

Zweite Handreichung “Lernort Praxis“

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

Zweite Handreichung für die Umsetzung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) mit dem Schwerpunkt „Lernort Praxis“.

Mit Beiträgen von Tilman Kommerell und Johannes Nau
 Im Auftrag der Arbeitsgruppe „Rahmenlehrplan“ beim Sozialministerium
 Am 17.12.2003 haben die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Rahmenlehrplan“ diese Handreichung geprüft, verbessert und verabschiedet.

Mitglieder sind

Bernadette Branse	Klinikum Stuttgart, Bürgerhospital und Katharinenhospital
Lucio Cecconi	Klinik am Eichert, Göppingen
Reinhard Dummler	Diakonissenkrankenhaus, Karlsruhe
Karl-Heinz Gärtner	Zentrum für Psychiatrie, Calw
Christine Hafner	Münsterklinik, Zwiefalten
Walter Kohler	Sozialministerium Baden-Württemberg
Gabriele Kammerer	Städt. Klinikum, Karlsruhe
Tilman Kommerell	Krankenhaus Überlingen GmbH
Frau Christa Lex	Kreiskrankenhaus Hechingen
Johannes Nau	Ev. Bildungszentrum für Pflegeberufe, Stuttgart
Ilse Philipp	Hegau- Klinikum, Singen
Gisela Röhrer- Hoffmann	Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Gertrud Schreiter	Klinikum Löwenstein, Weinsberg
Matthias Seeliger	Klinikum Ludwigsburg, Ludwigsburg
Marliese Springmann	Akademie für medizinische Berufe, Freiburg
Sven Walter	Sozialministerium Baden-Württemberg

Stuttgart 17.12.2003

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung¹ ist uns nun in ihren wesentlichen Teilen schon eine Weile bekannt und an so manche Neustrukturierung konnte man sich schon gewöhnen. Umso drängender werden nun die Fragen nach konkreter Umsetzung.

Vergleichbar mit der ersten Handreichung zum Lernort Schule hat diese zweite Handreichung die Aufgabe, Ängste zu mindern, Fragen zu klären und die Diskussion zu versachlichen. Wir wissen, dass es sich um eine hohe Zielsetzung handelt. Schließlich befinden sich Lehrkräfte und Behörden in derselben Situation: Wir alle müssen in eine völlig neu zu strukturierende Pflegeausbildung eintreten.

Zu Recht kann hier auf Erfahrung und hohe Problemlösekompetenz in den Schulen vertraut werden. Wir möchten Sie aber dennoch nicht alleine lassen.

Verstehen Sie unsere Handreichung als Bericht von Kundschaftern, die sich schon im fremden Gebiet umgeschaut haben, gehbare Pfade entdeckt und diskutiert haben und gerne behilflich sein möchten, riskantes Sumpfgebiet galant zu umwandern.

Wenn Sie diese Handreichung so verstehen, kann sie eine echte Hilfe bei der Feingestaltung der praktischen Ausbildung darstellen. Das ist unser Wunsch.

An dieser Stelle danken wir Frau Wiltrud Grosse, Schwesternschule der Universität Heidelberg und Herrn Prof. Dr. Burkhard Werner, dass sie als Experten bei der Endkontrolle mitgewirkt haben.

Die Autorinnen und Autoren

Wir haben ohne besondere Absicht die männliche oder weibliche Form von Berufsbezeichnungen gewählt. Es möge sich jeweils auch das andere Geschlecht angesprochen fühlen.

¹ Downloadmöglichkeit auf der Homepage der LAG <http://www.lag-bawue.de/index.htm>

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Inhaltsverzeichnis.....	4
1 Was ist gefordert?.....	5
1.1 Forderungen an die praktische Ausbildung aus dem Krankenpflegegesetz.....	5
1.2 Forderungen an die praktische Ausbildung aus der KrPflAPrV	7
1.3 Wie ist der allgemeine Bereich weiter differenziert?	8
1.4 Wie ist Differenzierungsbereich weiter unterteilt?.....	8
1.5 Zur Verteilung	8
1.6 Mögliche Einsatzgebiete	9
2 Begriffsklärung.....	11
2.1 Präventive Pflege	11
2.2 Kurative Pflege	12
2.3 Rehabilitative Pflege.....	12
2.4 Palliative Pflege	12
2.5 Begründung	13
3 Die Akteure im Lernort Praxis.....	14
3.1 Die Lehrerin und der Lehrer für Pflege	14
3.2 Die Praxisanleiterin (seitherige Mentoren)	15
3.3 Die examinierte Pflegekraft.....	16
3.4 Vernetzen statt Unterstellen	16
3.5 Die Qualifikation zum Praxisanleiter.....	16
3.6 Zahlenverhältnis Praxisanleiter zu Schülern und zu Einsatzgebieten	18
4 Rahmenlehrplan Praxis.....	19
4.1 Keine Freiheit ohne Verantwortung.	19
5 Vereinbarungen zwischen Schule und Praxisort	22
5.1 Die Vereinbarung ist ein Vertrag.....	22
5.2 Checkliste Vertragsinhalte	23

1 Was ist gefordert?

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Vorgaben des Krankenpflegegesetzes und dann mit denen der KrPflAPrV, um die Ausgangspositionen zu klären. Die Aufgabe ist hier nicht etwa die Um-Interpretation des Gesetzes- oder Verordnungstextes sondern vielmehr die übersichtliche Zusammenstellung.

1.1 Forderungen an die praktische Ausbildung aus dem Krankenpflegegesetz

Weil das Krankenpflegegesetz sozusagen über der KrPflAPrV steht, dürfen die Formulierungen aus § 3 (1) KrPflG als Leitlinie sowohl für den Lernort Schule wie auch für den Lernort Praxis angesehen werden.

Tabelle 1 macht einen solchen Versuch, die Absicht hinter den Worten zu deuten:

§ 3 Ausbildungsziel	
§ 3 (1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem all gemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse	Es gehört zu den Lernzielen der Ausbildung, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis anzuwenden. ²
fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der	Das Kompetenzmodell wird erwähnt. Dies erzeugt Anfragen an die häufig anzutreffenden Tätigkeits nachweishefte.
Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.	Kausale Dimension: Warum wird Pflege tätig? Neues Feld der „Verhütung“ von Krankheiten; stand so auch schon im „alten Gesetz“
Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen	Finale Dimension: Wozu (mit welchem Ziel) pflegen – <ul style="list-style-type: none"> • präventiv um vorzubeugen • rehabilitativ um in die Gesellschaft (wieder) einzugliedern • palliativ um ein Leben mit der Krankheit zu ermöglichen, Leiden zu lindern und im Sterben zu begleiten (Details in Kapitel 2).
auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.	Scheint in der Kausalen und Finalen Dimension schon enthalten zu sein und gibt durch die erneute Erwähnung besonderes Gewicht
Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).	Biographische Dimension: zunächst die Frage: Wann, d.h. in welchen Lebensphasen entsteht Pflegedürftigkeit. Dann aber auch die Verpflichtung zur Berücksichtigung der Lebensgeschichte des zu Pflegenden. Individuelle Dimension: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird hier besonders betont.

² Symposium des Sozialministeriums in Zusammenarbeit mit der LAG Baden - Württemberg. Vorträge können über die LAG Homepage eingesehen werden: <http://www.lag-bawue.de/download/download.htm>

(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen	<p>Dieser Absatz (2) weist schon auf die 12 Themenbereiche der Anlage 1 der KrPflAPrV hin. Während sie dort in einer Aufzählung von 1 bis 12 beschrieben sind, wird hier jedoch die Eigenständigkeit der Pflege in ihren Kernprozessen (vgl. 1a, b und c) betont.</p> <p>Man kann hier also einen eigenverantwortlichen und einen mitverantwortlichen Bereich erkennen, obwohl diese – z.B. im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz getroffene – Unterscheidung nicht ausdrücklich verwendet wurde.</p> <p>Dies erfordert Konsequenzen für den Anforderungsbereich: es gilt, Möglichkeiten zu schaffen, damit der Schüler lernen kann, Verantwortung zu übernehmen, und Grenzen zu erkennen.</p>
1. die folgenden Aufgaben <i>eigenständig</i> auszuführen:	
a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,	
b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,	
c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit	
d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,	
2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:	
a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,	
b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,	
c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,	
3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.	

Tabelle 1: Richtungsweisende Aussagen des Krankenpflegegesetzes (hier § 3 Ausbildungsziel) bestimmen auch die praktische Ausbildung

§ 4 Dauer und Struktur der Ausbildung	
(1) Die Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger schließt mit der staatlichen Prüfung ab; sie dauert unabhängig vom Zeitpunkt der staatlichen Prüfung in Vollzeitform drei Jahre, in Teilzeitform höchstens fünf Jahre. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung.	<p>Die Unterteilung in</p> <ul style="list-style-type: none"> • theoretischen und praktischen Unterricht (in dieser Handreichung als Lernort Schule bezeichnet) und • praktische Ausbildung (in dieser Handreichung als Lernort Praxis bezeichnet) <p>ist unverändert geblieben.</p>
(2) Der Unterricht wird in staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder in staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind, vermittelt. In den Ländern, in denen die Ausbildungen in der Krankenpflege dem Schulrecht unterliegen, erfolgt die Genehmigung der Schulen nach dem Schulrecht der Länder und nach Maßgabe von Absatz 3. Die praktische Ausbildung wird an einem Krankenhaus oder mehreren Krankenhäusern und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie weiteren an der Ausbildung beteiligten, geeigneten Einrichtungen, insbesondere stationären Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen, durchgeführt.	<p>Die Formulierung („verbunden sind“ in Absatz (2) lässt zu, dass mehrere Krankenhäuser sich als Gesellschafter zusammenschließen und eine gemeinsame Schule (z.B. als GmbH) gründen.</p> <p>Das heißt nicht, dass rehabilitative Pflege nur in einer Rehabilitationsklinik erlernt werden kann.</p>
(3) Die staatliche Anerkennung der Schulen nach Absatz 2 Satz 1 erfolgt durch die zuständige Behörde, wenn sie folgende Mindestanforderungen erfüllen:	
1. Hauptberufliche Leitung der Schule durch eine entsprechend qualifizierte Fachkraft mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung,	

2. Nachweis einer im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze ausreichenden Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte mit entsprechender, abgeschlossener Hochschulausbildung für den theoretischen und praktischen Unterricht,	Hier gibt es nach Auskunft des Sozialministeriums eine berufslebenslange Besitzstandswahrung
3. Vorhaltung der für die Ausbildung erforderlichen Räume und Einrichtungen sowie ausreichender Lehr- und Lernmittel,	„Räume“ meint nicht nur die für den Klassenunterricht, sondern z.B. auch Raum für die Vor- und Nachbereitung von klinischem Unterricht, für selbst organisiertes Lernen, für Gruppenarbeiten usw.
4. Sicherstellung der Durchführung der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege durch Vereinbarungen mit Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 2, die von der zuständigen Behörde für die Durchführung von Teilen der praktischen Ausbildung als geeignet beurteilt werden.	Die Schule hat die Verantwortung für die Sicherstellung der praktischen Ausbildung. (vgl. dazu Abs. 5; s.u.). Tipps für die Vereinbarungen mit Einrichtungen finden Sie in Kapitel 6.
Über Satz 1 hinausgehende, landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt. Die Länder können durch Landesrecht das Nähere zu den Mindestanforderungen nach Satz 1 bestimmen.	
(4) Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung Regelungen zur Beschränkung der Hochschulausbildung nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 auf bestimmte Hochschularten und Studiengänge treffen.	
(5) Die Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung entsprechend dem Ausbildungsziel trägt die Schule. Die Schule unterstützt die praktische Ausbildung durch Praxisbegleitung. Die Praxisanleitung ist durch die Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 3 sicherzustellen.	Die Schule unterstützt... aber sicherstellen muss die Praxisanleitung die stationäre bzw. ambulante Einrichtung, insbesondere die stationäre Pflegeeinrichtung und das Rehabilitationskrankenhaus.
(6) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen, können die Länder von Absatz 2 Satz 1 sowie von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 9 abweichen, sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird und die Vereinbarkeit der Ausbildung mit den Richtlinien 77/452/EWG und 77/453/EWG gewährleistet ist.	

Tabelle 2: Richtungsweisende Aussagen des Krankenpflegegesetzes (hier § 4 Dauer und Struktur der Ausbildung) bestimmen auch die praktische Ausbildung

1.2 Forderungen an die praktische Ausbildung aus der KrPflAPrV

Hier zunächst die im Rahmen der Beschlussfassung am 17.10.2003 im Bundesrat eingearbeiteten Bestimmungen der Anlage 1, Teil B:

I. Allgemeiner Bereich 1300 Stunden		II. Differenzierungsbereich 700 Stunden	
teilt sich auf in (sowohl als auch)		teilt sich auf in (entweder oder)	
1. Gesundheits- und Krankenpflege 800 Stunden „ Stationär “	2. Gesundheits- und Krankenpflege 500 Stunden „ ambulant “	1. Gesundheits- und Krankenpflege 700 Stunden „Stationär“	2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 700 Stunden „Stationär“
III. Zu verteilen auf I. und II. 500 Stunden			

Tabelle 3: Zunächst ist die Praxis in 3 Bereiche aufgeteilt: Allgemein – Differenzierung – Verteilung.

1.3 Wie ist der allgemeine Bereich weiter differenziert?

1. Gesundheits- und Krankenpflege - 800 Stunden „stationär“ - teilt sich wiederum auf in

- **kurativ** in sieben medizinischen Fachgebieten
Innere • Geriatrie • Neurologie • Chirurgie • Gynäkologie • Pädiatrie • Wochen- und Neugeborenenpflege
- **palliativ** in zwei der vorgenannten sieben Gebiete
- **rehabilitativ** in zwei der vorgenannten sieben Gebiete

Eine bestimmte Station kann unter Umständen mehrere Bedingungen gleichzeitig erfüllen (s.u.). So gibt auch der Kommentar zur KrPflAPrV den Hinweis, dass nicht die Bezeichnung der Station, sondern vielmehr das Krankheitsbild des Patienten für die Zuordnung entscheidend ist.

2. Gesundheits- und Krankenpflege - 500 Stunden „ambulant“ - teilt sich wiederum auf in

- **präventiv**
- **kurativ**
- **rehabilitativ**
- **palliativ**

Medizinische Fachgebiete spielen hier keine Rolle. Ambulante Versorgung muss (überwiegend) außerhalb des Krankenhauses erfolgen, so hat es der Gesetzgeber nach Überzeugung der Autorinnen ausdrücklich gewollt.

1.4 Wie ist Differenzierungsbereich weiter unterteilt?

Hinweis: Das praktische Examen findet im Differenzierungsbereich statt. Das heißt aber nicht, dass Differenzierung nur im letzten Ausbildungsjahr stattfindet.

1. Gesundheits- und **Krankenpflege** - 700 Stunden „Stationär“ - teilt sich wiederum auf in

- Innere Medizin
- Chirurgie
- Psychiatrie

2. Gesundheits- und **Kinderkrankenpflege** - 700 Stunden „Stationär“ - teilt sich wiederum auf in

- Pädiatrie
- Neonatologie
- Kinderchirurgie
- Neuropädiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

Also diesmal eine Aufteilung in beiden Bereichen in medizinische Fachgebiete aber alles stationär.

1.5 Zur Verteilung

Nicht zuletzt bleiben noch 500 Stunden, die auf die Bereiche I. Allgemeiner Bereich und II. Differenzierungsbereich zu verteilen sind.

1.6 Mögliche Einsatzgebiete

Beim schnellen Durchkalkulieren erkennt man, dass relativ kleine Stundenkontingente (z.B. 800 Std. aus I.) auf 7 bis maximal 11 Einsatzorte zu verteilen wären. Das entspräche einer durchschnittlichen Einsatzzeit von 2 Wochen. Das ist nicht im Sinne einer guten praktischen Ausbildung. Eine Lösung wäre, mögliche Einsatzorte so auszuwählen, dass sie **nachweislich** möglichst viele Kriterien erfüllen. Die folgende Tabelle kann bei der Entscheidung helfen.

Bezeichnung der zu prüfenden Station: _____			Erfüllt die Station diese Bedingung?
I. Allgemeiner Bereich – 1. Gesundheits- und Krankenpflege stationär			
	Kurativ	Innere Medizin	
		Geriatric	
		Neurologie	
		Chirurgie	
		Gynäkologie	
		Pädiatrie	
		Wochen- und Neugeborenenpflege	
	Rehabilitativ	wahlweise eines der Fächer rehabilitativ	
	Palliativ	wahlweise eines der Fächer palliativ	
II. Differenzierungsbereich – 1. Gesundheits- und Krankenpflege stationär			
		Differenzierungsphase Innere Medizin	
		Differenzierungsphase Chirurgie	
		Differenzierungsphase Psychiatrie	
	Für Nachtwache geeignet		

Tabelle 4: Je mehr Bedingungen eine Station erfüllt, desto länger kann ein Schüler dort eingesetzt werden, oder desto mehr Schüler können dort eingesetzt werden. Hier am Beispiel der Krankenpflege.

Bezeichnung der zu prüfenden Station: _____			Erfüllt die Station diese Bedingung?
I. Allgemeiner Bereich – 1. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege stationär			
	Kurativ	Innere Medizin (Kinder oder Erwachs.?)	
		Geriatric (gibt's glaube ich keine Kinder)	
		Neurologie (Kinder oder Erwachs.?)	
		Chirurgie (Kinder oder Erwachs.?)	
		Gynäkologie	
		Pädiatrie	
		Wochen- und Neugeborenenpflege	
	Rehabilitativ	wahlweise eines der Fächer rehabilitativ	
	Palliativ	wahlweise eines der Fächer palliativ	
II. Differenzierungsbereich – 2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege stationär			
		Differenzierungsphase Innere Medizin	
		Differenzierungsphase Chirurgie	
		Differenzierungsphase Psychiatrie	
		Differenzierungsphase Pädiatrie	
		Differenzierungsphase Neonatologie	
		Differenzierungsphase Kinderchirurgie	
		Differenzierungsphase Neuropädiatrie	
	Für Nachtwache geeignet		

Tabelle 5: Je mehr Bedingungen eine Station erfüllt, desto länger kann ein Schüler dort eingesetzt werden, oder desto mehr Schüler können dort eingesetzt werden. Hier am Beispiel der Kinderkrankenpflege.

In ähnlicher Weise lässt sich auch für die Ambulante Pflege eine Bewertung erstellen, ob dieser Bereich nicht auch gleichzeitig die 4 Kriterien präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ (oder wenigsten zwei bis drei dieser Kriterien) erfüllt. Vermutlich werden viele Sozialstationen alle vier Aspekte abdecken können.

Zu prüfende Ambulante Einrichtung: _____		Erfüllt die Einrichtung diese Bedingung?
I. Allgemeiner Bereich – 2. Gesundheits- und Kranken- und Kinderkrankenpflege ambulant		
	Präventiv	
	Kurativ	
	Rehabilitativ	
	Palliativ	

Tabelle 6: Je mehr Bedingungen eine Station erfüllt, desto länger kann ein Schüler dort eingesetzt werden, oder desto mehr Schüler können dort eingesetzt werden. Hier am Beispiel der Kinderkrankenpflege.

Hinweis:

„Ambulant“ meint „organisatorisch“ nicht „architektonisch“ außerhalb des Krankenhauses.

Um sicher zu entscheiden, welche Kriterien auf welchen Stationen erfüllt werden können, scheint es sinnvoll, sich zunächst einmal mit den Wesensmerkmalen präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Pflege zu befassen. Das nächste Kapitel widmet sich dieser Thematik auch deshalb, weil

- Diese Unterscheidung den Schülerinnen und Schülern zu vermitteln ist
- entsprechende Nachweise zu führen sind (siehe Kapitel 4).

2 Begriffsklärung

Die im Gesetzes- und Verordnungstext auftauchenden Begriffe „präventiv“, „kurativ“, „rehabilitativ“ und „palliativ“ sind dort nicht näher definiert. Dies bietet auf der einen Seite Spielraum, erzeugt auf der anderen Seite aber Unsicherheit. Dieses Kapitel befasst sich daher mit einer Begriffsklärung. Dadurch wird auch die in den Tabellen 4 und 5 gestellte Aufgabe leichter lösbar.

2.1 Präventive Pflege

Der sozialmedizinische Begriff der Prävention bedeutet die Vorbeugung von Krankheit.

Die Prävention umfasst drei Felder: die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Wichtige Unterschiede klärt die folgende Tabelle.

	primäre Prävention	sekundäre Prävention	tertiäre Prävention
Zielgruppe	Gesunde Menschen	Fraglich gesunde, evtl. bereits (unbemerkt) Erkrankte	Erkrankte Menschen
Zielsetzung	Gesunde(s) gesund zu erhalten	Krankheiten möglichst früh zu entdecken	Verschlechterung und Komplikationen vermeiden
Beispiel	Zahngesundheitsaktionen im Kindergarten Aktion „Das gesunde Pausenbrot“ in der Schule	Alle herkömmlichen Routinebeobachtung z.B. die Ermittlung der Vitalwerte bei der Patientenaufnahme Reihenuntersuchungen (sog. Screenings) z.B. die Krebsvorsorgeuntersuchungen	Alle herkömmlichen Prophylaxen, wie z.B. Pneumonie oder Dekubitusprophylaxe Diabetikerschulung Selbsthilfegruppen

Tabelle 7: Die drei Felder der Prävention.

Demzufolge ist die Aufgabe der präventiven Pflege, in den drei Feldern der Prävention eigenständige Beiträge zu leisten. Während Pflege im Bereich der sekundären und tertiären Prävention immer schon „zu Hause“ war, ist vor allem das Feld der primären Prävention neu zu besetzen.³ Der Gesetzgeber hat hier keine Festlegung betrieben.

Dass es gerade hier noch viel zu erobern gibt, liegt vor allem daran, dass Pflege bisher hauptsächlich im „Kranken(!)haus“ ausgebildet wurde und sich mit ihrem Dienstleistungsangebot hauptsächlich auf die Gruppe der Erkrankten konzentriert hat. Wenn sich Pflege daher verstärkt den Gesunden zuwendet und ihren Bereich erweiternd den Erfordernissen anpasst, heißt dies im Umkehrschluss jedoch nicht, dass Prävention *nur* außerhalb des Krankenhauses stattfindet.

³ Auch eine Unterscheidung nach Verhaltens-Prävention, Verhältnis-Prävention und medizinischer Prävention wäre möglich. Oder auch eine Einteilung nach: Ätiologisch-nosologisch, Konzept der relativen Risiken und Konzept der Epidemien und Regressionen.

2.2 Kurative Pflege

Nach dem lateinischen Wörterbuch bedeutet „curare“: 1. sorgen, Sorge tragen, sich kümmern, sich angelegen sein lassen 2. besorgen, zurechtmachen 3. pflegen (!), warten, erquicken 4. Ein Amt verwalten 5. Kranke behandeln, kurieren, pflegen(!) 6. jmdm. etw. verschaffen 7. (Geld) auszahlen.

Obgleich ursprünglich Kernaufgaben der Pflege betreffend, ist der Begriff lange Zeit nur medizinisch besetzt gewesen. Es ist an der Zeit sich des gesamten Bedeutungsspektrums zu besinnen. Mit kurativer Pflege wird heute therapeutische Pflege gemeint. Und dies ist wiederum mehr als die Unterstützung des Arztes (der aus Sicht der Pflege das Therapiemonopol hatte) bei seiner Therapie. Therapeutische Pflege leistet einen eigenständigen Beitrag zur Genesung des Patienten. Pflege kümmert und sorgt sich (engl. care) und behandelt (engl.: nursing).

Frage: „Darf Pflege therapieren?“. Sie tut es. Zwar häufig in der Institution Krankenhaus und oft auf Anordnung und in Zusammenarbeit mit dem Arzt. Dennoch muss Pflege auch hier nicht das Krankenhaus verlassen, um kurativ tätig sein zu können.

2.3 Rehabilitative Pflege

Die Rehabilitation bezweckt, den Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind und die ihre Behinderung oder deren Folgen nicht selbst überwinden können, und den Menschen, denen eine solche Behinderung droht, zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen entsprechenden Platz in der Gesellschaft zu finden⁴

Rehabilitative Pflege ist der eigenständige Beitrag der Pflege für dieses erfolgreiche Entdecken und Entfalten von Fähigkeiten und Kräften. Die Denkweise ist an dieser Stelle besonders orientiert auf die

- Erhaltung sozialer Kompetenzen
- Verringerung von Abhängigkeit
- Bewältigung von Verlusten körperlicher und geistiger Fähigkeiten.

Schon lange wissen Pflegenden, dass Rehabilitation nicht erst in der Rehabilitationsklinik oder in der AHB-Klinik beginnt, sondern bereits während der intensivpflegerischen Behandlung. Beispiele sind hier die rehabilitativ-aktivierende Pflege in unzähligen Pflegesituationen, z.B. Neglect-Phänomen und Schluckstörungen nach Schlaganfall oder etwa das Konzept der basalen Stimulation. Ein weiteres Beispiel dafür, wie wichtig es ist, die Zielrichtung der Pflege (finale Dimension) von der Einrichtung, in der gepflegt wird, zu trennen (institutionelle Dimension).

2.4 Palliative Pflege

Das Wort kommt vom lat. "pallium" = "weiter Mantel", bzw. "palliare" = "mit einem Mantel bedecken". Palliative Care ist die umfassende Begleitung, Betreuung und Pflege von Patienten, die an einer Krankheit leiden, die soweit fortgeschritten ist, dass sie nicht mehr auf eine heilungsorientierte Behandlung anspricht. In der Palliativmedizin bzw. Palliativpflege stehen die ganzheitliche Behandlung von Schmerzen und anderer Begleitsymptome sowie die Linderung von seelischen, sozialen und spirituellen Problemen an vorderster Stelle. Das Ziel ist,

⁴ Niehoff, Jens-Uwe: Sozialmedizin systemisch, Lorch: UNI-MED, 1995, S. 212

dem Patienten Lebensqualität zu erhalten, ihm ein selbstbestimmtes, würdevolles Leben zu ermöglichen und den Angehörigen zur Seite zu stehen, damit sie mit Krankheit und Trauer besser zurechtkommen.

Palliative Pflege (oft synonym mit Hospizarbeit verwendet) hat vier Ziele:

- der soziale Ansatz (Kranke nicht allein lassen),
- der physische Ansatz (Symptome, insbes. Schmerzen bekämpfen),
- der psychische Ansatz (Regelung unerledigter Dinge, Aussprache) und
- der spirituelle Ansatz (Sinnfragen, Transzendenz).

Dabei gehören Angehörige gemeinsam mit dem Kranken ins Zentrum der Bemühungen, ein selbstbestimmtes Leben am selbstgewählten Ort zu ermöglichen.

Die **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** definiert Palliativmedizin wie folgt:

Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.

Die Definition der **Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)** entspricht im Wesentlichen der WHO-Definition, ist aber kürzer: Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.

Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien **zusammen mit der kausalen Therapie** anwendbar. Palliative Zielsetzungen können in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl **im ambulanten wie im stationären Bereich** verfolgt werden⁵.

2.5 Begründung

Es gibt zwei gute Gründe, der Begriffsklärung dieser vier Pflegedimensionen so viel Raum zu geben:

1. Sie liefern Anhaltspunkte, um geeignete Orte praktischer Ausbildung auszuwählen, denn sie liefern Kriterien für den Nachweis einer zielgerichteten Ausbildung.
2. Sie sind den künftigen Schülerinnen und Schülern zu erklären, damit sie die kürzere praktische Ausbildungszeit umso besser ausnützen können, um alle diese Pflegedimensionen kennen zu lernen.

Auf den zweiten Aspekt wird in Kapitel 4 nochmals ausführlich eingegangen.

⁵ Weitere Informationen finden Sie z.B. unter <http://www.palliativ.fd-online.de/> oder http://www.kasseler-hospital.de/grundlage_ph.html im Internet

3 Die Akteure im Lernort Praxis

Die neue Gesetzgebung weist der Schule die Aufgabe zu, die praktische Ausbildung sicherzustellen (vgl. KrPflG §4 Abs. 3 und APrV § 2 Abs. 2, 3). Andererseits besteht seitens der Schule kein disziplinarisches Weisungsrecht in die Praxisorte hinein, sondern nur die Möglichkeit, den Schülereinsatz an diesem Lernort abzubreaken bzw. nicht wieder durchzuführen, was aber mangels alternativen Einsatzorten nicht immer so einfach möglich sein wird.

Dies sollte als Anlass genommen werden, zu überdenken, ob die seitherigen Aufgabenverteilungen unter den Akteuren noch den Anforderungen entsprechen können.

Akteure der Praxisausbildung sind

- die Lehrenden der Schule
- die Praxisanleiterinnen (seitherige Mentoren)
- alle Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und nicht zuletzt
- die Schülerinnen und Schüler.

3.1 Die Lehrerin und der Lehrer für Pflege

Sie ist die Betreuerin der Schüler in den Praxiseinrichtungen. Sie ist gleichermaßen Beraterin der Praxisanleiter (vgl. APrV § 2 Abs. 3). Sie ist wesentlicher Beitrag für die Sicherstellung einer sinnvollen Praxisbegleitung der Schülerinnen.

Dazu agiert sie in der Schule (Theorieuntermauerung der Aufgaben, Praxisübungen im Demonstrationsraum) und agiert in den Einsatzgebieten. Eine strenge Zergliederung in „Nur-Theorie-Lehrer“ und „Nur-Praxis-Lehrer ist wenig sinnvoll.

Der Gesetzgeber fordert eine „regelmäßige Anwesenheit“ in den Einrichtungen der praktischen Ausbildung. Was als regelmäßig zu betrachten ist, lässt sich schwer in Anwesenheitsfrequenzen ausdrücken. Eher wird an Kontinuität zu denken sein, wie sie ein gelungenes Zusammenspiel zwischen Informationsbündelung, aktuellem Infofluss, Gesprächskultur und persönlicher Anwesenheit repräsentiert und dadurch unverzügliche Problembehebung ermöglicht. Eine Reduzierung der komplexen Kontinuitätsfrage auf eine Anwesenheitszahl pro Woche würde nur ein vordergründiges Kriterium schaffen.

Dennoch: Je schlechter die Qualität der Praxisanleitung in der Einrichtung, je weniger formale Strukturen in der Einrichtung umso öfter muss eine Lehrkraft persönlich nachhaken.

Checkpunkte für den Auftrag der Lehrkräfte in ihrer Funktion als Praxisbegleiter können sein:

- Festlegen von Inhalten und Anforderungen der Praktikumseinsätze
- Mitverantwortung für die Auswahl und Qualifizierung der Praxisanleiter
- Beratung und Unterstützung der Praxisanleiter auch in regelmäßigen Treffs
- Generierung von Lernsituationen und Lernarrangements
- Durchführung von Gruppen- oder Einzelunterricht am Krankenbett (Fallbesprechungen, Coaching, ...)

- Unterstützung und Förderung der Lernenden für das Erreichen der Ausbildungsziele (Lernberatung)
- Definition von Standards für die Begleitung der Lernenden im Praxiseinsatz fest (z.B. Erst-, Zwischen-, Auswertungsgespräche)
- Organisation und Durchführung von (Zwischen- und Abschluss-)Prüfungen (in Kooperation mit den Praxisanleiterinnen)
- Überwachung der Ausbildungsqualität
- Rückmeldungen an alle an der Ausbildung Beteiligten
- Pflegen eines engen Kontaktes zur Praxis, insbesondere um die Urteilsfähigkeit bei praktischen Prüfungen zu erhalten.

3.2 Die Praxisanleiterin (seitherige Mentoren)

Im Gesetzestext stehen Kriterien zur Mindestqualifikation (2 Jahre Berufserfahrung, 200 Stunden Zusatzqualifikation) und eine übergreifende Zielvorgabe (schrittweise Heranführung an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben, Gewährleistung der Verbindung zur Schule) (vgl. APrV § 2 Abs. 2).

Folgende Punkte sind mit Sicherheit nicht neu:

- Wir wissen, dass Praxisanleiter als Mitglied im Pfllegeteam mit besonderer Vorbildfunktion ausgestattet sind und als Schlüsselfigur für die Integration von Ausbildungsinhalten in den konkreten Alltag pflegerischer Arbeit betrachtet werden müssen
- In der Bedienung der aktuellen Geräte und Handhabung spezieller Utensilien wechselnder Lieferanten sind sie auf dem Laufenden und haben, gekoppelt an die Bedingung einer speziellen pädagogischen Qualifizierung, den Auftrag diesen wesentlichen Anteil fachpraktischer Kompetenz zu vermitteln
- Praxisanleiter stellen sicher, dass kein Schüler an Patienten eine Tätigkeit ausführt, zu der er nicht vorher befähigt worden ist. Sie übernehmen eine grundlegende Aufgabe zu Gunsten der Sicherheit der Patienten wie auch zur Rechtssicherheit aller Beteiligten.

Was ist neu? Die Umbenennung der Mentoren in Praxisanleiter löst zwar nicht das bekannte Problem, dass die Anleitung wegen „Stationszwängen“ immer wieder gelitten hat, aber sie würdigt die pädagogische Funktion. Anleitung ist künftig neben der Pflegeaufgabe eine gleichwertige Aufgabe und nicht nur ein Anhängsel für den Fall, dass Zeit übrig geblieben wäre.

Checkpunkte für den Auftrag der Praxisanleiter:

- Primäre Ansprechperson des Lernortes Schule und verantwortlich für den Informationsfluss innerhalb ihrer Einrichtung bzw. Station
- Sie vertreten ihren Standpunkt gegenüber der Praxis wie auch gegenüber der Schule
- Sie sind Multiplikatoren und Koordinatoren der praktischen Anleitung
- Sie stellen das Lernangebot bereit, dass Schüler in der Praxis Themen und Probleme bearbeiten können, die so in der Praxis noch nicht üblich sind
- Verantwortung für das Erreichen der Ausbildungsziele (Befähigungsaufträge in Anlage 1 der KrPflAPrV) nach curricularer Maßgabe der Schule
- Generierung des stationsspezifischen Lernangebots
- Einführung der Schüler in das Haus

- Standortgespräche (Erst-, Zwischen-, Auswertungsgespräch)
- Durchführung von gezielten Anleitungen
- Beratung der Schüler für die Bewältigung der spezifischen Lernsituationen
- Praktische Prüfung
- Weiterentwicklung der hauspezifischen Anleitungssituation
- Kontinuierliche pflegfachliche sowie berufspädagogische Fortbildung.

3.3 Die Gesundheits- und Krankenpflegerin

Hier sollte man sich auf die ursprüngliche Bedeutung des Begriffs Mentor⁶ entsinnen. Diese Aufgabe obliegt im Grunde jeder Person, die eine heranwachsende spätere Kollegin auf ihrer Station „zu Gast“ hat. Jede Pflegende, gleichermaßen Anfänger wie berufserfahrene Pflegekraft, kann mit dieser Aufgabe betraut werden:

- dem Lernenden für seinen Werdegang Orientierung geben
- bei Problemlösungen unterstützen
- Entscheidungen abstützen
- Berufliche Reflexion in der Pflege.

3.4 Vernetzen statt Unterstellen

In den Fragen der **Pflegequalität** und –standards sind die Praxisanleiterinnen in die Strukturen des Pflegedienstes eingebunden. Dies gilt z.B. auch für die Dienstplangestaltung (Direktionsrecht der Stations- bzw. Abteilungsleitung). In pädagogischen Belangen und Fragen der **Ausbildungsqualität** sind sie aber der Schule unterstellt.

Es ist müßig, darüber zu diskutieren, wer besser wem zu unterstellen ist. Wichtig ist allein, ob es den Praxisanleiterinnen gelingen kann, den Lernort Schule mit dem Lernort Praxis zu verknüpfen und daran mitzuarbeiten, der Theorie- Praxis- Transfer zu gewährleisten.

3.5 Die Qualifikation zum Praxisanleiter

Das Sozialministerium hat in Kooperation mit dem Kultusministerium für die **Altenpflege** in Baden- Württemberg auf dem Verordnungswege eine Regelung für die Praxisanleiter getroffen. Die LAG war an der Ausarbeitung dieser Regelung beteiligt. Daher könnten die dort getroffenen Regelungen Ausgangspunkt für die weitere Diskussion sein.

⁶ **Men|tor** gr.; nach dem Lehrer des Telemach, des Sohnes des Odysseus; Fürsprecher, Förderer, erfahrener Berater

	Ausbildungsinhalte für 160 Stunden:	Std.
1.	Allgemeine Grundlagen	10
	Einflussgrößen auf die Ausbildung	
	Rechtliche Rahmenbedingungen der Ausbildung	
	Beteiligte und Mitwirkende an der Ausbildung	
	Anforderungen an die Praxisanleiterinnen	
2.	Planung der Ausbildung	10
	Organisation der Ausbildung	
	Abstimmung mit der Schule	
	Ausbildungsplan	
	Beurteilungssystem	
3.	Mitwirkung bei der Einführung von Auszubildenden	8
	Planung der Einführung	
	Planung des Ablaufs der Probezeit	
4.	Ausbildung am Arbeitsplatz	48
	Auswählen der Arbeitsplätze und Aufbereiten der Aufgabenstellung	
	Vorbereiten der Arbeitsorganisation	
	Praktische Anleitung	
	Fördern aktiven Lernens	
	Fördern von Handlungskompetenz	
	Lernerfolgskontrollen	
	Beurteilungsgespräche	
5.	Förderung des Lernprozesses	40
	Anleiten zu Lern- und Arbeitstechniken	
	Sichern von Lernerfolgen	
	Umgang mit Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten	
	Berücksichtigung kultureller Unterschiede bei der Ausbildung	
	Kooperation mit anderen Einrichtungen	
6.	Ausbildung in der Gruppe	26
	Kurzvorträge	
	Lehrgespräche	
	Moderation	
	Auswahl und Einsatz von Medien	
	Lernen in Gruppen	
	Ausbildung in Teams	
7.	Abschluss der Ausbildung	8
	Vorbereitung auf die Prüfung	
	Erstellen von Zeugnissen	
	Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	
8.	Zur Verteilung auf die Themen 1. - 7.	10

Tabelle 8: Für die Altenpflege wurde in Baden- Württemberg eine Fortbildung zum Praxisanleiter mit einem Umfang von 160 Stunden vereinbart.

Da nun das KrPflG eine mindestens 200 Stunden umfassende pädagogische Zusatzqualifikation vorschreibt, ist eine Nachbesserung dieses Konzeptes erforderlich. Wir schlagen vor, ein 40-stündiges Zusatzmodul anzubieten. Dieses bietet Zusatzinformationen zu:

- Auswirkungen der neuen Gesetzgebung auf den Lernort Praxis
- Die 12 Themenbereiche der KrPflAPrV (Anlage 1 A) und ihre Auswirkungen auf die Praxisausbildung
- Gestaltung selbstbestimmten und selbst verantworteten Lernens
- Mitwirkung des Praxisanleiters bei Prüfungen
- Ausbilden mit Lernfeldern, soweit dies den Theorie-Praxis-Transfer beeinflusst.

3.6 Zahlenverhältnis Praxisanleiter zu Schülern und zu Einsatzgebieten

Wie viele Praxisanleiter braucht es nun? Nennt uns eine Zahl! Solche und ähnliche Äußerungen sind zu hören. Gedacht ist aus Sicht der Schulen natürlich an eine möglichst hohe Zahl. Aber was ist, wenn diese Zahl für manche Träger viel zu hoch ist und deshalb die weitere Anwesenheit von Schülern künftig in Frage gestellt wird? Was ist, wenn die Zahl niedriger ist, wie an manchen Häusern, die die Benchmark setzen. Wird dann dort mit Berufung auf diese Stellungnahme die Zahl der Praxisanleiter abgebaut, weil man es ja auch billiger haben kann? Auch kann ein Haus mit weniger Praxisanleitern, die aber freigestellt sind, bessere Arbeit leisten, wie ein Haus mit vielen Mentoren, die aber nicht anleiten.

Wir denken also, dass nicht die Zahl der Praxisanleiter entscheidet, sondern der Erfüllungsgrad von Kriterien. Ergebnis kann dann sein, dass ein Haus mehr Praxisanleiter braucht als ein anderes. Kriterien sind:

- Jede Schülerin hat eine ihr zugeordnete Praxisanleiterin
- Jede Schülerin erhält fristgerecht ein Erst-, Zwischen-, Auswertungsgespräch
- Jede Praxisanleiterin kann aktuell über den Entwicklungsstand und Probleme der ihr anvertrauten Schülerinnen Auskunft geben
- Die Schülerin ist in allen ihr übertragenen Aufgaben vorher angeleitet und in Kenntnisstand und Fähigkeit überprüft worden
- Die Schülerin erhält die Unterstützung, die zur Erfüllung der schulischen Praxisaufträge notwendig ist
- Die Praxisanleiter evaluieren halbjährlich den Katalog ihres stationsspezifischen Lernangebots
- Die Praxisanleiter treffen sich nach einem ausgehandelten Besprechungsplan mit der Schule
- Die Praxisanleiter sind Prüfer (vgl. §15 Abs. 3 APrV)
- Die Praxisanleiter engagieren sich für die eigene Fortbildung

Wenn eine oder mehrere Bedingungen nicht erfüllt werden können, ist die Zahl der Praxisanleiter entweder zu niedrig oder muss der Zeitaufwand für die pädagogische Arbeit erhöht werden. Wenn Schulen – z.B. für die Erstellung eines Finanzdatenblattes eine Zahlenrelation Mentoren zu Schüler oder Mentoren zu Praxisorte benötigen, können sie den Bedarf an Mentoren errechnen, in dem sie den Zeitaufwand zur Erfüllung der o.a. Kriterien berechnen:

- 12 Besprechungen jährlich à 2 Stunden mal 20 Teilnehmer...⁷
- usw. usf.

⁷ Weitere Details zum Thema Ausbildungskosten und Kosten der Praxisanleiterinnen finden Sie im Downloadbereich der LAG Homepage, z.B. die Vorträge von Markus Beck und Tilman Kommerell vom 22.10.2003 in Neuhausen.

4 Rahmenlehrplan Praxis

Um die Erwartungen der KrPflAPrV für die praktische Ausbildung zu erfüllen, geht es nicht darum, nur die entsprechenden Einsatzzeiten nachzuweisen. Vielmehr stecken in den Formulierungen des § 3 KrPflG übergeordnete Ausbildungsziele, die sowohl für die Praxis wie auch für die Theorie gelten.

Durch die gleichzeitig mit dem Krankenpflegegesetz in Kraft getretene neue Umlagefinanzierung, ist diese Sichtweise nur allzu verständlich: größte Freiheit bei der Auswahl möglicher Einsatzorte, damit jede Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschule in Baden-Württemberg mit den verbundenen Krankenhäusern und weiteren Partnern der praktischen Ausbildung zurecht kommt.



4.1 Keine Freiheit ohne Verantwortung.

Quasi als Gegenleistung für diese Freiheit ist ein Steuerungsinstrument für die praktische Ausbildung zu konstruieren, mit dessen Hilfe die Erfüllung der vorgegebenen Ausbildungsziele nachzuweisen ist.

Um die Intention dieses Kapitels nochmals klar herauszustellen: Wer die Steuerungsinstrumente praktischer Ausbildung überarbeiten möchte, soll in dieser Handreichung darin bestärkt werden und nützliche Hinweise finden. Die Erarbeitung solcher qualitätssichernder Instrumente kann letztlich nur in Zusammenarbeit mit der Praxis gelingen, wenn auch die Gesamtverantwortung dafür bei der Schulleitung bleibt.

Wofür ist die Schulleitung verantwortlich? Das Ausbildungsziel nach § 3 KrPflG unterscheidet sich wesentlich vom herkömmlichen Gesetz. Daher müssen auch die Beobachtungskriterien für die Beurteilung der Zielerreichung angepasst werden. Dies gilt insbesondere für den neu aufgenommenen **eigenständigen Bereich**.

Die Schulleitung trägt letztlich die Verantwortung dafür, dass der Schüler alle Dimensionen von Pflege erfahren und erlernen kann (siehe Tabelle 1). Es scheint daher sinnvoll, ein „Praxisbegleitbuch“ nach diesen Dimensionen zu gliedern.

Herkömmliche Lernzielkataloge oder Tätigkeitsnachweise gliederten sich häufig in allgemeine (in allen Fachdisziplinen zu erlernende) und spezielle Bereiche. Diese „speziellen Bereiche“ wurden oft in Übereinstimmung mit medizinischen Fakultäten aufgeteilt, z.B. Lernziele der Chirurgie, der Urologie usw. Nicht nur das Krankenpflegegesetz sondern auch die verän-

dernten Strukturen in den Kliniken lassen diese Aufteilung überholt erscheinen, da einzelne Stationen oder besser Pflegebereiche mehr und mehr medizinisch interdisziplinär belegt werden und sich eher durch die Einteilung in operativ/konservativ – Kurzzeitpflege – Tagesklinik – ambulantes Operieren usw. unterscheiden (werden).⁸

Neue Ausbildung und neue Strukturen im Gesundheitswesen fordern also neue Instrumente zum individuellen Ausbildungsnachweis und zur Steuerung der praktischen Ausbildungsqualität. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Kapitel, die ein solches Praxisbegleitbuch haben könnte.

Vorwort und Hinweise zum Gebrauch	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen selbst organisierten Lernens, sofern für die praktische Ausbildung relevant • Bedeutung und Anwendung aller praxisbegleitender Instrumente, wie z.B. Vor-, Zwischen- und Endgesprächsprotokolle, Beurteilungsbogen etc.
Dokumentationsteil	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsteil für den Praxisanleiter • Dokumentationsteil für den Lehrer für Pflege z.B. mit Möglichkeiten Kontrollen zu dokumentieren, Praxisbegleitung zu erfassen, klinische Unterrichte zu dokumentieren, Einsatzzeiten zu erfassen, ...
Jedes der folgenden Kapitel enthält	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten, Pflegebedarfsanalysen (früher sog. Pflegeplanungen) und Situationsberichte sowie andere, schriftlich bearbeitete Aufgaben einzuheften • Dokumentationsteil für den Schüler
Jedes der folgenden Kapitel ist eingeteilt in <ul style="list-style-type: none"> • erfahren und • erlernen 	<p>Um die (relativ) kurzen Einsätze sinnvoll auszunützen, muss sich der Schüler vorbereiten und darauf einstellen, was ihn im jew eils nächsten Einsatz erwartet. Nicht alles wird von ihm erlernt werden können (vgl. Benner From Novice to Expert). Vieles wird er nur beobachten, erfahren können. Damit auch das gesichert wird, dazu dient der erste Teil „Erfahren“.</p> <p>Der zweite Teil „Erlernen“ ist eher dem herkömmlichen Lernzielkatalog vergleichbar mit der klassischen Einteilung: „gezeigt“ – „unter Kontrolle ausgeführt“ – „erlernt“</p>
Kapitel 1 Biographische Dimension	<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht sich auf die im Gesetz getroffene Formulierung „Pflege von Menschen aller Altersstufen“ • Enthält Beobachtungshinweise für die Erfassung entwicklungspsychologischer Phänomene, altersspezifischer Anpassungsschwierigkeiten, • Enthält Lernziele zur altersgemäßen Information und Beratung
Kapitel 2 Institutionelle Dimension	<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht sich auf die im Gesetz getroffene Formulierung „ambulant und stationär“ sowie (an anderer Stelle): „...und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie weiteren an der Ausbildung beteiligten, geeigneten Einrichtungen, insbesondere stationären Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen...“ • Enthält Beobachtungshinweise für die Erfassung institutionsspezifischer Pflegesituationen und der zugehörigen pflegerischen Intervention • Enthält Beobachtungshinweise zu den Grenzen der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Institution • Enthält Beobachtungshinweise zu der Vernetzung der Institutionen, z.B. Brückenpflege, Pflegeüberleitung, Verlegung, ... • Enthält Lernziele zur Unterscheidung institutionsspezifischer Dienstleistung, deren Anforderung, Durchführung, Dokumentation und Finanzierung

⁸ Die Krankenpflegeschule Überlingen hat einen solchen Lernzielkatalog in einem Buch (Krankenpflegeschule Überlingen (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Krankenpflegeausbildung : Implementierung eines Qualitätssicherungssystems nach dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM), 2001) veröffentlicht und sich entschlossen, auch die Umarbeitung zum Praxisbegleitbuch nach den Pflegedimensionen Interessierten zur Verfügung zu stellen. Die Veröffentlichung ist für März 2004 geplant.

<p>Kapitel 3 Kausale Dimension</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht sich auf die im Gesetz angeführten Gründe (causa = der Grund, die Ursache), die zu einer Pflegeintervention Anlass geben, vor allem aber auf den durch die neue Berufsbezeichnung erkennbaren Paradigmenwechsel • hier dargestellt an Hand einer bereits in der Handreichung „Lernort Schule“ vorgestellten Abstufung: • Gesunde(s) gesund erhalten • Gesundheitsrisiken abwenden • Krankheitsrisiken abwenden oder Krankheitshinweise frühzeitig erkennen • In (akuter) Krankheit begleiten und intervenieren • Wegen akuter Verschlechterung im Rahmen einer chronischen Krankheit intervenieren • Erste Hilfe leisten oder in Notfallsituationen und Katastrophen helfen
<p>Unterkapitel zu Kapitel 3</p>	<p>Da Krankheit <i>ein</i> Grund für Pflegebedürftigkeit ist, gehören die medizinischen Disziplinen der Anlage 1 B in dieses Kapitel. Für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hat dieses Kapitel also zusätzlich die Unterkapitel: • Innere Medizin • Geriatrie • Neurologie • Chirurgie • Gynäkologie • Pädiatrie • Wochen- und Neugeborenenpflege • Neonatologie • Kinderchirurgie • Neuropädiatrie • Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>Für die Gesundheits- und Krankenpflege hat dieses Kapitel also zusätzlich die Unterkapitel: • Innere Medizin • Geriatrie • Neurologie • Chirurgie • Gynäkologie • Pädiatrie • Wochen- und Neugeborenenpflege • Psychiatrie</p>
<p>Kapitel 4 Finale Dimension</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht sich auf die im Gesetz getroffene Unterscheidung von präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Pflege (finis = Ende, Ziel)
<p>Kapitel 4.1 Präventive Pflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enthält im Wesentlichen die in dem Kapitel 3.1 dieser Handreichung enthaltenen Feststellungen sowie Beobachtungsaufgaben und Lernziele hierzu
<p>Kapitel 4.2 Kurative Pflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enthält im Wesentlichen die in dem Kapitel 3.2 dieser Handreichung enthaltenen Feststellungen sowie Beobachtungsaufgaben und Lernziele hierzu
<p>Kapitel 4.3 Rehabilitative Pflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enthält im Wesentlichen die in dem Kapitel 3.3 dieser Handreichung enthaltenen Feststellungen sowie Beobachtungsaufgaben und Lernziele hierzu
<p>Kapitel 4.4 Palliative Pflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enthält im Wesentlichen die in dem Kapitel 3.4 dieser Handreichung enthaltenen Feststellungen sowie Beobachtungsaufgaben und Lernziele hierzu
<p>Kapitel 5 Inhaltliche Dimension</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht sich auf die im Gesetz getroffene Festlegung „eigenständiger“ Pflege • Enthält Beobachtungsaufgaben zur Abgrenzung und wechselseitigen Ergänzung von professioneller und Laien- Pflege • Enthält Lernziele zu selbstkritischen Evaluation geleisteter Pflege • Enthält Lernziele zum professionellen Auftreten gegenüber Kunden, Angehörigen und anderen Gesundheitsberufen.
<p>Kapitel 6 Individuelle Dimension</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht sich auf die im Gesetz getroffene Feststellung: „Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel),“ • Enthält Beobachtungsaufgaben zum individuellen Erleben von Krankheit und Lebenskrisen • Enthält Lernziele zur Abstimmung des Pflegeangebotes auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Kunden

Tabelle 9: Vorschlag für eine Gliederung eines Praxisbegleitbuches © Krankenpflegeschule Überlingen 2004

5 Vereinbarungen zwischen Schule und Praxisort

5.1 Die Vereinbarung ist ein Vertrag

In § 4 (3) Ziffer 4 des KrPflG heißt es:

4. Sicherstellung der Durchführung der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege durch Vereinbarungen mit Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 2, die von der zuständigen Behörde für die Durchführung von Teilen der praktischen Ausbildung als geeignet beurteilt werden.

Dieses Kapitel macht es sich zur Aufgabe, die Schulen beim Erstellen und Aushandeln solcher Vereinbarungen zu unterstützen. Dazu sind aber zunächst einige Einschränkungen zu treffen:

- Weder die Autoren dieser Handreichung noch die AG Rahmenlehrplan noch etwa die LAG dürfen und können eine Rechtsberatung anbieten
- Wenn Sie eine Vereinbarung erstellen, holen Sie sich qualifizierten Rat ein:
 - Für das Vertragsrecht: einen Anwalt
 - Für die Frage der Leiharbeitnehmerschaft: Beratung durch das Arbeitsamt
 - Für die Frage möglicher Rückvergütungen (das gilt auch für geldwerte Leistungen): einen Steuerberater.

Die Vereinbarung mit dem Praxisort ist ein Vertrag im Sinne des BGB. Grundsätzlich besteht Vertragsfreiheit, solange „die guten Sitten“ oder geltendes Recht nicht tangiert werden.

Solche Verträge gestalten sich häufig nach dem Prinzip „Geben und Nehmen“, so dass die gesetzliche Bestimmung, Praxisanleiter vorzuhalten, auch z.B. dadurch erfüllt werden kann, wenn Praxisort und Schule vereinbaren, dass die Schule die Kosten für den Praxisanleiterkurs übernimmt, und dass der Praxisanleiter an allen pflegfachlichen wie pädagogisch-didaktischen Fortbildungen des mit der Schule verbundenen Hauses kostenfrei teilnehmen kann.

Wesentlich ist jedoch das Anliegen der Schule, dass der Praxisort die Ausbildung in ihrem Sinne und nach ihren Vorgaben anbietet. Hier ist die Schule nicht in einer Position (weder juristisch noch zwischenmenschlich), um Anordnungen treffen zu können. So lässt sich auch dieser Bereich nur unter dem Motto „Geben und Nehmen“ angehen.

Wenn es gelingt, die im vorangehenden Kapitel skizzierte Praxisbegleitung gemeinsam mit dem Lernort Praxis zu erarbeiten und dann umzusetzen, vereinfacht sich die mit den Partnern der praktischen Ausbildung zu treffende Vereinbarung enorm. Außerdem bleibt der Vertrag sicher längerfristig bestehen, während das Praxisbegleitbuch u.U. ständig verändert und verbessert wird.

5.2 Checkliste Vertragsinhalte

Diese Checkliste enthält mögliche Vertragsinhalte, dabei bedeutet

- R = Rahmenvereinbarung zur Absicherung der Anerkennung
- D = Detailvereinbarung zur Absicherung der Schülerorientierung

- R: Titel des Vertrages: Vereinbarung über die praktische Ausbildung in der
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
 - Gesundheits- und Krankenpflege
- R, D: Vertragsparteien
 - Schule und Schulträger, vertreten durch...
 - Praxisort und Träger der Einrichtung, vertreten durch...
- R: Grundlage: Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 und Krankenpflege- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 19. November 2003
- R: Umfang: Vereinbarung über die
 - Dauer des Einsatzes je Schüler
 - Anzahl der Schüler die (minimal / maximal) gleichzeitig eingesetzt werden können / sollen
 - Evtl. bei großen Einrichtungen Fachbereich oder nähere Bezeichnung des Einsatzgebietes gemäß KrPflAPrV Anlage 1 Teil B
 - D: Evtl. Zeiten, in denen keine Schüler eingesetzt werden sollen, z.B. Schließung der Klinik über Weihnachten / Ostern / Betriebsferien...
- Ggf. soweit nicht selbstredend: Arbeitsrechtliches: Dienstform (Schichtdienst, Geteilter Dienst, Wochenendrhythmus...) und Dienstzeiten
- R: Vereinbarung über Praxisanleiter
 - D: Es sind Aufgaben zu vereinbaren und nicht (nur) ein Zahlenverhältnis
 - D: Gegenleistung der Schule, Teilnahme an Praxisanleiterbesprechungen, Fortbildungen usw.
- D. Verpflichtende Beobachtungsaufgaben und Lernziele
- D: Erwünschte Beobachtungsaufgaben und Lernziele
- R: Auszufertigende Bescheinigungen, Beurteilungen etc. die die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an der Ausbildung im Praxisort nachweisen
- R: Rechte und Pflichten der SchülerInnen ergeben sich aus dem Ausbildungsvertrag (damit sind weitergehende Ansprüche des Praxisortes ausgeschlossen)
- R: Abberufung des Schülers durch die Schule auf Verlangen des Praxisortes, wenn ein wichtiger Grund vorliegt (§ 15 (2) Nr. 1 KrPflG)
- D: Vereinbarung über eine Gegenleistung der Praxisorte (Beteiligung an der Ausbildungsvergütung)
- R: Arbeitsschutz und Haftungsfragen
- R: Dauer der Vereinbarung (befristet / unbefristet)
- R, D: Kündigungsmöglichkeiten der Vereinbarung