

## Erste Handreichung “Lernort Schule“

für die Umsetzung des Kranken-  
pflegegesetzes (KrPflG) und der  
Ausbildungs- und Prüfungsverord-  
nung für die Berufe in der Kran-  
kenpflege (KrPflAPrV)

Erste Handreichung

für die Umsetzung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) mit dem Schwerpunkt „Lernort Schule“. (Eine zweite Handreichung für den Lernort „Praxis“ ist geplant).

Mit Beiträgen von  
Im Auftrag der

Johannes Nau und Tilman Kommerell  
Arbeitsgruppe „Rahmenlehrplan“ beim Sozialministerium

In der Besprechung am 31.10.2003 haben die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Rahmenlehrplan“ diese Handreichung geprüft, verbessert und verabschiedet.

Mitglieder sind

Bernadette Branse

Katharinenhospital, Stuttgart

Lucio Cecconi

Klinik am Eichert, Göppingen

Reinhard Dummler

Diakonissenkrankenhaus, Karlsruhe

Karl-Heinz Gärtner

Zentrum für Psychiatrie, Calw

Christine Hafner

Münsterklinik, Zwiefalten

Ilse Philipp

Hegau- Klinikum, Singen

Gertrud Schreiter

Klinikum Löwenstein, Weinsberg

Matthias Seeliger

Klinikum Ludwigsburg, Ludwigsburg

Marliese Springmann

Akademie für medizinische Berufe, Freiburg

Gabriele Kammerer

Städt. Klinikum, Karlsruhe

Walter Kohler

Sozialministerium Baden-Württemberg

Tilman Kommerell

Krankenhaus Überlingen GmbH

Johannes Nau

Ev. Bildungszentrum für Pflegeberufe, Stuttgart

Sven Walter

Sozialministerium Baden-Württemberg

G. Röhrer- Hoffmann

Olgahospital, Stuttgart

Stuttgart

November 2003

## Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eigentlich ist Unmögliches von uns gefordert. Vor kurzem ist die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verabschiedet worden. Sie gilt bereits für die Kurse, die ab 1.1.2004 beginnen. Um die Ausbildung planen zu können, sollten wenigstens

- die Ausbildungsinhalte und ihre Verteilung innerhalb der drei Ausbildungsjahre
- besser noch deren Zielsetzungen und noch besser
- deren wissenschaftliche Begründung vorliegen.

Neben dieser allein auf den Inhalt bezogenen Probleme ergeben sich weitere Anforderung durch neue Unterrichtsmethoden, die – passend zu den neuen Inhalten – erprobt und evaluiert werden müssen.

Schon seit langem fordert die LAG in Baden- Württemberg die Entwicklung eines Rahmenlehrplanes für die Pflegeberufe. Wenn jetzt – ausgerechnet unter dem Zeitdruck der neuen KrPflAPrV – dieser Forderung entsprochen wird, verhindert dies, in Ruhe einen wohl überlegten Weg (vgl. Kapitel 3) zu gehen. Und dennoch: Wir können nicht darauf verzichten, diesen Weg zu gehen, wenn es eines Tages auch in Baden-Württemberg einen Rahmenlehrplan geben soll.

**Das ist die Aufgabe dieser Handreichung:** Sie soll Sie – ohne den Weg zu einem Rahmenlehrplan zu verbauen – bei der Bewältigung der drängendsten Probleme unterstützen.

Und deswegen vorab die wichtigste Botschaft zur neuen KrPflAPrV: Vieles kennen wir schon, vieles haben wir schon unterrichtet, nicht alles ist neu. So dass diese Handreichung noch eine zweite Aufgabe hat: Sie kann zur Beruhigung und Versachlichung der Diskussion beitragen.

Die Idee zu dieser kleinen Schrift entstand in der Arbeitsgruppe Rahmenlehrplan im Sozialministerium Baden-Württemberg, die sich am 26. September konstituiert hat. (siehe dazu <http://www.lag-bawue.de/aktuell/aktuell.htm>)

Die Schrift wurde mit „heißer Feder“ von Johannes Nau und Tilman Kommerell verfasst und von Mitgliedern der Arbeitsgruppe Rahmenlehrplan gegengelesen und verändert. Die Inhalte befinden sich somit – wissenschaftstheoretisch betrachtet – höchstens auf der Ebene eines Expertenurteils, das nie der Weisheit letzter Schluss sein kann.

Wenn diese Handreichung dazu beiträgt, alles was auf uns zukommt, klarer zu sehen, hat sie Ihren Zweck erfüllt.

Stuttgart, im November 2003

Die Arbeitsgruppe „Rahmenlehrplan“  
gebildet aus dem LAG-Vorstand und dem  
Sozialministerium Baden- Württemberg

## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort .....	3
1	Was ist gefordert? .....	5
1.1	Was bleibt? .....	6
1.2	Was ändert sich? .....	8
1.2.1	Der Grad der Vernetzung .....	8
1.2.2	Die Methodenvielfalt kann größer werden .....	10
1.2.3	Zuständigkeiten können sich verändern: nicht mehr für das Fach, sondern für ein Modul .....	10
1.3	Welche Konsequenzen sind daraus zu ziehen? .....	10
2.	Was tun? .....	11
2.1	Pflegewissenschaftliche Grundsätze .....	11
2.1.1	Klarheit über den Gegenstandsbereich der Pflege und Pflegewissenschaft .....	11
2.1.2	Integration der Pflegewissenschaft in das Lehren .....	12
2.2	Der Beitrag der Pflege in Public Health .....	12
2.2.1	Von der Pathogenese zur Salutogenese .....	12
2.2.2	Überall ist Pflege .....	13
2.2.3	Determinanten des Gesundheitsverhaltens .....	13
2.2.4	Die Einbindung von Selbsthilfekompetenzen .....	13
2.2.5	Empowerment .....	13
2.2.6	Pflegepädagogik .....	14
2.3	Freundschaft der Praxis mit der Theorie .....	14
2.4	Weitere Inhalte .....	14
3.	Wie geht es weiter? .....	15
3.1	Bildungswert von Pflegewissen .....	16
3.2	Verfügbarkeit von Pflegewissen .....	16
3.3	Praxisbezug von Pflegewissen .....	16
3.4	Pflegewissen methodisch und didaktisch sinnvoll vermitteln .....	17
3.5	Pflegewissen nicht nur aus Büchern .....	17
4.	Schlussbetrachtung .....	17
4.1	Was kann ein Rahmenlehrplan nicht leisten? .....	17
4.2	Was ist sonst noch hilfreich? .....	18
5.	ANHANG: Neue Inhalte .....	18
5.1	Public Health .....	18
5.2	Medizinsoziologie .....	19
5.3	Sozialmedizin .....	19
5.4	Gerontologie .....	20
5.5	Pflegewissenschaft .....	22

## 1. Was ist gefordert?

Was fordern Gesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung? Die aktuellen Versionen finden Sie z.B. im Internet im Download-Bereich der LAG (www.lag-bawue.de). Wichtige Neuerungen werden dort unter der Rubrik „Aktuell“ bekannt gemacht. Es ist sicher gleich aufgefallen, dass die alten Fächerzuordnungen weggefallen sind. Es gibt nun 4 Bereiche von „**Wissensgrundlagen**“. Anhand dieser sollen 12 verschiedene „Themenbereiche“ dargereicht werden, die in insgesamt 39 Ziele („die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen...“) aufgeschlüsselt sind. Diese **Befähigungsaufforderungen** sowie die zu prüfenden Themenbereiche zeigen, dass

- Gesundheitsförderung
- Pflege in verschiedensten Institutionen
- wissenschaftliche Methodik

gefordert ist. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Kernbotschaft von Gesetz und KrPflAPrV. Darin sind neben dem Ausbildungsziel aus § 3 KrPflG auch die Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) A Theoretischer und praktischer Unterricht und B Praktische Ausbildung I. 1. und 2. eingearbeitet.

Wer erhält	Zum Vergleich: vor 2004	Jetzt
<b>Wann</b> (in welchen Lebensabschnitten)	Eigene Ausbildungsgänge für Kinder, Erwachsene und alte Menschen	»Pflege in allen Altersstufen« aber noch keine generalistische Ausbildung
<b>Wo</b> (in welcher Institution)	Schwerpunkt Stationäre Pflege mit „Kurzpraktikum“ ambulante Pflege	Ausweitung auf stationäre und ambulante Einrichtungen einschließlich aller Mischformen
<b>Wozu</b> (mit welcher Zielvorgabe)	Pflege zur Unterstützung medizinischer Diagnostik und Therapie oder als Beitrag zu einem friedlichen Sterben	KrPflG § 3 Ausbildungsziel (1) [...] Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung <b>präventiver, rehabilitativer und palliativer</b> Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. [...] Anlage B KrPflAPrV: ... <b>kurativen</b> Gebieten... sowie ... in <b>rehabilitativen</b> und <b>palliativen</b> Gebieten.
<b>Warum</b> (aus welchem Grund, Anlass)	Krankheit als Hauptursache für Pflegebedürftigkeit, daher Krankenpflege	Krankheit nicht mehr Hauptbezug, sondern auch die Erhaltung der Gesundheit als gleichwertiges Paradigma Daher Gesundheits- und Krankenpflege
<b>Welche</b> Pflege	Keine Aussagen im Gesetz, was professionelle Pflege von Laienpflege unterscheidet. Kein eigener Verantwortungsrahmen für Pflege erkennbar	Noch keine Unterscheidung von Laienpflege und professioneller Pflege, aber erstmals „eigenverantwortlicher Bereich“ und „wissenschaftsgestützte“ Pflege

Tabelle 1: W- Fragen als Hilfestellung, die Veränderung von Gesetz und KrPflAPrV rasch zu erfassen.

Aus den geänderten Abschlussprüfungen lässt sich ebenfalls ableiten, was sich der Verordnungsgeber von der neuen Ausbildung verspricht.

Bisher	Neu	Konsequenz
2 Tage <b>schriftliches Examen</b> , dabei 4 (2- Haupt- und 2 Neben-) Fächer	3 Tage schriftliches Examen komplexe Themen bearbeiten, <b>Themenbereiche 1, 2, 6 und 7</b>	Diese Themenbereiche erhalten ein besonderes Gewicht Einüben von Kompetenzen zur Lösung der Prüfungsaufgabe
Praktisches Examen	Prüfungsaufgabe unverändert, aber anschließend mündliche Reflexion Praxisanleiter als Mitprüfer zwingend	Praxisanleiter schulen Ausbildungsleistung der hauptamtlichen Lehrkräfte und die der Praxisanleiter verzahnen
<b>Mündliches Examen</b> in 4 Fächern, davon eines als ungewöhnliches Konstrukt nur für die Prüfung Prüfung zu je 10 Minuten bis zu drei Prüflingen, vom Ablauf jedoch einzeln geprüft.	Mündliche Prüfung zu den <b>Themenbereichen 3, 8, 10 und 12</b> Kein ausschließliches Abfragen von Fachwissen.	Diese Themenbereiche erhalten ein besonderes Gewicht Einüben von Kompetenzen zur Lösung der Prüfungsaufgabe

Tabelle 2: Geprüfte Themenbereiche erhalten ein besonderes Gewicht.

## 1.1 Was bleibt?

Manche Kollegen befürchten, nun alle Fachunterrichte verwerfen zu müssen. Dem ist sicher nicht so. (Fast) alles, was inhaltlich vorbereitet ist, wird auch weiter seine Bedeutung haben. Es wird anders zugeordnet sein. Um die „Wanderung“ der Inhalte zu veranschaulichen, zeigt Tabelle 3, wo in den neuen 4 Wissensbereichen die alten Inhalte versteckt sind.

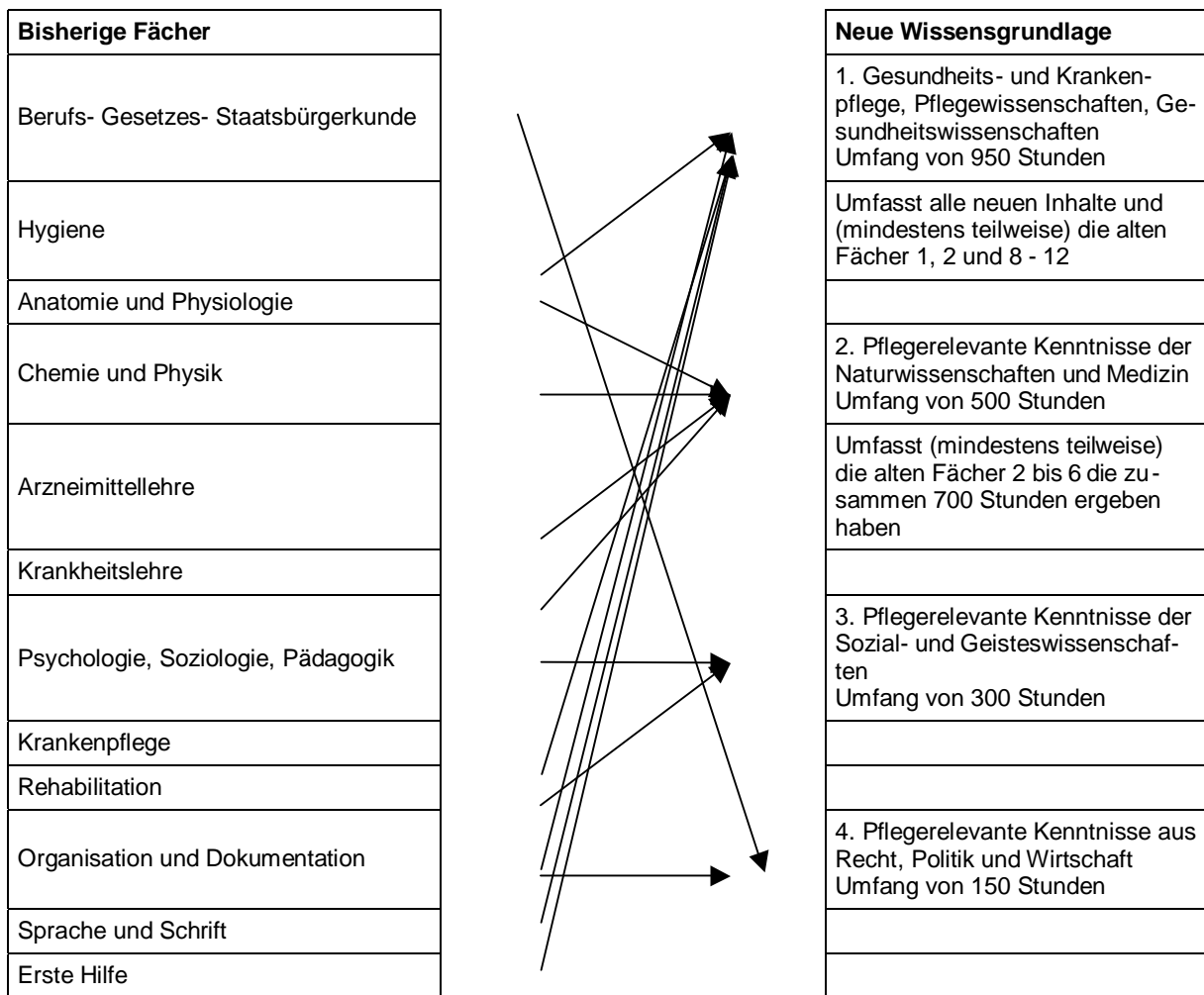


Tabelle 3: Die „alten“ Fächer lassen sich den neuen Wissensgrundlagen zuordnen.

Viele Inhalte sind also schon da und müssen nicht neu erschlossen werden. Wir wissen von einigen Kollegen, die jeweils für Ihre Schule die Probe aufs Exempel gemacht haben. Die Inhalte der vorliegenden Stoffpläne wurden entsprechend der „4 Wissensgrundlagen“ neu sortiert.

Auch beim nächsten erforderlichen Schritt: die 4 Wissensgrundlagen mit den 12 Themenbereichen in Beziehung zu setzen, haben verschiedene Schulen überraschend ähnliche Ergebnisse zustande gebracht. Häufig wurde eine Tabelle mit 12 Zeilen und 4 Spalten erstellt. Dann steht jedes Feld für die Antwort auf die Frage: Was kann die Wissensgrundlage (in deren Spalte man sich gerade befindet) zu dem Themenbereich (in dessen Zeile man sich gerade befindet) beitragen? Und siehe da: Alle Inhalte (außer denen, die sowieso schon immer mal ausgemistet gehörten) konnten einsortiert werden.

Es sollte aber darauf geachtet werden, dass nicht durch ein Umetikettieren fachsystematischer Inhaltsbereiche das didaktische Leitkonzept der Handlungs- und Problemorientierung versehentlich unterlaufen wird.

■ Dass aber alles beim Alten bleiben würde, ist wiederum die falsche Schlussfolgerung. ■

## 1.2 Was ändert sich?

### 1.2.1 Der Grad der Vernetzung

Zu diesem Zeitpunkt der Betrachtung könnte man sich nun fragen, ob die neue KrPflAPrV nur der neue Schlauch für den alten Wein ist? Dies ist eindeutig nicht der Fall. Denn ein identischer Thementitel eröffnet ja je nach Zielsetzung, Paradigma und erziehungswissenschaftlichem Leitbild eine ganz unterschiedliche Umsetzung.

Ein Beispiel für das an anderer Stelle als „Umtopfen“ von Inhalten bezeichnete Bemühen, weiterhin wichtige Inhalte in den Kontext der neuen KrPflAPrV zu stellen:

Eine Grobgliederung des bisherigen Unterrichts zum Thema „Beobachtung Puls“ aus dem Themenbereich **Kranken**beobachtung könnte so aussehen:

- Normaler Puls
- Tachykardie, physiologisch, pathologisch
- Bradykardie, physiologisch, pathologisch
- Rhythmusstörungen, ...
- Pulsqualität
- Puls und Blutdruck
- Puls und Fieber

Neuer Unterricht aus Beobachtung natürlicher Körperfunktionen:

Welche Zeichen sprechen für einen gesunden Puls? (Adaptionsmodell) Pulsveränderung bei Belastung und rasche Rückkehr zum Normwert, z.B. Kontrolle des Trainingszustandes, Schellong- Test, etc.

Dann auch auf andere Beobachtungsunterrichte übertragbare Gliederung:

- was spricht für gesund
- was spricht für eine Gesundheitsgefahr (potentiell, faktisch)
- was spricht für ein Erkrankungsrisiko
- was spricht für eine manifeste Erkrankung
- was spricht für eine akute Verschlechterung im Rahmen einer chronischen Gefährdung
- was für einen lebensbedrohlichen Notfall

Bei diesem Umtopfen des alten Puls- Unterrichtes in das neue Paradigma stellten die Kollegen fest, dass a) 80 % gleich bleibt b) wir früher auch schon "gesund" unterrichtet haben, z.B. physiologische Tachykardie. Fazit: Was in Tabelle 3 eher „makroskopisch“ für das Stoffgebiet insgesamt gilt, lässt sich auch „mikroskopisch“ für die einzelnen Themenbereiche nachvollziehen.

Auch die jüngsten Veröffentlichungen geben Beispiele für dieses Umtopfen. Beim Lesen des auf der nächsten Seite abgedruckten Auszuges werden Ihnen viele (alle?) Details bekannt vorkommen, eher weniger bekannt ist dafür die Art und Weise, wie sie zum Modul „Ernähren“ zusammengestellt wurden (Oelke spricht von „Lerneinheit“).

## I.1.6 Ernähren (54 Std.)

Hinweis: Im Kontext dieser Lerneinheit folgende Teilsequenzen einplanen:

- »Ich und meine Ernährung« (4 Std.) aus der Lerneinheit IV.3.1 »Persönliche Gesunderhaltung«
- »Zu pflegeinhaltenlichen Fragen beraten und anleiten: Thema Ernähren« (4 Std.) aus der Lerneinheit I.2.3 »Themenbezogen beraten und anleiten«

### I.1.6.1 Naturwissenschaftlich-medizinischer Bezug (16 Std.)

- Lage, Aufbau und Funktion der einzelnen Verdauungsorgane:
  - Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre (inkl. anatomischer Besonderheiten), Magen, Dünndarm, Dickdarm / Analschluss, Bauchspeicheldrüse, Leber
- Die motorische Weiterleitung des Speisebreis von der Mundhöhle bis zum Darmausgang:
  - Zerkleinern im Mund
  - Schluckakt
  - Motorische Weiterleitung im Magen und Dünndarm
  - Stuhlentleerung
- »Nährstoffe« aus chemischer Sicht: Aufbau und Eigenschaften von:
  - Kohlehydraten (inkl. Einteilung in Mono-, Di- und Polysaccharide)
  - Fetten (insbesondere; essentielle Fettsäuren)
  - Eiweißen (insbesondere essentielle Aminosäuren)
- Verdauung und Resorption der Nährstoffe:
  - Speichel, Magensaft, Galle, Pankreasenzyme
  - Funktion und Aufgabe von Magenschleimhaut, Dünndarmschleimhaut
- Ursachen, Symptomatik, Verlauf und Behandlung ausgewählter pflegerischer relevanter Ernährungsstörungen und gastrointestinaler Erkrankungen (exemplarisch)
  - Malnutrition und Malassimilation
  - Dehydratation und Hyponatriämie
  - Gastritis und Ulkuskrankheit
  - Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa

### I.1.6.2 Ernährungswissenschaftlicher Bezug (20 Std.)

- Menschlicher Bedarf an energieliefernden Nährstoffen:
  - Grundsätze zu Energiebedarf und Zufuhr

- Spezieller Bedarf an Kohlehydraten, Fetten und Eiweißen
- Energiegehalt und Zufuhr häufig verzehrter Lebensmittel
- Energie- bzw. Nährstoffbedarf in Abhängigkeit vom Lebensalter
- Menschlicher Bedarf an nicht energieliefernden Nährstoffen (Wasser, Ballaststoffe, Vitamine, Mineralstoffe) und das Vorkommen dieser Substanzen in häufig verzehrten Lebensmitteln
- Ernährung und Lebensalter:
  - Ernährung im Säuglings- und Kindesalter (insbesondere Aufbaukosten im ersten Lebensjahr)
  - Ernährung im höheren Lebensalter
- Ernährung und Gesundheit:
  - Veränderte Ernährungsgewohnheiten und ihre gesundheitlichen Folgen
  - Schadstoffe in Lebensmitteln
  - Gentechnologische veränderte Lebensmittel
  - »Alternative« Ernährung
  - Ernährung im gesellschaftlich – sozialen Kontext, z.B. Hunger in der »dritten Welt« versus Überernährung in den Industrieländern
- Grundsätze diätetischer Ernährung:
  - Zielsetzung und Bedeutung der Diättherapie (früher und heute)
  - Grundsätze zur Diäterstellung (z.B. an Hand des Themas »Reduktionskost«)
  - Überblick über verschiedene diätetische Therapieformen
- Auseinandersetzung mit dem Problembereich »Anwendung diätetischer Maßnahmen durch Pflegenden«, beispielsweise an Hand folgender Fragen:
  - Wo liegen die Aufgaben und Kompetenzen des Pflegepersonals / Kompetenzen?
  - Wie lässt sich eine sinnvolle Kooperation zwischen Patientinnen, Angehörigen, Ärztinnen, Diätassistentinnen, -beraterinnen, Pflegenden) bei Ernährungsfragen realisieren?
  - Welche Konsequenzen hat die Tatsache, dass Krankenhaus- bzw. Heimküchen zunehmend ausgelagert werden (Vergabe an Fremdfirmen)?
  - An welche Stellen kann und sollte sich Pflegepersonal bei Problemen und Unklarheiten im ernährungstherapeutischen bzw. -beratenden Bereich wenden?

### I.1.6.3 Rechtlicher Bezug (2 Std.)

- Ziele und wichtige Definitionen des deutschen Lebensmittelrechts

- Wichtige lebensmittelrechtliche Verordnungen: Kennzeichnung von Lebensmitteln, Zulassung von Zusatzstoffen, Diätverordnung, Nährwertangaben, Schadstoffbelastung
- Überwachung des Lebensmittelrechts

### I.1.6.4 Pflegerische Schwerpunkte (16 Std.)

- Essen und Trinken - mehr als nur Nährstoffversorgung: Essen und Trinken im Wechselspiel mit psychischen Vorgängen, sozialen Beziehungen, materiellen Bedingungen sowie soziokulturellen Werten und Normen
- Übungen mit anschließender Reflexion, beispielsweise:
  - Einem anderen/fremden Menschen zu essen und zu trinken geben bzw. dieses von ihm erhalten
  - Eine körperliche Behinderung haben (z.B. Arme in Gips Sehbehinderung, Wirbelsäulenverletzung) und nicht selbst essen und trinken können
- pflegerische Unterstützung beim Essen und Trinken:<sup>16</sup>
  - Beobachtung des Ernährungszustandes und Kontrolle des Körpergewichts
  - Förderung einer ausgewogenen Ernährung sowie ausreichenden Flüssigkeitszufuhr
  - Einschätzung von Ernährungsrisiken
  - Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Gestaltung einer essförderlichen Atmosphäre
  - Hilfen bei eingeschränkter Ess- und Trinkfähigkeit (inkl. Verwendung entsprechender Pflegehilfsmittel)
- Das Essen reichen: Belastungen für die Beteiligten, praktische Hinweise zum möglichst belastungsarmen Essenreichen
  - Pflegerische Unterstützung von Menschen, deren Ess- oder Trinkmenge erhöht / reduziert ist
- Schlucktraining (mit Übungen):
  - Aspirationsprophylaxe
  - Überprüfung des Schluckreflexes
  - Stimulation des Schluckreflexes
  - Gefahren und Komplikationen beim Schlucktraining und entsprechende Maßnahmen
- Die enterale Ernährung:
  - Zielgruppen enteraler Ernährung
  - Legen einer Sonde
  - Pflege der liegenden Sonde
  - Verabreichung von Sondenkost
  - Die Ernährung mit einer PEG-Sonde

Ausschnitt aus Oelke, Uta, Menke Marion: Gemeinsame Pflegeausbildung : Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten- Kranken- und Kinderkrankenpflege; Bern: Verlag Hans Huber, 2002, Seite 142, 143. Auch wenn es sich nur um einen Ausschnitt handelt, wird Vernetzung der Inhalte leicht erkennbar.

### 1.2.2 Die Methodenvielfalt kann größer werden

Des Weiteren sind aber auch Veränderungen in der Methodik denkbar. Damit der Schüler – wenigstens teilweise – die Verantwortung für den erfolgreichen Lernprozess übernimmt, sind andere, eher zeitaufwändige Methoden gefragt. Dieser erhöhte Zeitaufwand ermöglicht ebenfalls eine höhere Eindringtiefe und das Erreichen eines höheren fachpraktischen Levels.

Beispiel: Ein wichtiger Schwerpunkt der Gesundheitspädagogik heißt „Fürsorglichkeit und Verantwortung für sich selbst entwickeln“. Zu diesem Lernziel passt kein Unterricht „mit erhobenem Zeigefinger“, der im Frontalunterricht die Folgen des Übergewichts, des Nikotinabusus oder etwa des Bluthochdrucks anprangert. Eigenverantwortung kann auch im Unterricht so gelebt werden, dass der Schüler Mitverantwortung für die zu erarbeitenden Themenbereiche und Wissensgrundlagen übernehmen lernt. Unterricht als Modell.

### 1.2.3 Zuständigkeiten können sich verändern: nicht mehr für das Fach sondern für ein Modul

In vielen Krankenpflegeschulen wurden bislang Unterrichte auch an Dozenten fächer- oder themenweise vergeben. Die Auflösung der Fächerstruktur und die Einführung von Lernfeldern erfordert auch hier eine neue Orientierung. Folgende Umsetzungsidee ist daher diskussionswürdig: Pflegelehrer verändern sich vom Fachlehrer zum „Modullehrer“ und übernehmen die Verantwortung für ein oder mehrere Module (vgl. das oben zitierte Modul zu Ernährung).

Im Rahmen dieser Gesamtverantwortung setzen Sie Experten (früher Dozenten) so ein, wie Sie auch andere Medien, wie etwa einen Videofilm einsetzen.

## 1.3 Welche Konsequenzen sind daraus zu ziehen?

Aus den Antworten auf die 2 Fragen

- „was bleibt?“ (siehe Abschnitt 1.1)
- und „was ändert sich?“ (siehe Abschnitt 1.2)

resultieren die nächsten Fragen: Welche Konsequenzen ergeben sich für die verbleibende Zeit, bis die Kurse nach dem geltenden Recht beginnen? Folgende Bereiche geben einen Überblick über kommende Aktivitäten:

- es gilt (völlig) neu zu erarbeiten (z.B. pflegewissenschaftliche Grundsätze, gesundfördernden Grundsätze usw.)
- es gilt umzutopfen (z.B. „alte“ Inhalte in einen neuen Gesamtzusammenhang zu stellen)
- es gilt bewährte Dozenten zu informieren und an den Expertenstatus zu gewöhnen
- es gilt neue Experten (Dozenten) zu gewinnen

## 2. Was tun?

Diese Handreichung kann den Lesern nicht abnehmen, die anstehenden Aufgaben an einer Pflegeschule so ressourcenschonend wie möglich zu bewältigen. Die folgende, unter Zeitdruck entstandene und damit sicher nicht vollständige Aufgabenliste hat lediglich Hinweis- und Vorschlagscharakter.

Das Ausbildungsziel fordert die Implementierung pflegewissenschaftlicher Kenntnisse in den Unterricht. Wie das zu geschehen hat, steht nicht im Gesetz. Deshalb ist es notwendig, darauf einzugehen, wie dieser Anspruch realisiert werden kann (siehe 2.1).

Dann steckt in der neuen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auch der Anspruch, dass sich Pflegende künftig über ihren Beitrag zur „Gesunderhaltung der Bevölkerung“ Public Health im Klaren sind. So ist „Public Health“ sowohl Inhalt wie auch Zielsetzung des Unterrichts. Hier sollen kurz gefasste Erläuterungen zur ersten Orientierung beitragen (siehe 2.2).

Lernort Schule und Lernort Praxis sind nun gleichwertige Bestandteile der Ausbildung. Die Verzahnung dieser Lernorte – so will es das Gesetz – ist durch persönliche Anwesenheit sicherzustellen. Dabei gilt nicht: Schule = Theorie und Praktischer Einsatzort = Praxis. Vielmehr wird an beiden Lernorten beides gelernt. 2100 Stunden, das sind 500 Unterrichtsstunden mehr als bisher. Diese gilt es sinnvoll zu nutzen. Sicher ist hier nicht nur an neue Inhalte zu denken, sondern auch an die Verknüpfung zwischen Handeln und handlungsleitender Theorie (siehe 2.3).

Es wird schon auch Neues hinzukommen müssen. Welche Themenbereiche hier in Frage kommen zeigt Abschnitt 2.4 und der Anhang liefert eine Liste möglicher neuer Themen.

### 2.1 Pflegewissenschaftliche Grundsätze

Bevor Pflegelehrer Pflegewissenschaftliche Grundsätze in ihren Unterricht einarbeiten können, müssen sie sich fragen (lassen), womit befasst sich denn Pflegewissenschaft?

#### 2.1.1 Klarheit über den Gegenstandsbereich der Pflege und Pflegewissenschaft

Gewährung von Hilfe ist eine originäre Äußerungsform von Pflege und lässt auf den ersten Blick wenig Definitionsprobleme erwarten. Dass dem nicht so ist und sehr unterschiedliche Auffassungen möglich sind, ist auf pflegewissenschaftlicher Ebene längst bekannt und in einem Streitgespräch um die Frage, was die „Essence“ von „Nursing“ und „Care“ sei von King, Leininger, Parse, Peplau, Rogers und Smith im Jahre 1993 nochmals deutlich auf den Punkt gebracht.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Huch, Mary H.: Nursing and the next Millenium,  
In: Nursing Science Quarterly, 8. Jahrgang, 1, 1994, S. 38-44

Einstweilen mag als pragmatisches Vereinbarungsangebot gelten:

Pflege hat zum Gegenstand: Die Gesunderhaltung und Folgen von Krankheit für den einzelnen Menschen in seiner jeweiligen Umwelt und die darauf gerichtete Interventionen!

Beispiel: Gute Pflege ist auch da, wo den medizinischen Leistungen wie Diagnostik und Therapie vorgebeugt werden kann (zum Beispiel Sturzprophylaxe), wo Auswirkungen von Krankheit aufgefangen werden kann (Hinführung zur selbständigen Nahrungsaufnahme nach einem Lähmungsereignis) oder medizinische Therapie zur Schlussfolgerung kommt, dass sie nichts mehr für den Menschen tun könne, dieser aber weiterleben muss.

### 2.1.2 Integration der Pflegewissenschaft in das Lehren

Wir Lehrenden sollten den Lernenden vermitteln können, wie sicher man sich über die Wirkung einer Pflegemaßnahme sein kann und was der derzeitige wissenschaftliche Erkenntnisstand ist. Es kann nicht darum gehen unkritisch einen Ausführungsstandard zur Pneumonieprophylaxe zu lehren und irgendwo in der Ausbildung einige Stunden über Pflegewissenschaft zu reden. Eine Trennung in Pflege und Pflegewissenschaft ist zwar von der Nomenklatur her historisch gewachsen, sie sollte aber in der Lehre der professionellen Pflege dringend vermieden werden; so wie auch eine Trennung von Medizin und Medizinwissenschaft nicht stattfindet. Hierzu gehört, sich eine gesunde Respektlosigkeit gegenüber der Wissenschaft anzueignen. „Wissenschaftlich“ ist keine Qualitätsaussage sondern nur eine Aussage über die Methodik der Erkenntnisfindung. Wie jeder Zimmermann gut oder schlecht mit seinem Handwerkzeug umgehen könnte, so gilt das auch für wissenschaftliche Arbeiten.<sup>2</sup>

Beispiel: Ein erfahrener Lehrer gibt einem Schulpraktikanten nach seinem ersten Lehrversuch folgende Rückmeldung: „War ganz gut, aber am Schluss hätten Sie noch was „pflegewissenschaftliches“ bringen können!“ Ein schlechter Ratschlag. Pflegewissenschaft ist nicht Anhängsel sondern Wesensmerkmal des Pflegeunterrichts. Wir würden sonst den Fehler aus den 80er Jahren wiederholen, wo selbiges der „psychischen Betreuung“ widerfahren ist.

Zu diesem Thema sind weitere Fortbildungsangebote der LAG geplant. Der Überblick steht unter [www.lag-bawue.de/termine\\_tagungen/termine\\_tagungen.htm](http://www.lag-bawue.de/termine_tagungen/termine_tagungen.htm))

## 2.2 Der Beitrag der Pflege in Public Health

Public Health ist die Wissenschaft und Praxis der Gesunderhaltung der Bevölkerung.<sup>3</sup> Verschiedenste Professionen, nicht nur Pflege, leisten in diesem Bereich ihren Beitrag. Pflege unterscheidet sich aber von den anderen Professionen vielleicht dadurch, dass der einzelnen Krankenschwester / dem einzelnen Krankenpfleger dieser Beitrag bisher nicht ausdrücklich bewusst war und sie/er ihre/seine Tätigkeit bisher auch nicht so interpretiert hat.

Folgende Orientierungspunkte sollten aber seitens der Pflege in den Blick genommen werden:

### 2.2.1 Von der Pathogenese zur Salutogenese

Während im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs lange Zeit nur gefragt wurde, was den Menschen krank macht, wird inzwischen gefragt, was den Menschen – trotz evtl. widriger

<sup>2</sup> LoBiondo-Wood, Geri: Pflegeforschung: Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung, Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1996

<sup>3</sup> Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München Jena: Urban und Fischer, 2000

Umstände – gesund erhalten hat. Hier werden ganz neue spannende Blickweisen erschlossen, die auch das Verhalten von Pflegekräften verändern können.

Tipp zum Download bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert: im Download- Bereich der LAG [www.lag-bawue.de/download/download.htm](http://www.lag-bawue.de/download/download.htm) oder [http://www.bzga.de/bzga\\_stat/fachpubl/dfh/dfh-06-1.html](http://www.bzga.de/bzga_stat/fachpubl/dfh/dfh-06-1.html)

### 2.2.2 Überall ist Pflege

Der Kunde erhält die Dienstleistung Pflege nicht mehr nur im Krankenhaus, Pflege begegnet ihm in allen sozialen Umfeldern: Die Zeit, in der das Krankenhaus als „normaler“ Einsatzbereich der Krankenpflege empfunden wurde, geht zu Ende. Dies ist auch richtig so, denn in der Bundesrepublik gibt es schon jetzt bei Weitem mehr Pflegetage außerhalb des Krankenhauses als im Krankenhaus. Vielmehr wird sich Pflege künftig mit ihrem Gegenstandsbereich (s.o.) mit der Gesundheitssituation in einer Gemeinde insgesamt zu beschäftigen haben. Bei der Verlagerung von Pflegeorten zum Beispiel die Verlegung von Krankenhaus nach Hause hat sie mit Überleitungspflege eine Schlüsselrolle auszufüllen. Dem wird nun auch in der Qualifizierung des Pflegepersonals mehr Rechnung zu tragen sein.

### 2.2.3 Determinanten des Gesundheitsverhaltens

Das Gesundheitsverhalten ist Bestandteil des persönlichen Lebensstils. Dieser wird beeinflusst von Arbeitsbedingungen, Freizeitgestaltung, Wohnbedingungen, Gewohnheiten und sozialen Beziehungen. Weitere Einflussgrößen sind Kenntnisse über erste Krankheitszeichen, körperliche Funktionsabläufe und Wissen um Präventionsmöglichkeiten. Um Gesundheitsverhalten zu fördern ist es für die Pflegekraft sinnvoll, Kenntnisse zu besitzen über Faktoren, die das jeweilige Verhalten fördern bzw. eine Verhaltensänderung in Richtung gesunder Lebensweise verhindern.<sup>4</sup>

### 2.2.4 Die Einbindung von Selbsthilfekompetenzen

Menschen möchten ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen, wenn sie es können. Pflegende sollten Betroffene künftig beraten können, wie sie für sich und ihre Situation das Bestmögliche erreichen können und welche Art der Unterstützung für sie jeweils die Beste ist.

### 2.2.5 Empowerment

Das Empowerment- Konzept bietet die theoretische Basis, um Unterstützung hinsichtlich ihres Grads der Übernahme von Aufgaben zu orientieren und Selbsthilfeprozesse anzustoßen bzw. zu ermöglichen. Es soll dazu verhelfen, betroffene Menschen nicht länger als ‚Kinder in Not‘ zu sehen oder zu ‚Bürger mit Rechten‘ zu reduzieren. Vielmehr gilt es, sie als vollwertige menschliche Wesen zu positionieren, die sowohl Rechte als auch Bedürfnisse haben (vgl. Rappaport 1985, S. 269). Empowerment geht davon aus, dass viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden sind oder deren Entwicklung zumindest möglich ist, vorausgesetzt, es werden auch Entwicklungs- und Handlungsmöglichkeiten geschaffen (vgl. Rappaport 1984, S. 4). Es stellt sich daher für Helfende die eigentliche Frage, wie beim Aufbau einer

---

<sup>4</sup> Schwartz F. W., e. alt. Das Public Health Buch Urban und Schwarzenberg 1998 München  
Siegrist Johannes Medizinische Soziologie 4. Auflage Urban und Schwarzenberg München 1988  
Schwarzer Ralf Psychologie des Gesundheitsverhaltens Hogrefe 1992 Göttingen  
Leppin Anja Bedingungen des Gesundheitsverhaltens Juventa 1994 Weinheim

neuer Lebenswelt mitgeholfen werden kann, die die Menschen unterstützt, die häufig von ihrer Umwelt isoliert sind (vgl. Rappaport 1985, S. 273).<sup>5</sup>

## 2.2.6 Pflegepädagogik

All das oben Dargestellte mündet in den Gegenstandsbereich der Pflegepädagogik, der nicht nur den Berufsausbildern zusteht. Im Lichte von gesundheitsförderndem Handeln und im Bewusstsein, dass sich die Patientenbetreuung interprofessionell ereignet und im Respekt vor dem Patienten als Subjekt handelt jede Pflegekraft pädagogisch, wenn sie Patienten berät, ermutigt, fördert, motiviert, unterrichtet, trainiert, anleitet und fordert.<sup>6</sup>

## 2.3 Freundschaft der Praxis mit der Theorie

Es gibt keinen theoriefreien Raum. Auch wenn unsere Empfindung zu diesem Sachverhalt uns häufig glauben macht, dass hier die Handlung wäre und dort die Theorie: Unser gesamtes Handeln ist von Theorie geleitet - auch wenn so mancher Theorie nur der Rang einer ungeprüften Phantasie zugeschrieben werden kann. Der Unterschied zu wissenschaftlichen Theorien ist, dass dort anhand diverser im Laufe der Wissenschaftsgeschichte entwickelter Instrumente versucht wird, den Gewissheitsgrad über die Wahrheit der Theorie zu erhöhen. (In diese Ecke gehört die aktuelle Diskussion über evidenzbasierte Pflege und Medizin. Ein Link-Tipp: [http://www.medknowledge.de/ebm/evidence\\_based\\_nursing.htm](http://www.medknowledge.de/ebm/evidence_based_nursing.htm) ).<sup>7</sup>

## 2.4 Weitere Inhalte

Freilich kann hier nur eine erste Orientierung gegeben werden. Anhand der Inhalte des Fächerkanons des Instituts für Medizin-/ Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Humboldt-Universität in Berlin und unter Berücksichtigung des aktuellen Rahmenlehrplans Alten-

---

<sup>5</sup> Rappaport, Julian: Studies in Empowerment: Introduction to the Issue. In : Rappaport, Julian; Swift, Caolyn; Hess, Robert (Hrsg.): Studies in Empowerment: Steps Toward Understanding and Action, New York: Harworth Press, 1984, S. 1-7

Rappaport, Julian: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2, 1985, 257-278

Stark, Wolfgang: Empowerment: neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1996

Trojan, Alf: Ohnmacht kränkt : Empowerment wirkt gesundheitsfördernd – Zur Stärkung der Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeiten von einzelnen und von Gruppen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jahrgang, 2, 1993, S. 58-61

Zimmerman, Marc A.: Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. In: Rappaport, Julian; Seidman, Edward: Handbook of Community Psychology, New York Boston Dordrecht London Moscow: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000, S. 43-63

<sup>6</sup> Beier, Jutta: Thesen zu Gegenstandsbereich und Forschungsfeldern der Medizin- und Pflegepädagogik. In: Pr-Internet Pflegepädagogik, 1. Jahrgang, 4, 1999, S. 102-111

Orem, Dorothea E.: Nursing: concepts of practice, 6. Aufl., St. Louis: Mosby, 2001

<sup>7</sup> Nancy Burns und Susan Grove: The Practice of Nursing research: conduct, critique, & utilization, 3. Auflage, Philadelphia: Saunders, 1997

Popper, Karl, R.: Objektive Erkenntnis: ein evolutionärer Entwurf. Hoffmann und Campe, 4. Auflage, Hamburg 1998

Seiffert, Helmut; Radnitzky, Gerard: Handlexikon zur Wissenschaftstheorie, 2. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 1994

pflege Baden-Württemberg konnten wir gleich auf die Schnelle Einiges sichtbar machen (Siehe dazu im Anhang). Ob die Inhalte so oder anders oder reichlich ergänzt in einem Curriculum auftauchen werden, steht noch in den Sternen. Aber die „Himmelsrichtung“ in die sich unser Schiff namens Gesundheits- und Krankenpflegerin- Ausbildung“ bewegen wird, ist erkennbar.

### 3. Wie geht es weiter?

An dieser Stelle ist es angebracht, die Begriffe Rahmenlehrplan und Curriculum voneinander zu unterscheiden, um dadurch auch klar herauszustellen, welches Ziel der Arbeitsgruppe verfolgt. Ein Rahmenlehrplan enthält nach der Handreichung der Kultusministerkonferenz (z.B. im Downloadbereich der LAG- Homepage verfügbar) folgende verbindliche Teile:

- Teil I: Vorbemerkungen
- Teil II: Bildungsauftrag der Berufsschule
- Teil III: Didaktische Grundsätze
- Teil IV: Berufsbezogene Vorbemerkungen
- Teil V: Übersicht über die Lernfelder

Diese Handreichung sagt an anderer Stelle:

- Ein Rahmenlehrplan enthält keine methodische Festlegung, Methoden, die die Handlungskompetenz unmittelbar fördern, sind besonders zu bevorzugen (eingeschränkte Methodenfreiheit des Lehrers).

Ein Curriculum dagegen ist die detaillierte Planung einzelner Unterrichtseinheiten (i.d.R. Blöcke), sozusagen das Bindeglied zwischen dem Rahmenlehrplan und dem tatsächlich erstellten Stundenplan.

Wenn also für Baden-Württemberg ein Rahmenlehrplan vorliegen wird, so sind immer noch viele Dinge ungeklärt und es steht für Schulen, die ihr Profil gezielt gestalten wollen, immer noch curriculare Arbeit aus. Verschiedene Autoren geben unterschiedliche Prozessschritte der Curriculumentwicklung vor, die aber im Grundsatz viel Konsens ausweisen:

- a) Begründungsrahmen festlegen
- b) Leitziele, übergeordnete Bildungsziele
- c) Handlungsfelder definieren
- d) Analyse der Lernvoraussetzungen
- e) Analyse der wissenschaftlichen Disziplinen
- f) Entscheidung für ein fachdidaktisches Modell
- g) Auswahl von Lerninhalten unter Austeriarung von Ziel und Methode
- h) Entscheidungen zum Freiheitsgrad
- i) Aufbau von Lernsequenzen (Modulfestlegungen, Festlegungen zu spiralförmiger Stoffwiederkehr)
- j) Laufende Evaluation<sup>8</sup>:

---

<sup>8</sup> Vgl.:

Ammende, Michael: Curriculumentwicklung für die Pflege.

In: Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.): Grundfragen der Pflegepädagogik, Stuttgart, Berlin Köln: Kohlhammer, 2001  
Knigge-Demal, Barbara: Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung.

In: Sieger, Margot (Hrsg.): Pflegepädagogik : Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung, 1. Aufl., Bern Göttingen Toronto Seattle: Huber 2001

Man ahnt, dass hier sehr viele Entscheidungen zu fällen sind. Diese sind bestenfalls transparent gemacht und mit Methoden der Wissenschaft in der einen oder anderen Weise untermauert. Weil es im sozialwissenschaftlichen Bereich keinen absoluten Fixpunkt gibt, können curriculare Entscheidungen aber auch anders gefällt werden. Kein Curriculum kann für sich in Anspruch nehmen, die endgültige Wahrheit abzubilden. Ohne Probleme ist innerhalb eines gemeinsamen Rahmens eine Co-Existenz verschiedener Curricula denkbar. Alle sollten sich aber in einem ständig andauernden Evaluations- und Veränderungsprozess befinden.

Auf dem Weg zum Lehrplan der eigenen Schule, der diesen Schritten folgt, gibt es Konsens hinsichtlich verschiedener Leitplanken und Kontrollpunkte, z.B. Pflegefachwissen

- auf seinen Bildungswert und seinen Beitrag zum Ausbildungsziel zu überprüfen
- für die Lernenden darzustellen und verfügbar zu machen
- mit den Erfahrungen der Praxis und der Lebenswelt der Lernenden zu verbinden
- didaktisch und methodisch umzusetzen
- neue Medien und Informationstechnologien einzubeziehen

Es ist keine Frage: Diese Arbeit würde enorme Ressourcen binden, sie muss aber nicht unbedingt von jeder Schule alleine durchgeführt werden (siehe 4.2 Was ist sonst noch hilfreich)

### 3.1 Bildungswert von Pflegewissen

Spätestens nach den grundsätzlichen Überlegungen von Roth und anderen zum Kompetenzmodell ist klar, dass die Anhäufung von Faktenwissen nicht ausreicht, um für eine spätere Berufsausübung zu qualifizieren. Dies kann allein schon mit der Halbwertszeit naturwissenschaftlichen Wissens begründet werden. Bildung befähigt, Anforderungen des Lebens zu meistern. Pflege bietet zahlreiche exemplarische Inhalte.

### 3.2 Verfügbarkeit von Pflegewissen

Die Entwicklung der Pflegelehrer vom Wissensvermittler zum Lernbegleiter setzt voraus, dass Pflegewissen für die Lernenden in verständlicher Form verfügbar ist. Das definiert die Erwartungen an die Fähigkeit der Lehrer unverdauliche Inhalte verdaulich aufzubereiten wie auch an diejenigen, die vom „Handel“ mit derart aufbereitetem Wissen leben: Die Buchverlage, Internetprovider, Informationsbroker...

---

Robinson, Bildungsreform als Revision des Curriculums und Ein Strukturkonzept für Curriculumentwicklung, 4. unveränderte Auflage, Neuwied Berlin: Luchterhand, 1973

Sahmel, Karl-Heinz: Curriculumkonstruktion für die Pflege : Studienbrief, 2003

Wittneben, Karin: Handlungsfelder, Lerninhalte, Bildungsinhalte.

In: Pflegepädagogik-PrInternet 5. Jahrgang, 4, 2003, Seite 124-136

### 3.3 Praxisbezug von Pflegewissen

Pflegewissen auf seinen Praxisbezug zu überprüfen, heißt nicht, das im Unterricht gut zu heißen, was in der Praxis üblich ist (vgl. Rituale in der Pflege<sup>9</sup>). Hierzu gehört auch, „Schattenthemen“ der Pflege aufzunehmen. Letztlich kann der Praxisbezug hergestellt werden, weil

- Fragen aus der Praxis aufgegriffen werden, etwa
  - an den Lehrer als Pflege-Experten
  - auf der Suche nach Begründungen
  - mit der Bitte um Hilfestellung zur Bewältigung von Alltagsproblemen
- theoretische Vorgaben den Blick für Beobachtungen in der Praxis schärfen
  - für eine Beobachtungsaufgabe
  - zum eigenverantwortlichen Lernen

Ein Negativ- Beispiel für den fehlenden Praxisbezug ist folgende Aussage: „Das ist jetzt nicht so wichtig, ich will nur, dass Sie das mal gehört haben.“ Eine Schülerin ergänzt: „...um es wieder zu vergessen!“

### 3.4 Pflegewissen methodisch und didaktisch sinnvoll vermitteln

Es ist zunächst nicht selbstverständlich, warum neue Inhalte auch neue Methoden erfordern. Ganz abgesehen davon, dass viele Lehrerinnen und Lehrer auch schon bei den herkömmlichen Inhalten neue methodische und didaktische Wege gegangen sind. Die Nachfrage nach Fortbildung wie etwa zum „Problem-Based-Learning“, zur „Kreativität im Unterricht“ oder eine Fortbildung zum Thema Humor in der Pflege beweisen Bedarf und Akzeptanz neuer Methoden.

### 3.5 Pflegewissen nicht nur aus Büchern

Wenn Studien zeigen, dass sich z.B. 30 % der über 60jährigen Patienten vor einer geplanten Operation oder anlässlich einer Erkrankung (auch) im Internet informieren, kann auch der Pflegeunterricht nicht umhin, den Umgang, die Gefahren und den Nutzen solcher Informationstechnologien zu vermitteln.

## 4. Schlussbetrachtung

Ein Anfang ist gemacht, nicht mehr – aber auch nicht weniger. Nach heutigem Sachstand lässt sich sagen: Der Rahmenlehrplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wird kommen in Baden- Württemberg. Aus den seit langem geführten Diskussionen innerhalb und außerhalb der LAG seien – quasi als Motivation für diese aufwändige Arbeit – nochmals die wichtigsten Gründe für einen Rahmenlehrplan zusammengetragen. Von einem Rahmenlehrplan dürfen Sie erwarten, dass er

- die Schulen bei der Feingestaltung der Ausbildung unterstützt, ohne ihnen dabei jeglichen Freiraum zu nehmen

---

<sup>9</sup> Walsh, Mike; Ford, Pauline: Pflegerituale – deutsche Ausgabe herausgegeben von Zegelin-Abt, Angelika, 2. Aufl. Göttingen: Huber, 2000

- Grundlage für die Lehrbücher und sonstige Unterrichtsmaterialien ist
- als Checkliste für die Erstellung von Prüfungsfragen und –themen dient
- in gewisser Weise die Mindestanforderungen und damit Qualität definiert.

Vor allem die erste Aufgabe ist nur durch einen Kompromiss zu lösen.

#### 4.1 Was kann ein Rahmenlehrplan nicht leisten?

Ein Rahmenlehrplan stellt – wie das Wort schon sagt – höchstens den Rahmen zur Verfügung. Das Bild einer zielorientierten Ausbildung entsteht in diesem Rahmen an den Schulen. Je nach den vor Ort vorhandenen Ressourcen wird die curriculare Ausdifferenzierung anders ausfallen: sie ist Aufgabe und gestalterische Freiheit zugleich.

Jedenfalls sehen die Autoren dieser Handreichung ihre Aufgabe nicht darin, sich in Ihren Kompetenz- und Verantwortungsbereich einzumischen.

#### 4.2 Was ist sonst noch hilfreich?

Man soll nicht immer versuchen, das Rad neu zu erfinden. Zahlreiche Quellen liefern nützliche Tipps und Informationen. Dazu gehört u.a.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: „Was hält Menschen gesund?“ **Antonovskys Modell der Salutogenese** (als PDF- Datei im Download-Bereich der LAG)
- das saarländische Curriculum für die Altenpflege, das in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für berufliche Bildung (BiBB) entstanden ist, und durch einen Preis der Robert Bosch Stiftung ausgezeichnet wurde.
- das sogenannte Stuttgarter Modell einer integrierten Ausbildung
- das neue „Oelke Curriculum“ (Oelke, Uta, Menke Marion: Gemeinsame Pflegeausbildung : Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten- Kranken- und Kinderkrankenpflege; Bern: Verlag Hans Huber, 2002)
- Niedersächsisches Kultusministerium: Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich in der Berufsfachschule – Altenpflege - Stand: September 2003

Und mit Spannung erwarten wir die Veröffentlichung des lernfeldbezogenen Lehrplans der unter Begleitung von Prof. Wittneben am Schulzentrum für Pflegeberufe Hannover entwickelt wird.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Wittneben, Karin: Handlungsfelder – Lernfelder – Bildungsinhalte.  
In: Pr-Internet PflegePädagogik 5. Jahrgang, 4, 2003, Seite 124-136

## 5. Anhang: Neue Inhalte

**Inhalte, die je nach Prägung der Pflegeschulen bisher nicht oder nur teilweise unterrichtet wurden, künftig aber vermutlich zu erteilen sind.**

### 5.1 Public Health

- Evolution von Systemen medizinischer Hilfeleistung
- Gesundheit und Verantwortung
- Medizinische und nichtmedizinische Strukturen der Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsförderung (Definition und Inhalte)
- Internationale Gesundheitsziele
- Grundzüge der Sozial- und Gesundheitspolitik
- Struktur, Aufbau des Gesundheitssicherungssystems in Deutschland
- Kompetenzbereiche der Säulen des Gesundheitssystems
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst und seine Aufgaben
- Regulierungsziele für die medizinische Versorgung
- Akteure der Gesundheitsversorgung (Staat, Krankenkassen, Versicherte...)
- (Siehe hierzu auch Sozialmedizin, Gerontologie, Medizinsoziologie)

### 5.2 Medizinsoziologie

- Soziale Schichtungen moderner Gesellschaften und Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten
- Einflüsse sozialen Handelns auf Selbstregulation und Gesundheitsschädigung
- Sozioemotionale Erfahrungen zu Gesundheit und Krankheit
- Formen und Stadien des Hilfesuchens
- Laienhilfe, Selbsthilfe
- Ziele und Effekte von Empowerment
- Mit der Krankheit leben
- Soziologie der Helfer-Klienten-Beziehung
- (demografische Problemstellungen siehe unter Sozialmedizin, auf das Altern bezogene Effekte siehe unter Gerontologie)

### 5.3 Sozialmedizin

- Gegenstandsbereich der Medizinsoziologie und der Sozialmedizin
- Konzepte zu Gesundheit und Krankheit
- Die salutogenetische Sichtweise
- Lebensbaum und seine Deutung für die soziale und Gesundheitssicherung
- Sterbetafel, Lebenserwartungsmaße, zeitliche und internationale Unterschiede
- Mechanismen und Folgen des Lebensverlängerungsprozesses
- Zusammenhang zwischen roher Sterblichkeit, Todesursachenstruktur und Lebenserwartung, Säuglings- und Müttersterblichkeit
- Entwicklung und Rangfolge der Todesursachen, Grenzen der Interpretierbarkeit von Todesursachen-Strukturen
- Ungleichverteilung der Morbidität

- Beispiele für geschlechts- und altersspezifische, soziale, biologische, zeitliche und regionale Unterschiede in der Morbidität und Mortalität
- Prioritäre Gesundheitsziele, Möglichkeiten für ihre Auswahl, Differenzierung nach unterschiedlichen Lebensabschnitten
- Grundbegriffe in der Epidemiologie
- Zusammenhang zwischen Krankwerden (Inzidenz), Kranksein (Prävalenz), Dauer des Krankseins (Falldauer)
- Charakteristika von akuten u. infektiösen Krankheiten sowie von chronischen Krankheiten
- Definition, Ursachen und Beispiele für Epidemien und Regressionen als Veränderungsmöglichkeiten von Krankenzahlen in einer Bevölkerung
- Wirkungen der 5 epidemiologisch relevanten Faktoren und ihre Konsequenzen für das Gesundheitswesen (demographische, diagnostische, therapeutische, epidemische und prophylaktische Faktoren)
- Beobachtungs-, Interventionsstudien, Studiendesigns (randomisiert, doppelblind), Vor- und Nachteile des jeweiligen Studientyps, Effektmaße
- Definitionen zu Prävention
- Erwartungen an und Grenzen der Prävention
- Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen (Definition, Einteilung, Charakteristika und Typen der Alkoholkrankheit)
- Suizid: Ursachen, alters- u. geschlechtsspezifische sowie regionale Unterschiede in der Häufigkeit

## 5.4 Gerontologie

(Hauptsächliche Quelle: Lehrpläne Berufsfachschule für Altenpflege vom 24. Januar 2003; Ergebnisse der Berliner Alterstudie 1999; gekürzt um Inhalte, die in der KP-Ausbildung bereits an anderer Stelle eingeordnet sind.)

- Lebenslauf und biografisches Arbeiten mit älteren Menschen in Theorie und Praxis
- Zusammenhang zwischen Zeitgeschichte und persönlicher Geschichte
  - Persönliche Prägungen, Selbstkonzept, z. B.
  - Identitätssäulen nach Petzold
- Historische Einflüsse
- Altersbilder früher und heute
  - Lebenserwartung
  - Vorstellungen vom Altsein
- Alterungsprozesse
  - biologisches Alter
  - kalendarisches Alter
  - altersbedingte Veränderungen
- Pflegebedürftigkeit
  - gesellschaftlicher Bezug
  - Angehörigenpflege
- Theoretische Ansätze und Modelle der Altersforschung:
  - Disengagementtheorie, Aktivitätstheorie, Kompetenzmodell, Defizitmodell, Ökologischer Ansatz, Kognitive Theorie, Stigmatheorie
- Formen der Auseinandersetzung mit dem Altern:
  - Daseinstechniken, Coping, Weltoffenheit versus Rückzug aus sozialen Beziehungen

- Altern als multidimensionaler Prozess:
  - Psychologisches, soziologisches, biologisches Altern, Lebensweise, soziales Umfeld, historische Einflüsse
  - Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter
- Alterssuizid:
  - Suizidformen und –theorien
- Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter
- Verlust und Krankheitsbewältigung
  - Z. B. bei Heimeintritt, Trauer, Partnerverlust
  - Selbsteinschätzung, Coping
- (Nicht-)Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im Alter
- Entwicklung in Kindheit und Jugend:
  - Reifungsfaktoren, psychische und soziokulturelle Faktoren
- Entwicklung im Erwachsenenalter:
  - Kritische Lebensereignisse
  - Lebensbewältigungsstrategien
- Entwicklung im höheren Lebensalter
  - Veränderungen im psychischen, physischen und sozialen Bereich
  - Emotionalität, Gedächtnis, Intelligenz, Multimorbidität, Kompensation und Dekompensation
- Wohlbefinden im hohen Alter
- Wohnbedürfnisse und Wohnprobleme alter Menschen:
  - Zusammenleben in der Familie, Generationskonflikte, Pflege älterer Menschen zu Hause
  - Leben in Institutionen, Umzug in eine stationäre Altenhilfeeinrichtung
- Gesellschaftliche Integration alter Menschen
- Lebenslagen und soziale Ungleichheit im Alter
- Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handeln alter Menschen
- Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter
- Geragogik:
  - Bedingungen der Verhaltens- und Persönlichkeitsentwicklung im Alter
  - Lernverhalten älterer Menschen
  - Intelligenz und Gedächtnisfunktionen („kristallisierte“ und „flüssige“ Intelligenz)

## 5.5 Pflegewissenschaft

- Die handlungsleitende Bedeutung von Theorien
  - Das Wesen von Alltagstheorien
  - Das Wesen von wissenschaftlichen Theorien
  - Vom „Know-how“ zum „Know-that“
- Forschungen und Universitäten als Dienstleister für die Pflegepraxis
  - Aufbau des tertiären Bildungssystems
  - Zusammenspiel zwischen Praxis, Theoriebildung und Forschung
  - Der Gegenstandsbereich der Pflegewissenschaft
  - Begriffsanalyse zu Mensch, Umwelt, Care – Nursing, Krankheit - Gesundheit

- Zum Wesen der Erkenntnisfindung
  - Deduktiver Erkenntnisgewinn
  - Induktiver Erkenntnisgewinn
  - Erkenntnistheoretische Strömungen
    - Mythische Deutungsversuche
    - Wissenschaftsbegriff der Antike (z.B. Aristoteles, Platon)
    - Empirismus (z.B. Bacon, Galilei, Locke, ...)
    - Rationalismus (z.B. Leibniz, Descartes)
    - Kritizismus (Kant)
    - Kritischer Rationalismus „Alle Wissenschaft ist nur Vermutungswissen“ (Popper)
- Forschungsdesigns
  - Quantitative Forschungen
  - Qualitative Forschungen
  - Stichproben
  - Wie Forschungen hinsichtlich ihrer Güte beurteilt werden können
  - Gütekriterien
    - Validität
    - Reliabilität
    - Objektivität
  - Algorithmus einer Forschungskonzeption
  - Anforderungen an statistische Darstellungen
- Evidenzbasierte Pflegepraxis
  - Ziele
  - Ermittlung von Evidenzgrade
  - Aussagekraft von Evidenzgraden
  - Rechtliche Konsequenzen für die Pflegekraft
  - Moralische Konsequenzen für die Pflegekraft
  - Aktuelle Forschungsbeispiele
  - Erschließen von Informationsquellen
    - Recherchiertaktiken
    - Clinical Guidelines
    - Umsetzen von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Pflegepraxis (Research Utilization)
      - Implementationsdesigns
      - Soziologische Effekte (z.B. „Early Adopters“ und „Laggards“)
- Theorien in der Pflege
  - Zur Geschichte der Theorieentwicklung in der Pflege
  - Überblick über Versuche, Theorien zu ordnen
  - Akzeptanz der Co-Existenz verschiedener Theorien
  - Exemplarische Untersuchung einer Theorie hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit für einen ausgesuchten Anwendungsbereich
- Pflegediagnosen
  - Pflegediagnosen und der Theoriebegriff
  - Bedeutungsgehalt von Wörtern und Kraft der Wortwahl
  - Das Bauprinzip von Pflegediagnosen
  - Der aktuelle Stand der Forschung zu Pflegeklassifikationssystemen (z.B. NANDA, ICNP, NIC, NOC...)