

Heidrun Behrendt

Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern

Ansiedlung

Zugang

Dauer

Abschluss

Kompetenzen

Inhalte

Lernorganisation

Evaluation



Cuvillier Verlag Göttingen

Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung
in den europäischen Ländern

Dissertation
zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades
der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt von

Dipl.-Med.Päd. Heidrun Behrendt
aus Großvargula Kreis Bad Langensalza/Thür.

Göttingen 2008

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2008
Zugl.: Göttingen, Univ., Diss., 2008
978-3-86727-772-3

1. Gutachter: Herr Prof. Dr. Hans-Dieter Haller
2. Gutachterin: Frau Prof. Dr. Christina Krause

Tag der mündlichen Prüfung: 11. September 2008

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2008
Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen
Telefon: 0551-54724-0
Telefax: 0551-54724-21
www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2008
Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86727-772-3

Es ist unstreitig, daß der menschliche Geist für die Eindrücke, die durch das Lernen erzielt werden, nicht in jeder Form, in der sie dargestellt werden, gleich empfänglich ist. Die Kunst diejenigen Formen aufzufinden, die seine Empfänglichkeit am meisten reitzen, ist der Mechanismus der Lehrart, die jeder Lehrer in der freyen Natur aufforschen und ihr zum Behuf der Kunst ablernen soll.

Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827)

Vorwort

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit „Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern“. Das Ergebnis der Untersuchung ist in die aktuelle Diskussion der Pflegeausbildung einzuordnen und soll zum besseren Verständnis und zur Weiterentwicklung der Kompatibilität einer europäischen Pflegeausbildung beitragen.

Vielseitige Gespräche, die wertvolle Anregungen für die Untersuchung gaben, sowie praktische Hilfestellungen haben wesentlich zur Entstehung der Arbeit beigetragen. An dieser Stelle möchte ich all jenen meinen Dank aussprechen, die mich während dieser Arbeitsphase tatkräftig unterstützt haben.

Herrn Prof. Dr. Hans-Dieter Haller (Pädagogisches Seminar, Göttingen) gilt mein besonderer Dank für die freundliche Betreuung der Arbeit und für die kontinuierliche und zuverlässige Unterstützung bei allen fachlichen und organisatorischen Fragestellungen. Durch ihn war es möglich, die Arbeit um computer-gestützte Lernstrategien zu erweitern sowie in modifizierter Form einen konzeptionellen Ansatz für Blended Learning in der pflegerischen Hochschulausbildung vorzulegen. Seine stete Diskussionsbereitschaft, auch im Rahmen des Doktorandenkolloquiums, hat entscheidend zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

Frau Prof. Dr. Christina Krause (Pädagogisches Seminar, Göttingen) als Zweitgutachterin, danke ich sehr für die wichtigen Hinweise zu vielfältigen Fragen dieser Arbeit, insbesondere hinsichtlich ihre Methodik, sowie speziell zu Fragen der Prävention aus der Sicht der Salutogenese nach dem Konzept von Aron Antonovsky.

Mein Dank richtet sich ferner an Herrn Prof. Dr. Gerald Hüther (Abt. Neurobiologische Grundlagenforschung, Göttingen), der als Mitglied der Promotionskommission an meiner Disputation mitgewirkt hat, für Fragen immer zugänglich war sowie durch seine aufmunternden Worte mir stets Zuversicht für eine erfolgreiche Bewältigung der Arbeit vermittelt hat.

Ebenso bedanke ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Karl-Heinz Flechsig (ehemals Institut für Interkulturelle Didaktik an der Universität Göttingen) für die Thematisierung der Dissertation, für die wichtigen Impulse, die er mir in unseren Gesprächen gegeben hat, aber auch für das Überlassen wertvoller Arbeitsmaterialien und die konkreten Hinweise zur Nutzung des „Göttinger Katalog Didaktischer Modelle“ (GKDM).

Des Weiteren danke ich Herrn Dr. Robert Pochmarski (Verwaltungsrat, Europäische Kommission, Brüssel) für die Bereitstellung des Dokumentenmaterials sowie der Ergebnisse zur Bestandsaufnahme der Pflegeausbildung in den Ländern der Europäischen Union, auf deren Grundlage Forschungsgegenstand und Hypothesen formuliert worden sind. Dabei gilt mein Dank auch Frau Gertrud Stöcker (ehemals Mitglied des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission) für ihre Unterstützung in der Vorbereitung der Datenerhebung; ebenso Frau Raija Sairanen (Finnland).

Frau Dipl.-Psych. Ingeborg Nowack danke ich für ihre große Anteilnahme an meiner Arbeit sowie für die Diskussionsgespräche, zu denen sie gern bereit war.

Herrn Norbert Erichsen (Geschäftsführer des Pflegedienstes der Universitätsmedizin, Göttingen) danke ich besonders für seine stete Unterstützung und für sein Interesse am Fortschreiten der Arbeit. Herzlichen Dank an meine Kolleginnen und Kollegen, ebenso an Frau Elisabeth Beierle, M.A., und an die Lehrpersonen der Krankenpflege-/ Kinderkrankenpflegeschule der Universitätsmedizin, Göttingen.

Eine solche Untersuchung durchzuführen, ist nicht denkbar, ohne dass sich Personen dafür öffnen und für Aussagen bereit sind. Mein ganz spezieller Dank gilt daher all den Personen in den europäischen Ländern, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen und mir ihre Ausbildungsdokumente zur Verfügung gestellt haben.

Namentlich nicht genannt sind die vielen Menschen, mit denen ich interessante Gespräche zur Promotionsthematik geführt habe, Ihnen sei ebenfalls herzlich gedankt für die vielen Anregungen, die ich durch sie erhalten habe.

Mein persönliches Interesse an einer vergleichenden Untersuchung der Pflegeausbildung in den europäischen Ländern bestand darin, mit dieser Arbeit in die wissenschaftliche Diskussion einzusteigen, die in den 90er Jahren um die Pflegeausbildung in Deutschland und Europa entbrannt war. Und es war gewiss auch der Gedanke damit verbunden, die Pflegeausbildung in den europäischen Ländern für Interessenten und Betroffene transparenter zu machen, ein besseres Verständnis dafür zu gewinnen, dass eine weitere Angleichung in der Pflegeausbildung der EU-Länder notwendig geworden ist, denn Globalisierung und Europäisierung gehen auch an der Pflege nicht vorbei.

Die Dissertation ist meiner Familie gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Zielsetzung der Arbeit	1
1.2	Vorgehensweise	3
1.3	Definitionen der Grundbegriffe	4
2	Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegeausbildung	15
2.1	Situation der Pflegeausbildung in Europa	15
2.2	Modelle und Theorien der Pflege in verschiedenen pflegewissenschaftlichen Positionen	16
2.2.1	Einführung	16
2.2.2	Konzeptuelle Modelle der Pflege (Fawcett)	23
2.2.2.1	Neumans Systemmodell	23
2.2.2.2	Orems Selbstpflegemodell	27
2.2.3	Spezifische Theorien der Pflege (Fawcett)	32
2.2.3.1	Newmans Theorie der Gesundheit als Bewusstseinsweiterung	32
2.2.3.2	Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung	35
2.2.4	Weitere Pflegemodelle	38
2.2.4.1	Hendersons Pflegemodell	40
2.2.4.2	Das Roper-Logan-Tierney-Modell (RLT-Modell)	42
2.3	Zusammenfassung	45
3	Formen und Verfahren der Curriculumentwicklung und -analyse	48
3.1	Formen der Curriculumentwicklung	48
3.1.1	Taxonomien	49
3.1.2	Elemente des Curriculums und Curriculummodell (Merkens/ Strittmatter)	52
3.1.3	Lernzielorientierter Ansatz	53
3.1.4	Bildungstheoretischer Ansatz	59
3.1.5	Handlungsorientierter Ansatz	61
3.2	Verfahren und Prozesse der Curriculumentwicklung	72
3.3	Analyse von Curricula	77
3.3.1	Analyse von bestehenden Curricula (Revisionsmodelle)	77
3.3.2	Fragestellungen der Curriculumanalyse zu Entscheidungen	78
3.3.3	Analyse – Systeme (Prüfkriterien, Schemata)	80
3.3.3.1	Das Curriculummaterial – Analysesystem (CMAS)	80
3.3.3.2	Das Sussex-Schema	81
3.3.3.3	Prüfkriterien für Lehrplananalysen nach Flehsig	82
3.3.3.4	Inhaltsanalytische Verfahren und Kategorienbildung	85
3.4	Zusammenfassung	89
4	Untersuchungsverfahren und Ergebnisse	91
4.1	Fragestellungen zur empirischen Untersuchung und Hypothesen	91
4.2	Population und Materialsammlung	93

4.3	Methodische Verfahren	96
4.4	Befragung	97
4.4.1	Expertengespräche	97
4.4.1.1	Vorgehensweise	97
4.4.1.2	Ertrag aus den Expertengesprächen	98
4.4.2	Fragebogen	100
4.4.2.1	Erhebungsverfahren	100
4.4.2.2	Ablauf der Datenerhebung (Fragebogen)	102
4.4.2.3	Auswertung der Daten (Fragebogen)	104
4.4.2.4	Darstellung der Ergebnisse	106
4.4.2.5	Zusammenfassung und Diskussion	108
4.5.	Analyse der Ausbildungsdokumente	109
4.5.1	Erhebungsverfahren	109
4.5.2	Ablauf der Datenerhebung zur Dokumentenanalyse	110
4.5.3	Auswertung der Dokumentenanalyse	112
4.5.4	Darstellung der Ergebnisse zur Dokumentenanalyse	112
4.5.5	Zusammenfassung und Diskussion	116
4.6	Zusammenfassung	117
5	Trendanalyse zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern	118
	– Vergleichende Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse –	
5.1	Einleitung – Vorgehensweise, Abgrenzungen und Übersicht	118
5.2	Zum Vergleich der Pflegeausbildung	119
5.2.1	Rechts- und Verwaltungsrahmen	120
5.2.1.1	Anerkennung der Diplome/ Befähigungsnachweise	121
5.2.1.2	Zulassungsvoraussetzungen	122
5.2.1.3	Dauer der Ausbildung	123
5.2.1.4	Ausbildungsreform	124
5.2.1.5	Aufsichtsführende Behörde	126
5.2.1.6	Ausbildungsinstitutionen	126
5.2.1.7	Lehrpersonal	128
5.2.2	Administrative Ebene	129
5.2.2.1	Bildungsträger resp. Auftraggeber	129
5.2.2.2	Autoren	129
5.2.2.3	Geltungsbereich und -dauer	131
5.2.2.4	Zielgruppen	131
5.2.2.5	Verbindlichkeit	131
5.2.3	Zielsetzung und Umfang	131
5.2.3.1	Zielvorstellungen (Präambel)	132
5.2.3.2	Umfang (Zeitangaben)	133
5.2.4	Angaben von Kompetenzen, Lernziele	134
5.2.4.1	Kompetenzen	134
5.2.4.2	Lernziele	135
5.2.5	Struktur und Inhalte	136

5.2.5.1	Lehrplantypen	136
5.2.5.2	Gliederung (Stoffverteilung)	138
5.2.5.3	Abfolge der Wissensbereiche (Sequenzbildung)	140
5.2.6	Lernorganisation	141
5.2.6.1	Lernaufgabenbeschreibungen	141
5.2.6.2	Didaktisch-methodische Hinweise	142
5.2.6.3	Hinweise auf Lernkontrollen und Leistungsmessung	143
5.2.7	Evaluationskonzept	143
5.2.8	Programmkonzept	148
5.3	Zusammenfassung	149
6	Grundlagen für weitere Entwicklungen zu einer europäischen Pflegeausbildung...	155
6.1	Ein Arbeitsmodell als erster Ansatz für die Entwicklung eines europäischen Curriculums	156
6.1.1	Begründung und rechtlicher Bezugsrahmen	156
6.1.2	Wirkungsfunktionen der Elemente eines Curriculums	158
6.1.3	Konvergenzkriterien – Schlussfolgerungen für die Kompatibilität	162
6.1.4	Empfehlungen zur weiteren Förderung der Kompatibilität in der Pflegeausbildung europäischer Länder	166
6.2	Lernorganisation und neuere Entwicklungen der Didaktik als Beitrag zur Europäisierung der Pflegeausbildung	172
6.2.1	Begründungs- und Bezugsrahmen	173
6.2.2	Didaktische Modelle	175
6.2.3	E-Learning und didaktische Vielfalt	178
6.2.4	Blended Learning	184
6.3	Zusammenfassung	195
7	Schlussbetrachtung und Ausblick	197
8	Anhang	203
8.1	Quellenverzeichnis	203
8.2	Literaturverzeichnis	206
8.3	Quellenbezug: Auszüge aus Richtlinien und Empfehlungen	219
8.4	Abbildungsverzeichnis	228
8.5	Tabellenverzeichnis	235
8.6	Abkürzungen	314

1 Einleitung

1.1 Zielsetzung der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Krankenpflegeausbildung in europäischen Ländern. Es werden in der Hauptsache empirische Befunde dargestellt, die in einer eigenen Untersuchung gewonnen wurden. Der Zugriff auf die Praxis ist indirekt betrachtet, es werden keine Aussagen über die Art und Weise, wie die Ausbildung stattfand oder stattfindet, getroffen. Es erfolgte keine Beobachtung, denn das hätte zu einem erheblichen Maß an Untersuchungen geführt, es wird auf Aussagen von Personen zurückgegriffen, die bei der Entwicklung von Curricula beteiligt waren, und es wird zurückgegriffen auf die Produkte (Lehrpläne, Curricula).

Nach der empirischen Erhebung und Auswertung sollen die Erkenntnisse dieser Analyse ausgewertet werden unter dem Gesichtspunkt, Muster und Trends zu erkennen sowie ein Arbeitsmodell zu entwickeln, wie künftige Entwicklungen im Hinblick auf eine europäische Integration der Pflegeausbildung gestaltet werden können.

Einen elaborierten Forschungsstand zu den konkreten Fragestellungen dieser Arbeit gibt es nicht. Es kann allerdings auf zwei Forschungsbereiche zurückgegriffen werden, das ist zum einen die Bestandsaufnahme zur Pflegeausbildung in den EU-Ländern durch den Beratenden Ausschuss der Europäischen Kommission vom 1.1.1995, dem SLIM-Pilotprojekt¹, und zum anderen sind es Arbeiten über Produkte der Curriculumentwicklung und Curriculumanalyse aus anderen Bildungsbereichen (vgl. Kapitel 3).

Das Ziel dieser Arbeit ist darauf gerichtet, zu untersuchen, worin sich die Pflegeausbildung in den europäischen Ländern unterscheidet oder nicht unterscheidet und welche Möglichkeiten zur weiteren Annäherung in der Pflegeausbildung europäischer Länder bestehen. Der Forschungsgegenstand ist auf die Annäherung in der Pflegeausbildung der EU-Länder bezogen, was zurückzuführen ist auf das Problem der Vergleichbarkeit in Bezug auf Anerkennung des Diploms bzw. Befähigungsnachweises. Die Pflegeausbildung ist in den EU-Ländern sehr differenziert und inhaltlich unterschiedlich akzentuiert, was die Freizügigkeit und Flexibilität der Pflegenden in der Wahl des Arbeitsortes erheblich einschränkt. Ausgehend von dieser Problemlage werden in den Fragestellungen die Anforderungen an die Krankenpflegeausbildung² thematisiert, was den Kompetenzerwerb³ einschließt.

¹ SLIM-Team „Anerkennung der Diplome“ (SLIM: Vereinfachung der Rechtsvorschriften im Binnenmarkt – ein Pilotprojekt: KOM(96) 204 endg. vom 8.5.96) wurde beauftragt, Struktur und praktische Anwendung der Einzelrichtlinien über Ärzte, Pflegepersonal für allgemeine Krankenpflege, Zahnärzte, Hebammen, Architekten und Apotheker zu überprüfen. Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament: Vereinfachung der Vorschriften im Binnenmarkt (SLIM): Ein Pilotprojekt – KOM(96) 559 endg. vom 6.11.96, in dessen Bericht zum einen auf eine rasche Änderung der Richtlinie 77/453/EWG festgelegten Ausbildungskriterien hingewiesen wird und zum anderen Empfehlungen zu einem kompetenzorientierten Ansatz anstelle strikter inhaltlicher Vorgaben gegeben werden, der eine größere Flexibilität zur Anpassung der Ausbildungsanforderungen an innerstaatliche Bedürfnisse zulässt.

² Bezug nehmend auf: Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union (1997).

³ Bezogen auf die verlangte Fachkompetenz: Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union (1997).

Im Folgenden wurden durch die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 zur Anerkennung der Berufsqualifikationen (wirksam am 20. Oktober 2007) die Mindestanforderungen für die Krankenpflegeausbildung geregelt (vgl. Kapitel 5.2).

Darüber hinaus soll reflektiert werden, ob und inwieweit E-Learning und Blended Learning für die Krankenpflegeausbildung in Frage kommen, wodurch das Forschungsobjekt dahingehend erweitert wurde.

Für Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern der Modernisierungsdruck sehr groß, und Versäumnisse im Bereich der Pflegeausbildung sind zu beklagen, was in den Expertisen zum Vergleich der Pflegeberufe in europäischen Ländern⁴ (vgl. Landenberger u.a. 1999; 2005) kritisch eingeschätzt wird. Die Ausbildung sei zu einseitig medizinisch orientiert und durch die Anbindung an das Krankenhaus erfahre sie eine zu starke Ausrichtung auf den stationären Bereich und berücksichtige zu wenig teilstationäre und ambulante Bereiche. Aber es sind auch Lösungswege aufgezeigt worden. Eine Teilreformierung der Pflegeausbildung erfolgte durch das Krankenpflegegesetz von 2003, wie die Festlegung einer gemeinsamen Pflegeausbildung und somit Aufhebung der Dreiteilung (Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildung), die nicht mehr den Problemlagen entspricht.

Es wird auch von der Fragestellung ausgegangen, wie acht Jahre nach der Bestandsaufnahme in den einzelnen europäischen Ländern die Pflegeausbildung geregelt ist, wobei vor allem Entscheidungen auf der administrativen Ebene wie Ausbildungsniveau, Lernziele, Lerninhalte und Lernorganisation im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

In diesem Zusammenhang werden auch bewährte frühere und neuere Ansätze der Curriculumentwicklung auf der Grundlage von Handlungsorientierung aufgegriffen. Es geht darum, solche Lernsituationen zu schaffen, die dem Lernenden helfen, die Kompetenz zu bewusstem Handeln zu erwerben (vgl. Abbildung 4). Dabei wird auch zurückgegriffen auf neurowissenschaftliche Erkenntnisse, die belegen, dass beim Erwerb von explizitem Wissen immer eine emotionale Beteiligung vorliegt. So zeigt sich, dass Praxis, d.h. das bewusste Tun, mit den Steuerungsprozessen bewusster Handlungsabläufe einhergeht und in ihrer Realität von Erkenntnis und Tätigkeit bzw. von Erkenntnis und Erfahrung existiert; diese Erkenntnis könnte für die Pflegeausbildung im Hinblick auf den Erwerb der verlangten Fachkompetenz sehr bedeutungsvoll sein.

⁴ Expertisen: „Pflegeberufe im europäischen Vergleich“ (1999). Auftraggeber: Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (Berlin), mit Unterstützung des BBJ SERVIS gGmbH (Berlin). Analyse „Ausbildung der Pflegeberufe in Europa“ (2005). Förderung durch Senatsverwaltung, Europäischen Sozialfonds, Robert-Bosch-Stiftung (vgl. Landenberger u.a. 1999; 2005).

1.2 Vorgehensweise

Im Folgenden Abschnitt sollen zunächst die in der vorliegenden Arbeit verwendeten zentralen Grundbegriffe zusammengefasst und erläutert werden. Einige werden auch ausführlicher kommentiert.

Im zweiten Kapitel der Arbeit werden Pflegemodelle und Theorien der Pflege dargestellt und erläutert, die bei der Curriculumentwicklung der Länder, die in die Studie einbezogen sind, für die curriculare Entwicklung der vorliegenden Ausbildungsdokumente eine Rolle gespielt haben. Es sind Modelle und Theorien von Betty Neumann, Dorothea Orem, Margaret Newman und Jean Watson, die auf pflegewissenschaftlicher Basis entwickelt wurden. Des Weiteren sind auch die Modelle von Virginia Henderson und Nancy Roper/ Winfried W. Logan und Alison J. Tierney, die auf einem naturwissenschaftlich-medizinischen Ansatz beruhen, vertreten (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Im dritten Kapitel werden als theoretischer Bezugsrahmen der Curriculumentwicklung und Curriculumanalyse solche Verfahren und Analyse-Systeme vorgestellt, mit deren Hilfe die inhaltliche Erfassung und Bewertung vorliegender Curricula erfolgen kann. Einen besonderen Schwerpunkt stellt die Frage nach den Entscheidungsprozessen dar. Ihre theoretischen Positionen lassen sich als empirisch-analytisch charakterisieren. Als Pädagogische Theorien und Modelle werden drei curriculare Ansätze referiert, die für einen konzeptionellen Ansatz für ein europäisches Curriculum von Interesse sein könnten: Der lernzielorientierte Ansatz, der bildungstheoretische Ansatz und der handlungsorientierte Ansatz. Des Weiteren wird das Kompetenz-Performanz-Modell dargestellt, das Karl-Heinz Flechsig und Hans-Dieter Haller entwickelten. Es werden verschiedene Analyse-Systeme thematisiert, insbesondere die Prüfkriterien für Lehrplananalysen nach Flechsig (1993b). Es wird auch auf Literatur zurückgegriffen, die entscheidende Impulse für die Theoriebildung und Empirie in der Zeit der Curriculumreformierung nach 1970 geleistet haben und Grundlage für weitere Forschung war (vgl. Biehl/ Hopmann/ Künzli 1999, 2005; Schäfer 2002).

Im vierten Kapitel erfolgen die Darstellung der Untersuchung und deren Ergebnisse. Als theoretischer Bezugsrahmen für die Untersuchung werden Erkenntnisse zu Entscheidungsprozessen in der Curriculumentwicklung und Curriculumforschung sowie Rechtsgrundlagen zur Regelung der Krankenpflegeausbildung in den Ländern der Europäischen Union zugrunde gelegt. Als methodische Verfahren werden die Befragung (Expertengespräche und Fragebogen) und die Analyse der Ausbildungsdokumente eingesetzt. Während die Befunde unter Kapitel 4.4.2.4 und 4.5.4 referiert werden, erfolgt im Kapitel fünf auf der Grundlage dieser Ergebnisse ein Vergleich der Pflegeausbildung.

Im fünften Kapitel ist eine vergleichende Darstellung und Analyse der Pflegeausbildung europäischer Länder mit besonderem Schwerpunkt hinsichtlich der Veränderungen in der Ausbildung (Ansiedlung, Zugang, Dauer, Abschluss) seit der letzten Bestandsaufnahme der Europäischen Kommission vom 1.1.1995 sowie der Curriculumelemente und ihrer Interdependenz vorgelegt. Im Vergleich werden die Ergebnisse aus der Befragung und der Dokumentenanalyse berücksichtigt und es wird das Grundmuster, aus dem sich Trends der Pflegeausbildung ableiten lassen, herausgearbeitet.

Im sechsten Kapitel wird ein Arbeitsmodell als erster Ansatz für die Entwicklung eines europäischen Curriculums vorgestellt, in welches die Ergebnisse der Untersuchung (Grundmuster) eingeflossen sind. Am Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ wird ferner der kompetenzorientierte Ansatz eines Curriculums dargestellt sowie ein konzeptioneller Ansatz von Blended Learning vorgelegt, um beispielhaft zu einer deutlicheren Berücksichtigung der Lernorganisation im Curriculum einer europäischen Pflegeausbildung beizutragen.

Abschließend werden im 7. Kapitel zusammenfassende und perspektivische Überlegungen vorgetragen.

1.3 Definition der Grundbegriffe

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten zentralen Grundbegriffe sind an dieser Stelle zusammengefasst und erläutert. Einige werden auch ausführlicher kommentiert.

Grundbegriffe⁵

Wissen, Kenntnisse

Einstellungen

Fähigkeiten, Fertigkeiten, Skills

Kompetenzen

Schlüsselqualifikationen, Schlüsselkompetenzen

Bildung

Lehrplan, Curriculum

Lernziele

Wissen⁶

„Wissen“ ist kein fest umrissener Fachterminus, sondern eine allgemeine Umschreibung für unterschiedliche Bedeutung von Kenntnis (Kenntnis [von etwas]) (vgl. Wahrig 2000, S. 1403), die sich sowohl auf allgemeingültige als auch auf spezifische Aussagen beziehen kann, wie z.B. das Wissen von Berufsanfängern oder das eines Experten. M. von Cranach/ A. Bangerter (2000) betrachten Wissen in der Verbindung mit Handeln als „die überdauernde, mehr oder weniger offene Repräsentation bedeutungsvoller Sachverhalte in der Gedächtnistätigkeit. Wissen kann auf den verschiedenen Stufen latent (nicht bewußt, z.Zt. nicht offen diskutiert) oder aktualisiert (bewußt, offen diskutiert) vorhanden sein“ (S. 226). „Handlungswissen“, so Hans Aebli (1990) „heißt wissen, was man tun muß, um ein erforderliches Objekt oder eine erforderliche Bedingung in der sachlichen oder sozialen Umwelt zu erzeugen oder zu finden“ (S. 223).

In Bezug auf den Geltungsbereich didaktischer Modelle weist Flechsig (1983) darauf hin, dass Wissen einerseits als Eigenschaft eingebunden sein kann, z.B. beim didaktischen Modell „Simulation“

⁵ Für die Grundbegriffe wurde nach den jeweils passenden englischen Bezeichnungen gesucht.

⁶ Wissen lässt sich einfach mit „Knowledge“ bezeichnen und ist bekannt unter Varianten „Knowledge management“, „Knowledge organisation“, „Knowledge sociology“.

als Problemlösungs- oder Deutungswissen, aber andererseits „ist Wissen, das praktische Kompetenzen begründet (rollenspezifisches Problemlösungswissen), nicht selten mit nichtverbalen Vermittlungsformen (Imitation, bildliche Anschauung, mündliche Kommunikation) verbunden" (S. 150).

Kenntnisse⁷

Unter „Kenntnis" ist das „Wissen von" etwas und/ oder die „Erfahrung" zu bestimmten „Fach-" oder „Sach"verhalten zu verstehen (vgl. Wahrig 2000, S. 726). Kenntnisse können demzufolge nicht allgemein erworben werden, „sondern man kann nur Kenntnis *von etwas* oder *über etwas* erwerben" (Jank/ Meyer 1994, S. 212). Wird der Begriff in Bezug auf die Taxonomie nach B.S. Bloom (1974) erweitert (hier steht Wissen anstelle von Kenntnisse), so beinhaltet in der Stufe 1 Wissen (Knowledge):

- „1.1 Wissen von konkreten Einzelheiten (Knowledge of Specifics)
- 1.2 Wissen der Wege und Mittel, mit konkreten Einzelheiten zu arbeiten (Knowledge of Ways and Means of Dealing with Specifics)
- 1.3 Wissen von Verallgemeinerungen und Abstraktionen eines Fachgebietes (Knowledge of Universals and Abstractions in a Field)" (S. 72ff).

Einstellungen⁸

Unter „Einstellung" ist die „Gesinnung, die innere Haltung, die Denkart" zu verstehen (vgl. Wahrig 2000, S. 399); aus psychologischer Sicht ist Einstellung die emotionale oder intellektuelle Haltung, abhängig bzw. beeinflussbar von der Situation oder dem Umfeld. H.-P. Nolting/ P. Paulus (1996) sowie J.R. Forgas (1995) sehen den Begriff umfassender und erklären, dass Einstellung im Sinne von Disposition gebraucht wird und eine kognitive (Einstellungsobjekt), eine affektive Komponente oder emotionale Reaktionsbereitschaft und eine motivationale oder konative Komponente (Verhaltensintention) umfasst. Im Zusammenhang von „Planen und Handeln" verweist D. Dörner (1997) auf Experimente in der Psychologie, die zeigen, dass Personen in ihrem Handlungsspielraum auch eingeeignet werden können und dass sie gemäß der vorgeprägten „Einstellungen" auch so handeln (S. 71). Im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung könnten demzufolge auch Lernende durch die Gestaltung entsprechender Lernsituationen zum bewussten Handeln hingeführt und befähigt werden, so dass sie das, was sie lernen, auch interiorisieren. Nach A. Nikolai Leont'jev (1977) wird mit Interiorisation

„jener Übergang bezeichnet, in dessen Ergebnis sich die ihrer Form nach äußeren Prozesse, welche sich an und mit gleichfalls äußeren stofflichen Gegenständen vollziehen, in geistige, in Bewußtseinsprozesse umwandeln, wobei sie einer spezifischen Transformation unterworfen werden: Sie werden verallgemeinert, sprachlich objektiviert, verkürzt, und – was die Hauptsache ist – sie gehen über die Leistungsmöglichkeiten der äußeren Tätigkeit hinaus. PIAGET bezeichnete dies als den Übergang ‚von der sensomotorischen Ebene zum Gedanken' (PIAGET 1956)" (S. 30).

⁷ Kenntnis wird im Englischen wie Wissen (Kenntnisse) als Knowledge bezeichnet, Kenntnis (of) (Electronic Publishers 2000).

⁸ Attitude (engl.): Haltung, Verhalten, Einstellung (towards gegenüber) (Electronic Publishers 2000). Nach Kaufmann (1997) „wird der Begriff ‚Attitude' sehr allgemein als ein Komplex von Einstellungen, Dispositionen zu Verhalten und tatsächlichem Verhalten verstanden (196)" (Casper 2002, S. 12).

Fähigkeiten, Fertigkeiten, Skills

„**Fähigkeit**“⁹ wird als „natürliche Begabung, Können bzw. Tüchtigkeit“ definiert (vgl. Wahrig 2000, S. 452). Fähigkeit ist ein Dispositionsbegriff, der die Begrifflichkeiten „befähigen“ (jemanden in die Lage versetzen, [etwas zu tun] Wahrig) und „können“ (fähig sein, imstande sein, in der Lage sein, [etwas zu tun] Wahrig) einschließt. Nolting/ Paulus (1996) bezeichnen Fähigkeiten und Fertigkeiten auch als Dispositionsbegriffe mit „Werkzeugcharakter“ („Funktionen“, Bewältigungsmittel), das sich z.B. ausdrückt in Sprachgewandtheit, Handgeschicklichkeit, sozialen Fertigkeiten usw. (S. 79).

„**Fertigkeit**“¹⁰ wird definiert als „Gewandtheit, Geschicklichkeit, Können, Übung“ (Wahrig 2000, S. 468). R.M. Gagné (1980) unterscheidet zwischen *intellektueller Fertigkeit* und *motorischer Fertigkeit* (vgl. Santini 1983), während bei P. Heimann Fertigkeiten den pragmatisch-dynamischen Intentionen zugeordnet und immer auf das direkte Handeln ausgerichtet sind und sich ständig im Prozess befinden (vgl. Jank/ Meyer 1994).

Im Bereich der beruflichen Bildung wird in Europa in Bezug auf Definitionen von Qualifikation und Kompetenz ein neuer Ansatz unter Verwendung des Begriffs „skills“ verfolgt (CEDEFOP¹¹ 2001). Es werden wie folgt definiert:

„**Skills** (*Qualifikation, Fähigkeiten und Fertigkeiten*): Die zur Erfüllung einer bestimmten Arbeitsaufgabe oder zur Ausübung einer bestimmten (beruflichen) Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen und/ oder das Ergebnis von Bildung, Ausbildung und Erfahrung, das zusammen mit dem relevanten Know-how das fachliche Wissen konstituiert.

Entry skills (*Zugangsbefähigungen*): Rechnerische Fähigkeiten sowie Lese- und Schreibfähigkeit (Numeracy, Literacy), Problemlösungsfähigkeit, Sozialkompetenz, Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit, zwischen-menschliche Beziehungen zu gestalten.

Generic skills (*Grundlegende Fähigkeiten und Fertigkeiten*): Die Fähigkeiten, die lebensbegleitendes Lernen unterstützen; hierzu zählen nicht nur Literacy und Numeracy (also die Grundfertigkeiten), sondern auch Kommunikations-, Problemlösungs-, Team- und Entscheidungsfähigkeiten, kreatives Denken, Computer-Fähigkeiten sowie die Fähigkeit zu ständigem Lernen“ (CEDEFOP 2001, S. 15).

Kompetenzen¹²

„Kompetenz“ wird definiert zum einen als Zuständigkeit und Befugnis und zum anderen als Urteilsfähigkeit und Befähigung (vgl. Wahrig 2000). Im Sinne von „Zuständigkeit“ wird der Begriff im Verwaltungsrahmen verwendet (vgl. Kapitel 5.2.1), während „Befähigung“ beinhaltet, jemanden in die Lage zu versetzen, „etwas zu tun“ bzw. jemanden befähigen, „etwas zu tun“. Analog zu den „Skills“ wird in Bezug auf Kompetenzen folgendes definiert (CEDEFOP 2001):

⁹ Ability (engl.): 1. Fähigkeit (for für, zu); 2. Talent, Klugheit, Können (Electronic Publishers 2000).

¹⁰ Skill (engl.): Fähigkeit, Fertigkeit (in, at in) (Electronic Publishers 2000).

¹¹ CEDEFOP: European Centre for the Development of Vocational Training.

¹² Competence (engl.): 1. Kompetenz, Können, Geschick, Befähigung, Qualifizierung; 2. (juristisch) Zuständigkeit (Electronic Publishers 2000).

„Kompetenz: Die erwiesene individuelle Fähigkeit, das Know-how, die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Qualifikationen oder das erworbene Wissen zur Bewältigung sowohl üblicher als auch neuer beruflicher Situationen und Anforderungen einzusetzen.

Übertragbare Kompetenzen (transferable competences): Individuelle Kompetenzen, die auch für andere berufliche Tätigkeiten und Berufe relevant sind als für diejenigen, die aktuell ausgeübt werden bzw. bis vor Kurzem ausgeübt wurden (Europäische Stiftung für Berufsbildung, 1998).

Schlüssel-/ Kernkompetenzen (key/ core competences): Fähigkeiten, welche die Grundfertigkeiten und grundlegenden Kompetenzen ergänzen und den Einzelnen befähigen:

- sich leichter neue Kenntnisse anzueignen,
- sich neue Technologien und organisatorischen Rahmenbedingungen anzupassen, und/ oder
- auf dem Arbeitsmarkt mobil zu sein, Mobilität zu beruflichem Aufstieg eingeschlossen" (CEDEFOP 2001, S. 15f).

Angesichts der Tatsache, dass es sich bei CEDEFOP (European Centre for the Development of Vocational Training) um eine wichtige Einrichtung der Europäischen Union handelt, soll hierauf näher eingegangen werden. Mit einem neuen Modell von Kompetenzen soll angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen, welche Auswirkungen für alle Bereiche des beruflichen Arbeitsfeldes sowie des öffentlichen und des persönlichen Lebens mit sich bringen, eine Anpassung erreicht werden, die es auch dem Einzelnen ermöglicht, einen Platz in der Gesellschaft zu finden. Dieser Grundposition entspricht auch die „Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zu Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen (2006/962/EG)“¹³ (Amtsblatt der Europäischen Union vom 30.12.2006).

Der Begriff „Kompetenz“ wird in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen benutzt, häufig mit unterschiedlicher Konnotation. So definiert Faulstich (1997) den Begriff Kompetenz als „System der innerpsychischen Voraussetzungen, das sich in der Qualität sichtbarer Handlungen niederschlägt und diese reguliert. Kompetenz bezeichnet also die Verlaufsqualität der psychischen Tätigkeit und als solche ein wesentliches Merkmal der Persönlichkeit" (S. 229-230) (Arnold/ Tutor/ Kammerer 2001, S. 22) (vgl. Leontjev 1977). Und Loisel (1999) betont: „Kompetenz bezeichnet all das, was einen Menschen über formalisierte Qualifikationsprofile hinaus handlungsfähig macht" (S. 415) (Arnold/ Tutor/ Kammerer 2001, ebd.). In der Erziehungswissenschaft ist nach Meinert A. Meyer (1986) der Begriff Kompetenz ebenfalls handlungsorientiert ausgerichtet: „Wer eine Kompetenz besitzt, kann etwas, ist handlungsfähig. Er besitzt die Fähigkeit, so tätig zu werden, daß er eine Absicht/ ein Ziel/ einen Zweck unter Beachtung von Handlungsprinzipien/ Normen/ Regeln und mit Bezug auf konkrete, die jeweilige Handlungssituation bestimmende Bedingungen zu erreichen vermag" (S. 452).

¹³ Die Empfehlung basiert auf dem vom Europäischen Rat beschlossenen Arbeitsprogramm „Allgemeine und berufliche Bildung 2010“ in Stockholm (23./24. März 2001) und Barcelona (15./16. März 2006), in dem die Notwendigkeit unterstrichen wird, alle Bürger mit den erforderlichen Kompetenzen auszustatten, die sie für ein lebensbegleitendes Lernen benötigen. Diese Empfehlung stellt somit einen europäischen Referenzrahmen für Schlüsselkompetenzen dar, gerichtet an die Entscheidungsträger in der Politik, in Bildungs- und Ausbildungssystemen sowie an Sozialpartner und an die Lernenden selbst. Kompetenzen sind hier definiert: „als eine Kombination aus Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen, die an das jeweilige Umfeld angepasst sind. Schlüsselkompetenzen sind diejenigen Kompetenzen, die alle Menschen für ihre persönliche Entfaltung, soziale Integration, Bürgersinn und Beschäftigung benötigen“ (Amtsblatt der Europäischen Union L 394/DE vom 30.12.2006, S. 13).

Nach Flehsig (1993c) schließt die Kompetenzentwicklung auch Orientierung ein, Ziele der Kompetenzentwicklung lassen sich auf der Ebene meso-didaktischen Handelns planen und erreichen (vgl. Kapitel 3.1.3, Abbildung 3). Des Weiteren tritt der Begriff „Kompetenzen“ an die Stelle von „Lernzielen“ (vgl. Flehsig/ Haller, CEDID¹⁴ 2003):

„Der Begriff der Kompetenz wird im Rahmen von CEDID so verwandt, daß mit ihm gedankliche Vorstellungen von didaktischen Designern und ihren Partnern bezeichnet werden, die

- sich auf allgemeine Fähigkeiten und Wissensbestände von Lernern beziehen,
- kulturell sinnvolle Einheiten bilden,
- auf Anforderungen, Operationsstufen und Wissens Elemente bezogen
- sowie situativ verfügbar sind oder sein sollen, und zwar unabhängig davon, ob sie als Folge von ‚Außenanforderungen‘ oder von inneren Entwicklungen entstanden sind.

Es ist sinnvoll, Kompetenzen zu unterscheiden nach

- Sachkompetenz (Spezial- und Schlüsselqualifikationen)
- Sozialkompetenz (‚Partner‘-, Gruppen- und Öffentlichkeitsfähigkeit)
- und Selbstkompetenz (Lern-, Selbstkontroll- und Reflexionsfähigkeit).

Dagegen werden tatsächlich beobachtbare Tätigkeiten, die auf Fähigkeiten oder Wissensaneignung schließen lassen, als ‚Performanzen‘ bezeichnet“ (CEDID 2003).

In der didaktischen Literatur sind verschiedene Kompetenz-Modelle beschrieben wie

- Kompetenzen als „Kontextmoduln“ nach C. Bereiter 1990, ein durch langfristiges Lernen erworbener Komplex bereichsspezifischer Tätigkeitspositionen,
- Kompetenzen als „Enterprises“ von R.M. Gagné & D.M. Merrill 1990, ein Ansatz integrativer Kompetenzbeschreibung,
- Klassifikation von Kompetenzen nach K.-H. Flehsig (1993c)

(vgl. Flehsig 1993c; CEDID 2003).

Bezug nehmend auf das Kompetenz-Modell nach Flehsig (s.o.) unterscheiden sich die Kompetenzen nach

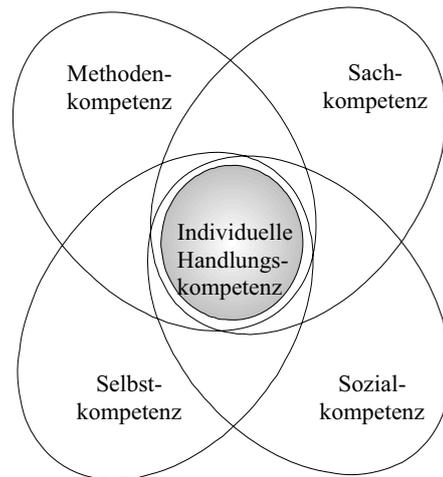
- *Sachkompetenz*, sie beinhalten technisch-instrumentelles Handeln, bezogen auf die Beziehungen zwischen Subjekten und Objekten,
- *Sozialkompetenz*, sie beinhalten moralisch-kommunikatives Handeln, bezogen auf die Beziehungen zwischen den Subjekten und
- *Selbstkompetenz*, sie äußert sich im selbstreflektiven Handeln, bezogen auf die Beziehung zu sich selbst (vgl. Flehsig 1993c).

Eine Ausdifferenzierung der Kompetenzen enthält CEDID (2003).

In der Arbeit von Behrendt (1999a) wurde als vierte Kompetenz die Methodenkompetenz hinzugefügt, um zu betonen, dass die praktische Umsetzung zu planen und zu regulieren ist (vgl. Abbildung 1). Oder wie es Erpenbeck/ Heyse (1999) formulierten, handelt es sich bei der Methodenkompetenz um die Disposition, „Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch kreativ zu gestalten und von daher auch das geistige Vorgehen zu strukturieren“ (S. 159) (Arnold/ Tutor/ Kammerer 2001, S. 30). Die Kompetenzbereiche werden nachfolgend grafisch dargestellt:

¹⁴ „CEDID (Computerergänztetes didaktisches Design): Die daraus zitierten Quellen sind jeweils unter den genannten Stichworten in der Wissensbasis des Software-Systems zu finden.

Abbildung 1: Grafische Darstellung der Kompetenzbereiche



(aus: Behrendt 1999a, S. 49)

Zur Präzisierung können Kompetenzen jeweils nach den Verhaltensmerkmalen in *kognitive*, *affektive* und *psychomotorische* Bereiche auf der Grundlage der Taxonomie nach B.S. Bloom et al. klassifiziert werden (vgl. Kapitel 3.1.1).

Von zunehmender Bedeutung ist hinsichtlich des Erwerbs von Kompetenzen der Aspekt von Selbsttätigkeit, der zu einer eigens definierten Kompetenz führt. Das „Modell der Selbstlernkompetenz“ für erwachsene Lerner von R. Arnold/ C. Gómez Tutor/ J. Kammerer (2001) entstand auf der Grundlage des Begriffs der Handlungskompetenz von Heinrich Roth (1971) sowie den drei Kompetenzbereichen Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz, aus denen die Autoren unter Einbeziehung des Lernbegriffs drei weitere Kompetenzbereiche herausarbeiteten – methodische Kompetenz, kommunikative Kompetenz und emotionale Kompetenz, worauf an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird. Flechsig (1983) bezeichnet „selbsttätiges“ Lernen als „autodidaktische Kompetenz“, die der einzelne Lerner selbst durch „autodidaktisches Bewußtsein“ erwirbt (S. 15) (vgl. Kapitel 6.2.2).

Manche Autoren verweisen auf „Fachliche Kompetenzen“. So definiert Behrendt (1999a) „Fachliche Kompetenzen“ als berufs- bzw. tätigkeitsspezifische Anforderungen, auf die ein Individuum in seinen Handlungen reagieren muss. „Fachliche Kompetenzen“ umfassen alle vier dargestellten Kompetenzbereiche im Hinblick auf einen angestrebten Beruf bzw. eine vergleichbare Tätigkeit. Nach R. Arnold/ C. Gómez Tutor/ J. Kammerer (2001) umfasst Fachkompetenz „die Gesamtheit der Kenntnisse einer Person bezüglich eines Themas sowie den Umgang mit diesem Wissen“ (S. 29).

Wie wichtig im Zusammenhang von Bildung und Ausbildung die Berücksichtigung des Fächerspektrums und seiner „Klassifikation und Rahmung“ ist, hat Basil Bernstein (1977) seinerzeit eindrucksvoll beschrieben.

Zusammenfassend soll zum Kompetenzbegriff folgendes festgehalten werden:

Kompetenz ist ein Dispositionsbegriff und schließt Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen ein. Als zentrale Begriffe fungieren die vier Kompetenzbereiche Sach-, Sozial-, Selbst- und Methodenkompetenz; sie weisen auf Handlungsintentionen und klären die Beziehungen zwischen Subjekten und Objekten (Sachkompetenz), die Beziehungen zwischen Subjekten (Sozialkompetenz), die Beziehung der Subjekte zu sich selbst (Selbstkompetenz) und strukturieren die mentale Vorgehensweise (Methodenkompetenz).

Kompetenzen treffen Aussagen über das, was jemand imstande ist zu tun (individuelle Kompetenz) bzw. wofür jemand zu befähigen ist, etwas zu tun (verlangte Kompetenz). Fachliche Kompetenzen sind berufs- bzw. tätigkeitsspezifische Anforderungen an die Individuen. Zu den wichtiger werdenden Kompetenzen gehört die Selbstlernkompetenz.

Schlüsselqualifikationen, Schlüsselkompetenzen

Schlüsselqualifikationen¹⁵ sind im Bereich der arbeitswissenschaftlichen Forschung entstanden und das ursprüngliche Konzept ist auch arbeitsmarktpolitisch begründet (vgl. Beck 1995). Vom Begriff ausgehend sind Schlüsselqualifikationen „Schlüssel“ zu Qualifikationen; sie können auf vorhandener Qualifikation aufbauen und auch neu erworben werden. Ihre Intentionen beziehen sich hauptsächlich auf die berufliche Bildung, einerseits auf den Erwerb berufsübergreifender und flexibler Qualifikationen mit dem Anspruch, über die eigentlichen Arbeitsplatzanforderungen hinauszugehen; andererseits um Mehrfach- oder Teilqualifikationen effizienter vermitteln zu können.

Nach D. Mertens (1974a, S. 40) enthalten Schlüsselqualifikationen generalisierbare Bildungsziele und Bildungselemente; sie besitzen einen hohen Abstraktionsgrad und liefern die notwendigen Handlungsvoraussetzungen durch „die Erschließung von Verstehens-, Verarbeitungs- und Verhaltensmustern“ zur „Wirklichkeitsbewältigung“ (vgl. Jäger 2001, S. 49). Auf der Grundlage von Mertens' „Konzept der Schlüsselqualifikation“ (1974) entwickelte U. Oelke (1998) ein Systematisierungsraster für übergreifende Zielsetzungen der Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflgende. An einer anderen Stelle äußert sich Mertens (1977, S. 99), dass Schlüsselqualifikationen „für die Bewältigung vieler verschiedener Situationen und Aufgaben relevant sind. Solche Qualifikationen ermöglichen eine persönliche und gesellschaftliche Flexibilität und somit eine vielseitige berufliche Verwendbarkeit“ (Siebert 1983, S. 195). Dieser Position liegt ein ganzheitlicher Anspruch zugrunde, den auch das Schweizerische Rote Kreuz (1992) vertritt: „Bei Schlüsselqualifikationen handelt es sich um Haltungen, Verhalten, Fähigkeiten und Kompetenzen, die überall entwickelt (und) sowohl im privaten wie professionellen Leben gebraucht werden können“ (Juchli 1994, S. 57).

Unter dem Begriff Schlüsselqualifikationen ist in der Literatur durchaus nicht immer das gleiche zu verstehen und oft werden die Begriffe Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen gleichermaßen verwendet. D. Kraushaar/ M. Müller (1993) beziehen sich bei der Definition von Schlüsselqualifikationen auf Klemens (1991): „Schlüsselqualifikationen umschreiben (dann) die allgemeine

¹⁵ Kay competences
Soft skills (engl.): Schlüsselqualifikationen

Fähigkeit, konkrete Handlungen situationsgerecht jeweils neu hervorzubringen oder angemessen zu variieren. Sie bezeichnen damit theoretische, möglichst komplex ausgebildete Kompetenzen“ (S. 98) (Fietzek/ Kraushaar 1993, S. 26). Vgl. auch „Entry skills“ (CEDEFOP 2001, S. 15); vgl. Schlüsselkompetenzen¹⁶.

U. Ravens (1995) greift einen Aspekt der Pflege heraus und verweist darauf, dass Grundqualifikationen des Rollenhandelns, die so genannten Schlüsselqualifikationen, das Pflegehandeln ausmachen wie Empathie, Ambiguitätstoleranz, Rollendistanz, Frustrationstoleranz; er verbindet die Begrifflichkeit „handlungsfähige Personen“ damit, dass diese über kognitive Kompetenz („Kopf“), moralisch-kommunikative Kompetenz („Herz“) und pragmatische Kompetenz („Hand“) verfügen sollten (S. 352). Nach dem Grundsatz von Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827) ist Lernen in der Einheit von „Kopf-Herz-Hand“ zu verstehen, „ein Lernen, in dem sich Erkenntnisvermögen, Emotion und Handeln ‚methodisch‘ miteinander verbinden“ (PSW Band 13, S. 255).

Bildung¹⁷

„Bildung“ wird allgemein definiert als geistige und innere Formung, Vervollkommnung, als geistiges und inneres Geformtes des Menschen; vielseitige Kenntnisse, die verbunden sind mit Geschmack, Urteil, Sinn für Wert; Anstand, Takt und Herzensgüte (Wahrig 2000, S. 274).

In der Didaktik ist der Begriff „Bildung“ verschieden akzentuiert. Für Wolfgang Klafki als Vertreter der bildungstheoretischen Didaktik ist Bildung als Kernstück der Didaktik „eine zentrale, orientierende Kategorie“ (Klafki 1985b, S. 42f). W. Klafki definiert: „Bildung ist kategoriale Bildung in dem Doppelsinn, daß sich dem Menschen eine Wirklichkeit ‚kategorial‘ erschlossen hat und daß er eben damit selbst – dank der selbstvollzogenen ‚kategorialen‘ Einsichten, Erfahrungen, Erlebnisse – für diese Wirklichkeit erschlossen worden ist“ (Klafki 1963, S. 44). In der lehrtheoretischen Didaktik ist der Bildungsbegriff „eines der vier unterrichtsstrukturellen Momente¹⁸, die untereinander in Wechselbeziehung stehen“ (Jank/ Meyer 1994, S. 214). P. Heimann spricht von einem „Bildungsbegriff der allseitig entfalteteten, auf Daseinsbewältigung zielenden Persönlichkeit“ (Jank/ Meyer 1994, S. 213).

J. Oelkers (1983) bezeichnet „Bildung“ als einen typischen Fortschrittsbegriff, der keineswegs mit der griechischen „paideia“ identisch sei. Er erklärt: „Bildung bedeutet so fortschreitende Verbesserung vor allem der geistigen Kapazitäten des Menschen. Die Theorie der Bildung ist gebunden an eine Theorie des Geistes und der Kultur, die verknüpft sein müssen mit der neuzeitlichen Vorstellung des Fortschritts“ (S. 361), d.h. analog zum Lernen in einer kognitiven Gesellschaft (Europäische Kommission Generaldirektion 1995).

¹⁶ Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zu Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen (2006/962/EG) (Amtsblatt der Europäischen Union L 394/DE vom 30.12.2006).

¹⁷ Eine adäquate englische Übersetzung gibt es nicht. Die deutsche Unterscheidung von Bildung und Erziehung ist im Englischen nicht durch entsprechende Begriffe darstellbar. Education (engl.) muss beides umfassen: 1. (Prozess) Erziehung, (Aus-, Heran)Bildung; 2. (Fachgebiet) Erziehungswissenschaft, Pädagogik (Electronic Publishers 2000).

¹⁸ Intentionalität, Thematik, Unterrichtsmethoden und Medien, Bildungsbegriff.

Lehrplan, Curriculum

„Lehrplan“¹⁹ wird allgemein definiert als Unterrichtsplan, Plan für die Verteilung des Lehrstoffes auf die Jahrgänge (vgl. Wahrig 2000, S. 812), während „Curriculum“²⁰ definiert wird als Gesamtplan für den Unterricht bzw. Bildungsgang, es umfasst Inhalte und Ziele, Methoden und Ergebnisse (S. 326).

In der Fachliteratur ist eine Vielfalt an Definitionen zum Begriff Curriculum vorzufinden, so dass an dieser Stelle nur Begriffsklärungen herangezogen werden, die für die vorliegende Arbeit relevant sind. So wird in der didaktischen Literatur unter den Begrifflichkeiten nicht immer das gleiche verstanden; Curriculum und Lehrplan werden mitunter auch synonym verwendet. So wird der Begriff Lehrplan von H. Hacker in der Enzyklopädie Erziehungswissenschaft (1986) wie folgt erklärt: „Der Lehrplan kodifiziert Bildungsvorstellungen und Lehrinhalte und ist auf eine bestimmte Schulart – beziehungsweise Schulstufe – bezogen. Aussagen über Zielsetzungen von Unterricht, über Umfang, Reihenfolge und Zuordnungen der Inhalte zu bestimmten Jahrgängen strukturieren ihn“ (S. 520). Als Verwaltungsvorschrift ist er rechtsverbindlich, enthält aber auch rechtsfreie Anteile. „Lehrpläne koordinieren die Arbeit der einzelnen Schulen und ermöglichen damit vergleichbare Abschlüsse“ (ebd.). Die Hauptfunktion des Lehrplans ist es, „inhaltliche Vorgaben für den Unterricht festzulegen. Er verkörpert den Inhaltskanon einer Kultur, repräsentiert einen traditionswürdigen Bestand und trägt damit zur Stabilität der Kultur sowie zur Kontinuität der kulturellen Entwicklung bei“ (ebd.).

H. Seel/ B. Friehs (2001, 2003) differenzieren zwischen Lehrplänen und Curricula und sind konform mit Hacker dahingehend, dass Lehrpläne zentral verordnet sind und dadurch die Einheitlichkeit innerhalb der Schulsysteme sichern, aber sie gewähren dem Lehrpersonal einen größeren Handlungsspielraum bei der stofflichen Vermittlung und dem Einsatz der Lehrformen und Lehrmittel. Nach Seel/ Friehs tragen Curricula lokalen und regionalen Bedürfnissen und Erwartungen besser Rechnung, sind maßgebend für die Steuerung des Unterrichts und lassen dem Lehrpersonal wesentlich geringeren eigenverantwortlichen Gestaltungsspielraum, da Lehrverfahren und Lehrhilfen vorgegeben und Leistungsprüfsysteme enthalten sind. Die Unterscheidung zwischen „Lehrplan“ und „Curriculum“ auf der Grundlage der Festlegungen und Spielräume kann aber auch anders getroffen werden, wie seinerzeit die Diskussion um „offene“ und „geschlossene“ Curricula zeigte.

H. Mandl/ H. Gruber/ A. Renkl (1994) konstatieren, dass bei „der inhaltlichen Neugestaltung universitärer Curricula, speziell unter dem Gesichtspunkt der Berufsbefähigung durch das Studium“ (...) die „Hochschulen neben Bildungs- auch Aus-Bildungsangebote (...) zur Verfügung stellen“ (S. 1272) müssen, die einerseits den Interessen der Studenten und andererseits den Anforderungen der Berufswelt entsprechen (ebd.).

Der Curriculumbegriff wurde in den 60er Jahren in die westdeutsche Pädagogik aufgenommen und führte bis in die 80er Jahre eine zu weit gefasste Diskussion und Disputen. Im Blickpunkt stand

¹⁹ Lehrplan (Päd.) wird im Englischen als „Teaching“ bzw. „Curriculum“ bezeichnet (Electronic Publishers 2000).

²⁰ Curriculum (engl.): Studien-, Lehrplan (Electronic Publishers 2000).

damals neben der Frage nach Regulation oder Offenheit auch Fragen der Prozessgestaltung (Wie sollen Curricula entwickelt werden?) sowie der Elemente und Legitimation: Frey (1971) bezieht sich auf „die Auswahl von Lernzielen, Lerngegenständen und Lernverfahren als ‚Hauptaspekt‘“ (S. 238) (Reisse 1975, S. 51). Nach Merkens/ Strittmatter (1975) sind Elemente des Curriculums: Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation (vgl. Kapitel 3.1.2). In Bezug auf den Begründungs- und Legitimationsaspekt kann die Definition von H. Meyer (1975) als relevant angesehen werden: „Curriculum gleich Begründungszusammenhang von Lernziel-, Lerninhalts- und Lernorganisationsentscheidungen“ (S. 124) (Reisse, ebd.). Entscheidungsprozesse in der Curriculumentwicklung werden von Flehsig/ Haller (1973) dargestellt und an späterer Stelle wieder aufgegriffen (vgl. Kapitel 3.2).

Lernziele²¹

Der Begriff „Lernziel“ wird in der pädagogischen Literatur sehr unterschiedlich interpretiert. Nach D. Lemke (1986) „läßt sich ein Lernziel als eine sprachliche Formulierung definieren, die Aussagen über beabsichtigte Ergebnisse von Unterricht oder vergleichbaren Situationen macht. Es beschreibt Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen, welche die Schüler im Verlauf des Unterrichts entwickeln oder sich aneignen sollen, und zwar in einer Form, die eine Überprüfung der Lernergebnisse ermöglicht“ (S. 537). In einer abstrakteren Version wird von Flehsig/ Haller (1975) „Lernziel“ definiert als „Eine Aussage über Vorstellungen eines Menschen, Qualifikationen oder Einstellungen von Dritten oder von sich selbst betreffend, die infolge von Unterricht vermittelt werden sollen. Kurz- oder mittelfristig erreichbare Lernziele sind dabei von langfristig erreichbaren zu unterscheiden“ (1975, S. 3).

Lernziele verfügen über ein Abstraktionsniveau, das von allgemeinen zu konkreten Aussagen führt, die je nach Reichweite durch Operationalisierung als Richtziele, Grobziele und Feinziele (vgl. Möller 1969, S. 49ff; 1975, S. 418f; 2002) in verschiedenen Lernzieldimensionen formuliert werden können. Robert Mager (1961, dt.: 1965/1972) hat die Rolle des Lehrers und der Lerner im Lernprozess in Verbindung mit programmierten Unterricht festgelegt und als wichtigstes Merkmal seines Lernzielbegriffs folgendes hervorgehoben: „Jedes Lernziel muß eine Handlung, ein Verhalten des Schülers eindeutig beschreiben, also so, daß möglichst viele Handlungsalternativen ausgeschlossen sind“ (Becker/ Haller u.a. 1974, S. 37). Für R. Mager erfüllt die Zielbeschreibung in dem Maße seinen Zweck, „in dem sie benennt, was Lernende tun oder ausführen können sollen, wenn sie zeigen, daß sie ein Unterrichtsziel beherrschen“ (Mager 1965, dt.: 1977, S. 23). R. Mager verweist aber auch darauf, dass eine Zielbeschreibung eine Aussage ist, die ein Unterrichtsergebnis bezeichnet, also „Ergebnisse beschreibt und nicht die Mittel, mit denen diese Ergebnisse erreicht werden sollen“ (S. 7).

²¹ Lernziel wird im Englischen als „Learning objective“ bezeichnet (Electronic Publishers 2000).

Im Kontext der Lernzielthematik ist auf die Klassifizierung von Lernzielen hinzuweisen (vgl. Taxonomie Kapitel 3.1.1); üblich ist die Unterscheidung in kognitive, affektive und psychomotorische Bereiche von Lernzielen. Seit der Klassifikation von Bloom et al. wird oft auch zwischen den Verhaltensweisen und den Inhalten zur Bestimmung der konkreten Lernziele unterschieden. Seit Mager ist auch das Erfordernis der Angabe von Messkriterien („Wann ist das Ziel erreicht?“) in der Diskussion (vgl. Behrendt 1999b) (vgl. Kapitel 3.1.3). Oft werden auch bestimmte Lehr- und Lernformen mit Lernzielen assoziiert (z.B. entdeckendes Lernen in Erkundungen).

2 Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegeausbildung

2.1 Situation der Pflegeausbildung in Europa

Die Pflegeausbildung wird seit 1977 in den Ländern der EU durch eigene und verbindliche Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft geregelt, die zurückgehen auf das so genannte Straßburger Abkommen von 1967. So regelten die Richtlinien 77/452/EWG²² und 77/453/EWG²³ auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen und die Mindestanforderungen an die pflegerische Ausbildung in den Mitgliedsländern. Mit Wirkung der Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005²⁴ wurden diese bisherigen Richtlinien zum 20. Oktober 2007 außer Kraft gesetzt (vgl. Kapitel 5.2). Die Richtlinie 77/454/EWG²⁵ beinhaltete die Bildung eines Beratenden Ausschusses mit Ländervertretern, dessen Aufgabe sich auf die weitere Koordinierung der Pflegeausbildung in den Ländern der EU bezogen hat.

Nach Einschätzung des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission, basierend auf der Bestandsaufnahme zur Pflegeausbildung in den Ländern der EU vom 01.01.1995, hat sich seit Ende der 80er Jahre die Pflegeausbildung in Bezug auf Anerkennung der Abschlüsse, Zugänge und Inhalte sehr differenziert weiterentwickelt. Oder unter dem sozialen Aspekt betrachtet, ungleich entwickelt, da die Absolventen der Pflegeausbildung in der Mehrheit der EU-Länder einen Hochschulabschluss erwerben und somit für eine Minderheit der Pflegenden diese Chancengleichheit auf dem europäischen Arbeitsmarkt nicht mehr entsprechend gewährleistet ist (Verlust des sozialen Status).

Die gesellschaftliche Entwicklung sowie die Bevölkerungsentwicklung in Europa (Migration, zahlenmäßige Zunahme der älteren Menschen und chronisch Kranker) erforderte eine Anpassung der Gesundheitsversorgungssysteme. Der daraus resultierende neue Anspruch an Pflegeleistungen begründet auch, die Pflegeausbildung auf ein höheres Bildungsniveau anzuheben. Auf Grund dieses Wandels in Professionalität der Pflege wurde auch eine Neubestimmung der Rolle der Pflegenden notwendig. So ist die Tätigkeit der Pflegepersonen nicht mehr nur auf Krankheiten ausgerichtet, sondern schließt die Gesundheitspflege mit ein, was in einigen Ländern in der Berufsbezeichnung (Gesundheits- und Krankenpfleger/in) zum Ausdruck kommt.

Für die Durchführung des Pflegeprozesses in der Pflegepraxis wurde die Anwendung eines Pflegemodells bzw. Konzeptes zwingend. Da die Pflege sehr medizin- bzw. krankheitsorientiert war, wurden solche Pflegemodelle eingesetzt, die dem Denkmuster des naturwissenschaftlich-medizinischen Modells entsprachen, wie die Pflegemodelle nach Henderson und Roper et al. Durch die Einbeziehung der Gesundheitspflege in die pflegerische Tätigkeit wurden in den europäischen Ländern darüber hinaus Pflegemodelle und Theorien der Pflege relevant, die den Menschen in den Mittelpunkt der Pflege stellen, die Gesundheitsorientierung beinhalten sowie interaktiven Charakter aufweisen.

²² Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1977 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.

²³ Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1977 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.

²⁴ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung der Berufsqualifikationen.

²⁵ Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1977 (vgl. Kapitel 5.2).

2.2 Modelle und Theorien der Pflege in verschiedenen pflegewissenschaftlichen Positionen

2.2.1 Einführung

In diesem Abschnitt werden Pflegemodelle und Theorien der Pflege dargestellt und erläutert, die bei der Curriculumentwicklung der Länder, die in die Studie einbezogen sind, auch als wissenschaftstheoretische Position zugrunde gelegt wurden. Es sind Modelle und Theorien von Betty Neuman, Dorothea Orem, Margaret Newman und Jean Watson, die auf pflegewissenschaftlicher Basis entwickelt wurden und auch darin begründet sind. Andere Modelle wiederum basieren auf einem naturwissenschaftlich-medizinischen Modell, wie z.B. die Modelle von Virginia Henderson und Nancy Roper/ Winifred W. Logan und Alison J. Tierney (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Eine Beschreibung der Modelle, Theorien und Konzepte erfolgt später, wobei eine wissenschaftlich theoretische Auseinandersetzung mit den einzelnen Modellen und Theorien auf pflegewissenschaftlicher Basis im Kontext dieser Arbeit nicht vorgesehen ist. Eine Diskussion umstrittener Fragestellungen wie z.B. zur Wertigkeit und Effizienz von Pflegemodellen und Theorien der Pflege oder Definitionen wird in dieser Arbeit nicht erfolgen können, gleichwohl wird eine eigene Position insofern vorgelegt, als es um die Bewertung dieser Ansätze im Hinblick auf ihre curriculumtheoretische Bedeutung geht. Es ist Anliegen dieser Arbeit zu hinterfragen, inwieweit Pflegemodelle, Theorien und andere Konstrukte als Grundlage für eine Curriculumentwicklung zu nutzen sind, in welchem Kontext sie zu den Elementen eines Curriculums stehen, welche Funktion sie in diesem Gefüge übernehmen und mit welchem wissenschaftstheoretischen Ansatz sie in einem Curriculum fungieren.

Bevor eine Darstellung der hier relevanten Pflegemodelle und Theorien erfolgen kann, ist es notwendig, auf die historische Entwicklung sowie auf wesentliche Aspekte der Theoriebildung und deren praktische Umsetzbarkeit im Hinblick auf ein europäisches Pflegeverständnis und einer diesbezüglichen Curriculumentwicklung kurz einzugehen.

Historische Entwicklung

Praxismodelle zur Krankenpflege sind seit vielen Jahrhunderten durchgeführt worden – mittelalterliche Hospize zeugen auch heute noch davon, sofern sie als Bauten noch erhalten sind – aber eine systematische Beschreibung und Entwicklung kann man erstmals Florence Nightingale (1859) zuschreiben. Ein Jahrhundert später entwickelten mehrere Pflege-theoretikerinnen in Nordamerika Pflegemodelle; diese als konzeptuelle Modelle zu benennen, war derzeit der *Nursing Development Conference Group* (1973; 1979) sowie den Pflege-theoretikerinnen Johnson (1974), Riehl und Roy (1974; 1980) und Reilly (1975) vorbehalten. Andere Pflege-theoretikerinnen wie Peterson (1977) und Hall (1979) „verbanden die Verbreitung konzeptueller Modelle mit dem Interesse, die Pflegewissenschaft als eigenständige Disziplin zu etablieren und durch fundierte Pflege-theorien zu untermauern“ (Fawcett 1998, S. 15). Nachfolgend kam Afaf I. Meleis (1991) in ihrer Untersuchung über die Entwicklung der Pflegewissenschaft zu einem ähnlichen Schluss (ebd.).

Als weitere renommierte Pflege-theoretikerinnen, deren konzeptuelle Modelle und Theorien internationale Anerkennung finden, sind u.a. zu nennen: Betty Neumann, Dorothea Orem, Martha

Rogers, Madeleine Leiniger, Margaret Newman und Jean Watson. Aber auch Virginia Hendersons Beschreibung der Grundregeln der Krankenpflege (1960) und Nancy Ropers Elemente der Krankenpflege (Erstveröffentlichung 1980) setzten neue Maßstäbe in der Pflege. Diese Personen bilden gewissermaßen den Fundus an Referenzen, aus denen die einzelnen Länder unterschiedlichen Nutzen gezogen haben (vgl. Tabelle 29, Anhang), dies wird noch genauer zu zeigen sein.

Die Begriffe Pflegemodell und Pflegeetheorie sorgten in der Landschaft der Pflegewissenschaft für ein erhebliches Durcheinander, da eine Unterscheidung zwischen Modell und Theorie den Pflegeetheoretikerinnen bisher nicht eindeutig gelungen war und die Begriffe sowohl für das eine Konstrukt als auch für das andere standen. Die Verwirrung war anscheinend dadurch entstanden, dass die Pflegeetheoretikerinnen unterschiedliche Termini zur Definition verwendeten (vgl. Juchli 1994).

In der Vergangenheit wurde wiederholt der Versuch unternommen, eine Klärung der Begriffe Pflegemodell und Pflegeetheorie herbeizuführen (vgl. Juchli (1994)). Einen umfassenderen Ansatz zur Klärung der beiden Begrifflichkeiten unternimmt Jaqueline Fawcett. Sie differenziert zwischen Pflegemodell und Pflegeetheorie und grenzt diese Begriffe voneinander ab, indem sie konzeptuelle Modelle und Theorien in einen Bezugsrahmen zum Pflegewissen setzt und ihren Platz innerhalb dieser hierarchischen Struktur, zu der noch andere Komponenten wie Metaparadigma, Philosophien und empirische Indikatoren gehören, beschreibt. Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist hierbei der Abstraktionsgrad der jeweiligen Komponenten (Fawcett 1999).

Die seit einigen Jahrzehnten angehäuften wissenschaftliche Literatur der amerikanischen Pflegeetheoretikerinnen klassifiziert Fawcett mit Hilfe ihrer Vorstellung vom Metaparadigma der Pflege. Sie nimmt eine Systematisierung in zwei Gruppen vor – konzeptuelle Modelle und Theorien der Pflege (vgl. Tabelle 1). In ihren Arbeiten analysiert und bewertet Fawcett konzeptuelle Modelle und Theorien der zeitgenössischen Pflegewissenschaft und bezieht sich hierbei auch auf bisher unveröffentlichtes Material der Autorinnen (Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick, 1998, Originalausgabe 1995; Spezifische Theorien der Pflege im Überblick, 1999, Originalausgabe 1993). In der nachfolgenden Tabelle sind die Pflegeetheoretikerinnen, deren Arbeiten von Jaqueline Fawcett analysiert und bewertet wurden, aufgeführt.

Tabelle 1: Übersicht der konzeptuellen Modelle und Theorien der Pflege (nach Fawcett)

Konzeptuelle Modelle der Pflege (Fawcett 1995, dt. 1998)	Spezifische Theorien der Pflege (Fawcett 1993, dt. 1999)
Johnsons Verhaltenssystemmodell (1980, 1990)	Leinigers Theorie der transkulturellen Pflege (1985, 1988, 1991)
Kings allgemeines Systemmodell (1971, 1990)	Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung (1979, 1986, 1992)
Levines Konversationsmodell (1969, 1991)	Orlandos Theorie des individuell abgestimmten Pflegeprozesses (1961, 1972, 1990)
Neumans Systemmodell (1989) Neumann & Young (1972)	Parses Theorie des menschlichen Werdens (1981, 1992)
Orems Selbstpflegemodell (1971, 1991)	Peplaus Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen (1952, 1992)
Rogers Wissenschaft vom unitären Menschen (1970, 1990)	Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung (1979, 1985, 1992)
Roys Adaptionmodell (1976) Roy & Andrews (1991)	

In Bezug auf die vorliegende Arbeit werden konzeptuelle Modelle von Betty Neumann und Dorothea Orem (vgl. Kapitel 2.2.2) und spezifische Theorien der Pflege von Margaret Newman und Jean Watson (vgl. Kapitel 2.2.3) vorgestellt. Die Pflegemodelle von Virginia Henderson und Nancy Roper et al. wurden nicht berücksichtigt, obgleich sie bei den Pflegenden auf Grund ihrer Praktikabilität in europäischen Ländern beliebt sind und als praktische Pflegemodelle geschätzt werden (vgl. Kapitel 2.2.4) (vgl. Tabelle 1, Anhang).

Die Komponenten des Pflegewissens (nach Fawcett)

J. Fawcett sieht ihren wissenschaftstheoretischen Ansatz in den verschiedenen Komponenten des aktuellen Pflegewissens beschrieben: Metaparadigma – Philosophie – konzeptuelle Modelle – Theorien und empirische Indikatoren. Diese Komponenten des Pflegewissens weisen eine hierarchische Struktur auf, sind differenziert durch den Abstraktionsgrad und stehen in Beziehung zueinander. Das Metaparadigma ist die abstrakteste Komponente des Pflegewissens, die Theorien sind weniger abstrakt als die konzeptuellen Modelle und die empirischen Indikatoren sind die konkreteste Komponente.

Das **Metaparadigma** besteht aus abstrakten Begriffen, die die für eine Disziplin relevanten Phänomene benennen und allgemeine Aussagen über deren Beziehungen zueinander treffen (Fawcett 1999). Die in diesem Kontext relevanten Phänomene sind durch vier zentrale Begriffe charakterisiert: *Person*, *Umwelt*, *Gesundheit* und *Pflege*. Es sind übergeordnete Begriffe, die einen Bezugsrahmen für verschiedene Pflegemodelle darstellen (vgl. Tabelle 2, Anhang).

Zur Definition der zentralen Begriffe:

Die *Person* bezeichnet die Rezipientinnen und Rezipienten der Pflege (Individuen, Familien, Gemeinwesen und andere Gruppen).

Die *Umwelt* bezieht sich auf Bezugspersonen, auf objektive Lebensumstände der Person und auf die unmittelbare Situation, in der Pflege stattfindet.

Unter *Gesundheit*²⁶ wird der jeweilige Gesundheitszustand der Person verstanden – von völligem Wohlbefinden bis zur unheilbaren Erkrankung.

Die *Pflege* bezieht sich auf „alle Aktivitäten, die im Interesse der Person von Pflegekräften ergriffen werden, sowie die Ziele und Ergebnisse dieser Aktivitäten. Sie sind Bestandteil des systematischen Pflegeprozesses mit den Komponenten ‚Diagnose‘, ‚Planung‘, ‚Intervention‘ und ‚Evaluation‘ (Fawcett 1998, S. 18).

²⁶ Mit dem Begriff „Gesundheit“ wird neuerdings die „Salutogenese“, was soviel bedeutet wie „Gesundheitsentstehung“ oder „Ursprung von Gesundheit“, in Verbindung gebracht. Aaron Antonovsky (1923-1994), der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe ist der Fragestellung nachgegangen, was Menschen gesund hält. Auslöser dafür war das Ergebnis einer Studie von Frauen, die in Zentraleuropa zwischen 1914-1923 geboren wurden, teilweise traumatisierten Erlebnissen (Konzentrationslager) ausgesetzt waren und über eine relativ gute psychische Gesundheit verfügten. Aus diesem Hintergrund heraus entstand das Modell der Salutogenese. Es ist als ein „Gesundheitsmodell“ zu verstehen, das durch Abwendung vom pathogenetischen Bild von Krankheit gekennzeichnet ist. SOC: „sense of coherence“ (engl.), übersetzt als Kohärenzgefühl, verkörpert für Antonovsky die Kernfrage der „Gesundheitsentstehung“; er definierte folgendes: „Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, S. 36).

Die Beziehungen zwischen den vier Begriffen werden durch Aussagen beschrieben, welche

1. Person und Gesundheit verbinden,
2. die Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt betonen,
3. Gesundheit und Pflege verbinden und
4. die Begriffe Person, Umwelt und Gesundheit verbinden (ebd.).

Das Metaparadigma repräsentiert „den breitesten Konsens innerhalb einer Disziplin. Es beschreibt die allgemeinen Parameter eines Wissenschaftszweiges und bietet damit eine allererste, grundlegende Arbeitsgrundlage“ (Hardy 1978 S. 38) (Fawcett 1998, S. 16f). „Seine Funktion besteht darin, die wissenschaftlichen und sozialen Aufgaben einer Disziplin zusammenzufassen und einzugrenzen (Kim 1989)“ (ebd.). So unterscheiden sich die Metaparadigmen der Disziplinen durch die Anforderungen, die an ein Metaparadigma gestellt werden, voneinander. Das Metaparadigma der Pflege hält z.B. die Pflegenden dazu an, sich auf „die Ganzheit oder Gesundheit von Menschen zu konzentrieren und sich dabei stets bewußt zu sein, daß diese Menschen fortwährend mit ihrer Umwelt interagieren“ (Donaldson & Crowley 1978, S. 119) (Fawcett 1999, S. 18), während Ärzte aufgrund des Metaparadigmas der Medizin Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln haben (ebd.).

Aus den Anforderungen heraus, die für ein Metaparadigma charakteristische Merkmale darstellen, sind nicht nur Geltungsbereich und relevante Phänomene einer Disziplin von Bedeutung, ein Metaparadigma muss außerdem perspektivneutral sein und internationale Gültigkeit besitzen. Internationale Gültigkeit ist nach Fawcett aber nur dann gewährleistet, „wenn die mit dem Metaparadigma verbundenen Begriffe und Annahmen keine nationalen, kulturellen oder ethnischen Wertvorstellungen widerspiegeln“ (Fawcett 1998, S. 18). Das Metaparadigma der Pflege wird diesen Anforderungen gerecht, denn die relevanten Phänomene sind in knapper Form angesprochen, Begriffe und Aussagen sind perspektivneutral und international gültig und sind nicht durch Wertvorstellungen eines Landes oder einer bestimmten Kultur geprägt (Fawcett 1998). Für einen konzeptionellen Ansatz eines europäischen Pflegecurriculums ist in dieser Begründung eine wissenschaftstheoretische Position zu erkennen.

Die **Philosophie** (nicht im Sinne der Philosophie als Wissenschaftsdisziplin) bildet die zweite Komponente in der Hierarchie. Sie kann als „Gesamtheit von Überzeugungen und Wertvorstellungen über Menschen und ihre Welt“ definiert werden (Kim 1989; Seaver & Cartwright 1977) (Fawcett 1999, S. 18). Philosophien dieser Art treffen Aussagen über die im Metaparadigma benannten Phänomene, widerspiegeln den Inhalt und den besonderen Schwerpunkt eines konzeptuellen Modells oder einer Theorie. Sie beinhalten Aussagen über das Wesen des Menschen, zur Ethik, zu den Zielen der Disziplin und über die Weiterentwicklung des fachlichen Wissens (Fawcett 1998).

In Verbindung mit ontologischen und epistemischen Aussagen über die Pflege verweist Fawcett auf drei unterschiedliche Weltbilder – das reaktive Weltbild, das reziprok-interaktive Weltbild und das simultan-aktive Weltbild (vgl. Tabelle 3, Anhang). „Die unterschiedlichen Weltbilder führen zu differierenden Auffassungen der mit dem Metaparadigma verbundenen Begriffe und ihrer Wechselbeziehungen (Altman & Rogoff, 1987) sowie der Art und Weise, wie Wissen generiert und

überprüft werden soll“ (Fawcett 1998, S. 27). In Tabelle 3 (Anhang) werden die für die Pflege relevanten Weltbilder dargestellt. (vgl. auch Kapitel 2.2.2 und 2.2.3). Eine Ergänzung hierzu ist in Fawcett (1999, S. 20f) zu finden.

Als wissenschaftliche Ansätze, die sich auf Theorien verwandter wissenschaftlicher Disziplinen stützen, sind in diesem Kontext zu nennen:

- Der *entwicklungstheoretische Ansatz* (Ursprung in der Psychologie, betont Prozesse des Wachstums, der Entwicklung und der Reife)
- Der *systemische Ansatz* (Ursprung in der Biologie und Physik, beschreibt Systeme und analysiert die Beziehungen zwischen ihren Teilen)
- Der *interaktive Ansatz* (Ursprung in der Soziologie, befasst sich mit sozialen Handlungen und Beziehungen der Menschen untereinander (Fawcett 1998, S. 29-35).

Andere Ansätze werden in der Pflegeliteratur erwähnt und von Fawcett kurz interpretiert wie

- *Bedürfnis- und ergebnisorientierter Ansatz* (Meleis 1991),
- *Klient, Interaktion und Pflegetherapeutik* als ein Ansatz von drei Kategorien (Meleis 1991),
- *Humanistischer und Energiefeldansatz* (Marriner-Tomey 1989),
- *Intervention, Substitution, Konservation, Unterstützung und Verbesserung* als Klassifikationsschema, das auf dem „Wesen der pflegerischen Handlung in Beziehung zum Patienten“ beruht (Barnum 1994, S. 211) (Fawcett 1998, S. 36).

Die einzelnen Ansätze sind im Hinblick auf bestimmte zentrale Begriffe (Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege) betrachtet worden. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Aussagen zum Verhältnis von Pflegeperson und pflegebedürftiger Person. Jeder Ansatz interpretiert demzufolge das Wissen über das einzelne Phänomen anders (vgl. Fawcett 1998, S. 29).

Konzeptuelle Modelle bilden in der hierarchischen Struktur des Pflegewissens die dritte Komponente. Sie sind weniger abstrakt als das Metaparadigma, aber abstrakter als die Theorien der jeweiligen wissenschaftlichen Disziplin, zu der sie gehören. „Unter einem konzeptuellen Modell verstehen wir eine Reihe abstrakter, allgemeiner Vorstellungen, ergänzt durch inhaltliche Annahmen, die diesen Vorstellungen eine bedeutsame Form verleihen (Lippitt 1973; Nye & Berardo 1981)“ (Fawcett 1998, S. 12). Dagegen fassen Konzepte „geistige Vorstellungen von Phänomenen in einem Begriff zusammen“ (ebd.). Ein konzeptuelles Modell bildet auch einen Bezugsrahmen für „ein kohärentes, in sich vereinheitlichtes Denken über ... Ereignisse und Prozesse“ (Frank 1968, S. 45) (Fawcett 1998, S. 13). Nach Fawcett (1995) ist ein Modell „ein höchst abstraktes System globaler Konzepte“ (Roper/Logan/Tierney 2002, S. 156), das aber als solches keine Theorie entwickeln kann (ebd.).

Konzeptuelle Modelle bestehen aus abstrakten und allgemeinen Begriffen und Annahmen, die demzufolge den jeweiligen Modellen zugrunde liegen, z.B. Neumans Systemmodell: Anstelle von Person setzt sie Klient bzw. Klientensystem, unter Gesundheit versteht sie die optimale Stabilität des Klientensystems und als Pflegeziel sieht sie die Förderung der allgemeinen Gesundheit des Klientensystems durch Bewahren, Wiederherstellen oder Aufrechterhalten seiner Stabilität durch präventive Handlungen (Fawcett 1999; vgl. Tabelle 2, Anhang).

So werden die vier im Metaparadigma der Pflege gefassten Phänomene *Person, Umwelt, Gesundheit* und *Pflege* von den Pflege-theoretikerinnen verschieden interpretiert. Die Phänomene stellen in den konzeptuellen Modellen der Pflege jeweils den besonderen Schwerpunkt dar. Die Pflege-theoretikerinnen sehen Pflegende und Personen, die Pflege empfangen, in unterschiedlichen Kontexten, so dass die Phänomene in dem jeweiligen konzeptuellen Modell eine unterschiedliche Wertigkeit besitzen bzw. eine besondere Gewichtung eines der Phänomene oder mehrere vorgibt (vgl. Tabelle 2, Anhang). Somit sind konzeptuelle Modelle den Pflegenden eine Handlungsorientierung für die Pflege an den Patienten; sie geben Ziel und Inhalt der Pflege an und ermöglichen es, dass Pflegeleistungen auf Wirksamkeit und Effizienz überprüft werden können (Evaluation im Pflegeprozess). Konzeptuelle Modelle verdeutlichen den Pflegenden und der Gesellschaft die Aufgaben und Grenzen des Berufsfeldes und geben den Rahmen für Verantwortung und Zuständigkeit vor. Ein konzeptuelles Modell ist nach J. Fawcett eine international akzeptierte umfassende Darlegung der Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege durch Pflegeexperten.

Das Roper-Logan-Tierney-Modell (RLT-Modell) findet als konzeptuelles Modell bei den amerikanischen Pflege-theoretikerinnen wenig Akzeptanz und wurde von Fawcett im Vergleich auch nicht berücksichtigt. Es stellt sich die Frage, ob es die internationale Akzeptanz ist, die ausschlaggebend dafür ist, ob ein Pflegemodell als konzeptuelles Modell anerkannt wird, oder ob es andere Kriterien sind, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Fawcett stellt die Frage, „wie allgemein muß ein Werk sein, um als konzeptuelles Modell gelten zu können“ (Fawcett 1998, S. 41). Sie verweist darauf, dass noch andere Kriterien für die Beurteilung heranzuziehen sind.

Des Weiteren nehmen konzeptuelle Modelle „Einfluß auf die Theorieentwicklung (und)²⁷ fungieren als Leitlinien für die Theorieentwicklung, indem sie die Aufmerksamkeit auf bestimmte Begriffe und deren Beziehungen richten und sie in einen bestimmten Kontext stellen.“ (Fawcett 1999, S. 30f)

Pflegetheorien leiten sich nach Fawcett aus den konzeptuellen Modellen ab, sind weniger abstrakt und umfassend und können durch entsprechende wissenschaftliche Methoden überprüft werden, wobei die Überprüfung von der Reichweite einer Theorie abhängig ist. Als vierte Komponente des Pflegewissens bilden sie in dieser hierarchischen Strukturierung die spezifischen Theorien der Pflege. Die Theorien sind im Detail sehr begrenzt und umfassen nur einen bestimmten Aspekt der Realität, indem sie z.T. empirisch beschreiben und erklären bzw. prognostische Aussagen darüber machen. Begriffe und Annahmen einer Theorie sind spezifischer und konkreter als die eines konzeptuellen Modells. Die Begrifflichkeit einer Theorie bezieht sich auf bestimmte Individuen, Gruppen, Situationen oder Ereignisse (Fawcett 1999). So kommen z.B. für „Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinserweiterung“ als Zielgruppe „grundsätzlich Individuen, Familien und Gruppen in Betracht (Marchone 1986; Newman 1986). Zu den Situationen, in denen die Theorie angewendet werden kann, gehören Geburt, Elternschaft, Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen sowie eigene gesundheitliche Belange (Newman 1986)“ (Fawcett 1999, S. 97) (vgl. Kapitel 2.2.3.1).

²⁷ (...) Sie geben einen Rahmen vor, aus dem sich die gestellten Fragen, die vorgeschlagenen Erklärungen und die nachfolgenden Untersuchungen ergeben. Sie bieten ein Netzwerk, in dem sich Fragen, Erklärungen und gesammelte Daten zusammenfügen und deutlich machen, in welchen Bereichen es noch an einer Theorieentwicklung mangelt. (Newman 1979, S. 6).

Der Unterschied zwischen einem konzeptuellen Modell und einer Theorie wird an diesem Beispiel deutlich und bestätigt, dass eine Theorie sich aus einem konzeptuellen Modell ableiten lässt. Newmans theoretischer Ansatz ist auf Martha Rogers (1970) Lebensprozessmodell, bekannt geworden unter dem Titel „Wissenschaft vom unitären Menschen“ (1990), zurückzuführen (vgl. Tabelle 2, Anhang). Fawcett analysiert und bewertet die Theorie nach der Klassifikation ihrer Reichweite²⁸ in Theorien großer Reichweite²⁹ (breit angelegt, ihre Begriffe und Annahmen sind relativ abstrakt und allgemein) und Theorien mittlerer Reichweite³⁰ (begrenzt, Begriffe und Annahmen relativ spezifisch und konkret).

Empirische Indikatoren als fünfte Komponente sind zugleich die konkreteste Form in der hierarchischen Struktur des Pflegewissens. Empirische Indikatoren können „als spezifische Platzhalter konkreter Theoriebegriffe angesehen werden. Sie stehen für die Instrumente, experimentellen Bedingungen und Verfahren, mit deren Hilfe sich die Begriffe einer Theorie beobachten oder messen lassen“ (Fawcett 1998, S. 43). Empirische Indikatoren verbinden diese Begriffe und Annahmen mit der realen Welt. Empirisch überprüfbar sind die Theorien mittlerer Reichweite, die aus relativ konkreten, operational definierten Begriffen und relativ konkreten Annahmen bestehen (Fawcett 1999). Zu ihnen gehören z.B. „Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung“. Zu den Theorien großer Reichweite gehört z.B. „Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“, deren abstrakte Begriffe und Annahmen sie einer empirischen Überprüfung nicht zugänglich macht.

Weitere Pflegemodelle und Konzepte

Virginia Hendersons Pflegemodell und das Modell der Lebensaktivitäten nach Nancy Roper et al. sind im Unterschied zu konzeptuellen Modellen und Theorien der Pflege nicht pflegewissenschaftlichen Ursprungs und sind weder aus den Einsichten einer Pflegeperson oder einer Theorie hervorgegangen, sondern der Pflegeansatz wurde auf der Basis des naturwissenschaftlich-medizinischen Modells entwickelt und beinhaltet noch vieles daraus. Eine Beschreibung der Modelle liegt im Kapitel 2.2.4 vor.

Praktische Umsetzbarkeit

Modelle und Theorien der Pflege sind sowohl in der Pflegeausbildung als auch in der Pflegepraxis einzusetzen. An dieser Stelle wird Bezug auf die Pflegeausbildung genommen und die Nützlichkeit in der Pflegepraxis für Einsatz, Akzeptanz und Referenzen aufgezeigt. Nach Fawcett bietet das konzeptuelle Modell den Rahmen für den Inhalt des Curriculums sowie der Lehr- und Lernaktivitäten. Sie ersetzt die Phänomene des Metaparadigma der Pflege durch die zentralen Begriffe: *Lernende, Lernumgebung, Zustand der Lernenden* und *Ziele und Ergebnisse der Ausbildung*.

²⁸ Theorien variieren in ihrer Reichweite, d.h. „in ihrer jeweiligen Spezifität und der Konkretheit ihrer Begriffe und Annahmen“ (Fawcett 1999, S. 29).

²⁹ „Theorien großer Reichweite“ (grand theory) sind relativ unspezifisch, ihrer abstrakten Begrifflichkeit fehlt es an operationalen Definitionen, und ihre Annahmen sind der direkten empirischen Überprüfung nicht zugänglich (ebd.).

³⁰ „Theorien mittlerer Reichweite“ (middle-range theory) sind begrenzter, und ihre Begriffe und Annahmen sind relativ spezifisch und konkret (ebd., S. 41).