und auf die Angleichung des hiesigen Qualifikationsniveaus an das des europäischen und amerikanisch-kanadischen Auslands abhebt, lässt sich die Notwendigkeit einer akademischen Ausbildung eines Teils der Pflegenden vor allem mit der Sicherstellung der Versorgungsqualität begründen. Internationale Studien belegen, dass mit der Erhöhung des Anteils von Pflegenden mit einem Bachelorabschluss am Gesamtpflegepersonal eine substantielle Verbesserung von Patientenoutcomes einher geht. Experten schätzen einen Bedarf

von 7-10% akademisch ausgebildeten Pflegenden am Gesamtpflegepersonal. Mit dem geplanten Studienangebot erwerben die Studierenden eine breite Qualifikation, die sie befähigt, den pflegerischen Versorgungsprozess wissenschaftsbasiert zu steuern. Die Absolventen erwerben insbesondere Kompetenzen zur Übernahme von Verantwortung für den Prozess und das Ergebnis der evidenzbasierten Pflege im multiprofessionellen Team, die Mitwirkung an Praxisentwicklungs- und praxisorientierten Forschungsprojekten und für die Übernahme von verantwortlichen Aufgaben im Rahmen von innovativen Versorgungsmodellen, wie z. B. interdisziplinären Praxisteams, integrierter Versorgung, Entwicklung und Implementation von Versorgungskonzepten für vulnerable Zielgruppen.

→ Information:

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung,

Mail: darmann@uni-bremen.de,

Telefon: 0421 / 218-68940

Immer stirbt ein einzigartiger Mensch: Die biografische und spirituelle Dimension im begleiteten Sterben

Auszug aus dem gleichnamigen Vortrag von Prof. Dr. Annelie Keil auf dem Pflege- und Wundkongress am 05.05.2010 in Bremen, Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autorin.

»(...) Wer Sterbende begleitet, begegnet sich selbst in einer Tiefendimension, die sonst nur schwer erfahrbar ist. Das geschieht nicht von selbst, sondern bedarf einer bewussten Entscheidung. Immer stirbt ein einzigartiger Mensch, aber immer lebt auch ein einzigartiger Mensch. Umwandlung und Wechsel sind wesentliche Merkmale des Lebens, Werden und Vergehen seine Essenz. Was nach oben steigt, stürzt im »Rad des Schicksals« unweigerlich wieder hinab. Es geht um Veränderung, den Wechsel von Chaos und Ordnung, um Abschied und Neubeginn und um die Annahme jenes biografischen Schicksals, das den Einzelnen in dem Augenblick trifft, in dem er ungefragt zur Welt kommt und weder Zeit, Ort, Land, Eltern oder soziale Lage ausgesucht hat. Die menschliche Existenz ist und bleibt als Krisenexistenz unvorhersagbar, letztlich unplanbar, verletzlich, vor allem endlich und ohne konkrete Angabe, wohin die Reise geht.

Seit Menschen die Erde bewohnen und zusammen ihr Leben zu meistern versuchen, haben sie sich den mit dieser Herausforderung verbundenen Fragen gestellt und nach Möglichkeiten gesucht, die beim Umgang mit den großen Schicksalsfragen helfen können. Rituale der Freude und Begrüßung, der Trauer und des Abschieds, der kriegerischen Auseinandersetzung und des Friedens, zu Geburt und Tod begleiten die Menschen rund um den Globus. Im Mittelpunkt solcher »rites de passage« stehen der Übergangsprozess und die Auseinandersetzung mit dem Zustand zwischen der Entbindung aus dem einen und der Einbindung in den neuen Zustand. Trauer ist die Arbeit mitten in diesem Wandel. Den Totenriten vieler Völker kann man entnehmen, dass die Trauerzeit so etwas wie die diesseitige Entsprechung einer »Totenreise« ist. Das Geliebte zerfällt, ist nicht mehr greifbar, der Tote geht auf die Seelenreise. Der Trauernde wird zum Hinterbliebenen, versucht nun seinerseits das Bild dessen, was er

verloren hat, zu zerlegen. Die Trauerarbeit versucht zu klären, was vom Bisherigen zerfällt oder als Erinnerung bleibt, schiebt sich zwischen den Toten, eine zerbrochene Beziehung, drängt auf Entscheidung, die Veränderung der Wirklichkeit anzuerkennen. Trauer und Sterbebegleitung sind die befristete Koalition mit dem, was ein Mensch verliert, wollen ihn aussöhnen, arbeiten am individuellen wie kulturellen Gedächtnis, geben der Erinnerung einen angemessenen Ort, vermitteln zwischen Vergangenheit und Zukünftigem auch in den Professionen.

Ohne das pflegerische Handeln und die Begleitung sterbender Menschen und die für diese Arbeit notwendige Reflexion der biografischen und spirituellen Dimension, die damit verbunden ist, wüssten wir nicht, was verloren geht und was bleibt, wenn ein Mensch geht, was die Menschenrechte uns in die Berufs- und Lebensakte geschrieben haben, was es bedeutet, ein Mensch im aufrechten Gang zu sein. Wir begegnen in der biografischen wie spirituellen Dimension des Sterbens und seiner Begleitung der existenziellen Ausgesetztheit des Menschen, seinem Leiden und seinen Entscheidungen, seiner Stärke und seiner Hilflosigkeit, seiner Selbstsorge und der für ihn nötigen Fürsorge, seiner Freiheit und seinen Notwendigkeiten, seinen Erfolgen und seinem Scheitern, der Lebensbilanz eines Menschen. Die biografische und spirituelle Dimension im begleiteten Sterben führt



uns aber auch direkt in die politische Dimension unseres beruflichen Handelns. Mit dem Konzept der »Biografischen Medizin« wollte V. v. Weizsäcker das Subjekt in die Medizin einführen, eine Medizin, die zunehmend zu vergessen schien, dass der Mensch als Subjekt der Gestalter seines Lebens, seiner Krankheit und auch seines Sterbens ist und sie deshalb den Namen »Humanmedizin« trägt. Wer den erkrankten Mensch pflegt und behandelt, berührt nicht einen »objektiven Befund«, ein pathologisches Substrat, nicht den Tumor von Zimmer 123, sondern bis in den letzten Atemzug einen leidenden Menschen, lebendiges Subjekt. Der Grad der Menschlichkeit einer Gesellschaft erweist sich vor allem darin, wie sie den Menschen bei der Geburt empfängt und den Sterbenden aus ihren Reihen verabschiedet. »Wissenschaft fängt mit dem Wundern darüber an, dass die Dinge so sind, wie sie sind«. Mich wundert schon lange, dass manche Fragen schon gar nicht mehr gestellt werden und das Wundern vielfach eingestellt wurde. Das Nachdenken über die biografische und spiri-

tuelle Dimension im begleiteten Sterben hilft uns, auch die richtigen fachlichen Fragen zu stellen und jenseits der wichtigen Debatte über finanzielle und personelle Mängel, über Verwissenschaftlichung und Professionalisierung nicht zu vergessen, um wen und was es geht: um das Recht, ein Mensch im aufrechten Gang zu werden und auch zu bleiben, subjektiv wie objektiv und anderen Menschen bei dieser lebenslangen Übung zu helfen, auch wenn sie im Sterben liegen und wir ihre Begleiter sind!

Wer Trauer verdrängt und nicht zulässt bleibt in ihrem Schmerz stecken. Die Liebe zum Leben braucht die Tränen der Trauer über das ungelebte und missbrauchte Leben. Kollektive Trauer ist im Kontext klärender Erinnerungsarbeit die Fähigkeit einer Gesellschaft, Reue zu zeigen und zu neuen Zielen. Trauer ist die nützliche Arbeit mitten in den Krisen des Lebens. Sie hilft dem Menschen, seine Beziehung zu anderen Menschen und zu Situationen zu überprüfen und zu regulieren. Im Prozess der Trauer kommen Menschen mit ihren

Bewertungen in Kontakt, können diese überprüfen, festigen oder verändern. Trauer hilft uns, wichtige Entscheidungen zu treffen. Sie fordert uns zur Intensität heraus und zeigt uns die Prozesshaftigkeit allen Lebens. Das Gefühl und die Fähigkeit zur Trauer ist ein Kern unseres subjektiven Erlebens und Träger der Hoffnung, dass das Verlorene oder das Ende von etwas den Keim der Erneuerung und des Anfangs enthält.«

→ Literatur bei der Autorin sowie online im Internet unter www.ipp.uni-bremen.de

Prof. Dr. Annelie Keil

Gesundheitswissenschaft und Krankenforschung in Biografie und Lebenswelt; Hochschullehrerin an der Universität Bremen von 1971 – 2004;

Angehörige des Instituts für Public Health und Pflegeforschung IPP, Universität Bremen;

Mitbegründerin und Mitarbeiterin des Weiterbildungsstudiums Palliativ Care an der Universität Bremen,

Mail: annelie.keil@ewetel.net,

www.anneliekeil.de

WEITERBILDENDES STUDIUM

»Palliative Care« an der Universität Bremen

→ Informationen unter:

<http://www.uni-bremen.de/weiterbildung/fuer-den-beruf/angebote-nach-themenfeldern/gesundheits-pflege/palliative-care.html>

VERANSTALTUNGEN UND ARBEITSKREISE

Arbeitskreis Genderperspektiven Public Health am IPP / Universität Bremen (AK Gender)

Der Arbeitskreis bündelt Forschungsaktivitäten im Bereich Frauengesundheit und Genderperspektiven in Public Health. Die regelmäßigen Treffen der in erster Linie wissenschaftlich, aber auch in der Praxis tätigen Teilnehmerinnen dienen dem Austausch über genderrelevante Gesundheitsthemen, deren Diskussion und inhaltlicher Weiterentwicklung sowie der Initiierung von Forschungsvorhaben. Im Fokus der wissenschaftlichen Auseinandersetzung ste-

hen vor allem Fragen zu einer gendersensiblen und geschlechtergerechten gesundheitlichen Versorgung.

Unter dem Titel »Frauenblicke auf das Gesundheitssystem: Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz« (Kolip, P. & Lademann, J. (Hrsg.), Juventa-Verlag) erschien ein Sammelband des Arbeitskreises im Juli 2010 (siehe Seite 24).

Seit dem Wintersemester 2009/2010 nimmt der Arbeitskreis das Thema »Die gesundheitliche Versorgung von Lesben – der blinde Fleck in der Frauengesundheitsforschung?« in den Blick.

→ Information:

Corinna Schach MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Mail: cschach@uni-bremen.de;

Angelika Zollmann

Bremische Zentrale für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF),

Mail: angelika.zollmann@frauen.bremen.de

Unterschiedliche Wege, gemeinsames Ziel?

Ein vergleichender Blick polnischer und deutscher PflegestudentInnen auf die Professionalisierungsbestrebungen in unterschiedlichen Ländern

Lange Jahre ließ die politische Situation in Europa keine Annäherung zwischen den westlichen Staaten und den Ländern des sog. Ostblocks zu. Die geschichtlichen Veränderungen der 80er Jahre erlaubten zunehmend einen Blick über die Landesgrenzen. Das Interesse die Entwicklungen und den Professionalisierungsstand der Pflege in den Nachbarländern kennen zu lernen, ist seitdem besonders groß. Auf Grund des Bedürfnisses nach intensivem Austausch fand 2009 eine gemeinsame Lehrveranstaltung in der Internationalen Jugendbegegnungsstätte Auschwitz zwischen den Universitäten Poznan (Polen) und Bremen (vgl. IPP-Info 8) statt, die sich im Mai 2010 mit einer neuen inhaltlichen Ausrichtung in Bremen fortsetzte. Die polnischen und deutschen PflegestudentInnen beschäftigten sich mit den unterschiedlichen Ausbildungs- und Pflegesystemen in Polen, Deutschland, England und den USA. Als strukturelle Gliederungspunkte dienten kontextuelle Bedingungen, z.B. die Spezifik des jeweiligen Landes wie die Bevölkerungsstruktur, das Politik- und das Gesundheitssystem, aber auch die Organisation und das Ansehen des Berufsstandes und Pflegeverständnis der jeweiligen Länder. Den wesentlichen Kern der Betrachtung und Evaluation bildete ein Vergleich der Pflegeausbildung und -praxis unter strukturellen, curricularen bzw. konzeptuellen und praktischen Gesichtspunkten. Im Folgenden sollen exemplarisch einige der erarbeiteten Ergebnisse hinsichtlich professionstheoretischer Fragen vertieft werden.

Betrachtet man Pflegewissenschaft unter dem Merkmalsorientierten Ansatz wird die Akademisierung der Pflege als ein Zeichen der Professionalisierung angesehen (vgl. Hesse 1968). Zieht man einen Vergleich zwischen den Ländern Polen und Deutschland, findet in Polen die primäre Pflegeausbildung bereits landesweit auf Bachelor Niveau statt. Pflegende in Deutschland haben zu der Ausbildung häufig lange Berufserfahrung, bevor sich ein Studium anschließt. Dabei weist eine universitäre Ausbildung, z. B. als primärqualifizierender Studiengang, eine stärkere Unabhängigkeit gegenüber den praktischen Ausbildungsstätten auf und fördert das Erlernen wissenschaftsbasierter Lösungsmethoden für die Praxis. Laut Sinclair

(1991) sind Pflegende mit einem Hochschulabschluss eher in der Lage, Forschungsergebnisse zu nutzen, flexibler auf wechselnde Anforderungen zu reagieren, gezielt zu kommunizieren und Veränderungsprozesse in Gang zu setzen (vgl. Stemmer 2004). Angesichts dessen bieten die Länder Polen, England sowie USA eindeutige Vorteile gegenüber Deutschland, wo solche Studiengänge wie neuerdings an der Universität Bremen, erst allmählich eingeführt werden. In der inhaltlichen Schwerpunktsetzung der Hochschulen sticht als ein wesentlicher Unterschied eine stärkere Anlehnung an die medizinische Wissenschaft in Polen hervor. Dies wirft generelle Fragen in Bezug auf die Wissenschaftsorientierung der Pflegewissenschaft auf. Remmers (1999) formulierte, dass Pflege aufgrund ihrer Mehrschichtigkeit von Aufgaben auch eine entsprechende Mehrdimensionalität von Handlungsorientierungen benötigt und legt der Pflegewissenschaft einen multidisziplinären Wissenschaftsbezug mit der Aufgabe zugrunde, eine spezifisch pflegerische Handlungsorientierung herauszuarbeiten.

Nach Oevermann (1997) reicht eine alleinige Betrachtung der äußeren Merkmale einer Profession allerdings nicht aus, um diese zu beurteilen. Das wichtigste Kennzeichen in seinem handlungstheoretischen Professionalisierungsansatz sind dabei Handlungen, welche z.B. auf die Wiederherstellung bedrohter gesellschaftlicher Werte, wie der Gesundheit, gerichtet sind. Professionalität besteht darin, auf lebenspraktische Fragen, deren Sinn nur aus der Perspektive des Individuums heraus zu verstehen ist (Fallverstehen), eine Antwort zu geben (Kramer 2007). Pflegewissenschaftlich begründet sollte sie daher »...an der Basis in den Handlungsfeldern praktisch Pflegenden («am Bett») ansetzen ...« (Friesacher 2009, 178).

Im Seminar an der Universität Bremen wurde den polnischen und deutschen StudentInnen die Frage nach dem Kern pflegerischen Handelns gestellt. Ohne länderspezifische Unterschiede war Pflege für die StudentInnen u.a. professionelles Handeln, Ganzheitlichkeit, Empathie, Kommunikation, Erkennen von Pflegebedarf, Beraten, Anleiten, Unterstützen, Ressourcen fördern, Verantwortung

tragen und Autonomie fördern. Darin finden sich wichtige Bezüge zu dem Oevermannschen Ansatz, denn bei diesem bedarf es bei der Lösung der individuellen Probleme einen Interaktionsprozess zwischen Professionellen und Betroffenen, bei dem Letzterer autonom an der Problemlösung beteiligt sein sollte. Auch pflegetheoretisch wird der Kern einer professionell-personalisierten Pflege als eine umfassende, heilende, anteilnehmenden, fürsorgenden, fürsprechenden Hilfe beschrieben (Wettreck 2001).

Die Begegnung polnischer und deutscher Studierender in Bremen und ihre Analyse des Ausbildungs- und Pflegesystems verdeutlicht die Relevanz einer akademischen Qualifizierung für eine Professionalisierung der Pflege. Es zeigte sich aber auch, dass diese nicht per se mit Professionalisierung gleichzusetzen ist. So scheint vielmehr eine Aufgabe der Pflege darin zu bestehen, spezifische pflegetheoretische Bezüge zu entwickeln und gleichzeitig das Individuum ins Zentrum ihres Handelns zu rücken. Dabei kann eine internationale Zusammenarbeit nicht nur zur Bearbeitung dieser Aufgabe beitragen, sondern auch die einzelnen Länder auf pflegeberuflicher Ebene annähern. Dies soll durch zukünftige Kooperationen und Veranstaltungen beider Universitäten fortgeführt werden.

→ Literatur bei den Autorinnen

Miriam T. Richter

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung,

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,

Mail: miriam.richter@uni-bremen.de;

Manuela Schoska

Lehrbeauftragte an der Universität Bremen,

Mail: mschoska@uni-bremen.de;

Katarzyna B. Głodowska

Medizinische Universität Karola Marcinkowskiego Poznan,

Abteilung Gesundheitswissenschaften,

Mail: kglodow@ump.edu.pl



Delegation aus Mali und Cote d'Ivoire informiert sich über Projekte im gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Bereich



Eine Delegation von Wissenschaftlern aus Westafrika war im Februar 2010 zu Gast in Bremen. Im Rahmen eines Symposiums und einer Reihe von Vorträgen an der Hochschule Bremen und am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen tauschten sich die Wissenschaftler über Projekte im gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Bereich aus. Um den Gästen einen Eindruck von der Organisation und Praxis gesundheitlicher Versorgung in Deutschland zu geben, wurden zudem Besuche in mehreren Bremer Ein-

richtungen sowie ein Empfang bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales durchgeführt. Hintergrund der Begegnung ist eine neue Kooperation zwischen den beiden Bremer Hochschulen und der Fachhochschule Emden mit den westafrikanischen Instituten und Universitäten in Bamako (Mali) und Abidjan (Cote d'Ivoire). Die entsprechende Vereinbarung wurde bereits 2009 unterzeichnet. Damals reiste eine Delegation der nordwestdeutschen Hochschulen – unter anderem die Rektorin der Hochschule Bremen, Professorin Karin Luckey, und der Geschäftsführende Direktor des IPP der Universität Bremen, Professor Stefan Görres – nach Westafrika. Dabei wurden auch die Deutschen Botschafter der beiden Länder in die Gespräche mit einbezogen.

Ziel der internationalen Begegnung ist es, langfristig den Austausch zwischen deutschen und westafrikanischen Wissenschaftlern und Studierenden in den Bereichen Gesundheit, Pflege und

Soziale Arbeit zu fördern. Auch sollen Forschungs- und Praxiskooperationen entstehen. Damit wollen die nordwestdeutschen Hochschulen die Austauschprogramme mit dem Kontinent fördern, der im Vergleich zu angloamerikanischen und asiatischen Ländern eher vernachlässigt wird.

In Bremen standen neben dem Besuch der beiden Hochschulen unter anderem auch das Bremer Gesundheitsamt, die Tagesförderstätte des Arbeiter-Samariter-Bundes, das Stiftungsdorf Gröpelingen der Bremer Heimstiftung, der Martinsclub Bremen und das Mütterzentrum Osterholz-Tenever auf dem Programm. Eine Woche zuvor waren die westafrikanischen Gäste bereits an der Fachhochschule in Emden.

→ Weitere Informationen:

Prof. Dr. Stefan Görres

Geschäftsführender Direktor Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen

Mail: sgoerres@uni-bremen.de,

www.ipp.uni-bremen.de;

Prof. Dr. Karin Luckey

Rektorin der Hochschule Bremen,

Mail: rektorin@hs-bremen.de,

www.hs-bremen.de

Besuch in Moldawien

Als Vorsitzender des Alumninetzwerkes »Pflege braucht Eliten« e.V. organisierte Prof. Dr. Stefan Görres Stipendien der Robert-Bosch-Stiftung für einen vierwöchigen Aufenthalt von Studierenden im Center der »Neohumanist Association« in Moldawien. Von Mitte Juni bis Mitte Juli reisten wir drei Studentinnen des Masters Public Health/Pflegewissenschaften in das osteuropäische Land in einen kleinen Ort namens Strasen (ca. 25 km nordöstlich der Hauptstadt Chisinau).

Die Problematik der älteren Menschen in Moldawien ist nicht nur durch den demografischen Wandel geprägt. Auch die massive Abwanderung der jungen Generation ins Ausland stellt die alternde Bevölkerung vor viele Hürden. Erschwerend kommt die Armut hinzu, es gibt vielerorts noch kein fließendes Wasser und ein mangelhaftes Gesundheitssystem.



Das Center der »Neohumanist Association«, deckt insgesamt drei Versorgungsbereiche ab: Zum einen leben im angegliederten Altenheim »Spectru« 20 Menschen, welche nach unterschiedlichen Bedürfniskriterien aufgenommen wurden. Neben der stationären Pflege gibt es eine Tagesbetreuung für Menschen aus der Umgebung, die sowohl zum Duschen, Wäsche waschen, als auch für ein Tagesprogramm und Mittagessen beinahe täglich kommen können. Den dritten Arm des Centers stellt die ambulante Versorgung durch einen Krankenpfleger und eine Sozialarbeiterin dar.

Sowohl die alten Menschen, als auch das Personal zeigte große Offenheit uns gegenüber und war von der Idee des voneinander Lernens begeistert. Mehrfach fanden Diskussionen über die Unterschiede und Verbesserungsmöglichkeiten in Pflegeeinrichtungen statt. Das Resultat dieser Zusammenarbeit war u.a. eine überarbeitete Dokumentationsmappe der Bewohner, eine tabellarische Gegenüberstellung der Unterschiede in der Altenpflege in Deutsch-

land und Moldawien und Diskussionen über Verbesserungsmöglichkeiten im Rahmen eines Qualitätsmanagement im »Spectru«. Auch in der Tagesbetreuung fanden zusätzliche Aktivitäten statt: Primär-, Sekundär- aber auch Tertiärprävention altersassoziierter Erkrankungen waren Inhalt der von uns organisierten Vortragsreihe.

Vor allem die enge Zusammenarbeit und der gegenseitige Erfahrungsaustausch in der Pflege haben auf beiden Seiten tiefe Eindrücke hinterlassen und ich bin mir sicher, dass alle Beteiligten auch in der Zukunft von diesem Wissen profitieren werden. Mich persönlich hat am meisten die Improvisationsfähigkeit der Menschen dort begeistert. Mit so wenigen Mitteln wirklich tolle, liebevolle und qualitativ hochwertige Pflege leisten zu können, scheint mir nicht selbstverständlich.

Julia Fleige-Völker

BA Public Health, Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung

PUBLIKATIONEN



Karen Güttler, Manuela Schoska & Stefan Görres (Hrsg.). (2010).

Pflegedokumentation mit IT-Systemen. Eine Symbiose von Wissenschaft, Technik und Praxis.

Mit zunehmender Komplexität des Berufsfelds Pflege steigen die Anforderungen, pflegerisches Handeln transparent zu gestalten, Pflegeprozesse sinnvoll abzubilden und zu dokumentieren. Hier können Pflegewissenschaft und Informationstechnologie gemeinsam der Praxis helfen. Dieser Herausgeberband, der sich vor allem an Führungskräfte aus der Pflegepraxis wendet, liefert neben Einblicken in den theoretischen Hintergrund pflegerelevanter Software auch Praxisberichte und neue Erkenntnisse aus der Pflegeforschung. Gleichzeitig wird die technische Ebene des EDV-Einsatzes im Praxisfeld beleuchtet, Vor- und Nachteile

unterschiedlicher Lösungen werden erörtert und Erfahrungen aus der Durchführung konkreter Projekte wiedergegeben. Das Buch präsentiert damit den gesamten Prozess des Softwareeinsatzes in der Pflege von der wissenschaftlichen Entwicklung über die Bewältigung technischer und praktischer Herausforderungen bis hin zur Evaluation im Praxisfeld. An einem Praxisbeispiel werden die Bedeutung einer strukturierten Pflegefachsprache und die Einbettung einer Pflege-IT-Lösung in Krankenhausinformationssysteme demonstriert.

Bern: Hans-Huber



David Klemperer (Hrsg.). Unter Mitarbeit von Bernard Braun. (2010).

Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe.

Dieses Buch richtet sich an alle Personen, die eine Ausbildung für einen Gesundheitsberuf durchlaufen oder bereits im Gesundheitswesen arbeiten. Gesundheit und Krankheit verstehen, bedeutet zum einen, sich mit den Theorien auseinanderzusetzen, die dem Denken und Handeln zugrunde liegen. Zum anderen geht es darum, die Strukturen und Funktionsweisen des Gesundheitssystems und seiner Teilsysteme zu verstehen. Dieses Verstehen zu erleichtern, ist das Anliegen dieses Buches. Es

möchte Lust auf mehr machen und zu Vertiefung und Eigenstudium anregen. Für diese Zwecke wurden, wann immer möglich, Originalquellen verlinkt. Dieses Buch soll als »Lernbuch« die nachhaltige Aneignung von Wissen ermöglichen, das die Lernenden darin unterstützt zu fragen, zu verstehen, zu analysieren, zu kritisieren, zu verändern, Probleme zu erkennen und sie zu lösen.

Bern: Hans-Huber

Jens-Uwe Niehoff & Bernard Braun (Hrsg.). (2010).

Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health.

Dieses Handwörterbuch bietet Informationen zu den Grundlagen der Gesundheitssicherung, der Gesundheitsversorgung, des Gesundheitsmanagement, der Steuerung und der Regulation im Gesundheitswesen.

Baden-Baden: Nomos



Bernhard Badura, Uta Walter & Thomas Hehlmann. (2010).

Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation.

Gesundheit ist, gemeinsam mit Bildung und Qualifikation, zentrale Voraussetzung hoher Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft. Dies veranlasst eine stetig wachsende Zahl von Unternehmen zur Formulierung einer Betrieblichen Gesundheitspolitik und ihrer Umsetzung mit Hilfe eines systematischen, nachhaltig wirkenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die zweite, völlig überarbeitete Auflage des Buches beschäftigt sich mit den Herausforderungen und Zielen, mit den wissenschaftlichen Grundlagen und Optionen Betrieblicher Gesund-

heitspolitik. Weitere Themen sind Standards und wichtige Einzelthemen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wie z. B. Mitarbeiterbefragungen und Kennzahlenentwicklung. Im Zentrum stehen die Arbeits- und Organisationsbedingungen, ihre Diagnose und gesundheitsförderliche Gestaltung. Zentrale Konzepte sind dabei Führung, Sozialkapital, Sinnhaftigkeit und Kontrollierbarkeit der Arbeit sowie Mitarbeiterorientierung...more on <http://springer.com/978-3-642-04336-9>

Berlin: Springer



Bettina Paul & Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.). (2010).

Risiko Gesundheit. Zu den Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft.

Gesundheit bezeichnet in unserer gegenwärtigen Gesellschaft einen der zentralen Werte. Als solcher ist sie immer auch Gegenstand von gesellschaftlichen Auseinandersetzungen, vor allem aber auch von ökonomischen, politischen und professionellen Interessen, die sie befördern, aber eben auch im jeweils eigenen Sinne funktionalisieren und instru-

mentalisieren können. Die Beiträge des vorgelegten Bandes thematisieren einige jener gesellschaftlichen Entwicklungen, in deren Kontext die heutige Betonung von Gesundheit ambivalent wird.

Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften



Bernd Dollinger & Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.). (2010).

Handbuch Jugendkriminalität. Kriminologie und Sozialpädagogik im Dialog.

Die Lebensphase »Jugend« wird häufig mit Defiziten, Störungen und riskanten Verhaltensweisen assoziiert. Besondere mediale und politische Aufmerksamkeit erhalten Jugendliche dann, wenn sie mit strafrechtsrelevantem Verhalten in Erscheinung treten. In diesen publizistisch-politischen Kontexten stoßen kriminologische und sozialpädagogische Befunde und Erkenntnisse häufig auf wenig Interesse. Dieses Handbuch thematisiert daher zentrale Felder der aktuellen wissenschaft-

lichen Auseinandersetzung über Phänomen und Bearbeitung jugendlicher Kriminalität. Es kommen dabei ebenso konsensuelle wie strittige Befunde zur Sprache.

Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petra Kolip & Julia Lademann (Hrsg.). (2010).

Frauenblicke auf das Gesundheitssystem: Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz.

Die Erkenntnis, dass Weiblichkeit und damit verbundene Phasen wie Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahre keine Krankheiten sind, hat sich mittlerweile in Wissenschaft und Praxis durchgesetzt. Darüber hinaus hat das Prinzip des Gender Mainstreamings in der Gesundheitsversorgung, -forschung und -politik zu einer differenzierten

Betrachtung des Einflusses von Geschlecht auf Gesundheit und Krankheit geführt.

Bei näherem Hinsehen zeigt sich aber, dass die Bedürfnisse von Frauen oftmals nur oberflächlich eine Rolle spielen und instrumentalisiert werden, z.B. als Marketinginstrument. In diesem Band wird analysiert, ob und wie 40 Jahre nach Beginn der letzten Frauengesundheitsbewegung die Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen von Frauen tatsächlich Rechnung trägt. Relevante Frauengesundheitsthemen, u.a. Schwangerschaft, Geburt, HPV-Impfung, Wechseljahre, so genannte Schönheitsoperationen sowie geschlechterspezifische Aspekte von Depressionserkrankungen, werden in den Blick genommen. Nicht zuletzt stehen Frauen auch als Akteurinnen des Systems im Zentrum des Interesses.

Das Buch entstand im Rahmen der kontinuierlichen Arbeit des Arbeitskreises Genderperspektiven Public Health (kurz: AK Gender) am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, dem interdisziplinäre Fachfrauen aus Forschung und Praxis angehören (Siehe S. 19 in diesem IPP-Info).

Weinheim und München: Juventa



Ankündigung

Kongress »Prävention – sozial und nachhaltig gestalten« 2011 in Bremen

Vom 21. – 23. September 2011 wird der gemeinsame Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie in Zusammenarbeit mit dem MDK in Bremen stattfinden. Als Kongressort konnte die Universität gewonnen werden. Vor- und Nachkonferenz-Workshops bieten die Möglichkeit einer weiteren thematischen Fokussierung. Mitglieder

des lokale Organisationskomitees sind Prof. Dr. Hajo Zeeb (BIPS), Prof. Dr. Frauke Koppelin, (IPP) und Vorstandsmitglied der DGSM, Dr. Ingeborg Jahn (BIPS) und Dr. Gustav Krimphoff (MDK Bremen).

→ Informationen online im Internet unter www.dgsm-dgms.de



IPP-Info, Ausgabe 09, 6. Jahrgang

ISSN 1864-4074 (Printausgabe)

ISSN 1864-452X (Internetausgabe)

IMPRESSUM

Herausgeber: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen:

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor)

und Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Kontakt: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Fachbereich 11, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, Telefon: 0421 / 218-68880, Mail: health@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Redaktion: Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Stefan Görres, Heike Mertesacker MPH

Beiträge: Rainer Ammende, Kirsten Barre, Jaqueline Bomball, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Julia Fleige-Völker, Prof. Dr. Valerie Fleming, Birte Gebhardt, Ute Gerken, Prof. Dr. Ulrike Greb, Agnes-Dorothee Greiner, Gerlinde Glissmann, Katarzyna B. Glodowska, Janika Grunau, Nicole Höfling-Engels, Prof. Dr. Annelie Keil, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Frauke Koppelin, Prof. Dr. Karin Luckey, Birte Luther, Rosa Mazzola, Gabriele Morin-Elias, Andreas Mühlbach, Dr. Frank Musekamp, Sabine Muths, Dr. Jessica Pehlke-Milde, Dr. Karl Reif, Miriam T. Richter, Corinna Schach, Ina Schaefer, Manuela Schoska, Svenja Schmitt, Aylin Schwanke, Prof. Dr. Georg Spöttl, Dr. Martina Stöver, Prof. Dr. Ulrike Weyland, Angelika Zollmann

Sekretariat: Ines Brauer, Geschäftsstelle Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe:

30.10.2010

Auflage: 2.000 Exemplare

Gestaltung: Patel Design, Bremen, www.patel-design.de

Druck: Druckerei Peter von Köln, Bremen

Bildnachweis: S. 1: iStockphoto; S. 2 und S. 21 oben: Pressestelle Uni Bremen; S. 5, fotolia / Anatoly Tipyashin; S. 13: fotolia / Susanne Körner; S. 19: photocase / taretz; S. 20: Anna Jezewska; S. 21 unten: Julia Fleige-Völker

Erscheinungsweise: 1x jährlich

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin/des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

→ Bestelladresse:

Institut für Public Health und Pflegeforschung

Universität Bremen, Fachbereich 11

Grazer Straße 4, 28359 Bremen

Telefon: 0421 / 218-68880

Mail: health@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de