

Gemeinsamkeiten in den pflege- und gesundheitsberuflichen Ausbildungen in Nordrhein-Westfalen

Uta Oelke

ZUSAMMENFASSUNG: In Nordrhein-Westfalen gibt es seit 2003 Ausbildungsrichtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) für Kranken- und Kinderkrankenpflege-, seit 2005 auch für Hebammen-, Logopädie- und Physiotherapieschulen. Die Autorin skizziert die Entstehung und den Hintergrund der Ausbildungsrichtlinien und vergleicht die vier Konzepte hinsichtlich Aufbau, Intention und didaktischer Kernelemente. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Schnittmengen aller vier Konzepte höher sind als von ihr erwartet.

Schlüsselwörter: Ausbildungsrichtlinien – Didaktik der Pflege- und Gesundheitsberufe – Lernfeldansatz – fächerintegratives Curriculum – Schlüsselqualifikation und Kompetenzorientierung – Ermöglichungsdidaktik



Dr. Uta Oelke ist Professorin am Fachbereich Gesundheitswesen der Evangelischen Fachhochschule Hannover. Seit ihrem Studium hat sich die Diplom-Pädagogin der Pflegedidaktik verschrieben. Sie ist Autorin zahlreicher Curricula wie auch der Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in Nordrhein-Westfalen und hat die Entwicklung weiterer Ausbildungsrichtlinien für Hebammen, Logopäden und Physiotherapeuten beratend begleitet.

Einleitung

1998 veröffentlichte das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (MFJFG NRW) erstmals den „Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung“, der sich von herkömmlichen Lehrplänen durch eine ausgeprägte Kompetenzorientierung und fächerintegrative Strukturierung unterschied. Dieser Entwurf wurde anschließend im Rahmen eines Modellprojekts mit 30 Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschulen „mit sehr gutem Erfolg erprobt“ (MGSFF NRW 2003, Vorwort). In modifizierter Form wurde er dann als „Ausbildungsrichtlinie“ für alle staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen ab 1.1.2004 verbindlich vorgeschrieben.

Im selben Jahr startete das Ministerium eine weitere Initiative, nach der für die Hebammen-, Logopädie- und Physiotherapieausbildungen ebenfalls Ausbildungsrichtlinien erarbeitet werden sollten, die sich an der berufspädagogisch-didaktischen Grundstruktur

der vorliegenden Pflege-Richtlinie orientieren. 2005 lagen für diese drei Ausbildungsrichtungen dann ebenfalls „empfehlende Richtlinien“ (MAGS NRW, 2005) vor, deren modellhafte Erprobung im Jahr 2006 begonnen hat.

Nachdem nun alle Richtlinien fertiggestellt sind, ist dies Anlass, sie gezielt im Blick auf Gemeinsamkeiten zu sichten. Das Resultat dieser Analyse sei hier bereits zusammengefasst: Die Schnittmengen aller vier Konzepte sind größer als erwartet, womit sich die These einer „gemeinsamen Didaktik Pflege/Therapie“, wie sie jüngst von Unger et al. (2006, S. 2 ff.) formuliert wurde, stützen lässt. Die Gemeinsamkeiten der Richtlinien sollen im Folgenden vorgestellt werden.

Formaler Aufbau

Vom pädagogischen Genre her lassen sich die vier Ausbildungsrichtlinien der Kategorie „Lehrplan“ zuordnen. Zu den typischen Merkmalen staatlicher Lehrpläne gehört, dass sie länderabhängige Spezifika aufweisen. Über diesen föderalistischen Pluralismus hinaus gibt es jedoch einen Minimalkonsens, nach dem ein Lehrplan sich aus folgenden Elementen aufbauen soll (vgl. Hacker, 1998, S. 972 f.; Peterßen, 2000, S. 216):

1. Eine Vorbemerkung zum Verständnis des Bildungsganges sowie zu didaktischen Überlegungen
2. Zeitangaben (in der Regel Stundenempfehlungen)
3. Lerninhalte
4. Lernziele
5. Methodische Hinweise
6. Hinweise zu Lern- und Leistungskontrollen (auf einer eher abstrakten Ebene, also keine konkreten Prüfungsfragen)

Diese sechs Konstruktionsmerkmale werden von allen vier Ausbildungsrichtlinien erfüllt, die diesbezüglich eine identische Strukturierung aufweisen. Darüber hinaus enthalten alle Richtlinien Hinweise zur Verbindung von theoretischer und praktischer Ausbildung sowie Nutzerempfehlungen.

Typisch für Lehrpläne im bundesdeutschen Bildungsbereich ist des Weiteren, dass sie von den Kultusministerien der Länder herausgegeben werden. Das trifft in unserem Fall nicht zu – Herausgeber ist das Gesundheitsministerium NRW. Dies ist auf die bildungspolitische Sondersituation zurückzuführen, die die hier angesprochenen Pflege- und Gesundheitsberufe mit rund 20 weiteren Berufen des Gesundheitswesens (vgl. BMBF, 2005, S. 149 f.) teilen. Ihre Ausbildung erfolgt nicht im Rah-

Der Beitrag ist eine Kurzfassung. Der Originalbeitrag mit dem Titel „Gemeinsamkeiten in den pflege- und gesundheitsberuflichen Ausbildungen – Ein Vergleich der Ausbildungsrichtlinien für Kranken-, Kinderkrankenpflege-, Hebammen-, Logopädie- und Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen“ steht zum Download auf der Website des dbi: www.dbi-ev.de

men des in Deutschland sonst üblichen dualen Berufsbildungssystems. Das bedeutet unter anderem, dass der Ort des schulischen Lernens nicht die Berufsschule ist, sondern „Schulen des Gesundheitswesens“, für die andere ministerielle Zuständigkeiten, Gesetze und Regelungen gelten. Von herausragender Bedeutung in unserem Kontext ist, dass die für die (Rahmen-)Lehrplangestaltung des berufsschulischen Unterrichts seit 1996 maßgeblichen Handreichungen der Kultusministerkonferenz (KMK, 2006) zum „Lernfeldansatz“ für die Schulen des Gesundheitswesens nicht verbindlich sind.

Regulierend wirken hier stattdessen die einschlägigen bundesrechtlichen Berufszulassungsgesetze mit ihren Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Und diese zeichnen im Blick auf den fächerintegrativen Lernfeldansatz der KMK folgendes Bild: Die *Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Logopäden (LogAPrO von 1980), für Hebammen/Entbindungspfleger (HebAPrV von 1987) und für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV von 1994)* stehen mit ihren streng nach Unterrichtsfächern systematisierten Vorgaben in klarem Kontrast zu ihm. Die jüngst novellierte *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV von 2003)* lässt mit ihren fächerintegrativen Themenbereichen eine deutliche Nähe zum KMK-Lernfeldansatz erkennen, steht jedoch mit ihrer Forderung, den Unterricht disziplinentrierten „Wissensgrundlagen“ zuzuordnen, auch in gewisser Distanz zu ihm.

Grundlegender Anspruch aller vier Ausbildungsrichtlinien ist es, einerseits – in Anlehnung an die KMK-Lernfeldstruktur – fächerintegrativ aufgebaut zu sein, andererseits den geltenden *Bundesgesetzen (Logopädengesetz 1980, HebG 1985, MPhG 1994, KrPflG 2003)* und ihren Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen Rechnung zu tragen. Diesem Anspruch ist durchgängig wie folgt nachgekommen worden: Alle Ausbildungsrichtlinien sind nach fächerintegrativen Lernbereichen und Lerneinheiten aufgebaut. Zum Ende jeder Lerneinheit findet sich ein Hinweis auf die Fach-Stundenzuordnung gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Des Weiteren enthält jede Richtlinie einen Anhang, in dem ein zusammenfassender Überblick über die Zuordnung der Lerneinheiten zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gegeben wird.

Gemeinsam ist allen vier Ausbildungsrichtlinien darüber hinaus, dass sie im Unterschied zu den KMK-Vorgaben ...

- nicht vorschreiben, zu welchem Zeitpunkt/Ausbildungsjahr welche Lerneinheit zu unterrichten ist;
- nicht davon ausgehen, dass die Stundenzahl einer zusammenhängenden Lernsequenz (KMK: „Lernfeld“) „durch 20 teilbar sein und in der Regel 80 Unterrichtsstunden nicht überschreiten sollte“ (KMK, 2000, S. 17);
- sich einer anderen Terminologie bedienen, in der beispielsweise nicht von „Lernsituationen“, sondern von „Lerneinheiten“ die Rede ist.

Intention der Ausbildungsrichtlinien

Zentrale Intention der Richtlinien ist es, neuen gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und berufspädagogischen Anforderungen Rechnung zu tragen und dabei aktuelle gesundheits- und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen.

Berücksichtigung neuer Anforderungen an die Ausbildung in den Pflege- und Gesundheitsberufen

Hinsichtlich der neuen Ausbildungsanforderungen weisen alle vier Richtlinien folgenden Konsens auf:

Infolge der *soziodemografischen Entwicklung* und des *gewandelten Krankheitsspektrums* werden Angehörige der Pflege- und Gesundheitsberufe immer mehr mit älteren bzw. sehr alten – infolge des medizinischen Fortschritts aber auch mit sehr jungen (Frühgeborene) – Menschen und solchen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen konfrontiert. Insgesamt gilt jedoch für alle Angehörigen der Pflege- und Gesundheitsberufe, dass ihre derzeitige und zukünftige Klientel, zu der auch die Angehörigen zählen, ein vorrangig auf Unterstützung und Begleitung, Hilfe bei der Lebensbewältigung, Förderung, Beratung und Anleitung ausgerichtetes professionelles Selbstverständnis und Handeln erfordert.

Mit dem Ausbau der *Gesundheits- und Pflegewissenschaften* bildet sich eine interdisziplinär ausgerichtete Wissensbasis heraus, die Voraussetzung für und gleichzeitig Herausforderung an entsprechendes professionelles Handeln ist. Ein solches lässt sich durch die Anwendung wissenschaftlichen Wissens in konkreten Situationen kennzeichnen. Diesbezüglich besteht breiter Konsens, dass Angehörige der Pflege- und Gesundheitsberufe zukünftig sehr viel mehr lernen müssen, sich einerseits wissenschaftliches Begründungs-

wissen anzueignen und dieses andererseits im Sinne hermeneutischen Fallverstehens anzuwenden.

Aus den veränderten Strukturen des *Gesundheits- und Sozialwesens* ergeben sich weitere neue Anforderungen: Im Zusammenhang mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ erhöhen sich auf der einen Seite die Anforderungen an eigenständiges, selbstverantwortliches Handeln der beruflichen Akteure, auf der anderen Seite aber auch die an kooperierendes, interdisziplinäres Arbeiten. Die Ansprüche an die Qualitätsentwicklung und -sicherung gerade im Bereich integrierter Gesundheitsversorgung steigen.

Und nicht zuletzt wandeln sich auch aus *berufspädagogischer Sicht* die Ausbildungsansprüche: In einer Gesellschaft, in der laufend und in immer kürzerer Zeit neues Wissen produziert wird, kann es nicht mehr darum gehen, die Lernenden mit möglichst viel Detailkenntnissen auszustatten. Stattdessen bedarf es einer Bildung, die darauf abzielt, ihnen eine Schnittmenge aus berufsbezogenen und -übergreifenden Qualifikationen zu vermitteln, die sie zur Bewältigung und Gestaltung sich wandelnder beruflicher Anforderungen befähigt, und die gleichermaßen ihrer Persönlichkeitsentwicklung förderlich ist. Zusammengefasst liegen den vier Ausbildungsrichtlinien übereinstimmend folgende Kernannahmen zugrunde:

- Das traditionell medizinisch-kurativ ausgerichtete berufliche Selbstverständnis ist um die Vorstellung eines pflege- bzw. gesundheitsberuflichen Handelns zu erweitern, das verstärkt gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative – in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege auch palliative – Dimensionen umschließt und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der zu betreuenden Menschen betont.
- Edukativen – also beratenden, anleitenden und/oder schulenden – Aufgaben ist in besonderer Weise Rechnung zu tragen. Dies schließt eine entsprechende Förderung kommunikativer Kompetenzen ein.
- Die Weiterentwicklung eigenständigen und eigenverantwortlichen professionellen Handelns – einschließlich seiner wissenschaftlichen Fundierung (Evidenzbasierung), hermeneutischen Orientierung und prozesshaften Steuerung – ist von hoher Relevanz.
- Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit – verbunden mit dem Erwerb von Kooperations- und Koordinationskompetenz – gewinnen angesichts zunehmender Komplexität in der Gesundheitsversorgung und der Entstehung von Netzwerken erheblich an Bedeutung.

- Neben der Förderung berufsbezogener Kompetenzen nimmt die Persönlichkeitsbildung bzw. berufsübergreifende Kompetenzförderung einen hohen Stellenwert ein.

Berücksichtigung gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse

Der Stellenwert gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse wird in den Ausbildungsrichtlinien konsensuell wie folgt charakterisiert:

Die Richtlinien orientieren sich aus zwei Gründen *nicht* an einer gesundheits- oder pflegewissenschaftlichen Theorie: Zum einen wäre es ein Widerspruch in sich, ein fächerintegrativ aufgebautes Konzept nach der Systematik *einer* Fachwissenschaft zu strukturieren. Zum anderen ist es nicht im Sinne eines rationalen wissenschaftlichen Diskurses, wenn ein fachwissenschaftlicher Ansatz durch eine staatliche Ausbildungsrichtlinie besonders exponiert und ihm damit der Anschein „universeller Gültigkeit“ verliehen würde.

Davon unbenommen sind Erkenntnisse aus den Gesundheits- bzw. Pflegewissenschaften sowie angrenzenden Disziplinen – also z. B. den Sozial-, Naturwissenschaften und der Medizin – selbstverständlich in die Ausbildungsrichtlinien eingegangen. Die Auseinandersetzung mit theoretischen Ansätzen, Forschungsergebnissen, wissenschaftlichen Kontroversen und Fragestellungen bildete eine wichtige Grundlage für die Gewinnung, Auswahl und Formulierung von Richtlinienzielen und -inhalten.

Im Einzelnen ist insbesondere auf folgende wissenschaftlich beleuchtete Dimensionen pflege- bzw. gesundheitsberuflichen Handelns Bezug genommen worden:

Pflege, Hebammenhilfe, Logopädie und Physiotherapie als ...

- persönliche Beziehung zwischen Professionellen, PatientInnen bzw. KlientInnen und sozialem Umfeld (interaktive Dimension);
- „body to body“ Beziehung, als Tätigkeit mit unmittelbarem Körperkontakt (körperlich-taktile Dimension);
- Förderung von Selbständigkeit und Gesundheitsressourcen, als Unterstützung bei der Bewältigung des Lebensalltags (existenzielle Dimension);
- Arbeit mit technisch-instrumentellen, apparativen Komponenten (technische Dimension)
- Beratung und Anleitung (pädagogische Dimension);

- Beruf in veränderten und sich verändernden historisch-gesellschaftlichen Bedingungen (historisch-gesellschaftliche Dimension);
- Beruf/Profession mit veränderten bzw. neuen Anforderungen, Aufgaben und Rollen (professionelle Dimension).

Didaktische Kernelemente der Ausbildungsrichtlinien

Auch bezüglich ihrer didaktischen Kernelemente – dem fächerintegrativen curricularen Aufbau, der kompetenzorientierten übergreifenden Zielsetzung und der Lernprozessgestaltung im Sinne einer „Ermöglichungsdidaktik“ – weisen die vier Richtlinien ein sehr hohes Maß an Übereinstimmung auf.

Fächerintegrativer curricularer Aufbau

Die Ausbildungsrichtlinien sind nicht wie bei traditionellen Lehrplänen nach einem Fächerkanon aufgeschlüsselt, sondern nach fächerintegrativen Lernbereichen bzw. Lerneinheiten, die sich auf berufliche Handlungsfelder bzw. Handlungssituationen beziehen. Dabei zielen sie nicht nur auf Qualifizierung im Sinne betrieblicher Verwertbarkeit ab, sondern gleichermaßen auf Allgemein- bzw. Persönlichkeitsbildung. In diesem Sinne setzen sich alle Ausbildungsrichtlinien aus vier fächerintegrativen Lernbereichen zusammen, die sich wiederum in unterschiedlich viele kleinere Lerneinheiten aufschlüsseln. Die Lernbereiche zeichnen sich in allen Richtlinien durch folgende typische Grundintentionen aus:

- *Der Lernbereich I „Berufliche Kernaufgaben“* bezieht sich schwerpunktmäßig auf Aufgaben, von denen angenommen wird, dass sie gegenwärtig und zukünftig den Kern des jeweiligen pflege- bzw. gesundheitsberuflichen – also pflegerischen, peripartal versorgenden, logopädischen, physiotherapeutischen – Handelns ausmachen.
- *Der Lernbereich II „Berufliches Handeln in komplexen Betreuungssituationen“* dient im Wesentlichen dazu, die im Lernbereich I vermittelten Qualifikationen zu vertiefen und zu erweitern. Das heißt, die „beruflichen Kernaufgaben“ werden hier aus einem neuen Blickwinkel beleuchtet und um Besonderheiten ergänzt, die sich aus der Diagnostik und Therapie, aber auch Prävention, Rehabilitation, Beratung, integrierten und interdisziplinär ausgerichteten Versorgung von aus-

gewählten Patienten- bzw. Klientengruppen ergeben.

- *Lernbereich III „Zielgruppen und Rahmenbedingungen beruflicher Arbeit“:* Steht in den Lernbereichen I und II das pflege- bzw. gesundheitsberufliche Handeln als solches im Mittelpunkt, so geht es hier um die mehrperspektivische Auseinandersetzung mit den Lebenssituationen unterschiedlicher pflege- bzw. gesundheitsberuflicher Adressatengruppen sowie um strukturelle, institutionelle wie auch politische und rechtliche Fragen.

- Im Lernbereich IV „Ausbildungs- und Berufssituation der Berufsangehörigen“ rücken in Ergänzung zum klientelbezogenen Lernbereich III die Berufsangehörigen bzw. Auszubildenden selbst in den Vordergrund. Zentrale Fragestellungen beziehen sich auf ihre Rolle als Lernende, als Angehörige einer bestimmten Berufsgruppe und als ArbeitnehmerInnen. Des Weiteren werden hier Aspekte der Psychohygiene bzw. persönlichen Gesunderhaltung beleuchtet.

Übergreifende Zielsetzung im Sinne von Kompetenzorientierung

In ihrer Zielsetzung orientieren sich alle vier Ausbildungsrichtlinien zentral am Konzept der Schlüsselqualifikationen bzw. an der von der *Kultusministerkonferenz* (2000) postulierten Förderung von Handlungskompetenz. „Handlungskompetenz“ ist nach KMK definiert als „die Bereitschaft und Fähigkeit des einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (ebd. 2000, S. 9). Die Zielkategorie der Schlüsselqualifikationen bzw. der Handlungskompetenz lässt sich in vier Dimensionen aufschlüsseln – fachliche, sozial-kommunikative, methodische und personale Kompetenz –, die in den Ausbildungsrichtlinien übereinstimmend wie folgt ihren Niederschlag gefunden haben:

- *Fachliche Kompetenz:* Hierzu zählt die Zielsetzung, sowohl ein professionelles Selbstverständnis aufzubauen als auch professionsspezifische Handlungsfähigkeiten mit entsprechendem Kontextwissen zu vermitteln. Im Vordergrund steht hierbei, dass sich die SchülerInnen mit gezielt und exemplarisch ausgewählten Wissenschaftsbeständen so auseinander setzen, dass ihnen ein Praxistransfer im Sinne evidenzbasierten beruflichen Handelns gelingt.
- *Sozial-kommunikative Kompetenz:* Ein zentrales Ziel der Entwicklung sozialer Kompetenz ist es, SchülerInnen in der Fähigkeit zu stärken, Beziehungen zu anderen Men-

schen aufzubauen, zu halten und zu beenden. In Bezug auf die kommunikative Kompetenz geht es vorrangig darum, die SchülerInnen darin zu fördern, ihren eigenen Standpunkt zu artikulieren und argumentativ zu vertreten, Gedanken und Beobachtungen präzise mündlich und schriftlich wiederzugeben sowie Gespräche gezielt zu initiieren, zu leiten und zu beenden.

● **Methodische Kompetenz:** Um pflege- bzw. gesundheitsberufliche Arbeit als Prozess planen, durchführen und evaluieren zu können, um die Qualität der erbrachten Leistungen zu sichern und um Aufgaben im Rahmen von interdisziplinärer Kooperation erfüllen zu können, müssen die SchülerInnen in verschiedenen methodischen Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert werden.

● **Personale Kompetenz:** Ziel ist es, die SchülerInnen hinsichtlich der sie erwartenden Belastungen persönlich zu stärken. Pflege- bzw. gesundheitsberufliche Arbeit vollzieht sich in unmittelbarer Nähe zum Menschen. Und das bedeutet: Nähe zu einer Vielzahl körperlicher, sozialer und emotionaler Problemlagen. Sich selbst darauf einlassen und gleichzeitig vor Belastungen schützen zu können, ohne den anderen zu einem „Routineobjekt“ werden zu lassen, ist ein zentraler Bestandteil personaler Kompetenz.

Gestaltung von Lernprozessen im Sinne einer „Ermöglichungsdidaktik“

In der Didaktik vollzieht sich gegenwärtig ein Paradigmenwechsel, der auf eine Abkehr vom lehrerzentrierten, nur auf Vermittlung von Fakten oder „trägem“ Wissen (Mandl et al. 1993) konzentrierten Vorgehen zielt. An Stelle der traditionellen „Erzeugungsdidaktik“ tritt die „Ermöglichungsdidaktik“ (vgl. Arnold & Schübler, 2003). Bei letzterer wird davon ausgegangen, dass Lernen ein aktiver, nicht linearer, subjektiv determinierter Prozess ist, den ein/e Lehrer/in letztlich nur ermöglichen, nicht aber erzeugen kann, und bei dem der Selbststeuerung oder dem „Selbstlern-Management“ der Lernenden eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. Schübler, 2003, S. 90; Kemper & Klein, 1998, S. 35). Im Sinne dieses Paradigmas werden in allen Ausbildungsrichtlinien mehrere didaktisch-methodische Ansätze empfohlen:

● **Soziales Lernen** bedeutet, dass die Ausbildung als sozialer Erfahrungsraum betrachtet und gelebt wird. Hierzu zählt, dass zwischenmenschliche Konflikte frühzeitig zum Gegenstand gemeinsamer Reflexion ge-

macht werden. Zum sozialen Lernen gehört auch, dass die SchülerInnen Gelegenheit haben, sich an der Gestaltung ihrer Ausbildung mit zu beteiligen.

● **Problemorientiertes Lernen:** Charakteristisch dafür ist, dass den Lernenden eine Problemaufgabe gestellt wird, die sie in kleineren Gruppen weitgehend selbstständig bearbeiten. Eng verwandt mit dem problemorientierten Lernen ist das forschende Lernen. Hier geht es darum, dass die SchülerInnen allein oder in Gruppen Fragen oder Hypothesen formulieren, die sie dann mittels unterschiedlicher Verfahren untersuchen.

● **Erfahrungsorientiertes Lernen** setzt bei den subjektiven Erfahrungen der Lernenden an. Im Mittelpunkt steht die innere und äußere Haltung, die Menschen in sozialen Situationen zeigen. Ein weiteres Merkmal erfahrungsorientierten Lernens ist, dass alle Lernenden ihre Erfahrungen einbringen sollen und können.

● **Handlungsorientiertes Lernen** (im engeren Sinn): Charakteristische Merkmale handlungsorientierten Lernens sind, dass die SchülerInnen zum selbstständigen Handeln ermuntert werden, dass sie mit „Kopf, Herz und Hand“ lernen, dass sie ein Handlungsprodukt erstellen und dass das Lernen auch außerhalb der Schule erfolgen kann.

Zusammenfassung

Zusammenfassend weisen die Richtlinien für die Kranken- und Kinderkrankenpflege, Hebammen-, Logopädie- und Physiotherapieschulen in NRW im Blick auf zentrale berufspädagogisch-didaktische Elemente folgende Parallelen auf:

► Es besteht Konsens, dass die zukünftigen Ausbildungsanforderungen insbesondere in der Entwicklung eines professionellen, wissenschaftsbasierten Selbstverständnisses liegen. Dabei nehmen eigenständiges und -verantwortliches berufliches Handeln, aber auch intra- und interdisziplinäre Kooperation sowie ein verstärkt gesundheitsfördernd-educativ ausgerichteter Aufgabenzuschnitt einen wachsenden Stellenwert ein.

► Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es nicht nur der Vermittlung fachlichen Wissens, sondern vielmehr der Förderung fachlicher, sozial-kommunikativer, methodischer und personaler Kompetenzen, die sowohl berufsspezifisch als auch berufsübergreifend angelegt sind.

► Kompetenzförderung im eben genannten Sinne setzt eine veränderte Lehr- und Lernkultur voraus, bei der dem aktiven, selbstge-

steuerten, aber auch (selbst-)reflexiven Lernen eine sehr hohe Bedeutung zukommt. Formen bzw. Methoden sozialen, problemorientierten, erfahrungsbezogenen und handlungsorientierten Lernens werden in diesem Kontext zunehmend relevant.

► Ein fächerintegrativer Aufbau in Lernbereiche mit vier charakteristischen thematischen Schwerpunkten – I Berufliche Kernaufgaben, II Berufliches Handeln in komplexen Betreuungssituationen, III Zielgruppen und Rahmenbedingungen beruflicher Arbeit, IV Ausbildungs- und Berufssituation der Berufsangehörigen – ist allen Richtlinien gemeinsam.

► Inhaltliche Parallelen gibt es insbesondere bei den Thematiken „Gesprächsführung, Beratung und Anleitung“, „Planung, Organisation und Dokumentation“, „Rahmenbedingungen beruflichen Handelns“, „Die SchülerInnen als Lernende bzw. Auszubildende“, „Die SchülerInnen als Angehörige der Gesundheits- und Pflegeberufe“. Die größten berufsspezifischen Unterschiede finden sich im Lernbereich „Berufliches Handeln in komplexen Betreuungssituationen“.

Literatur

- Arnold, R. & Schübler, I. (Hrsg.) (2003). *Ermöglichungsdidaktik*. Baltmannsweiler: Schneider
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hrsg.) (2005). *Berufsbildungsbericht 2005*. Bonn/Berlin
- Hacker, H. (1998). Lehrplan. In: Lenzen, D. (Hrsg.). *Pädagogische Grundbegriffe*. Band 2. 5. Aufl. (972-977). Reinbek: Rowohlt
- Kemper, M. & Klein, R. (1998). *Lernberatung. Gestaltung von Lernprozessen in der beruflichen Weiterbildung*. Baltmannsweiler: Schneider
- KMK (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland) (2000). *Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. Bonn
- KMK (2006). *Rahmenlehrpläne, Stand: 27.4.2006*. <http://www.kmk.org/beruf/home.htm> (15.8.2006)
- Mandl, H., Gruber, H. & Renkl, A. (1993). Das träge Wissen. *Psychologie heute* 9 (20), 64-69
- Peterßen, W. H. (2000). *Handbuch Unterrichtsplanung*. 9. Aufl. München: Oldenbourg
- Schübler, I. (2003). Ermöglichungsdidaktik – eine didaktische Theorie? In: Arnold, R. & Schübler, I. (Hrsg.). *Ermöglichungsdidaktik*. Baltmannsweiler: Schneider
- Unger, A., Altmeyden, S. & Bergjan, M. (2006). Was verbindet die Pflege mit den therapeutischen Berufen? Chancen für eine gemeinsame Didaktik Pflege/Therapie. *PrInternet* 1(8) 5-11

Gesetze, Verordnungen, Richtlinien

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003. (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I, Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) vom 16. März 1987 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 1987, Teil I, S. 929)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Logopäden (LogAPrO) vom 1. Oktober 1980. (Bundesgesetzblatt Jahrgang 1980, Teil I, Nr. 63, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 1980)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) vom 6. Dezember 1994. (Bundesgesetzblatt Jahrgang 1994, Teil I, Nr. 90, ausgegeben zu Bonn am 20. Dezember 1994)

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG) vom 4. Juni 1985. (Bundesgesetzblatt Jahrgang 1980, Teil I, S. 902)

Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980. (Bundesgesetzblatt Jahrgang 1980, Teil I, Nr. 22, ausgegeben zu Bonn am 13. Mai 1980)

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (Krankenpflegegesetz-KrPflG) vom 16. Juli 2003. (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003)

Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26. Mai

1994. (Bundesgesetzblatt Jahrgang 1994, Teil I, Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 31. Mai 1994)

MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2005). *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Logopädieschulen in Nordrhein-Westfalen*. Autoren: Luise Springer, Hartmut Zückner in Zusammenarbeit mit dem Team der Lehranstalt für Logopädie am Universitätsklinikum Aachen. Düsseldorf. <http://www.mags.nrw.de/pdf/gesundheits/ausbildungsrichtlinien-logopaedie-nrw.pdf> (20.8.2006)

MFJFG NRW (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen) (1998). *Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung*. Autorin: Uta Oelke. Düsseldorf

MGSFF NRW (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen) (2003). *Ausbildungsrichtlinie für die staatlich aner-*

kannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW. Erarbeitet von Uta Oelke 1998, angepasst von Gertrud Hundenborn/Cornelia Kühn 2003. Düsseldorf. Jetzt als: MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen): *Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in Nordrhein-Westfalen*. Erarbeitet von Uta Oelke 1998, angepasst von Gertrud Hundenborn/Cornelia Kühn 2003. Düsseldorf. Internet: <http://www.mags.nrw.de/pdf/gesundheits/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf> (20.8.2006)

Autorin

Prof. Dr. Uta Oelke
Evangelische Fachhochschule Hannover
Studiendekanat Gesundheitswesen
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
oelke@efh-hannover.de

SUMMARY. Curriculum similarities of healthcare professions in Northrhine-Westfalia (Germany)

The Ministry of Labour, Health and Social Affairs (MAGS, Northrhine-Westfalia) issued curriculum regulations for schools of nursing and pediatric nursing first in 2003 and also for midwifery schools, schools of logopedy and physiotherapy in 2005. The author gives an outline of the curriculum background and development. She compares four concepts with regard to construction, intention and didactical features. She concludes that all of these concepts have more in common than she had expected.

Key Words: curriculum regulations – didactics for healthcare professions – integrative curriculum – key qualifications and competence orientation

Stellungnahme der Lehranstalt Aachen

Kommentar zum Beitrag von Prof. Oelke aus Sicht der Autoren und Autorinnen der „Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Logopädieschulen in Nordrhein-Westfalen – von Dr. Luise Springer und Hartmut Zückner.

Die Kollegen der Aachener Logopädenlehranstalt diskutierten den Auftrag des MAGS (Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) zur Erstellung neuer Ausbildungsrichtlinien für Logopädieschulen in NRW zunächst sehr kontrovers. Ist doch die RWTH Aachen der erste Ausbildungsort, an dem für Logopäden mit Fachschulabschluss eine vollakademische Qualifikation (Diplom-Lehrlogopäde/-in) mit Berechtigung zur Dissertation angeboten wurde. Das Bestreben der Aachener Kollegen ist – im Einklang mit dem dbl – eine grundständige Ausbildung mit Bachelor- und Masterabschlüssen für die Logopädie zu erreichen und somit ein gleichwertiges Qualifikationsniveau wie die übrigen sprachtherapeutischen Berufe, z.B. Sprachheilpädagogen, Sprachpathologen, klinische Linguisten und Sprechwissenschaftler zu erzielen. Damit wird auch eine Angleichung an Europäische Ausbildungsstandards angestrebt.

Zunächst steht dazu im Widerspruch, sich an der Weiterentwicklung schulischer Ausbildung, aufbauend auf mittlerem Bildungsniveau zu beteiligen. Warum haben wir trotzdem diese Aufgabe übernommen?

Ein Argument war, dass die Ausbildungsrichtlinie nicht zu verhindern war, weil die Länder beauftragt sind, landesspezifische Richtlinien auf der Grundlage des Bundesgesetzes zu erstellen. Statt abzuwarten, was man uns vorschlägt, wollten wir lieber selbst aktiv gestalten. Positiv war zudem, dass die didaktische Vorlage von Prof. Oelke (siehe Artikel) unseren Lehrkonzepten und -erfahrungen weitgehend entsprach, z.B. erfahrungs- und handlungsorientiertes Lernen. Zudem bot sich die Chance, moderne didaktische Konzepte (z.B. problemorientiertes Lernen, modulares fächerintegratives Lernkonzept) zu erproben und endlich von der traditionellen rein fächerorientierten Ausbildung (LogAPrO) abzugehen.

Ein zweites wesentliches Argument war die Chance, Teile des modularen Konzeptes, wie es für die akademischen Studiengänge geplant ist, bereits in die Richtlinien aufzunehmen. Dies eröffnete die Möglichkeit, Fachschul- und Hochschulausbildung zu integrieren, bzw. die akademische Ausbildungszeit zu verkürzen.

Wie hoch ist das Ausmaß der Parallelität in der Ausbildung der Gesundheitsberufe?

Wie Frau Oelke ausführte, sei „die Schnittmenge aller vier Konzepte (...) größer als erwartet, womit sich die These einer „gemeinsamen Didaktik Pflege-Therapie“ (...) stützen lässt.“ (S. 32). Die Gemeinsamkeiten würden sich auf den formalen Aufbau, die Intention, die didaktische Kernelemente sowie auf die Themenauswahl beziehen. Allerdings weist Oelke darauf hin, dass es Unterschiede hinsichtlich Nuancierungen und inhaltlicher Schwerpunktsetzung gebe, beispielsweise seien die berufsspezifischen Unterschiede am ausgeprägtesten im Lernbereich „Berufliches Handeln in komplexen Betreuungssituationen“.

Uns erscheinen die angeführten Argumente bezogen auf den formalen Aufbau und die Intention, den neuen gesundheitspolitischen und berufspädagogischen Anforderungen zu entsprechen, nachvollziehbar. Dagegen ist nicht verwunderlich, wenn eine große Vergleichbarkeit bei den didaktischen Kernelementen, Lernbereich I und den Lernbereichen III und IV deutlich wird, da diese für alle Ausbildungsberufe vom Ministerium zugrunde gelegt wurden. Hier bestätigt sich nur, dass die Autoren der Richtlinien aller Berufsgruppen das didaktische Konzept der Pflegeberufe – wie vom MAGS vorgegeben – umsetzen.

Aus unserer Sicht zeigen sich jedoch erhebliche inhaltliche und quantitative Unterschiede zwischen den Berufsausbildungen. Selbst bei ähnlichen Themenfeldern, wie „Gespräche führen“, wird bei genauerer Betrachtung ersichtlich, dass es sich in der Logopädenausbildung um Grundlagen für die therapeutische Gesprächsführung handelt, die im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen zu den Methoden der logopädischen Therapie gehört.

Eine weitere wesentlicher Differenz besteht in der unterschiedlichen Gewichtung von Diagnostik und Therapie. Sowohl bei den Kernaufgaben als auch im Lernbereich „Berufliches Handeln“ IIa zeigt sich hinsichtlich Art und Umfang der Ausbildung in der Befunderhebung und Therapie eine deutlichere Spezialisierung in der Logopädie: Gesamtstundenzahl im Lernbereich II: Logopädie 2593 Gesamtstunden, Physiotherapie 1350; Pflege 500, Hebammen 451. Zudem wird auch am Stundenumfang deutlich, dass der logopädischen Befunderhebung eine herausragende Bedeutung für die spätere Berufstätigkeit zukommt. Des Weiteren thematisiert Oelke die Unterschiede der zugrunde liegenden Wissensgebiete nicht ausreichend. So finden sich nur in der Logopädenausbildung – integriert in die Lernbereiche I und II – sprachwissenschaftliche Wissensgrundlagen, z.B. Phonetik, Linguistik, Psycholinguistik, Stimmgebung und Sprecherziehung. Hinzu kommen Lehrinhalte aus der Sonderpädagogik und klinischen Psychologie, die für die logopädische Tätigkeit grundlegend sind. Aber selbst in den medizinischen Wis-

sensgrundlagen bestehen so große inhaltliche Unterschiede, dass nicht von einer Parallelität der Ausbildungen verschiedener Pflege- und therapeutischer Berufe gesprochen werden kann. Durch eine rein oberflächliche Zuordnung von medizinischen und sozialwissenschaftlichen Inhalten werden wesentliche inhaltliche Differenzen zu anderen Gesundheitsberufen verschwiegen. Aber gerade hier zeigt sich die größere Nähe der Logopädie zu den akademischen sprachtherapeutischen Ausbildungen.

Erhebliche inhaltliche und quantitative Unterschiede

Zusammenfassend bestehen zwar Überschneidungen der Lerninhalte in den Ausbildungsrichtlinien für Logopäden und anderen Pflege- und Gesundheitsberufen, aber auch wesentliche Unterschiede. Dagegen zeigt sich in den Kernbereichen und im Lernbereich „berufliches Handeln im komplexen Betreuungssituationen“ eine enge inhaltliche Parallelität mit den akademischen sprachtherapeutischen Ausbildungen, die auch den beruflichen Anforderungen entspricht.

Politik will die Fachschulausbildung zementieren – nicht nur in NRW

Die dbl-Perspektive zum Artikel von Prof. Uta Oelke „Gemeinsamkeiten in den pflege- und gesundheitspolitischen Ausbildungen in NRW“ – von dbl-Präsidentin Dr. Monika Rausch.

Der vorliegende Beitrag unternimmt den Versuch, einen Überblick über die Aktivitäten rundum die Ausbildungsrichtlinie NRW zu geben. Die Rahmenbedingungen für die Ausbildung und Berufsausübung von Logopädinnen verändern sich fortlaufend. Und nur durch eine Vielzahl von Aktivitäten ist es möglich, dass der dbl rechtzeitig Stellung beziehen und gleichzeitig aktiv Verbandsziele verfolgen kann. Aber nicht nur die Vielzahl von Einzelaktivitäten erschwert den Überblick, sondern auch, dass manchmal nur Einzelaspekte bekannt werden, ergänzende Fakten aber während eines Arbeitsprozesses hinter den Kulissen bleiben. Deshalb wird die Entwicklung hier noch einmal zusammenfassend dargestellt, damit Leserinnen und Leser in der Lage sind, sich aus diesem Beitrag, dem Artikel von Prof. Uta Oelke und der Stellungnahme von Dr. Luise Springer und Hartmut Zückner, ein eigenes Bild der Sachlage und der politischen Intentionen zu machen. Die bildungspolitischen Bestrebungen der

deutschen Bundesländer wie auch der Bundesregierung stehen den Bestrebungen des dbl diametral entgegen: Der dbl fordert die Akademisierung der Logopädie (eine zusammenfassende Darstellung findet sich in der Sonderausgabe „Beruf & Verband“ von Mai 2003).

Bildungspolitik ignoriert Argumente für Akademisierung

Zu den jüngsten Aktivitäten gehörte die Resolution von dbl und dbs (s. Forum Logopädie 1/2006), mit der die Abgeordneten des Deutschen Bundestages von der Notwendigkeit einer Änderung des Berufsgesetzes der Logopäden überzeugt werden sollten. Gleichzeitig wurde – entsprechend hochschulpolitischer Vorgaben – ein Modulkonzept für einen Studiengang Logopädie entwickelt.

Die Bildungspolitik aber ignoriert alle sachlichen Argumente für eine akademische Ausbildung und favorisiert die Fachschul-

ausbildung, die für die mittleren Bildungsabschlüsse offen bleiben soll. Schulische Berufsausbildungen sollen die schrumpfende Anzahl von Ausbildungsplätzen in Handwerk und Industrie kompensieren. Hier unternimmt die Politik einiges, um diese Position zu zementieren. Beispielsweise sollen Ausbildungsrichtlinien die Umsetzung der Logopäden-Ausbildungs- und Prüfungsordnung (LogAPRO) auf Landesebene vorgeben und so die schulische Ausbildung noch detaillierter festschreiben.

In diesem Zusammenhang beauftragte das Landesgesundheitsministerium von NRW im Sommer 2005 die Logopädenlehranstalt der RWTH Aachen damit, eine bereits vorliegende Richtlinie für die Ausbildungen in der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) an die Logopädieausbildung anzupassen. Wohl wissend, dass Ausbildungsrichtlinien derzeit nicht zu verhindern sind, hat das Team der Aachener Lehranstalt in Absprache mit dem dbl die Chance ergriffen, die Ausbildungsrichtlinie so mitzugestalten, dass sie mit einem modularen Studiengangskon-

zept kompatibel bleibt. Durch das modulare Konzept, das nun in der Richtlinie umgesetzt ist, bleibt es möglich, umschriebene Ausbildungs-„Pakete“ (Module) für einen ebenfalls modularen Studiengang (s.o.) anzuerkennen. Damit konnte die Tür für eine mögliche Verzahnung von Fachschulausbildung und Hochschulstudium offengehalten werden.

Ausbildungsrichtlinien wollen Status als Assistenzberuf festigen

Wenn nun (im Artikel von Prof. Oelke) Gemeinsamkeiten zwischen den pflege- und gesundheitsberuflichen Ausbildungen konstatiert werden sollen, dann muss dahinter die bildungspolitische Absicht vermutet werden, alle nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe (quer durch Pflege und Therapie) in der Struktur der Ausbildung zu vereinheitlichen und damit den Status als Assistenzberuf (im Gegensatz zum Arztberuf) zu festigen. Dabei wird offensichtlich nicht nach Inhalten der Ausbildung oder nach Berufsprofilen gefragt, sondern schematisch nach einheitlichen Vorgaben „gestrickt“, um anschließend die didaktischen Gemeinsamkeiten herauszustellen und implizit die Vergleichbarkeit der Berufe zu begründen. Deshalb stellen Dr. Luise

Springer und Hartmut Zückner in ihrer Stellungnahme sehr zu Recht den Kreisschluss in der Argumentation von Prof. Oelke heraus: Wenn die didaktischen Kernelemente für alle Ausbildungen gleichermaßen vorgegeben werden, folgt notwendigerweise „eine große Schnittmenge der Konzepte“, hier hinsichtlich der didaktischen Kernelemente.

Die Inhalte der Ausbildung und die Anforderungen des Berufsprofils erfordern aber Unterschiede in der Gestaltung der Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsfachberufe, darauf verweisen die von Springer und Zückner herausgestellten Unterschiede zwischen den Richtlinien sehr deutlich.

Zugegeben, die Logopädie ist ein vergleichsweise kleines Berufsfeld im Gesundheitswesen. Für die Politik wäre es erheblich einfacher, die kleine Gruppe der Logopädiestudierenden in Pflege, Physiotherapie und Hebammenhilfe zuzuordnen. Wenn aber inhaltliche Unterschiede zwischen den Berufen auf so eklatante Weise ignoriert werden, unterstützt die Politik die auch andernorts betriebenen Dequalifizierung der Logopädie und damit auch die Qualitätseinbußen in der Versorgung.

Komplexität der Logopädie bekannter machen

Für den dbl ergibt sich daraus der nachdrückliche Auftrag, die unverzichtbaren Grundlagen beruflichen Handelns in den Neuro- und Kognitionswissenschaften, der Entwicklungspsychologie und anderen benachbarten Wissenschaftsdisziplinen bekannter zu machen. Es reicht offensichtlich nicht, wenn die Verantwortlichen wissen, dass es Logopäden gibt, „Legopäden“ aber nicht. Die Inhalte und Wirkungsweisen therapeutischen Handelns, einschließlich der Wirksamkeitsnachweise, müssen noch viel bekannter werden, damit die Komplexität der Logopädie endlich verstanden und zwischen die der Linguistik, Psychologie und Medizin eingeordnet wird. Und das verlangt eine vergleichbare Ausbildung, nämlich eine akademische.