EVALUATION

BERLINER MODELL - GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG AN DER WANNSEE-SCHULE E. V. - ABSCHLIEßENDER PROJEKTBERICHT -

ZEITRAUM: MAI 2004 - DEZEMBER 2008

GEFÖRDERT VOM BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) UND VOM LAND BERLIN

Abt. Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap)
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Universität Bremen
Leitung: Prof. Dr. Stefan Görres

Evaluationsteam:
Jaqueline Bomball (Dipl. Soziologin)
Aylin Schwanke (Dipl. Oecotrophologin)
Svenja Schmitt (Dipl. Berufspäd. PfleWi, Dipl. Pflegewirtin)
Manuela Schoska (Dipl. Berufspäd. PfleWi)
Martina Stöver (Dipl. Berufspäd. PfleWi)

Bremen, Dezember 2008
Inhaltsverzeichnis

Vorwort ........................................................................................................................................ 7
0. Zusammenfassung der zentralen Evaluationsergebnisse des Modellprojektes „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“ .............................................................. 9

1. Begründungsrahmen für den Einsatz von Reformmodellen in der Pflegeausbildung ... 22
  1.1. Veränderte Anforderungen an die Pflegepraxis ................................................................. 22
  1.2. Neue und veränderte Handlungsfelder ............................................................................... 23
  1.3. Eckpunkte einer Qualifizierungsoffensive ........................................................................ 27
  1.4. Erprobung bundesweiter Modellprojekte ......................................................................... 28
  1.5. Kurzbeschreibung des Modellprojektes „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“ .............................................................................................................. 29

2. Evaluation im Modellprojekt .................................................................................................. 31
  2.1. Evaluationstheoretischer Hintergrund ............................................................................... 31
  2.2. Ziele und Untersuchungsschwerpunkte .......................................................................... 31
  2.3. Methodisches Vorgehen .................................................................................................... 32
  2.4. Erhebungs-, Auswertungsmethoden und Zielgruppen ....................................................... 34

3. Ausgewählte Ergebnisse zu den zentralen Untersuchungsschwerpunkten - Vorphase, Umsetzungsphase und Follow-Up ........................................................... 38

  3.1 Einfluss der curricularen Konzeption auf die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse und das Rollenverständnis ..................................................................................... 38
    3.1.1 Strukturelle Rahmenbedingungen der Wannsee-Schule e. V. ........................................ 39
    3.1.1.1 Ausstattung der Schule ............................................................................................. 39
    3.1.1.2 Zeitliche Organisation der Generalistischen Ausbildung ......................................... 40
    3.1.2 Methodisch-didaktische Schwerpunkte: Subjektorientierung und POL .................... 42
      3.1.2.1 Implementierung von Subjektorientierung im Ausbildungsverlauf ....................... 42
      3.1.2.2 Implementierung von POL im Ausbildungsverlauf .............................................. 44
      3.1.2.3 Vor- und Nachteile von POL .................................................................................. 45
      3.1.2.4 Einsatz der Unterrichtsmethoden ........................................................................... 48
    3.1.3 Rollenverständnis der Lehrenden ................................................................................... 50
    3.1.4 Generalisierung im Ausbildungsverlauf ...................................................................... 51
    3.1.5 Kurzzusammenfassung .................................................................................................. 52

  3.2 Förderung des Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfers durch das Ausbildungsmodell .................................................................................................................. 53
    3.2.1 Beurteilung der Praxisinstrumente ................................................................................ 53
    3.2.2 Vorbereitung der praktischen Einsätze durch die Wannsee-Schule ................................ 54
    3.2.3 Bedeutung der Praxisanleitung .................................................................................... 60
    3.2.4 Beurteilung der Praxisbegleitungen .......................................................................... 62
    3.2.5 Zusammenarbeit zwischen Schule und Praxis im Ausbildungsverlauf ....................... 63
    3.2.6 Einschätzung der Auswirkungen (Synergieeffekte) durch das Modellprojekt ........... 68
    3.2.7 Kurzzusammenfassung ................................................................................................. 69

  3.3 Bewährung des Ausbildungsmodells in der Pflegepraxis und bei potenziellen Arbeitgebern ....................................................................................................................... 71
    3.3.1 Stärken und Schwächen des Ausbildungsmodells ......................................................... 71
    3.3.2 Beurteilung der Ausbildungsduer ............................................................................... 73
    3.3.3 Transfer des Modells bzw. einzelner Modellanteile in die Regelstruktur ................. 74
    3.3.4 Akzeptanz der Auszubildenden in der Pflegepraxis .................................................... 78
    3.3.5 Berufschancen und Verbleib der Absolventen/innen ..................................................... 80
    3.3.6 Kurzzusammenfassung ................................................................................................. 87

  3.4 Einfluss der curricularen Konzeption auf die Entwicklung und das Verhältnis des Kompetenzerwerbs zwischen generalistisch und traditionell ausgebildeten Pflegenden .............................................................................................................. 89
3.4.1 Erwerb beruflicher Handlungskompetenzen im Ausbildungsmodell ................. 90
3.4.2 Ergebnisse zu Teilbereichen beruflicher Handlungskompetenz .................. 93
3.4.3 Stärken im Kompetenzprofil der Modellkurssteilnehmer/innen ................. 93
3.4.4 Schwächen im Kompetenzprofil der Modellkurssteilnehmer/innen .......... 102
3.4.5 Kurzzusammenfassung ........................................................................... 105

3.5 Einfluss der Generalistischen Pflegeausbildung auf die Vorbereitung bezüglich der aktuellen und zukünftigen Anforderungen an die Pflegeberufe .................. 107
3.5.1 Allgemeine Einschätzung zum Einfluss des generalistischen Ansatzes auf die Bewältigung zukünftiger Herausforderungen in der Pflege .......................... 108
   3.5.1.1 Vorbereitung auf Beratungsgespräche im pflegeberuflichen Alltag ..... 110
   3.5.1.2 Vorbereitung auf pflegerische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention ................................................................. 113
3.5.2 Entwicklung des Pflegeverständnisses im Ausbildungsverlauf ............... 115
   3.5.2.1 Vergleich des Pflegeverständnisses zwischen Modellkurs und traditioneller Pflegeausbildung ................................................. 119
3.5.3 Bedeutung des Modells für die Weiterentwicklung und Attraktivitätssteigerung der Pflegeausbildung ......................................................... 123
3.5.4 Einschätzung zur zukünftigen Gestaltung der Pflegeausbildung ............ 129
3.5.5 Kurzzusammenfassung ........................................................................... 131

3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse: Was hat sich bewährt, wo besteht Diskussionsbedarf? ..................................................................................... 133
3.6.1 Lehr-/Lernprozesse ............................................................................. 133
3.6.2 Theorie-/Praxis-Transfer ....................................................................... 134
3.6.3 Bewährung in der Pflegepraxis ............................................................. 136
3.6.4 Kompetenzentwicklung ...................................................................... 137
3.6.5 Vorbereitung auf aktuelle und zukünftige Anforderungen ................... 138

4. Resümee: Bedeutsamkeit des Modells – Strategien einer nachhaltigen Übertragbarkeit ......................................................................................... 140
4.1 Bedeutsamkeit des Modells: Berufspolitische Ebene/ Struktur- und gesetzgeberische Ebene ............................................................................. 140
4.2 Bedeutsamkeit des Modells: Berufspädagogische Ebene ......................... 143
4.3 Bedeutsamkeit des Modells: Pflegepraktische und arbeitsmarkt-politische Ebene ................................................................. 145

Literaturverzeichnis ..................................................................................... 146
Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ziele und Verlauf der Evaluation ................................................................. 10
Abb. 2: Elemente der Triangulation .................................................................... 32
Abb. 3: Phasen der Evaluation .............................................................................. 33
Abb. 4: Überblick zu Methoden, Erhebungsinstrumenten und Zielgruppen .......... 35
Abb. 5: Zeitschiene ................................................................................................. 37
Abb. 6: Einschätzung der Angemessenheit des Wechsels zwischen Theorie und Praxis aus Sicht der Modellschüler/innen ...................................................... 40
Abb. 7: Beurteilung der Dauer der Praxis einsätze in den einzelnen Ausbildungsbereichen durch die Modellschüler/innen .............................................. 41
Abb. 8: Vorteile von POL aus Sicht der Modellschüler/innen. (GPA = Modellschüler/innen) .................................................................................................. 46
Abb. 9: Nachteile von POL aus Sicht der Modellschüler/innen. (GPA = Modellschüler/innen) ................................................................. 47
Abb. 10: Einschätzung der Häufigkeit des Einsatzes bestimmter Unterrichtsmethoden im Einführungsblock der Modellschüler/innen GPA = Modellschüler/innen) .......... 49
Abb. 11: Einschätzung der Modellschüler/innen, inwiefern alle Pflegeausbildungsbereiche gleichermassen innerhalb der Ausbildung Berücksichtigung finden .......................................... 51
Abb. 12: Vorbereitung auf den ersten Praxiseinsatz durch die Schule. Gegenüberstellung der Untersuchungsgruppen ......................................................................... 55
Abb. 13: Beurteilung der Vorbereitung der Auszubildenden .................................. 57
Abb. 14: Unterstützung des Lernprozesses im ersten Praxiseinsatz ..................... 58
Abb. 15: Lernprozess unterstützende Maßnahmen für die Auszubildenden aus Sicht der Praxisanleiter/innen ................................................................. 59
Abb. 16: Einschätzung der besten Lernmöglichkeiten in der Praxis ....................... 61
Abb. 17: Optimierungsvorschläge für die Praxisanleitung durch die Praxisanleiter/innen .............................................................. 62
Abb. 18: Optimierungsvorschläge für die Praxisbegleitung durch die Lehrer/innen ............................................................................................... 63
Abb. 19: Genutzte Möglichkeiten um, Praxisanleiter/innen zu informieren .......... 64
Abb. 20: Informationsbedarf der Praxisanleiter/innen ........................................... 65
Abb. 21: Erwartungen der Praxisanleiter/innen an die Wannsee-Schule bzw. an die Lehrenden ........................................................................................................ 65
Abb. 22: Gegenüberstellung der Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen Lehrenden der Wannsee-Schule und Praxisanleiter/innen ..................................... 66
Abb. 23: Möglichkeit zum pädagogisch-didaktischen Austausch mit den Lehrenden der Wannsee-Schule ........................................................................... 67
Abb. 24: Meinungsbild zu Veränderungen an den Lernorten Praxis und Schule ..... 68
Abb. 25: Stärken des generalistischen Ansatzes aus unterschiedlichen Perspektiven .... 72
Abb. 30: Geeignete Modellamente für die Praxisbegleitung unter die Regelausbildung ........................................................................................................ 77
Abb. 31: Schwierigkeiten beim Transfer des generalistischen Ansatzes ............... 77
Abb. 32: Beurteilung der Generalistischen Pflegeausbildung im Hinblick auf Akzeptanz ................................................................................................. 78
Abb. 33: Akzeptanz generalistisch Ausgebildeter auf dem Arbeitsmarkt .............. 79
Abb. 34: Einschätzung der Berufschancen der Absolventen/innen der Generalistischen Pflegeausbildung ................................................................. 81
Abb. 35: Einschätzung der Berufschancen im Vergleich zu Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in und Altenpfleger/in .81
Abb. 36: Qualifikation der Absolventen/innen der Generalistischen Pflegeausbildung für bestimmte Tätigkeitsfelder ........................................................................ 83
Abb. 37: Bevorzugte Arbeitsbereiche nach Abschluss der Ausbildung .................. 84
Abb. 38: Tätigkeiten der Absolventen/innen außerhalb der Pflegepraxis .............. 86
Abb. 39: Zukünftige/ Fortwährende Tätigkeit der Absolventen/innen innerhalb der Pflegepraxis ............................................................................................... 87
Abb. 40: Versorgungsbereiche der tätigen Absolventen/innen ................................ 85
Abb. 41: Kompetenzerforderungen an zukünftige Pflegende .............................. 90
Abb. 42: Handlungsfähigkeit der Modulkursteilnehmer/innen in der Pflegepraxis (Selbsteinschätzung) ........................................................................ 91
Abb. 43: Handlungsfähigkeit der Modellkursteilnehmer/innen in der Pflegepraxis (Fremdeinschätzung) ......................................................... 92
Abb. 44: Vergleichende Einschätzung der Kompetenzen durch die Praxisanleiter/innen ......................................................... 92
Abb. 45: Einschätzung der Kompetenzunterschiede zwischen den Modellkursteilnehmer/innen und ihren traditionellen Kollegen/innen ................................................................. 94
Abb. 46: Gegenüberstellung der Ausbildungsgänge hinsichtlich der Angaben zur Teamfähigkeit als besondere Kompetenz ................................................................. 95
Abb. 47: Gegenüberstellung der Ausbildungsgänge hinsichtlich der Angaben zur Methodenkompetenz als besondere Fähigkeit ................................................................. 96
Abb. 48: Gegenüberstellung der Ausbildungsgänge hinsichtlich der Angaben zur Flexibilität als besondere Kompetenz ................................................................. 98
Abb. 49: Einschätzung der personalen Kompetenzen durch die Praxisanleiter/innen – Vergleich der Modellkursteilnehmer/innen mit den traditionell ausgebildeten Pflegenden ................................................................. 99
Abb. 50: Besonders gut entwickelte Kompetenzen – Selbsteinschätzung der Modellkursteilnehmer/innen ................................................................. 100
Abb. 51: Positive Eindrücke von den Modellkursteilnehmer/innen – Perspektive der Praxisanleiter/innen ................................................................. 101
Abb. 52: Differenzierte Darstellung der besonderen fachlichen Kompetenzen der Modellkursteilnehmer/innen (Fremdeinschätzung) ................................................................. 102
Abb. 53: Selbsteinschätzung des Kompetenzniveaus im Vergleich zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ................................................................. 103
Abb. 54: Gegenüberstellung der Aussagen der Modellkursteilnehmer/innen und der Vergleichsgruppen zum Nachholbedarf hinsichtlich der fachlichen Kompetenz ................................................................. 104
Abb. 55: Nachholbedarf von Kompetenzen für die aktuelle pflegerische Tätigkeit (Selbsteinschätzung) ................................................................. 104
Abb. 56: Negative Eindrücke von den Modellkursteilnehmer/innen – Perspektive der Praxisanleiter/innen ................................................................. 105
Abb. 57: Einschätzung zur Eignung des generalistischen Ansatzes aus Sicht der Experten/innen ................................................................. 108
Abb. 58: Einschätzung zur Eignung des generalistischen Ansatzes aus Sicht der Modellschüler/innen (T5, Oktober 2007) ................................................................. 109
Abb. 59: Vorbereitung der Modellschüler/innen auf Beratungsgespräche im pflegeberuflichen Alltag ................................................................. 111
Abb. 60: Häufigkeit von durchgeführten Beratungsgesprächen während der Praxis einsätze ................................................................. 112
Abb. 61: Vorbereitung der Modellkursteilnehmer/innen auf pflegerische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention ................................................................. 114
Abb. 62: Entwicklung des Pflegeverständnisses im Ausbildungsverlauf – abnehmende Ausprägung ................................................................. 118
Abb. 63: Entwicklung des Pflegeverständnisses im Ausbildungsverlauf – zunehmende Ausprägung ................................................................. 119
Abb. 64: Gegenüberstellung des Pflegeverständnisses der Modellkursteilnehmer/innen mit den Vergleichsgruppen ................................................................. 120
Abb. 65: Veränderungen und Impulse durch eine generalistische Pflegeausbildung ................................................................. 123
Abb. 66: Zu erwartende Veränderungen und Impulse durch eine generalistische Pflegeausbildung ................................................................. 124
Abb. 67: Veränderungen in der Pflegepraxis durch Absolventen/innen ................................................................. 125
Abb. 68: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs - Sicht der Absolventen/innen ................................................................. 126
Abb. 69: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs - Sicht der Experten/innen ................................................................. 126
Abb. 70: Einfluss auf die Professionalisierung des Pflegeberufs – Sicht der Absolventen/innen ................................................................. 127
Abb. 71: Einfluss auf die Professionalisierung des Pflegeberufs – Sicht der Experten/innen ................................................................. 128
Abb. 72: Einschätzung zur zukünftigen Gestaltung der Pflegeausbildung ................................................................. 130
Abb. 73: Bedeutung des generalistischen Ansatzes für die politische Planung der zukünftigen Pflegeausbildung ................................................................. 131

Tabellenverzeichnis
Tab. 1: Berufsperspektiven generalistisch ausgebildeter Pflegender ............................................. 82
Tab. 2: Stärken und Schwächen der Modellkurseinnehmer/innen bezüglich ihrer Kompetenzentwicklung ....................................................................................... 93
Tab. 3: Kategorien zum Pflegeverständnis im Berliner Modell .......................................................... 116
Tab. 4: Auszug aus dem Kodierplan zum Pflegeverständnis .............................................................. 117
Tab. 5: Pflegeverständnis der Vergleichsgruppe Altenpflege ............................................................ 121
Tab. 6: Pflegeverständnis der Vergleichsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege ....................... 121
Tab. 7: Pflegeverständnis der Vergleichsgruppe Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ............. 122
Tab. 8: Mögliche Einflüsse auf die Professionalisierung des Pflegeberufs ..................................... 128
Tab. 9: Bedeutende Aspekte im Zuge der Reformierung der Pflegeausbildung ......................... 129
Vorwort


Mit der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes war die Abteilung „Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung“ (iap), des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres, beauftragt.


Der vorliegende Bericht ist wie folgt aufgebaut:

**Kapitel 1** widmet sich unter Einbezug des Wandels im Gesundheitswesen dem Begründungsrahmen der Generalistischen Pflegeausbildung und beschreibt zukünftige pflegerische Dienstleistungen und Qualifikationsvoraussetzungen sowie die Eckpunkte einer Qualifizierungsoffensive, die Bestandteil des Modellprojektes sind. Zusammenfassend erfolgen die Darstellung der Reform der Pflegeausbildung sowie die Kurzbeschreibung des Modellprojektes.


**Kapitel 3** fasst die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchungsschwerpunkte zusammen. Beschrieben werden die Einflussnahme des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“ auf die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse sowie das Verhältnis des Kompetenzerwerbs zwischen generalistischem und traditionell ausgebildeten Pflegenden und die Vorbereitung auf aktuelle und zukünftige Anforderungen an die Pflegeberufe durch die generalistische Ausbildung. Abschließend erfolgt die Betrachtung der sich bewährten sowie diskussionsbedürftigen Aspekte entlang der Untersuchungsschwerpunkte.

**Kapitel 4** resümiert die Bedeutsamkeit des Modells sowie die Strategien einer nachhaltigen Übertragbarkeit auf gesetzgeberischer, berufspädagogischer sowie pflegepraktischer Ebene.


Prof. Dr. Stefan Görres  
(Projecttleitung)

Bremen, Dezember 2008
0. Zusammenfassung der zentralen Evaluationsergebnisse des Modellprojektes „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“

Vorbemerkungen
Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Evaluation des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“ zusammengefasst, bewährte Elemente des Ausbildungsmodells abgebildet sowie die optimierungs- bzw. klärungsbedürftigen Aspekten diskutiert.


Zentrale Evaluationsergebnisse entlang der Hauptuntersuchungsschwerpunkte des Modells


Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich die Generalistische Pflegeausbildung hinsichtlich der Vorbereitung zukünftig Pflegender auf veränderte Anforderungen und neue Handlungsfelder der Pflege äußerst bewährt. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang vor allem der Erwerb erweiterter pflegerischer Handlungskompetenzen (z. B. Beratungskompetenz) und die Förderung eines an Gesundheit und Prävention ausgerichteten Pflegeverständnisses. Die einzelnen Leitziele können grundsätzlich als erreicht gesehen werden:

- Zusammenführung der bislang getrennten Ausbildungsberufe der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege innerhalb einer 3-jährigen Ausbildungszeit;
- Entwicklung pflegeberuflicher Handlungskompetenzen als Vorbereitung auf zukünftige Anforderungen im Gesundheitssystem (z. B. zur Beratung);
- Erwerb eines erweiterten pflegeberuflichen Kompetenzprofils anhand eines handlungsorientierten Lehr-/ und Lernkonzeptes;
- Erhöhung der Chancen auf Anstellung in unterschiedlichen pflegerischen Arbeitsfeldern und innerhalb des europäischen Arbeitsmarktes.

Abb. 1: Ziele und Verlauf der Evaluation
Im Folgenden werden die zentralen Evaluationsergebnisse anhand der fünf Untersuchungsschwerpunkte in Kurzform zusammengefasst.

Forschungsleitend waren folgende Fragestellungen (F1 - F5):

F1: Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse und das Rollenverständnis der Auszubildenden, Lehrenden und Pflegepraktiker/innen?

F2: Inwieweit fördert das Ausbildungsmodell einen Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer?

F3: Wie bewährt sich das Ausbildungsmodell in der Pflegepraxis und bei potenziellen Arbeitgebern?

F4: Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Entwicklung und das Verhältnis des Kompetenzerwerbs zwischen generalistisch und traditionell ausgebildeten Pflegenden?

F5: Welche Aussagen können zur Generalistischen Ausbildung hinsichtlich der Vorbereitung auf die aktuellen und zukünftigen Anforderungen an die Pflegeberufe getroffen werden?

Lehr-/Lernprozesse


Forschungsfrage 1:

Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse und das Rollenverständnis der Auszubildenden, Lehrenden und Pflegepraktiker/innen?
- Welche Qualifikationsanforderungen stellt die Generalistische Pflegeausbildung an Auszubildende, Lehrende und Pflegepraktiker/innen?

Zentrales Ergebnis:
Die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse durch die Wannsee-Schule e. V. hat maßgeblich zum Erreichen der angestrebten Ziele des Modellprojektes beigetragen. Mit ihrer Ausstattung, der Vielfalt an Unterrichtsmethoden, der gelungenen Einführung des Problemorientierten Lernens (POL) und der Subjektorientierung konnten die Ziele innerhalb dieses Ausbildungsteils sehr gut erfüllt werden. Die Lehrenden und Auszubildenden waren fähig, ein verändertes Rollenverständnis anzunehmen, das sich in einer grundsätzlichen Abkehr vom lehrerzentrierten hin zu einem kooperativen und partizipativen Unterrichtsgeschehen äußerte.

Einzelergebnisse:
- Die Umsetzung einer generalistisch angelegten Ausbildung stellte besondere Anforderungen an die Rahmenbedingungen d. h. sowohl an die Ausstattung der Schule als auch an die geplante Organisation von Theorie- und Praxisblöcken. Den Initiatoren/innen des Berliner Modells ist es grundsätzlich gelungen, entsprechende Rahmenbedingungen zu planen, umzusetzen und im Verlauf der Ausbildung bedarfsorientiert anzupassen.
- Die zeitliche Verteilung der Ausbildungszeit – d. h. der Wechsel von Theorie- und Praxisphasen - hat sich innerhalb des Ausbildungsverlaufs als geeignet erwiesen, die Lernprozesse der Auszubildenden anzuregen, zu fördern und zu unterstützen. Als Problembereich wurde bereits an diesem Punkt die Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege deutlich.
- Insgesamt ist die Umsetzung des Konzepts Subjektorientierung rückblickend als positiv zu beurteilen. Das wurde zum einen durch die Einschätzung der Lehrenden als auch in der Meinung der Modellkurssteilnehmer/innen deutlich. Dabei fühlten sich die Auszubildenden vor allem durch die gezielte Reflexion von Praxiserfahrungen im Unterricht sowie die Förderungen des Lebenslangen Lernens optimal unterstützt.
- Das Problemorientierte Lernen (POL) als zentrale Unterrichtsmethode der Generalistischen Pflegeausbildung an der Wannsee-Schule e. V. ließ sich im Verlauf der Evaluation als eine kontinuierliche Weiterentwicklung hinsichtlich seiner Umsetzung und der Akzeptanz bei den Beteiligten beurteilen. POL wurde über den Verlauf und abschließend als geeignet eingeschätzt, die Ziele des Modellversuches zu unterstützen.
- Das methodische Vorgehen innerhalb der Generalistischen Ausbildung war von

- Die Betreuung der Kleingruppen während der POL-Arbeitsphasen konnte nach anfänglichen Schwierigkeiten (zu wenig Zeit der Lehrpersonen) letztendlich zufriedenstellend für die Auszubildenden gelöst werden. Dennoch gaben die Lehrkräfte diesbezüglich zu bedenken, dass der damit verbundene hohe personelle Aufwand eine Umsetzung der Generalistischen Ausbildung in die Regelausbildung erschweren könnte bzw. deutlich höhere Ressourcen verlangt.
- Nicht gelungen ist die Umsetzung des Lehr-/Lerninstrumentes Lerntagebuch. Optimierungsbedürftig scheint hier die zu Beginn der Ausbildung notwendige Einführung in den Umgang mit dem Lerntagebuch, bei der die Lehrenden den Auszubildenden auch die Bedeutung und die Chance für den Kompetenzerwerb verdeutlichen sollten.
- Bezüglich der Generalisierung im Ausbildungsverlauf und der Integration der drei Ausbildungsberufe zeigte die Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege Probleme, die eingehend zu diskutieren wären.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewährt hat sich:</th>
<th>Empfohlen wird weiterhin:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ausstattung der Schule</td>
<td>Erhöhung der Verfügbarkeit umfangreicher Printmedien (Bibliotheksbestand und Fachzeitschriften)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vielfalt der Lehr-/Lernmethoden sowie die intensive Auseinandersetzung und Transparenz bezüglich deren Bedeutung für die individuellen Lernprozesse</td>
<td>Intensivierung des Angebots an Wahrnehmungsübungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Problemorientiertes Lernen (POL) als zentrale Unterrichtsmethode/ der kontinuierliche Einsatz des zeit- und arbeitsaufwendigen POL</td>
<td>Intensivere Begleitung der Kleingruppenarbeit beim POL – Voraussetzung: Erhöhung zeitlicher und personeller Ressourcen</td>
</tr>
<tr>
<td>Die intensive Einführung in die Methode des POL</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Organisation der Theorie- und Praxisblöcke</td>
<td>Stärkere zeitliche Gewichtung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderungen des Rollenverständnisses bei Lehrenden und Lernenden</td>
<td>Zusätzliche Bereitstellung von personellen Ressourcen</td>
</tr>
<tr>
<td>Umsetzung der Subjektorientierung</td>
<td>Beibehaltung der Subjektorientierung</td>
</tr>
<tr>
<td>Die grundsätzliche Integration der drei Ausbildungsberufe</td>
<td>Stärkere Gewichtung der fachlichen Anteile der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Theorie-/Praxis-Transfer


Forschungsfrage 2:

Inwieweit fördert das Ausbildungsmodell einen Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer?

- Welche Veränderungen bzw. Synergieeffekte werden in den Praxiseinrichtungen der Kooperationspartner/innen durch die Generalistische Pflegeausbildung angestoßen?

Zentrales Ergebnis:

Die Konzeption des praktischen Ausbildungsanteils mit seiner Vielfalt an Praxisinstrumenten erwies sich für den Transfer von Theorie und Praxis grundsätzlich als förderlich. Dennoch kristallisierte sich der gezielte Einsatz sowie die praktische Umsetzung der Praxisinstrumente aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen qualifizierter Anleitungs- personen partiell als optimierungsbedürftig heraus. Auch die konzeptionell geplante Form der Umsetzung der Lernortkooperation wurde durch die knappen zeitlichen/ personellen Ressourcen an beiden Lernorten partiell konterkariert.

Einzelergebnisse:

- Aus konzeptioneller Perspektive stellte die Vielfalt der eingesetzten Praxisinstrumente eine gute Möglichkeit dar, subjektorientiert die Bedingungen für den Theorie-/Praxis-Transfer der Auszubildenden zu gewährleisten. Die Weiterentwicklung und Eruierung zusätzlicher und innovativer Praxisinstrumente wird angeregt, um das Leitziel der Subjektorientierung auch für die Praxis weiter voranzutreiben.
- Die Praxisinstrumente Beobachtung und das gemeinsame Besprechen von besonderen Fallsituationen sowie die Zugehörigkeit zu einer festen Bezugsperson im Praxisalltag erwiesen sich für den Lernzuwachs der Auszubildenden aus deren Perspektive als sehr förderlich. Angeregt wird der häufigere Einsatz dieser qualitativen Praxisinstrumente.
- Die Praxisbegleitungen durch die Lehrkräfte wurden grundsätzlich von den
Auszubildenden und den Praxisanleiter/innen als sehr lernunterstützend bewertet. Optimierungsbedarf bestand hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität der Begleitungen, die möglichst auch mit einer direkten Anleitung in Pflegesituationen einhergehen sollten.


- Weiterhin war in einigen Fällen die **Qualifikation der Praxisanleiter/innen** nicht oder nicht mehr ausreichend. Hier sollten für die Praxisanleiter/innen vor allem hinsichtlich generalistischer Leitlinien zukünftig mehr Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen.


- **Synergieeffekte** wurden durch das Modell in der Form angeregt, dass Praxisanleiter/innen die innovativen Ansätze des Modells auch auf Auszubildende anderer Kurse übertragen können und sich darüber hinaus persönlich stärker angeregt fühlten, sich weiterzubilden.
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Bewährt hat sich:</strong></th>
<th><strong>Empfohlen wird weiterhin:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vielfalt der Praxisinstrumente</td>
<td>Die Weiterentwicklung und Eruierung weiterer Praxisinstrumente</td>
</tr>
<tr>
<td>Feste Bezugspersonen an den jeweiligen Lernorten</td>
<td>Zuweisung von Bezugs-/ Betreuungspersonen für alle Auszubildenden</td>
</tr>
<tr>
<td>Praxisaufträge</td>
<td>Anpassung an die Lernbedürfnisse der Auszubildenden</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsatz der Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche</td>
<td>Überarbeitung (gezielterer Einsatz) der Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorbereitung auf die Praxis durch die Schule</td>
<td>Partiell: Intensivierung fachspezifischer Kenntnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>Praxisbegleitungen durch die Lehrkräfte (grundsätzlich)</td>
<td>Intensivierung der Begleitung, der direkten Anleitung in Pflegesituationen sowie des Kontaktes der Lehrkräfte zum praktischen Einsatzort</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Praxisanleitung durch die Praxisanleiter/innen (grundsätzlich) | ➢ Erhöhung der zeitlichen Ressourcen für die Praxisanleitungen  
➢ Erhöhung der Qualifikation der Praxisanleiter/innen  
➢ Freistellung und Zeitausgleich der Praxisanleiter/innen für die Anleitung |
| Lernortkooperation (grundsätzlich) | ➢ Einhalten der Verbindlichkeit von Absprachen  
➢ Gewährleisten einer intensiveren Mitsprache und Mitgestaltung durch die Praxisanleiter/innen  
➢ Transparentere Informationsweitergabe  
➢ Schaffen gezielterer und effektiverer Abläufe und Organisation  
➢ Stärkere Verzahnung der Aufgaben von Lehrenden sowie Praxisanleiter/innen |
| Synergieeffekt: Übertragung der generalistischen Methoden und Lerninhalte auf andere Auszubildende | Stärkere und gezieltere Forcierung des Synergieeffektes |
| Synergieeffekte: Anregung der Praxisanleiter/innen zur persönlichen Weiterentwicklung | Bereitstellung von Weiterbildungsangeboten |

**Bewährung des Ausbildungsmodells in der Praxis**

Die Frage, inwieweit sich das Generalistische Ausbildungsmodell in der Pflegepraxis und bei potenziellen Arbeitgebern bewährt hat, bildete einen weiteren Untersuchungsschwerpunkt im Rahmen der Evaluation des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“. Schwerpunkte waren hierbei die Flexibilität des Einsatzes generalistisch ausgebildeter Pflegender innerhalb und außerhalb pflegerelevanter Einrichtungen sowie die Akzeptanz der Praxis gegenüber den Teilnehmer/innen des Modellkurses bzw. hinsichtlich ihrer Qualifizierung und ihres erworbenen Kompetenzprofils.
Forschungsfrage 3:
Wie bewährt sich das Ausbildungsmodell in der Pflegepraxis und bei potenziellen Arbeitgebern?
- Sind Pflegende aus der Generalistischen Pflegeausbildung flexibler innerhalb und außerhalb pflegerelevanter Einrichtungen einsetzbar?
- Wie ist die Akzeptanz der Teilnehmer/innen am Modellversuch in der Pflegepraxis bezüglich ihrer Qualifizierung bzw. ihres erworbenen Kompetenzprofils (Berufschancen)?

Zentrales Ergebnis:

Einzelergebnisse:
- Insgesamt konnten durch das Modellprojekt die vielseitigere Einsatzfähigkeit der Auszubildenden im Berufsfeld sowie eine daraus resultierende Erhöhung ihrer Berufschancen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege bewirkt werden. Anzuregen ist die Erweiterung der Einsatzfähigkeit in selbem Ausmaß für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.
- Das Engagement der Initiatoren/innen und Verantwortlichen könnte sich zukünftig noch stärker auf eine stärkere Verbreitung von Informationen/ Publikationen über die innovativen Anteil des Modells in der Fachöffentlichkeit konzentrieren.
Hohes Potenzial bot das Modell hinsichtlich der **Vorbereitung der Auszubildenden auf akademische und leitende Berufswege**. Hier ist jedoch anzuregen, zukünftig den Fokus neben der zu begrüßenden Entwicklung in Richtung Akademisierung/Managementkompetenzen ebenso stark auf die direkte Arbeit als Pflegefachkraft zu setzen. Zum einen können die Praxiserfahrungen der Auszubildenden durch die Tätigkeit in Pflegeeinrichtungen erweitert werden und die Praxis kann von den pflegeberuflichen Handlungskompetenzen der Auszubildenden profitieren und diese multiplizieren.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewährt hat sich:</th>
<th>Empfohlen wird weiterhin:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kompetenzenerweiterung der Auszubildenden im Rahmen der Ausbildung</td>
<td>Erhöhung der beruflichen Handlungskompetenzen in speziellen Inhalten/ Situationen insbesondere in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</td>
</tr>
<tr>
<td>Hohe Einsatzfähigkeit der Auszubildenden sowie daraus resultierende gute Berufschancen</td>
<td>Erweiterung der Berufschancen für den Bereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Konzeption des gesamten Modells als Reaktion auf zukünftige Herausforderungen der Pflegepraxis | ➢ Überarbeitung einzelner Elemente des Curriculums (Lernstagebuch, Einzelschultage, und Theorie-/Praxis-Transfer)  
➤ Förderung der staatlichen Anerkennung der Ausbildung  
➤ Evtl. Verlängerung der Ausbildungsdauer auf 3,5 bis 4 Jahre  
➤ Weiterer Nachweis der Wirksamkeit des Generalistischen Modells sowie Transparenz der Forschungsergebnisse  
➤ Intensivierung der allgemeinen Informationsbereitstellung zum generalistischen Ausbildungsmodell |
| Das Aufgabenfeld „direkte Pflege“ für die Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung im In- und Ausland | Erweiterung des Ausgabenfelds „direkte Pflege“ durch Unterstützung bezüglich vermehrter Auslandsaufenthalte |
| Die Vorbereitung auf die akademische Laufbahn z. B. Medizinstudium bzw. in Führungspositionen | Ggf. eine stärkere Fokussierung auf die praktische Pflege/ Arbeit als Pflegefachkraft |
Kompetenzentwicklung


Forschungsfrage 4:

Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Entwicklung und das Verhältnis des Kompetenzerwerbs zwischen generalistisch und traditionell ausgebildeten Pflegenden?

- Wie bewährt sich das generalistische Ausbildungsmodell bezüglich der Dauer und des erworbenen Kompetenzprofils der Auszubildenden?

Zentrales Ergebnis:
Im Rahmen der Generalistischen Ausbildung konnte den Lernenden ein breites Spektrum an Fach-, Methoden-, personalen sowie sozialen und kommunikativen Kompetenzen vermittelt werden. Sie verfügen damit über ein den zukünftigen Anforderungen entsprechendes Maß an pflegeberuflicher Handlungskompetenz.

Einzelergebnisse:
- Innerhalb der Generalistischen Ausbildung konnte den Auszubildenden eine hohe berufliche Handlungskompetenz, bestehend aus einem breiten Spektrum an verschiedenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, vermittelt werden. Dieses Niveau sollte durch Maßnahmen der Qualitätssicherung gehalten und ggf. gesteigert werden.
- Ein besonders hoher Kompetenzerwerb wurde bei der sozialen und kommunikativen Kompetenz deutlich und hier insbesondere bezüglich einer ausgeprägten Teamfähigkeit.
- Vor allem im Bereich der methodischen Kompetenzen hoben sich die Teilnehmer/innen des Modellkurses durch hohe Lernfähigkeit sowie gute Präsentations- und Moderationstechniken von den traditionellen Auszubildenden ab.
- Im Bereich der personalen Kompetenzen wurde unter dem Einfluss des generalistischen Ansatzes vor allem ein hohes Maß an Flexibilität und Reflexionsfähigkeit bei den Auszubildenden entwickelt.
Vorbereitung auf zukünftige Anforderungen


Forschungsfrage 5:

Welche Aussagen können zur Generalistischen Ausbildung hinsichtlich der Vorbereitung auf die aktuellen und zukünftigen Anforderungen an die Pflegeberufe getroffen werden?

- Welchen Einfluss hat die Generalistische Pflegeausbildung auf die Entwicklung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses sowie auf das Pflege- und Berufsverständnis?

Zentrales Ergebnis:

Das „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“ ist äußerst geeignet, Pflegekräfte mit einem ganzheitlichen Pflegeverständnis für derzeitige und zukünftige Handlungsfelder, Aufgaben, Anforderungen und Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegebereich auszustatten. Im weiteren Sinne trägt der generalistische Ansatz zur Professionalisierung des Pflegeberufs bei und nimmt Einfluss auf die zukünftige bildungspolitische Planung.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewährt hat sich:</th>
<th>Empfohlen wird weiterhin:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Das breite Spektrum an vermittelten Kompetenzen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenz; insbesondere der Teamfähigkeit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die starke Förderung methodischer Kompetenzen der generalistisch Ausgebildeten (insbesondere Lernfähigkeiten sowie den Präsentations- und Moderationstechniken) im Vergleich zu den traditionellen Auszubildenden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die positive Einflussnahme des Curriculums auf die personalen Kompetenzen; insbesondere Flexibilität und Reflexionsfähigkeit</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Die fachliche Kompetenzvermittlung (grundsätzlich) | ➢ Intensivierung der Teilkompetenzen: Kontext- und Fachwissen  
➢ Unterstützung der generalistisch Ausgebildeten in ihrer Selbstwahrnehmung bzw. Selbstbewusstsein bezüglich der Fachkompetenz |
Einzelereignisse:

- Dem Anspruch, den Auszubildenden ein ganzheitliches Pflegeverständnis zu vermitteln, konnte durch die generalistisch angelegte Pflegeausbildung entsprochen werden. Zudem fand die Erweiterung des Pflegebegriffs um schnittstellenbezogene Ausgabenfelder sowie die Integration palliativer Aspekte in die Pflege statt.


- Zu begrüßen ist insgesamt der positive Einfluss, den das Modell aus Sicht der Experten/innen für die Professionalisierung des Pflegeberufes leistete.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewährt hat sich:</th>
<th>Empfohlen wird weiterhin:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Die Vermittlung eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses</td>
<td>Die Festigung und Weiterentwicklung der Beratungskompetenz durch das Schaffen von Übungsmöglichkeiten am Lernort Praxis</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Vorbereitung auf Beratungsgespräche</td>
<td>Die Integration gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen in die primär pathogenetisch und auf Kuration ausgerichtete Pflegepraxis</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Vorbereitung auf pflegerische Maßnahmen aus dem gesundheitsförderlichen und präventiven Bereich sowie deren Umsetzung am Lernort Praxis</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die Erweiterung des Pflegebegriffs um schnittstellenbezogene Aufgabenfelder (z. B. Gesundheitsförderung und Prävention) sowie die Integration palliativer Aspekte von Pflege</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die positive Einflussnahme auf die Professionalisierung des Pflegeberufs (erwartet)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die Einflussnahme des generalistischen Ansatzes auf die zukünftige bildungspolitische Planung</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
1. Begründungsrahmen für den Einsatz von Reformmodellen in der Pflegeausbildung

1.1. Veränderte Anforderungen an die Pflegepraxis


Die veränderten Anforderungen an die Pflegepraxis werden insbesondere ausgelöst durch:

- **Die demografische Entwicklung**: Die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland zeigt eine deutliche Zunahme an älteren Menschen, insbesondere die Anzahl der Hochaltrigen (über 80-Jährige) wird überproportional zunehmen. Neueste Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung prognostizieren eine Verdreifachung des Anteils an Hochbetagten auf etwa 14 bis 15,0% (Statistisches Bundesamt 2007). Damit einher geht auch eine Zunahme der Anzahl von Pflegebedürftigen.


**1.2. Neue und veränderte Handlungsfelder**

Die demografischen, epidemiologischen, versorgungsstrukturellen und insbesondere die ökonomischen Entwicklungen in Deutschland und anderen europäischen Staaten erhöhen die Anforderungen an die pflegerische und gesundheitliche Versorgung und
führen zu einer bisher deutlich unterschätzten Dynamik mit weit reichenden Umstrukturierungen (Görres & Böckler 2004).

Diese gegenwärtigen und zukünftig veränderten Bedarfskonstellationen und Entwicklungsdynamiken in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung, verbunden mit veränderten Versorgungsbedarfen, stellen neue und höhere Anforderungen an die Pflege(-kräfte).


Veränderungen und Erweiterungen ergeben sich daraus folgend vor allem für den Charakter und das Selbstverständnis der Pflege, die sich zu einer Pflege über die Patientenebene hinaus bewegen und neben neuen Märkten und neuen Potenzialen auch neue Qualifikationen und ein verändertes Verständnis darüber, was unter Pflege zu verstehen ist, finden muss. Für Landenberger (1998) werden damit Pflegende zu den wesentlichen Innovatoren/innen und Initiatoren/innen zukünftiger Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Aufgrund dieser Herausforderungen, ergeben sich verschiedene Entwicklungsperspektiven pflegerischen Handelns und der Pflegeberufe:

- **Von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung**: Pflege im öffentlichen Raum bedeutet angesichts der Herauslösung aus den traditionellen Versorgungsstrukturen zunehmend eine Umorientierung von der bisher eher an Defiziten und an Krankheit ausgerichteten Perspektive hin zu einem Verständnis, das sich an Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsedukation orientiert.


**Formen der Intervention:** Mit den veränderten Zielen und Handlungsinhalten der Interventionen entstehen auch neue Formen der Intervention vom Clinical Care über Gesundheitsförderung hin zu Public Advocacy, also der Frage der advokatorischen Verantwortung für die Gesundheit ganzer Gruppen, Kommunen oder Bevölkerungen bis hin zur Option, den öffentlichen Raum bezogen auf gesundheitspolitische Belange mitzugestalten. Damit wird die Pflege fähiger die seit Langem fällige gesellschaftliche Verantwortung und Einflussnahme für sozial- und gesundheitspolitische bzw. „fürsorgerische“ Funktionsbereiche (mit) zu übernehmen.


**Veränderte Arbeitsorganisationen und -felder, z. B. Case- und Caremanagement, Entlassungs- und Qualitätsmanagement, Schulung und Beratung**


Innerhalb des Schwerpunkts Beratung ergeben sich über die reine Mikroebene (Patienten/innen, Bewohner/innen usw.) hinaus auch Erweiterungen auf der Makroebene, beispielsweise bezüglich der Beratung von Organisationen und Institutionen. Bedarfe werden vor allem gesehen bei:
Pflege- und Krankenkassen (besonders Medizinischer Dienst der Kassen), kommunalen Verbraucherberatungsstellen sowie -zentralen der Bundesländer, Gesundheitsämtern, Behörden und Ministerien, Kindergärten und Schulen, Trägern von Einrichtungen des Gesundheitswesens, Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfegruppen.


Koordination und Steuerung von Pflegearrangements für die Pflege und Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und deren Angehörige
Neben den bereits erörterten Perspektiven und veränderten Handlungsfeldern werden Pflegende zukünftig auch umfangreicher gefordert sein, koordinatorische Aufgaben nicht nur zur Unterstützung der Pflegeempfänger/innen/ Patienten/innen/ Bewohner/innen zu leisten, sondern auch darüber hinaus die Angehörigen stärker in den Pflegeprozess einzubeziehen (Dependenzpflege). Das umfasst neben einer komplexeren Koordinationsleistung auch Aspekte wie Schulung, Vermittlung, Vernetzung und Beratung.

Gesundheitsförderung und Prävention ergänzen die pflegerische Expertise
Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention tut sich besonderer Handlungsbedarf für die Pflegenden auf. Sie können nicht nur mit eigenständigen Kursangeboten zusätzliche Handlungsfelder für sich gewinnen, sondern sind ebenso geeignet, Aufgaben der Gesundheitserziehung z. B. in Kindergärten und Schulen zu übernehmen. Auch die interdisziplinär angelegte Umsetzung der WHO-Konzeption gesundheitsfördernder Krankenhäuser wird künftig die Berufsgruppe der Pflegenden stärker mit einbeziehen. Wie im Feld der Beratung bereits angedeutet, bietet der Rehabilitationsbereich Raum für die Entwicklung neuer Aufgaben der Pflege.
Gestaltung informeller Netzwerke und niedrigschwelliger, wohnortnaher Angebote sowie deren Vernetzung und Koordination


Der Bereich der Beratung wird sich dabei nach Ansicht vieler Experten/innen zum größten Handlungsfeld für Pflegende erschließen. Wenn auch in geringerem Maße, so wird auch den Bereichen Management und Gesundheitsförderung/ Prävention/ Rehabilitation eine nicht unwesentliche Relevanz als zukünftiges Handlungsfeld von Pflegekräften zugesprochen. Darüber hinaus sind es koordinierende, kooperierende und vernetzende Funktionen oder Tätigkeiten auf interdisziplinärer Ebene, die zukünftig im Gesundheitswesen stärker in den Vordergrund rücken.

Versorgung benachteiligter gesellschaftlicher Gruppen z. B. auf kommunaler Ebene (Public Health- und Community-Ansatz)


1.3. Eckpunkte einer Qualifizierungsoffensive


Die zukünftig zu erwartenden Entwicklungen im Pflege- und Gesundheitsbereich sowie die bereits bestehenden Anforderungen beinhalten unweigerlich die Notwendigkeit einer hoch angesetzten Qualifizierung der Mitarbeiter/innen. Parallel dazu forcieren die Professionalisierungsbestrebungen von Pflegekräften, die fortschreitende Etablierung der Pflegewissenschaft und -forschung und die damit verbundenen zahlreichen Reformdiskussionen eine zusätzliche Dynamisierung mit ganz neuen Schwerpunktsetzungen in der Qualifizierung. Eine hohe Qualität der Leistungserbrin-
gung ist nur auf der Grundlage eines hohen Qualifikationsniveaus der in der Pflege Tätigen zu bewerkstelligen.

Aus gesellschafts-, bildungs- und versorgungspolitischer Perspektive wird eine Qualifizierungsoffensive notwendig, die durch Aus-, Fort- und Weiterbildung auf hohem Niveau deutlich zur Verbesserung der Pflegequalität und zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs einwirkt. Dabei sind folgende Strategien zu verfolgen:

- verändertes Verständnis des Bildungs begriffs in einer sich wandelnden Gesellschaft,
- zukunftsweisende Abschlüsse: integrierte, generalistische oder integrative Ausbildung mit weiterer Spezialisierung,
- Dynamisierung des Theorie-/Praxis-Transfers
- Modernisierung von Schulstrukturen und Entwicklung von Schulkulturen,
- durchlässiges, flexibles Stufensystem der Qualifikationen und neue Handlungsfelder: Orientierung an Bedarfen,
- Implementation von Qualitätssicherungssystemen, kontinuierliche Qualitätsentwicklung und -verbesserung als Beitrag zur Professionalisierung,
- Einrichtung von PilotSchulen und Transfernetzwerken als Innovationspools: Modellprojekte,
- kontinuierliche arbeitsplatzbezogene Fort- und Weiterbildung,

1.4. Erprobung bundesweiter Modellprojekte


Im Folgenden sind die wichtigsten möglichen Ausrichtungen einer Pflegeausbildung kurz beschrieben:

Integrative Pflegeausbildung: Durch die Schwerpunktsetzung innerhalb einer (Basis-) Ausbildung besteht die Möglichkeit, zwei gleichwertige Berufsabschlüsse zu erwerben (in Kombination Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege).

Generalistische Pflegeausbildung: Kennzeichnend ist das einheitliche Berufsfeld Pflege, welches die drei isolierten Ausbildungsgänge (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) zusammenfügt.

1.5. Kurzbeschreibung des Modellprojektes „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung"

Eine generalistisch angelegte Pflegeausbildung verfolgt grundsätzlich das Ziel, die traditionell bestehenden drei Berufsfelder der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege) in einer gemeinsamen Ausbildung zu vereinen (Landenberger 2005).


Für das „Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung“ stellten sich folgende Ziele und Innovationen als kennzeichnend heraus:

- Zusammenführung der bislang getrennten Ausbildungsberufe der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege innerhalb einer 3-jährigen Ausbildungszeit;
- Entwicklung pflegeberuflicher Handlungskompetenzen als Vorbereitung auf zukünftige Anforderungen im Gesundheitssystem (z. B. zur Beratung);
- Erwerb eines erweiterten pflegeberuflichen Kompetenzprofils anhand eines handlungsorientierten Lehr- und Lernkonzeptes;
• Erhöhung der Chancen auf Anstellung in unterschiedlichen pflegerischen Arbeitsfeldern und innerhalb des europäischen Arbeitsmarktes.


Finanziell getragen wurde das Projekt durch die Robert Bosch Stiftung, das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) sowie das Land Berlin.
2. Evaluation im Modellprojekt


2.1. Evaluationstheoretischer Hintergrund


2.2. Ziele und Untersuchungsschwerpunkte

Im Fokus des Erkenntnisinteresses der systematischen Evaluation des Berliner Modellprojekts stand die Frage, inwieweit generalistisch ausgebildete Pflegende zukunftsweisend für neue Anforderungen in sich wandelnden Berufs- und Handlungsfeldern der Pflege qualifiziert sind. Folgende Fragen waren forschungsleitend (F1 - F5):

F1: Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse und das Rollenverständnis der Auszubildenden, Lehrenden und Pflegepraktiker/innen?

F2: Inwieweit fördert das Ausbildungsmodell einen Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer?

F3: Wie bewährt sich das Ausbildungsmodell in der Pflegepraxis und bei potenziellen Arbeitgebern?

---

F4: Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Entwicklung und das Verhältnis des Kompetenzerwerbs zwischen generalistisch und traditionell ausgebildeten Pflegenden?

F5: Welche Aussagen können zur Generalistischen Ausbildung hinsichtlich der Vorbereitung auf die aktuellen und zukünftigen Anforderungen an die Pflegeberufe getroffen werden?

2.3. Methodisches Vorgehen


### Abb. 2: Elemente der Triangulation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Triangulation</th>
<th>Elemente der Triangulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Unterschiedliche Perspektiven</td>
<td>▪ Modellteilnehmer/innen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>▪ Vergleichsgruppen aus GKP, GKKP und AP</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>▪ Praxisanleiter/innen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>▪ Lehrer/innen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>▪ Externe Experten/innen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>▪ Gruppen-diskussion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>▪ (Online-) Befragung (Print/EDV gestützte Fragebögen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Methoden-mix</td>
<td>Qualitative und quantitative Auswertung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Evaluation richtete sich am Verlauf des Projektes aus und war als Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation mit anschließendem Follow-Up konzipiert (vgl. Abb. 3).

---

\(^3\) Als Experten werden grundsätzlich Personen bezeichnet, die besonders ausgeprägte Kenntnisse und / oder Erfahrungen auf einem bestimmten Gebiet aufweisen (hier Berufsverbände, Pflegeschulen, Pflegedienstleitung / -direktion, (Fach-)Hochschulen, Behörden, wissenschaftliche Institute etc.)
Die Vorgehensweise gestaltete sich hierbei vor allem summativ\textsuperscript{4}. Die durch das Projekt ausgelösten Wirkungen wurden aufgedeckt, erfasst und bewertet (vgl. Stockmann 2007). Ergänzend erfolgten die Untersuchung der Ursachen der beobachteten Wirkungen sowie die Ergründung der Zusammenhänge zum Forschungsgegenstand (Scriven 1991). Durch Rückkopplungsschleifen zum Auftraggeber konnte das Projekt auch die formative Herangehensweise integrieren; also seinen aktiv-gestaltenden, prozessorientierten, konstruktiv und kommunikationsfördernden Charakter entfalten.

\begin{figure}[h]
\centering
\includegraphics[width=\textwidth]{Phasen_Evaluation.png}
\caption{Phasen der Evaluation}
\end{figure}

Im Rahmen der \textbf{Strukturevaluation} konzentrierten sich die wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen des iap auf die Bestandsaufnahme (Ist-Analyse) der Rahmen- und Ausbildungsbedingungen der Pflegeausbildung. Durch die Analyse von Rahmenlehrplänen, Leistungsbewertungen, Beurteilungsbögen, Praxisbegleitungen, Curricula etc. war es möglich, die Pflegeausbildung bezüglich Inhalt, Struktur und Anforderungen abzubilden sowie strukturelle und curriculare Veränderungen aufzuzeigen. Das iap verstand sich bei diesem Vorgehen als externer Datensammler, unabhängiger Beobachter und objektiver Bewerter.

\footnote{\textsuperscript{4}Zusammenfassend, bilanzierend und ergebnisorientiert im Kontrast zu formativ (aktiv-gestaltend, prozessorientiert, konstruktiv und kommunikationsfördernd).}
Inhalt der Prozessevaluation war die Dokumentation und Analyse von Informationen bezüglich der ablaufenden Prozesse und Rahmenbedingungen während der Implementation des Projektes „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“. Im Mittelpunkt der Evaluation standen die Wirkungsweise und Effektivität im Hinblick auf die gesetzten innovativen Ziele, die mit dem Projekt verfolgt wurden (vgl. Kap. 2.1). Durch die periodische Rückmeldung war es möglich, förderliche und hinderliche Faktoren frühzeitig zu erkennen, mit dem Praxisfeld auszutauschen sowie ggf. Modifikationen der Implementierungsstrategie vorzunehmen.


Das Follow-Up (Folgeuntersuchung) fokussierte zwei unterschiedliche Perspektiven, einerseits die der generalistisch ausgebildeten Pflegenden, andererseits die der externen Experten/innen (Berufsverbänden, Pflegeschulen, Pflegedirektion, Fachhochschulen, Behörde etc.). Inhalte waren die Qualifikationspotenzial der Absolventen/innen sowie Einsatzmöglichkeiten und Berufschancen auf dem Arbeitsmarkt. Neben Akzeptanz und Bekanntheitsgrad bildeten Transfer und Nachhaltigkeit des Modellprojektes weitere Schwerpunkte der Untersuchung. Ferner wurden rückblickende Einschätzungen über die Qualität der Berufs-/Praxisvorbereitung sowie Aussagen hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die weitere politische Planung zukünftiger Pflegeausbildungen erfasst.

2.4. Erhebungs-, Auswertungsmethoden und Zielgruppen

Im Modellprojekt „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“ wurden zur Datenerhebung Befragungen und Gruppendiskussionen herangezogen (vgl. Abb. 4). Die speziell entwickelten Erhebungsinstrumente in Form von Leitfäden und Fragebögen standen dabei nicht losgelöst voneinander. Vielmehr griffen sie Elemente aus dem jeweils anderen Instrument auf und fungierten somit unterstützend und vertiefend.


5 Unterschieden wurden an dieser Stelle 4 Bereiche: soziale und kommunikative Kompetenz, Fachkompetenz, personale Kompetenz und Methodenkompetenz.
Abb. 4 liefert einen Überblick zu den im Projekt verwendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie den Zielgruppen.

**Überblick zu Methoden, Erhebungsinstrumenten, Zielgruppen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Modellteilnehmer/innen</th>
<th>Vergleichsgruppen</th>
<th>Lehrer/innen</th>
<th>Praxisanleiter/innen</th>
<th>Externe Experten/innen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5 Fragebögen GKP</td>
<td>5 Fragebögen</td>
<td>3 Fragebögen</td>
<td>4 Fragebögen</td>
<td>1 Online Fragebogen</td>
</tr>
<tr>
<td>T1/ n = 25</td>
<td>T1/ n = 26</td>
<td>T1/ n = 15</td>
<td>T1/ n = 33</td>
<td>T1/ n = 18</td>
</tr>
<tr>
<td>T2/ n = 24</td>
<td>T2/ n = 20</td>
<td>T2/ n = 8</td>
<td>T2/ n = 43</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T3/ n = 23</td>
<td>T3/ n = 24</td>
<td>T3/ n = 7</td>
<td>T3/ n = 23</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T4/ n = 21</td>
<td>T4/ n = 22</td>
<td>T4/ n = 13</td>
<td>T4/ n = 13</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T5/ n = 22</td>
<td>T5/ n = 21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Gruppendiskussionen</td>
<td>5 Fragebögen GKKP</td>
<td>1 Gruppen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>t1/ n = 10+12</td>
<td>T1/ n = 18</td>
<td>diskussion</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>t2/ n = 10+12</td>
<td>T2/ n = 16</td>
<td>t1/ n = 10</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 EDV gestützter Fragebogen</td>
<td>T3/ n = 16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T6/ n = 22</td>
<td>T4/ n = 15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>T5/ n = 15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Fragebögen AP</td>
<td>3 Fragebögen</td>
<td>4 Fragebögen</td>
<td>1 Online Fragebogen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T1/ n = 15</td>
<td>T1/ n = 26</td>
<td>T1/ n = 33</td>
<td>T1/ n = 18</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T2/ n = 12</td>
<td>T2/ n = 20</td>
<td>T2/ n = 43</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T3/ n = 13</td>
<td>T3/ n = 24</td>
<td>T3/ n = 23</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T4/ n = 11</td>
<td>T4/ n = 22</td>
<td>T4/ n = 13</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T5/ n = 8</td>
<td>T5/ n = 21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Qualitative und quantitative Auswertung**

Abb. 4: Überblick zu Methoden, Erhebungsinstrumenten und Zielgruppen


**Befragungen** fanden bei allen Zielgruppen mittels Fragebögen statt, allerdings wurden hierbei unterschiedliche Kommunikationsmedien verwendet (teils Print, EDV gestützt, online). Inhaltlich waren neben den regelmäßig wiederkehrenden Vergleichsfragen auch einmalige Themenschwerpunkte wie z. B. Synergieeffekte, Zukunftsperspektiven etc. zu finden. Der Aufbau der Fragebögen gestaltete sich stets aus einer Kombination offener sowie geschlossener Fragenanteile. Die Datenanalyse fand
qualitativ mittels eines inhaltsanalytischen Vorgehens sowie quantitativ mithilfe des Statistikprogramms SPSS 12.0 statt.

Im Folgenden werden die Zielgruppen bezüglich der angewandten Methoden und deren Stichprobengröße beschrieben (vgl. Abb. 4).

Der **Modellkurs** der Wannsee-Schule e. V. fungierte im Projekt als „Experimentalgruppe“ (vgl. experimentelles Design; Kap. 2.1) und stand hinsichtlich der Untersuchungsziele (vgl. Kap. 2.2) im Fokus der Evaluation. Die schriftliche Befragung dieser Zielgruppe erfolgte in Form von sechs standardisierten Fragebögen (T1/ n = 25; T2/ n = 24; T3/ n = 23; T4/ n = 21; T5/ n = 22; T6/ n = 22) und vier leitfadengestützten Gruppendiskussionen zu zwei Zeitpunkten (t1/ n = 10+12; t2/ n = 10+12).


Die Datenerhebung der Vergleichsgruppen basierte ausschließlich auf Fragebögen, deren Fragen größtenteils identisch zum Modellkurs formuliert waren. Bezüglich der Teilnehmerzahlen ergaben sich in den einzelnen Ausbildungsrichtungen folgende Werte:

- Auszubildende der **Gesundheits- und Krankenpflege** der Wannsee-Schule e. V., (T1/ n = 26; T2/ n = 20; T3/ n = 24; T4/ n = 22; T5/ n = 21; T66).
- Auszubildende der **Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschule** am Bildungszentrum für Pflegeberufe der DRK-Kliniken Westend (T1/ n = 18; T2/ n = 16; T3/ n = 16; T4/ n = 15; T5/ n = 15; T69).
- Auszubildende der **Altenpflege** des Ev. Johannessstift Berlin, Soziale Fachschulen – Fachschule für Altenpflege (T1/ n = 15; T2/ n = 12; T3/ n = 13; T4/ n = 11; T5/ n = 8; T610).

**Lehrer/innen und Schulleitungen** wurden in Absprache mit den Projektverantwortlichen nach speziellen Kriterien (z. B. Häufigkeit der bisherigen Einsätze im Modellkurs) ausgewählt. Mithilfe von drei Fragebögen (T1/ n = 15; T2/ n = 8; T3/ n = 7) sowie einer Gruppendiskussion (t1/ n = 10) konnten u. a. Informationen zum Rollenverständnis der Lehrenden oder zur Umsetzung einzelner Modellanteile des Generalistischen Modells in der theoretischen Ausbildung gewonnen werden.

---

6 T6 wurde als EDV gestützter Fragebogen eingesetzt.
7 Abweichend von den Fragebögen wird der Zeitpunkt der Gruppendiskussionen mit einem kleinen t bezeichnet
8 T6 (Follow-Up) entfiel aufgrund zu geringen Rücklaufs seitens der Absolventen/innen der Vergleichsgruppen.
9 T6 (Follow-Up) entfiel aufgrund zu geringen Rücklaufs seitens der Absolventen/innen der Vergleichsgruppen.
10 T6 (Follow-Up) entfiel aufgrund zu geringen Rücklaufs seitens der Absolventen/innen der Vergleichsgruppen.
Um gezielte Einsatzfelder für Absolventen/innen einer generalistischen Pflegeausbildung zu identifizieren oder den Einfluss dieser Ausbildung auf die Professionalisierung Pflegenden beurteilen zu können, wurde die Zielgruppe der Praxisanleiter/innen im Rahmen von vier Fragebögen (T1/ n = 33; T2/ n = 43; T3/ n = 23; T4/ n = 13) um eine Einschätzung gebeten.


Eine Gesamtübersicht der angewendeten Erhebungsmethoden bei den einzelnen Zielgruppen sowie eine zeitliche Einordnung dieser bietet Abb. 5.

Abb. 5: Zeitschiene

---

11 Legende: T = Zeitpunkt der Fragebogenerhebung; t = Zeitpunkt der Gruppendiskussion
3. Ausgewählte Ergebnisse zu den zentralen Untersuchungs schwerpunkten - Vorphase, Umsetzungsphase und Follow-Up

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation der „Generalistischen Pflegeausbildung – Das Berliner Modell“ entlang der Forschungsfragen dargestellt.

3.1 Einfluss der curricularen Konzeption auf die Gestaltung der Lehr- /Lernprozesse und das Rollenverständnis

Eine adäquate curriculare Konzeption war die Basis für das Erreichen der Ziele und den Erfolg des Modellprojektes. Deren Einfluss auf die Gestaltung der Lehr- /Lernprozesse sowie das Rollenverständnis unterschiedlicher Beteiligter war das Hauptanliegen der Evaluation zu diesem Untersuchungsschwerpunkt.

Erkenntnisinteresse/ Fragestellung
Die Kernelemente des Curriculums des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“ bildeten das Problemorientierte Lernen (POL), die Subjektorientierung sowie die Generalisierung. Um die Ausgestaltung und Umsetzung dieser Elemente zu beurteilen, fokussierte die Evaluation folgende Frage:

Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse und das Rollenverständnis der Auszubildenden, Lehrenden und Pflegepraktiker/innen?
• Welche Qualifikationsanforderungen stellt die Generalistische Pflegeausbildung an Auszubildende, Lehrende und Pflegepraktiker/innen?

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden diesbezüglich folgende Schwerpunkte evaluiert:

• konzeptionelle Grundlagen (Subjektorientierung, Handlungsorientierung, Generalisierung)
• strukturelle Rahmenbedingungen (Ausstattung der Schule, zeitliche und inhaltliche Organisation der Ausbildung)
• Unterrichtsmethoden (Vielfalt der Methoden, Problemorientiertes Lernen, besondere Lehr-Lernelemente: Einzelschultage, Wahleinsätze, Lerntagebuch)
• Rollenverständnis der Lehrenden (Qualifikation und Aufwand der Lehrkräfte, Lernbegleitung)

diese Neuerungen einlassen konnten und wie gut es den Lehrkräften gelungen ist, diese geeignet zu vermitteln, zu begleiten und zu organisieren.

3.1.1 Strukturelle Rahmenbedingungen der Wannsee-Schule e. V.


3.1.1.1 Ausstattung der Schule


Deutlich wurde, dass für die generalistisch angelegte Ausbildung eine umfangreiche mediale und gedruckte Fülle an Informationsmaterialen notwendig war, welche den Auszubildenden zur Umsetzung selbstorganisierter Lernprozesse zur Verfügung stehen musste. Dem entsprach die Ausstattung an der Wannsee-Schule weitestgehend von Beginn an. Den Anregungen der Auszubildenden, den Bibliotheksstand zu erhöhen sowie die Verfügbarkeit von Fachzeitschriften und Fachliteratur zu ergänzen, wurde zeitnah nachgekommen.
3.1.1.2 Zeitliche Organisation der Generalistischen Ausbildung

Die zeitliche Organisation der Ausbildung, d. h. der Wechsel von Ausbildungsphasen in der Schule bzw. Pflegepraxis sowie deren jeweilige Dauer, beeinflussen die Lernprozesse der Auszubildenden und sind für eine förderliche bzw. hemmende Theorie-Praxis-Verknüpfung verantwortlich.


Abgesehen von dem ersten Theorieblock, äußerten sich die Auszubildenden zur zeitlichen Organisation im weiteren Verlauf der Ausbildung grundsätzlich positiv. So waren in der Befragung T3 (iap 2006) 74,0% der Modellschüler/innen (18 Befragte) mit dem zeitlichen Wechsel von Theorie- und Praxiseinheiten zufrieden. Lediglich 1 Befragter/r (4,3%) drückte diesbezüglich Unzufriedenheit aus, 5 Auszubildende (21,7%) fanden den Wechsel teilweise angemessen (vgl. Abb. 6).

| Ist der zeitliche Wechsel zwischen Theorieblöcken und Praxiseinsätzen aus Ihrer Sicht angemessen? |
| (T3 Modellkurstelnehmer/innen, Apr 06, n=23; Angaben in %) |
| -- | -- | -- |
| ja | nein | teils/teils |
| 73,9 | 21,7 | 4,3 |

Abb. 6: Einschätzung der Angemessenheit des Wechsels zwischen Theorie und Praxis aus Sicht der Modellschüler/innen

Hervorzuheben ist diesbezüglich auch, dass die Mehrheit der Befragten die Aufenthalte in den Einsatzorten der Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) (78,3% = 18 Befragte) und in der Altenpflege (AP) (60,9% = 14 Befragte) als angemessen einschätzten, während die praktischen Einsätze in der Gesundheits- und Kinderkran-
kenpflege (GKKP) von 18 der Auszubildenden (78,3%) als *eher zu kurz* bis *zu kurz* eingestuft wurden (vgl. Abb. 7, sowie nähere Erklärungen Kap. 3.1.4.).

**Wie beurteilen Sie die Dauer der Praxiseinsätze in den Bereichen GKKP, GKP und AP?**

(T3 Modellkursteilnehmer/innen, Apr 06, n=23, Angaben in %)


**Gründe gegen die Einzelschultage** wurden von 87,0% der Auszubildenden (20 Befragte) angegeben. Demnach fehlte für die Auszubildenden der Bezug der Einzelschultage zum jeweiligen Praxiseinsatz. Die Einzelschultage waren grundsätzlich dafür vorgesehen, durch die geeignete Gestaltung dieser Tage (Reflexion der Praxiserfahrung, Füllen von Wissenslücken etc.) eine verbesserte Verbindung zwischen Theorie und Praxis zu ermöglichen. Aus Sicht der Auszubildenden trugen die Einzelschultage aber eher zur Verhinderung einer Praxisintegration bei. Die eingeschränkte Unterstützung der Lernprozesse durch die Einzelschultage bestand nach Meinung der Auszubildenden auch darin, dass an diesen Tagen selbstständig in POL-Gruppen gearbeitet werden sollte, was für die Auszubildenden eher zusammenhangslos wirkte.

Die kritische Einschätzung gegenüber den **Einzelschultagen** zeigte sich ebenfalls in der späteren Befragung (T3 Modellkurs-Befragung 2006), in der jeweils 39,1% der Auszubildenden (9 Befragte) den Einzelschultagen nur eine teilweise bzw. eher keine unterstützende Wirkung auf ihren Lernprozess zuwiesen. Zusammengenommen sind...
die Gründe, die aus Sicht der Auszubildenden gegen den Einsatz dieses Instrumentes sprachen, folgende:

- fehlender Bezug der Einzelschultage zum jeweiligen Praxiseinsatz
- Einzelschultage verhindern eine Praxisintegration
- eingeschränkte Unterstützung der Lernprozesse durch die Einzelschultage, wenn an diesem Tag selbstständig in POL-Gruppen gearbeitet werden soll

Anzumerken ist aber auch, dass sich die Auszubildenden nicht grundsätzlich gegen die Einzelschultage aussprachen, sondern vielmehr die Umsetzung für optimierungsbedürftig hielten. Neben der mehrheitlichen Ablehnung beschrieben einige Modellkursteilnehmer/innen auch eine positive Wirkung der Einzelschultage auf ihre Lernprozesse. Zustimmung fanden die Einzelschultage als fachliche Unterstützung zum Praxiseinsatz (26,1% = 6 Befragte) bzw. als geeignetes Instrument um den Theorie-/Praxis-Transfer zu unterstützen. Weiterhin begrüßten die Auszubildenden die Einzelschultage als Möglichkeit sich über Praxiserlebnisse auszutauschen (17,4% = 4 Befragte). Von 4 Befragten (17,4%) wurden sie als Chance wahrgenommen innerhalb des Praxisalltages „aufzutanken“. 3 Befragte (13,0%) sahen in den Einzelschultagen eine „willkommene Abwechslung“ während des Praxiseinsatzes.

Resümierend geht daraus hervor, dass die Einzelschultage von der Schule praxisorientierter zu gestalten wären, um ihren Nutzen für die Lernprozesse der Auszubildenden entfalten zu können.

3.1.2 Methodisch-didaktische Schwerpunkte: Subjektorientierung und POL


3.1.2.1 Implementierung von Subjektorientierung im Ausbildungsverlauf

Folgende Definition von Subjektorientierung ist in Zusammenarbeit zwischen dem iap und der Wannsee-Schule für das „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“ als handlungs- und evaluationsleitend festgelegt worden:
Subjektorientierung bedeutet für die Lehrer/innen der Wannsee-Schule,

- dass die konkreten familiären und sozialen Situationen der Schüler/innen berücksichtigt werden,
- dass die Erfahrungen, Interessen, Motive, Ziele und Perspektiven der Lernenden Eingang in den Lernprozess finden,
- dass eine individuelle Betreuung zum Lernstand der Schüler/innen stattfindet, die sowohl die Stärken benennt als auch die Entwicklungsbedarfe verdeutlicht,
- dass Erfahrungslernen stattfindet, welches den Prozess des Problemlösens mit dem Prozess des Lernens kombiniert,
- dass gezielte Reflexionen regelmäßig durchgeführt werden, in denen die Wahrnehmung von Situationen aus der beruflichen Praxis bearbeitet werden,
- dass in Gruppen selbstorganisiert gelernt wird,
- dass lebenslanges / lebensbegleitendes Lernen angebahnt wird,
- dass jeder Lernende individuell in hohem Maße gefördert wird,
- dass von Lernenden und Lehrenden Flexibilität und Innovationsbereitschaft gefordert wird,
- dass die Lernenden Subjektorientierung in ihren Alltag integrieren,
- dass die Lernbegleitung mit methodischem Know-how die Gruppen unterstützt und berät,
- dass das Lernen eng an die berufliche Praxis und deren Probleme gekoppelt ist,
- dass der Förderung der Entwicklung von Teamfähigkeit und effektiver Arbeit im Team hohe Priorität eingeräumt wird,
- dass Offenheit und gegenseitiges Feedback als hilfreich empfunden werden,


Subjektorientierung versteht sich als Orientierung an der beruflichen und allgemeinen Bildung von Auszubildenden. „Die geschichtlich gewachsene Trennung von Berufs- und Allgemeinbildung hatte zur Folge, dass Berufsbildung in der Vergangenheit nicht die Bildung der Subjekte zum Ziel hatte, sondern die Freisetzung des Menschen zur


3.1.2.2 Implementierung von POL im Ausbildungsverlauf

in der Schule erlerntem Wissen einerseits und Praxiserfahrung andererseits für sich selbst zu verbinden (Kersting 2005).

Wenngleich die Auszubildenden zu Beginn der Ausbildung aufgrund divergierender Lernsozialisationen besonders gefordert waren, sich mit der neuen Lehr-/Lernmethode POL zu arrangieren, zeigte sich bereits im ersten Evaluationsabschnitt anhand der Ergebnisse der Auszubildenden-Befragung eine gelungene Einführung und Umsetzung des POL. Die Umsetzung des Problemlorientierten Lernens (wie jeder anderen Technik und Methode auch) bedurfte vorerst einer intensiven Einführung und Darstellung der Ziele. Darauf wurde von Seiten der Lehrenden im ersten Block gesteigerter Wert gelegt, so dass sich die Auszubildenden mehrheitlich (83,3% = 19 Befragte) und umfangreich über POL und deren Umsetzung informiert fühlten. Den Darstellungen der Auszubildenden zufolge, wurde POL von Anfang an als zentrale Unterrichtsmethode häufig eingesetzt.


3.1.2.3 Vor- und Nachteile von POL

Die Vor- und Nachteile von POL wurden über die gesamte Evaluation hinweg erhoben. Sehr deutlich wurde, dass POL besonders geeignet war, die Teamfähigkeit und die Selbstständigkeit der Auszubildenden zu fördern (vgl. Abb. 8).

Hinsichtlich der Vorteile von POL bestärkten die Auszubildenden bereits zum Erhebungszeitpunkt 2005 (T2) die Intention der Lehrmethode. So sahen zu diesem Messzeitpunkt 58,3% der Befragten (14 Befragte) die Vorteile von POL in der Möglichkeit des selbständigen Arbeitens, das sich in der Konsequenz in einem erhöhten „Verantwortungsbewusstsein in Bezug auf das Lernen“ äußerte. Laut 54,2% der Auszubildenden (13 Befragte) trug POL dazu bei, die eigene Teamfähigkeit zu entwickeln. Weitere Vorteile von POL wurden von 16,7% der Auszubildenden (4 Befragte) in der damit verbundenen Möglichkeit des kontinuierlichen Austausches mit den Mitschüler/innen gesehen.
Welche Vorteile sehen Sie durch POL gegeben?
(T2 Modellteilnehmer/innen, Apr 05, n=24, offene Frage; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorteil</th>
<th>Angaben in %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>selbständiges Arbeiten</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Teamfähigkeit</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Austausch mit Mitschülern</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>problemlösendes Lernen</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Wissenserwerb mit Langzeiteffekt</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunikationsfähigkeit</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>intensiveres Lernen</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>mehr eigene Lernverantwortung</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>keine Angaben</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 8: Vorteile von POL aus Sicht der Modellschüler/innen. (GPA = Modellschüler/innen)

Als Nachteil von POL benannten 50,0% der Auszubildenden (12 Befragte) in der Befragung und in der Gruppendifskussion 2005 (T2; t1) den hohen Arbeits- und Zeitaufwand (vgl. Abb. 9). Dieses Problem ist nicht neu. Die Verbindung von POL mit einem hohen Zeit- und Arbeitsaufwand wird mehrfach in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben und zeigt sich als generelles Phänomen beim Lernen nach POL:


Abb. 9: Nachteile von POL aus Sicht der Modellschüler/innen. (GPA = Modellschüler/innen)

Weiterhin war für 33,3% der Auszubildenden (8 Befragte) die mangelnde \textbf{Transparenz der Lernanforderungen} bei der Umsetzung des POL an der Wannsee-Schule problematisch. Lediglich 16,7% der Auszubildenden (4 Befragte) deuteneten auf die \textbf{geringere Wissensvermittlung} beim Lernen nach POL hin und beklagten „\textit{nicht ausreichendes Wissen über ein Thema, v.a. das der anderen POL-Gruppen}“ zu erhalten. 8,3% von ihnen (2 Befragte) befürchteten, sich durch POL falsches Wissen anzueignen. Sie beschrieben es als „\textit{...Unsicherheit über die wirklich für Prüfungen, Beruf... wesentlichen Inhalte}“ bzw. „\textit{Ungewissheit über relevante Lerninhalte}“. Außerdem waren 12,5% (3 Befragte) der Auffassung, dass POL zu wenig Lernkontrolle bzw. „\textit{Mangel an Kontrolle des Lernerfolgs}“ bot.

„völlig neues Denkkonzept (lernfeldorientiert)“ welches die „neue Erarbeitung sämtlicher Strukturen“ voraussetzte (iap 2005/ Lehrer/innen-Befragung).

Die dennoch erfolgreiche Implementierung des POL war nach Auffassung der Lehrenden auf mehrere Faktoren zurückzuführen: Als förderlich für die Umsetzung von POL erwies sich laut jeweils drei der Lehrenden\(^\text{12}\) die „Gestaltung der POL-Arbeit“, z. B. durch intensive curriculare Vorarbeit und realitätsnahe POL-Fälle, die „Einhaltung der POL-Schritte“, die „verschiedenen Lernangebote/ Methodenmix“ sowie eine hohe Akzeptanz der Lernform angesichts der „Lernerfolge durch POL“. Diese Wahrnehmung der Lehrenden deckt sich auch mit den Einschätzungen der Auszubildenden.

3.1.2.4 Einsatz der Unterrichtsmethoden


Hervorzuheben ist, dass im Einführungsblock der Modellschüler/innen eine häufige Auseinandersetzung mit Lehr-/Lernmethoden/Lerntheorien stattfand, die zu einer Sensibilisierung bezüglich der methodisch-didaktischen Relevanz von Lernprozessen bei den Auszubildenden führte. Diese Form der Transparenz von Seiten der Lehrkräfte beeinflusste aus erwachsenbildnerischer Sicht in positiver Weise die Zielgerichtetheit von Lernprozessen, unterstützte außerdem die Fähigkeit zur Selbstlern-

\(^{12}\) Aufgrund der geringen Teilnehmer/innenzahl bei der Fragebogenerhebung der Lehrenden (n = 8) können die Ergebnisse lediglich eingeschränkt gewertet werden.
kompetenz und übte einen erheblichen Einfluss auf die Motivation der Lernenden aus.

Die eingesetzte Vielfalt der Unterrichtsmethoden wird durch Abb. 10 verdeutlicht.

**Abb. 10:** Einschätzung der Häufigkeit des Einsatzes bestimmter Unterrichtsmethoden im Einführungsblock der Modellschüler/innen GPA = Modellschüler/innen)

Selbst wenn diese Methoden laut Angabe der Auszubildenden in unterschiedlich gewichteter Häufigkeit ins Unterrichtsgeschehen integriert wurden (vgl. Abb. 10), ist dennoch festzustellen, dass von Beginn an versucht wurde, den Auszubildenden eine enorme Variationsbreite an Methoden anzubieten. Dem innovativen Curriculum entsprechend, setzten die Lehrenden häufiger kooperative und seltener die an der Vermittlungsdidaktik orientierten Unterrichtsmethoden im Modellkurs ein. Außerdem war die Auswahl eher geprägt von solchen Methoden, die einen ganzheitlichen Kompetenzzuwachs ermöglichen und mehrere Kompetenzbereiche (fachliche, soziale und kommunikative, methodische, personale) gleichzeitig ansprechen.


### 3.1.3 Rollenverständnis der Lehrenden

Um eine Pflegeausbildung wie das Berliner Modell optimal zu implementieren und umzusetzen, müssen immer auch Veränderungen im Rollenverständnis aller Beteiligten angeregt werden. Für die Lehrer/innen äußerte sich das im Zuge der Implementierung des neuen curricularen Konzeptes vor allem in einem veränderten zeitlichen und organisatorischen Aufwand sowie in veränderten Anforderungen an ihr Qualifikationsprofil. Diese sollen Bestandteil der folgenden Ausführungen sein:


Die zur erfolgreichen Umsetzung neuer Unterrichtskonzepte und -methoden notwendigen **Fortschreibungsmöglichkeiten** bestanden für 73,3% der Lehrer/innen (11 Befragte) seitens der Wannsee-Schule. Themen waren vor allem Einführungen in die *Lernfelder und das Lernfeldkonzept sowie in die Methode des Problemorientierten Lernen*. Knapp die Hälfte der Lehrkräfte (46,7% = 7 Befragte) gab an, dass sie sich dadurch ausreichend auf das Lehren in Lernfeldern-/situationen vorbereitet fühlten.

Bereits im vorherigen Abschnitt thematisiert wurde der zeitliche Aufwand für die **Lernbegleitung** der Auszubildenden durch die Lehrkräfte. Obwohl sich die Auszubildenden beim Problemorientierten Lernen mit einem fachspezifischen Problem
selbstständig auseinandersetzen und die Lehrenden nicht mehr in der Rolle derjenigen sind, die Wissen portionieren, so bleibt es die Aufgabe der Lehrenden die Auszubildenden in diesen Prozessen zu begleiten (vgl. Rüller 1996; Schneider 1996; Them 2005). Während die Modellkursteilnehmer/innen die Begleitung beim Problemorientierten Lernen zu Ausbildungsbeginn als zu gering bemängelten (vgl. iap 2005), zeigten sie sich zwei Jahre später mit dem zeitlichen Rahmen der Betreuung durch die Lehrenden äußerst zufrieden.

3.1.4 Generalisierung im Ausbildungsverlauf

Eine generalistisch angelegte Pflegeausbildung verfolgt grundsätzlich das Ziel, die traditionell bestehenden drei Berufsfelder der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege) in einer gemeinsamen Ausbildung zu vereinen (Landenberger 2005).

Bezüglich der Generalisierung, d. h. der Integration der drei Ausbildungsberufe, die als entscheidendes Hauptprinzip der Generalistischen Pflegeausbildung bezeichnet werden muss, war die Mehrheit der befragten Modellschüler/innen (82,6% = 19 Befragte) zum Befragungszeitpunkt T3 (2006) nicht zufrieden (vgl. Abb. 11). Demnach wurden die drei Ausbildungsbereiche nicht gleichermaßen im Ausbildungsverlauf berücksichtigt.

![Diagramm](image)

Abb. 11: Einschätzung der Modellschüler/innen, inwiefern alle Pflegeausbildungsbereiche gleichermaßen innerhalb der Ausbildung Berücksichtigung finden

Problematisch wurde von 87,0% der Modellschüler/innen (20 Befragte) vor allem die Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege innerhalb der Ausbildung eingeschätzt.

---

Auch die Lehrer/innen beschrieben noch zu Beginn der Ausbildung Schwierigkeiten bei der gleichwertigen Berücksichtigung aller drei Bereiche (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege), die jedoch ihrer Meinung nach im weiteren Projektverlauf im Sinne des generalistischen Ansatzes behoben werden konnten.

3.1.5 Kurzzusammenfassung

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Evaluation, dass die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse in hohem Maße geeignet war, die Ziele der „Generalistischen Pflegeausbildung – Das Berliner Modell“ zu unterstützen.

- Insgesamt ist die Umsetzung des Konzepts Subjektorientierung rückblickend als positiv einzuschätzen. Dies zeigte sowohl die individuelle Einschätzung der Lehrenden als auch die Beurteilung der Auszubildenden, die verschiedenen Aspekte dieses Prinzips in ihrer Ausbildung umgesetzt sahen.
- Deutlich zeigte sich, dass das POL trotz anfänglicher Schwierigkeiten für die Auszubildenden und einem erhöhten Aufwand und Engagement für die Lehrkräfte, sehr gut an der Wannsee-Schule eingeführt und umgesetzt werden konnte, wodurch es sich rückblickend als wertvoller Bestandteil des Curriculums erwies.
- Bezüglich der Generalisierung im Ausbildungsverlauf und der Integration der drei Ausbildungsberufe ergaben sich aus der Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege Probleme, die eingehend zu diskutieren wären.
3.2 Förderung des Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfers durch das Ausbildungsmodell


Erkenntnisinteresse/ Fragestellung
Die Evaluation des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“ bezog sich unter anderem darauf, inwieweit die Lernorte Schule und Praxis als komplementäre Einheiten verstanden wurden und wie die Lehrenden und Praxisanleiter/innen als unmittelbare Akteure die Vernetzung von Praxis und Theorie prägten und gestalteten (vgl. DBP S. 6f.). Hinsichtlich dieser Aspekte wurden die folgenden Fragestellungen bearbeitet:

Inwieweit fördert das Ausbildungsmodell einen Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer?
• Welche Veränderungen bzw. Synergieeffekte werden in den Praxiseinrichtungen der Kooperationspartner/innen durch die Generalistische Pflegeausbildung angestoßen?

3.2.1 Beurteilung der Praxisinstrumente


Demnach hatte die Wannsee-Schule:
• die theoretische Vorbereitung der Einsätze zu gewährleisten,
• die Anwendung des theoretischen Wissens im „geschützten Raum“, d. h. im Lernlabor (dem praktischen Arbeitsraum der Schule) vor dem Praxiseinsatz zu trainieren,
• aufgrund der theoretischen Vorbereitung konkrete Aufgaben zur Bearbeitung in den praktischen Einsatzorten (Praxisaufträge) zu formulieren,
• die Auszubildenden in den jeweiligen Praxiseinsatzorten zu besuchen um Verknüpfungsleistungen zwischen theoretischem Vorwissen und konkreten praktischen Handlungssituationen anzuregen (Praxisbegleitungen) und
• in Form von Einzelschultagen die Verknüpfung von Praxiserfahrungen und theoretischem Wissen sowie die regelmäßige Reflexion während der Praxiseinsätze zu ermöglichen.

Die Aufgabe der Praxiseinrichtungen zur Unterstützung des Theorie-/Praxis-Transfers bestand darin, eine umfassende Praxisanleitung zu gewährleisten. Zur Praxisanleitung konnten sich die Praxisanleiter/innen folgender Instrumente bedienen:
- Führen von Erst-, Zwischen- und Abschlussgesprächen während der praktischen Einsätze der Auszubildenden,
- Stellen einer festen Bezugsperson für die Zeit in den praktischen Einsatzorten,
- Gewährleisten der Möglichkeit, dass Auszubildende erfahrene Pflegekräfte in konkreten Pflegesituationen beobachten können,
- Durchführen gezielter Einarbeitungen bzw. Herstellen konkreter praktischer Anleitungssituationen, anhand derer theoretisches Wissen unter Beaufsichtigung einer Pflegefachkraft in der Praxis geübt werden konnte,
- gemeinsames Besprechen von Patienten/innensituationen, um theoretische Vorkenntnisse und deren praktische Anwendung am konkreten Fall zu überprüfen, zu verknüpfen und zu reflektieren,
- Einholen eines schriftlichen Feedbacks durch die jeweils betreuten Auszubildenden am Ende jedes Praxiseinsatzes bezüglich der Qualität der Praxisanleitung. Damit konnte das eigene Vorgehen in der Praxisanleitung überprüft, reflektiert und ggf. optimiert werden.


Die Ergebnisse zu allen verwendeten Praxisinstrumenten werden im Folgenden dargestellt. Beginnend mit der Einschätzung der Vorbereitung auf die Praxisaufgaben durch die Wannsee-Schule folgt die allgemeine Beurteilung der Praxisinstrumente durch die Modellkurse Teilnehmer/innen und die Praxisanleiter/innen. Aufgrund ihres starken Einflusses auf den Transfer von Theorie und Praxis werden anschließend die Praxisinstrumente „Praxisanleitung“ und „Praxisbegleitung“ (vgl. Kap. 3.2.3 und 3.2.4) detaillierter betrachtet.

### 3.2.2 Vorbereitung der praktischen Einsätze durch die Wannsee-Schule

Neben den Praxisbegleitungen oblag den Lehrkräften der Wannsee-Schule selbstverständlich die theoretische Vorbereitung der Auszubildenden auf die praktischen Einsätze. Inwiefern die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse (vgl. Kap. 3.1) die Bewältigung beruflicher Handlungssituationen für die Auszubildenden forcierte, zeigte sich erst konkret in der Praxis. Zu deren Beurteilung soll im Folgenden die Gegenüberstellung mit den traditionellen Ausbildungsgruppen herangezogen werden. Alle Auszubildenden wurden zu ihrem ersten praktischen Einsatz gefragt: „Wie gut fühlen Sie sich durch den Einführungsblock auf Ihren ersten Praxiseinsatz vorbereitet?“

Dabei schien es für die generalistischen Auszubildenden deutlich schwieriger, diese Frage eindeutig zu beantworten. 41,7% (10 Befragte) der Auszubildenden zeigten eine tendenzielle Unentschlossenheit. Immerhin 37,5% der Modellkursteilnehmer/innen (9 Befragte) fühlten sich **gut bis sehr gut** durch die Wannsee-Schule vorbereitet. **Eher schlecht bis sehr schlecht** wurde die Vorbereitung von 16,7% der Auszubildenden (4 Befragte) eingeschätzt.

Gründe für die geringe Eindeutigkeit im Antwortverhalten dieser Zielgruppe (GPA) sind sicherlich mit der Unterschiedlichkeit der Einsatzorte für die Gruppe der Modellkursteilnehmer/innen aber auch generell mit der Neuartigkeit der generalistischen Ausbildungsbedingungen und den damit verbundenen Unsicherheiten aller Beteiligten (Lehrkräfte wie Auszubildende) zu diesem frühen Zeitpunkt denkbar.

Betrachtet man hingegen die Einschätzung der Vergleichsgruppen zeigt sich zumindest für die Gesundheits- und Krankenpflege (GKP), aber auch für die Gesundheits- und Kinderkrankenhaupe (GKKP) eine sehr eindeutige Einschätzung der Vorbereitung auf die Praxiseinsätze durch ihre jeweiligen Ausbildungsschulen. 90,0% der GKP – Auszubildenden (18 Befragte) sowie 87,5% der GKKP – Auszubildenden (14 Befragte) fühlten sich **gut bis sehr gut** auf die Praxis vorbereitet. Keine/r der Auszubildenden dieser Zielgruppen (0,0%) fühlte sich **schlecht bis sehr schlecht** vorbereitet. Hingegen zeigten die Auszubildenden der Altenpflegeausbildung (AP) ein ähnlich ambivalentes Antwortverhalten, wie die Modellkursteilnehmer/innen (GPA). Hier beurteilten 41,7% (= 5 der Befragten) die Vorbereitung durch die Schule mit **gut bis sehr gut**. 16,7% der Altenpflegeauszubildenden (2 Personen) empfanden die Vorbereitung weder gut noch schlecht und 3 Befragte (25,0%) schätzten sie **eher schlecht bis schlecht** ein. (vgl. Abb. 12).

Wie gut fühlen Sie sich durch den Einführungsblock auf Ihren ersten Praxiseinsatz vorbereitet?
(T2 Modellkursteilnehmer/innen, Apr 05, GPA n=24, GKP n=20, AP n=12, GKKP n=16; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GPA</th>
<th>GKP</th>
<th>AP</th>
<th>GKKP</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gut bis sehr gut</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>weder gut/ noch schlecht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eher schlecht bis schlecht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Angaben</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 12: Vorbereitung auf den ersten Praxiseinsatz durch die Schule. Gegenüberstellung der Untersuchungsgruppen

Nach der Einschätzung, wie gut sich die Auszubildenden durch die Schule auf den ersten Praxiserfolg vorbereitet fühlten, wurden alle Auszubildenden in einem nächsten Schritt gebeten, ihre positiven und/oder negativen Einschätzungen detaillierter zu begründen. Im Folgenden sind die Ergebnisse der Teilnehmer/innen der Generalistischen Ausbildung zusammengefasst:


Bei der ergänzenden Frage nach den Begründungen für Aspekte von **Unzufriedenheit** mit der Vorbereitung auf den ersten praktischen Einsatz gaben mehr Auszubildende Gründe für mögliche Unzufriedenheiten an, als vorher tatsächlich sagten, dass sie sich nicht ausreichend vorbereitet fühlten. Hier ergeben sich Antworten von 83,3% der Modellschüler/innen (20 Befragte). Wie schon bei den Gründen für Zufriedenheit mit der theoretischen Vorbereitung durch die Schule, konzentrierten sich auch die Antworten bei den Gründen für Unzufriedenheit auf fehlendes Fachwissen. Lücken bezüglich ihrer fachspezifischen Kenntnisse zeigten sich beispielsweise für 45,8% der Modellkursteilnehmer/innen (11 Befragte) auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei ist anzumerken, dass eine konkrete Vorbereitung auf eine solche spezielle Pflegeeinrichtung nicht innerhalb des ersten Theorieblockes geleistet werden kann. Vielmehr wäre für zukünftige generalistische Ausbildungen anzuregen, die Auswahl der ersten Praxisorte mit allgemeinerem Fokus zu präferieren.
Die Vorbereitung der Schule auf die Praxiseinsätze wurde über den Verlauf der Evaluation auch kontinuierlich in der Gruppe der Praxisanleiter/innen erhoben. Wie die unten stehende Übersicht zu zwei verschiedenen Erhebungszeitpunkten verdeutlicht, empfanden die Praxisanleiter/innen bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Evaluation die Vorbereitung durch die Schule tendenziell positiv, was sich im weiteren Verlauf des Projektes bestätigte (vgl. Abb. 13).

![Diagramm](image.png)

**Abb. 13:** Beurteilung der Vorbereitung der Auszubildenden


Um die Vorbereitung der Praxiseinsätze durch die Schule zu optimieren, formulierte 6 befragte Praxisanleiter/innen (14,0%) konkrete Verbesserungsvorschläge dahinge-
hend, dass Auszubildende vor allem auf spezielle Lerninhalte des Einsatzgebietes gezielter vorbereitet werden müssten (T2 Praxisanleiter/innen-Befragung 2006).

Im Folgenden werden nun die Relevanz und der Einsatz aller Praxisinstrumente aus der Sicht der verschiedenen Zielgruppen beschrieben.

Im Rahmen der Evaluation wurden die Teilnehmern/innen des Modellkurses gebeten, die Unterstützung ihres Lernprozesses durch die einzelnen Praxisinstrumente einzuschätzen (vgl. Abb. 14). Sehr deutlich zeigte sich dabei, dass die Auszubildenden jene Instrumente präferierten, die den direkten Kontakt zu und die Interaktion mit den Pflegekräften beinhalteten. So wurde vor allem das gemeinsame Besprechen von Patientensituationen (70,8% = 17 Befragte) von den Auszubildenden während des Praxiseinsatzes als unterstützend eingeschätzt. Weiterhin empfanden die Auszubildenden (54,2% = 13 Befragte) die Beobachtung erfahrener Pflegenden bei bestimmten Pflegehandlungen als bereichernd für ihre Lernprozesse. Auch die Begleitung durch eine feste Bezugsperson hatte für 50,0% der Auszubildenden (12 Befragte) besondere Relevanz. Als ebenfalls hilfreich stellte sich die gelungene Integration in das bestehende Pflegeteam für 45,8% der Auszubildenden (11 Befragte) dar.

![Grafik: Unterstützung des Lernprozesses im ersten Praxiseinsatz](Abb. 14: Unterstützung des Lernprozesses im ersten Praxiseinsatz)

Zu den **weniger unterstützenden Instrumenten** innerhalb ihres ersten Praxiseinsatzes zählten die Auszubildenden das Durchführen der Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche, die Bearbeitung der Praxisaufträge, der Austausch über belas-
tende Gefühle, das Führen des Lerntagebuches sowie die Einzelschultage. Die Einzelschultage wurden im Diskurs der Beteiligten innerhalb des weiteren Ausbildungsverlaufs eingestellt (siehe Kapitel 3.1.1.2).

Vergleichend mit den Beurteilungen der Praxisinstrumente durch die Auszubildenden, zeichnete sich von Seiten der Praxisanleiter/innen folgende Beurteilung zur Relevanz der Praxisinstrumente ab (vgl. Abb. 15):

![Diagramm: Welche Maßnahmen unterstützen Ihrer Ansicht nach das Lernen der Schüler/innen des Modellprojekts in der Praxis?](image)

**Abb. 15: Lernprozessunterstützende Maßnahmen für die Auszubildenden aus Sicht der Praxisanleiter/innen**

Wie schon die Auszubildenden äußerten auch 93,9% der Praxisanleiter/innen (31 Befragte) gegenüber den Einzelschultagen eine ablehnende Tendenz (vgl. Abb. 14 und Abb. 12).


3.2.3 Bedeutung der Praxisanleitung


Um die Auszubildenden der Generalistischen Pflegeausbildung an professionelles pflegerisches Handeln heranzuführen, bieten Praxisanleitungen eine gute Möglichkeit, um die theoretischen Ausbildungsinhalte in die praktischen Handlungen zu transferieren. Welche Bedeutung die Anleitungen für die Lernprozesse der Auszubildenden hatten und inwieweit sie sich für die Vernetzung von Theorie und Praxis innerhalb der Pflegeausbildung als unterstützend erwiesen, soll im Folgenden dargestellt werden.


Neben einer intensiveren zeitlichen Verfügbarkeit der Praxisanleiter/innen für gezielte Anleitungssituationen, die von 43,5% der Auszubildenden (10 Befragte) betont wurde, wünschten sich 26,1% (6 Befragte) eine verbesserte Qualifikation der Praxisanleiter/innen sowie eine höhere Motivation für die Unterstützung der Auszubildenden (21,7% = 5 Befragte; vgl. Abb. 17).
3.2.4 Beurteilung der Praxisbegleitungen


Bezug nehmend auf die zeitliche und inhaltliche Gestaltung der Praxisbegleitungen gaben die Lehrenden innerhalb der Befragung im April 2007 (T2) an, die Praxisbegleitungen regelmäßig ein Mal pro Praxiseinsatz durchzuführen. Sie verdeutlichten ihre grundsätzliche Zufriedenheit mit der Umsetzung der Praxisbegleitung, welche sie mit 39,1% der Modellkursteilnehmer/innen (9 Befragte) teilten (vgl. Abb. 18).

Gefragt nach möglichen Veränderungswünschen für die Praxisbegleitungen durch die Lehrkräfte der Wannsee-Schule konzentrierten sich die Aussagen der Auszubildenden auf drei unterschiedliche Bereiche, die zukünftig noch optimiert werden könnten (vgl. Abb. 18). So wünschten sich 17,4% der befragten Auszubildenden (4 Befragte) mehr konkrete Anleitung durch ihre Lehrkräfte, d. h. den direkten Einbezug der Lehrkräfte in die praktischen Handlungssituationen während der Begleitungen. Weiterhin erhofften sich 13,0% (3 Befragte) einen häufigeren und intensiveren Kontakt zum Einsatzort und weitere 8,7% der Modellschüler/innen (2 Befragte) eine intensivere Begleitung (vgl. Abb. 18).
3.2.5 Zusammenarbeit zwischen Schule und Praxis im Ausbildungverlauf


Wie wurden Sie über das Modellprojekt "Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung" informiert?
(T1 Praxisanleiter/innen, Aug 05, n=32 offene Frage; Angaben in %)

Abb. 19: Genutzte Möglichkeiten um Praxisanleiter/innen zu informieren

42,4% der Praxisanleiter/innen (14 Befragte) gaben an, durch spezielle Veranstaltungen über das Modellprojekt informiert worden zu sein. Für weitere 27,3% dieser Zielgruppe (9 Befragte) erfolgte die Informationsweitergabe auf dem informellen Weg. Lediglich 3 Praxisanleiter/innen (9,1%) erhielten eine Broschüre mit Hinweisen zum Berliner Modell. 54,5% der Praxisanleiter/innen (18 Befragte) machte Angaben zu sonstigen Möglichkeiten des Informationsflusses. Hierunter fiel neben der Weitergabe von Informationen durch andere Personen (beispielsweise Lehrende, Kollegen/innen usw.) auch die Aussage „Keine Informationen erhalten“, welche von 5 Personen (15,2%) genannt wurden.

Infolgedessen verdeutlichten 66,7% der Praxisanleiter/innen (22 Befragte), sie fühlten sich über das Modellprojekt nicht ausreichend informiert (T1 Praxisanleiter/innen-Befragung 2005). Weiterhin erlebten 69,7% dieser Zielgruppe (22 Befragte) einen Bedarf an weiteren Informationen. Explizit gefragt, forderten die Praxisanleiter/innen eine stärkere Verknüpfung von Theorie und Praxis (42,4% = 14 Befragte), allgemeine Informationen zur Generalistischen Pflegeausbildung (39,4% = 13 Befragte) sowie auch spezifischere Angaben bezüglich des Curriculums (30,3% = 10 Befragte) oder des Problemorientierten Lernens (36,4% = 12 Befragte) (vgl. Abb. 20).
An welchen Informationen haben Sie Bedarf?
(T1 Praxisanleiter/innen, Aug 05, n=33, offene Frage; Angaben in %)

Abb. 20: Informationsbedarf der Praxisanleiter/innen

Der Informationsbedarf der Praxisanleiter/innen bestätigte sich im Laufe der Evaluation ein weiteres Mal, formuliert als Erwartungen, die diese an die Schule bzw. die Lehrenden richteten (vgl. Abb. 21).

Welche Erwartungen haben Sie als Praxisanleiter/in an die Wannsee-Schule bzw. die Lehrenden in Bezug auf die gemeinsame Zusammenarbeit im Rahmen des Modellprojekts?
(T2, Praxisanleiter/innen, Juli 06, n=19, offene Frage; Angaben in %)

Abb. 21: Erwartungen der Praxisanleiter/innen an die Wannsee-Schule bzw. an die Lehrenden
31,6% der Praxisanleiter/innen (6 Befragte) betonten ihren Bedarf an Informationen zum Modellprojekt. Darüber hinaus formulierten je 26,3% (5 Befragte) Erwartungen bezüglich passender Vorbereitung bzw. Praxisaufträge sowie Zusammenarbeit/ Kommunikation/ Austausch. Zudem wurden von 15,8% der Praxisanleiter/innen (3 Befragten) Transparenz und Informationen über die Auszubildenden erhofft.

Inwieweit sich die Erwartungen der Praxisanleiter/innen (vgl. Abb. 21) an Schule und Lehrende verwirklichen ließen, bzw. wie sich die Zusammenarbeit tatsächlich darstellte, wird im Folgenden betrachtet. Dazu brachten die Praxisanleiter/innen sowie die Lehrenden ihre Einschätzung bezüglich verschiedener Aspekte der Kommunikation mithilfe einer 5-stufigen Skala (1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut) zum Ausdruck (vgl. Abb. 22).

Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Praxisanleiter/innen / mit den Lehrenden der Wannsee-Schule?
(T2 Lehrende, Apr 07; T3 Praxisanleiter/innen, Mai 07; Angaben in Mittelwerten)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Verbindlichkeit von Absprachen</th>
<th>Gewährleistung von Theorie-Praxis/- Praxis-Theorie-Transfer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Komunikationsstrukturen</td>
<td>Transparente Information</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitgestaltung und Mitsprache</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 22: Gegenüberstellung der Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen Lehrenden der Wannsee-Schule und Praxisanleiter/innen

Wie die Abb. 22 verdeutlicht, beurteilten die Lehrer/innen die Zusammenarbeit zwischen den beiden Lernorten positiver als die Praxisanleiter/innen. Dabei schätzte die Lehrer/innengruppe den Transfers von Theorie und Praxis insgesamt als gewährleistet (Mittelwert = 3,57) ein, erkannte allerdings Defizite in der Verbindlichkeit von Absprachen (Mittelwert = 3,14). Demgegenüber sahen die Praxisanleiter/innen eben diesen letztgenannten Aspekt eher als gut erfüllt (Mittelwert = 3,58). Sie wünschten sich mehr Möglichkeiten der Mitgestaltung und Mitsprache (Mittelwert = 2,86) sowie mehr Transparenz der Informationen (Mittelwert = 2,86).

Eine weitere Möglichkeit des Austausches und der Kommunikation bot sich während der Praxisbegleitungen der Auszubildenden durch die Lehrkräfte an. Aus diesem Grund wurden die Praxisanleiter/innen danach befragt, ob für sie während der Begleitung durch die Lehrkräfte der Wannsee-Schule in den Praxisorten ebenfalls möglich war, sich mit diesen auszutauschen und ggf. beraten zu lassen. Den Ergebnis
nissen zufolge, bestand diese Möglichkeit für 47,8% der Praxisanleiter/innen (11 Befragte). 34,8% der Praxisanleiter/innen (8 Befragte) hatten diese Möglichkeit nach eigenen Angaben nicht (vgl. Abb. 23). Von den 47,8% der Praxisanleiter/innen (11 Befragte), welchen dieses Angebot zur Verfügung stand, nutzten es 34,8% (8 Befragte). Weitere 8 Befragte (34,8%), denen diese Möglichkeit nicht offen stand oder aber nicht bekannt war, wünschten sich, davon Gebrauch machen zu können (T3 Praxisanleiter/innen-Befragung 2007).

Besteht für Sie als Praxisanleiter/in die Möglichkeit, sich während des Besuches der Lehrenden der Wannsee-Schule pädagogisch-didaktisch auszutauschen und ggf. beraten zu lassen?
(T3 Praxisanleiter/innen, Mai 07, n=23; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwort</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ja</td>
<td>4,3</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>34,8</td>
</tr>
<tr>
<td>teils-teils</td>
<td>47,8</td>
</tr>
<tr>
<td>keine Angabe</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 23: Möglichkeit zum pädagogisch-didaktischen Austausch mit den Lehrenden der Wannsee-Schule

Dieser Dialog zwischen Praxisanleiter/innen und Praxisbegleiter/innen konzentrierte sich nach Angaben der Lehrenden auf Fragen zur Konzeption bzw. zum Curriculum der Generalistischen Pflegeausbildung, auf spezifische fachliche Fragen der Anleiter/innen, auf Unklarheiten bei der Beurteilung der Modellschüler/innen, auf Modalitäten der praktischen Ausbildung im Modellprojekt sowie die auf die Gestaltung der Examensprüfungen.

Insgesamt verdeutlichten alle Zielgruppen (Modellkursesteilnehmer/innen, Praxisanleiter/innen und Lehrende) den Optimierungsbedarf hinsichtlich der Zusammenarbeit von Schule und Praxis. Dabei zeigten die Befragten in folgenden Bereichen Möglichkeiten der Veränderung und Verbesserung auf:

- **Allgemeine Abläufe und Organisation**

Bezüglich der Kommunikation zwischen den Lernorten sowie auch des Informationsaustausches wurde sowohl von den Praxisanleiter/innen als auch von den Lehrenden Handlungsbedarf empfunden. Die Praxisanleiter/innen sprachen sich für einen stärkeren allgemeinen Austausch sowie eine bessere Informationsweitergabe der Schule hinsichtlich der Auszubildenden aus. Unter anderem auch zu diesem Zwecke erachtete diese Zielgruppe die Benennung einer/s Ansprechpartners/in in der Schule für sinnvoll. Zudem bekräftigen die Auszubildenden die Aussagen das „Mentoren besser über schulinterne Infos zu unterrichten“ seien da „oft Unwissenheit über Abläufe und Organisation der Schule und was ein Schüler darf und was nicht“ bestün-

- **Verzahnung der Aufgaben von Praxisanleiter/innen und Lehrenden**


3.2.6 **Einschätzung der Auswirkungen (Synergieeffekte) durch das Modellprojekt**


![Diagramm zu Veränderungen am Lernort Praxis bzw. Schule](image-url)

**Abb. 24**: Meinungsbild zu Veränderungen an den Lernorten Praxis und Schule
Nach Angaben der befragten Lehrenden schien das „Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung“ neben den Veränderungen in der Schule auch Einfluss auf die praktische Lernumgebung auszuüben (75,0% der Lehrenden = 6 Befragte). Dies bestätigten allerdings nur 21,7% der Praxisanleiter/innen (5 Befragte). Knapp die Hälfte der Praxisanleiter/innen (47,8% = 11 Befragte) meinte hingegen, dass es durch das Modellprojekt keinerlei Veränderungen am Lernort Praxis gäbe. Unentschiedenheit bezüglich dieser Frage drückten Lehrende sowie Praxisanleiter/innen etwa im gleichen Maße aus (25,0% der Lehrenden = 2 Befragte bzw. 26,1% der Praxisanleiter/innen = 6 Befragte).

Wie bereits im vierten Zwischenbericht der Evaluation dargestellt, regte die Generalistische Pflegeausbildung für die Lehrenden Veränderungen auf der inhaltlichen Ebene an. Nach Angaben der Lehrenden wurden „Lerninhalte und Methoden des Modulkurses in andere Kurse übernommen“ bzw. „POL an der Schule etabliert“.

3.2.7 Kurzzusammenfassung


- Besonders **unterstützend** für den Theorie-/Praxis-Transfer waren nach Ansicht der Auszubildenden und der Praxisanleiter/innen die Beobachtung erfahrener Pflegender, das gemeinsame Besprechen von Patientensituationen sowie eine feste Bezugsperson an den Praxisorten.
- **Die Praxisanleitungen** waren nach Meinung der Auszubildenden zeitlich zu knapp bemessen. Zudem wurde die Qualifikation der Praxisanleiter/innen von einem Teil der Auszubildenden als unzureichend eingeschätzt.
- **Die Praxisbegleitung** durch die Lehrenden der Wannsee-Schule wurden von den Auszubildenden grundsätzlich positiv bewertet. Verbesserungsvorschläge bezogen sich auf eine intensivere Begleitung, mehr Anleitung während der Praxisbegleitung sowie einen intensiveren Kontakt zum Einsatzort.
- **Die Zusammenarbeit zwischen Schule und Praxis** gestaltete sich aufgrund zeitlicher Engpässe an beiden Lernorten tendenziell schwierig für die Beteiligten,
obwohl sich beide Seiten (Lehrer/innen und Praxisanleiter/innen) mehr Zusammenarbeit, Kommunikation und Austausch wünschten. Im Vergleich zu den Praxisanleitern/innen fiel die Beurteilung der Zusammenarbeit von Seiten der Lehrenden positiver aus.


3.3 Bewährung des Ausbildungsmodells in der Pflegepraxis und bei potenziellen Arbeitgebern

Von Bedeutung für das Gelingen innovativer Modellprojekte ist, dass sie sich in der Praxis bewähren und dort eine hohe Akzeptanz bei den Arbeitgeber/innen und von den Pflegenden selbst erfahren. Das erst garantiert, dass sich Innovationen etablieren und multiplizieren können.

Erkenntnisinteresse / Fragestellung

Im Rahmen der Evaluation der „Generalistische Pflegeausbildung – Das Berliner Modell“ stellte sich den Forschenden unter anderem die Frage, inwieweit sich das Ausbildungsmodell in der Pflegepraxis sowie bei potenziellen Arbeitgebern als geeignet erwies. Im Fokus der Untersuchung stand die Akzeptanz des Modells inhaltlicher sowie struktureller Natur, aber vor allem der Pflegenden, die nach diesem Konzept ausgebildet wurden.

Folgende forschungsleitende Fragestellungen wurden im Kontext der Evaluation des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“ zu diesem Themenschwerpunkt formuliert:

Wie bewährt sich das Ausbildungsmodell in der Pflegepraxis und bei potenziellen Arbeitgebern?
• Sind Pflegende aus der Generalistischen Pflegeausbildung flexibler innerhalb und außerhalb pflegerelevanter Einrichtungen einsetzbar?
• Wie ist die Akzeptanz der Teilnehmer/innen am Modellversuch in der Pflegepraxis bezüglich ihrer Qualifizierung bzw. ihres erworbenen Kompetenzprofils (Berufschancen)?

3.3.1 Stärken und Schwächen des Ausbildungsmodells


Diese Schwerpunkte (Kompetenzerweiterung und Flexibilität der Auszubildenden) lassen sich auch in den intendierten Zielen des Modellprojektes wieder finden.
Neben den aufgezeigten Stärken verwiesen die Befragten auch auf **Schwächen** im „Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung“.

Dabei wurde von allen Befragungsgruppen der Aspekt: „fehlendes spezielles Wissen/Spezialisierung“ (72,2% der Experten/innen = 13 Befragte; 28,6% der Lehrenden = 2 Befragte, 30,8% der Praxisanleiter/innen = 4 Befragte; 71,4% der Modellkursteilnehmer/innen = 15 Befragte) thematisiert. Diese Reaktion ließ sich vorab vermuten, da der generalistische Ansatz eine fachliche Spezialisierung erst im Anschluss an die Ausbildung im Rahmen einer Weiterbildung vorsieht.

Problematisiert wurde von jeweils einem Teil der Befragten aus den unterschiedlichen Zielgruppen, dass es möglicherweise schwierig wird, die Akzeptanz gegenüber der Ausbildung und den Auszubildenden in der Praxis durchzusetzen (22,2% der Experten/innen = 4 Befragte; 28,6% der Lehrenden = 2 Befragte; 7,7% der Praxisanleiter/innen = 1 Befragte/er). Weiterhin verwiesen die Befragten auf strukturelle und inhaltliche Schwierigkeiten innerhalb der Generalistischen Ausbildung. Dazu zählten unter anderem auch die von 28,6% der Lehrenden (2 Befragten) angesprochene ungenügende staatliche Anerkennung der Ausbildung sowie der von 38,5% der Praxisanleiter/innen (5 Befragte) als unzureichend eingeschätzte Theorie-/Praxis-Transfer. Von 38,9% der Experten/innen (7 Befragte) wurde darüber hinaus eine begrenzte berufliche Handlungskompetenz der Auszubildenden zur Sprache gebracht.
3.3.2 Beurteilung der Ausbildungsdauer


Beurteilung der Ausbildungsdauer von 3 Jahren
(T1 Experten/innen, Feb. 08, n=18; T3 Lehrende, Nov. 07, n=7; T4 Modellkurs, März 07, n=21; T4 Praxisanleiter/innen, Okt. 07, n=13)

![Diagramm der Beurteilung der Ausbildungsdauer von 3 Jahren](image)

Ein Teil der Befragten erachtete die Ausbildungsdauer von 3 Jahren als genau richtig (44,4% der Experten/innen = 8 Befragte, 42,6% der Praxisanleiter/innnen = 6 Befragte, 54,5% der Modellkurssteilnehmer/innen = 12 Befragte sowie 100,0% der Lehrenden = 7 Befragte; vgl. Abb. 26). Der übrige Teil der Befragten schätzte den festgesetzten Zeitraum für die Generalistische Pflegeausbildung als zu kurz ein. Dieser Überzeugung waren 45,5% der Modellkurssteilnehmer/innen (10 Befragte), 55,6% der Experten/innen (10 Befragte) und 46,2% der Praxisanleiter/innen (6 Befragte).

Diese Angaben lassen vermuten, dass eine dreijährige Pflegeausbildung für die Vermittlung der schulischen Lerninhalte ausreichend war, wohingegen die Aneignung der praktischen Handlungsfähigkeit, vor dem Hintergrund der Vereinbarkeit dreier Ausbildungsschwerpunkte (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege), eine zeitliche Herausforderung darstellte. Diesem zeitlichen Engpass könnte nach Ansicht der Befragten durch eine Verlängerung der Generalistischen Pflegeausbildung auf vier Jahre (36,4% Modellkurssteilneh-
mer/innen = 8 Befragte; 38,9% der Experten/innen = 7 Befragte; 46,2% Praxisanleiter/innen = 6 Befragte) entgegengewirkt werden (vgl. Abb. 27).

**Was wäre Ihrer Meinung nach die optimale Ausbildungsdauer?**
(T1 Experten/innen, Feb 08, n=18; T3 Lehrende; Nov 07, n=7; T4 Modellkurs, März 07, n=21; T4 Praxisanleiter/innen, Okt 07, n=13)

![](chart.png)

3.3.3 **Transfer des Modells bzw. einzelner Modellanteile in die Regelausbildung**

Um zunächst den Bedarf an Neuerungen in der Pflegeausbildung zu erheben, wurden die externen Experten/innen im Februar 2008 konsultiert. Laut der Ergebnisse dieser Onlinebefragung hielten alle Experten/innen (18 Befragte) eine Reformierung der Pflegeausbildung grundsätzlich für erforderlich.

Im Anschluss konkretisierten sich die zukünftigen Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegeausbildung nach Auffassung der Befragten folgendermaßen (vgl. Abb. 28):

**Abb. 27: Beurteilung der optimalen Ausbildungsdauer**
Wie sollte eine zukünftige Pflegeausbildung Ihrer Meinung nach gestaltet sein?

(T1 Experten/innen Februar 2008; n=18; Angaben in %)

- Generalistische Ausbildung
- Dualer Studiengang
- Grundständiger Studiengang
- Integrierte Ausbildung
- Sonstiges
- Getrennt durchgeführte Ausbildung
- Integrative Ausbildung

Es zeichnete sich ab, dass sowohl die generalistische Ausbildung (77,7% der Befragten = 14 Befragte) als auch ein dualer (61,1% = 11 Befragte) sowie ein grundständiger Studiengang (38,8% = 7 Befragte) in der zukünftigen Organisation der Pflegeausbildung eine Rolle spielen könnten.

Abb. 29: Übernahme des Modells in die Regelausbildung

Abb. 29 lässt dazu erkennen, dass ein Drittel der Experten/innen (33,3% = 6 Befragte) sowie mehr als die Hälfte der Lehrenden (57,1% = 4 Befragte) eine Übernahme des gesamten Modells favorisierte. Demgegenüber zogen fast die Hälfte der Praxisanleiter/innen (46,2% = 6 Befragte) sowie mehr als die Hälfte der Modellkurseinnehmer/innen (54,5% = 12 Befragte) die Adaption einzelner Modellanteile vor. Insgesamt erfuhr das „Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung“ großen Zuspruch, einzig ein/e der Experte/in (5,6%) empfahl, kein Element des Modells in die Regelausbildung aufzunehmen. Mehr als ein Drittel der Experten/innen (38,9% = 7 Befragte) konnten und/oder wollten sich zu dieser Frage zum Befragungszeitpunkt nicht eindeutig festlegen (Kategorie „weiß nicht“).

Welche Modellanteile halten Sie für eine Übernahme in die Regelausbildung geeignet?
(T1 Experimen/innen, Feb 08, n=18; T3 Lehrende, Nov 07, n=7; T4 Modellkurs, Feb 08 u. Okt 07, je n=22; T4 Praxisanleiter/innen, Okt 07, n=13; Angaben in %)

Vertiefend zur grundsätzlichen Befürwortung des generalistischen Ansatzes war es den Experten/innen ebenfalls möglich, ihre erwarteten Schwierigkeiten beim Transfer des Ansatzes in andere Pflegeausbildungseinrichtungen zum Ausdruck zu bringen (vgl. Abb. 31).

Sehen Sie Schwierigkeiten beim Transfer des generalistischen Ansatzes in andere Pflegeausbildungseinrichtungen?
(T1 Experten/innen, Feb 08; n=18; Angaben in %)

Abb. 30: Geeignete Modellanteile für die Übernahme in die Regelausbildung

Abb. 31: Schwierigkeiten beim Transfer des generalistischen Ansatzes
Nahezu drei Viertel der befragten Experten/innen verwiesen auf mögliche Hindernisse beim Transfer des generalistischen Ansatzes in die Praxis. Besonders kritisch hervorgehoben wurden von den Experten/innen die bislang unzureichenden Voraussetzungen (44,4% = 8 Befragte) sowie die mangelnde Akzeptanz von Seiten der Praxis (27,8% = 5 Befragte). Weitere Hürden könnten nach Ansicht der Experten/innen aus den bestehenden finanziellen und ideellen Abhängigkeiten der Schulen entstehen (16,7% = 3 Befragte). Zudem stünden die unzureichende generalistische Ausrichtung in der Lehrerbildung (16,7% = 3 Befragte) sowie die unterschiedlichen ministeriellen Zuständigkeiten (16,7% = 3 Befragte) dem Transfer des generalistischen Modells entgegen.

3.3.4 Akzeptanz der Auszubildenden in der Pflegepraxis


![Abbildung 32: Beurteilung der Generalistischen Pflegeausbildung im Hinblick auf Akzeptanz](image)

Haben Sie den Eindruck, dass die Generalistische Pflegeausbildung in der Pflegepraxis eher auf Akzeptanz oder Widerstand stößt?

(T6 Modellkurs, Feb 08, n = 22)

- Eher Akzeptanz
- Teils/teils
- Eher Widerstand
- aktuell nicht in der Praxis tätig
- Keine Angabe

Die Generalistische Pflegeausbildung erfuhr nach Angaben der Befragten insgesamt eher Akzeptanz (22,7% = 5 Befragte) als Widerstand (9,1% = 2 Befragte). Die meis-
ten Teilnehmer/innen (27,3% = 6 Befragte) konnten jedoch beide Extreme feststellen (Kategorie „teils/teils“). 36,4% der Modellteilnehmer (8 Befragte) waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht im Praxisfeld tätig und konnten die Frage aus diesem Grund nicht beantworten („aktuell nicht in der Praxis tätig“).

Gegenüber 18,2% der Auszubildenden (4 Befragte) wurde Interesse an der Ausbildung signalisiert, während andere 4 Befragte Wissen über die Ausbildung bzw. ein Interesse an der Ausbildung vermissten. Eine grundsätzliche Skepsis gegenüber dem generalistischen Ansatz wurde von weiteren 4 Absolventen/innen wahrgenommen. Dabei registrierten 2 Befragte (9,1%) eine Ablehnung vor allem im Versorgungsbereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Eine unzureichende Akzeptanz des Modells in der Pflegepraxis resultierte unter anderem auch aus den in Kapitel 3.3.1 beschriebenen Schwächen der Generalistischen Pflegeausbildung. Um diesen Schwächen zu begegnen, empfahlen 38,9% der Experten/innen (7 Befragte) eine konzeptionelle / methodisch-didaktische Neu- und Weiterentwicklung vorzunehmen (Experten/innen-Befragung 02/08; n = 18). Laut 5 Befragten (27,8%) könnte sich eine Verlängerung der Ausbildung positiv auswirken. Weiterhin regten 16,7% (3 Befragte) an, die Verknüpfung der Ausbildung mit der Hochschule stärker zu forcieren. Mehr Transparenz, Information und Synergiebildung empfahlen 2 der Befragten (11,1%). Ebenfalls 2 Experten/innen (11,1%) sahen Chancen in gesetzlich-normativen Änderungen, in der Möglichkeit zur anschließenden Weiterqualifizierung der Auszubildenden sowie in einer Steigerung der Forschungs- und Evaluationsaktivitäten, um beispielsweise die speziellen beruflichen Kompetenzen zu überprüfen.

Um sich der Frage nach der Akzeptanz gegenüber den Auszubildenden in der Pflegepraxis zu nähern, wird die diesbezügliche Einschätzung der Experten/innen dargestellt und begründet.

Wie schätzen Sie die Akzeptanz generalistisch Ausgebildeter auf dem Arbeitsmarkt ein? (T1 Experten/innen, Feb 08; n=18; Angaben in %)

![Diagramm](attachment:akzeptanz.png)

Abb. 33: Akzeptanz generalistisch Ausgebildeter auf dem Arbeitsmarkt

Fast man die beiden Kategorien *hohe und sehr hohe Akzeptanz* zusammen, dann zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der befragten Experten/innen (zusammen: 55,5% = 10 Befragte) die Akzeptanz der generalistisch ausgebildeten Pflegenden positiv

Auch in den Bewerbungsgesprächen wurde den Absolventen/innen eine wohlwollende und zugängliche Haltung entgegengebracht. 27,3% der Auszubildenden (6 Befragte) empfanden ein generelles Interesse gegenüber ihrem speziellen Berufsabschluss von Seiten der jeweiligen Pflegeeinrichtung, welches sich laut einer/es Auszubildenden (4,5% = 1 Befragte/r) auch in das spätere Arbeitsfeld ausdehnte.

Argumente der Experten/innen, die auf eine mittlere bis geringe Beurteilung der Akzeptanz der Auszubildenden in der Pflegepraxis hinwiesen (siehe Abb. 33), resultieren in erster Linie aus allgemeinen anfänglichen Schwierigkeiten. Dazu zählten fehlende Nachweise der Wirksamkeit, mangelnde Transparenz und Informationen zur Ausbildung in der Öffentlichkeit sowie grundsätzliche Skepsis gegenüber Neuerungen (vgl. Abb. 33). Von Seiten der Auszubildenden wurden im Rahmen des Bewerbungsgespräches zudem Nachteile durch die fehlende Anerkennung des Abschlusses wahrgenommen (9,1% = 2 Befragte). Lediglich ein/e Experte/in (5,6%) wies auf ein unzureichendes Qualifikationsprofil der Auszubildenden hin.

3.3.5 Berufschancen und Verbleib der Absolventen/innen

Vor allem von den Lehrenden wurden die zukünftigen Berufschancen der Absolventen/innen der Generalistischen Pflegeausbildung als gut (62,5% = 5 Befragte) bis sehr gut (37,5% = 3 Befragte) beurteilt (vgl. Abb. 34). Demgegenüber waren die Angaben der Modellschüler/innen und Praxisanleiter/innen vorsichtiger formuliert und bewegten sich auch im Bereich teils-teils (17,4% der Praxisanleiter/innen = 4 Befragte, 36,4% der Modellkursteilnehmer/innen = 8 Befragte) und schlecht (17,4% der Praxisanleiter/innen = 4 Befragte, 9,1% der Modellkursteilnehmer/innen = 2 Befragte).
Wie schätzen Sie Ihre zukünftigen Berufschancen/die Berufschancen der Schüler/innen des Modellprojekts auf dem Arbeitsmarkt ein? (T5 Modellkursteilnehmer/innen, Sept 07, n=22; T3 Praxisanleiter/innen, Mai 07, n=23; T2 Lehrende, Apr 07; n=8; Angaben in %)

Abb. 34: Einschätzung der Berufschancen der Absolventen/innen der Generalistischen Pflegeausbildung

Aufgrund der dargestellten Skepsis von Seiten der Auszubildenden gegenüber ihren zukünftigen Berufschancen wurden die Teilnehmer/innen des Modellkurses diesbezüglich um einen Vergleich zwischen den Ausbildungsgängen gebeten (vgl. Abb. 35).

Wie schätzen Sie Ihre zukünftigen Berufschancen ein im Vergleich zu...? (T5 Modellkursteilnehmer/innen, Sept 07, n=22; Angaben in %)

Abb. 35: Einschätzung der Berufschancen im Vergleich zu Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in und Altenpfleger/in

Dabei zeigte sich, dass 77,3% der Zielgruppe (17 Befragte) ihre Berufschancen gegenüber den Gesundheits- und Krankenpflegern/innen als gleichwertig empfanden, 68,2% (15 Befragte) schrieben sich bessere Chancen als den Absolventen/innen der Altenpflegeausbildung zu. Weniger positive Resonanz erwarteten 90,9% der Modellkursteilnehmer/innen (20 Befragte) im Vergleich zu Absolventen/innen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Diese schlechtere Prognose resultierte aus der Einschätzung der Auszubildenden, dass der Ausbildungsgang Gesundheits- und Kin-
der Krankenpflege spezielles Fachwissen erfordert, dessen Vermittlung im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung zu wenig Beachtung fand (vgl. Kap. 3.3.1).


**Tab. 1: Berufsperspektiven generalistisch ausgebildeter Pflegender**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Berufliche Tätigkeitsteiler</th>
<th>Mittelwerte(^\text{14})</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbeit in der direkten Pflege (&quot;am Patientenbett&quot;)</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegerische Berufstätigkeit im Ausland</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeit im Bereich Vernetzungstätigkeiten (z. B. Case-Management)</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Berufspolitische Arbeit (z. B. in Berufsverbänden, Betriebsrat)</td>
<td>3,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeit im Qualitätsmanagement</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeit in Führungspositionen</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeit im Bereich Gutachtertätigkeiten (z. B. MDK)</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung</td>
<td>3,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(T1 Experten/innen-Befragung Feb 08, n = 18)

Insgesamt zeigt Tab. 1, dass sich laut der Experten/innen alle genannten Berufsperspektiven für generalistisch ausgebildete Pflegerde anbieten. Dabei schienen die Tätigkeit in der direkten Pflege (Mittelwert 4,8) sowie die pflegerische Berufstätigkeit im Ausland besonders gute Aussichten für die Auszubildenden einer generalistischen Pflegeausbildung zu bieten. Diese Rangfolge deckt sich in weiten Teilen mit der Einschätzung der Modellkurse teilnehmer/innen und Praxisanleiter/innen (vgl. Abb. 36).

\(^{14}\) Der Wert 1 entspricht der Aussage "gar nicht geeignet", 5 kommt der Angabe "sehr geeignet" gleich
Für welche Tätigkeitsfelder halten Sie sich /die Absolventen/innen der Generalistischen Pflegeausbildung besonders qualifiziert?
(T4 Modellkursteilnehmer/innen, März 07, n= 21; T3 Praxisanleiter/innen, Mai 07, n= 23; Angaben in Mittelwerten)

Abb. 36: Qualifikation der Absolventen/innen der Generalistischen Pflegeausbildung für bestimmte Tätigkeitsfelder

An anderer Stelle innerhalb der Evaluation wurden die Auszubildenden (T5 und T6), Praxisanleiter/innen (T3) und Lehrenden (T3) gefragt, in welchen Positionen und Arbeitsfeldern die Absolventen/innen vermutlich in 5-10 Jahren zu finden sind. Zum Verbleib der Absolventen/innen innerhalb dieses Zeitraums zeigten sich bei den befragten Zielgruppen unterschiedliche Auffassungen: Während 57,1% der Lehrenden (4 Befragte) und 8,7% Praxisanleiter/innen (2 Befragte) die Absolventen/innen der Generalistischen Pflegeausbildung in 5-10 Jahren in Führungspositionen sahen, ihnen eine akademische bzw. pädagogische Laufbahn vorhersagten (13,0% der Praxisanleiter/innen und 57,1% der Lehrenden), strebten 40,9% der Auszubildenden (9 Personen) selbst ärztliche Tätigkeiten an. Vorstellbar war für ein Teil der Auszubildenden auch die Weiterqualifizierung in spezifischen Bereichen wie beispielsweise Aus- und Weiterbildung, Pädiatrie/ Geburtshilfe oder Beratung und Case-Management.

Die Auszubildenden wurden im Zuge der Evaluation (Befragung T4 im März 2007) gebeten einzuschätzen, in welchen verschiedenen Bereichen der Pflege sie sich vor-

---

15 Der Wert 1 entspricht der Aussage "gar nicht geeignet", 5 kommt der Angabe "sehr geeignet" gleich
stellen könnten, zukünftig tätig zu werden (Abb. 37). Konkret sahen die Wünsche der Auszubildenden des Modellkurses für ihre zukünftige Beschäftigung folgendermaßen aus:

**In welchem Arbeitsbereich der Pflege möchten Sie nach Ihrer Ausbildung arbeiten?**
(T4 Modellkursteilnehmer/innen, März 07, n=21; Angaben in Mittelwerten)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsbereich</th>
<th>Mittelwert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Krankenhaus</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Palliativstation</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Hospiz</td>
<td>3,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Kinderklinik</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheitsförderung / Prävention</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>ambul. Pflege / Sozialstation</td>
<td>2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Beratungsstellen</td>
<td>2,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Tagesklinik</td>
<td>2,7</td>
</tr>
<tr>
<td>betreute Wohngruppen</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Tagespflege</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehaeinrichtung</td>
<td>2,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Alten- und Pflegeheim</td>
<td>2,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 37: Bevorzugte Arbeitsbereiche nach Abschluss der Ausbildung


Gefragt nach ihrer tatsächlichen Beschäftigung im Anschluss an die Generalistische Pflegeausbildung zeigte sich, dass 45,5% der Absolventen/innen (12 Be-

---

fragte) ausschließlich in der Pflege tätig waren. 36,4% (8 Befragte) konnten unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung in den Beruf einsteigen (Ausbildungsende September 2007). Lediglich 9,1% (2 Befragte) gaben an, erst im Januar 2008 mit einer beruflichen Tätigkeit begonnen zu haben, was nicht zuletzt auch durch persönlich-private Hintergründe beeinflusst war.

Bei denjenigen Absolventen/innen, die zum Zeitpunkt der Befragung (T6 = Follow-Up) bereits einer Beschäftigung in der Pflege nachgingen, zeigte sich eine Verteilung auf folgende pflegerische Arbeitsfelder:

In welchem Versorgungsbereich sind Sie zurzeit als Absolvent/in des Modellprojektes tätig?
(T6 Modellkursteilnehmer/innen, Feb 08, n = 22)

- Gesundheits- und Krankenpflege: 50%
- Altersgruppen-übergreifend: 20%
- Altenpflege: 20%
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege: 10%
- Trifft generell nicht zu: 0%

Abb. 38: Versorgungsbereiche der tätigen Absolventen/innen

Demnach trat die Hälfte der Befragten eine Anstellung in der Gesundheits- und Krankenpflege an, wohingegen nur 9,1% der Absolventen/innen (2 Befragte) sich in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege beruflich verwirklichen konnten. Hervorzuheben ist jedoch, dass 22,7% der Absolventen/innen (5 Befragte) einer altersgruppenübergreifenden Tätigkeit nachgingen, für welche sie besonders durch die Generalistische Ausbildung qualifiziert wurden (vgl. Abb. 40).


Von denjenigen Absolventen/innen, die zum Zeitpunkt der Erhebung nicht in der Pflege tätig waren, gaben 18,2% (4 Befragte) an, ein Studium aufgenommen zu ha-
ben, eine Person (4,5%) absolvierte eine weitere Ausbildung und die übrigen vier Befragten (18,2%) gingen gar keiner Beschäftigung nach (vgl. Abb. 38).

![Diagramm Welche Tätigkeit außerhalb der Pflegepraxis üben Sie zurzeit aus?]

Für diejenigen **Absolventen/innen, die ein Studium aufgenommen hatten**, ergibt sich folgendes Bild: 13,6% der Absolventen/innen (3 Befragte) studierten Humanmedizin und 4,5% (1 Befragte/r) Biologie. Darüber hinaus wartet eine Person, die derzeit keine Beschäftigung hat, auf einen Studienplatz in der Humanmedizin.

Innerhalb des Follow-Up zeigte sich bei den Absolventen/innen, die nicht in der Pflegepraxis tätig waren, eine grundsätzliche Skepsis bezüglich der fortwährenden Beschäftigung innerhalb der Pflegepraxis (vgl. Abb. 39). 22,7% der Modellkurse teilnehmer/innen (5 Befragte) konnten sich eine Rückkehr in die Pflegepraxis, außer zur Finanzierung eines Studiums (9,1% = 2 Befragte), nicht mehr vorstellen (Follow-Up 02/08, n = 22). Als Voraussetzungen bzw. Bedingungen, unter denen die Absolventen/innen eine Tätigkeit in der Pflegepraxis weiterführen oder beginnen würden, wurden bessere Rahmenbedingungen (18,2% = 4 Befragte), mehr Personal (9,1% = 2 Befragte) und ein höheres Ansehen der Pflege (9,1% = 2 Befragte) genannt.
Können Sie sich grundsätzlich vorstellen in der Zukunft in der Pflegepraxis weiter tätig zu sein bzw. wieder tätig zu werden? (T6 Modellkursteilnehmer/innen, Feb 08, n=22; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ja</th>
<th>Nein</th>
<th>Teils/teils</th>
<th>Keine Angaben</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>36,4%</td>
<td>40,9%</td>
<td>13,6%</td>
<td>9,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 40: Zukünftige/ Fortwährende Tätigkeit der Absolventen/innen innerhalb der Pflegepraxis

3.3.6 Kurzzusammenfassung


- Die Teilnehmenden des Modellkurses nahmen in der Praxis in Bezug auf das „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“ eher Akzeptanz als Widerstand wahr. Darüber hinaus empfanden die Experten/innen die Generalistische Pflegeausbildung als (sehr) geeignet, um auf kommende Anforderungen in der Pflegepraxis zu reagieren. Die Experten/innen beschrieben die generalistisch...


- Experten/innen, Praxisanleiter/innen sowie die Modellkurssteilnehmer/innen selbst sahen die Aufgabenbereiche generalistisch ausgebildeter Pflegenden in der direkten Pflege im In- und Ausland. Darüber hinaus konnten sich die Lehrenden die Absolventen/innen in 5-10 Jahren in Führungspositionen bzw. in einer akademischen Laufbahn vorstellen. Eine ärztliche Tätigkeit bzw. ein Medizinstudium beton ten die Teilnehmer/innen des Modellkurses in Bezugs auf ihre mittelfristige Zukunft (5-10 Jahre).

3.4 Einfluss der curricularen Konzeption auf die Entwicklung und das Verhältnis des Kompetenzerwerbs zwischen generalistisch und traditionell ausgebildeten Pflegenden.

Die Entwicklung von pflegeberuflichen Handlungskompetenzen, die den Anforderungen der sich wandelnden Pflegelandschaft gerecht werden, gehört zu den intendierten Zielen des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“. Die curriculare Konzeption ist daher darauf ausgerichtet, ein breites Kompetenzprofil der zukünftig Pflegenden auszubilden und diese somit umfassend auf die Bewältigung pflegeberuflicher Aufgaben vorzubereiten.


Erkenntnisinteresse/ Fragestellung
Die Evaluation hinsichtlich der pflegeberuflichen Handlungskompetenzen richtete sich nach der Frage:

Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Entwicklung und das Verhältnis des Kompetenzerwerbs zwischen generalistischen und traditionell ausgebildeten Pflegenden?

• Wie bewährt sich das generalistische Ausbildungsmodell bezüglich der Dauer und des erworbenen Kompetenzprofils der Auszubildenden?

Methodisches Vorgehen
Zu der formulierten Fragestellung wurden im Laufe des Projektes Daten in Form von Selbst- und Fremdeinschätzung erhoben, welche die Herausarbeitung eines Stärken- und Schwächenprofils der Modellkursteilnehmer/innen unterstützten. Die Gegenüberstellung mit den Vergleichsgruppen der traditionellen Ausbildung diente vornehmlich dazu, Erkenntnisse zu besonders ausgeprägten bzw. noch zu stärkenden Kompetenzbereichen zu gewinnen.

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen von schriftlichen Befragungen anhand von geschlossenen und offenen Fragen sowie in Form von Gruppendiskussionen (vgl. Kap. 2.2) Als qualitatives Auswertungsinstrument wurde ein Kompetenzkodierplan verwendet, welcher die operationalisierten Kompetenzbereiche beinhaltete und ferner neue, im Zuge der Untersuchung entstandene Kategorien integrieren konnte (vgl. Anhang).

Das nun folgende Kapitel greift zusammenfassend die Ergebnisse der vier im Rahmen der Evaluation verfassten Zwischenberichte auf und stellt gleichzeitig die Erkenntnisse der jüngsten Fragebogenerhebungen vor. Dabei wird zunächst generell der Erwerb beruflicher Handlungskompetenzen bei den Auszubildenden betrachtet.
Dem schließt sich eine detaillierte Darstellung der einzelnen Kompetenzbereiche an, die sich nach Stärken und Schwächen der Modellkursteilnehmer/innen gliedert.

### 3.4.1 Erwerb beruflicher Handlungskompetenzen im Ausbildungsmo dell


**Abb. 41: Kompetenzanforderungen an zukünftige Pflegende**

Im Bereich der **sozialen und kommunikativen Kompetenz** bildete die Subkategorie Beratungs- und Anleitungskompetenz einen besonderen Schwerpunkt aus Sicht der Experten/innen (27,8% = 5 Befragte). Dies bestätigte die Relevanz, die von Seiten der Wannsee-Schule als Ziel der Generalistischen Pflegeausbildung der Thematik Beratung beigemessen wurde.

Die gleiche Expertenanzahl betonte im Zusammenhang mit der Forderung nach **Methodenkompetenz** bei Pflegenden die Bedeutung der Lernfähigkeit für die Bearbeitung von Praxisproblemen. Als besonders wünschenswerte **personale Kompetenzen** erachteten die Experten/innen Flexibilität sowie Reflexionsfähigkeit (22,2% = 4 Befragte).
In Bezug auf fachliche Fähigkeiten wiesen 5 Befragte (27,8%) auf die Notwendigkeit pflegewissenschaftlicher Kompetenzen bei zukünftigen Pflegenden hin. Diese sollten zum Beispiel in der Lage sein, ihr pflegerisches Handeln nach neuen (pflege-)wissenschaftlichen Erkenntnissen auszurichten. 2 Befragte (11,1%) sahen die Fähigkeit, allgemein theoretisches Wissen in die Praxis umzusetzen (Kontextwissen), als besonders bedeutsam an. Die Entwicklung eines solchen breiten Kompetenzprofils zur Vorbereitung auf die pflegepraktischen Anforderungen scheint bei den Teilnehmer/innen des Modellkurses gelungen zu sein, denn die Mehrheit der Auszubildenden (59,1% = 13 Befragte) schätzte ihre berufliche Handlungsfähigkeit im Februar 2008 als gut bis sehr gut entwickelt ein (vgl. Abb. 42).

![Diagram](https://via.placeholder.com/150)

**Abb. 42:** Handlungsfähigkeit der Modellkurseilnehmer/innen in der Pflegepraxis (Selbsteinschätzung)\(^{17}\)


---

\(^{17}\) Berechnung mit n = 14; 8 Befragten (36,4%) Antworteten mit „trifft generell nicht zu“
Werden Ihrer Ansicht nach die Modellausbildenden mit ihren beruflichen Handlungskompetenzen den aktuellen Anforderungen des beruflichen Alltags gerecht?

(T4 Praxisanleiter/innen, Okt 07, n=13; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwort</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>7,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>53,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Teils-Teils</td>
<td>23,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiß nicht</td>
<td>15,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Angabe</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 43: Handlungsfähigkeit der Modellkursteilnehmer/innen in der Pflegepraxis (Fremdeinschätzung)


Sind Ihrer Ansicht nach die Modellschüler/innen ähnlich kompetent wie ihre Kollegen/innen aus den traditionellen Ausbildungsgängen?

- Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege-
(T4 Praxisanleiter/innen, Okt 07, n=13; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwort</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>61,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nein</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Teils/Teils</td>
<td>23,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiß nicht</td>
<td>7,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Angabe</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 44: Vergleichende Einschätzung der Kompetenzen durch die Praxisanleiter/innen
3.4.2 Ergebnisse zu Teilbereichen beruflicher Handlungskompetenz

Im Rahmen der Evaluation kristallisierten sich, unabhängig von dem insgesamt sehr hohen Kompetenzniveau der Auszubildenden, Stärken und Schwächen in einzelnen Kompetenzbereichen heraus. Diese werden in der Tab. 2 gegenübergestellt.

Tab. 2: Stärken und Schwächen der Modellkursteilnehmer/innen bezüglich ihrer Kompetenzentwicklung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(+) soziale und kommunikative Kompetenz</td>
<td>(-) innerhalb der Fachkompetenz: spezielles Fachwissen</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ (Teamfähigkeit, Beratungskompetenz)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(+) Methodenkompetenz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>➢ (Lernfähigkeit, Techniken der Präsentation)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(+) personale Kompetenz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>➢ (Reflexionsfähigkeit, Flexibilität, Arbeits- und Lernbereitschaft)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(+) Fachkompetenz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>➢ (Kontextwissen)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Im Folgenden findet eine detaillierte und vertiefende Darstellung der einzelnen Kompetenzbereichen statt. Dabei werden nicht nur die aktuellen Stärken und Schwächen der Auszubildenden präsentiert, sondern auch die Kompetenzentwicklung innerhalb der Ausbildung nachgezeichnet.

3.4.3 Stärken im Kompetenzprofil der Modellkursteilnehmer/innen

Soziale und kommunikative Kompetenz

- Selbsteinschätzung
Soziale und kommunikative Kompetenzen offenbarten sich im gesamten Ausbildungsverlauf als besondere Stärken der Modellschüler/innen. Bereits die Ergebnisse zum ersten Zwischenbericht der Projektevaluation zeigten, dass die Bewerber/innen über ausgeprägte Fähigkeiten in diesem Bereich verfügten (vgl. iap 2005). Im Laufe
der wissenschaftlichen Begleitung konnte eine Weiterentwicklung und Verfestigung auf dieser Ebene dokumentiert werden (vgl. iap 2006/2007).


**Konnten Sie feststellen, dass Sie durch die Generalistische Pflegeausbildung über bestimmte Fähigkeiten verfügen, die Sie von Ihren traditionell ausgebildeten Kollegen/innen unterscheiden?**

(T6 Modellkursteilnehmer/innen, Feb 08, n=22; Angaben in %)

![Pie Chart](image)

Abb. 45: Einschätzung der Kompetenzunterschiede zwischen den Modellkursteilnehmer/innen und ihren traditionellen Kollegen/innen

Welche Ihrer Kompetenzen/Fähigkeiten würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt in einem Bewerbungsgespräch besonders hervorheben?
-Vergleich Teamfähigkeit-
(T5 Modellkurse teilnehmer/innen u. Vergleichsgruppen, Sept.-Dec 07, offene Frage)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teamfähigkeit</th>
<th>GKP (n=22)</th>
<th>AP (n=8)</th>
<th>GKKP (n=15)</th>
<th>Modellkurse teilnehmer/innen (n=22)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>68,2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>33,3%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12,5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 46: Gegenüberstellung der Ausbildungsgänge hinsichtlich der Angaben zur Teamfähigkeit als besonders Kompetenz

- Fremdeinschätzung

Im weiteren Verlauf der Evaluation erhielten die Praxisanleiter/innen die Möglichkeit, Subkategorien der sozialen und kommunikativen Kompetenz anhand einer Likert-Skala zu bewerten (Praxisanleiter/innen-Befragung T3). Obwohl dieser Kompetenzbereich von den Befragten im Durchschnitt besser bewertet wurde als die anderen Kompetenzen, widmeten die Praxisanleiter/innen dem sozialen und kommunikativen Bereich vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit.

Methodenkompetenz

**Selbsteinschätzung**


![Diagramm zur Selbsteinschätzung der Methodenkompetenz](image)

**Abb. 47:** Gegenüberstellung der Ausbildungsgänge hinsichtlich der Angaben zur Methodenkompetenz als besondere Fähigkeit

Die Abweichung zwischen den Gruppen fiel allerdings nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ auf. Während die Vergleichsgruppen im Rahmen der Methodenkompetenz insbesondere Praxismethoden wie z. B. Pflegeorganisation fokussierten, richteten sich die Angaben der Modellkurssteilnehmer/innen eher auf lernbezogene Fähigkeiten. Darüber hinaus schienen die methodischen Fähigkeiten für die Absolventen/innen der Modellausbildung in der beruflichen Praxis von Nutzen zu sein. So nannten 4 (18,2%) von 7 Auszubildenden, die zuvor angaben, dass sie Kompeten-
zen im Arbeitsalltag nachholen mussten, die erworbenen Lernmethoden diesbezüglich als hilfreich (Fragebogenerhebung T6, n = 22). 2 Befragte (9,1%) konnten sich dem teilweise anschließen und ein/e Auszubildende/r empfand die Lernmethoden als weniger hilfreich.

- **Fremdeinschätzung**

Wie bereits von den Auszubildenden selbst, wurden die Lernkompetenzen der Auszubildenden ebenso von den Praxisanleiter/innen bemerkt. So betonten im Oktober 2007 (T4, n = 13), gefragt nach ihren positiven Eindrücken von den Auszubildenden, 38,5% der Praxisanleiter/innen (5 Befragte) besondere methodische Fähigkeiten. 3 dieser Praxisanleiter/innen (23,1%) bezogen sich dabei auf die Lernfähigkeit der Auszubildenden. Damit unterstrichen sie ein Ergebnis der vorangegangen Praxisanleiter/innen-Befragung im Mai 2007 (T3; n = 23). Zum damaligen Zeitpunkt betonten 26,1% der in der Praxis Anleitenden (6 Befragte) die ausgeprägten Lernkompetenzen der Modellschüler/innen.


**Personale Kompetenz**


- **Selbsteinschätzung**

Im September 2007 wurden die Modellkurse teilnehmer/innen im Rahmen der Erhebung T5 nach Kompetenzen gefragt, welche sie zu diesem Zeitpunkt in einem Bewerbungsgespräch besonders hervorheben würden. 59,1% der Auszubildenden (13 Befragte) gaben dabei an, in diesem Kontext personale Fähigkeiten betonen zu wollen. 8 Auszubildende (36,4%) bezogen sich dabei auf die Subkategorie Flexibilität (vgl. Abb. 50). In der Gegenüberstellung mit den Vergleichsgruppen zeigte sich, dass die Modellschüler/innen diesen Kompetenzbereich bei sich deutlicher wahrnehmen als ihre traditionell ausgebildeten Kollegen/innen.
Welche Ihrer Kompetenzen/Fähigkeiten würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt in einem Bewerbungsgespräch besonders hervorheben?

-T5 Modellkursteilnehmer/innen u Vergleichsgruppen, Sept - Dez 07, offene Frage-

 Abb. 48: Gegenüberstellung der Ausbildungsgänge hinsichtlich der Angaben zur Flexibilität als besondere Kompetenz

Dieses Ergebnis bekräftigte die Resultate früherer Fragebogenerhebungen. So hatten die Modellkursteilnehmer/innen bereits in der Befragung T4 (n = 21) ihre Flexibilität als häufigste Kategorie im Zusammenhang mit personalen Stärken benannt.

Neben einer ausgeprägten Flexibilität konnten die Auszubildenden im Verlauf der Evaluation auch weitere personale Kompetenzen als Stärke anführen (Modellkurs-Befragung T3). Nach eigenen Angaben verfügten sie demnach über hohe Selbstpflegekompetenzen (vgl. iap 2006), eine besondere Arbeits- und Lernbereitschaft sowie die Fähigkeit zu Verantwortungsübernahme.

- Fremdeinschätzung

Die Fremdperspektive unterstützt den, zuvor dargestellten Eindruck der Auszubildenden.

Expizit nach wahrgenommenen Unterschieden zwischen den Modellkursteilnehmern/innen und den Auszubildenden der Vergleichsgruppe gefragt (T3 Lehrenden-Befragung; n = 7), konnten zunächst alle Lehrenden Differenzen bemerken. Dabei hoben sie vornehmlich den personalen Kompetenzbereich hervor (57,1% = 4 Befragte). Im Einzelnen wurden dabei Arbeits- und Lernbereitschaft, Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Kreativität sowie Selbstvertrauen benannt. Dieses Ergebnis ründete die Resultate der vorangegangenen Erhebung (T2 Lehrenden-Befragung; n = 8) ab, in der 75,0% der Lehrenden (6 Befragte) die personalen Kompetenzen der Auszubildenden als besonders ausgeprägt einschätzten.

In der Erhebung T3 (n = 23) benannten 34,8% der Praxisanleiter/innen (8 Befragte) personalen Kompetenzen der Modellschüler/innen. Die Befragung im Oktober 2007
(T4 Praxisanleiter/innen-Befragung; n = 13) bestätigte zudem, dass die Praxisanleiter/innen die personalen Kompetenzen der Modellkurse teilnehmer/innen auch in der Gegenüberstellung mit den Vergleichsgruppen ausgeprägter wahrnahmen. Im Rahmen dieser Erhebung wurden die Befragten gebeten, die Kompetenzen aller Auszubildenden auf einer Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ zu bewerten (vgl. Abb. 49). Dabei fiel die Beurteilung aller erfragten Kompetenzausprägungen wie beispielsweise Lernbereitschaft, Verantwortungsbewusstsein usw. zu Gunsten der Modellkurse teilnehmer/innen aus.

Abb. 49: Einschätzung der personalen Kompetenzen durch die Praxisanleiter/innen – Vergleich der Modellkurse teilnehmer/innen mit den traditionell ausgebildeten Pflegenden

Der deutlichste Unterschied zwischen den Bewertungen zeigte sich im Bereich der Reflexionsfähigkeit. Diesbezüglich schätzten die befragten Praxisanleiter/innen die Teilnehmer/innen des Modellkurses durchweg stärker ein als die traditionellen Auszubildenden.

**Fachkompetenz**

verständnis erfasst. Ebenso ist die Fähigkeit zu ökonomischem/ ökologischem Han-
deln dem fachlichen Kompetenzbereich zuzuordnen.

• Selbsteinschätzung
Im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung zeigte sich, dass die Auszubildenden ihre fachlichen Kompetenzen durchaus ähnlich häufig wahrnahmen wie die persona-
en und methodischen Fähigkeiten. In der Erhebung T3 (n = 23) und T4 (n = 21) ran-
gierten die Fachkompetenzen an zweiter Stelle hinsichtlich besonders entwickelter Fähigkeiten (vgl. Abb. 50 und iap 2006).

Welche Fähigkeiten/Kompetenzen sind Ihrer Ansicht nach bei Ihnen durch
das Modellprojekt besonders gut entwickelt?
(T4 Modellkursteilnehmer/innen, März 07, n=24, offene Frage)

Soziale und
kommunikative
Kompetenz
Fachkompetenz
Personale Kompetenz
Methodenkompetenz

Abb. 50: Besonders gut entwickelte Kompetenzen – Selbsteinschätzung der Modellkursteilnehmer/innen

Im Vergleich mit den anderen Ausbildungsgängen (vgl. iap 2007) standen bei den Modellkursteilnehmer/innen die fachlichen Fähigkeiten seltener im Fokus der Selbs-
einschätzung ihrer allgemeinen beruflichen Handlungskompetenz, als es sich bei-
spielsweise für die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege darstellte.

• Fremdeinschätzung
Bestätigt wurde die Selbsteinschätzung der Modellkursteilnehmer/innen hinsichtlich ihrer fachlichen Kompetenzen auch durch die Angaben der Praxisanleiter/innen. Während die Praxisanleiter/innen diesen Kompetenzbereich innerhalb der ersten Be-
fragung lediglich zu 24,2% (8 Befragte) als Stärke der Modellausbildenden (T1 Praxisanleiter/innen-Befragung; n = 33) wahrnahmen, änderte sich diese Einschät-
zung im Verlauf der Evaluation jedoch positiv. Ab der zweiten schriftlichen Befragung
zeigte die Auswertung, dass die fachlichen Fähigkeiten der Modellkursteilnehmer/innen am häufigsten genannt wurden. Die letzte Praxisanleiter/innen-Befragung (T4; n = 13) offenbarte sogar einen Abstand zu den anderen Kompetenzbereichen (vgl. Abb. 51).

Welche Eindrücke haben Sie von den Auszubildenden des Modellprojektes in positiver Hinsicht erhalten?
(T4 Praxisanleiter/innen, Okt 07, n=13, offene Frage)

![Bar Chart: Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Personale Kompetenz, Soziale und kommunikative Kompetenz](image)

Abb. 51: Positive Eindrücke von den Modellkursteilnehmer/innen – Perspektive der Praxisanleiter/innen

Eine Veränderung ließ sich auch bezüglich der Fokussierung der Ausprägungen feststellen. In der Befragung T3 bezogen sich 30,4% der Praxisanleiter/innen (7 Befragte) auf das Kontextwissen, gegenüber 13,0% (3 Befragte), welche das Fachwissen der Auszubildenden hervorhoben (vgl. Abb. 52). Im Verlauf der Ausbildung änderte sich die Einschätzung der Praxisanleiter/innen eher in Richtung „Transfer des Wissens“ sowie „Selbstständigkeit im pflegerischen Handeln in der Praxis“.
Welche Fähigkeiten/Kompetenzen sind Ihrer Ansicht nach bei den Modellschüler/innen durch das Modellprojekt besonders gut entwickelt?
Fachkompetenz
(T3 Praxisanleiter/innen, Mai 07, n=23, offene Frage; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kompetenzbereich</th>
<th>Ja</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fachwissen</td>
<td>4,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontextwissen</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Professionelles Selbstverständnis</td>
<td>8,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Allgemein: Fachwissen</td>
<td>30,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 52: Differenzierte Darstellung der besonderen fachlichen Kompetenzen der Modellkursteilnehmer/innen (Fremdeinschätzung)

Obgleich die Lehrenden den fachlichen Kompetenzbereich im Modellkurs im Verlauf der Evaluation eher seltener betonten, hoben sie die fachlichen Fähigkeiten - neben personalen – als Unterschied zwischen dem Modellkurs und den traditionellen Ausgebildeten im Rahmen der Befragung T3 (n = 7) hervor.

3.4.4 Schwächen im Kompetenzprofil der Modellkursteilnehmer/innen

Neben den Stärken der Modellkursteilnehmer/innen konnten im Verlauf der Evaluation auch Kompetenzschwächen festgestellt werden.

- Selbsteinschätzung
Fühlen Sie sich ähnlich kompetent wie Ihre Kollegen/innen aus den traditionellen Ausbildungsgängen?
(T3 Modellkursteilnehmer/innen, Apr 06, n=23 ; T4 Modellkursteilnehmer/innen, März 07, n=24)

Abb. 53: Selbsteinschätzung des Kompetenzniveaus im Vergleich zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Insgesamt gaben die Modellkursteilnehmer/innen innerhalb der Evaluation, gefragt nach den Kompetenzen, für die ein Nachholbedarf bestand, fast ausschließlich Fachkompetenzen an. So benannten 14 Befragte (66,7%) im März 2007 (T4, n = 21) diesen Kompetenzbereich als problematisch. Dabei beschrieben 13 Personen (61,9%) Elemente, welche dem Fachwissen zuzuordnen sind. Hierbei spielte pflegerisches Fachwissen jedoch eine eher untergeordnete Rolle; die Aussagen bezogen sich überwiegend auf medizinspezifische Wissensgebiete.

In der Gegenüberstellung mit den Vergleichsgruppen wurde deutlich, dass die Modellkursteilnehmer/innen eine Schwäche der fachlichen Kompetenz weitaus häufiger empfanden als ihre Kollegen/innen der traditionellen Ausbildungsgänge (vgl. Abb. 54).
Bei welchen Kompetenzen/Fähigkeiten sehen Sie noch Nachholbedarf?
-Vergleich Fachkompetenz-
(T4 Modellkurse teilnehmer/innen u Vergleichsgruppen, März-Juli 07, offene Frage)

Abb. 54: Gegenüberstellung der Aussagen der Modellcursteilnehmer/innen und der Vergleichsgruppen zum Nachholbedarf hinsichtlich der fachlichen Kompetenz


War es für Ihre derzeitige Tätigkeit notwendig, bestimmte Kompetenzen nachzuholen?
(T6 Modellkursteilnehmer/innen, Feb 08, n=22; Angaben in %)

Abb. 55: Nachholbedarf von Kompetenzen für die aktuelle pflegerische Tätigkeit (Selbsteinschätzung)
• Fremdeinschätzung
Obgleich die Praxisanleiter/innen die fachlichen Kompetenzen als Stärke der Modell- 
schützler/innen hervorhoben, sahen sie in diesem Bereich auch ihre größten Schwä-
chen. Dies stellten 52,2% der Praxisanleiter/innen (12 Befragte) im Rahmen der Er-
hebung T3 (n = 23) fest. Dabei dominierten die Aussagen, welche sich auf das Fachwissen der Modellkurssteilnehmer/innen bezogen.

Von 38,5% der Zielgruppe (5 Befragte) wurden in der letzten Praxisanleiter/innen-
Befragung (T4; n = 13) am häufigsten negative Eindrücke im Bereich der Fachkom-
petenz über die Modellkurssteilnehmern/innen genannt (vgl. Abb. 56).

Welche Eindrücke haben Sie von den Auszubildenden des Modellprojektes in negativer Hinsicht erhalten?
(T4 Praxisanleiter/innen, Okt 07, n=13; Anteil der Befragten in %)

![Diagramm der Eindrücke von den Auszubildenden des Modellprojektes in negativer Hinsicht](image)

Abb. 56: Negative Eindrücke von den Modellkurssteilnehmer/innen – Perspektive der Praxisanlei-
ter/innen

Die Lehrenden hingegen bemerkten innerhalb der Fachkompetenz keine Schwä-
chen. Diese nahmen diesbezüglich vereinzelt andere Kompetenzbereiche wahr (Er-
hebung T2; n = 8). So bemängelten 2 Lehrende (25,0%) die Kritikfähigkeit der Aus-
zubildenden. 2 weitere Lehrende bezogen sich auf die Fähigkeit, Verantwortung zu
übernehmen und wünschten sich von den Auszubildenden mehr Zuverlässigkeit. Diese Aussagen erfuhren jedoch keine Bestätigung durch andere Befragungen.

3.4.5 Kurzzusammenfassung
Die Zielsetzung des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“ galt unter
anderem der Förderung eines breit gefächerten Kompetenzprofils bei den Modell-
kurssteilnehmer/innen. Dementsprechend richtete sich das Erkenntnisinteresse der wissen-
schaftlichen Begleitung auf die Frage, inwiefern durch die Konzeption dieser Anspruch umgesetzt werden konnte. Zur Beantwortung dieser Fragestellung diente die Gegenüberstellung von Kompetenzstärken und -schwächen im Modellkurs. Die Ergebnisse der Datenauswertung werden nachfolgend zusammengefasst:

105
3.5 Einfluss der Generalistischen Pflegeausbildung auf die Vorbereitung bezüglich der aktuellen und zukünftigen Anforderungen an die Pflegeberufe


Die Initiatoren/innen des Berliner Modells haben sich zum Ziel gesetzt, mit der Konzeption der Generalistischen Pflegeausbildung für aktuelle und neue Handlungsfelder der Pflege zu qualifizieren und die Auszubildenden auf diese zukünftigen Anforderungen in der sich wandelnden Pflegelandschaft vorzubereiten. Einen Schwerpunkt innerhalb des Curriculums bildete hierbei die Vermittlung eines erweiterten Kompetenzprofils zur Ausübung pflegerischer Beratung und Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 3.5.1.1 bzw. 3.5.1.2).

Erkenntnisinteresse / Fragestellung
Die Aufgabe der wissenschaftlichen Beleitung bestand darin, zu überprüfen, inwieweit es mithilfe der im Modell gewählten konzeptionellen Elemente gelungen ist, die zur Bewältigung der anstehenden Anforderungen notwendigen Kompetenzen auszubilden. Im Fokus der Untersuchung stand die folgende forschungsleitende Frage:

- Inwieweit ist der generalistische Ansatz geeignet, um auf veränderte Anforderungen sowie gegenwärtige und zukünftige Handlungsfelder vorzubereiten?

Methodisches Vorgehen
3.5.1 Allgemeine Einschätzung zum Einfluss des generalistischen Ansatzes auf die Bewältigung zukünftiger Herausforderungen in der Pflege

Befragt nach der generellen Eignung des generalistischen Ansatzes als Reaktion auf die zukünftigen Herausforderungen in der Pflegepraxis, erhielt dieser von den teilnehmenden Experten/innen insgesamt einen hohen Zuspruch.

Die Hälfte der Befragten (50,0% = 9 Befragte) vertrat die Ansicht, eine generalistische Pflegeausbildung sei geeignet, um den aktuellen und bevorstehenden Anforderungen angemessen zu begegnen. Weitere 44,4% der Experten/innen (8 Befragte) beurteilten den generalistischen Ansatz sogar als sehr geeignet zur Bewältigung der anstehenden Veränderungen. Lediglich eine Person (5,6%) widersprach dieser positiven Einschätzung (vgl. Abb. 57).

Die Modellschüler/innen der Generalistischen Pflegeausbildung äußerten sich zu dieser Fragestellung ein wenig zurückhaltender. 18,2% der Auszubildenden (4 Befragte) befanden den generalistischen Ansatz in der Fragebogenerhebung T5 (Oktober 2007) für sehr gut und 36,4% (8 Befragte) für gut geeignet, um professionell Pflegende auszubilden, die den zukünftigen Herausforderungen in der Pflegepraxis adäquat begegnen können. Als lediglich teilweise geeignet beurteilten 36,4% (8 Befragte) das erprobte Modell. Ein/e Befragte/r (4,5%) vertrat die Ansicht, dass sich dieses zur Ausbildung professionell Pflegender schlecht eignet (vgl. Abb. 58).
Inwieweit halten Sie den generalistischen Ansatz zur Ausbildung von Pflegekräften generell für geeignet, um auf die zukünftigen Herausforderungen der Pflegepraxis zu reagieren?
(T5 Modellschüler/innen, Okt 07, n=22)

4,5% sehr gut geeignet
4,5% gut geeignet
36,4% teils-teils
18,2% schlecht geeignet
36,4% keine Angabe

Abb. 58: Einschätzung zur Eignung des generalistischen Ansatzes aus Sicht der Modellschüler/innen (T5, Oktober 2007)

Die Teilnehmer/innen des Modellkurses führten als Begründungen sowohl Einschränkungen und Optimierungsbedarfe als auch Vorzüge des generalistischen Ansatzes an: Die Vorteile wurden von 8 Auszubildenden (36,4%) in dem vermittelten ganzheitlichen Verständnis von Pflege sowie dem breiten Spektrum gesehen. 7 Auszubildende (31,8%) gaben eher allgemeine positive Begründungen, die zu einer hohen Akzeptanz des generalistischen Ansatzes führten. Von 3 Befragten (13,6%) wurde an dieser Stelle die hohe Chance zur Entwicklung von Flexibilität durch den generalistischen Ansatz hervorgehoben.

Optimierungsbedarf sahen die Modellschüler/innen bezogen auf den zu geringen Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (36,4% = 8 Befragte) und eine unzureichende Beachtung der Besonderheiten der GKKP (13,6% = 3 Befragte) innerhalb der generalistischen Ausbildung. 4 Auszubildende (18,2%) schätzten die Dauer der Ausbildung von drei Jahren zur Vorbereitung auf die Herausforderungen der Pflegepraxis als zu kurz ein.
3.5.1.1 Vorbereitung auf Beratungsgespräche im pflegeberuflichen Alltag


Vor diesem Hintergrund sind die folgenden Evaluationsergebnisse zu betrachten, welche die Qualifikation der generalistisch Ausgebildeten für mögliche Beratungsgespräche thematisieren. Im Laufe der wissenschaftlichen Begleitung nahmen neben den Modellkursteilnehmer/innen (●) auch Praxisanleiter/innen (●) und Lehrende (●) der Wannsee-Schule eine Einschätzung zu der Beratungskompetenz der Auszubildenden vor (vgl. Abb. 59).
Wie gut sind Ihrer Meinung nach die Modellschüler/innen auf mögliche Beratungsgespräche im pflegeberuflichen Alltag vorbereitet?

(T4 Modellkursteilnehmer/innen, März 07, n=21; T3 Praxisanleiter/innen, Mai 07, n=23; T2 Lehrende, Apr 07, n=8; Angaben in %)

![Diagramm: Vorbereitung der Modellschüler/innen auf Beratungsgespräche im pflegeberuflichen Alltag]

**Abb. 59: Vorbereitung der Modellschüler/innen auf Beratungsgespräche im pflegeberuflichen Alltag**

Die Mehrheit der befragten Lehrenden (●) (62,5% = 5 Befragte) und Modellkursteilnehmer/innen (●) (57,1% = 12 Befragte) beurteilte die Vorbereitung auf Beratungsgespräche im Pflegealltag mit „sehr gut“ oder „gut“.

Dieser positiven Einstufung stand die Beurteilung durch die Praxisanleiter/innen (●) entgegen, welche die Vorbereitung nur vereinzelt als „gut“ erachteten (17,4% = 4 Befragte). Der hohe Anteil der Antworten im Bereich der Kategorien „teils/teils“ (21,7% = 5 Befragte) und „kann ich nicht einschätzen“ (52,2% = 12 Befragte) deutet darauf hin, dass Beratungsgespräche in den pflegepraktischen Einsatzorten von den Modellschüler/innen nicht häufig durchgeführt wurden und folglich von den Praxisanleiter/innen auch nicht bewertet werden konnten.

Eine Bestätigung dieser Einschätzung lieferten die Ergebnisse zu der Frage, inwieweit die Modellschüler/innen in ihren Praxiseinsätzen Beratungsgespräche durchführten. Die Mehrheit der Teilnehmer/innen (52,4% = 11 Befragte) realisierte nach eigenen Angaben „manchmal“ Beratungsgespräche, 4 Auszubildende (19,0%) konnten „selten“ beratend tätig sein. Lediglich 5 Befragte taten dies „oft“ (23,8%) bzw. „sehr oft“ (4,8% = 1 Befragte/r) (vgl. Abb. 60).
Inwieweit führen Sie während Ihrer Praxiseinsätze Beratungsgespräche durch?
(T4 Modellkursteilnehmer/innen, März 07, n=21)

19,0% sehr oft
23,8% oft
4,8% manchmal
52,4% selten

Abb. 60: Häufigkeit von durchgeführten Beratungsgesprächen während der Praxiseinsätze

Die theoretische Vorbereitung durch die Schule auf mögliche Beratungsgespräche im pflegerischen Alltag beurteilten die Auszubildenden überwiegend als sehr gut oder gut (57,1% = 12 Befragte). Die übrigen Auszubildenden (42,9% = 9 Befragte) wählten die Antwortmöglichkeit teils/teils.

Bei der Frage nach Verbesserungsvorschlägen bezogen auf die Vorbereitung am Lernort Schule bestätigten die Ergebnisse wiederholt die Einschätzung, dass Beratungsgespräche in der Pflegepraxis von den Modellkursteilnehmer/innen eher selten durchgeführt werden konnten, denn 6 Auszubildende (28,6%) empfanden die theoretischen Möglichkeiten der Vorbereitung als ausgeschöpft, stellten jedoch einen „Mangel an Beratungsmöglichkeiten in der Praxis“ fest. Darüber hinaus benannten 23,8% (5 Befragte) konkrete methodische Verbesserungsvorschläge, z. B. das Angebot „praktischer Übungen im Unterricht“ in Form von Rollenspielen. 2 Auszubildende (9,5%) wünschten sich darüber hinaus eine „vermehrte Vermittlung von Fachwissen“, um auf die Durchführung von Beratungsgesprächen angemessen vorbereitet zu sein.
3.5.1.2 Vorbereitung auf pflegerische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention


Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die Modellkurse teilnehmer/innen (●) (81,0% = 17 Befragte) als auch die Lehrenden der Wannsee-Schule18 (○) (62,5% = 5 Befragte) die Vorbereitung auf pflegerische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention mehrheitlich als gut bis sehr gut empfanden. Demgegenüber äußerten sich die befragten Praxisanleiter/innen (●) eher zurückhaltend: Fast die Hälfte der Teilnehmenden (43,5% = 10 Befragte) konnte die Vorbereitung nicht einschätzen, 5 Anleiter/innen (21,7%) entschieden sich für die Kategorie teils/teils. Die Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass die Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder pflegerischer Maßnahmen nicht explizit von den Praxisanleiter/innen gefordert und damit möglicherweise auch nicht bewusst von ihnen wahrgenommen wurde (vgl. Abb. 61).

18 Aufgrund der geringen Teilnehmer/innenzahl bei der Fragebogenerhebung der Lehrenden (n = 8) können die Ergebnisse lediglich eingeschränkt gewertet werden.
Wie gut sind Ihrer Meinung nach die Modellschüler/innen auf pflegerische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention vorbereitet?
(T4 Modellkursteilnehmer/innen, März 07; T3 Praxisanleiter/innen, Mai 07; T2 Lehrende, Apr 07; Angaben in %)

Abb. 61: Vorbereitung der Modellkursteilnehmer/innen auf pflegerische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention

Um das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten pflegerischer Gesundheitsförderung und Prävention erfassen zu können, wurden die Modellkursteilnehmer/innen darum gebeten, konkrete Situationen zu benennen, in denen sie diesbezügliche Maßnahmen im Praxisalltag umsetzten. Hierzu lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

- Für 11 Auszubildende (52,4%) stellten bestimmte Beratungssituationen gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen dar, wobei ein zentraler Schwerpunkt auf der Ernährungsberatung lag (z. B. „Beratung hinsichtlich geeigneter Ernährung bei Obstipation“).
- 5 Teilnehmer/innen (23,8%) benannten einzelne Prophylaxen, z. B. Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe.
- 3 Personen (14,3%) beschrieben Situationen, in denen sie Pflegeempfänger oder deren Angehörige im Rahmen konkreter Handlungen anleiteten, z. B. zum Abtasten der Brust.
- Für 4 Auszubildende (19,0%) ergaben sich Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention eher spontan und kontextbezogen, z. B. während der Grundpflege oder aufgrund konkreter Fragen der Pflegeempfänger.
- 3 Befragte (14,3%) führten an, dass sie Gesundheitsförderung im Rahmen allgemeiner Beratung, Anleitung und Informationsvermittlung durchführten,
ohne dabei konkrete Themen bzw. Beratungsinhalte oder -situationen zu nennen.

Aus den beschriebenen Ergebnissen lässt sich schließen, dass im Praxisalltag der Auszubildenden nur vereinzelt pflegerische Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt wurden und diese nicht selten eher spontan und ungeplant stattfanden. Gezielte Maßnahmen, die über eine Beratung bezüglich der Ernährung hinausgingen, beschrieben die Modellschüler/innen kaum.

3.5.2 Entwicklung des Pflegeverständnisses im Ausbildungsverlauf

Das sich wandelnde Aufgabenprofil und die steigenden Anforderungen an Pflege fordern einen Paradigmenwechsel bezogen auf das Pflegeverständnis der Professionellen. Eine Ablösung von einem an Krankheit und Versorgung orientierten Denkmodell zugunsten einer stärkeren Ausrichtung an den individuellen Gesundheitspotenzialen und -ressourcen der Pflegeempfänger ist dabei unverzichtbar, um im Sinne von Empowerment (= Ermächtigen) und Enabling (= Befähigen) eine die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung fördernde Pflege zu ermöglichen.


Erkenntnisinteresse / Fragestellung

Im Rahmen der Evaluation wurde kontinuierlich untersucht, welches Selbst- und Aufgabenverständnis von Pflege die Auszubildenden des generalistischen Modellkurses ausbilden und inwiefern die Initiatoren/innen ihre Zielvorstellung von einem den aktuellen Anforderungen nachkommenden, erweiterten Pflegebegriff erreichen konnten. Im Zentrum der Analyse stand folglich die Frage:

- Welches Pflegeverständnis hat sich im Ausbildungsverlauf bei den Modellkursteilnehmer/innen entwickelt?

Um den Einfluss der curricularen Modellkonzeption auf das Pflegeverständnis der Auszubildenden zweifelsfrei belegen zu können, erfolgte hierzu ein gezielter Vergleich des Entwicklungsprozesses mit dem Verlauf in den traditionellen Ausbildungs-gängen der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege.
Methodisches Vorgehen
- das Pflegemodell der Lebensaktivitäten (Modell des Lebens), nach Nancy Roper (1997)
- die Pflegetheorie nach Hildegard Peplau (Interaktionsmodell, 1995),
- das Modell zur Pflege chronisch Kranker nach Anselm Strauss und Juliet Corbin (1998),
- das Pflegeprozessmodell,
- das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm (1999) sowie

Ergänzend wurden Kategorien aufgenommen, die vielmehr ein traditionelles Verständnis von Pflege widerspiegeln (z. B. „Pflege als Konsequenz von Krankheit, Alter und Behinderung“ oder „Pflege als Verrichtung“). Einen Überblick über alle Merkmalsausprägungen aus dem verwendeten Kodierplan liefert Tab. 3.

Tab. 3: Kategorien zum Pflegeverständnis im Berliner Modell

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorien zum Pflegeverständnis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Pflege als Konsequenz von Krankheit, Alter und Behinderung</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Allgemeine Hilfeleistung / Unterstützung</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Pflege als Verrichtung</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Pflege als Prozess</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Koordinations-, Organisations- und Kooperationsaufgaben</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Berufspolitisches Verständnis (Professionalität)</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Achtung der Würde des Menschen</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Orientierung an der Gesundheit / Gesundheitsförderung / Prävention</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Orientierung an den Bedürfnissen (Lebensaktivitäten / ATL)</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Pflege als Interaktion und Beziehungsprozess</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Ressourcenorientierung (Hilfe zur Selbsthilfe)</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Orientierung am Menschen und seiner Persönlichkeit (Patientenorientierung)</td>
</tr>
<tr>
<td>13. Linderung von Leiden, würdige Sterbebegleitung</td>
</tr>
<tr>
<td>14. Information, Anleitung, Beratung, Schulung</td>
</tr>
<tr>
<td>15. Pflege als biografische Arbeit</td>
</tr>
<tr>
<td>16. Reflexionsfähigkeit</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 4: Auszug aus dem Kodierplan zum Pflegeverständnis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Ausprägung</th>
<th>Definition</th>
<th>Schlüsselwörter</th>
<th>Ankerbeispiele</th>
</tr>
</thead>
</table>


Entwicklung des Pflegeverständnisses im Ausbildungsverlauf – zunehmende Ausprägung
(T1 Modellkursteilnehmer/innen, Okt 04; T3 Modellkursteilnehmer/innen, Apr 06; T5 Modellkursteilnehmer/innen, Sept 07; Angaben in %)

Abb. 63: Entwicklung des Pflegeverständnisses im Ausbildungsverlauf – zunehmende Ausprägung

Der Kategorie „Orientierung an der Gesundheit / Gesundheitsförderung / Prävention“ basiert auf dem Grundsatz, dass pflegerische Tätigkeiten nicht ausschließlich zur Heilung von Krankheiten oder bei bestehenden Einschränkungen durch Alter bzw. Behinderung stattfinden, sondern gleichermaßen die Förderung der Gesundheit und Verhinderung von Krankheit beabsichtigen, um größtmögliches Wohlbefinden und Lebensqualität sicherzustellen. Ziel- und Ausgangspunkt pflegerischen Handelns bildet nach diesem Verständnis die Gesundheit des Menschen. Während zum Ausbildungsbeginn (T1) 24,0% (6 Befragte) der Modellkursteilnehmer/innen diesen Ansatz beschrieben, stieg der Anteil zum Ausbildungsende (T5) auf 50,0% (11 Befragte) und stand damit im Vergleich zu allen anderen Kategorien an erster Stelle.

Die zweite Kategorie „Linderung von Leiden, würdige Sterbebegleitung“ impliziert ebenfalls einen ganzheitlichen Pflegebegriff. Nach diesem Verständnis erfolgen pflegerische Tätigkeiten mit der Absicht, Leiden zu lindern sowie einen Beitrag zu einem würdigen Sterben und friedlichen Tod zu leisten. Ausführungen zu dieser Kategorie fanden sich zu Ausbildungsbeginn (T1) bei nur einer Person (4,0%). Bis zur letzten Erhebung (T5) stieg die Anzahl der Auszubildenden, die diesen Aspekt in ihr Pflegeverständnis integrierten, auf 36,4% (8 Befragte) (vgl. Abb. 63).

3.5.2.1 Vergleich des Pflegeverständnisses zwischen Modellkurs und traditioneller Pflegeausbildung

Um die Innovationen innerhalb der curricularen Konzeption des Berliner Modells anhand ihrer Effekte auf das Pflegeverständnis der Modellkursteilnehmer/innen aufzeigen zu können, erfolgte ein kontinuierlicher Abgleich der Entwicklungen mit Auszu-
bildenden aus den traditionellen Ausbildungsgängen der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege.


Entgegen des Entwicklungsverlaufs im Modellkurs (●) fanden sich in den Begriffsbestimmungen bei den Auszubildenden der Altenpflege (●) keine bzw. in den Vergleichsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege (●) und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (●) nur vereinzelt Aspekte von Gesundheitsorientierung, Gesundheitsförderung und Prävention (GKP: 9,5%; GKKP: 20,0%) bzw. palliativer Pflege und Sterbebegleitung (GKP: 4,8%; GKKP: 13,3%). Offenbar wurden diese Elemente in den Vergleichsgruppen lediglich sporadisch als Aufgaben und Inhalte von Pflege wahrgenommen (vgl. Abb. 64).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gegenüberstellung des Pflegeverständnisses der Modellkursteilnehmer/innen mit den Vergleichsgruppen (T5 Modellkursteilnehmer/innen, Vergleichsgruppen AP / GKP / GKKP, Sept 07 - März 08, offene Frage, Angaben in %)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pflege als allgemeine Hilfeleistung / Unterstützung</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflege als Verrichtung</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierung an Gesundheit/Gesundheitsförderung/Prävention</td>
</tr>
<tr>
<td>Linderung von Leiden, Sterbebegleitung</td>
</tr>
<tr>
<td>GPA (n=22)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 64: Gegenüberstellung des Pflegeverständnisses der Modellkursteilnehmer/innen mit den Vergleichsgruppen

Ungeachtet dieser Unterschiede waren auch bei den Vergleichsgruppen Tendenzen zu einem mehrdimensionalen Pflegeverständnis festzustellen.

20 Aufgrund der geringen Teilnehmer/innenzahl bei der Fragebogenerhebung T5 der Vergleichsgruppe Altenpflege (n = 8) können die Ergebnisse lediglich eingeschränkt gewertet werden.
Innerhalb der Vergleichsgruppe Altenpflege\textsuperscript{21} wurde beispielsweise die „Orientierung am Menschen und seiner Persönlichkeit“ von 4 Auszubildenden (50,0\%) hervorgehoben und Pflege vereinzelt als „Interaktion und Beziehungsprozess“ (25,0\%) begriffen. Eine Person (12,5\%) betonte in diesem Kontext die Bedeutung der „Ressourcenorientierung“ in der Altenpflege (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Pflegeverständnis der Vergleichsgruppe Altenpflege

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwortkategorien</th>
<th>Anzahl der Nennungen</th>
<th>Anzahl der Befragten/ (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>allgemeine Hilfeleistung / Unterstützung</td>
<td>5</td>
<td>5 (62,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflege als Verrichtung</td>
<td>5</td>
<td>5 (62,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Koordinations-, Organisations- und Kooperationsaufgaben</td>
<td>4</td>
<td>4 (50,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierung am Menschen und seiner Persönlichkeit</td>
<td>4</td>
<td>4 (50,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>(Patientenorientierung)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pflege als Interaktion und Beziehungsprozess</td>
<td>2</td>
<td>2 (25,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcenorientierung (Hilfe zur Selbsthilfe)</td>
<td>1</td>
<td>1 (12,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>1</td>
<td>1 (12,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>n = 8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bei den Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege ließ sich im Ausbildungsverlauf eine Erweiterung des Pflegebegriffs beobachten, welche sich nicht zuletzt anhand der Anzahl der auftretenden Kategorien offenbarte (T1: 9 Kategorien – T5: 13 Kategorien). Mehrere Auszubildende beschrieben Pflege „als Interaktion und Beziehungsprozess“ und unterstrichen die Notwendigkeit der „Orientierung an Ressourcen“ (19,0\%) sowie an den individuellen „Bedürfnissen (Lebensaktivitäten/ATL)“ (14,3\%). Darüber hinaus benannten die angehenden Gesundheits- und Krankenpfleger/innen vereinzelt weitere Aspekte von Pflege, die Tendenzen hin zu einem modernen Pflegebegriff aufwiesen (z. B. „Orientierung an der Gesundheit/ Gesundheitsförderung/ Prävention“, „berufspolitisches Verständnis/Professionalität“, „Information, Anleitung, Beratung, Schulung“) (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Pflegeverständnis der Vergleichsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwortkategorien</th>
<th>Anzahl der Nennungen</th>
<th>Anzahl der Befragten/ (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>allgemeine Hilfeleistung / Unterstützung</td>
<td>9</td>
<td>9 (42,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflege als Konsequenz von Krankheit, Alter und Behinderung</td>
<td>7</td>
<td>6 (28,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflege als Interaktion und Beziehungsprozess</td>
<td>5</td>
<td>5 (23,8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflege als Verrichtung</td>
<td>5</td>
<td>5 (23,8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcenorientierung (Hilfe zur Selbsthilfe)</td>
<td>4</td>
<td>4 (19,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierung an den Bedürfnissen (Lebensaktivitäten/ATL)</td>
<td>3</td>
<td>3 (14,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierung an der Gesundheit/ Gesundheitsförderung/ Prävention</td>
<td>4</td>
<td>2 (9,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>berufspolitisches Verständnis/Professionalität</td>
<td>2</td>
<td>2 (9,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Information, Anleitung, Beratung, Schulung</td>
<td>2</td>
<td>2 (9,5%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\textsuperscript{21} Aufgrund der geringen Teilnehmer/innenzahl bei der Fragebogenerhebung T5 der Vergleichsgruppe Altenpflege (n = 8) können die Ergebnisse lediglich eingeschränkt gewertet werden.
Die Ergebnisse innerhalb der Vergleichsgruppe der **Gesundheits- und Kinderkran-
kenpflege** spiegelten zum Ende der Ausbildung ein Pflegeverständnis wider, das
sich durch eine zunehmende Orientierung an den *Ressourcen* (53,3% = 8 Befragte)
und den *Bedürfnissen* (46,7% = 7 Befragte) der Pflegeempfänger auszeichnete. Inner-
halb dieser Gruppe wurden – wenn auch nur vereinzelt – ebenfalls Elemente von
Pflege integriert, die einem zukünftigen, mehrdimensionalen Pflegeverständnis inhä-
rent sein sollten (z. B. „Orientierung an der Gesundheit/ Gesundheitsförderung/ Prä-
vention“, „Information, Anleitung, Beratung, Schulung“ etc.) (vgl. Tab. 7).

**Tab. 7: Pflegeverständnis der Vergleichsgruppe Gesundheits- und Kinderkran
kpflege**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwortkategorien</th>
<th>Anzahl der Nennungen</th>
<th>Anzahl der Befragten/ (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Allgemeine Hilfeleistung / Unterstützung</td>
<td>16</td>
<td>8 (53,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcenorientierung (Hilfe zur Selbsthilfe)</td>
<td>8</td>
<td>8 (53,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierung an den Bedürfnissen (Lebensaktivitäten/ATL)</td>
<td>7</td>
<td>7 (46,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierung an der Gesundheit/ Gesundheitsförderung/ Prävention</td>
<td>6</td>
<td>3 (20,0%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Pflege als Konsequenz von Krankheit, Alter und Behinde-
rungr                                                                   | 4                    | 3 (20,0%)                 |
| Information, Anleitung, Beratung, Schulung                                        | 4                    | 2 (13,3%)                 |
| Lindern von Leiden, würdige Sterbebegleitung                                     | 2                    | 2 (13,3%)                 |
| Pflege als Verrichtung                                                           | 2                    | 2 (13,3%)                 |
| Berufspolitisches Verständnis/Professionalität                                     | 2                    | 2 (13,3%)                 |
| Pflege als Prozess                                                               | 1                    | 1 (6,7%)                  |
| Orientierung am Menschen und seiner Persönlichkeit (Patientenorientierung)       | 1                    | 1 (6,7%)                  |
| Sonstiges                                                                        | 3                    | 3 (20,0%)                 |
| Keine Angabe                                                                    | --                   | --                        |

Zusammenfassend lässt sich aussagen, dass die Initiatoren/innen der Generalisti-
schen Pflegeausbildung ihr Ziel, eine Umorientierung von der Verrichtungs-, Funkti-
ons- und Krankheitsorientierung zu einem multidimensionalen, ressourcenorientier-
ten Verständnis von Pflege anzustoßen, erreichen konnten. Die Modellteilnehmer/innen haben im Verlauf ein Pflegeverständnis ausgebildet, welches u. a. Aspek-
te der Gesundheitsförderung, Prävention und Palliativpflege umfasst und demnach
auf neue Aufgaben und steigende Anforderungen vorbereitet. Unabhängig davon
bleibt festzuhalten, dass den Untersuchungsergebnissen zufolge auch in den traditi-
onellen Ausbildungsgängen viel versprechende Ansätze zur Erweiterung des Pflege-
begriffs vorhanden sind.
3.5.3 Bedeutung des Modells für die Weiterentwicklung und Attraktivitätssteigerung der Pflegeausbildung


Erkenntnisinteresse / Fragestellung


- Welche Bedeutung hat das Modell bzgl. der Weiterentwicklung und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs?

Anhand einer zunächst eher allgemein gehaltenen Fragestellung äußerten sich die Experten/innen zu möglichen Impulsen für den Pflegeberuf, die durch eine generalistische Pflegeausbildung angestoßen werden könnten. Eine deutliche Mehrheit (88,9% = 16 Befragte) war der Meinung, dass mit dem neuen Ausbildungsansatz Veränderungen in der Pflege einhergehen werden (vgl. Abb. 65).

Ist Ihrer Ansicht nach zu erwarten, dass sich durch eine generalistische Pflegeausbildung Veränderungen oder neue Impulse für den Pflegeberuf ergeben?

(Experten/innen, Feb 08, n=18; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwort</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ja</td>
<td>5,6</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht</td>
<td>5,6</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>88,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 65: Veränderungen und Impulse durch eine generalistische Pflegeausbildung
Die Pflegeexperten/innen erwarteten durch eine generalistische Pflegeausbildung primär eine stärkere Nutzung von Synergien und Gemeinsamkeiten (50,0% = 9 Befragte), eine Profil- und Handlungserweiterung (38,9% = 7 Befragte), ein höheres Kompetenzniveau in der Pflege und eine Steigerung der internationalen Anschlussfähigkeit (jeweils 22,2% = 4 Befragte). Einzelne Nennungen thematisierten darüber hinaus eine zunehmende Orientierung an Bedarf und Nutzer/innen (16,7% = 3 Befragte) sowie verbesserte zukünftige Ausbildungsbedingungen (11,1% = 2 Befragte) als Effekte des generalistischen Ansatzes (vgl. Abb. 66).

Wenn ja, welche Veränderungen oder Impulse sind zu erwarten?
(Experten/innen, Feb 08, n=18; Angaben in %)

Abb. 66: Zu erwartende Veränderungen und Impulse durch eine generalistische Pflegeausbildung

Die Modellkursteilnehmer/innen schätzten ihre persönlichen Möglichkeiten, in der Pflegepraxis Veränderungen initiieren zu können, äußerst ambivalent ein. Jeweils 9 Befragte (40,9%) teilten im Rahmen der Fragebogenerhebung T6 (Februar 2008) die Überzeugung, diesbezüglich Impulse geben bzw. keine Veränderungen bewirken zu können (vgl. Abb. 67).
Sind Sie der Ansicht, dass Sie als Absolvent/in der Generalistischen Pflegeausbildung Veränderungen in der Pflegepraxis anstoßen könnten bzw. können?
(T6 Modellkursteilnehmer/innen, Feb 08, n=22; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwort</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ja</td>
<td>40,9</td>
</tr>
<tr>
<td>teils-teils</td>
<td>13,6</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>keine Angabe</td>
<td>40,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Abb. 67:** Veränderungen in der Pflegepraxis durch Absolventen/innen

Konkret nahmen 5 Teilnehmende (22,7%) an, dass sie als generalistisch Ausgebildete einen Beitrag zur *Förderung einer ganzheitlichen, subjektorientierten Pflege* leisten können. Jeweils 4 Befragte (18,2%) erläuterten, dass sie die Möglichkeit haben, die interdisziplinäre Zusammenarbeit / Vernetzung zu verbessern und selbstständiges Denken und Handeln bzw. lebenslanges Lernen zu fördern. Zudem wurde von 2 Befragten (9,1%) die Chance zur allgemeinen Verbesserung der Pflegequalität gesehen.

Ein entsprechendes Bild zeigte sich bei der Bewertung einer möglichen Aktivitätssteigerung des Pflegeberufs durch eine generalistische Ausbildung: Knapp die Hälfte der Absolventen/innen (45,5% = 10 Befragte) teilte die Auffassung, der Modellansatz könne die Pflegeausbildung attraktiver machen, insbesondere durch das breitere Spektrum an Arbeitsmöglichkeiten und Berufschancen (31,8% = 7 Befragte) und mehr Möglichkeiten zur Weiterbildung (9,1% = 2 Befragte). Die übrigen Teilnehmer/innen verneinten einen Einfluss auf die Attraktivität der Pflege (40,9% = 9 Befragte) oder bekundeten diesbezüglich Zweifel (Antwortmöglichkeit „teils-teils“; 9,1% = 2 Befragte) (vgl. Abb. 68).
Haben Sie den Eindruck, eine generalistische Pflegeausbildung könnte die Attraktivität des Pflegeberufs in Deutschland steigern?
(T6 Modellkurssteilnehmer/innen, Feb 08, n=22; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ja</th>
<th>teils-teils</th>
<th>nein</th>
<th>keine Angabe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>45,5</td>
<td>9,1</td>
<td>4,5</td>
<td>40,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 68: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs - Sicht der Absolventen/innen

In der Gegenüberstellung offenbarten die Ergebnisse aus der Experten/innen-Befragung eine ähnliche Einschätzung bezogen auf das Potenzial des generalistischen Ansatzes. Die Hälfte der Teilnehmenden (50,0% = 9 Befragte) nahm eine Steigerung der Attraktivität im Zuge der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung an, während 4 Experten/innen (22,2%) diese bestritten und 3 Befragte (16,7%) dazu kein Urteil abzugeben vermochten (Antwortmöglichkeit „weiß nicht“) (vgl. Abb. 69).

Haben Sie den Eindruck, eine generalistische Pflegeausbildung könnte die Attraktivität des Pflegeberufs in Deutschland steigern?
(Experten/innen, Feb 08, n=18; Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ja</th>
<th>weiß nicht</th>
<th>nein</th>
<th>keine Angabe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>50</td>
<td>11,1</td>
<td>22,2</td>
<td>16,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 69: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs - Sicht der Experten/innen
Diejenigen Experten/innen, die von einer Attraktivitätssteigerung für den Pflegeberuf in Deutschland ausgingen, vermuteten, dass eine generalistische Pflegeausbildung zur *Erweiterung des Handlungs- und Tätigkeitsfelds* beiträgt (33,3% = 6 Befragte) und ferner eine *Steigerung der Einsatz- und Karrieremöglichkeiten* für die Absolventen/innen bewirkt (22,2% = 4 Befragte).

Weitere Aspekte der generalistischen Ausbildung, die zu einem erhöhten Interesse am Pflegeberuf beitragen könnten, benannten die Praxisanleiter/innen (T4 Oktober 2007): Sie hoben den *größeren Handlungsspielraum durch die Generalisierung* hervor (23,1% = 3 Befragte) und nahmen einen Zugewinn an Attraktivität aufgrund der *Einblicke in andere Pflegeberufe* und den damit verbundenen *Austausch* an (15,4% = 2 Befragte).

Neben dem Aspekt der Attraktivitätssteigerung äußerten sich die Modellkurseilenehmer/innen und Experten/innen auch zur Frage nach einem möglichen Einfluss der Generalisten auf die *Professionalisierung* des Pflegeberufs. Hierbei maßen die Pflegeexperten/innen dem Ausbildungsmo dell ein deutlich größeres Gewicht bei (Zustimmung mit 77,8% = 14 Befragte) als die Absolventen/innen (Zustimmung mit 22,7% = 5 Befragte) (vgl. Abb. 70 und Abb. 71). Letztgenannte Zielgruppe entschied sich überwiegend für die Antwort *teils-teils* (vgl. Abb. 70).

**Abb. 70:** Einfluss auf die Professionalisierung des Pflegeberufs – Sicht der Absolventen/innen
Haben Sie den Eindruck, dass die generalistisch ausgebildeten Pflegenden die Professionalisierung der Pflege in Deutschland positiv beeinflussen können?
(Experten/innen, Feb 08, n=18; Angaben in %)

16,7
5,6
77,8

ja weiß nicht nein

Abb. 71: Einfluss auf die Professionalisierung des Pflegeberufs – Sicht der Experten/innen

Die Gruppe der Experten/innen, die mit deutlicher Mehrheit einen Professionalisierungsschub durch die generalistisch ausgebildeten Pflegenden erwartete (vgl. Abb. 71), sah diesen primär in der Anregung zu einem veränderten pflege-(wissenschaftlichen) Denken und Handeln in der Praxis (44,4% = 8 Befragte). Des Weiteren versprachen sich die Experten/innen von der generalistischen Ausbildung eine Steigerung des Aus-, Fort- und Weiterbildungsniveaus (33,3% = 6 Befragte) sowie die Entwicklung eines generalistischen Pflegeverständnisses (27,8% = 5 Befragte). Weitere Einflüsse der generalistisch Ausgebildeten auf die Professionalisierung zeigt Tab. 8.

Tab. 8: Mögliche Einflüsse auf die Professionalisierung des Pflegeberufs

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwortkategorien</th>
<th>Anzahl der Nennungen</th>
<th>Anzahl der Befragten/ (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anregungen veränderten pflege-(wissenschaftlichen) Denkmens und Handelns in der Praxis</td>
<td>11</td>
<td>8 (44,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Steigerung des Aus-, Fort- und Weiterbildungsniveaus</td>
<td>6</td>
<td>6 (33,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Generalistisches Pflegeverständnis</td>
<td>5</td>
<td>5 (27,8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Steigerung und Stärkung des berufspolitischen Einflusses</td>
<td>4</td>
<td>4 (22,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesteigerte wissenschaftliche Auseinandersetzung und Fundierung</td>
<td>3</td>
<td>3 (16,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>1</td>
<td>1 (5,6%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

n = 18
3.5.4  Einschätzung zur zukünftigen Gestaltung der Pflegeausbildung

Anlässlich der aktuellen Diskussion um neue berufliche Handlungsfelder, Aufgaben und notwendige Kompetenzen zukünftig Pflegender stellt sich grundsätzlich die Frage, wie eine Pflegeausbildung gestaltet sein sollte, will sie den bevorstehenden Anforderungen nachkommen. Vor diesem Hintergrund wurden die Experten/innen gebeten, ihre persönlichen Prioritäten im Hinblick auf eine Neugestaltung der Pflegeausbildung zu benennen.

Für 72,2% der Experten/innen (13 Befragte) stand in diesem Kontext die Zusammenführung der 3 Ausbildungsgänge (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege) im Vordergrund einer Reformierung. Hierzu formulierten 8 Befragte (44,4%) ihre Aussagen eher allgemein, 5 Personen (27,8%) nannten explizit eine generalistische Ausbildung und 4 Teilnehmer/innen (22,2%) führten eine Schwerpunktsetzung / Spezialisierung an.

Weitere 13 Befragte (72,2%) betonten als wichtigen Aspekt das Hochschulniveau bzw. die Ausbildung von Pflegenden im tertiären Bildungssystem. Für jeweils 38,9% (7 Befragte) nahmen zudem die Erweiterung der beruflichen Handlungskompetenz sowie die Orientierung an aktuellen und zukünftigen Bedarfen eine bedeutende Rolle bei der Neugestaltung der Ausbildung ein.

Jeweils 4 Teilnehmer/innen (22,2%) erachteten den wissenschaftlichen Bezug und eine verbesserte praktische Ausbildung als entscheidende Reformierungsbereiche und 2 Personen (11,1%) erwähnten diesbezüglich die Europäisierung (vgl. Tab. 9.)

Tab. 9: Bedeutende Aspekte im Zuge der Reformierung der Pflegeausbildung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antwortkategorien</th>
<th>Anzahl der Nennungen</th>
<th>Anzahl der Befragten/ (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zusammenführung der 3 Ausbildungen</td>
<td>18</td>
<td>13 (72,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ allgemein</td>
<td>9</td>
<td>8 (44,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ generalistische Ausbildung</td>
<td>5</td>
<td>5 (27,8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ Schwerpunktsetzung/ Spezialisierung</td>
<td>4</td>
<td>4 (22,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hochschulniveau/ Ausbildung im tertiären System</td>
<td>15</td>
<td>13 (72,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Erweiterung der beruflichen Handlungskompetenz</td>
<td>8</td>
<td>7 (38,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierung an aktuellen und zukünftigen Bedarfen</td>
<td>7</td>
<td>7 (38,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>wissenschaftlicher Bezug</td>
<td>4</td>
<td>4 (22,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>verbesserte praktische Ausbildung</td>
<td>4</td>
<td>4 (22,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Europäisierung</td>
<td>2</td>
<td>2 (11,1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges&lt;sup&gt;22&lt;/sup&gt;</td>
<td>4</td>
<td>4 (22,2%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

n = 18

<sup>22</sup> Angaben unter „Sonstiges“:
    Erstausbildung auf unterschiedlichen Niveaus (wie z. B. in den Niederlanden)
    3. Lernort verbindlich
    Ausbildung über 4 Jahre
    eine Berufsbezeichnung
Im Anschluss äußerten sich die teilnehmenden Experten/innen zu der Frage, wie eine zukünftige Pflegeausbildung grundsätzlich gestaltet sein sollte. Hierzu erhielten sie eine Vorgabe unterschiedlicher Ansätze (vgl. Abb. 72), wobei generell die Option bestand, mehrere Antworten anzugeben sowie eigene Ausführungen zu ergänzen.

Den größten Zuspruch seitens der Experten/innen erhielten an dieser Stelle die generalistische Pflegeausbildung (72,2% = 13 Befragte) sowie ein ausbildungsintegrrender (dualer) Studiengang (61,1% = 11 Befragte). Darüber hinaus zogen 5 Befragte (27,8%) einen grundständigen, primärqualifizierenden Studiengang und 3 Teilnehmer/innen (16,7%) eine integrierte Ausbildung als geeignete Alternativen in Erwägung.

Abb. 72: Einschätzung zur zukünftigen Gestaltung der Pflegeausbildung

Um den Berliner Modellversuch innerhalb dieser aktuellen Diskussion einordnen zu können, wurden die Experten/innen im Anschluss um eine Einschätzung zur Tragweite des generalistischen Ansatzes für die weitere politische Planung gebeten.

77,8% der Teilnehmenden (14 Befragte) vertraten die Ansicht, der generalistische Ansatz sei für die weitere politische Planung hinsichtlich zukünftiger Pflegeausbildungen von Bedeutung (vgl. Abb. 73). 2 Befragte (11,1%) sprachen ihm diesen Einfluss ab und weitere 2 Personen vermochten zu dieser Frage kein Urteil abzugeben (Antwortmöglichkeit „weiß nicht“).
Sind Sie der Meinung, dass der generalistische Ansatz für die weitere politische Planung hinsichtlich zukünftiger Pflegeausbildungen von Bedeutung sein wird?

(Experten/innen, Feb 08, n=18; Angaben in %)

11,1 ja
11,1 weiß nicht
77,8 nein

Abb. 73: Bedeutung des generalistischen Ansatzes für die politische Planung der zukünftigen Pflegeausbildung

3.5.5 Kurzzusammenfassung


- Insgesamt deuteten die Evaluationsergebnisse darauf hin, dass die Auszubildenden der Generalistischen Pflegeausbildung gut auf pflegerische Beratungsgespräche vorbereitet waren. Dessen ungeachtet beklagten sie einen Mangel an Beratungsmöglichkeiten am Lernort Praxis, der dazu führte, dass diese Kompetenz in der Pflegepraxis kaum gefestigt oder gar weiterentwickelt werden konnte.

- Wenngleich die Modellschüler/innen und Lehrenden eine gute Vorbereitung auf gesundheitsförderliche und präventive pflegerische Maßnahmen durch die Generalistische Ausbildung empfanden und diese auch am Lernort
Praxis gezielt umsetzten, bemerkten die befragten Praxisanleiter/innen die speziellen Kompetenzen der Auszubildenden lediglich bedingt. Dieser scheinbare Widerspruch legt nahe, dass pflegerische Handlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht im Bewusstsein der Praktiker/innen verankert waren und folglich kaum gefordert und auch nicht wahrgenommen wurden. Hier offenbart sich ein weiterer Entwicklungsbedarf bezogen auf die Integration gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen in die weiterhin primär pathogenetisch und auf Kuration ausgerichtete Pflegepraxis.


- Im Fokus der zukünftigen Gestaltung von Pflegeausbildungen sahen die Experten/innen die Zusammenführung der drei Ausbildungsgänge (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege) sowie das Anstreben des Hochschulniveaus. Infolgedessen fiel die Wahl erfolgversprechender Ausbildungsformen zu Gunsten der generalistischen Pflegeausbildung sowie eines ausbildungsinTEGRierenden (dualen) Studiengangs aus. In Zuge der Diskussion um die Reformierung maßen die Experten/innen dem generalistischen Ansatz zudem eine Bedeutung bezüglich der weiteren politischen Planung bei.
3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse: Was hat sich bewährt, wo besteht Diskussionsbedarf?

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Evaluation des „Berliner Modells – Generalistische Pflegeausbildung“ zusammengefasst, bewährte Elemente des Ausbildungsmodells abgebildet sowie die optimierungs- bzw. klärungsbedürftigen Aspekte diskutiert.

3.6.1 Lehr-/Lernprozesse

Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse und das Rollenverständnis der Auszubildenden, Lehrenden und Pflegepraktiker/innen?

- Welche Qualifikationsanforderungen stellt die Generalistische Pflegeausbildung an Auszubildende, Lehrende und Pflegepraktiker/innen?

Im Rahmen der Evaluation konnte aufgezeigt werden, dass die Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse des generalistischen Ausbildungsmodells positiven Einfluss auf die Kompetenzentwicklung sowie das Rollenverständnis der Auszubildenden, Lehrenden und Pflegepraktikern/innen ausübte.

Bewährt

- Bewährt haben sich dabei die Rahmenbedingungen der Schule. Die Ausstattung der Schule lieferte eine adäquate Basis zur Unterstützung der Lehr-/Lernprozesse. Ebenso trug die zeitliche Organisation der Theorie-/Praxisblöcke zum gelingenden Kompetenzerwerb der Auszubildenden bei.
- Das Problembasierte Lernen konnte als Lernform etabliert werden und unterstützte mit seiner Orientierung an Selbstorganisation, Handlungsorientierung sowie Praxiserfahrungen die Erweiterung der pflegerischen Handlungskompetenzen der Modellschüler/innen. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten für die Auszubildenden und einem erhöhten Aufwand und Engagement für die Lehrkräfte konnte das POL sehr gut an der Wannsee-Schule eingeführt und umgesetzt werden und hat sich rückblickend als wertvoller Bestandteil des Curriculums bewährt.
- Zweckdienlich erwies sich die Vielfalt der Unterrichtsmethoden, welche die Auszubildenden anregte, selbständig zu arbeiten und sich fehlendes Wissen in eigener Initiative anzueignen. Diese Form der Auseinandersetzung mit Lerninhaltlen galt für die Auszubildenden als methodische Orientierungshilfe für die Praxis, in der komplexen Pflegesituationen erkannt, reflektiert und ergebnisorientiert zu lösen waren.
- Die Lehrenden und Auszubildenden entwickelten innerhalb des Projektes ein verändertes Rollenverständnis das weg von Lehrerzentrierten Formen des Unterrichtens und stärker in Richtung subjektorientiertes und partizipatives Vorgehen zu beschreiben ist.
Optimierungsbedarf
- Um den Informationsbedarfen der Auszubildenden in vollem Umfang zu entsprechen, bietet sich neben der medialen Bereitstellung von Informationen, eine Erweiterung der Print-Ausstattung (Bücher, Fachzeitschriften) an.
- Als optimierungbedürftig erwies sich der Umgang mit dem Lerntagebuch. Diesbezüglich könnte eine intensivere Einführung in die Relevanz und den Umgang durch die Lehrenden mit diesem Instrument Abhilfe schaffen.
- Innerhalb der Vielfalt der Unterrichtsmethoden könnte das Angebot an Selbstwahrnehmungsübungen ausgebaut werden.

Diskussionsbedarf und Klärung
- Im Hinblick auf die innovativen Lehr-/Lernkonzepte, beispielsweise POL, und dem damit einhergehenden erhöhten zeitlichen sowie organisatorischen Aufwand für die Lehrkräfte ist zukünftig die personelle Ausstattung von Pflegeschulen stärker auf gesetzgeberischer Seite zu thematisieren. Das betrifft neben höheren Ressourcen für das alltägliche Schulgeschehen ebenso den Prozess der Einführung veränderter Strukturen in der Pflegeausbildung. Für die Lehrenden ging die Umsetzung des Modellprojektes vor allem in der Anfangszeit mit einem enorm höheren Arbeits-, Organisations- sowie zusätzlichem persönlichen Zeitaufwand einher.
- Die veränderten Anforderungen an ihre Qualifikation und das Rollenverständnis der Lehrenden bedarf ebenfalls zusätzlicher (zeitlicher) Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte, die bei zu geringen personellen Ressourcen neben der Umstrukturierung ebenfalls anfallen und nicht „nebenbei“ zu leisten sind.

3.6.2 Theorie-/Praxis-Transfer

Inwieweit fördert das Ausbildungsmodell einen Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Transfer?
- Welche Veränderungen bzw. Synergieeffekte werden in den Praxiseinrichtungen der Kooperationspartner/innen durch die Generalistische Pflegeausbildung angestoßen?

Die im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung eingegangene Lernortkooperationen zwischen der Schule und den Praxiseinrichtungen stellte sich für die Theorie-/Praxis-Vernetzung als förderlich heraus.

Bewährt
- Eine Vielzahl der entwickelten Praxisinstrumente schätzten die Zielgruppen als geeignet ein, um den Transfer von Theorie und Praxis zu unterstützen. Als besonders hervorzuhebende Instrumente/ Bedingungen, wurden festen
Bezugsperson als Ansprechpartner/innen, die Beobachtung von Pflegenden bei pflegerischen Tätigkeiten, gemeinsame Gespräche mit den Praxisanleiter/innen sowie die Lernbegleitung durch die Lehrkräfte der Wannsee-Schule hervorgehoben.

- Von Seiten der Praxisanleiter/innen waren es auch die Praxisaufträge sowie die Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche, die zu einem Lernzuwachs der Auszubildenden in der Praxis beitrugen und sich als unterstützend für den Theorie-/Praxis-Transfer bewährt haben.
- Die adäquate Vorbereitung auf die Pflegepraxis, die von Seiten der Schule durchgeführt wurde, lieferte den Auszubildenden ein solides Fundament für die pflegerische Arbeit.
- Auch die Praxisbegleitungen durch die Lehrkräfte wurden grundsätzlich von den Auszubildenden und den Praxisanleiter/innen als sehr lernunterstützend für den Theorie-/Praxis-Transfer bewertet.
- Die Praxisanleitungen durch die Fachkräfte in den praktischen Einsatzorten wurden grundsätzlich von den Auszubildenden als geeignetes und äußerst unterstützendes Instrument für die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz beurteilt.

Optimierungsbedarf

- Optimierungsbedarf ergibt sich bei den Begleitungen, durch die Lehrkräfte hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität der Begleitungen die dann auch mit einer direkten Anleitung in Pflegesituationen einhergehen sollten.
- Ebenso stellt sich die Situation für die Umsetzung der Praxisanleitungen dar. Diese ließ sich für die Praxisanleiter/innen häufig ohne explizite Freistellung vom Praxisalltag also aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen in vollem Umfang schwer einlösen. Bedeutsam für den Lernerfolg der Auszubildenden wäre eine konsequente Freistellung der Praxisanleiter/innen vom Stations-/Wohnbereichsgeschehen zu den Zeiten der Anleitung.
- Deutlich wurden eine partiell unzureichende allgemeine Qualifizierung der Praxisanleiter/innen sowie deren Bedarf an generalistisch ausgerichteten Fortbildungsangeboten.

Diskussionsbedarf und Klärung

Ferner wäre zu klären, warum das „Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung“ bislang vor allem Veränderungen am Lernort Schule und nicht in der Praxis anstößt.

### 3.6.3 Bewährung in der Pflegepraxis

*Wie bewährt sich das Ausbildungsmodell in der Pflegepraxis und bei potenziellen Arbeitgebern?*

- Sind Pflegende aus der Generalistischen Pflegeausbildung flexibler innerhalb und außerhalb pflegerelevanten Einrichtungen einsetzbar?
- Wie ist die Akzeptanz der Teilnehmer/innen am Modellversuch in der Pflegepraxis bezüglich ihrer Qualifizierung bzw. ihres erworbenen Kompetenzprofils (Berufschancen)?

*Bewährt*

- Dem intendierten Ziel der Generalistischen Pflegeausbildung entsprechend, konnte eine Kompetenzerweiterung bzw. die Steigerung des Kompetenzniveaus der Auszubildenden im Laufe der Ausbildung erreicht werden.
- Darüber hinaus erwarteten die externen Experten/innen eine gute Einsatzfähigkeit der generalistisch ausgebildeten Pflegenden und damit einhergehende erhöhte Berufschancen in unterschiedlichen pflegerischen Arbeitsfeldern, auch innerhalb des europäischen Arbeitsmarktes.
- Die befragten Experten/innen empfahlen, Teile der „Generalistischen Pflegeausbildung – Das Berliner Modell“ in die Regelausbildung zu implementieren, um auf kommende Anforderungen in der Pflegepraxis zu reagieren.

*Optimierungsbedarf*

- Anzuregen ist für die Zukunft aufgrund der Experten/innen-Befragung eine ebenfalls generalistisch ausgerichtete Lehrerbildung. Damit könnte der im Kapitel Lehr-/Lernprozesse beschriebene zusätzliche Weiterbildungsaufwand für Lehrkräfte der generalistischen Pflegeausbildung reduziert werden.
Diskussionsbedarf und Klärung

- Auf übergeordneter Ebene oder in Form eines Erfahrungsaustausches mit anderen Modellinitiatoren/innen wäre zukünftig der Bedarf an speziellem vers. generalisiertem Wissen zu diskutieren.
- Auf gesetzgeberischer Ebene stellt sich Klärungsbedarf hinsichtlich der staatlichen Anerkennung der Ausbildung.
- Weiterhin äußerten die Experten/innen Befürchtungen bezüglich eines teilweise unzureichenden Qualifikationsprofils sowie eine generelle Skepsis gegenüber Neuerungen innerhalb der Praxis, die Probleme hinsichtlich der Akzeptanz und Übernahme in den Regelbetrieb nach sich ziehen könnten. Die bereits genannten Empfehlungen in Richtung Information, Transparenz und Partizipation der Praxisorte sind dringend zu bedenken.

3.6.4 Kompetenzentwicklung

**Welchen Einfluss hat die curriculare Konzeption auf die Entwicklung und das Verhältnis des Kompetenzerwerbs zwischen generalistisch und traditionell ausgebildeten Pflegenden?**

- Wie bewährt sich das generalistische Ausbildungsmodell bezüglich der Dauer und des erworbenen Kompetenzprofils der Auszubildenden?

**Bewährt**

- Mit den Evaluationsergebnissen wird deutlich, dass das „Berliner Modell - Generalistische Pflegeausbildung“ geeignet war, bei den Auszubildenden ein breites Kompetenzprofil sowie die Entwicklung eines erweiterten pflegeberuflichen Kompetenzprofils zu bewirken.
- Mit dem Modell konnten pflegeberufliche Handlungskompetenzen erworben werden, die den Herausforderungen der pflegeberuflichen Praxis sowie zukünftigen Ansprüchen an Pflegende entsprechen.
- Insgesamt konnten die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Auszubildenden in allen Kompetenzbereichen erweitert werden.
- Im methodischen Kompetenzbereich nahmen die Auszubildenden einen hohen Lernzuwachs bezüglich ihrer Lernfähigkeit sowie der Moderations- und Präsentationstechniken wahr.
- Im personalen Kompetenzbereich wurde vornehmlich die Entwicklung von Flexibilität und Reflexionsfähigkeit unterstützt.
- Fachlich konnten die Auszubildenden grundsätzlich ein den Berufsfeldern Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege adäquates Wissen erlangen.
Optimierungsbedarf
• Im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ergeben sich wiederholt und mehrfach von den Auszubildenden geäußert, deutliche Optimierungsbedarfe.

Diskussionsbedarf und Klärung
• Während sich für die Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege und die Altenpflege ein gesteigertes Kompetenzprofil bei den Modellschüler/innen nachweisen lässt, fühlen sie sich für den Bereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weniger kompetent als die traditionell ausgebildeten Pflegekräfte in diesem Bereich. Hier sollte ein grundsätzlicher Diskurs angedacht werden.

3.6.5 Vorbereitung auf aktuelle und zukünftige Anforderungen

Welche Aussagen können zur Generalistischen Ausbildung hinsichtlich der Vorbereitung auf die aktuellen und zukünftigen Anforderungen an die Pflegeberufe getroffen werden?
• Welchen Einfluss hat die Generalistische Pflegeausbildung auf die Entwicklung des Gesundheits- und Krankheitsverständnis sowie auf das Pflege- und Berufsverständnis?

Bewährt
• Wie die Evaluationsergebnisse zeigen, ist der generalistische Ansatz geeignet, um auf zukünftige Herausforderungen in der Pflege zu reagieren.
• Den Auszubildenden konnte ein ganzheitliches Verständnis von Pflege vermittelt werden, welches Aspekte der Gesundheitsförderung, Prävention und Palliation integrierte.
• Die Absolventen/innen verfügen über den zukünftigen Anforderungen entsprechende Beratungs- und Anleitungskompetenzen und sind umfangreich auf Beratungsgespräche vorbereitet.
• Außerdem lässt sich eine gute theoretische Vorbereitung der Auszubildenden auf gesundheitliche präventive und pflegerische Maßnahmen resümieren.
• Alles in allem wäre das Modell mit seinen Bestandteilen geeignet, um zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes beizutragen. Nach Meinung der Experten/innen ermöglicht es den Auszubildenden ein zukünftig breites Arbeitsfeld, erhöhte Berufschancen in unterschiedlichen pflegerischen Arbeitsfeldern auch innerhalb des europäischen Arbeitsmarktes und damit größere persönliche wie berufliche Handlungsspielräume.

Optimierungsbedarf
• Auszuweiten wäre die Möglichkeit, am Lernort Praxis die Beratungskompetenzen tatsächlich zu trainieren und auszubauen.
• Ebenfalls an die Praxisorte gerichtet ergibt sich die Notwendigkeit, häufiger die Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver pflegerischer Maßnahmen üben zu können.
Diskussionsbedarf und Klärung

• Allgemein besteht der bereits artikulierte Diskussionsbedarf inwieweit der generalistische Ansatz in den zukünftigen bildungs- und gesundheitspolitischen Planungen Relevanz erhalten soll.
4. Resümee: Bedeutsamkeit des Modells – Strategien einer nachhaltigen Übertragbarkeit


4.1. Bedeutsamkeit des Modells: Berufspolitische Ebene/ Struktur- und gesetzgeberische Ebene

Von struktur- und gesetzgeberischer Seite wird es in Zukunft um folgende Aspekte gehen, die eingehend bearbeitet werden müssen, um die Entwicklung der Pflegeberufe voranzutreiben.

- Herstellung einer nationalen und internationalen Vergleichbarkeit und Durchlässigkeit der Pflegeausbildungen
- Einheitliche, gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung der Pflegeausbildungen
- Einheitliche ministeriale Zuständigkeit und Finanzierung der Ausbildung
- Sicherstellung des steigenden Qualifizierungsbedarfs für Lehrende/Praxisanleiter/innen
- Herstellen der vertikalen Durchlässigkeit für Pflegeausbildungen - konzeptionelle Grundlage für eine gestufte Pflegeausbildung bzw. Übergang in tertiären Bildungsbereich

Nationale sowie internationale Vergleichbarkeit und Durchlässigkeit wird hergestellt und gesichert (Europäisierung)

Immer noch weisen die Berufsausbildungen im Pflege- und Gesundheitsbereich europaweit große Unterschiede auf. Damit ist eine Vergleichbarkeit nicht gewährleistet, womit zwangsläufig Probleme bei der Frage der gegenseitigen Anerkennung einhergehen. Gerade für die deutschen Pflegekräfte, die eine traditionelle Pflegeausbildung absolvieren, ist die Mobilität innerhalb der europäischen Staatengemeinschaft noch mit größeren Schwierigkeiten verbunden. Mit dem generalistischen Ausbildungsansatz, wie ihn die Wannsee-Schule Berlin und anderen Modellvorhaben praktizieren, erfolgen erste Schritte in Richtung einer Anpassung an das europäische Niveau.

**Einheitliche, gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung wird erforderlich**


**Einheitliche ministerielle Zuständigkeit und Finanzierung der Ausbildung wird notwendig**


Wenn Ausbildungsqualität mit Arbeitsproduktivität konkurriert, führt das in der Konsequenz dazu, dass nicht die entsprechende Anzahl der Ausbildungsplätze von den Praxisorten bereitgestellt wird, wie es dem tatsächlichen Bedarf an Pflegekräften für die Zukunft entsprechen würde. Schon frühere Forschungen des iap verdeutlichen –
so die Erkenntnis der BEA-Studie\(^{23}\) – dass die Altenhilfeeinrichtungen gefordert sind, zukünftig mehr Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen. Denn entgegen des steigenden Fachkräftemangels bleiben immer noch zahlreiche Ausbildungsplätze aufgrund fehlender Praxisplätze unbesetzt.

Auch die Wahl verschiedener zukünftiger Arbeitsfelder, die als mögliche praktische Einsatzzorbe während der Ausbildung erprobt werden könnten, ist mit dem derzeitigen Finanzierungsmodell schwer einlösbar, da sie damit gegenüber den Trägern schwer durchsetzbar wird. Den Auszubildenden gehen so wichtige Erfahrungen verloren, die auch nach Abschluss der Ausbildung selten nachgeholt werden können. Das Berliner Modell hat mit der Möglichkeit der Wahleinsätze gezeigt, dass sich dadurch den Auszubildenden neue und innovative Arbeitsfelder erschließen lassen, die zukünftig allen Pflegeschüler/innen zu ermöglichen sind.

Zusammenfassend betrachtet zeigt sich, dass langfristig die Neuregelung der Finanzierungsmodalitäten unumgänglich ist. Denkbar ist eine Lösung, bei der die Kosten für die schulische Ausbildung von den Ländern getragen werden und die Kosten für die Ausbildungsvergütung und die Ausbildung in der Praxis von der Gesamtheit der Pflegeeinrichtungen umlagefinanziert werden. Mit einer so gearteten Finanzierung könnte nicht nur die Wahlfreiheit der Einsatzorte gewährleistet, sondern auch das Durchsetzen eines tatsächlichen Status der Auszubildenden als Lernende sichergestellt werden. In diesem Finanzierungsmodell könnten Praxisanleiter/innen beschäftigt werden, die, wie die Auszubildenden dann auch, nicht ökonomischen Erwägungen der Einrichtungen unterliegen müssten.

**Steigender Qualifizierungsbedarf für Lehrende/ Praxisanleiter/innen**

Mit den gestiegenen Anforderungen an die Gesundheits- und Pflegeberufe gehen unweigerlich auch erhöhte und veränderte Qualifikationen der dort tätigen Lehrer/innen und Praxisanleiter/innen einher. Seitens des Gesetzgebers wurde dem bereits durch die Anhebung der Lehrerqualifikation auf Hochschulniveau sowie die gesetzliche Vorgabe einer berufspädagogisch geschulten Pflegekraft (Zusatzqualifikation von mindestens 200 Stunden) am Lernort Pflegepraxis im Rahmen der Novellierung des Kranken- und Altenpflegegesetzes Rechnung getragen.


\(^{23}\) Die BEA – Studie (Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen) wurde vom iap unter Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres durchgeführt und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert und ist bisher die auf nationaler Ebene repräsentativste Erhebung dieser Art (BMFSFJ 2006).
Herstellen der vertikalen Durchlässigkeit für Pflegeausbildungen - konzeptionelle Grundlage für eine gestufte Pflegeausbildung bzw. Übergang in tertiären Bildungsbereich


4.2. Bedeutsamkeit des Modells: Berufspädagogische Ebene

Aus berufspädagogischer Perspektive sind für die zukünftigen Entwicklungen im Pflegebereich folgende Aspekte zu bedenken:

- Anerkennung des generalistischen Weges und der Notwendigkeit neuer Schnittmengen zwischen den Gesundheits- und Pflegeberufen
- Nachjustierung des Verhältnisses Generalisten und Spezialisten z. B. durch Neustrukturierung der Weiterbildung sowie Klärungen bezüglich des Verhältnisses generalistischer vs. spezialisierter Anteile innerhalb der Ausbildung.
- „Neue“ Lernkultur: Handlungs-, Subjekt- und Problemorientierung zur Bewältigung komplexer Anforderungssituationen – Lebenslanges Lernen
- Verbesserung der Lernortkooperationen als Gewähr für nachhaltigen Theorie-/Praxis-Transfer - Bedarf an Weiterentwicklung geeigneter Instrumente

Anerkennung des generalistischen Weges und der Notwendigkeit neuer Schnittmengen zwischen den Gesundheits- und Pflegeberufen


Beratung beispielsweise wird sich als Teil der beruflichen Handlungskompetenz Pflegender zunehmend auf die individuelle Ebene der Patienten/innen, Klienten/innen, Bewohner/innen und Angehörigen direkt beziehen. Wenn, wie erwartet, der Bedarf an allgemeiner und spezieller Gesundheits- und Pflegeberatung steigt, eröffnen sich neue Tätigkeitsfelder für Pflegende (z. B. Wohnraum- oder Ernährungsberatung, Gesundheitsförderung/Präventions- und Rehabilitationsberatung), auf die generalistische Pflegekräfte dann umfassender vorbereitet sind. Auch die
Möglichkeiten einer institutionsunabhängigen Beratungs- oder Gutachtertätigkeit, als denkbare Handlungsfelder für generalistisch ausgebildete Pflegekräfte, ermöglichen, dass diese viel stärker und nachhaltiger als bisher, die Rechte, Selbstbestimmung und Autonomie des Einzelnen im Gesundheitswesen vertreten können.

In den Fokus kommen auch deutlicher als bisher Fragen der Pflegeüberleitung an der Schnittstelle stationärer/ambulanter Settings sowie das Arbeiten in multiprofessionellen Teams innerhalb des Gesundheitsdienstleistungssektors.

Nachjustierung des Verhältnisses Generalisten und Spezialisten z. B. durch Neustrukturierung der Weiterbildung sowie Klärungen bezüglich des Verhältnisses generalistischer vs. spezialisierter Anteile innerhalb der Ausbildung.

Deutlich wird aus den vorliegenden Evaluationsergebnissen, dass die Klärung des Verhältnisses zwischen generalistischer und spezialisierter Schwerpunktsetzung noch aussteht. So hat sich eine zu starre Trennung gemeinsamer und differenzierter Anteile zur Bewältigung spezieller pflegerischer Aufgaben in unterschiedlichen Settings nicht bewährt.


Für den weiteren generalistischen Ausbildungsweg - so zeigen die Ergebnisse des Berliner Modells - sind in jedem Fall die Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und deren spezielle Wissensinhalte zu bearbeiten. Ebenso stellt sich die Frage nach den spezialisier ten Wissensinhalten der Altenpflege.

Neben dem Fokus auf die Anerkennung der gemeinsamen Schnittmengen wird für zukünftige generalistische Ausbildungen das Verhältnis von generalistischem und spezialisier tem Wissen zu klären sowie für die bisher traditionell ausgebildeten Pflegekräfte eine Nachjustierung des Verhältnisses Generalisten und Spezialisten z. B. durch eine Neustrukturierung der Weiterbildung anzudenken sein.

„Neue“ Lernkultur: Handlungs-, Subjekt- und Problemorelorientierung zur Bewältigung komplexer Anforderungssituationen – Lebenslanges Lernen

Um zukünftig den immer komplexer werdenden Pflegesituationen bei steigenden Qualitätsansprüchen gerecht zu werden, benötigen Pflegende einen umfassenden Pool an lebensbegleitendem Lernverhalten sowie ausgeprägte personale und methodische (Selbstlern-)Kompetenzen. Die sich zukünftig vermehrende Arbeit in multi professionellen Teams verlangt gut entwickelte soziale und fachliche Fähigkeiten. Diese Anforderungen lassen sich nur mit innovativen Lernkulturen bewältigen, die methodisch-didaktisch durch Prinzipien der Handlungs-, Subjekt- und Problemorelorientierung gekennzeichnet sind. Die subjekt- und kompetenzorientierte Ausrichtung der Lehr-/Lernarrangements sowie deren Umsetzung in Form selbstorganisierter Lern-
prozesse im Rahmen des Berliner Modells stellen eine gute Möglichkeit der Bewältigung von komplexen Pflegesituationen für die Absolventen/innen der Generalistischen Pflegeausbildung in ihrem zukünftigen Berufsfeld dar.

Verbesserung der Lernortkooperationen als Gewähr für nachhaltigen Theorie-/Praxis-Transfer - Bedarf an Weiterentwicklung geeigneter Instrumente


4.3. Bedeutsamkeit des Modells: Pflegepraktische und arbeitsmarktpolitische Ebene

Für die pflegepraktische und arbeitsmarktpolitische Seite sind es vor allem folgende Bereiche, die durch das Generalistische Ausbildungsmodell angestoßen werden könnten:

- Beitrag zum Paradigmenwechsel hin zur Ressourcen- und Personenorientierung: Autonomie- und Selbstständigkeitsförderung
- Höheres Spektrum an innovativen Aufgabenzuschnitten und Einsatzmöglichkeiten in neuen Handlungsfeldern: Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Beitrag zum Paradigmenwechsel hin zur Ressourcen- und Personenorientierung: Autonomie- und Selbstständigkeitsförderung


Höheres Spektrum an innovativen Aufgabenzuschnitten und Einsatzmöglichkeiten in neuen Handlungsfeldern: Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Die Trends im Pflege- und Gesundheitsbereich verdeutlichen Bedarfe besonders auf kommunaler, betrieblicher und familiärer Ebene, die stärker in Richtung Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation angesiedelt sind.


Literaturverzeichnis


