Kasseler Gerontologische Schriften
Band 49

Begründet von R. Schmitz-Scherzer, H. Radebold
Und W. Tokarski

Hrsg. Von B. Jansen und F. Karl
Gabriele Herzig-Walch

Kommunikation in der Pflege
Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal
Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.) angenommen.

Erster Gutachter: Prof. Dr. Fred Karl
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Kaiser

Tag der mündlichen Prüfung 29. Juni 2009

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2009
ISBN print: 978-3-89958-742-5
ISBN online: 978-3-89958-743-2
URN: urn:nbn:de:0002-7437

© 2009, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Heike Arend, Unidruckerei der Universität Kassel
Druck und Verarbeitung: Unidruckerei der Universität Kassel
Printed in Germany
## Inhaltsverzeichnis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teil</th>
<th>Kapitel</th>
<th>Seiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vorwort</td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>I. Teil</td>
<td>1. Problemstellung und Ziele</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. Problemstellung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.2 Ziel der Arbeit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.3 Abgrenzungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.4 Wissenschaftstheoretische Einordnung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.5 Konzeptioneller Rahmen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Gegenwärtiger Stand der Kommunikationskompetenz in der Pflege</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Gegenwärtiger Stand der Pflege und das sich daraus ergebende Ausbildungsproblem</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.1 Demografische Entwicklung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.2 Veränderung der Klientel</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.3 Ort der Pflege</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.4 Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.5 Veränderungen der Leitbilder in der Pflege</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.6 Pflege als Dienstleistung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.7 Multikulturelle Pflege</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.8 Änderungen in der Verweildauer im Krankenhaus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.9 Institutionelle Verschiebungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.10 Zusammenfassung und Bezug zur Kommunikationskompetenz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Gegenwärtiger Stand der Pflegeausbildung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1 Ausbildungsformen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.1 Grundlegende Informationen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.2 Bundesgesetze</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.3 Pflegeausbildung (sekundäres System)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.3.1 Schulen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.3.2 Praktische Ausbildung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.4 Weiter- und Fortbildungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.5 Akademisierung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.6 Pflegeausbildung in Europa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1.7 Bewertung und Forderung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2 Qualität der Ausbildung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2.1 Kriterien der Ausbildungsqualität</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2.1.1 Formaler Abschluss</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2.1.2 Zufriedenheit der Lehrenden/ Lernenden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2.1.3 Berufliche Verwertbarkeit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2.1.4 Erwerb von Schlüsselqualifikationen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2.2 Bedeutung dieser Kriterien</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.3 Resümee: Schlüsselqualifikationen und das Problem der kommunikativen Defizite</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wege zur Verringerung der kommunikativen Defizite</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.1 Allgemeine Qualitätsüberlegungen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.1.1 Einführung und Begriffsbestimmung ................................................................ 79
5.1.2 Bisherige Ansätze ............................................................................................. 81
  5.1.2.1 Gesetzliche Bestimmungen ......................................................................... 81
  5.1.2.2 Aktivitäten von Einrichtungen und Kostenträgern ..................................... 81
  5.1.2.3 Ausbildungsgesetze .................................................................................... 82
  5.1.2.4 Zertifizierungen und Gütesiegel ................................................................. 83
  5.1.2.5 MDK und Krankenkassen .......................................................................... 84
  5.1.2.6 Kuratorium Deutsche Altershilfe und weitere Professionelle .................. 86
  5.1.2.7 Qualitätszirkel (QZ) .................................................................................. 87
5.1.3 Zusammenfassung ............................................................................................... 88
5.1.4 Qualitätsmanagement- und Pflegemessverfahren als neue Ansätze .......... 88
  5.1.4.1 EFQM ........................................................................................................ 89
  5.1.4.2 TRI:M ......................................................................................................... 90
  5.1.4.3 RAI ............................................................................................................. 91
  5.1.4.4 PLAISIR ..................................................................................................... 92
5.1.5 Zusammenfassung und Ausblick ...................................................................... 93
5.2 Forschungen zur Pflegeausbildung .................................................................... 94
  5.2.1 Impulse einer konstruktivistischen Didaktik ................................................ 95
  5.2.2 Bremer Modellversuch von Roes ................................................................. 97
  5.2.3 Kompetenzentwicklung in der Pflege ........................................................... 98
  5.2.4 Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz ............... 100
  5.2.5 Integrierte Pflegeausbildung in Bremen ....................................................... 103
  5.2.6 Integrierte Ausbildung von Kranken- und Altenpflege ............................. 104
5.3 Neue Ansätze der Didaktik der Pflege ............................................................... 105
  5.3.1 Begriffsbestimmung ....................................................................................... 105
  5.3.2 Kritisch- konstruktive Pfleigelernfelddidaktik ............................................. 106
  5.3.3 Subjektorientierter Ansatz ............................................................................ 109
  5.3.4 Deutungslernen ............................................................................................. 111
  5.3.5 Pflegedidaktische Grundlagentheorie ......................................................... 113
5.4 Pflegeberufliche Bildungsansätze ..................................................................... 114
  5.4.1 Beispiel für ein neues Ausbildungsmodell ................................................ 116
  5.4.2 Neue Curricula ............................................................................................. 117
    5.4.2.1 Schülerhandlungsproblemorientiertes Curriculum ......................... 117
    5.4.2.2 Am christlichen Menschenbild orientiertes Curriculum .................. 118
5.5 Weitere Ansprüche an die Pflegeausbildung ................................................ 119
5.6 Resümee: Verringerung der kommunikativen Defizite ................................... 122
6. Schlüsselqualifikationen ................................................................................... 124
  6.1 Allgemeine Betrachtungen ................................................................................ 124
    6.1.1 Herkunft des Begriffs ................................................................................ 124
    6.1.2 Begriffsbestimmung ................................................................................... 124
    6.1.3 Wissenschaftliche Bedeutung .................................................................... 126
  6.2 Schlüsselqualifikationen in der Pflegeausbildung ........................................ 128
    6.2.1 Konzept von Becker .................................................................................... 128
    6.2.2 Konzept von Ital und Knöferl ................................................................. 129
    6.2.3 Konzept von Brandenburg & Klie ........................................................... 131
    6.2.4 Vergleich und Bewertung ....................................................................... 132
    6.2.5 Kritische Anmerkungen .......................................................................... 134
  6.3 Erfahrungen von zwei Modellversuchen ..................................................... 135
    6.3.1 Modellversuch zur theoretischen Ausbildung ....................................... 135
    6.3.2 Modellversuch zur praktischen Ausbildung ......................................... 144
  6.4 Modellversuch aus dem kaufmännischen Berufsfeld .................................... 148
  6.5 Zusammenfassung ............................................................................................ 150
7. Schlussfolgerungen und Darlegung des Forschungsinteresses................................. 152

II. Teil ........................................................................................................ 154

1. Entwurf eines eigenen Konzeptes zur Kommunikationskompetenz........................................ 154
   1.1 Kommunikationskompetenz als grundlegende Kompetenz....... 154
   1.2 Aneignung und Realisierung von Kommunikationskompetenz ...... 157
   1.3 Eigenes Konzept zur Kommunikationskompetenz ................. 161
      1.3.1 Reflektiertheit ........................................................................ 161
      1.3.2 Kommunikationssituationsspezifizierung ..................... 167
      1.3.3 Deutungs- und Interpretationskompetenz .................... 170
      1.3.4 Zusammenfassung ................................................................. 175
   1.4 Bedeutung dieses Konzepts ......................................................... 175
      1.4.1 Arbeitszufriedenheit der Pflegenden ...................................... 175
      1.4.2 Lebenszufriedenheit der Gepflegten ....................................... 178
   1.5 Verknüpfungen und Implikationen .............................................. 179
      1.5.1 Verknüpfungen ................................................................. 179
      1.5.2 Ethische Verantwortung ....................................................... 181

2. Erste Überlegungen zur Umsetzung.................................................. 187
   2.1 Erste Gedanken ........................................................................ 187
   2.2 Wertediskussion .................................................................. 189
   2.3 Assessment Center ............................................................... 193
   2.4 Szenisches Spiel ................................................................. 196
   2.5 Praxisbegleitung ............................................................... 203
   2.6 Zusammenfassung ................................................................. 209

3. Erwerb von Kommunikationskompetenz ......................... 210
   3.1 Menschenbild .................................................................... 210
   3.2 Inhaltliche Bestimmungen und deren Begründungsrahmen .... 211
      3.2.1 Curriculare Erläuterungen ............................................... 211
      3.2.2 Didaktische Konzeption von Klafki ................................ 215
      3.2.3 Didaktische Überlegungen für die Pflegeausbildung .... 216
      3.2.4 Kommunikative Handlungsfelder ..................................... 218
   3.3 Methodisches Vorgehen ........................................................ 223
      3.3.1 Merkmale guten Unterrichts .............................................. 223
      3.3.2 Szenisches Spiel .............................................................. 224
      3.3.3 Theorie- Praxis- Transfer ................................................. 227
      3.3.4 Praxis- Theorie- Transfer ............................................... 229
      3.3.5 Praxisbegleitung ............................................................. 230
      3.3.6 Induktiv- deduktive Lernschleife ..................................... 236
      3.3.7 Zusammenfassung ........................................................... 239
   3.4 Organisatorische Voraussetzungen .......................................... 241

4. Weiterbildungsaspekte ................................................................. 243
   4.1 Einführung ......................................................................... 243
   4.2 Weiterbildungsaspekte für Pflegekräfte .............................. 246
   4.3 Weiterbildungsaspekte für Führungskräfte ........................... 248

5. Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung ..................................................252
6. Zusammenfassung ................................................................................................. 263

III. Teil: Versuch einer ersten Evaluation ........................................... 266

1. Forschungsmethodische Vorüberlegungen ........................................ 266
2. Voraussetzungen und Forschungsfrage ............................................. 270
3. Übersicht zur Evaluationsstudie .............................................................. 275
   4.1 Stichprobenbeschreibung .................................................................. 276
   4.2 Kommentierte Zusammenfassung des Unterrichtsprotokolls .............. 277
   4.3 Evaluationsstudie zum ersten Unterricht ........................................ 278
      4.3.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments .................................. 278
      4.3.2 Durchführung mit Fragebogen 2 ............................................. 282
      4.3.3 Auswertung von Fragebogen 2 ............................................. 282
   4.4 Ergebnisse ......................................................................................... 288
5. Zweiter Kommunikationsunterricht (4/2008) ......................................... 292
   5.1 Stichprobenbeschreibung .................................................................. 292
   5.2 Kommentierte Zusammenfassung des Unterrichtsprotokolls .............. 292
   5.3 Evaluationsstudie zum zweiten Unterricht ........................................ 293
      5.3.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments .................................. 293
      5.3.2 Durchführung mit Fragebogen 1 ............................................. 293
      5.3.3 Auswertung von Fragebogen 1 ............................................. 294
      5.3.4 Durchführung mit Fragebogen 2 ............................................. 298
      5.3.5 Auswertung von Fragebogen 2 ............................................. 299
   5.4 Ergebnisse ......................................................................................... 305
      5.4.1 Ergebnisse von Fragebogen 1 .............................................. 305
      5.4.2 Ergebnisse von Fragebogen 2 .............................................. 307
      5.4.3 Vergleich der Ergebnisse von Fragebogen 1 und Fragebogen 2 ...... 309
6. Diskussion der Ergebnisse beider Unterrichte ....................................... 311
7. Ausblick ...................................................................................................... 315
Literaturverzeichnis ........................................................................................... 317
Anhang ............................................................................................................ 338
   Anhang A: Einteilung und Gliederung von Kommunikation/
   Anhang C: Bogen zur Abschlussbeurteilung im Praktikum der
      Berufsfachschulausbildung für Altenpflege ....................................... 341
   Anhang D: Interviewleitfaden .................................................................. 344
   Anhang E: Herleitung der kommunikativen Handlungsfelder .................. 346
   Anhang F: Darstellender Vergleich von drei Lehrbüchern bzgl.
      Kommunikation/ Gesprächsführung .................................................. 348
   Anhang G: Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung .. 351
   Anhang H: Beispiele für Übungsmaterial zum Kommunikationsseminar .. 383
Anhang I: Niederschrift des Kommunikationsseminars 7/2006 .......... 384
Anhang K: Fragebogen 1 .................................................................. 411
Anhang L: Fragebogen 2 .................................................................. 413

Abkürzungsverzeichnis .................................................................. 416
Verzeichnis der Tabellen ................................................................. 417
Verzeichnis der Abbildungen ......................................................... 418
Erklärung ....................................................................................... 419
Vorwort

Die hier vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob und in welcher Weise dem Fachpersonal in Pflegeberufen bereits während ihrer Ausbildung kommunikative Kompetenzen vermittelt werden können.


Mein Anliegen ist es, mit dieser Arbeit dazu beizutragen, die Brücke zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung in der Pflege, im Bereich sozial-kommunikativer Kompetenzen, zu verbreitern und im Fundament mit theoretischen Grundlagen zu festigen.

Ich danke Prof. Dr. Heinz Jürgen Kaiser und Prof. Dr. Fred Karl für die gute Zusammenarbeit. Ich danke weiterhin dem Kollegium der Krankenpflegeschule in Schwabach für die Offenheit und Bereitschaft, das neue Konzept in der Kommunikationsausbildung erproben zu können und ich danke den Schülerinnen und Schülern, die daran teilgenommen haben.

Gaby Herzig- Walch im Januar 2009
I. Teil

1. Problemstellung und Ziele

1.1 Problemstellung


Vor diesem Hintergrund entwickelt die Autorin ein Konzept zur Verbesserung der Kommunikation, mit dem Titel „Kommunikation in der Pflege – Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal“. Dabei sollen einerseits die Erstausbildung und andererseits auch Fort- und Weiterbildung mit einbezogen werden.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit besteht darin, aus einer konzeptionellen Überlegung heraus, eine für die Praxis nutzbare Ausbildungsform zur Kommunikation vorzustellen. Bereits vorhandene Ansätze wie das Szenische Spiel (Scheller 2002, Oelke, Scheller & Ruwe 2000), Bestandteile von Assessment Centern des

1.3 Abgrenzungen


Dieser Verweis auf die kurze Geschichte der Pflege als wissenschaftliche Disziplin dokumentiert auch ihre Eigenständigkeit, um als Wissenschaft akzeptiert zu sein und nachhaltigen Einfluss auf die Inhalte ausüben zu können. Diese Eigenständigkeit der Pflege als Wissenschaft ist eng mit der


Pflege als Assistenzberuf der Medizin erhielt sich bis weit ins 20. Jahrhundert und auch heute ist die endgültige Emanzipation der Pflege von der Medizin
noch nicht abgeschlossen. Zu denken ist z.B. an Arztvisiten im Krankenhaus, die das Pflegefachpersonal oftmals zu Statisten degradieren.


Eine indirekte Aufwertung erfuhr die Altenpflege auch durch die Expansion der Gerontologie und dabei vor allem der sozialen Gerontologie, da dadurch fachliches und methodisches Wissen generiert wurde, das über die verschiedenen Aus- und Weiterbildungszweige wiederum der praktischen Altenpflege zufloss.


Pflegewissenschaft und Gerontologie stehen sich nahe, sowohl was die wissenschaftstheoretische Auffassung betrifft, die Orientierung an empirischen und heuristischen Positionen, als auch das Instrumentarium wissenschaftlicher Methoden und die Nähe zu den Bezugswissenschaften Pädagogik, Psychologie

---

1 Beispiele dafür sind die Kognitive Alternstheorie von Thomae; das Lehrbuch „Psychologie des Alterns“ von Lehr in der mittlerweile 11.Aufl; das Aufgreifen von Themen wie „Lebenszufriedenheit im Alter“ und „Altern als soziales Schicksal“

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Pflegewissenschaft durch mehrere Schnittstellen mit einer Reihe anderer Wissenschaften verbunden ist, wobei es keine Überschneidungen gibt, die die Eigenständigkeit der Pflegewissenschaft gefährden könnte. Eine eigenständige Pflegewissenschaft schafft die Grundlage, durch Theoriebildung und Forschung, die praktische Pflege auf ihrem Weg zur Professionalität voran zu bringen.

1.4 Wissenschaftstheoretische Einordnung
Diese wissenschaftstheoretische Diskussion wurde schon vor mehr als 40 Jahren in den USA geführt. Conant konstatierte bereits 1966 in einer ihrer Reden: „Theory and practice operate in both directions. Too often the importance of theory to practice is overemphasized at the price of underestimating the usefulness of practice in developing theory. Theory helps determine practice, but practice is itself essential in developing theoretical concepts in nursing“ (Conant 1997, S.538).
Pflegewissenschaft in ihrem Gegenstandsbereich umfassend zu definieren, stößt an Grenzen. „Im Hinblick auf den Gegenstandsbereich der Pflegewissenschaft sind aus meiner Sicht darüber hinaus zwei Aspekte bedeutsam: Der erste bezieht sich auf die Unmöglichkeit einer abschließenden theoretischen Definition und Abgrenzung…“ (Brandenburg 2004, S.15). Ein Versuch Pflegewissenschaft zu definieren stammt von Brandenburg selbst. Pflegewissenschaft ist die „Beschreibung, Analyse, Kritik und Überprüfung der Bedingungen und Auswirkungen des Phänomens ‚Pflege‘“ (Brandenburg 2003,

An der Zaghaftigkeit beider Definitionsversuche lässt sich ablesen, dass sich die eindeutige Festlegung der Pflegewissenschaft noch in einem Arbeitsprozess befindet und daher nicht abgeschlossen ist. Darauf verweist auch die Gründung der Arbeitsgruppe „Wissenschaftstheorie“, die in Fachgesprächen renommierter WissenschaftlerInnen diesen Prozess fördern will.

1.5 Konzeptioneller Rahmen

Der konzeptionelle Rahmen der Arbeit leitet sich aus der qualitativen Forschung ab. Im Vordergrund stehen Handlungsorientierungen von Auszubildenden, die es gilt durch geeignete Ausbildungsformen positiv zu beeinflussen.


Das Verfahren, das Kaiser verwendet, um die Handlungs- und Lebensorientierung älterer Menschen zu erfassen, ist das biografische Gespräch. Dieses Konzept ist auf Menschen jeden Alters übertragbar, also auch auf Jüngere. Dabei verkürzt sich lediglich die Zeitspanne, über die die Deutung erfolgen soll (nicht über die Lebensspanne, sondern auf näher zurückliegende Ereignisse) und es erfolgt eine Fokussierung auf bestimmte Lebensbereiche oder Themen.

Nah an dem Konzept der Handlungsorientierungen liegen die ebenfalls in der qualitativen Forschung angesiedelten „Subjektiven Theorien“ (König 1995, Bd.2).


- Kognitionen der Selbst- und Weltsicht
- als komplexes Aggregat mit (zumindest impliziter) Argumentationsstruktur
- das auch die zu objektiven (wissenschaftlichen) Theorien parallelen Funktionen

Die Interview- und Legetechnik zur Rekonstruktion kognitiver Handlungsstrukturen (ILKHA) von Dann & Barth (1995) wird von der Autorin als Grundlage für eine andere Form der Praxisbegleitung diskutiert und modifiziert. Die die Kommunikation konstituierenden Elemente, Reflektiertheit, Kommunikationssituationsdifferenzierung (KSD), Deutungskompetenz, werden als die Faktoren begründet, die die Konstruktion der Subjektiven Theorien begünstigen.


Die Einordnung der Arbeit in die qualitative Forschung begründet sich damit, dass Kommunikation von der Autorin nicht als reine Ansammlung von Techniken und Methoden verstanden wird (vgl. Brandenburg 2004a), sondern als Verknüpfung von Einstellungen, Werthaltungen und Handlungsorientierungen, die nicht durch quantifizierbare Wissensinhalte zu vermitteln oder zu verändern sind, sondern durch Methoden, wie sie die Forschung zu den Subjektiven Theorien zur Verfügung stellt. Persönliche Handlungs-

---

orientierungen in kommunikativen Situationen stehen dabei im Zentrum, die
ebenso einen qualitativen, interpretativen und biografieorientierten Zugang
erfordern.
2. Gegenwärtiger Stand der Kommunikationskompetenz in der Pflege


Gebrauch von Macht ist für Darmann ebenfalls ein Bereich, der keine hinreichende Behandlung in der Ausbildung erfahren hat.

Mehr oder weniger gravierende Mängel deckten Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in ambulanten und stationären Einrichtungen auf. Im ambulanten Bereich wurden bei 9% der Pflegebedürftigen allgemein unzureichende Pflegestandards festgestellt, bei 37% der Untersuchten bestanden Mängel in der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, bei 49% Versorgungsdefizite der Dekubitusprophylaxe und in 33% der Fälle Qualitätsmängel in der Pflege gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Personen. In der stationären Pflege ergab sich ein ähnliches Bild (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände, kurz MDS 2004, S.9-14).

Einigen, der hier identifizierten Defizite, insbesondere der Umgang mit gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Menschen, liegen ungenügende sozial-kommunikative Fähigkeiten zu Grunde.


An dieser Stelle der Argumentation soll auch darauf verwiesen werden, dass schon der Begriff „Mangel“ im Zusammenhang mit Pflege ein äußerst negativ besetzter Begriff im öffentlichen Interesse ist. Veröffentlichungen der letzten Zeit, die zwar für die Belange pflegebedürftiger Menschen sensibilisieren wollen, ist eine ausgeprägte Einseitigkeit zuteil (z. B. Breitscheidel 2005).
Einseitig deshalb, weil bei fast allen Vorgängen, die öffentliche Aufmerksamkeit erlangen, Defizite, Mängel und Missstände ein unverhältnismäßig großes mediales Interesse hervorrufen und eine Wirklichkeit implizieren, die so nicht stimmt. Die Kommunikationskompetenz des größten Teils der Pflegenden führt in sehr vielen Fällen zu gelingender Interaktion, nur wird dies eher selten öffentlich wahrgenommen. Deshalb ist gerade hier eine wissenschaftliche Aufarbeitung gefordert, die weit entfernt von Populismus, Defizite aufdeckt, aber auch Erfolge analysiert und zu Handlungsempfehlungen bündelt, im Sinne einer salutogenistischen Sicht.


In der Wettbewerbssituation versuchen Pflegeunternehmen mit Standards zu werben, um Kunden zu gewinnen und sind dabei weit entfernt von wissenschaftlich begründeten Festlegungen. Igl & Klie (2002) erklären diese Schwierigkeiten mit einem fehlenden Grundverständnis von Qualitätsmanagement. „Anders als insbesondere im angloamerikanischen Bereich gehört Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement noch nicht selbstverständlich zur Unternehmenskultur und zur professionellen Handlungsweise. In Deutschland sind Fragen danach üblich, wer denn die Kosten für die Qualitätssicherung trägt. Qualitätssicherung wird so als Additivum verstanden und nicht als integraler Bestandteil von
Für folgende Bereiche stellen Menke & Rohleder besonderen Qualifizierungsbedarf fest:

- Gerontopsychiatrie
- Kommunikation/ Gesprächsführung
- Beratung und Anleitung
- Pflege von Menschen aus anderen Kulturen
- Umgang mit Arbeitsbelastungen

Die Forderung nach einer Professionalisierung der Aus- und Weiterbildung kann, nach Menke & Rohleder, ebenfalls als Beitrag zur Qualitätssteigerung in der Pflege verstanden werden.
Ein interessanter Gedanke von Brandenburg (2004a) erweitert den Zugang zum Themenbereich Kommunikation/ Gesprächsführung und Qualität. Brandenburg identifiziert zwei Faktoren, die die Kommunikationsqualität beeinflussen. Das ist zum einen die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden, die wiederum von günstigen Arbeitsbedingungen abhängt und das ist zum anderen die Dauer der
Berufsausübung, wobei sich lediglich ein Zeitraum von ein bis fünf Jahren als zuträglich für erfolgreiche Gesprächsführung herausstellt (Brandenburg 2004a, S.136-137).


Dieses Blitzlicht des derzeitig beklagten Defizitzustandes der Kommunikationskompetenz, erfolgt in einer Phase großer gesellschaftlicher Veränderungen, die die Pflege in elementaren Bereichen erfasst. Das folgende Kapitel soll deshalb einen Überblick über die für die Pflege relevanten Veränderungen geben.

Die Anpassung der Ausbildung an die sich verändernden Bedingungen in der Pflege wird deshalb zum Ausbildungsproblem, weil die anzupassenden Ausbildungsstrukturen und –inhalte nicht mit dem raschen Wandel der Veränderungen Schritt halten können, sondern hinterherhinken.
3. Gegenwärtiger Stand der Pflege und das sich daraus ergebende Ausbildungsproblem

In der öffentlichen Diskussion, in der Politik und in der Wissenschaft wird seit einigen Jahren davon gesprochen, dass der Pflege große Veränderungen bevorstehen würden. Diese Veränderungen seien die Rechtfertigung für zu treffende gesundheitspolitische, arbeitsmarktpolitische und rentenpolitische Entscheidungen.


Die Pflegeausbildung und speziell auch die Kommunikationsausbildung werden von Veränderungen berührt, die die Pflege in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation erfassen. Diese Veränderungen werden im Folgenden dargestellt.

3.1 Demografische Entwicklung

Eine bildhafte Interpretation dieser Daten ist die Feststellung, dass die „Bevölkerungspyramide“ ihre Form zunehmend in Richtung eines Pilzes verändert. Nachfolgende Generationen haben einen geringeren Anteil und frühere Generationen einen höheren Anteil an der Gesamtbevölkerung.


Die demografische Entwicklung ist ebenso eine Herausforderung an die Pflege, da ein hoher Anteil älterer Menschen, statistisch betrachtet, auch die Anzahl von Pflege bedürftigen Menschen steigert. Die Zunahme des Lebensalters lässt den Bedarf von Pflegemaßnahmen wahrscheinlicher werden, was wiederum zusätzliche Anforderungen an die Pflege stellt, insbesondere bezüglich des personellen Angebots. Es muss gelingen den Beruf der Pflegekraft gesellschaftlich attraktiver werden zu lassen, um bei den zahlenmäßig geringer vertretenen jungen Menschen ein höheres Potential an Pflegenden zu rekrutieren, um den zahlenmäßig stark vertretenen älteren Menschen Pflegeangebote schaffen zu können.

Es gibt jedoch in verschiedenen Berufsgruppen Verantwortliche, die, durch die in den Medien verbreiteten Berichte über die sich verändernde Demografie, die gesellschaftliche Bedeutung von Pflege erst jetzt wahrgenommen haben und sich nun in populistischer Art und Weise für Pflegequalität inszenieren.

Dazu gehört die demografische Entwicklung als Begründung heranzuziehen, um für die Pflege höhere Qualität einzufordern. Dies ist nicht nachvollziehbar, denn dahinter steckt die Logik, Qualitätsansprüche von der Anzahl der Betroffenen abhängig zu machen. Sarkastisch gefragt hieße das: Können Minderheiten in diesem Sinne keine Ansprüche auf hohe Pflegequalität erheben? Diese Betrachtung entspricht nicht einer ethisch reflektierten Haltung und sollte unterlassen werden, denn jeder einzelne pflegebedürftige Mensch
hat Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Pflege und Minderheiten verdienen ebenso wie Mehrheiten die Aufmerksamkeit der Pflegewissenschaft.

3.2 Veränderung der Klientel

<table>
<thead>
<tr>
<th>Altersgruppe</th>
<th>Mittlere Prävalenzrate (%)</th>
<th>Schätzung der Krankenzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>65-69</td>
<td>1,2</td>
<td>50.000</td>
</tr>
<tr>
<td>70-74</td>
<td>2,8</td>
<td>94.000</td>
</tr>
<tr>
<td>75-79</td>
<td>6,0</td>
<td>136.000</td>
</tr>
<tr>
<td>80-84</td>
<td>13,3</td>
<td>225.000</td>
</tr>
<tr>
<td>85-89</td>
<td>23,9</td>
<td>253.000</td>
</tr>
<tr>
<td>90 und älter</td>
<td>34,6</td>
<td>142.000</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>gesamt:</strong></td>
<td></td>
<td><strong>900.000</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>65 und älter</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 1: Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (nach BMFSFJ 2002, S.167)

sind und nicht durch die Betreuung einer einzigen Berufsgruppe behandelt werden können“ (Brandenburg & Klie 2003, S.13).

Das heißt, dass Menschen, die in Zukunft Pflegeleistungen in Anspruch nehmen werden, ein hohes Alter (Hochaltrigkeit), eine Vielzahl von Erkrankungen (Multimorbidität) und dementielle Veränderungen aufweisen werden, wobei solche Zuschreibungen lediglich Wahrscheinlichkeitscharakter auf der Basis der Statistik aufweisen und keinesfalls Vorherbestimmungen für den Einzelfall sind.

3.3 Ort der Pflege
Mit dem „Ort“ der Pflege sind verschiedene Pflegekontexte angesprochen.

- Pflege im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige
- Pflege im häuslichen Umfeld durch professionell Pflegende
- Pflege in Institutionen (dauerhaft oder zeitweise)


Der zweite Kontext, der den Ort der Pflege beschreibt, meint die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Wohnung, durch professionelle ambulante Dienstleister.

Oft wird unterschätzt, dass eine große Mehrheit hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen in Privathaushalten lebt. „Im Jahre 1999 wurden etwa Dreiviertel der Pflegebedürftigen (1,44 Mio.) zu Hause versorgt. 1.03 Mio. der


Das Leben zu Hause wird von älteren Menschen gewünscht und dieser Wunsch erfüllt sich für eine Mehrheit auch.


Als weiterer „Ort“ von Pflege stellen sich Tagespflege- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen vor, die eine zeitlich festgelegte professionelle Betreuung anbieten.


3.4 Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen

Der wohl wichtigste gesetzliche Rahmen für das deutsche Pflegesystem war die Einführung der Pflegeversicherung 1995. Im Sozialgesetz (SGB) im XI. Buch wurden, unter der Überschrift „Soziale Pflegeversicherung“, die einzelnen gesetzlichen Regelungen dafür festgeschrieben. Seitdem gehört die Pflegeversicherung zum Kanon der Sozialversicherungen und ist, wie alle
Andererseits zementiert die gesetzliche Pflegeversicherung das negativ ausgeprägte gesellschaftliche Altersbild, indem es Alter und Pflegebedürftigkeit in direkten Zusammenhang bringt.
Insgesamt bedarf es immer neuer Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen an die sich wandelnden Gegebenheiten in der Pflege.
3.5 Veränderungen der Leitbilder in der Pflege

"Die Würde des Menschen ist unantastbar" (Artikel 1, Grundgesetz).


Sehr nah am Grundgesetz erweitert diese Formulierung die Perspektive lediglich um den Aspekt der körperlichen und/ oder geistigen Beeinträchtigung, bleibt ansonsten aber ebenfalls sehr abstrakt und deutbar.

Die Auseinandersetzung mit Leitbildern der Pflege ist deshalb so bedeutsam, weil sie neben den Gegebenheiten der zu pflegenden Person und den Voraussetzungen der Pflegekräfte, die dritte Komponente ausmacht, die den
Pflegeprozess bestimmt. Die Sicht auf den zu pflegenden Menschen, als das Produkt der Leitbildkultur einer Einrichtung, bestimmt den konkreten Pflegeprozess entscheidend mit.


Das Leitbild, das hinter dieser Formulierung steht, zielt darauf ab, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit zu fördern und Ressourcen zu erhalten.


Betrachtet man die Zielbestimmung von Pflege als deren Leitbild, so kann man mit Brandenburg & Klie festhalten: „Ziel der Pflege ist es, Gesundungsprozesse zu unterstützen, Selbständigkeit im Alltag zu fördern sowie insgesamt die Lebensqualität bei Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu erhöhen“ (Brandenburg & Klie 2003a, S.143).

### 3.6 Pflege als Dienstleistung

Pflege als Dienstleistung auffassen zu können, ist erst die Folge eines veränderten Verständnisses von Pflege allgemein. Pflege ist dabei nicht mehr nur im Akt christlicher Nächstenliebe oder im unterstellten angeborenen weiblichen Fürsorgedenken begründet und der „Entweder- Oder“- Diagnose,


wurden. Das Angebot für Pflegebedürftige differenziert und erweitert sich und beruflich Pflegende können sich neue Tätigkeitsfelder erschließen.

### 3.7 Multikulturelle Pflege


In Deutschland leben ca. 7,3 Millionen Migranten (Stand 2003), davon sind mehr als 666.000 über 60 Jahre alt, d.h. etwa 9 %. 1970 lebten knapp 3 Millionen Migranten in Deutschland, davon waren etwa 83.600 über 60 Jahre alt. Das waren knapp 3 %. Ähnlich wie in der deutschen Bevölkerung steigt auch unter den Migranten der Anteil von älteren Menschen stark an. Innerhalb von etwas mehr als 30 Jahren verachtfachte sich deren Zahl (nach Kruse, Schmitt, Dietzel- Papakyriakon & Kampanaros 2004a, S.577).


Da sich mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und/oder hilfe- oder pflegebedürftig zu werden erhöht, braucht es Konzepte um den Ansprüchen der älteren und alten Migranten gerecht werden zu können.

Andrea Zielke- Nadkarni, Professorin an der Fachhochschule Münster, weist als einen ihrer Forschungsschwerpunkte die Beschäftigung mit soziokulturellen Minderheiten aus (Zielke- Nadkarni 2006). Als wissenschaftliche Leiterin arbeitete sie verantwortlich an der Broschüre „Kultursensibel pflegen. Fallbeispiel zur theoriegeleiteten Umsetzung des Pflegeprozesses“ mit, die vom


Wie der Umgang mit Migranten in der Pflege gestaltet werden sollte, ist ein Thema, das unterschiedliche Standpunkte zulässt, aber die Tatsache, dass es eine Beschäftigung mit Migranten in der Pflege geben muss, bleibt in jedem Fall außer Zweifel.

Diese Tatsache eröffnet die Möglichkeit das kulturelle und sprachliche Wissen dieser Pflegekräfte für die Pflege der Älteren zu nutzen und dabei zugleich Integration zu fördern, in dem Sinn, dass diese Pflegekräfte Kompetenzprofile einbringen von denen KollegInnen lernen können, mit dem Ziel gegenseitigen Verständnisses und Respekts.

### 3.8 Änderungen in der Verweildauer im Krankenhaus


Patienten verlassen das Krankenhaus so frühzeitig, dass in vielen Fällen eine weiterführende, oftmals vorübergehende Pflege benötigt wird. Pflegeberatung bzw. Überleitungspflege sollte an diese Stelle treten, um Patienten und Angehörige das benötigte Wissen und die gewünschten Ratschläge zu vermitteln. Gerade die ambulanten Versorgungseinrichtungen müssen sich darauf einstellen auch solche Leistungen zu übernehmen, die vor einiger Zeit die Akutkrankenpflege übernahm. Doch ebenso muss sich die stationäre Altenpflege auf neue Ansprüche einstellen, nämlich die sehr frühzeitige Übernahme von Patienten aus dem Krankenhaus. Insgesamt bedarf es der Kompetenzerweiterungen der Pflegekräfte und zudem erweiterter Organisationsformen der Einrichtungen im Blick auf Zusammenarbeit und Vernetzung.

3.9 Institutionelle Verschiebungen


Case Management, als institutionelle Verantwortung bezogen auf ein modernes Pflegeverständnis, braucht öffentliche Aufmerksamkeit, um ausgebildet und schließlich ausgeübt werden zu können. Dabei kann eine Verknüpfung mit den Erfahrungen der Sozialarbeit den Weg zur Professionalisierung weisen.
3.10 Zusammenfassung und Bezug zur Kommunikationskompetenz

Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen prägen die derzeitige Situation der Pflege und sind für den Wandel, der die Pflege erfasst hat, verantwortlich.


4. Gegenwärtiger Stand der Pflegeausbildung

4.1 Ausbildungsformen

4.1.1 Grundlegende Informationen


die Reihenfolge einer ersten Differenzierungsphase und einer anschließenden Integrationsphase für begründet.


Auch die Expertenkommission der RBS favorisiert eine generalistische Pflegeausbildung, wobei es hier neben strukturellen Veränderungen um eine grundsätzliche Neuorganisation der Ausbildung geht. Das Expertengremium schlägt ein eigenes Ausbildungsmodell vor, das durchlässige Qualifizierungsstufen vorsieht und auf einer zweijährigen generalistischen Grundausbildung aufbaut. Je höher die erreichte Qualifizierungsstufe ist, desto weniger Generalisten und desto mehr Spezialisten bringt das Modell hervor. Die zunehmende Spezialisierung setzt sich bis in den Hochschulbereich fort (RBS 2001). (Einzelheiten zu diesem Ausbildungsmodell im I. Teil, Kap. 5.4.1).

Die Pflegeausbildung erfährt im bundesdeutschen Bildungswesen eine Sonderstellung, da sie weder eine Ausbildung im dualen System


„Während somit grundständig ausgebildetes, examiniertes Personal fehlt und der Schattenarbeitsmarkt für Pflege- und Betreuungspersonal ohne angemessene und eindeutige Qualifizierung unaufhaltsam wächst, boomt...

Ähnlich wie in Deutschland brachte der II. Weltkrieg auch in den USA eine Wende für den Bedarf an Pflegekräften. In den Militärhospitälern war eine große Nachfrage nach Krankenschwestern, die so schnell wie sie gebraucht wurden, gar nicht ausgebildet werden konnten. Außerdem blieben nach dem Krieg viele verwitwete und allein stehende ältere Menschen zurück, die eine Versorgung benötigten. In den USA setzte daraufhin eine Veränderungswelle in der Pflegeausbildung ein. „After World War Two, however, this situation changed. Many nurses volunteered for military service. So many nurses volunteered for military service that hospitals found that they didn’t have enough nurses. Using a grant from the Kellogg Foundation, a nurse in the U.S. pilot tested a program to educate nurses in two years at a community college. This idea was meant to produce nurses faster than had been the case previously and that these nurses would receive an associate degree instead of a diploma. At the same time, nursing education was moving even more into the universities, but at a slower rate than rise of these associate degree programs“ (Powers 2001, S.325).


4.1.2 Bundesgesetze
Nach Jahren der Auseinandersetzungen in der gesetzgebenden Instanz konnte 2003 auch für die Altenpflege ein Bundesgesetz (AltPflG) und anweisende Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (AltPflAPrV) erlassen werden (KDA 2002). Für die Krankenpflege erfolgte 2004 eine Neuauflage des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und 2003 der Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) (Dielmann 2006). Der Vorteil eines Bundesgesetzes in der Altenpflege besteht darin, dass damit eine einheitliche Regelung geschaffen wurde, wie lange, mit welchen Voraussetzungen und mit
welchem Stundenumfang die Ausbildung gestaltet sein muss. Bis 2003 war die Altenpflegeausbildung ausschließlich Länderverordnungen unterstellt und erwies sich in der Realität als heterogene, meist nicht vergleichbare, unterschiedlich lange und mit unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen belegte Berufsausbildung (BMFSFJ 2001). Im Bundesgesetz wird die Gesamtverantwortung für die Ausbildung an die Schulen übertragen, was deren Wertigkeit steigert.


Als Beispiel für die offene Formulierung der Ausbildungsinhalte dienen die Absätze zur Kommunikation:

- 1.4 Anleiten, beraten und Gespräche führen
  - Kommunikation und Gesprächsführung
  - Beratung und Anleitung alter Menschen
  - Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen
  - Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegefachkräfte sind.

(KDA 2002, S.131-132)


4.1.3 Pflegeausbildung (sekundäres System)

4.1.3.1 Schulen


Die Bundesgesetze enthalten einen Anforderungskatalog über den Mindeststandard der Ausstattung der Pflegeschulen, doch die konkrete Ausstattungsgüte hängt von den Aufwendungen des jeweiligen Trägers ab, ist demnach nicht uneingeschränkt vergleichbar.
Ausbildungsstätte gebunden, d.h. die Teilnehmer/innen erfahren im Rahmen ihrer Ausbildung gegebenenfalls einen mehrfachen Dozentenwechsel“ (Menke & Rohleder 2003, S.148).


4.1.3.2 Praktische Ausbildung


„Die erfahrungsgemäß von einigen Krankenpflegeschülern/Krankenpflegeschülerinnen als partiell, von anderen als total erlebte Zusammenhanglosigkeit von theoretischem Unterricht und praktischer


Diese Einschätzung des Expertengremiums der RBS stammt aus der Zeit vor Einführung der neuen Berufsgesetze. Doch auch danach hat sich, nach Landenberger et al. (2005), mehr an Ansprüchen und theoretischen Forderungen, als an realen Veränderungen ergeben. Zwar „sind Ausbildungsträger gehalten entsprechende arbeitsorganisatorische, dienstrechtliche bzw. arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen festzulegen und diese sicherzustellen“ (Landenberger et al. 2005, S.56), doch was ist konkret damit gemeint, „jemand ist angehalten etwas zu tun“ und wer überprüft die geschaffenen Rahmenbedingungen in der Praxis?

Zwar gibt es die Vorhaltung für eine Praxisanleitung, doch eine pädagogische und curriculare Vernetzung zum Lernort Schule, bleibt für jede Einrichtung frei gestaltbar, so dass in vielen Fällen wiederum Kostenfaktoren mit pädagogischen Notwendigkeiten konkurrieren.

Von der Seite der Schule empfehlen die neuen Berufsgesetze eine Praxisbegleitung durch LehrerInnen, um die SchülerInnen persönlich bei
Praxiseinsätzen zu begleiten, für Reflexionsgespräche zur Verfügung zu stehen und um die inhaltliche Gestaltung der praktischen Ausbildung mit den AnleiterInnen abzustimmen (Dielmann 2006, S.140). Nur, und das ist auch hier der große Nachteil, bedarf es für die Umsetzung dieser sehr positiv zu wertenden Neuerung, Zeitbudgets für alle Beteiligten, die eine solche Form der Praxisbegleitung erst möglich machen. Ohne eine solche Festlegung bleibt die noch so gut gemeinte Praxisbegleitung eine leere Worthülse und unterliegt dem vorherrschenden Wirtschaftlichkeitsdenken in den Betrieben des Gesundheitswesens (RBS 2001).


\(^1\) Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie

Das Ergebnis dieser Studie ist die Formulierung von Vorschlägen, die zwar durchweg hoch interessante Aspekte der praktischen Ausbildung betreffen, aber lediglich als gut gemeinte Empfehlung, ohne Umsetzungsverpflichtung charakterisiert werden kann.

Die unbefriedigende Situation der Praxisanleitung in Deutschland hat ihre Ursachen in der unklaren Zuständigkeit der Verordnungs- und Kontrollinstanzen, die durch den ausgeprägten Bildungsföderalismus gegeben ist. „Fast alle EU- Staaten (haben) die gesamte pflegeberufliche Bildung auf Grund ihrer zentralistischen Steuerung einheitlich und systematisiert in das staatliche Bildungswesen integriert“ (Stöcker 2005a, S.2).


Diese Uneinheitlichkeiten benannten Müller & Koepppe (2003), die in NRW einen Modellversuch zur praktischen Ausbildung durchführten, als wesentliches Grundproblem der praktischen Ausbildung, „nämlich die zum Teil geringe
berufspädagogische Qualifikation der Ausbilder“ (Müller & Koepppe 2003, S.583).
Insgesamt ist die praktische Pflegeausbildung derzeit von einer Menge richtungweisender Überlegungen geprägt, die allerdings in der Realisierung oftmals dem Zufall und guter Fügung überlassen bleiben.

4.1.4 Weiter- und Fortbildungen
Insgesamt beurteilt der Expertenrat der RBS die Lage am Fort- und Weiterbildungsmarkt in der Pflege als durchaus positiv, da das Bewusstsein zur Weiterbildung sehr verbreitet ist. Allerdings darf dabei das Problem der


Ein weiterer Aspekt ist ein potentieller Geschäftserfolg, den einzelne Anbieter auf dem Weiterbildungsmarkt erkennen und für ihre eigenen Interessen ausnutzen. Die Lücke von klar definierten gesetzlichen Regelungen, lädt manche unseriöse Bildungsanbieter geradezu ein, Weiterbildung nicht nach Qualitätskriterien, sondern nach Gewinnmaximierung durchzuführen. So gibt es


- Rahmenbedingungen klären
- Bedarfsermittlung
- Festlegung der Lernziele und der Zielgruppen
- Bestimmung der geeigneten Maßnahmenformen
- Auswahl konkreter Angebote
- Transfersicherung und Erfolgskontrolle


4.1.5 Akademisierung

Nach dem II. Weltkrieg stieg der Bedarf an Pflegekräften in den USA stark an und man schuf einen zusätzlichen Weg, Pflegekräfte auszubilden, nämlich den

Jahre 2050 und eine nicht gekannte öffentliche und politische Aufmerksamkeit für das Thema Pflege: Wenn das keine günstigen Bedingungen für die Professionalisierung eines Berufsstandes wären“ (Brandenburg & Klie 2003, S.114).


Diese kurz gefasste Gegenüberstellung macht bereits deutlich wie nötig ein Konsensprozess innerhalb der Disziplin wäre, um nach außen eine klare Profilbildung demonstrieren zu können.

Meifort (2001), in ihrer Rolle als Berufsbildungsforscherin, entwirft ein krisenhaftes Bild vom Stand der Pflege. Die hohe Fluktuation von ausgebildeten Pflegekräften und deren Ersatz durch Angelernte auf der einen Seite und die Akademisierung auf der anderen Seite betrachtet sie als Argument für die Polarisation in der Pflege. Damit, so Meifort, ist keine professionelle Pflege zu leisten. Deshalb, so kritisiert die Forscherin, darf Akademisierung nicht darin

Als Versuch der Zusammenführung der verschiedenen Auffassungen, lässt sich Akademisierung als die wissenschaftlich begründete Ausbildung von Pflegekräften, vermittelt über Pflegepädagogen, verstehen und zugleich als Etablierung einer Wissenschaft, mit allen inhärenten wissenschaftstheoretischen Diskussionen.

In der Vielzahl von pflegebezogenen Studiengängen, sind drei Schwerpunkte auszumachen:

- **Pflegemanagement** in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- **Pflegepädagogik:**
  - Pflegepädagogik (z.B. PflegelehrerInnen)
  - Medizinpädagogik
  - Lehramt Pflege
- **Gesundheit**
  - angewandte Gesundheitswissenschaft
  - Gesundheitsmanagement
  - Public Health

(nach RBS 2001, S.118)

Ähnlich wie im gesamten europäischen Hochschulsystem erfolgt auch in Deutschland der so genannte „Bologna- Prozess“, bei dem die Umwandlung von Diplomstudiengängen zu Bachelor-/ bzw. Master- Studiengängen erfolgt und die Leistungsnachweise im Studium durch „credit points“ internationalisiert werden (Stöcker 2005a).
4.1.6 Pflegeausbildung in Europa


<table>
<thead>
<tr>
<th>Struktur der Pflegeausbildung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>D</strong></td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GB</strong></td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NL</strong></td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Qualifikationsstufen und Durchlässigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>D</strong></td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GB &amp; NL</strong></td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
</tr>
</tbody>
</table>
➢ Lehrerqualifikation
   D uneinheitlich zwischen Alten- und Kranopflege und zwischen Schulleitungen und Pflegelehrerin
   PraxisanleiterIn mit unterschiedlichen Qualifikationen
   GB für alle Lehrer Berufsqualifikation plus Hochschulqualifikation plus pädagogische Hochschulqualifikation
   Praxisanleiterin mit Berufsqualifikation und jährlichen Fortbildungen
   NL ähnlich wie in GB

➢ Ausbildungsinhalte der Theorie
   D unterschiedliche Ausbildung, je nach Pflegezweig
   GB & NL generalistische Basisausbildung plus spätere Spezialisierungen

➢ Ausbildungsinhalte der Praxis
   D Lernangebote der jeweiligen Einrichtung, wobei Erweiterung der Praxiseinsätze in zusätzlichen Bereichen vorgesehen ist
   GB & NL Praxisinhalte je nach Ausbildungsziel festgelegt

➢ Fort- und Weiterbildungen
   D nicht ins öffentliche Bildungssystem integriert; unterschiedlich geregelt und kontrolliert
   keine Fortbildungspflicht zum Erhalt der Berufszulassung
   GB & NL ins öffentliche Bildungssystem integriert, geregelt und kontrolliert
   Fortbildungspflicht; in NL in Vorbereitung

➢ Qualitätssicherung
   D nicht vorgeschrieben; erfolgt nur in Modellversuchen
   GB & NL gesetzlich vorgeschriebenes Qualitätsmanagement;
   Evaluierungen führen zu Konsequenzen.


Ergänzt wird diese Darstellung durch die Übersicht der Pflegeausbildungen in den Ländern der europäischen Union (Stand 1998) der RBS und dem Vergleich


Allerdings könnten die europäischen Nachbarn in manchen Feldern eine Vorbildfunktion einnehmen. Das betrifft vor allem die Integration der Pflegeausbildung ins staatliche Bildungssystem und die daraus folgenden Konsequenzen für die Verbindlichkeit von Regelungen, Vorschriften und Kontrollen.

Der Anspruch, Pflege müsse akademisiert werden, um eine hohe Pflegequalität zu erreichen, kann durch den europäischen Vergleich nicht begründet werden. Zwar koordinieren Deutschland, Österreich, Frankreich und Luxemburg den tertiären Bildungsweg, wie die Hochschulausbildung auch genannt wird, kaum oder gar nicht mit der Berufsausbildung. Aber daraus auf die Pflegequalität zu schließen ist nicht seriös, denn Pflegequalität ist differenzieter zu betrachten, als dass nur eine einzelne Strukturveränderung, wie z. B. die Akademisierung, grundlegende Veränderungen brächte. Dennoch ist im deutschen System die Unverbundenheit, die geringe Koordination und Kompatibilität von Berufs- und Hochschulausbildung sehr zu kritisieren.

4.1.7 Bewertung und Forderung

Die Pflegeausbildung ist neben der Qualitätsbetrachtung eine Zielscheibe für Bewertungen und Forderungen. War es vor dem in Kraft treten des APfLG


Die Vorschläge für die praktische Ausbildung, insbesondere für die Rolle der PraxisanleiterIn und die Zusammenarbeit zwischen Schule und Praxisort, sind zu begrüßen und gleichzeitig zu kritisieren, da sie durch das Fehlen von geeigneten Rahmenbedingungen lediglich einen guten Eindruck erwecken wollen, der die Realität übersieht. Unterschiedliche Qualifizierungs- voraussetzungen für die gleiche Funktionsstelle, sind das Ergebnis von Jonglierakten bundes- und länderbehördlichen Gesetzgebungsinstanzen.

Der schwerwiegende Kritikpunkt, des defizitären Theorie-Praxis-Transfers, kann in all seinen Einzelphänomenen auch nicht durch das APflG und das KrPflG entschärft werden.

Die zusammenfassende Betrachtung der Pflegeausbildung lässt sich anhand von drei Aspekten bündeln.

Der eine Aspekt sind die unzureichenden gesetzlichen Rahmenbestimmungen, einerseits bezogen auf kaum nachvollziehbare Kompetenzverteilungen zwischen Bundes- und Länderrecht und andererseits bezogen auf die Sonderstellung der Pflegeausbildung im deutschen Bildungssystem.

Der dritte Aspekt meint schließlich die Übereinkunft, verbindliche Bildungsziele anzustreben, die nicht kurzfristig auf aktuelle Situationsanforderungen zugeschnitten sind, sondern als übergeordnete Bildungsziele die Ausbildungsrichtlinien in den Pflegeberufen langfristig repräsentieren. Übergeordnete Bildungsziele werden im Konzept der Schlüsselqualifikationen vertreten. „Schlüsselqualifikationen sind berufübergreifende Qualifikationen, welche die Teilnehmer/innen zu einem angemessenen Umgang mit wechselnden beruflichen Anforderungen und Situationen befähigen und deren Persönlichkeit fokussieren“ (Menke & Rohleder 2003, S.151).

Das Wissen und die Bedeutung dieser grundlegenden Qualifikationen muss zunächst den Lehrenden, beispielsweise in der hochschulischen Lehrerausbildung, nahe gebracht werden. An der Hochschule wird Pflegelehrkräften die erforderliche Methodik und das didaktische Wissen vermittelt, um später in der Pflegeschule den Erwerb der Schlüsselqualifikationen der Pflege SchülerInnen zu ermöglichen. Der große Nutzen der Schlüsselqualifikationen liegt darin, durch fachliche, soziale, personale und methodische Kompetenzen, Auszubildende über konkrete Anforderungssituationen hinaus zu qualifizieren, um auf einem höheren Niveau das Berufsgeschehen zu reflektieren und zu bewältigen.

4.2 Qualität der Ausbildung

„Strukturqualität bezeichnet generell die Rahmenbedingungen für Pflege, insbesondere sozialpolitische und gesetzliche Vorgaben sowie Verfahren,

4.2.1 Kriterien der Ausbildungsqualität

„Die Festlegung einheitlicher Rahmenbedingungen für die Altenpflegeausbildung in einer bundesgesetzlichen Regelung und in einer entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist als ein notwendiger und sinnvoller Schritt im Hinblick auf die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflegeberufe zu sehen, sie allein garantiert jedoch noch keine Ausbildungsqualität“ (Menke & Schnabel 2001, S.192).


4.2.1.1 Formaler Abschluss


Mit diesen Einschränkungen des formalen Berufsabschlusses in den Pflegeberufen in Deutschland (mangelnde Übertragbarkeit, fehlende internationale Akzeptanz, unzureichende Weiterbildungsvoraussetzung) wird seine Bedeutung immens geschmälert. Daraus ist die Schlussfolgerung zu ziehen, dass die Ergebnisqualität der Ausbildung, im Fokus des formalen Abschlusses, begrenzt ist.

4.2.1.2 Zufriedenheit der Lehrenden/ Lernenden

Am häufigsten wird das Konzept der „Zufriedenheit“ mittels direkter Befragung erfasst. Es wäre durchaus vorstellbar Lehrkräfte und SchülerInnen, beispielsweise anlässlich von Praktikumseinsätzen, über ihre Zufriedenheit mit dem Praktikum zu befragen, um dadurch etwas über die erlebte Qualität der


Die Befragungsverzerrung, die Antworttendenz der so genannten „sozialen Erwünschtheit“, scheint bei qualitativ Erhebung weniger störend Einfluss zu nehmen, als bei standardisierten Fragebogenuntersuchungen.

4.2.1.3 Berufliche Verwertbarkeit


Ein weiterer Aspekt sollte für die Kriterien der beruflichen Verwertbarkeit mitberücksichtigt werden. Die Berufsbibliographie eines Menschen verläuft nur in seltenen Fällen in einer Berufsschiene. Sehr viel häufiger ändern oder erweitern Menschen ihren Berufsweg, was im modernen Sprachgebrauch „Flexibilisierung“ genannt wird. Gerade aus diesem Grund sollte „berufliche Verwertbarkeit“ nicht allein an Fachkompetenzen festgemacht werden, da diese stark an ein Berufsbild gebunden sind und Flexibilität dadurch nur sehr bedingt

4.2.1.4 Erwerb von Schlüsselqualifikationen


Dieser Ansatz könnte recht genau die bisher bestehende Lücke schließen, um Kompetenzerwerb als Qualitätskriterium konkret erfassbar zu machen.

Mit den Qualitätskriterien (formaler Anschluss, Zufriedenheit der Lehrenden/Lernenden, berufliche Verwertbarkeit, Schlüsselqualifikationen) ließe sich, nach ergebnisqualitativen Gesichtspunkten, die Ausbildungsqualität bestimmen, mit der Einschränkung, dass die Operationalisierungsmöglichkeiten einzelner Kriterien verfeinert werden müssen.

4.2.2 Bedeutung dieser Kriterien

„Angesichts steigender Anforderungen, einer im Vergleich kürzeren Berufsverweildauer und hoher Personalfikulation ist eine hohe Ausbildungsqualität eine zentrale Voraussetzung für die Bewältigung der beschriebenen Aufgaben. Die oben dargelegten Qualitätskriterien, die der


- bereichsspezifische Fach- und Sachkompetenz
- Methodenkompetenz
- Sozialkompetenz
- Selbstkompetenz.

Anwendungs- und Gesellschafts-/ Umweltkompetenz, die anfangs einbezogen waren, wurden als bloße randständige Aspekte später weg gelassen (Schaeper & Briedis 2003). In den übrigen vier Kompetenzbereichen fühlten sich die HochschulabsolventInnen als mittel bis gut ausgebildet. Unterschiede stellten sich je nach Studienfach (Staatsexamenfächer schnitten schlechter ab), in

Überträgt man die Feststellungen dieser Studie auf die Pflegeausbildung kann die hohe Bedeutung der Schlüsselqualifikationen bestätigt werden. Die Fokussierung von Schlüsselqualifikationen in der Berufspraxis gilt ebenso für die pflegeberufliche Ausbildung und zwar sowohl im Hochschulsektor als auch im berufsbildenden, sekundären Sektor. Darüber hinaus müssen sich die spezifischen Arbeitsstrukturen nach ihrer Ausrichtung messen lassen und erfordern besonders dann schlüsselqualifikatorische Voraussetzungen, je teamorientierter, je selbstverantwortlicher und je weniger hierarchisierend sie gestaltet sind.

### 4.3 Resümee: Schlüsselqualifikationen und das Problem der kommunikativen Defizite

5. Wege zur Verringerung der kommunikativen Defizite

5.1 Allgemeine Qualitätsüberlegungen


Um Möglichkeiten zur Verringerung kommunikativer Defizite zu analysieren, soll zunächst der Weg über allgemeine Qualitätsüberlegungen eingeschlagen werden. Mit einem Überblick zu bisherigen Ansätzen zur Qualitätsentwicklung, zu Qualitätsmanagement und Pflegemessverfahren, zu Implikationen aus der Forschung zur Pflegeausbildung und der Pflegedidaktik, soll nun der Fokus auf pflegeberufliche Bildungsansätze gelenkt werden, die die kommunikative Kompetenz als Schlüsselkompetenz betrachten und damit Wege zur Verringerung der kommunikativen Defizite beschreiben.

5.1.1 Einführung und Begriffsbestimmung


Derzeit fokussiert sich sowohl in gesellschaftlichen Diskussionen, als auch in wissenschaftlichen Veröffentlichungen die Aufmerksamkeit auf Qualitätsfragen der Pflege. Das Bekanntwerden von Pflegemissständen geschieht durch Buchveröffentlichungen (Breitscheidel 2005) und durch Berichterstattung der Medien. Auf der anderen Seite steht das Bemühungen, das Pflegesystem den aktuellen Veränderungen anzupassen. Viele Unternehmungen kennzeichnen
einen Scheitelpunkt, der in Kenntnis von Versäumnissen bisheriger Ansätze, auf eine viel versprechende Weiterentwicklung durch neue Konzepte blicken lässt.

5.1.2 Bisherige Ansätze

5.1.2.1 Gesetzliche Bestimmungen

Ein ähnliches Anliegen, wie das PQsG, verfolgt die Novellierung des Heimgesetzes (2001), das die Qualität der Betreuung und Pflege in Heimen schützen und verbessern will und dazu auch die Mitwirkungsrechte von Heimbewohnern stärkt (BMFSFJ 2002).

Allerdings, so betonen Igl & Klie (2002), handelt es sich bei diesen gesetzlichen Vorgaben lediglich um Mindeststandards von Qualitätssicherungsverpflichtungen, die durch Selbstverpflichtungen der Einrichtungen und durch externe Verfahren von professionellen Qualitätsprüfern erweitert werden müssen.

5.1.2.2 Aktivitäten von Einrichtungen und Kostenträgern
Als ein Beispiel für die Selbstaktivität von Einrichtungen zur Qualitätssicherung dient der Fragebogen zur Kundenbefragung im Bereich der stationären Pflege des Verbandes katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e.V., der Caritas (2003). Eine beauftragte Unternehmensberatungsfirma befragte Bewohner, bzw. Angehörige oder gesetzliche Betreuer, über ihre Zufriedenheit mit der Wohnform, der Berücksichtigung ihrer

Die Bedeutung von selbstverantwortlichen Maßnahmen einzelner Einrichtungen zur Qualitätsentwicklung sollten in ihrer Wirkung als Fokussierung auf Qualitätsfragen nicht unterschätzt werden. Sie müssen sich allerdings wissenschaftsmethodisch kritisch hinterfragen lassen. Solche Versuche können als Beispiele für internes Qualitätsmanagement gelten.

5.1.2.3 Ausbildungsgesetze


5.1.2.4 Zertifizierungen und Gütesiegel

Pflege als Dienstleistung und Pflegeeinrichtungen als Wirtschaftsunternehmen zu betrachten, weist auf eine Hinwendung zu wirtschaftlichem Denken, zu Kundenwerbung und Konkurrenz hin. Pflegeeinrichtungen stehen miteinander
im Wettbewerb und konkurrieren um Marktanteile, d.h. um Kunden oder Bewohner.


5.1.2.5 MDK und Krankenkassen


Die Daten für diesen ersten Bericht wurden 2003 an ca. 18% der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erhoben. Dabei fanden 82,5 % der Prüfungen angemeldet statt. Im Allgemeinen führt der MDK neben Stichprobenprüfungen vergleichende Prüfungen und anlassbezogene
Einzelprüfungen durch, die in der Regel durch Beschwerden veranlasst und durch spätere Evaluationsprüfungen kontrolliert werden. Geprüft wird dann, ob die vorgeschlagenen Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeleitet wurden.

„Damit haben die Medizinischen Dienste insbesondere im Rahmen der

- **Strukturqualität**: Ausstattung, Organisation und Qualifikation
- **Prozessqualität**: Pflegeprozessplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards sowie Durchführung der Pflege
- **Ergebnisqualität**: Aktivierungserfolg, Unterstützung bei der Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen, Zufriedenheit der Pflegebedürftigen, Einbeziehung sozialer Netze etc.

zu prüfen“ (MDS 2000, S.9).


Insgesamt erscheinen die Qualitätsprüfungen durch den MDK als umfassend und durch die Beratungsorientierung als geeignetes Instrument zur Qualitätsentwicklung. Unbefriedigend ist allerdings, dass die Mehrzahl der Prüfungen angemeldet ist und dass bei Qualitätsmängeln die Verbindlichkeit bzw. der Handlungszwang in entsprechenden Fristen, nicht klar geregelt und vom Gesetzgeber abgesichert ist. Zudem findet keine Veröffentlichung der Namen der bewerteten Einrichtungen statt, so dass eine verbraucherorientierte Informationsweitergabe weiterhin fehlt.
5.1.2.6 Kuratorium Deutsche Altershilfe und weitere Professionelle


Dieses Handbuch, im Umfang von ca. 10 000 Fragen, wurde von PflegewissenschaftlerInnen und praktisch Tätigen gemeinsam entwickelt. Es richtet sich an MitarbeiterInnen der Pflege, um die einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung zu befördern. Dabei geht es weniger um eine Defizitanalyse, sondern um das Herausfiltern von Verbesserungsmaßnahmen in so genannten Qualitätszirkeln (Besselmann et al. 2003). Kritisch anzumerken ist dabei vor allem der Umfang des Handbuchs, der die betriebsinterne Motivation zur Qualitätsentwicklung nicht unbedingt begünstigt. Hinzu kommt, dass die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen möglicherweise Expertenwissen erfordert und in internen Qualitätszirkeln nicht zu leisten ist.


5.1.2.7 Qualitätszirkel (QZ)

„Die in der Bundesrepublik allgemein übliche Definition von QZ bezieht sich im wesentlichen auf 13 konstituierende Merkmale. Demnach sind Qualitätszirkel: (1) auf Dauer angelegte, (2) Kleingruppen (Gesprächsgruppen), (3) in denen eine begrenzte Zahl von Mitarbeiter-Innen (5-10) i.d.R. einer Hierarchieebene (vor allem der unteren Hierarchieebenen), (4) mit einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage (z.B. eines Arbeitsbereiches), (5) in regelmäßigen Abständen (während der Arbeitszeit oder bezahlt außerhalb der regulären Arbeitszeit), (6) auf freiwilliger Basis zusammen kommen, um (7) selbstgewählte Themen und Probleme des eigenen Arbeitsbereiches (z.B. Produktqualität, Arbeitsplatzgestaltung, Fragen der Arbeitssicherheit, Zusammenarbeit und Arbeitsorganisation etc.) zu analysieren und (8) unter Anleitung eines geschulten Moderators (9) mit Hilfe spezieller Problem- und Kreativitätstechniken (10) möglichst eigenverantwortlich Lösungsvorschläge zu erarbeiten und zu präsentieren, (11) die Umsetzung der Lösungs- bzw. Verbesserungsvorschläge (selbstständig oder im Instanzweg) zu initiieren (12) und eine Ergebniskontrolle vorzunehmen, (13) wobei die Gruppe als Bestandteil in den organisatorischen Rahmen eines QZ-Programms eingebunden ist und mit anderen Elementen der Organisation Kommunikationsbeziehungen unterhält" (Goerres & Luckey 2003a, S.124-125).


5.1.3 Zusammenfassung

5.1.4 Qualitätsmanagement- und Pflegemessverfahren als neue Ansätze
In der aktuellen Qualitätsdiskussion wird der Weg über Qualitätssicherungsverfahren, einschließlich Pflegemessverfahren, als zukunftsweisend bezeichnet.
Die Auswahl der in dieser Arbeit vorgestellten Verfahren begründet sich aus übereinstimmenden Bewertungen von Experten der Pflegewissenschaft,
Gerhard Igl, Hermann Brandenburg, Sabine Bartholomeyczik und dem Expertenrat des vierten Altenberichts, dem gleichwohl Igl und Bartholomeyczik angehören. Um dem untergeordneten Stellenwert in dieser Darstellung zu entsprechen, beschränkt sich die Autorin auf vier Verfahren.

**5.1.4.1 EFQM**

Als erstes soll das „European Foundation for Quality Management“ Verfahren (EFQM) in Stichworten beschrieben werden.


Das EFQM ist ein Selbstbewertungsinstrument, das Organisationen bezüglich zweier Bereiche mit insgesamt neun Kriterien beschreibt und bewertet. Dabei handelt es sich um den Bereich der Befähiger und den Bereich der Ergebnisse. Die zu untersuchenden Kriterien teilen sich wie folgt auf:

- Führung
- Politik/ Strategie
- Mitarbeiter
- Ressourcen/ Partnerschaften
- Prozesse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich der Befähiger</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Führung</td>
</tr>
<tr>
<td>Politik/ Strategie</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitarbeiter</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcen/ Partnerschaften</td>
</tr>
<tr>
<td>Prozesse</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- kundenbezogene Ergebnisse
- mitarbeiterbezogene Ergebnisse
- gesellschaftsbezogene Ergebnisse
- Schlüsselergebnisse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich der Ergebnisse</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>kundenbezogene Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>mitarbeiterbezogene Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>gesellschaftsbezogene Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlüsselergebnisse</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Abb. 1: Kriterien und Bereiche des EFQM**

Der Bereich der Befähiger beschäftigt sich mit der Frage WIE Qualitätsentwicklung erfolgt, während im Bereich der Ergebnisse gefragt wird WAS konnte erzielt werden. Die neun Kriterien wurden in weitere Unterkriterien

5.1.4.2 TRI:.M
Ein weiteres Qualitätssicherungsinstrument ist das so genannte TRI:.M, das mit seinem Namen für „measuring, managing und monitoring“ steht (Bujok & Schneekloth 1999). TRI:.M ist ein standardisiertes Befragungsverfahren, das die Nutzerzufriedenheit und/ oder die Mitarbeiterzufriedenheit in einer Organisation erfasst. Dabei lässt es Aussagen zu, über die Wertigkeit, die einzelne Beurteilungselemente für die Gesamtzufriedenheit erreichen (Motivatoren) und identifiziert solche Bereiche, die als versteckte Chancen zur Steigerung der Zufriedenheit genutzt werden können. Ebenso deckt es Leistungsbereiche auf, die für die Zufriedenheitsbewertung den größten Ausschlag geben (Mindeststandards) und solche, die sehr wenig Einfluss auf die Zufriedenheitseinschätzung haben (Einsparmöglichkeiten). Das Ergebnis einer TRI:.M Befragung mündet in eine Stärke- Schwäche- Analyse der Einrichtung und macht Handlungsbedarf sichtbar, dort wo verbesserungswürdige Bereiche festgestellt werden. Die Befragung kann auf Grund der Kürze (ca. 20 Minuten) und der übersichtlichen Strukturierung und
Sprache problemlos auch bei beeinträchtigten Personen durchgeführt werden. Die Bereiche, die hierfür untersucht werden sind Zufriedenheit mit baulichen Bedingungen, die Art der erlebten Pflege und Versorgung und die erlebten Handlungsspielräume.


5.1.4.3 RAI

Das RAI besteht aus drei Teilen, dem Klientenbeurteilungsbogen (Minimum Data Set), den 18 Resident Assessment Protocolls, die als Abklärungshilfen zu

5.1.4.4 PLAISIR


Ein weiterer kritischer Einwand leitet sich daraus ab, dass das dafür zugrunde gelegte Pflegekonzept nicht begründet ist und trotz objektivierbarer Datenverarbeitung die pflegetheoretischen Grundlagen unreflektiert bleiben und somit subjektiven Interpretationen unterliegen.

5.1.5 Zusammenfassung und Ausblick

Auch bei diesen neueren Ansätzen zur Qualitätssicherung gilt, dass sich Effekte zur Verringerung der kommunikativen Defizite eher als Nebenprodukt ergeben, nämlich als gedankliche und sprachliche Auseinandersetzung mit diesem Thema.


Eine Auswahl von Bereichen, für die die Autorinnen besonderen Qualifizierungsbedarf feststellen, ist:

- Gerontopsychiatrie
- Kommunikation/Gesprächsführung
- Beratung und Anleitung
- Pflege von Menschen aus anderen Kulturen
- Umgang mit Arbeitsbelastungen.
Die Auffassung, dass Pflegequalität durch Verbesserungen der Ausbildungsstruktur gesteigert werden kann, prägen die gegenwärtigen Vorstellungen der Qualität in der Pflege ebenso, wie die Auffassung, Qualitätsentwicklung durch den Einsatz von Qualitätsmanagementverfahren und Pflegemessverfahren zu fördern. Dazu fließt ein hohes Maß an Forschungsaktivität in die Reform und Neugestaltung der Pflegeausbildung ein, um über die Verbesserung und Anpassung der Qualifikation der Pflegenden die Pflegequalität zu steigern. Diesen Ansatz verfolgt die Autorin mit ihrer Arbeit.

5.2 Forschungen zur Pflegeausbildung


Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), mit Wolfgang Becker und Barbara Meifort, zählt ebenso zu den Einrichtungen, die als richtungsweisend in der Forschung zur Pflegeausbildung gelten. Die Auswahl der hier vorgelegten Forschungsberichte basiert auf einer Verbindung zur Robert Bosch Stiftung oder zum BIBB, auf die Durchsicht von entsprechenden Fachzeitschriften der letzten sechs Jahre (Printernet bzw. Pflegewissenschaft, Pflege, Pflegezeitschrift, Pflege & Gesellschaft) und sie basiert auf einzelne Forschungen, die eine solche Bedeutung erzielten, dass sie Weiterentwicklungen nach sich zogen. So flossen die Forschungsergebnisse


5.2.1 Impulse einer konstruktivistischen Didaktik


¹ 2003 in der 5.Aufl.
Lernenden etabliert, die strukturell-konzeptionelle Ebene, die z.B. die beiden Lernorte, Schule und Praxis, auch räumlich verbindet (Beispiel Lerninseln), die didaktisch-methodische und die curriculare Ebene. Keuchel et al. begründen auf der didaktisch-methodischen Ebene eine konstruktivistische Unterrichtsphilosophie.


- realistische Problemstellung als Unterrichtseinstieg
- Förderung der aktiven Prozesse bei SchülerInnen
- kollektives Lernen, um subjektive Auffassungen interindividuell zu überprüfen
- Vorerfahrungen der SchülerInnen einbeziehen
- emotionale Haltungen zulassen, aber in ungünstiger Ausprägung thematisieren
- Evaluation der Lernfortschritte auch auf individueller Ebene.

5.2.2 Bremer Modellversuch von Roes


In dieser visionären Betrachtung steckt sowohl die Idee eines handlungsorientierten Unterrichts, als auch konstruktivistische Elemente, wie sie Keuchel (2001) dargelegt hat.

Die an dem Modellprojekt beteiligten Stationen der beiden Bremer Krankenhäuser entwickelten als Teamarbeit (Lehrpersonal, Stationspersonal, AnleiterInnen, SchülerInnen) ein, auf die jeweilige Station und das Team, zugeschnittenes Konzept. Die wissenschaftliche Begleitung bestand nicht unbedingt darin, festgelegte inhaltliche Aspekte in das neue Ausbildungskonzept zu integrieren, sondern Ziel war es viel mehr, ein praktikables Konzept hervorzubringen, das von allen Beteiligten mit getragen werden kann und das auch nach Ende des Modellversuchs weiter Bestand haben würde. Die Aufgabe der Wissenschaftler umfasste neben der Initialisierung der Neuerung auch die Identifikation solcher Faktoren, die Innovationen behindern bzw. begünstigen. Es sollten Erkenntnisse gewonnen werden, die eine Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen zulassen.
Auf allen Modellstationen wurde zunächst ein so genannter Lernraum eingerichtet, der auch räumlich die Verbindung von theoretischer und praktischer Ausbildung signalisieren sollte. Eine Station entwickelte ein Konzept zur Praxisanleitung, eine andere ein Konzept zum Lernen in Realsituationen (genannt Lerninsel). Hierbei übernahmen Auszubildende, der verschiedenen Ausbildungsstufen, für einige Wochen ein Patientenzimmer, als Projektzimmer, und erledigten unter der Anleitung der PraxisbegleiterIn alle anfallenden Pflegeaufgaben. Dabei wurde der Lernraum als Besprechungszimmer zur Planung der Pflegemaßnahmen genutzt oder aber zu Unterrichtszwecken, um die Nähe zum konkreten Pflegealltag auch symbolisch zu demonstrieren.


5.2.3 Kompetenzentwicklung in der Pflege

Die Bedeutungsverschiedenheit des Begriffs „Kompetenz“ veranlasste Olbrich Kompetenz in der Pflege neu zu definieren. Als qualitative Studie auf der Basis der Grounded Theory (Glaser & Strauss 1998), analysierte die Forscherin Daten aus 55 Fragebogen und 12 Interviews, hinsichtlich der Beschreibung
bedeutungsvoller Pflegesituationen. Olbrich leitete daraus vier Dimensionen pflegerischen Handelns ab:

- regelgeleitetes Handeln
- situativ-beurteilendes Handeln
- reflektierendes Handeln
- aktiv ethisches Handeln


Pflegekompetenz ist dabei bedingt durch die subjektiven Gegebenheiten der Pflegekraft und der gepflegten Person, durch die situativen Bedingungen des Pflegekontextes und durch die Dynamik dieser beiden Variablen.

Wie ist Pflegekompetenz lernbar? Wie entwickelt sich Pflegekompetenz? Diese Fragen beantwortete die Forscherin im nächsten Schritt ihrer Analyse. Olbrich (2001) unterscheidet fünf Lernebenen, nämlich:

- deklaratives Lernen (was man lernt)
- prozedurales Lernen (wie man lernt)
- konditionales Lernen (wo und wann das Gelernte angewendet wird)
- reflektives Lernen (warum wird gelernt)
- identitätsförderndes Lernen (Bedeutung der eigenen Person im Lernprozess)

Olbrich bringt durch ihre Analyse sehr deutlich zum Ausdruck, dass die vielschichtige Zusammensetzung von Pflegekompetenz ebenso differenzierte Lernprozesse benötigt, die eine weitaus höhere Anforderung an pädagogische Rahmenbedingungen und didaktische Unterrichtsgestaltung stellen, als dies sehr häufig im herkömmlichen Unterricht geschieht. Frontalunterricht, mit dem Ziel der reinen Wissensvermittlung, kann dem Anspruch, Pflegekompetenz zu lehren, nicht gerecht werden.

5.2.4 Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz

Die Autorinnen leiteten drei Kernaussagen aus dem Datenmaterial ab:

- es wird zwischen gelungenen und misslungenen Interaktionen unterschieden
- dabei ist der angemessene bzw. unangemessene Umgang mit Gefühlen das Unterscheidungskriterium
- Gefühle werden in Form von Handlungstypen direkt oder indirekt ausgedrückt.

Die Strukturelemente eines Moduls sind:

- situativer Hintergrund (schweigendes Wissen)
- Handlungsdimension (direkt oder indirekt)
- Handlungstypus (siehe Modulname)
- Ausdrucksformen (z.B. Verfremdung, Übertreibung)
- Ziele für die Förderung der kommunikativen Kompetenz
- Bearbeitungsmethoden
- Ergebnisdarstellung.

(nach Dornheim et al. 2003).


Als sechster Schritt werden gemäß der didaktischen Orientierung die Lernziele der Einheit mit den SchülerInnen diskutiert. Als letzter Unterrichtsschritt gilt die Ergebnisdarstellung der Bearbeitung, einschließlich der Feststellung verbleibender Defizite.

Zur Unterrichtsdurchführung schlagen die Autorinnen die gleichen Methoden vor, die sie selbst zur Auswertung ihres Datenmaterials benutzt haben, wobei sie die Hinzuziehung weiterer Methoden wie z.B. das Szenische Spiel, für möglich halten (Dornheim et al. 2003, S.122).


Bereits bei der Darstellung der Module und deren Strukturelemente wird die starke intellektuelle Zentrierung deutlich, die an einigen Stellen so weit geht, dass durch sprachliche Verkomplizierung und fachsprachliche Überbetonung manche Aussagen eher verschleiert, als konkretisiert werden. Dornheim et al.: „Interaktive Funktionen sind nur an jeder einzelnen Ausdrucksform und ihrem konkreten Kontext bestimmbar, deshalb ist hier eine Schritt-für-Schritt-Inhaltsanalyse angezeigt. ‘Schritt-für-Schritt’ heißt, dass die Kodiereinheit die Größe der Schritte bestimmt und zu Beginn der Analyse festgelegt werden muss. Auch empfiehlt es sich die Kontexteinheit zu bestimmen. Während die Kodiereinheit festlegt, welches der kleinste Materialbestandteil sein soll, der ausgewertet werden darf, bestimmt die Definition der Kontexteinheit, welches
der größte Textbestandteil sein soll, der herangezogen werden darf. Im Fall unseres Beispiels ist angezeigt, die Kodiereinheit als ‘Satz’ zu bestimmen …“ (Hervorh. im Original) (Dornheim et al. 2003, S.121).

Wie soll ein Aus- und Weiterbildungsmodell in der Praxis Anwendung finden, wenn einerseits durch sprachliche und fachbegriffliche Verschlüsselung der Zugang für Lehrende und AnleiterInnen erschwert wird und wie sollen in einem solchen Modell die Lerninhalte von der Theorie in die Praxis übertragen werden, wenn die Ausbildungsform derartig kopflastig ist? Um die Praxisrelevanz transparent zu machen, bedarf es hier einiger Übersetzungsschritte, die die SchülerInnen dabei selbst leisten müssten. Wie ist mit dem Aspekt der Motivation umzugehen, wenn SchülerInnen ihre eigenen Erfahrungen nur an vorgegebenen Stellen einbringen dürfen und sie sich ansonsten mit der Analyse und Diskussion befassen sollen?

Trotz überzeugender Ideen und der sehr beeindruckenden empirischen Vorarbeit, muss der Nutzen eines solchen Modells an einer gut verständlichen Anwendbarkeit, der Theorie-Praxisverknüpfung und der ganzheitlichen Lernmöglichkeit gemessen werden. Dabei verbleiben schwerwiegende Defizite. Die Bewertung dieses Bildungsmodells basiert auf der Darstellung in der Zeitschrift Printernet, die lediglich einen Überblick über das Modell vermitteln will und auf Vollständigkeit verzichtet.

5.2.5 Integrierte Pflegeausbildung in Bremen


Als abschließende Bewertung halten Goerres et al. (2003) den Modellversuch für erfolgreich, beantragten eine Follow-Up-Studie und verfolgen nun das Ziel innovative Veränderungsprozesse in anderen Pflegeschule anzustoßen und zu fördern.

5.2.6 Integrierte Ausbildung von Kranken- und Altenpflege


Ergebnisse des Brandenburgischen Projekts sind bis zu diesem Zeitpunkt (26.11.2007) noch nicht veröffentlicht.

5.3 Neue Ansätze der Didaktik der Pflege

5.3.1 Begriffsbestimmung


Diese begriffliche Verwirrung wird auch von Wittneben (2003) beklagt. Sie grenzt die allgemeine Didaktik, als Forschungsgegenstand der Erziehungswissenschaften, von Fachdidaktiken ab, die sich üblicherweise auf

Im Unterschied zu anderen Fachdidaktiken fließen ins Wissenschaftsfeld Pflege weitere Wissensbereiche mit ein und zwar die Erkenntnisse korrespondierender Wissenschaften und die Erkenntnisse der Pflegepraxis, die ebenso Berücksichtigung finden müssen.

Als Konsequenz aus dieser Problemlage spricht Wittneben von einer Pflegedidaktik und gemäß ihrer Forschungserkenntnisse von einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik.

5.3.2 Kritisch-konstruktive Pflegelernfelddidaktik


Das heuristische Didaktikmodell von Wittneben zentriert sich auf eine multidimensionale Patientenorientierung. Der Aufbau besteht aus einer hierarchischen Stufengliederung. Die niedrigste Stufe der Patientenorientierung

Die Dimension der verhaltensbezogenen Patientenorientierung steht auf der Stufenhierarchie über der Krankheitsorientierung und bewegt sich damit von der Ignorierung der Patienten weg, hin zu einer größeren Patientenorientierung. Im Mittelpunkt einer solchen Pflegeauffassung steht die Patientenschonung in Diagnostik und Therapie. Pflegende bemühen sich Patienten durch Eingriffe auf ihre Befindlichkeit möglichst zu schonen.


Als bestimmend für die Patientenorientierung erkannte Wittneben die Kommunikations- und Interaktionsorientierung und die Berücksichtigung


- Fachkompetenz
- Personenkompetenz (bezogen auf andere)
- Selbstkompetenz (Selbstständigkeit, Selbstreflexionsfähigkeit, Kritikfähigkeit)
- Sozialkompetenz
- Moralkompetenz
- Methodenkompetenz
- Lernkompetenz

Die Bedeutung von Wittnebens Forschungsarbeiten ist hoch einzuschätzen. Ihre Nähe zur Berufswirklichkeit und dabei insbesondere zur erlebten Berufswirklichkeit der SchülerInnen zeichnet das Modell aus. Dabei steht die
bildungstheoretische und in Wittnebens Sinn die bildungskritische Betrachtung keineswegs im Hintergrund, sondern beherrscht alle Dimensionen des Modells. Eine Auszeichnung sollte die kritisch-konstruktive Pflegerlernfelddidaktik auch deshalb erfahren, weil sie sich im Verlauf der knapp 20 Jahre seit der Veröffentlichung, neuen Erkenntnissen gestellt hat und Integrationen vornehmen konnte.

5.3.3 Subjektorientierter Ansatz


Ertl-Schmuck leitete aus diesen Überlegungen und Analysen einen Ansatz ab, der als subjektorientiert bezeichnet werden kann. Dabei werden Pflegende, Auszubildende, Lehrende und Gepflegte als Subjekte aufgefasst, die in ihrer Handlungsfähigkeit prinzipiell als selbstbestimmt zu verstehen sind. Gesellschaftliche, soziale und biologische Einflüsse, die als Fremdbestimmung auf jedes Subjekt einwirken, werden von Ertl-Schmuck nicht ignoriert, sondern als Ausgangspunkt betrachtet, um durch geeignete Prozesse zu einer größtmöglichen Selbstbestimmung zu gelangen. Die Überführung zur
Selbstbestimmung gelingt durch die Vermittlung einer kritisch-reflexiven und sozial-kommunikativen Handlungsfähigkeit. Die Prozesse werden in ihrem Didaktikmodell dargelegt.


Eine Vielzahl von Konsequenzen für die Ausbildung zur PflegelehrerIn schlussfolgert die Autorin aus ihren Studienergebnissen. Bemerkenswert dabei ist die Überlegung PflegelehrerInnen für die Theorie und die Praxis gleichermaßen auszubilden und lediglich Schwerpunktsetzungen zu
gewährleisten, anstatt die bisher übliche Trennung von PflegelehrerIn und PraxisanleiterIn weiter zu verfestigen.


5.3.4 Deutungslernen


Folgende Voraussetzungen nennt Schüßler für diese Form des Lernens:

- alle Teilnehmer beteiligen sich am rationalen Diskurs
- Lehrende und Lernende sind gleichberechtigt
- Lehrende und Lernende sind zur Selbsterfahrung befähigt
- zwischen Lehrenden und Lernenden wird eine Metakommunikation in Gang gesetzt

(nach Schüßler 2000, S.116-117)

In diesem sehr verkürzten Überblick über das Deutungslernen lassen sich bereits erste Parallelen zu dem Konzept der Autorin erkennen. Der Erwerb von Kompetenzen bildet das jeweils zentrale Element und nicht die Ausführung von bestimmten Verhaltensweisen, die unabhängig vom Lehr-Lernprozess festgelegt und erwartet werden. Dabei nimmt die Reflexionskompetenz, bzw.
die Reflektiertheit, eine besondere Stellung ein. Wirklichkeit wird nicht als fotografische Abbildung im Individuum reflektiert, sondern als subjektive Deutung, die durch Interaktionsprozesse (z.B. im Lehr-Lernprozess) vermittelt wird.

Im II. Teil dieser Arbeit, Kap. 3.2.3, wird nochmals auf die Nähe zum Deutungslernen verwiesen.

5.3.5 Pflegedidaktische Grundlagentheorie


Entstanden ist ein umfangreiches Theoriewerk von über 700 Seiten, das die explizite Theoriedarstellung auf neun Seiten komprimiert.


Die Zusammenfügung der Kategorien zur Theorie beschreibt die Einflussfaktoren auf das Lernen anhand der Lernatmosphäre, des Erwartungshorizonts der Lernenden, vorhandener Modelle, einer Begleitung, kondensierten Wissens, aufmerksam sein, explizites Wissen und weitere Elemente. Das Erleben von Handlungsproblematiken im Praxisalltag, was
sowohl fremd- als auch selbstinduziert sein kann, ist einerseits von den genannten Faktoren und andererseits vom Lerngegenstand selbst abhängig. Von dieser Ausgangslage aus können Lernende drei Lernmodi entwickeln:

- exkludiertes Weiterhandeln
- Lernen mit Lernstrategien
- Lernen durch integrierendes Handeln

Längerfristig kann Lernen durch integrierendes Handeln zur Routinebildung führen.


Als förderliche Bedingungen für das Auftreten von Reflexionen identifizieren die Forscherinnen eine Praxisbegleitung, aufmerksam sein, eine positive Lernatmosphäre und eine hohe Wertigkeit des Lerngegenstandes.

5.4 Pflegeberufliche Bildungsansätze


Kritisch wird die Ausbildungssituation in der Pflege auch von den Experten der Robert Bosch Stiftung (RBS) gesehen.


In ihrer Denkschrift „Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ wurde deshalb ein neues Ausbildungskonzept für die Pflege entwickelt. Im Folgenden findet sich darüber eine kurze Zusammenfassung.


5.4.1 Beispiel für ein neues Ausbildungsmodell


- vier durchlässige Qualifikationsstufen/ Modularisierung
- generalistische Grundausbildung (Qualitätsstufe I) bis zu Spezialisierungsstufen
- gezielte Bewerberauswahl (Assessment)
- Qualifikationen der Lehrenden bestimmen und deren Anzahl anheben
- praktische Handlungsfähigkeit durch Ergänzung weiterer Lernorte
- freigestellte und qualifizierte PraxisanleiterInnen
- Pflege- und Gesundheitsorientierung statt Medizindominanz
- neue Lehr- und Lernformen (z.B. Fächerintegration)
- Prüfungsgestaltung mit dem Schwerpunkt „Pflege“
- konsequentes Qualitätsmanagement
Integration in das berufsbildende Schulwesen und den tertiären Bildungsbereich

neue Finanzierungsform (RBS 2001)


5.4.2 Neue Curricula

5.4.2.1 Schülerhandlungsproblemorientiertes Curriculum


„Trotz Fortbildung scheint die von Praxisanleitern und PraxisanleiterInnen erlangte

5.4.2.2 Am christlichen Menschenbild orientiertes Curriculum


Im Vergleich mit dem schülerhandlungsproblemorientierten Curriculum, wo eine ausgeprägte Forschungsperspektive dominiert, steht hier die unterrichtspraktische Anwendbarkeit im Vordergrund. Neuere pflegepädagogische Ansätze, wie etwa eine konstruktivistische Auffassung, eine Subjektorientierung oder eine kritische Betrachtung der traditionellen Lehrerrolle, fehlen hierbei.

5.5 Weitere Ansprüche an die Pflegeausbildung

Auch die Bundesregierung, repräsentiert durch ihre Ministerien, formuliert Ansprüche an die Pflegeausbildung:


5.6 Resümee: Verringerung der kommunikativen Defizite
6. Schlüsselqualifikationen

6.1 Allgemeine Betrachtungen

6.1.1 Herkunft des Begriffs


6.1.2 Begriffsbestimmung


„Kompetenzen bezeichnen, wie umrissen, Selbstorganisationsdispositionen physischen und psychischen Handelns, wobei unter Dispositionen die bis zu einem bestimmten Handlungszeitpunkt entwickelten inneren Voraussetzungen zur Regulation einer Tätigkeit verstanden werden. ... Kompetenzen sind demnach eindeutig handlungszentriert und primär auf divergent-selbstorganisative Handlungssituationen bezogen“ (Erpenbeck & von Rosenstiel 2003, S.XXIX).

Gemeinsam sind Qualifikationen und Kompetenzen die Handlungszentrierung. Ein Unterschied zwischen den beiden Begriffen liegt in der Handlungssituation
selbst, ob diese konvergent- anforderungsorientiert (Qualifikation) oder divergent- selbstorganisativ (Kompetenz) ausgerichtet ist.

Von der handlungszentrierten Betrachtungsweise der Qualifikationen und Kompetenzen heben die Autoren die subjektzentrierte Betrachtungsweise ab, die sich sowohl auf konvergente als auch auf divergente Handlungssituationen, in Form von Persönlichkeitseigenschaften, beziehen lässt. Tabelle 2 stellt diese Einteilung dar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>konvergent- anforderungsorientierte Handlungssituation</th>
<th>subjektzentrierte Betrachtungsweise</th>
<th>divergent- selbstorganisative Handlungssituation</th>
<th>handlungszentrierte Betrachtungsweise</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Persönlichkeitseigenschaften</td>
<td>Qualifikation</td>
<td>Persönlichkeitseigenschaften</td>
<td>Kompetenz</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tab. 2:** Begriffliche Kategorien für Qualifikation und Kompetenz (nach Erpenbeck & von Rosenstiel 2003, S.XXX)


Schlüsselqualifikation könnte in diesem Sinn als Qualifikation für konvergente Handlungssituationen und durch die Erweiterung um den Begriff „Schlüssel“, zudem Schlussfolgerungen auf noch neue (divergente) Handlungssituationen bedeuten.

6.1.3 Wissenschaftliche Bedeutung
Exemplarisch für die Bedeutung dieser Diskussion ist eine Studie von Schaeper & Briedis (2003), erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), mit dem Titel „Kompetenzen von HochschulabsolventInnen, berufliche Anforderungen und Folgerungen für die Hochschulreform“ (Schaeper & Briedis 2003).
Im Projektbericht wird die Begrifflichkeit „Schlüsselqualifikation“, „Schlüsselkompetenz“ und „Kompetenzentwicklung“ diskutiert, wobei die Beschäftigung mit diesem Themenbereich als hochkonjunkturell bezeichnet wird. Als Grundlage für eine allgemeine Verständigung wird die Definition von Helen Orth (1999) vorgeschlagen. Demnach ist unter Schlüsselqualifikationen zu verstehen:

Diese Definition erschien den UntersucherInnen dieser Studie vor allem deshalb als sehr brauchbar, weil sie davon vier Dimensionen von Schlüsselqualifikationen ableiten konnten. Es handelt sich um Sozial-, Selbst-, Methoden- und Fachkompetenz. Die anfangs einbezogenen Kompetenzbereiche Anwendungs- und Gesellschafts-/Umweltkompetenz
wurden im Verlauf der Studie als wenig relevant identifiziert und daher weggelassen. Zur Erfassung bevorzugten Schaeper & Briedis standardisierte Fragebogen zur Selbsteinschätzung, einerseits aus ökonomischen Gründen, aber vor allem weil Selbsteinschätzungen Aussagen über das vorhandene Selbstkonzept ermöglichen und somit als Handlungsorientierungen gelten, die eine große prognostische Validität besitzen (Schaeper & Briedis 2003).

Operationalisiert wurden diese Dimensionen anhand von 34 Items (z.B. fachspezifische Kenntnisse, Fremdsprachenkenntnisse, selbstständiges Arbeiten, Kommunikationsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein), die auf einer fünfstufigen Skala (1= sehr wichtig/hoch bis 5= sehr unwichtig/gering) eingeschätzt werden sollten.


Im zweiten Schritt verglichen Schaeper & Briedis die Kompetenzanforderungen der beruflichen Realitäten mit den Ergebnissen der Selbsteinschätzung durch die HochschulabsolventInnen. Insgesamt konnte eine weitgehende Übereinstimmung festgestellt werden, zwischen an der Hochschule erworbenen und in der Berufswirklichkeit geforderten Kompetenzen. Dabei wurde über die unterschiedlichen Berufsprofile hinweg abstrahiert (Schaeper & Briedis 2003).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschäftigung mit Schlüsselqualifikationen hohe Relevanz besitzt und für ganz unterschiedliche Bildungsbereiche (z.B. Hochschule, Berufsfachschulen) in Anspruch genommen wird.
6.2 Schlüsselqualifikationen in der Pflegeausbildung

6.2.1 Konzept von Becker


Mehr als 82% der Befragten fühlten sich durch die Ausbildung nicht ausreichend auf die Anforderungen des Berufs vorbereitet (Becker 1996, S.47). „Praktisch alle Schlüsselkompetenzen einer professionellen Ansprüchen genügenden Altenpflege sind in der Ausbildung zu kurz gekommen. Dies gilt für


1. Interpretations-, Deutungs- und Planungskompetenz
2. Wissenschafts- und Praxisbezug (Reflexions- und Handlungsfähigkeit)
3. Systemisches Verstehen
4. selbstgesteuerte berufliche Kooperation und Interaktion
5. Arbeit als Handwerk
6. reflektierte Empathie und Distanzierung
7. Fähigkeit fachliche Weiterbildungserfordernisse zu bestimmen

6.2.2 Konzept von Ital und Knöferl
Annette Ital und Michaela Knöferl, beide Lehrerinnen für Pflegeberufe und Qualitätsmanagementbeauftragte, entwarfen 2001 ein Arbeitsbuch für Lehrende im Gesundheitswesen, um die Aus-, Weiter- und Fortbildung nach Schlüsselqualifikationen praktisch umsetzbar zu machen. Das Arbeitsbuch
besteht aus Folienvorlagen und Übungsanleitungen und ist direkt für den Unterrichtseinsatz konzipiert.

Die Autorinnen identifizierten insgesamt 11 Kompetenzen bzw. Schlüsselqualifikationen für MitarbeiterInnen der Gesundheitsberufe:

1. Kommunikation
2. Kooperation
3. Lernfähigkeit
4. Denkfähigkeit
5. Kreativität
6. Problemlösungsfähigkeit
7. Begründen
8. Bewerten
9. Verantwortungsfähigkeit
10. Selbstständigkeit
11. Leistungsfähigkeit

(Ital & Knöferl 2001, S.10)

Dabei richten sich Ital & Knöferl nach den Ausbildungsrichtlinien des Schweizer Roten Kreuzes, das als übergeordnete Ausbildungsziele für die Pflegeberufe Fach-, Persönlichkeits- und Sozialkompetenz definiert.


Der besondere Vorteil der Darstellung von Ital & Knöferl ist der leicht herstellbare Transfer des theoretischen Zusammenhangs in die praktische Anwendung im Unterricht, da das Buch als Arbeitsbuch gestaltet ist und neben den Vorlagen für Arbeitsblätter und Folien konkrete Übungsaufgaben zu den
jeweiligen Themen enthält. Das Kopieren für Unterrichtszwecke ist von den Autorinnen ausdrücklich erlaubt.

### 6.2.3 Konzept von Brandenburg & Klie
Sehr nachhaltig beteiligen sich Hermann Brandenburg und Thomas Klie an der Professionalisierungsdiskussion in der Pflege. In ihrem Beitrag „Aufgaben und Kompetenzprofile in der professionellen Pflege“ entwerfen sie ein Qualifikationsprofil, das den gegenwärtigen Anforderungen an eine professionelle Pflege gerecht werden kann. Es umfasst folgende Qualifikationsbereiche:

- Fachwissen in der Pflege
- Fähigkeit der Organisation, Planung und Koordination
- Psychosoziale Kompetenzen (Kommunikation, Konfliktlösung, Beratung)
- Kenntnis der Möglichkeit der Förderung der eigenen Gesundheit und Erhaltung der persönlichen Leistungsbereitschaft
- Qualitätssicherung

(Brandenburg & Klie 2003a, S.146)

6.2.4 Vergleich und Bewertung
Zusammenfassend lassen sich diese drei Ansätze Schlüsselqualifikationen zu bestimmen als ergänzende und weniger als konkurrierende Vorstellungen einschätzen.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Becker</th>
<th>Ital &amp; Knöferl</th>
<th>Brandenburg &amp; Klie</th>
<th>Allg. Systematisierung</th>
<th>Erpenbeck &amp; von Rosenstiel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Interpretations-, Deutungs-, Planungs-</td>
<td>Problemlösen</td>
<td>Fähigkeiten in der Organisation</td>
<td>Methodische Kompetenz</td>
<td>Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>Planungskompetenz</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wissenschafts-, Praxisbezug</td>
<td>Begründen &amp; Bewerten</td>
<td>Qualitätssicherung</td>
<td>Methodische Kompetenz</td>
<td>Qualifikation</td>
</tr>
<tr>
<td>Systemisches Verstehen</td>
<td>Problemlösen, Bewerten, Verantwortung, Selbstständigkeit</td>
<td>Planung und Koordination</td>
<td>Methodische und personale Kompetenz</td>
<td>Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>Kooperation, Interaktion</td>
<td>Kommunikation, Kooperation, Kreativität, Problemlösen</td>
<td>Psychosoziale Kompetenz</td>
<td>Soziale Kompetenz</td>
<td>Kompetenz/Qualifikation</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeit als Handwerk</td>
<td>Denkfähigkeit, Selbstständigkeit</td>
<td>Fachwissen</td>
<td>Fachkompetenz</td>
<td>Qualifikation</td>
</tr>
<tr>
<td>Empathie, Distanzierung</td>
<td>Kommunikation, Kooperation, Verantwortung</td>
<td>Psychosoziale Kompetenz</td>
<td>Soziale und personale Kompetenz</td>
<td>Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiterbildung bestimmen</td>
<td>Leistungsfähigkeit</td>
<td>Eigene Leistungs-</td>
<td>Personale u. methodische Kompetenz</td>
<td>Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>bereitschaft und Gesundheit</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

6.2.5 Kritische Anmerkungen


Müller-Seng & Weiss (2002) kritisieren das Konzept der Schlüsselqualifikationen in einer ähnlichen Weise, dass nämlich der Theoriebezug unklar sei und deshalb ein großer Interpretationsspielraum für Lehrende entstehe. Die Umsetzung solcher Qualifikationen wäre stark normativ geprägt und in sich ein Paradoxon, das auf den ersten Blick sozialen Statusgewinn im Beruf suggeriere, tatsächlich aber nur auf eine Identitätsentwicklung des Menschen


Zur Veranschaulichung des Konzepts der Schlüsselqualifikationen werden im Folgenden die Modellversuche von Oelke & Menke und von Müller & Koepp vorgestellt, die sich auf das Berufsfeld der Pflege beziehen. Der dritte Modellversuch Schlüsselqualifikationen in der Ausbildung zu implementieren bezieht sich auf das kaufmännische Berufsfeld, ist aber dennoch außerordentlich bemerkenswert, weil er sehr differenzierte theoretische Grundlagen herausarbeitet.

6.3 Erfahrungen von zwei Modellversuchen
6.3.1 Modellversuch zur theoretischen Ausbildung
Unter den im dritten Kapitel beschriebenen Veränderungen in der Pflege führen im besonderen Maß Multimorbidität und Verwirrtheit der Gepflegten zu einer gestiegenen Beanspruchung der Pflegekräfte. Den wachsenden Anforderungen der Pflege stehen überwiegend immer noch überkommene Ausbildungsstrukturen gegenüber, so dass sich Anforderungen in vielen Fällen
zu Belastungen und letztendlich zu Überforderungen der Pflegekräfte ausweiten.


Uta Oelke von der evangelischen Fachhochschule Hannover und Marion Menke von der Universität Dortmund haben diese Herausforderung angenommen und einen sehr umfassenden Modellversuch zur gemeinsamen Ausbildung (integrativer Ansatz) von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege in NRW durchgeführt.


Für Oelke und Menke bestand eine zentrale Auffassung darin, dass für die Pflege sowohl Spezialistentum als auch Generalistentum nötig ist, um fächerübergreifend den Pflegebedarf zu decken. Nach einer gemeinsamen Grundausbildung (Generalistentum) spezialisierten sich die SchülerInnen nach dem ersten bzw. zweiten Ausbildungsjahr (Spezialistentum), ohne jedoch den Bezug zu den Nachbardisziplinen zu verlieren, was durch die Vielfalt der praktischen Einsätze gewährleistet war.


Oelke und Menke schlossen sich mit dem Caritasverband Essen, der Katholischen Schule für Pflegeberufe Essen und dem Fachseminar der Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel als Träger zusammen.

Die Forscherinnen entwickelten für dieses Projekt zunächst als Probelauf ein vollständig neues Curriculum.

Die Vorüberlegungen integrierten sowohl gesellschaftliche Veränderungen, beispielhaft sichtbar an einer neuen Informations- und Kommunikationskultur


Neben der Wechselmöglichkeit (quotiert) zwischen den Pflegezweigen war in der theoretischen Ausbildung das so genannte Kursleitersystem kennzeichnend, bei dem die jeweilige Kursleitung Stundenplanung und Einsatzplanung der weiteren Lehrkräfte vornahm und AnsprechpartnerIn für alle Angelegenheiten der SchülerInnen war.

Ein weiteres Merkmal dieses Modellversuchs waren die zahlreichen Befragungen (mündliche und schriftliche) der SchülerInnen und der LehrerInnen. Diese Befragungen bildeten die Datengrundlage für die Evaluation des Projekts.


Das neue Curriculum war von allen Befragten als gut bewertet worden, ebenso die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen. In einer Selbsteinschätzung, bei der der maximale Förderanspruch 100% beträgt, gab die Gesamtgruppe der SchülerInnen an, sich zu 94% in ihrer fachlichen Kompetenz, zu 63% in der sozial-kommunikativen Kompetenz, zu 66% in der methodischen Kompetenz und zu 59% in der personalen Kompetenz gefördert zu fühlen (Oelke & Menke 2002, S.42).


Konzept der Schlüsselqualifikationen

- fachliche Kompetenz
- sozial-kommunikative Kompetenz
- methodische Kompetenz
- personale Kompetenz.

Fachkompetenz meint einerseits die Aneignung von pflegespezifischer Handlungsfähigkeit und dem dazu gehörenden Wissen und andererseits Beobachtungs-, Deutungs- und Anleitungsfähigkeit, gemäß einem kritisch reflektierten Pflegeleitbild.


Einzige Ausnahme dabei ist die „Kommunikation“. Dafür sind im Curriculum 100 Stunden Theorie vorgesehen, um Gesprächsführung, Beratung und Anleitung zu lernen (vgl. Anhang A).

Ebenfalls ausgehend von einem maximalen Förderanspruch von 100% glaubten die LehrerInnen bei den SchülerInnen
- Fachkompetenz zu 94%
- methodische Kompetenz zu 61%
- sozial-kommunikative Kompetenz zu 39%
- und personale Kompetenz zu 33% gefördert zu haben.

Demgegenüber empfanden die SchülerInnen
- bzgl. Fachkompetenz zu 94%
- bzgl. methodischer Kompetenz zu 66%
- bzgl. sozial-kommunikativer Kompetenz zu 63%

Einschätzung der Hierarchie durch SchülerInnen und LehrerInnen | Hierarchie der geschätzten Förderung der LehrerInnen | Hierarchie der erlebten Förderung der SchülerInnen
---|---|---
Fachkompetenz | Fachkompetenz (94%) | Fachkompetenz (94%)
sozial-komm. Kompetenz | methodische Kompetenz (61%) | methodische Kompetenz (66%)
personale Kompetenz | sozial-komm. Kompetenz (39%) | sozial-komm. Kompetenz (63%)
methodische Kompetenz | personale Kompetenz (33%) | personale Kompetenz (33%)

**Tab. 4**: Gegenüberstellung der gewünschten, geschätzten und erlebten Förderung von Schlüsselqualifikationen im Modellversuch von Oelke & Menke

Ein Erklärungsansatz für diese Diskontinuität zwischen gewünschten, geförderten und erlebten Ausbildungszielen liegt in der Qualifikation der Lehrkräfte und PraxisanleiterInnen, Ausbildung gemäß Schlüsselqualifikationen umzusetzen.


Insbesondere die unterschiedlichen Einschätzungen zur sozial-kommunikativen Kompetenz lassen einen Mangel erkennen, diese Kompetenz in ihren Bestandteilen genau zu erfassen und adäquat zu vermitteln. Ein entsprechendes Konzept zur Vermittlung der sozial-kommunikativen Kompetenz wäre hier gebraucht.
„Insbesamt konstatieren die SchülerInnen, dass der Stellenwert sozial-kommunikativer und personaler Kompetenzen in der Pflegepraxis teils gering geschätzt wurde, das Pflegepersonal maß der Fachkompetenz weitaus mehr Bedeutung zu. Nach Ansicht einiger SchülerInnen ist eine auf Kompetenzförderung bezogene verbesserte Aus- und Fortbildung nicht nur für LehrerInnen notwendig - denn (Zitat Schülerin) die Dozentenqualifikation fehlte teils - sondern auch für die AusbilderInnen in der Praxis“ (Oelke & Menke 2002, S.42).

Diese Problematik berührt einen der heikelsten Punkte des Projekts, nämlich die Übertragung des theoretischen Wissens auf die praktischen Arbeitsfelder, was z.T. sehr spannungsvoll war und nur erschwert stattfinden konnte. Dieser Kritikpunkt bezeichnet die Schwierigkeiten des Theorie-Praxis-Transfers, was in der Pflegeausbildung sehr häufig bemängelt wird und auf die auch dieses Projekt stieß. Oelke und Menke sprachen von einer defizitären Verzahnung von Theorie und Praxis (Oelke & Menke 2002, S.54).


Die teilweise sehr kritischen Äußerungen der SchülerInnen und LehrerInnen, wie das Konzept der Schlüsselqualifikationen in der Praxis angenommen wird, passen bezeichnenderweise gut zu einem Teilergebnis der Studie „Kompetenzen von HochschulabsolventInnen“ (Schaeper & Briedis 2003, S.8).

6.3.2 Modellversuch zur praktischen Ausbildung


Die grundlegende Idee des Praxismodells war es auf der Grundlage von Schlüsselqualifikationen auszubilden und die nachhaltige Vernetzung der theoretischen mit der praktischen Ausbildung zu erreichen.

„Der Erkenntnis folgend, dass erst die praktische Anwendung von erworbenem Wissen in beruflichen Handlungssituationen zu einer nachhaltigen Verankerung des Gelernten führt, werden in diesem Modellprojekt für jeden Praxiseinsatz sogenannte Lern- und Arbeitsaufgaben entwickelt und erprobt. Mit der Bearbeitung dieser
Lernaufgaben im beruflichen Alltag durchlaufen die Auszubildenden Phasen der Analyse, der theoriegeleiteten Planung und Durchführung sowie der reflexiven Bewertung ihres Pflegehandelns. Eingebunden ist dieser Prozess in eine umfangreiche Praxisbegleitung.


Die systematische Auswahl neuer Praxisfelder berücksichtigte sowohl die Übereinstimmung der entsprechenden Anforderungsprofile mit dem Ausbildungsstand, als auch die Möglichkeit für die neuen Praxisfelder qualifizierte PraxisbegleiterInnen bereitstellen zu können. Müller & Koeppe (2004) gelangten zu folgenden neuen Praxisfeldern:

- Hospiz
- Rehabilitationsklinik
- Klinik für Naturheilkunde
- Einrichtung des Sozialdienstes Katholischer Frauen (Schwangeren- und Drogenberatung)
- Behindertenhilfe
- Einrichtung mit Patientenberatung
- Gesundheitsamt
- Anbieter für integrierte beratungsintensive Hilfsmittelversorgung

Die neu gestaltete Praxisbegleitung hatte zum Ziel, die SchülerInnen während ihrer gesamten Ausbildungszeit angemessen zu begleiten, anzuleiten, zu beraten und mit ihnen gemeinsam ihre erreichten Leistungen zu beurteilen.
Das Praxisbegleitungskonzept bestand aus vier Komponenten:

- drei festgelegte Gespräche pro Praxiseinsatz (Einführungs-, Zwischen- und Abschlussgespräch)
- Beurteilungsbogen
- Tätigkeitsnachweismappe
- Praxisreflexionstage

Die vorgesehenen Gespräche zwischen PraxisbegleiterInnen und SchülerInnen dienten dem gegenseitigen Austausch über Zufriedenheit und Lernfortschritten. In den Abschlussgesprächen bestand die Aufgabe der PraxisbegleiterInnen darin, gemeinsam mit den SchülerInnen den Beurteilungsbogen auszufüllen, d.h. eine Einschätzung der Fähigkeiten und Fertigkeiten vorzunehmen und diese Bewertung in die Tätigkeitsnachweismappe zu übertragen. Die Tätigkeitsnachweismappe enthielt, detailliert aufgelistet, alle Fähigkeiten und Fertigkeiten, die die SchülerInnen an entsprechenden Ausbildungsabschnitten beherrschen sollten.

Praxisreflexion bestand aus einem Gruppengespräch aller freiwillig teilnehmenden Auszubildenden, mit einem externen Supervisor, wobei es um die Aufarbeitung gelungener oder konflikthafter Pflegehandlungen ging. Diese Praxisreflexionen sollten nach jedem Praxiseinsatz stattfinden und dauerten im Durchschnitt zwei Stunden.

Zu Beginn des Modellversuchs waren die berufspädagogischen Voraussetzungen der PraxisbegleiterInnen sehr heterogen und Müller & Koeppe entschlossen sich im ersten Jahr einen Modellausbildungskurs für die PraxisanleiterInnen durchzuführen, um diese in über 200 Unterrichtsstunden fortzubilden.


Sowohl das Konzept der Lernaufgaben, als auch der Einsatz in den neuen Praxisfeldern, wird als Konsequenz aus dem Modellprojekt für alle weiteren Ausbildungsjahrgänge der beteiligten Einrichtungen übernommen.

Problematischer sehen die Ergebnisse bezüglich der Konzeption der Praxisbegleitung aus. Es gelang nicht das Qualifikationsniveau der PraxisanleiterInnen zu homogenisieren. PraxisanleiterInnen setzten das neue Konzept (Gesprächstrias, Bewertungsbogen gemeinsam ausfüllen, Tätigkeitsnachweismappe führen, Praxisreflexionstage) nur bedingt um. 20% der SchülerInnen wurden von ständig wechselnden Personen begleitet und die Durchführung der Gesprächstrias konnte weder im Umfang (häufig Reduzierung auf das Abschlussgespräch mit Bewertung), noch in qualitativer Hinsicht realisiert werden. Zwar steigerte sich die Quote der geführten Gespräche bis zum Ende der Ausbildung, aber die SchülerInnen beklagten, dass es inhaltlich meist darum ging, sie an die jeweilige Stationsroutine anzupassen und dass Lernen in der Praxis als Nebensache abgetan wurde.

Als Ausblick formulierten Müller & Koepe (http://www.integrierte-pflegeausbildung.de [9.11.2006]), dass die praktische Ausbildung in der Pflege Leitungsaufgabe werden müsse, um die entsprechenden Rahmenbedingungen (Qualifikation der BegleiterInnen, Ausbildung auf Station) zu konstituieren und sie regten an, Ausbildung als Wissensmanagement zu verstehen, das durch die
Organisations- und Personalentwicklung einer Einrichtung nachhaltig begünstigt werden kann.

**Konzept der Schlüsselqualifikationen**


Auch das praktische Modell von Müller & Koepp betrachtet die Ausbildung nach Schlüsselqualifikationen als zentrales Ziel.

### 6.4 Modellversuch aus dem kaufmännischen Berufsfeld


Die Seminare von Dumpert et al. differenzieren durch ihren spezifischen Modulaufbau zwischen den verschiedenen Standpunkten und vermitteln die jeweils benötigten Teilaspekte der Sozialkompetenz. „Sozialkompetenzen werden definiert als Handlungskompetenzen, die ein sozial-kommunikatives Handeln über unterschiedliche Inhalte in spezifischen Situationen ermöglicht“ (Dumpert et al. 2003, S.33).

Das hierfür zu Grunde gelegte Lernverständnis beweist die Nähe zum „moderaten“ Konstruktivismus¹, in dem „Lernen als ein aktiver, konstruktiver und damit weitgehend selbstgesteuerter Prozess gesehen wird“ (Dumpert et al. 2003, S.130).

Daraus leitet sich die konkrete Vorgehensweise in den Seminaren ab, die aus folgenden Elementen besteht:

---
Rollenspiele, um multiple Perspektiven sozial-kommunikativen Handelns kennen zu lernen

schriftliche Auseinandersetzung mit den Inhalten des Seminars

konkrete Kollegenbeobachtung in der Praxisphase

Führen eines Praxistagebuchs, als Grundlage für den Erfahrungsaustausch und die Feedback- Gespräche

Workshop nach drei Monaten Praxis, zum Erfahrungsaustausch.

authentisches Video, aus dem Erfahrungsfeld der TeilnehmerInnen, zur Analyse

Der Modellversuch schloss die Entwicklung und Implementierung von Beurteilungsverfahren der Sozialkompetenz mit ein. Eine ausführliche schriftliche Prüfung und eine aufwendige praktische Prüfung wurden von den TeilnehmerInnen abgeleistet, um ein Zertifikat der IHK Nürnberg/ Mittelfranken zu erhalten.

Die Gesamtbewertung des Modells fällt durchweg positiv aus. „Insbesondere wurden die gezielt zur Transferförderung eingesetzten Instrumente als realisierbare und auch wirksame Maßnahmen eingeschätzt, um die Seminarinhalte in der Arbeitssituation präsent zu halten und eine bewusste Umsetzung des Gelernten anzuleiten“ (Dumpert et al. 2003, S.154).

Es handelt sich hierbei um ein höchst anspruchsvolles Modellprojekt, das eine Vielzahl von Aspekten der Sozialkompetenz sowohl theoretisch aufarbeitet, als auch praktisch umsetzbar gestaltet und so als gelungenes Beispiel zur Förderung der Sozialkompetenzen gelten kann, ohne, dass Schwierigkeiten oder Probleme dabei unbeachtet geblieben sind (dazu Dumpert et al. 2003, S.154-160).

Es erscheint lohnenswert eine Übertragung auf die Situation der Pflege zu unternehmen.

6.5 Zusammenfassung

Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele der Pflegeausbildung zu bestimmen, ist die angemessene Antwort auf die Herausforderungen der gegenwärtigen und wohl auch künftigen Pflegesituation in Deutschland.

7. Schlussfolgerungen und Darlegung des Forschungsinteresses


II. Teil

1. Entwurf eines eigenen Konzeptes zur Kommunikationskompetenz

1.1 Kommunikationskompetenz als grundlegende Kompetenz


Die Aufgaben von Pflegenden sind jedoch vielfältiger als nur der Umgang mit Gepflegten. Ebenso zentral ist der Kontakt mit Angehörigen. Hierbei
unterscheiden sich zwar die inhaltlichen Aspekte der Gespräche von denen mit Gepflegten, häufig handelt es sich um Beratungs- und Informationsgespräche, doch Kommunikationskompetenz ist auch dabei die Voraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf.


Schon allein die Vielfalt der Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeiten der Pflegenden macht deutlich, dass erfolgreiches Arbeiten eine sehr hohe Kommunikationskompetenz erfordert.

„Diesbezüglich zeigen vorliegende Erkenntnisse bereits jetzt, dass Pflegende sehr viel mehr in ihrer kommunikativen und empathischen Kompetenz gestärkt werden müssen, um die von ihnen gepflegten Menschen in ihrer Selbstbestimmung und –verantwortung, ihrer Aktivierung von Selbstpflegepotentialen und individuellen Ressourcen zu fördern, gleichzeitig aber nicht zu überfordern.“ (MGSFF NRW 2003 S.2)


Kitwood konstatierte weiterhin, dass der Endpunkt zur Steigerung des Wohlbefindens dementer Menschen längst nicht erreicht sei, denn die Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Bewohnern sei in vielen seiner beobachteten Fälle noch wesentlich zu verbessern, im Sinn seines Ansatzes der „Personen zentrierten Pflege“.

„In vielen Settings, in denen die Pflegequalität, gemessen an früheren Standards, jetzt sehr hoch ist, scheint die Verbesserung einen Endpunkt zu erreichen. Das ist nicht primär ein Ergebnis struktureller Unzulänglichkeiten
oder schlechter personeller Ausstattung, sondern begrenzter interaktiver Fähigkeiten des Personals“ (Kitwood 2000, S.129).

Damit lieferte Kitwood ein gewichtiges Argument für die weitere Qualifizierung der Pflegenden, im Hinblick auf den Erwerb von Schlüsselqualifikationen, wie z.B. Kommunikationskompetenz, um damit kommunikative Defizite auszugleichen.

Erfolgreiche Kommunikation hebt nach Kitwoods Analyse einerseits die Pflegequalität und fördert andererseits die Lebensqualität der BewohnerInnen, was wiederum die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden günstig beeinflusst.


All diese Überlegungen stellen die Besonderheit der Kommunikationskompetenz heraus und begründen den Versuch, ein Konzept zur Verbesserung der Kommunikationskompetenz zu entwickeln.

1.2 Aneignung und Realisierung von Kommunikationskompetenz

Kommunikationskompetenz ordnet sich in die Schlüsselqualifikation ‚sozial-kommunikative‘ Kompetenz ein. Dieser Bedeutung als übergeordnetes


Oelke & Menke (2002) setzen diese beiden Ebenen in den Vorgaben ihres Curriculums wie folgt um:

<table>
<thead>
<tr>
<th>➢ Aneignungsebene:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Grundsätze zur Kommunikation und Interaktion</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>➢ Realisierungsebene:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, mit Übungen</td>
</tr>
<tr>
<td>• Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten, mit Übungen</td>
</tr>
<tr>
<td>• PatientInnen/ Pflegebedürftige, Angehörige und LaienhelferInnen beraten und anleiten, mit Übungen</td>
</tr>
<tr>
<td>• Auszubildende anleiten, mit Übungen</td>
</tr>
<tr>
<td>• themenbezogen beraten und anleiten, mit Übungen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Oelke & Menke 2002, S.148-149)

Man kann zusammenfassen, dass Oelkes & Menkes Zielsetzungen sehr genau den Ansprüchen entsprechen, die sich aus der Praxis ableiten lassen, nur haftet ihnen der Mangel an, dass sie sehr stark von der Qualifikation der Lehrenden abhängen und zudem lediglich den Unterricht als Übungsfeld heranziehen und die reale Gesprächspraxis im Pflegealltag vernachlässigen.


Kann man von Pflegenden erwarten, dass sie in realen Pflege- und Arbeitssituationen angemessene Bewältigungsformen realisieren, wenn ihre Übungsmöglichkeiten teilweise in der Theorieausbildung verschwinden oder Übungen im unwirklichen Raum des Unterrichts stecken bleiben?


---

1 Siehe Anhang A


1.3 Eigenes Konzept zur Kommunikationskompetenz

1.3.1 Reflektiertheit


Eine Definition, die deutlich eine kognitionsorientierte und handlungstheoretische Richtung erkennen lässt, die aber viele Unbekannte, wie „wohlüberlegt“, „sich selbst besser zu verstehen“ oder „daraus lernen“ enthält. Als Resümee dieser Betrachtung ist Reflexion als ein Vorgang zu sehen, der lernbar ist und der für die Pflegepraxis große Bedeutung besitzt. Reflexion hat semantisch und sprachpragmatisch betrachtet, außer der philosophischen Auffassung, als eine Vertiefung in einen Gedankengang, noch eine weitere Sprachverwendung, nämlich im physikalischen Sinn. Dort wird darunter das Zurückstrahlen und Spiegeln von Licht- und Schallwellen verstanden. Interessanterweise beschreibt Reflexion im philosophischen


Begreift man Kommunikationskompetenz aus handlungstheoretischer Sicht, dann stellt sich Kommunikation als eine Form bewussten Handelns dar. Was ist aber unter bewusstem Handeln zu verstehen? Kaiser versteht darunter:

„... jenes Tun, bei dem sich der Handelnde selbst als Akteur bedenkt und auf der Grundlage dieser Reflexion aus möglichen Tätigkeitsalternativen jene auswählt, für die er gute Gründe sieht: bestimmte allgemeine Interessen, konkrete Ziele, für verbindlich gehaltene Normen oder andere Sinngehalte. ... Bewusstes, problembezogenes Tun ist, wie jedes Handeln, prinzipiell durch Argumente beeinflussbar, wie es ja selbst argumentativ begründet ist“ (Kaiser 2002, S.168).

Daneben verläuft im Alltag viel Handeln als Routine, als Tätigkeit, die einmal bewusst gelernt, erprobt oder erfahren und als brauchbar eingestuft in das Alltagstun integriert wurde. Solches Handeln, auch das kommunikative Handeln, verläuft nicht mehr überlegt, bewertet oder reflektiert ab, sondern wie häufig beschrieben „unbewusst“ (nach Kaiser 2002, S.169). Im Allgemeinen


Kaiser hat verschiedene Bereiche von Reflektiertheit zusammengetragen, wobei in dieser Betrachtung vor allem solche Teilbereiche bedeutsam sind, die sich für den Erwerb von Kommunikationskompetenz als relevant erweisen:

- Bereitschaft und Fähigkeit eigenes Verhalten als argumentationszugängliches Handeln aufzufassen
- Erkennen eigener Handlungsmöglichkeiten

Neben der Bedeutung in der sozialwissenschaftlichen Forschung ist die Frage interessant, wie Reflektiertheit in unserer Gesellschaft einzuordnen ist. Ist es gesellschaftlich erwünscht, reflektierend durchs Leben zu gehen? Ist der Mensch in unserem Wirtschaftssystem als überlegter und bewertender Konsument erwünscht? Ist der Mensch in unserem politischen System als überlegter und langfristig bewertender Wähler erwünscht?


Handeln als argumentationszugänglich, als zielgerichtet und veränderbar erlebt werden kann.


Im Folgenden wird auf der Grundlage dieser Überlegungen ein Modell der Reflektiertheit vorgestellt:

![Modell der Reflektiertheit](Abb. 2)


wird das, was gelehrt wird“. Schüßler (2000) spricht in diesem Zusammenhang vom „Viabilitätsprinzip“.


Eine weitere Parallele führt zu dem Projekt von Dumpert et al. (2003), das in seinem Grundmodell des sozial- kommunikativen Handelns, ebenfalls zwischen einem agentiven (wahrnehmbarer Kommunikationsvollzug) und einem reflexiven Standpunkten unterscheidet und die reflexive Perspektive dann annimmt, wenn Störungen erlebt werden.

1.3.2 Kommunikationssituationsdifferenzierung

Dieses etwas übersichtliche Wort soll im Folgenden mit KSD abgekürzt werden.

Im Prozess des Reflektierens einer Handlung setzt KSD an der Stelle des Bewertens an (vgl. Abb.2). KSD meint die Unterscheidungsfähigkeit verschiedener Kommunikationssituationen bezüglich der Verwendung bestimmter Kommunikationsmethoden und das Verfolgen entsprechender Kommunikationsabsichten.

An einem Beispiel soll KSD veranschaulicht werden.

*Pflegekraft (PK) betritt das Zimmer einer Bewohnerin (BW).*

**BW (Aussage 1): Ach, Schwester, es hat doch alles keinen Sinn mehr!**

**PK: Haben Sie Schmerzen?**

**BW: Das auch, aber nicht die Schmerzen sind so unerträglich.**
PK (rückt sich einen Stuhl ans Bett): Sie sind heute besonders traurig und niedergeschlagen?


PK: Jetzt sind sie sehr enttäuscht und fühlen sich ganz vergessen?


PK verlässt das Zimmer und trifft im Flur die Angehörigen (Herr und Frau P.) einer anderen BW.


PK: Ihre Mutter hat sich eine lila Bluse, einen blauen Rock und ihre Turnschuhe angezogen. Jede BW sucht sich das zum Anziehen aus, was ihr am Besten gefällt. Ich habe Ihrer Mutter dabei geholfen die Sachen anzuziehen.


Methoden und Strategien der Kommunikationssituation anzupassen erfordert an der Stelle der Bewertung (vgl. Abb.2) eine schnelle und zutreffende Identifikation des Kommunikationsanlasses. Mit der Herausdifferenzierung des Anlasses bzw. der Absicht des Gespräches werden die dazu geeigneten Methoden verfügbar gemacht und schließlich eingesetzt.


Dieser Balanceakt zwischen Angehörigen und Patienten erfordert von der Pflegekraft ein hohes Maß an KSD. Prinzipiell erweisen sich Gespräche mit mehreren Gesprächspartnern, wie die eben beschriebenen Anamnese-gespräche, als Herausforderung an die kommunikativen Kompetenzen der Gesprächsführerin. Die Gefahr, die dabei stets bedacht werden muss, ist das Reden über jemanden, in diesem Beispiel über den Patienten, der zwar anwesend ist, aber in einer solchen Situation übergangen wird. Statt mit ihm wird über ihn gesprochen, was Gefühle von Entmündigung oder auch Wut provozieren kann. Auf der anderen Seite steht die Gespräch führende Pflegekraft den Angehörigen gegenüber, die um den Patienten bemüht sind und durch häusliche Unterstützung berechtigtes Interesse am Behandlungserfolg haben. Hierbei wird die Kompetenz Kommunikationssituationen zu
differenzieren, um mehreren Gesprächspartnern gleichzeitig gerecht werden zu können, in hohem Maß gefordert.


1.3.3 Deutungs- und Interpretationskompetenz


Damit steht Deutungskompetenz, als übergeordnetes Bildungsziel, auch in einer handlungstheoretischen Wissenschaftsauffassung an zentraler Stelle.


Auf der fiktiven Ebene der Romane tat Lantermann et al. genau das, was unter Deutungskompetenz zu verstehen ist, nämlich das Erklären und Verstehen menschlichen Handelns, also die Suche nach den Zielen und dem Sinngehalt der Handlungen.


Der Vergleich wissenschaftlichen Vorgehens mit der Anwendung im Berufsalltag ist trotz der Unterschiede vor allem deshalb weiterführend, weil das wissenschaftliche Vorgehen Hinweise für den Erwerb von Deutungskompetenz liefern kann.

An dieser Stelle werden erste hinführende Gedanken formuliert, um im Folgenden Details zum Erwerb von Kommunikationskompetenz darzustellen.


Bezieht man dieses Vorgehen auf den Erwerb von Deutungskompetenz, sind folgende Aspekte von Bedeutung:

- Fachwissen
- zeitlicher Rahmen zur Rekonstruktion
- Fähigkeiten wie Beurteilen, Bewerten, Begründen und Kreativität (vgl. Ital & Knöferl 2001)
- theoretische Grundlagen
- gegenseitiger Austausch

Fachwissen, Beurteilungs-, Bewertungs- und Begründungsfähigkeit und auch Kreativität, sind als Ausbildungsinhalte im Unterricht vermittelbar, ebenso die


Dieser Ansatz, den Erwerb von Deutungskompetenz parallel zu wissenschaftlichem Vorgehen zu verstehen, erinnert an das Persönlichkeitsmodell von George A. Kelly. In seinem Menschenbild bezeichnet Kelly Menschen als Wissenschaftler: „Der Mensch macht Erfahrungen, nimmt Ähnlichkeiten und Unterschiede bei diesen Erfahrungen wahr, formuliert
Konzepte oder Konstrukte, um Phänomene zu ordnen und versucht, auf der Basis dieser Konstrukte, Erfahrungen zu antizipieren. … In dieser Hinsicht sind alle Menschen Wissenschaftler“ (Kelly zitiert in: Pervin 1981, S.304)


Die Beschäftigung mit Subjektiven Theorien einschließlich deren Erfassung und der Ansatz Subjektive Theorien zu verändern, ist ein Forschungsgebiet, das vor allem in der Pädagogik verfolgt wird und zwar im Zusammenhang mit Subjektiven Theorien von Lehrern. Im Kapitel 3.3.5 wird ein Verfahren zur Erfassung von Subjektiven Theorien vorgestellt (Dann & Barth 1995), um daraus Ableitungen für den Erwerb von Kommunikationskompetenz, also von Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz, zu treffen.

1.3.4 Zusammenfassung

1.4 Bedeutung dieses Konzepts
1.4.1 Arbeitszufriedenheit der Pflegenden


Was mit offener Kommunikationsweise und sensiblem und verständnisvollem Verhalten genau gemeint ist, kann anhand dieser Darstellung nicht näher erschlossen werden, aber es lässt sich damit ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Kommunikationskompetenz und Arbeitszufriedenheit begründen. Was die Richtung des Zusammenhangs angeht, Arbeitszufriedenheit optimiert die Kommunikationskompetenz oder die Kommunikationskompetenz steigert die Arbeitszufriedenheit, sollte Inhalt weiterer Studien sein, ebenso die detaillierte Betrachtung einiger Aspekte, wie Offenheit, Sensibilität und Verständnis.
1.4.2 Lebenszufriedenheit der Gepflegten


Darüber hinaus müssen Einstellungen und Werthaltungen, konkrete Verhaltensmuster sowie personale und organisatorisch/institutionelle Aspekte in ihrer Auswirkung auf die Kommunikation im Alltag beachtet werden (und entsprechend verändert werden)“ (Brandenburg 2004a, S.137-138).


Damit lieferte Kitwood ein gewichtiges Argument für die weitere Qualifizierung der Pflegenden, im Hinblick auf den Erwerb von Schlüsselqualifikationen, wie z.B. Kommunikationskompetenz.

Auch hier wären weitere Studien wünschenswert, um detaillierte Aspekte dieses Zusammenhangs aufzuzeigen.

1.5 Verknüpfungen und Implikationen
1.5.1 Verknüpfungen
Zu den bisher vorgestellten Ansätzen und Modellprojekten (vgl. I. Teil, Kap. 5.2, 5.3 und 6.3, 6.4) ergeben sich eine Reihe von Verknüpfungen zu dem Konzept der Autorin.

Die Nähe zum Modell von Oelke & Menke, insbesondere zur Bedeutung der Schlüsselqualifikationen, wurde bereits hinreichend beschrieben.


Trotz kritisch diskutierter Aspekte, im Modell zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen von Dornheim et al. (2003), werden einige der vorgeschlagenen Methoden als wirkungsvoll betrachtet und vertiefend reflektiert. Dazu zählen Rollenspiele, Szenisches Spiel und das Erstellen von alternativen Deutungsmustern.


Die stufenweise Steigerung der Handlungskompetenz in Richtung einer Patientenorientierung, im Didaktikmodell von Wittneben (2003), weist darauf hin, dass Einflussgrößen, wie sie von der Autorin als Kompetenzen der Kommunikation dargelegt wurden (Reflektiertheit, KSD, Deutungskompetenz) geeignet erscheinen, höhere Stufen für ein patientenorientiertes Handeln zu erreichen.

In dem sehr verkürzten Überblick über das Deutungslernen lassen sich Parallelen zu dem Konzept der Autorin erkennen. Der Erwerb von Kompetenzen bildet das jeweils zentrale Element und nicht die Ausführung von bestimmten Verhaltensweisen, die unabhängig vom Lehr-Lernprozess festgelegt und erwartet werden. Dabei nimmt die Reflexionskompetenz, bzw. die Reflektiertheit, eine besondere Stellung ein. Wirklichkeit wird nicht als fotografische Abbildung im Individuum angenommen, sondern als subjektive Deutung, die durch Interaktionsprozesse (z.B. im Lehr-Lernprozess) vermittelt wird.


1.5.2 Ethische Verantwortung


1 Massachusetts Institute of Technology
Computerwissenschaft, militärischen Interessen und militärischer Anwendung beruht, nachvollziehbar.

Ist die Schlussfolgerung dieser kritischen Haltung nicht auf jeden anderen Wissenschaftsbereich übertragbar? Hat nicht jeder Wissenschaftler die moralische und ethische Verantwortung für sein Tun und für die Implikationen in Gesellschaft und Staat?

In besonderer Weise mag das auch für die Sozialwissenschaften und die Pflegewissenschaft gelten. Welche Verantwortung trägt nun die PflegewissenschaftlerIn und letztlich auch der / die Pflegende das moralisch Gute und Richtige zu tun?


Drewermann (1999) lehnt hier ausdrücklich die strafrechtliche Instanz zur Entwicklung von Moral ab und verweist ethisches Verhalten auf das Ergebnis einer angstfreien und reflektierenden Entwicklung. Worin ethisches Verhalten und Moralität aber konkret bestehen, bleibt offen.

Selbstsorge und Selbstmächtigkeit zur Sorge um andere

Eigenes Tätigwerden, im Sinn von Selbst- und Fremdsorge und dabei frei sein von Zeitgeist und Opportunismus

Aktive und reflektierte Wahl von Werten, ermöglicht durch die Freiheit der Menschen und einem Pluralismus von Lebensentwürfen

Pragmatismus, der durch die medizintechnischen Möglichkeiten, den Beginn und das Ende des Lebens festlegen muss

Militantes Eingreifen für die Menschenrechte, wobei dabei auch ein militanter Pazifismus (Schmid 1999, S.53) gemeint sein kann

Imperativ der Lebenskunst: Gestalte dein Leben so, dass es bejahenswert ist

Nachhaltigkeit im Sinn ökologischen Handelns, um den ethischen Ansprüchen auch für spätere Generationen Geltung zu verschaffen.

(Nach Schmid 1999, S.45-58)


Der Entwicklungsweg zu einem durch Verantwortung geprägten Handeln ist die Anleitung zu reflektierendem Denken, wie es durch die Ausbildung geschehen sollte (nach Drewermann 1999).

In einer Studie an 207 türkischen ÄrztInnen (140 Ärzte, 67 Ärztinnen) untersuchten Ersoy & Gündogmus (2003) deren ethische Sensibilität, anhand von vier aus der Medizinpraxis abgeleiteten Fällen. Zusammenfassend stellen die Autoren fest: „We have tried to determine whether physicians are aware of the ethical dimensions of cases and the principles(s) they use when making their decisions. According to these results, physicians fail to express adequate sensitivity to protect patients when they are not competent (in a coma or unconscious) or are thought to be incompetent owing to old age. However, they may be adequately sensitive to fulfilling the duties of maintaining confidentiality and telling the truth“ (Ersoy et al. 2003, S.482). Als Konsequenz aus den ermittelten Defiziten ethischer Sensibilität von türkischen ÄrztInnen, fordern Ersoy et al. Studienprogramme, um eine klinische Ausbildung für ethische Fragen zu konstituieren.


Auch in diesem Ansatz steckt die Voraussetzung, dass Pflegekräfte in der Lage sind reflektierend zu denken, um anwendungsrelevante Faktoren entsprechend einzuschätzen und als handlungsweisend zu erkennen.

Trotzdem ist zu konstatieren, dass ethische Fragestellungen in der Pflege allzu oft nur marginal behandelt werden. Ethik wird nicht selten der Rang als wissenschaftliche Disziplin abgesprochen und das zu Unrecht, wie Yeo (1997) feststellt: „Nursing ethics, on the other hand, has not conferred such value on science. It has not, and in the nature of the discipline, could not have, aspired to
being scientific. Ethics is almost by definition a nonexact discipline, although a discipline nonetheless. Ethics, and nursing ethics in particular, make use of science where appropriate, but with an awareness that science only goes so far in sorting out value questions by helping us to better understand their empirical dimension, for nursing ethics is above all concerned with values and value conflicts arising out of nursing practice and research“ (Yeo 1997, S.189).

Die ethischen Implikationen, die für Pflegekräfte Bedeutung gewinnen, die in Krisengebieten der Welt, in der Nähe von Kriegsschauplätzen, politischer Unterdrückung und Naturkatastrophen tätig sind, münden nach Tschudin & Schmitz (2003) in die Auffassung, dass “Nurses’ ethical responsibilities“ in besonderer Weise vermittelt werden muss. Ihre Forschungsarbeit trägt den Titel “The Impact of Conflict and War on International Nursing and Ethics“. „It may be unrealistic to try to teach nursing students the kind of values and attitudes they need to bring to their work because these values are formed when children are very young. What is more realistic is that, in group discussions and reflection on practice, set values are challenges and options presented for better ones. This is perhaps the most useful function of any teaching in ethics. Teachers and lectures therefore have a crucial responsibility in how they make their students aware of issues of global professional concern in this area, and how they influence their students, especially in their understanding of justice” (Tschudin & Schmitz 2003, S.363-364).

Die Beschäftigung mit Ethik und Verantwortung in den Pflegeberufen fokussiert in besonderer Weise die Reflexionsfähigkeit der Handelnden und begründet in diesem Sinn die Bedeutung dieser Komponente für die Kommunikation und deren Unterrichtung.
2. Erste Überlegungen zur Umsetzung


2.1 Erste Gedanken


„Bleiben Se Mensch, Herr Psychologe! – Eine Satire


An dieser Stelle passierte etwas Unglaubliches. Ohne jede Vorankündigung griff Maria plötzlich zu ihrem Glas und goß mir mit Schwung ihr ganzes Bier aufs Hemd. Und lachte etwas albern und sagte: „Damit du mal was von mir spürst, haha!“


Reflektierendes Denken fördert Flexibilität und damit die Kompetenz der Kommunikationssituationsdifferenzierung.

2.2 Wertediskussion


Nichterfüllung von Patientenbedürfnissen und das Nichtzugänglichmachen von Informationen. Ein Machtgefülle zwischen Pflegekraft und Patient ist einer Pflegebeziehung inhärent, so dass es darum gehen muss, die vorhandene Machtsituation reflektierend zu gestalten.
In ihrer Studie sieht Darmann keine Anhaltspunkte für groben Machtmissbrauch, wenngleich subtile Formen erkennbar sind, beispielsweise beim Umgang mit Sedativa.
Ein weiteres, bemerkenswertes Ergebnis von Darmanns Arbeit liegt in der Identifizierung der Gründe für das Verhalten der Pflegekräfte.
Sowohl die Bedeutung des Machtaspekts in der Pflegebeziehung, als auch die Heranziehung von unreflektierten Normen der Schulmedizin weisen der Pflegeausbildung wichtige Aufgaben zu. An erster Stelle steht der Bewusstmachungsprozess der Machtstrukturen einer Pflegebeziehung und ein daraus abgeleiteter konstruktiver Umgang damit.
In großer Nähe zu Gordons Denken steht das Kommunikationsmodell „Gewaltfreie Kommunikation“ von Rosenberg, das einerseits durch die gute
didaktische Aufbereitung (Arbeitshefte sind verfügbar), als auch durch die Beschäftigung mit gewaltfreiem Denken, wichtige Impulse für den Unterricht liefern kann (Rosenberg 2004).


einer asymmetrischen, Macht intensivierenden Beziehungsstruktur, lehnt sie diese Orientierung ab. Sie stellt fest, dass die Bedürfnisse der Patienten nicht die Förderung von Selbsterkenntnis und Selbstoffenbarung seien, sondern eine Kommunikation über pflegebezogene Wahrnehmungen, Bewertungen und Entscheidungen (Darmann 2000, S.224-225).


In der wissenschaftlichen Betrachtung würde man davon sprechen, dass Lehrende bestimmte Erziehungsstile oder Unterrichtsstile umsetzen. Es geht im Kern darum, neben der Aufgabenorientierung einen schülerzentrierten Stil zu verkörpern, der durch Akzeptanz und Wertschätzung charakterisiert werden kann.


2.3 Assessment Center

Welche Bedeutung haben Assessment Center für die Pflegeausbildung?

Auf den ersten Blick erschließt sich dieser Zusammenhang nicht, denn der Begriff Assessment Center stammt aus dem Bereich der Wirtschafts- und Unternehmensberatung und fügt sich zunächst nur schwer zu den Bausteinen der Pflegeausbildung.

Assessment ist sprachwissenschaftlich ein aus dem Amerikanischen entlehnter Begriff, der im Deutschen „Feststellung, Einschätzung“ bedeutet. In den 60er und 70er Jahren suchte man in den USA valide Eignungstests, um geeignete Führungskräfte für Unternehmen auszuwählen. Die Auslese nach bloßen Wissens- und Persönlichkeitsmerkmalen brachte keine befriedigenden Ergebnisse, da keine zuverlässigen Vorhersagen über die situative und soziale
Assessment Center sind also leistungsdiagnostische Verfahren, die in der Personalauswahl eines Unternehmens eingesetzt werden, um Berufssituationen so realistisch wie möglich, in standardisierten Testsituationen, zu simulieren. Mit einem auf das Unternehmensleitbild abgestimmten Anforderungsprofil versucht man die Kompetenzen von Bewerbern zu erfassen, zu vergleichen und entsprechende Personalentscheidungen zu treffen. In einem zweiten Schritt werden die Beobachtungen und Einschätzungen den TeilnehmerInnen in einem Feedback- Gespräch vermittelt.
In den letzten Jahren fanden Assessment Center auch Eingang in den Bereich der Pflege. Quernheim (2002) beschreibt einen Weg, um Bewerber für Pflegeschulen mittels Assessment Center auszuwählen. Dabei passte Quernheim bestehende Assessment Center- Instrumente den Ansprüchen der Pflegeschulen an und gelangte zu folgenden Aufgabenstellungen für die BewerberInnen:

- Partnerinterview und Kurzpräsentation eines Partners
- halbstrukturiertes Gruppeninterview unter Moderation der LeiterIn
- Gruppendiskussion ohne Moderation, zu vorgegebenen Themen
- Gruppenaufgaben (z.B. Rollenspiele)

Genau festgelegte Kriterien bildeten die Grundlage für die Beobachtung, die von speziell ausgebildeten Lehrern durchgeführt wurde. Abschließend erfolgte mit jedem einzelnen Bewerber ein Bilanzgespräch, das neben den Beobachtungsergebnissen auch Entwicklungsvorschläge für die Beurteilten zum Thema hatte.


Dieser sehr auf die Managerebene von Unternehmen zugeschnittene Ansatz, kann für die Pflegeausbildung insofern von Nutzen sein, als einige der methodischen Verfahren diagnostische Erkenntnisse über die praktische Tätigkeit der TeilnehmerInnen erbringen und somit die Auswahl von Weiterbildungsangeboten auf eine systematische und nutzerorientierte Basis gestellt werden kann. Kerninstrument ist das teilstrukturierte Interview bzgl. Erwartungen, Werten und Zielsetzungen der TeilnehmerIn, hinzukommen Querinterviews mit KollegInnen, Assessment Center Sequenzen und so genannte 360 Grad Feedback- Gespräche.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es für die Qualität der Pflegeausbildung nützlich sein kann, die Ansätze des innovativen Personalmanagements zu prüfen und passende Verfahrenselemente zu übernehmen, um den Ausprägungsgrad von Kompetenzen und Entwicklungspotenzialen einzuschätzen und weiter zu entwickeln.

2.4 Szenisches Spiel

Szenisches Spiel ist ein pädagogisch- didaktischer Ansatz, der vor mehr als 30 Jahren von Ingo Scheller, an der Universität Oldenburg entwickelt wurde. 1974 ging es Scheller um innovative Formen der Lehreraus- und -fortbildung und es ging ihm auch um außerschulische Bildung. Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, wie Gefühle, Erlebnisse, Vorstellungen und Fantasien der Lernenden in den Bildungsprozess integriert werden können, um
erfahrungsbezogenes Lernen zu ermöglichen. LehrerInnen sollten qualifiziert werden auch emotionale Voraussetzungen der SchülerInnen einzubeziehen, um damit konstruktiven Unterricht zu gestalten. Sehr bald erkannte Scheller, dass bei Lernenden unbewusste, ausgegrenzte, abgewehrte und asoziale Vorstellungen auftauchen, die im herkömmlichen Bildungsprozess, mit den herkömmlichen Bewertungsverfahren nicht in Einklang zu bringen sind (Scheller 2002). Immer wieder stieß Scheller, der vor seiner wissenschaftlichen Laufbahn Gymnasiallehrer war, auf Schülerverhalten, das als störend und aggressiv galt und dem geplanten Unterrichtsverlauf hinderlich war. Wie, war die Anfangsfrage, sollen solche Verhaltensweisen und Einstellungen der Lernenden aufgegriffen, bearbeitet und durch Neue ersetzt werden? Szenisches Spiel war schließlich die Antwort.


Als Uta Oelke und Gisela Ruwe, die beiden Pflegewissenschaftlerinnen, bei einem Kongress, Ingo Scheller, den Experten für Szenisches Spiel trafen, begründeten sie eine Zusammenarbeit, um Szenisches Spiel und Pflegedidaktik zu verbinden.

Entstanden ist aus dieser Zusammenarbeit das gemeinsame Buch „Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege“ (Oelke, Ruwe & Scheller 2000).

Für Oelke ist Szenisches Spiel die Auseinandersetzung mit inneren Haltungen (Gefühlen, Fantasien, Einstellungen) und mit äußeren Haltungen (körperliche und sprachliche Ausdrucksformen) in sozialen Situationen (Oelke 2001, S.42).

---

1 Gemeint sind Haltungen und Einstellungen der Lernenden


Das Szenische Spiel ist aus verschiedenen, aufeinander bezogenen Übungselementen aufgebaut, die mit steigender Intensität persönliche Gefühle und Fantasien einbeziehen und die in zunehmendem Maße die Identifikation mit bestimmten Rollen erlauben. Die Verfahren sind Wahrnehmungs-, Vorstellungs-, Körper- und Sprechübungen, daneben Rollengespräche und Rollenschreiben, Standbilder bauen und als höchste Stufe die szenische Improvisation und Demonstration (Oelke, Ruwe & Scheller 2000).

Oelke, Scheller und Ruwe haben die so genannten Tabuthemen als konkrete Unterrichtseinheiten aufbereitet und für den praktischen Unterricht verfügbar gemacht.


Die Lerneinheit „Gewalt in der Pflege“ (Oelke, Scheller & Ruwe 2000, S.196-218) hat die Intention, dass die SchülerInnen erkennen, Gewalt ist kein einheitliches, klar bestimmbares Phänomen, sondern ist stets auf den
jeweiligen sozialen Zusammenhang bezogen und in seiner Bedeutung von der Interpretation und den Wertmaßstäben der Handelnden abhängig.

Die Ziele der Lerneinheit sind:

1) Klärung, was alles unter Gewalt zu verstehen ist
2) Bestimmung eines eigenen Standpunktes
3) Genaue Analyse von Gewaltszenen, im geschützten Raum des Spiels, um eigene Emotionen in verschiedenen Situationen zu erleben
4) Handlungsstrategien zur Gewaltprävention entwickeln

In ihrer Unterrichtseinheit, im November 2005, an einer Altenpflegeschule, mit SchülerInnen im dritten Ausbildungsjahr, hielt sich die Autorin/ Dozentin nah an die vorgegeben Schritte der Lernsequenz.

A) Information über Intention und Ziel der Lerneinheit und Hinweis auf eine andere Form der Unterrichtsgestaltung.

B) Opfer- Täterhaltung demonstrieren.
   Anfangsprobleme: Nur nach Aufforderung durch die Dozentin beginnt ein Schüler seine Haltung als Opfer und als Täter zu zeigen. Alle anderen SchülerInnen stimmen zu, ohne selbst aktiv zu werden.

C) Körper- und Bewegungsübungen
   ➢ In Zweiergruppen soll Blickkontakt gehalten werden, wobei immer ein Partner in die Knie geht („unten“) und der andere „oben“ bleibt, im Wechsel.
   ➢ In jeder Zweiergruppe gibt es eine Führerin, die der PartnerIn die Hand direkt vor Augen hält. Die Geführte soll der Hand bedingungslos folgen, im Wechsel.
   ➢ Gespräch: Das Gefühl „Macht zu haben“ ist gut, aber es ist auch gut Verantwortung abzugeben, wenn „die Chemie stimmt“.

D) Assoziationsbilder „Alltägliche Gewalt in der Pflege“
   In Kleingruppen gestalten die SchülerInnen je drei Standbilder zum Thema „Alltägliche Gewalt in der Pflege“ und geben diesen Standbildern Titel.
   Der Arbeitsauftrag wird sofort angenommen und umgesetzt. Die SchülerInnen zeigen Motivation und Engagement.
   Die Standbilder werden den anderen Gruppen gezeigt und die Beobachter sollen den Titel erraten.
Folgende Standbilder werden entwickelt:

- Essen unter Zwang
- Rollstuhl verkanten
- Zwangswaschen
- Mobbing (PDL gegenüber SchülerIn)
- Gewalt unter BewohnerInnen
- Toilettenzwang


Im Gespräch bestätigen die SchülerInnen die Assoziationsbilder als realistische Erfahrungen. Dabei erweisen sich Pflegetätigkeiten wie Essen, Waschen, Toilettengang als Hauptbereiche von Gewalterlebnissen. Das Wegdrehen von KollegInnen bei Gewaltszene sei häufig. Dagegen gäbe es darüber keine Gespräche im Team.

E) Statue „Alltägliche Gewalt in der Pflege“


Die gemeinsame Statue im Unterricht besteht aus sieben TeilnehmerInnen:

- Eine Bewohnerin steht an der Tür, bereit weg zu laufen, eine Bewohnerin sitzt am Tisch und übergibt sich, eine Bewohnerin kippt aus dem Bett, zwei Kolleginnen haben Pause und drehen der Szene den Rücken zu. Die PDL schließt beim Telefonieren die Tür. Die Pflegekraft packt die an der Tür stehende Bewohnerin und sperrt sie ein.

Anschließend ergibt sich ein Gespräch über die Überforderung von Pflegenden, das Gefühl zerrissen zu werden und die fehlende Kommunikation darüber im Team und mit Vorgesetzten.

F) Szenische Rekonstruktion selbst erlebter Gewaltszenen
Jede SchülerIn berichtet im Gesprächskreis über selbst erlebte Gewaltszenen. Die Szenen werden so realistisch wie möglich beschrieben (wer, Biografie, wo, Raum, wann, wie, was, welche Folgen). Aus allen Vorschlägen wählt die Gruppe einen aus, der dann tatsächlich gespielt wird. Personen und Kulisse werden so gestaltet wie die SchülerIn (HauptspielerIn) es beschrieben hat.

Im Unterricht entstand ein kurzes Drehbuch:


1. Szene:
   Frau Bauer: Mach, mach, mach, mach…
   (Tritt nahe an Frau Bauer heran und hebt ihren Stock)
   Frau Bauer: Mach, mach …

2. Szene:
   Pflegekraft: Was ist los Frau König?
   Frau König: Solche Leute wie die gehören vergast!
   Frau Bauer: Mach, mach…
   Pflegekraft: Warum?
   Frau König: Die hat es nicht anders verdient.

Die BeobachterInnen können das Spiel jederzeit, durch Stopp-Rufe, unterbrechen und die Akteure bitten, ihre Gedanken und Gefühle auszusprechen. Danach erproben andere SchülerInnen alternative Verhaltensweisen für die Rolle der Pflegenden. Im Gespräch wird reflektiert, welche Wirkungen bestimmte Verhaltensweisen auf die anderen SpielerInnen haben.


Lehrerin unterbricht an dieser Stelle die szenische Darstellung und erinnert an die Ziele der Lerneinheit, nämlich die kritische Auseinandersetzung mit konkreten Erfahrungen.

Ende der Unterrichtseinheit.
Bei dieser Unterrichtseinheit erhob die Autorin nicht den Anspruch einer professionellen Durchführung des Szenischen Spiels, sondern verband die einzelnen Elemente des Konzepts zu einem ersten Versuch.


Alle Elemente des Kommunikationskonzeptes der Autorin können im Szenischen Spiel gefördert werden. Dabei verfügen Lehrende nicht über das Wissensmonopol, vielmehr ist es ihre Aufgabe die Moderation des Spiels zu übernehmen und die TeilnehmerInnen zu motivieren ihre Potenziale zum Ausdruck zu bringen.


2.5 Praxisbegleitung

Praxisanleitung, als der etablierte Begriff, meint die in der praktischen Ausbildung für einzelne SchülerInnen zuständige Bezugsperson, die einerseits in der Funktion einer Lehrerin ins praktische Handeln unterweist und andererseits die SchülerInnen beurteilt und benotet. Als Beispiel ist der Beurteilungsbogen für die Berufsfachschulausbildung für Altenpflege in Bayern im Anhang angefügt.¹

¹ Vergleich Anhang C

Waren die Regelungen für die praktische Ausbildung in der Pflege, vor in Kraft treten der Bundesgesetze und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, sehr uneinheitlich und defizitär, so versuchte man im KrPflG und im AltPflG Verbesserungen vorzunehmen. Demnach muss jede praktische Ausbildungsstätte in der Krankenpflege PraxisanleiterInnen beschäftigen, die über berufspädagogische Zulassungsvoraussetzungen, im Umfang von 200 Stunden, verfügen und die in ihrer Anzahl in einem angemessenen Verhältnis zur Zahl der SchülerInnen stehen.


Umfang PraxisanleiterInnen von ihren direkten Pflegeaufgaben frei gestellt sind, um ihrer Anleitungstätigkeit nachkommen zu können. Gerade davon wird die praktische Ausbildungsqualität entscheidend abhängen, ob SchülerInnen gemäß ihrem Ausbildungsstand angeleitet werden oder einfach in die Alltagsroutine des Pflegebetriebs eingepasst werden. Bisher existieren lediglich Empfehlungen von Berufsverbänden, die aber nur wenig Einfluss gewinnen.


---

1 Abgekürzt: IGF
Teil geringe pädagogische Qualifikation der Ausbilder” (Müller & Koepp 2003, S.583).

„Der Grad der berufspädagogischen Zusatzqualifikation der am Modellprojekt beteiligten Praxisanleiter/innen ist sehr unterschiedlich. Es reichte von einer abgeschlossenen Weiterbildung zur/zum Lehrer/-in für Pflegeberufe, über Weiterbildungen zur/zum Praxisanleiter/-in oder Mentor/-in, bis hin zu keinerlei pädagogischer Fortbildung“ (www.integrierte-pflegeausbildung.de/ausbilder-qualifizierung/train-the-trainer.html S.1) [12.11.2005].


Diese Gegenüberstellung, der empfohlene Aufgabenumfang einer Praxisanleitung auf der einen Seite und der beim Modellversuch in NRW vorgefundene Qualifikationsgrad auf der anderen Seite, lässt die Vermutung zu, dass Realität und Wunschvorstellung in der Praxisanleitung weit voneinander entfernt sind. Bedauerlich ist dieses Auseinanderklaffen, denn die Ausbildungsqualität hängt maßgeblich von der Anleitung ins praktische Handeln ab.

Die Bemühungen des Modellversuchs in NRW, die Praxisanleitungsqualifikationen zu homogenisieren, brachten keine befriedigenden Ergebnisse. Zwar wurden die Defizite identifiziert und es wurde nachqualifiziert, trotzdem blieb der Modellversuch in diesem Teilbereich unzureichend. Dies bestätigten die Befragungen der SchülerInnen, die das begleitete Lernen in der Praxis als defizitär erlebten (vgl. I.Teil, Kap. 6.3.2).

Im Modellversuch wurde noch ein weiterer Aspekt ergänzt, nämlich der der so genannten Praxisreflexion. Das, was hier als Praxisreflexion gedacht ist, lässt


Praxisbegleitung umfasst für Schützendorf et al. fünf Aspekte:

1. Anleitung zu Distanz und Reflexion.
   Reflexion über persönliche Wertvorstellungen, was ist „normal“, was ist „nicht normal“, was ist „anständig“, was ist „nicht anständig“. Mit reflektierten Wertvorstellungen, so Schützendorf, bekämen die Pflegekräfte einen leichteren Zugang zur ver-rückten Welt der Bewohner. Distanz zu den eigenen Gefühlen, wie z. B. Ekel, Hass herzustellen, um dadurch Belastungen in der Pflegebeziehung zu vermindern.

2. Anleitung zum genauen Beobachten.
   Die tägliche Routine verstellte oftmals den Blick für Einzelheiten im Handeln der alten Menschen. Anleitung, jedes Mal genau hin zu sehen,
genau hin zu hören, ist der Weg zum Verständnis altersverwirrter Menschen, aber nicht nur dieser!

3. Anleitung zum Verstehen.

4. Anleitung zur Kompromissfähigkeit.
Auf dem Weg des Verstehens eines altersverwirrten Menschen, hat die Pflegekraft die Aufgabe zwischen den Bedürfnissen des alten Menschen und den eigenen Bedürfnissen einen Kompromiss auszuhandeln, denn altersverwirrte Personen können ihre Bedürfnisse nur selten aussprechen und noch seltener vertreten. Ähnliches gilt auch bzgl. der Ansprüche von Ärzten, wobei sich Pflegekräfte zum Anwalt der Bewohner machen sollten.

5. Anleitung zum geragogischen Handeln.
Der Umgang mit altersverwirrten Menschen ist Lenkung und Führung und damit erzieherisches Handeln. Über ihre Ziele und Methoden müssen Pflegekräfte reflektieren, um mit Kreativität solche Bedingungen zu schaffen, die das Erreichen der Ziele ermöglichen.

Die fünf Anleitungen, die Schützendorf et al. (2004) als Praxisbegleitung formuliert hat, verfügen über erkennbare Parallelen zu dem Kommunikationskonzept der Autorin. Entsprechungen sind festzustellen zwischen:

- Reflexion und Reflektiertheit
- genaues Beobachten/ Unterscheiden und KSD
- Verstehen und Deutungskompetenz.

Praxisbegleitung als Beratung aufzufassen macht sich die Argumentationszugänglichkeit in Handlungssituationen zunutze, um somit die Qualität von Pflegegesprächen zu steigern.

Die Beschäftigung mit Praxisbegleitung als Baustein der Kommunikationsausbildung in der Pflege eröffnet neue Wege, die eine Konzeptualisierung sinnvoll erscheinen lässt. Im Folgenden soll eine solche Konzeptualisierung versucht werden.

2.6 Zusammenfassung


Konkretisierungen dazu werden im folgenden Kapitel vorgenommen.
3. Erwerb von Kommunikationskompetenz

3.1 Menschenbild

Um sich mit dem Erwerb von Kommunikationskompetenz zu beschäftigen bedarf es zunächst einiger grundlegender Gedanken, wie überhaupt ein Lernprozess aufzufassen ist und welche Bedeutung dabei den Lernenden zukommt. Handelt es sich bei einem Lernprozess um einen so genannten Black-Box-Vorgang, bei dem ein Input über die Black-Box zu einem erwünschten oder auch unerwünschten Output führt? Oder handelt es sich bei Lernenden um rein triebgesteuerte Wesen, die lediglich bezüglich Bedürfnisbefriedigung zu lenken sind? Für welche Auffassung man sich entscheidet hängt von dem Menschenbild ab, das man für SchülerInnen, StudentInnen und Auszubildende annimmt.

Das Menschenbild der Autorin basiert auf dem Verständnis von Persönlichkeit, wie es der amerikanische Psychologe George A. Kelly (1905 bis 1966) darstellte. Demnach ist jeder Mensch als Wissenschaftler zu betrachten, der prinzipiell gemäß wissenschaftlicher Vorgehensweise handelt. Aus dem Ansatz, Menschen handeln wie Wissenschaftler, leitete Kelly zwei Schlussfolgerungen ab, die für diese Darstellung hohe Relevanz besitzen. Erstens orientieren sich Menschen auf die Zukunft, um künftige Ereignisse vorhersagen zu können und zweitens reagieren Menschen nicht nur auf ihre Umwelt, sondern sie verfügen über die Möglichkeit auf ihre Umwelt Einfluss zu nehmen, also zu agieren.


Kellys Konzept auf den Vorgang des Lernens zu beziehen heißt, dort anzusetzen, wo Menschen ihre Umwelt neu konstruieren bzw. rekonstruieren. Lerninhalte müssen also so angelegt sein, dass Lernende neue Konstrukte über die Welt entwickeln, neue Erklärungsansätze für Phänomene herausbilden und plausible Antizipationen vornehmen können.
Der Lernprozess soll also dort wirksam werden, wo im Handlungsge-schehen die kognitive Kontrolle, einschließlich Bewertungsvorgänge stattfindet. Lernende benötigen solche Lerninhalte, die neue Gedanken zur Handlungszielerreichung ermöglichen und sie benötigen Lerninhalte, um den weiteren Handlungsverlauf reflextirend zu begleiten (vgl. Abb. 2).
Der inhaltliche, methodische und organisatorische Rahmen dieser Lernvorgänge soll in diesem Kapitel dargestellt werden.

3.2 Inhaltliche Bestimmungen und deren Begründungsrahmen
3.2.1 Curriculare Erläuterungen
Eng verknüpft mit dem Begriff „Curriculum“ sind die Begriffe „Methodik“ und „Didaktik“. Methodik ist die Bandbreite pädagogischer Verfahren, die im Unterricht zu erfolgreichem Lernen führen (nach Groothoff 1976, S.311). Didaktik, vom griechischen Verb „didáskein“ als „lehren“ übertragen, zeichnet sich durch recht unterschiedliche Sinngebungen aus. So gilt die Definition, die Didaktik als die Wissenschaft vom Lehren und Lernen beschreibt, als sehr allgemein, wobei sie in dieser Allgemeinheit auch die Methodenauswahl umfasst. Dem gegenüber steht die Auffassung von Didaktik, die die Theorie der Ziele und Inhalte des Lehrens und Lernens repräsentiert, wobei die Methodik
von den didaktischen Festlegungen abhängt, aber ein eigenständiges Fachgebiet bleibt (nach Groothoff 1976, S.312).


Auf die Darstellung der historischen Bezüge der Curriculumsentwicklung sei an dieser Stelle verzichtet und lediglich eine vereinfachende Aussage getroffen, dass nämlich curriculare Entscheidungen durch politische, soziale, ökonomische und wissenschaftliche Bedingungen einer Gesellschaft zu Stande kommen und damit gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung tragen und auch tragen sollen, um Aktualität zu bewahren.

Die gesetzgebenden Instanzen des deutschen Bildungswesens sind in Folge der föderalistischen Struktur, die Regierungen und Ministerien der einzelnen Bundesländer. Darüber hinaus existiert eine Gesetzgebung auf Bundesebene, die die Ausbildung in der Pflege einheitlich regeln soll. Für die Ausbildung zur


Allen aktuellen Verordnungen und Richtlinien liegt die von der Kultusministerkonferenz formulierte Lernfeldkonzeption zu Grunde, die die systematische Einteilung nach Fächern ablöst, zu Gunsten einer themenbezogenen Bearbeitung, die sich aus beruflichen Handlungssituationen herausbilden soll. Das Ziel der Ausbildung besteht im Erwerb einer umfassenden Handlungskompetenz.


Mehrere Begriffe werden in diesem Zusammenhang häufig verwendet und sollen an dieser Stelle voneinander abgegrenzt werden. Der Begriff „Lernfeld“ wurde 1996 erstmals in den Handreichungen für die Erarbeitung von


Folgende Merkmale kennzeichnen Lernfelder:

- sie verfügen über Zielformulierungen (Kompetenzen), Inhalte und Zeitrichwerte
- sie orientieren sich an beruflichen Aufgabenstellungen
- sie stehen im Erklärungszusammenhang zugehöriger Fachwissenschaften
- sie erhalten Handlungs- und Prozessorientierung und Ganzheitlichkeit

(nach www.kindergartenpaedagogik.de/762.html) [3.11.2003]


3.2.2 Didaktische Konzeption von Klafki


Auch in berufsfachspezifischen Ausbildungen sollte, seiner Meinung nach, das Konzept der „Allgemeinbildung“ Relevanz erhalten, um einer verengten Blickrichtung auf rein berufstypische Bildungsinhalte entgegenzuwirken.

Die zentralen Elemente der „kritisch-konstruktiven Didaktik“ von Klafki (1996) sind:

a. exemplarisches Lehren und Lernen
b. Wissenschaftsorientierung des Unterrichts
c. innere Differenzierung des Unterrichts
d. Sinn und Unsinn des Leistungsbegriffs
Zu a) Lehrende sollen pädagogische Hilfen zum aktiven Lernen bereitstellen. Dies kann durch direktes Handeln erfolgen oder auch durch vermitteltes oder stellvertretendes Handeln (Medien, Symbole).

Zu b) Verschiedene Wissenschaftszweige werden dazu herangezogen altersgemäß, die gesellschaftlichen Schlüsselprobleme lösen zu helfen. Gleichzeitig soll durch eine Wissenschaftsorientierung in der gymnasialen Oberstufe eine propädeutische Vorbereitung erfolgen.


3.2.3 Didaktische Überlegungen für die Pflegeausbildung
Austausch über Lerninhalte und die Bewertung nach individuellen Lernfortschritten.

Dabei fällt auf, dass Keuchels Forderungen und Klafkis Ansprüche deutliche Parallelen aufweisen:

- exemplarisches Lernen entspricht der realistischen Problemstellung als Lerneinstieg
- Kritik des herkömmlichen Leistungsbegriffs entspricht der Bewertung nach individuellen Lernfortschritten


- Situations- und Handlungsorientierung
- Selbstorganisation
- Kooperation

(nach Schüßler 2000, S.175).

Situations- und Handlungsorientierung ist ein Kennzeichen, das in vielen neueren didaktischen Ansätzen betont wird. Selbstorganisation erweist sich dagegen als neues, kaum beschriebenes Merkmal, was wohl damit zu tun hat, dass Selbstorganisation ein völlig verändertes Lehr-/ Lernverständnis voraussetzt, das sowohl die Rolle der Lehrenden, als auch deren Aufgaben neu definiert und damit nicht in den traditionellen Unterrichtsablauf integriert werden kann (Herold & Landherr 2003). Kooperation als didaktisches Prinzip kann ebenfalls kaum mit der Auffassung der Leistungserhebung der traditionellen Unterrichtsorganisation vereinbar werden.

Ähnlich wie bei Keuchel finden sich auch bei Schüßler deutliche Parallelen zu Klafkis Didaktikverständnis. Auch hier konstituiert sich Handlungsorientierung und ein veränderter Leistungsbegriff.
Der Deutungsmusteransatz von Schüßler bezieht sich explizit auf die Lernklientel der Erwachsenen und ist damit direkt auf die Pflegeausbildung übertragbar, denn dort lernen sowohl in der Erst- als auch in der Weiterbildung erwachsene SchülerInnen. Nicht selten schlagen auch Erwachsene im mittleren Lebensalter den Ausbildungsweg in die Pflege ein, oftmals in Form von Umschulungen oder als Zweitberuf.


3.2.4 Kommunikative Handlungsfelder

Bielefeld & Noska beschreiben vier Phasen des Konstruktionsprozesses eines Curriculums.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Konstruktionsphase</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Formulierung des Begründungsrahmens; Festlegung von Leitzielen für den Beruf und von übergeordneten Bildungszielen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>2. Konstruktionsphase</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Analyse der beruflichen Handlungsfelder</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>3. Konstruktionsphase</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Curriculum: Festlegung von Lernzielen, Lerninhalten, Lernmethoden sowie begründete aufeinander aufbauende Lernsequenzen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>4. Konstruktionsphase</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Implementierung des Curriculums; Evaluation formativ und/oder summativ; Revision des Curriculums entsprechend der fortlaufenden Evaluationsergebnisse</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 5: Konstruktionsphasen eines Curriculums nach Bielefeld & Noska 2006

Anhand dieser Phasen formuliert und begründet die Autorin, für den Bereich der Kommunikation und Gesprächsführung, übergeordnete Bildungsziele, analysiert
die beruflichen Handlungsfelder und leitet die von den Lerninhalten abhängigen Lehr-/Lernmethoden ab.

**Tab. 5a**: Übertragung des Konstruktionsprozesses eines Curriculums auf die Kommunikationsinhalte


Folgende Curricula, Richtlinien und Lehrpläne lagen der Analyse beruflicher Handlungsfelder zu Grunde:

- Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschulen für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in Bayern (1.10.2005)²

Diese Auswahl begründet sich einerseits aus dem Tätigkeitsgebiet der Autorin (Bayern) und andererseits aus der Einbeziehung der Ergebnisse der Modellversuche (von Oelke & Menke und von Müller & Koeppen) in die Verordnungen von NRW.


¹ Erster Versuch einer Evaluation im III.Teil
² Differenzierte Angabe im Literaturverzeichnis
³ Differenzierte Angabe im Literaturverzeichnis
⁴ Differenzierte Angabe im Literaturverzeichnis
„Eine systematische Tauglichkeitsprüfung (des Evaluationsinstrumentes)
[Anmerkung der Autorin] steht also noch aus. Dennoch haben wir seit der
Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 im Rahmen unserer beruflichen
Tätigkeit als Pflegepädagogen vielfach mit unserem Instrument gearbeitet und
großen Nutzen daraus gezogen, allerdings in einer Weise, die es eigentlich auf
den Kopf stellt: Weil die Evaluationskriterien und die zugehörigen Erläuterungen
verdeutlichen und begründen, wie ein der aktuellen Situation angemessenes
Pflegecurriculum aussehen kann, haben wir es als Leitfaden für gesteuerte und
begründbare Curriculumüberarbeitungen bzw. –neukonzeptionen genutzt, die
mit dem neuen Gesetz nötig wurde und gefordert ist“ (Bielefeld & Noska 2006,
S.591).

Die Analyse der beruflichen Handlungsfelder, im Bereich der Kommunikation,
anhand der genannten Richtlinien, ergibt kommunikative Handlungsfelder
bezüglich unterschiedlicher Gesprächspartner und bezüglich verschiedener
Gesprächsarten.¹

### Kommunikative Handlungsfelder bzgl. Gesprächspartner:

- Gespräche mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen
- Gespräche mit stark belasteten Pflegebedürftigen (multimorbide,
schwerstkrank, verwirrte Menschen)
- Gespräche innerhalb der Berufsgruppe, mit Mitgliedern
unterschiedlicher Hierarchiestufen
- Gespräche mit Mitgliedern anderer Berufsgruppen (interdisziplinäre
Zusammenarbeit)

### Kommunikative Handlungsfelder bzgl. Gesprächsarten:

- Gespräche in schwierigen sozialen Situationen (z.B. Konflikte)
- Beratungsgespräche
- Anleitungsgespräche
- Helfende Gespräche
- Alltagsgespräche

¹ Eine Herleitung der kommunikativen Handlungsfelder ist im Anhang E angefügt.
3.3 Methodisches Vorgehen

3.3.1 Merkmale guten Unterrichts

Einige kurze Vorbemerkungen, in Form von Merkmalen guten Unterrichts, die als Beispiel angeführt werden, wie die derzeitige pädagogisch-didaktische Diskussion ausgerichtet ist und welche Bedeutung dabei der Unterrichtsmethodik zukommt.

Hilbert Meyer, seit über 30 Jahren Professor für Schulpädagogik, beschäftigt sich mit Fragen zur Verbesserung von Unterricht.


Für Meyer (2005) gehören 10 Merkmale zum guten Unterricht:

- klare Unterrichtsstrukturierung
- hohe Anteile an echter Lernzeit
- lernförderliches Klima
- inhaltliche Klarheit
- individuelle Förderung
- intelligentes Üben
- klare Leistungserwartungen und Rückmeldungen
- eine vorbereitete Umgebung
- sinnstiftende Kommunikation
- Methodenvielfalt


3.3.2 Szenisches Spiel

Es geht darum bestimmte Handlungsmuster als Disposition zu betrachten, die in der Spielsituation gestoppt, wiederholt, diskutiert und verändert werden. Diskutieren heißt, Handlungsmuster argumentationszugänglich zu machen. Dabei wird festgelegt, welches Handlungsziel angestrebt werden soll (Zielgerichtetheit). Daran schließt sich die Erarbeitung von alternativen Handlungsmustern an, die bezüglich der Angemessenheit der Zielerreichung erprobt werden (Veränderbarkeit). Jeder Teilnehmer hat Gelegenheit, seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und seine Erfahrungen einzubringen und auf ihre Tragfähigkeit zu prüfen, d.h. bezüglich der Möglichkeit zur Erreichung des Handlungsziels. Das Prüfen und Abwägen von Handlungsmustern umfasst dabei das ganze Spektrum menschlichen Verhaltens und Erlebens, also Gefühle, Einstellungen,
Werthaltungen, Sinngebungen, Erfahrungen und Wissen, die in Handlungen zum Ausdruck gebracht werden können.

Reflektiertheit kann hierbei erworben oder vertieft werden, weil jeder Teilnehmer in aktiven Rollen oder als aktiver Beobachter, in die Prozesse des Abwägens, Entscheidens, Erprobens, Verwerfens oder Zustimmens eingebunden ist.

Viele Themen in der Kommunikationsausbildung bedürfen der Reflektiertheit und benötigen somit Verfahren, wie das Szenische Spiel.

Über Reflektiertheit hinaus liegt der Gewinn dieser Methode auch darin, durch die gemeinsame Diskussion über gespielte Handlungen, verschiedene Deutungen der sozialen Situationen zu erarbeiten, die als alternative Spielverläufe erprobt werden können. D.h., dass mit Deutungsfähigkeit eine weitere grundlegende Kommunikationsfähigkeit durch das Szenische Spiel gefördert und geübt wird.

Szenisches Spiel berührt auch KSD, als dritte Kommunikationskompetenz, indem im Spiel Ähnlichkeiten, Gemeinsamkeiten und Unterschiede einzelner Kommunikationssituationen herausgearbeitet werden.


Szenisches Spiel ist als Unterrichtsmethode neu und fordert von Lehrenden und SpielleiterInnen zusätzliche Wissens- und Erfahrungsbestände, die es zu


Neben den Vorzügen und dem möglichen Nutzen des Szenischen Spiels sind mit den LehrerInnenqualifikationen, der Teilnehmerzahl und dem Zeitbedarf auch seine Grenzen beschrieben.


3.3.3 Theorie- Praxis- Transfer

Die Gesetze und Verordnungen für die Pflegeausbildung (AltPflAPrV, AltPflG und KrPflAPrV, KrPflG) betonen in besonderer Weise die Verbindung von theoretischer und praktischer Ausbildung. Konkrete Regelungen dazu werden allerdings an die einzelnen Länderbehörden delegiert, was den Anspruch eines bundesweit einheitlichen Ausbildungsstandards schmälert.


„Darüber hinaus wurde aufgrund der hohen Bedeutung beschlossen, für jede Praxisphase eine Lernaufgabe zum Thema Pflegebeziehung zu erstellen. … Die Aufgabe zum Thema Informationssammlung beispielsweise greift folgende Gesichtspunkte auf:

- Sichtung schriftlicher Informationsquellen … und Bewertung des jeweiligen Informationsgehaltes
- Gestaltung einer Gesprächssituation zur Informationsgewinnung
- Führen eines Gesprächs mit zu pflegenden Menschen/ Angehörigen/ Eltern zur Informationssammlung
- zusammenfassende Identifizierung geeigneter Informationsquellen für unterschiedliche Fragestellungen
Vorbereitung und Durchführung eines Gesprächs, in dem Informationen an den zu pflegenden Menschen/ Angehörigen/ die Eltern weitergegeben werden’

(Müller & Koepppe 2003, S.580).
Dieser Ansatz lässt sich für die Kommunikation sinnvoll nutzen.

Beispiele für Lernaufgaben in der Kommunikationsausbildung könnten sein:

- Informationsgespräche mit Bewohnern/ Patienten über deren Gesundheitszustand
- Anleitungsgespräche zur Verwendung benötigter Hilfsmittel (z.B. Blutzuckermessgerät)
- Beratungsgespräche mit Angehörigen über erkrankten/ pflegebedürftigen Bewohner/ Patienten
- Planungsgespräche im interdisziplinären Team
- Beziehungsgestaltung/ Gespräche mit Schwerstkranken
- Beziehungsgestaltung/ Gespräche mit verwirrten Menschen
- Konfliktgespräche (situationsgemäß, nicht bewusst herbeigeführt!)

Diese Beispiele verstehen sich als hierarchisch gegliedert bzgl. ihres Anspruchniveaus und wurden von der Autorin abgeleitet.

Zusammen mit Roes und Goerres erarbeitete Keuchel (2003) Ansätze zur systematischen Förderung des Wissenstransfers zwischen den Lernorten. Auf vier verschiedenen Ebenen siedeln die ForscherInnen ihre Ansätze an:

- personelle Ebene z.B. Rollen und Aufgaben der Lehrenden/ Lernenden
- strukturell- konzeptuelle Ebene z.B. Arbeitsaufgaben für die Praxis; Qualitätszirkel
- didaktisch- methodische Ebene z.B. konstruktivistische Unterrichtsphilosophie
- curriculare Ebene z.B. Handlungs- und Lernfelder

Keuchel, Roes & Goerres (2003)

Die Vorschläge der Autorin zum Theorie- Praxis- und Praxis- Theorie- Transfer sind demnach in die strukturell- konzeptionelle Ebene einzuordnen.
3.3.4 Praxis- Theorie- Transfer

Lernaufgaben als Brücke zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung zu begreifen, lässt einen Transfer in beide Richtungen denken. SchülerInnen nehmen Lernaufgaben aus der Schule mit in die Praxis (siehe Modellversuch), aber sie nehmen auch „Aufgabenstellungen“ aus der Praxis mit in die Schule. Die Transferrichtung von der Praxis in die Schule ist in der Weise bisher noch nicht erprobt, folgt aber der Logik einer intensiven Verbindung der beiden Ausbildungsorte. SchülerInnen sind in jedem Praxiseinsatz einer bestimmten Station/ Bewohner- oder Patientengruppe zugeteilt, die sie zwar nicht ausschließlich, aber doch schwerpunktmäßig betreuen. Die Aufgabe besteht nun darin, über diese Personengruppe so genannte Kurzporträts zu erstellen. Darin enthalten sind:

- biografische Daten (notfalls verfremdet)
- Art der Erkrankung bzw. Grund der Pflegebedürftigkeit bzw. Grund der Übersiedelung in die Einrichtung
- Informationen über bisher ermittelte Ressourcen (soziale, materielle, personale)
- Stichpunkte zum Kommunikationsverhalten (Inhalte und Bedarf an Gesprächen, Probleme und Störungen)

Diese Kurzporträts erfüllen zweierlei Funktionen:

Die andere Funktion der Kurzporträts besteht in der gezielten Unterstützung bei gestörter oder problembehafteter Kommunikation. Die jeweilige Situation wird in
der Klasse erörtert und dabei wird zur Wahrnehmungsgenauigkeit angeleitet. Gemeinsam werden Störquellen analysiert und Vorschläge für Verbesserungen erarbeitet.


3.3.5 Praxisbegleitung


Daraus, so Lehtinen, entwickelt sich Schülerverhalten, das im günstigen Fall als sachorientiert bezeichnet werden kann, aber häufig als sozial abhängigkeitsorientiert (bezogen auf den Lehrer) oder als stark Ich-orientiert gelten muss. Diese ungünstigen Orientierungen von Schülerverhalten verhindern tiefes Verstehen und werden in der Konkurrenzsituation des Unterrichts von Lehrern unbewusst, aber systematisch verstärkt (Lehtinen 1994). Lehtinen begründet seine negative Sicht der Schulsituation durch das tief verankerte Konkurrenzdenken mit Bewertung, Beurteilung und Rangplatzzuweisung.


Praxisbegleitung in diesem Sinn ist die Teilnahme der Lehrenden am Praxisalltag der Auszubildenden. Lehrende besuchen die SchülerInnen regelmäßig in einem vereinbarten Zyklus, ohne einen Auftrag zur Beurteilung wahrzunehmen. Die Lehrende als PraxisbegleiterIn nimmt als teilnehmende BeobachterIn an der Alltagsroutine der Auszubildenden teil und beobachtet die Kommunikationssituation so genau wie möglich. Für den daran anschließenden Austausch zwischen Lehrender als PraxisbegleiterIn und Auszubildender gibt es verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten. Immer erfüllt dieser Austausch jedoch eine Deutungsfunktion.


„Im einzelnen soll erfasst werden, welche Handlungen bzw. Handlungsschritte dem Akteur zur Verfügung stehen, welche Ziele er damit verfolgt, von welchen
Entscheidungsbedingungen er die Handlungsschritte abhängig macht, welche Ergebnisse und Folgen seines Handelns er berücksichtigt und wie diese Konzepte kognitiv miteinander verknüpft sind“ (Dann & Barth 1995, S.33).


In der angestrebten Form der Praxisbegleitung laufen durchaus ähnliche Schritte ab. Auf die Handlungssituation folgt ein Austausch („Interview“) zwischen PraxisbegleiterIn und SchülerIn, in dem das Handlungsmuster der SchülerIn analysiert werden soll, um gegebenenfalls Handlungsalternativen zu entwickeln. Auch hier könnte man von den Subjektiven Theorien der SchülerInnen sprechen, die es aufzudecken gilt. Im Anschluss daran erfolgt ein Abschlussgespräch zwischen PraxisbegleiterIn und Auszubildender.

Auf der anderen Seite lassen sich Argumente anführen, die einer Verknüpfung des ILKHA-Verfahrens mit der Praxisbegleitung widersprechen:

- ILKHA ist ein Verfahren, das sich sehr stark auf den pädagogischen Raum des klassischen Schulunterrichts bezieht (häufig untersuchte Thematik ist Aggression und Störung im Unterricht)
ILKHA ist ein rein diagnostisches Instrument, das zunächst keine oder nicht steuerbare Prozesse zur Veränderung, d.h. zum Lernerfolg, in Gang setzt.

ILKHA ist ein Verfahren, das einen extrem hohen zeitlichen Aufwand erfordert.

Trotz dieser kritischen Einwände soll sich das Austauschgespräch der Praxisbegleitung an dem Interviewvorgehen von ILKHA orientieren.


Der daraus abgeleitete Interviewleitfaden für die Praxisbegleitung¹:

I. Gemeinsame Rekonstruktion des Gesprächs in Stichpunkten.

II. Befragung

1. Mit welchen Gedanken und Gefühlen sind Sie in das Zimmer gekommen?
2. War das heute anders als sonst?
3. Aus welchem Grund haben Sie diese Gedanken und Gefühle?
4. Mit welcher Absicht/ Ziel haben Sie diesen Kontakt begonnen?
5. War das Verhalten der BewohnerIn typisch oder hat er/sie sich heute anders verhalten?
6. Wie wirkt dieses Verhalten auf Sie?
7. Haben Sie darauf so reagiert wie Sie es meistens tun oder war es heute anders?
8. Warum haben Sie sich entschlossen so zu handeln?
9. Was beabsichtigen Sie?

¹ Musterbogen siehe Anhang D
10. Was glauben Sie denkt und fühlt die BewohnerIn dabei?
11. Mir ist aufgefallen, dass die BewohnerIn
   sprachlich....... mimisch
   mit Gesten
   mit Anspannung/ Entspannung
   mit Abwehr/ Offenheit
   mit Kooperation/ Verweigerung
   mit Angst/ Freude
   reagiert hat.
12. Wie haben Sie das wahrgenommen?
13. Haben Sie das schon öfter beobachtet?
14. Können Sie dieses Verhalten verstehen?
15. Können Sie dieses Verhalten nachfühlen?
16. Wie schätzen Sie diesen Kontakt ein? (gut ....mittel....schlecht)
17. Was trägt alles dazu bei, dass Gespräche mit dieser
   BewohnerIn so verlaufen? (Informationssammlung)
18. Warum glauben Sie verhält sich die BewohnerIn so?
19. Welche Erklärungen können wir gemeinsam finden?
20. Welches Pflegeziel wollen Sie erreichen?
21. Was müsste sein/ nicht sein, um dieses Ziel zu erreichen?
22. Was könnten Sie beitragen, um dieses Ziel zu erreichen?
23. Könnten Sie sich vorstellen den Kontakt einmal anders zu
   versuchen? So wie wir uns das gemeinsam überlegen.

Dieser Interviewleitfaden repräsentiert die Grundgedanken der ILKHA
(2004) geforderten Aspekte einer Praxisbegleitung (Schützendorf et
al. 2004, S.87-94):

Im Verlauf des Interviews werden für das gemeinsam beobachtete BewohnerInnenhandeln Deutungen entwickelt (Fragen 10, 17, 18, 19 des Ilf) und bei Problemfällen daraus alternative Handlungsmuster für die Auszubildende erarbeitet (Fragen 21, 22, 23 des Ilf). Diese Alternativen sollen danach in der Realsituation evaluiert werden und bei Bedarf in ein weiteres Praxisbegleitungsgespräch münden. Neben Deutungskompetenz und Reflektiertheit wird dabei auch KSD geschärft, denn die gemeinsame Rekonstruktion des BewohnerInnengesprächs, verbunden mit der Reflexion der Absichten und Ziele (Fragen 4, 8, 9, 20 des Ilf), fördert die Unterscheidungsfähigkeit von Kommunikationsanlässen und –absichten. Das an das Interview anschließende Gespräch kann als so genanntes Feedback-Gespräch bezeichnet werden und verfügt damit über die Möglichkeit als Lernen begriffen zu werden, indem Veränderungen von Handlungsmustern auf Grund einer argumentativen Bearbeitung erfolgen. Eine in dieser Weise

1 Ausführliche Beschreibung im II.Teil, Kap. 1.3.3
durchgeführte Praxisbegleitung übersteigt die Funktion eines rein diagnostischen Instruments und lässt sich im weiteren Sinn als Beratung betrachten.

Mit diesem Interviewleitfaden legt die Autorin ein neues Verfahren zur Einschätzung von Kommunikationssituationen vor, das aber nicht bei einer Einschätzung stehen bleiben will, sondern gleichzeitig zur Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz beitragen möchte. Eine systematische Erprobung steht dabei zwar noch aus, aber bereits jetzt lässt sich sagen, dass es sich um ein ökonomisches Verfahren handelt, das den zeitlichen und personellen Rahmen der praktischen Ausbildung erweitert, aber nicht sprengt.


3.3.6 Induktiv- deductive Lernschleife

Keuchel (2001) verweist in ihrer Darstellung darauf, dass sich nicht nur die Pflegeberufe in einem Veränderungsprozess befinden, sondern dass viele

Unter Handlungskompetenz versteht er, „die Fähigkeit, auf der Grundlage subjektiv bewerteter, offener Situationsanforderungen, eigener Fähigkeiten und Kenntnisse sowie der vorherrschenden Kultur, allein oder im Zusammenwirken mit anderen ein zweckmäßiges Handlungsmuster zur Erreichung von Handlungszielen zu entwerfen, umzusetzen und zu kontrollieren“ (Schirmer 2006, S.65).

und über die Systematisierung des erworbenen Wissens und die genaue Formulierung der Zielvorgabe (Lösung des Anfangsproblems) Lösungswege ermitteln soll, um Probleme dieser und ähnlicher Art zu bewältigen. Dazu ist die Gliederung in Teilziele ebenso mit eingeschlossen, wie die Auswahl geeigneter Handlungsmuster, so genannter Aktionsprogramme. Lernende gelangen über den Erwerb systematischer Problemlösungsstrategien zur Lösung des Ausgangsproblems, womit sich die Lernschleife wieder schließt.


**Beispiel: Konfliktgespräch**

**Induktives Element**

Als Einstiegsproblem ein kurzer Dialog:

**Stationsleitung zur Pflegekraft:**

Sie teile ich nicht mehr im Frühdienst ein, sie arbeiten viel zu langsam. Anton und Elisabeth sind viel schneller.

**Pflegekraft:** …. (Dialog als Rollenspiel darstellbar)

**Plenumsgespräch:**

- persönliche Erfahrungen aktualisieren
- Problemanalyse (z.B. Machtkampf; jeder der Beteiligten will bei der Auseinandersetzung gewinnen, jeder will den anderen zum Verlierer machen; Vergleich wirkt Spannung steigernd; Beurteilung provoziert Selbstbehauptung)

**Vermittlung von Kenntnissen:**

- Modell zur Konfliktlösung ohne Verlierer (Gordon 1999)
- Modell zur Gewaltfreien Kommunikation (Rosenberg 2004)

**Deduktives Element**

**Gruppenarbeiten:**
- „Lösungskiste“ für Konfliktlösung ohne Verlierer, einschließlich Störfaktoren (Machtfrage, „Schubser“, Sprache)
- Gesprächsleitfaden für Konfliktgespräche

Induktiver Lösungsansatz
- Rollenspiel für Einstiegsproblem, mit alternativem Lösungsansatz

3.3.7 Zusammenfassung

Der Theorie-Praxis-Transfer und der Praxis-Theorie-Transfer wird sehr häufig in Verordnungen und Lehrplanrichtlinien gefordert (Lehrplanrichtlinien für Berufsfachschulen für Krankenpflege in Bayern), doch eine konsequente Umsetzung, vor allem auch in der Praxis-Theorie-Richtung, steht noch aus.


- Abstraktionssprünge erkennen: Erkenntnis des Fehlers, dass einzelne Wahrnehmungen verallgemeinert werden und als Tatsachen behandelt werden
- **linke Spalte mitdenken:** in zwei Spalten werden unbefriedigende Interaktionssequenzen notiert, dabei wird die inhaltliche Beschreibung in der rechten Spalte notiert und unausgesprochene Gedanken, Gefühle und Empfindungen in der linken Spalte

- **verlautbare Theorien mit praktizierten Theorien vergleichen:** Vergleich unserer verbalen Kommunikationsanteile mit unseren dahinter verborgenen theoretischen Vorstellungen.

Die beiden Ansätze, Subjektive Theorien, die eine Praxisbegleitung leiten und Mentale Modelle, die Deutungsmuster steuern, zeichnet eine deutliche Nähe aus. Unterschiede kommen erst bei dem Versuch der Nutzbarmachung für reflexives Lernen zum Ausdruck. Der Vorschlag der Autorin für eine so beschriebene Praxisbegleitung kann als ganzheitlich (Handeln, Denken, Empfinden) und organisatorisch leicht durchführbar gelten, während für die von Schüßler bezeichneten Reflexionsmöglichkeiten besondere Settings, mit erfahrenen LeiterInnen geschaffen werden müssen.


---

1 Ausführlich beschrieben im II.Teil, Kap.3.3.3

3.4 Organisatorische Voraussetzungen

Von den in diesem Kapitel ausgeführten inhaltlichen und methodischen Forderungen, die für eine qualifizierte Kommunikationsausbildung nötig sind, lassen sich folgende organisatorische Ansprüche ableiten:

- Für den Unterricht muss ein Lehrwerk zur Verfügung stehen, das die curriculare Lernfeldorientierung und die Ausrichtung der Ausbildung gemäß Schlüsselqualifikationen beinhaltet.
- Für die Unterrichtsmethode „Szenisches Spiel“ bedarf es der Weiterbildung der Lehrenden. Zudem muss der zeitliche Unterrichtsrahmen so beschaffen sein, dass Seminartage und/oder zusammenhängender Projektunterricht stundenplantechnisch realisiert werden können.

Vermutlich werden sehr schnell ökonomische Argumente gegen diese Ansprüche laut werden. Es ist zutreffend, dass Praxisbegleitung mehr Geld kosten wird. In Abwägung von Kosten und Nutzen sollte in die Wagschale des Nutzens jedoch die höhere Ausbildungsqualität mit ihren weitreichenden Konsequenzen gelegt werden. Hohe Ausbildungsqualität reduziert
Krankheitsausfälle auf Grund von Überforderung (z.B. Burnout) und sichert den Berufsverbleib, weil dadurch eine höhere Arbeitszufriedenheit entsteht.

„Häufigste Ursache für die Aufgabe des Altenpflegeberufs (Mehrfachnennungen waren möglich) waren aus Leitungssicht Überlastung der Mitarbeiter/innen (stationär: ca. 75%; ambulant: ca. 66%), Krankheit (stationär: ca. 58%; ambulant: ca. 55%), familiäre Gründe (stationär: ca. 57%; ambulant: ca. 75%). Neben der gezielten Bestimmung des bestehenden Qualifizierungsbedarfs (z.B. hinsichtlich des Umgangs mit Demenzkranken) ist die Anhebung der Qualität von Qualifizierungsmaßnahmen sowie deren Orientierung an aktuellen Anforderungen in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen der Pflege erforderlich, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen zu erhalten“ (Menke & Schnabel 2001, S.188).

Nicht zuletzt steigert eine hohe Ausbildungsqualität die Pflegeleistung und damit die Lebenszufriedenheit der Gepflegten.

Investitionen und finanzielle Vorteile werden zwar vermutlich nicht den gleichen Finanztopf treffen, doch können politische Entscheidungen für den nötigen Ausgleich sorgen.
4. Weiterbildungsaspekte

4.1 Einführung


Obwohl die begriffliche Differenzierung von Fort- und Weiterbildung kaum realisiert wird, weist die RBS auf die unterschiedliche Denotation hin. Mit Fortbildungen werden Bildungsveranstaltungen bezeichnet, die sich über einen kürzeren Zeitraum erstrecken und einen thematischen Schwerpunkt vermitteln, wie z.B. das praxisrelevante Konzept der Kinästhetik. Weiterbildungen sind...


Das Potenzial von Fort- und Weiterbildungen als Qualitätssteigerungsmaßnahmen bleibt in der Pflege in vielen Fällen ungenutzt, denn

- Weiterbildungen beschränken sich oftmals auf die Angebote, die der Träger der jeweiligen Einrichtung macht,
die Auswahl der Teilnehmer an Weiterbildungen erfolgt oftmals unstrukturiert,

ohne Qualitätsprüfung werden interne Fortbildungen aus Kosten- und Organisationsgründen bevorzugt,

Lernerfolge bei Fortbildungen nach Dienstschluss sind fraglich,

Lernerfolge bei Fortbildungen durch Vorgesetzte sind aus Gründen der beruflichen Abhängigkeit fraglich,

eine Vielzahl von Fortbildungen ist zu theoretielastig und es mangelt an Praxisbezug.

Weiterhin stimmt es nachdenklich, wenn Rohleder in ihrer Befragung ermittelt, dass knapp ein Viertel (22%) der Fortbildungen den Charakter von Werbeveranstaltungen aufweisen, bei denen Vertreter von Sanitätshäusern und Pflegehilfsmittelfirmen über ihre Produkte referieren (Menke & Rohleder 2003, S.159).


Diese als Überblick dienende Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Fort- und Weiterbildungspraxis für die Pflegeberufe verlangt regelrecht nach Verbesserungsmaßnahmen.

Menke & Rohleder (2003, S.154-163) erheben deshalb sechs Forderungen für eine qualifizierte Fort- und Weiterbildung:
Ebene 1: Rahmenbedingungen der Qualifizierung (Etat, Betriebsvereinbarung)

Ebene 2: Bedarfsermittlung (Unternehmensleitbild, Bewohnerbedürfnisse, Wünsche der MitarbeiterInnen, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse)

Ebene 3: Festlegung der Lernziele und Zielgruppen (Schlüsselqualifikationen, Personal differenziert auswählen)

Ebene 4: Bestimmung der geeigneten Maßnahmenformen (Managementseminare, Supervision, externe Fortbildungen u.ä.)

Ebene 5: Auswahl der konkreten internen oder externen Fortbildungsangebote (Werbeeinrichtungen von Pflegehilfsmittelfirmen sind davon ausgeschlossen)

Ebene 6: Transfersicherung und Erfolgskontrolle (Mitarbeitergespräche, Übertragung neuer Aufgaben).


Auf die derzeitige Lage in der Pflege bezogen könnten Weiterbildungsmaßnahmen, insbesondere auf die Kommunikation mit verwirrten Menschen und ihre Angehörigen, ausgerichtet sein. Methoden, die Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz fördern, empfehlen sich für die Fort- und Weiterbildung ebenso, wie für die Erstausbildung.

4.2 Weiterbildungsaspekte für Pflegekräfte

„Das Bewußtsein zur Weiterqualifikation hat sich indes in den Pflegeberufen erfreulich verbreitet. … Der Fort- und Weiterbildungsmarkt hat sich aufgrund regional bedingter oder fachspezifischer Erfordernisse recht uneinheitlich entwickelt. Dies hat dazu geführt, daß Weiterbildungen heute selten direkt


Wie auch bei der Erstausbildung, empfiehlt sich die Methode des „Szenischen Spiels“. Dafür spricht zu einen als wichtiges Argument der Praxisbezug und zum anderen die Gelegenheit im Sinn des Handlungsmodells, Reflektiertheit (vgl. Abb. 2) zu erwerben und zu vertiefen und dabei Kommunikationssituationen zu unterscheiden und alternative Deutungsvorschläge zu erproben. Bei möglichen Fortbildungsthemen wie, „Kommunikation mit verwirrten Menschen“, „Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden“ oder „Gewalt in


4.3 Weiterbildungsaspekte für Führungskräfte
Mit dem Anspruch einen möglichst hohen Theorie-Praxis-Transfer zu erreichen, bietet sich ein Unterrichtsexperiment an, das die unterschiedlichen Führungsstile, entlang der Dimensionen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung, repräsentiert. Ohne die TeilnehmerInnen vorher zu informieren, leitet die Lehrende des Weiterbildungskurses den Unterricht mit unterschiedlichen Schwerpunkten. In einer Unterrichtseinheit äußerst aufgabenorientiert, ohne die TeilnehmerInnen sonderlich zu beachten; in der nächsten Einheit äußerst teilnehmerorientiert, ohne die Aufgabenstellung zu steuern und in einer dritten Einheit, in der sie sich sowohl teilnehmer- als auch aufgabenorientiert verhält. Das Unterrichtsziel eines solchen Experiments besteht zum einen darin, Sensibilität für verschiedene Führungsstile zu entwickeln (inwieweit erleben die Weiterzubildenden die Unterschiede und bringen dies zum Ausdruck) und es besteht zum anderen darin, die Bedeutung eines Führungsstils der Kooperation und Teamentwicklung zulässt, zu erfassen. Das eigene Erleben verschiedener Führungsstile macht das Lernen nachhaltiger. Eigenes Handeln und Erleben fördern den Lernerfolg deutlich mehr, als Lernen durch rein kognitive Vermittlung.

„Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass eigenes Handeln besonders relevant für einen Lernerfolg ist. Demnach behält ein Mensch von dem, was er selbst ausführt rund 90 %, von dem was er gleichzeitig liest und
hört, jedoch nur 50% (Kowalcyk/ Ottich 1995). Darüber hinaus ist bekannt, dass theoretisch erworbenes Wissen nicht zwingend das eigene Handeln verändert (Sloane 2000)“ (Müller & Koepp 2003, S.579).


Zunächst ein Überblick über die Möglichkeiten, die der Einsatz von Assessment Centern bietet.

Konkret könnte eine Fortbildung für Führungskräfte im Sinn eines Assessment Centers so aussehen, dass eine komplexe, realitätsnahe Arbeitssituation konstruiert wird, deren Zielvorstellung vorher definiert wird. Die TeilnehmerInnen durchlaufen diese Situation und werden dabei entsprechend eingeschätzt. Daran schließen sich so genannte Feedback- Gespräche an. Mit der Erfassung der Handlungsmuster einzelner TeilnehmerInnen (Stärken und Defizite) kann der jeweilige Lernbedarf (Vergleich mit Zielvorstellungen) ermittelt und durch geeignete Maßnahmen ausgeglichen werden. Zudem setzen Feedback- Gespräche Lernprozesse beim einzelnen Teilnehmer in Gang, so dass Feedback per se als Lernanstoß betrachtet werden kann.


1 Ausführlich beschrieben im II.Teil, Kap. 2.3
„Einführung in das Berufsfeld konkreter Pflegepraxis“ oder „Integration von theoretischer Ausbildung in die praktische Tätigkeit“ (Heinemann- Knoch et al. 2006, S.13), ließen sich realitätsnahe Arbeitssituationen entwerfen, die von BewerberInnen zur PraxisanleiterIn erfolgreich bewältigt werden müssten.

Ein besonderer Vorteil eines solchen Verfahrens liegt in der unmittelbaren Nähe theoretischen und praktischen Lernens. Assessment Center können Theorie und Praxis sehr effektiv verknüpfen und sollten daher vor anderen Verfahren den Vorzug erhalten.

Ein Aspekt, der bei diesem Vorgehen bedacht werden sollte, ist die Tatsache, dass dabei Bewertungs- und Beurteilungsmaßstäbe angelegt werden, die in einer Lernsituation zu emotionalen Belastungen und entsprechenden Folgen führen können. Doch der Anspruch, sich für eine Führungsposition zu qualifizieren erfordert von den TeilnehmerInnen eine höhere Belastungsfähigkeit, die durch dieses Verfahren eingeschätzt werden kann und sich somit legitimiert.


- **Kompetenzrad** von Prof. Dr. Klaus North (FH Wiesbaden), das die fachliche, methodische und soziale Ist- Kompetenz beschreibt und auch entsprechende Soll- Kompetenzen festlegt. Das Kompetenzrad ist eine Visualisierungsform einer qualitativen Selbsteinschätzung.
- **Beurteilungsbogen zu sozialen und methodischen Kompetenzen (smk99)** von Dr. Andreas Frey und Lars Balzer (Universität Koblenz-Landau). Der Beurteilungsbogen smk99 wurde zur Diagnose von sozialen und methodischen Kompetenzen für den Aus- und Weiterbildungssektor und für die Personalentwicklung angefertigt. Der smk99 dient als valides und reliables Diagnoseinstrument zur

5. Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung

5.1 Einführung


1 Einzelheiten werden im II.Teil, Kap. 3.2.4 beschrieben.

Die Autorin bedient sich bei der Ableitung der Inhalte für die Kommunikationsausbildung der normativen Autorität von Curricula und Lehrplänen.


Der Vorteil des Handbuches liegt in seiner Konkretheit und seiner direkten praktischen Nutzbarkeit im Unterricht.

Die Schwierigkeiten, die die Umsetzung der Verordnungen, Curricula und Lehrpläne in konkrete Inhalte verursachen, liegen einerseits in der Breite der Interpretationsmöglichkeit und andererseits in den Unterschieden ihrer Ausführlichkeit begründet.

Dazu einige Beispiele:

**AltPflAPrV (2003)**

- **A. Theoretischer und praktischer Unterricht in der Altenpflege**
  - **1. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege**
    - **1.4 Anleiten, beraten und Gespräche führen (80 Std.)**
      - Kommunikation und Gesprächsführung
      - Beratung und Anleitung alter Menschen
      - Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen
      - Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegefachkräfte sind

- **4. Altenpflege als Beruf**
  - **4.3 Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen (80 Std.)**

---

1. AltPflAPrV, AltPflG, KrPflAPrV, KrPflG, Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschulen für Krankenpflege in Bayern, Richtlinien für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in NRW, Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung in NRW
Berufstypische Konflikte und Befindlichkeiten
- Spannungen in der Pflegebeziehung
- Gewalt in der Pflege

(KDA 2002, S.215-217)

Lehrplan für BFS für Gesundheits- und Kinder- Krankenpflege (Bayern, 2005)

Grundlagen der Pflege
1. Schuljahr
Lernfeld 1: Das Menschsein erfassen

... Die SchülerInnen verstehen den Menschen als soziales und geistiges Wesen und begründen seine Entwicklung und sein Verhalten. Sie berücksichtigen verschiedene Entwicklungsbereiche und die Sozialisation des Menschen und erkennen die Bedeutung unterschiedlicher Einflüsse auf die Persönlichkeit.

Lernfeld 3: Mit Menschen Beziehungen entwickeln

Die SchülerInnen entwickeln mit Menschen berufliche Beziehungen unter Berücksichtigung des Lebensalters und ethischer, sozialer und kultureller Aspekte.

... Den SchülerInnen sind die Aspekte von Motivation und Macht innerhalb der Begegnung mit Menschen bewusst. Sie handeln hierbei in einem den Interaktionsprozess fördernden Sinn.

(Aus Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in Bayern)

Auch die Ansätze Materialien für die konkrete Umsetzung bereit zu stellen, wie es beispielsweise in der AltPflAPrV versucht wird, bleiben der Kritik der nicht eindeutigen Interpretation und der mangelnden Handlungsorientierung ausgesetzt (KDA 2002).


¹ Vergleich Anhang A
Als Beispiel dient der folgende Abschnitt:

- „Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten“ (8Std.)
  - Kritik- und Konfliktgespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten, beispielsweise anhand von SchülerInnen selbst erlebten Situationen und/oder Übungen
  - Gefühle ansprechen (Enttäuschung, Wut, Angst)
  - Ich-Botschaften senden, konstruktives Feedback
  - Kritik empfangen und verarbeiten


² Eine Gegenüberstellung anhand der Inhaltsverzeichnisse zum Thema „Kommunikation“ findet sich im Anhang F
übergeordnete Bildungsziele, bezieht und eine Differenzierung der sozial-kommunikativen Kompetenz vornimmt.


Was diesem Werk allerdings fehlt ist der Bezug auf Schlüsselqualifikationen und deren methodisch-didaktischer Zusammenhang.


5.2 Übersicht zum Handbuch „Kommunikation und Gesprächsführung"

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gliederung</th>
<th>Teilbereiche der Kommunikationskompetenz</th>
<th>Schlüsselqualifikation</th>
<th>Zu erwerbende Fähigkeit</th>
<th>Bezug zu Ital &amp; Knöferl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I. Einführung</td>
<td>Fachkompetenz</td>
<td>Fachwissen</td>
<td>Begründen, Bewerten, Kommunikation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Einteilung von Gesprächen</td>
<td>a) Nach Gesprächspartner</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>b) Nach Gesprächsinhalt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Wozu Gesprächsführung im Unterricht?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gliederung</td>
<td>Teilbereiche der Kommunikationskompetenz</td>
<td>Schlüsselqualifikation</td>
<td>Zu erwerbende Fähigkeit</td>
<td>Bezug zu Ital &amp; Knöferl</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>------------------------------------------</td>
<td>------------------------</td>
<td>-------------------------</td>
<td>-------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>II. Grundlagen</td>
<td>Fachkompetenz</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Sender-Empfänger-Kanal-Modell</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Einstieg</td>
<td>Reflektiertheit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Modelle</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Methoden/Techniken/Fähigkeiten</td>
<td>KSD</td>
<td>Methodenkompetenz, Fachkompetenz</td>
<td>Zuhören</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a) Beobachtung</td>
<td></td>
<td>Beobachten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) Zuhören ohne Stellung zu beziehen</td>
<td></td>
<td>Zuhören ohne Stellung zu beziehen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c) Aktiv Zuhören</td>
<td></td>
<td>Aktiv Zuhören</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>d) Biografiearbeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e) Non-verbale Kommunikation</td>
<td></td>
<td>Non-verbale Kommunikation</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>f) Feedback geben und empfangen</td>
<td></td>
<td>Feedback geben</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>g) Klare Aussagen treffen</td>
<td></td>
<td>klare Aussagen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Haltungen/Werte</td>
<td>Reflektiertheit</td>
<td>Personale Kompetenz</td>
<td>Reflektiertheit</td>
<td>Verantwortung, Kommunikation</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Gliederung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teilbereiche der Kommunikationskompetenz</th>
<th>Schlüsselqualifikation</th>
<th>Zu erwerbende Fähigkeit</th>
<th>Bezug zu Ital &amp; Knöferl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>III. Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen</strong></td>
<td>KSD, Deutungskompetenz, Reflektiertheit</td>
<td>Sozialkompetenz</td>
<td>Empathie, zuhören, Feedback</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Gespräche mit Kindern</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Gespräche mit Erwachsenen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Gespräche mit alten Menschen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IV. Gespräche mit stark belasteten Pflegebedürftigen</strong></td>
<td>Reflektiertheit, Deutungskompetenz</td>
<td>Sozialkompetenz, personale Kompetenz</td>
<td>Empathie, aktiv zuhören, non-verbale Deutung</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Menschen mit Krankheiten/ Schmerzen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Schwerkranke Menschen/ Gespräche über Sterben und Tod</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Gespräche mit verwirrten Menschen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Gliederung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teilbereiche der Kommunikationskompetenz</th>
<th>Schlüsselqualifikation</th>
<th>Zu erwerbende Fähigkeit</th>
<th>Bezug zu Ital &amp; Knöferl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>V. Gespräche innerhalb der Berufsgruppe und mit anderen Berufsgruppen</td>
<td>KSD, Reflektiertheit</td>
<td>Fachkompetenz, Sozialkompetenz</td>
<td>Feedback</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Mit Menschen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Mit Menschen anderer Berufsgruppen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VI. Gespräche in schwierigen sozialen Situationen</th>
<th>Reflektiertheit, Deutungskompetenz</th>
<th>Sozialkompetenz Methodenkompetenz personale Kompetenz</th>
<th>Feedback, Ich-Botschaften, klare Aussagen</th>
<th>Verantwortung, Kooperation, Kommunikation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Bedeutung von Macht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Konfliktlösung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Übungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VII. Beraten</th>
<th>Päd. Kompetenz</th>
<th>Fachkompetenz, Sozialkompetenz</th>
<th>klare Aussagen, Feedback</th>
<th>Denkfähigkeit, Kommunikation, Kreativität</th>
</tr>
</thead>
</table>

| VIII. Anleiten | Päd. Kompetenz | Fachkompetenz, Sozialkompetenz | klare Aussagen, Feedback | Denkfähigkeit, Kommunikation, Kreativität |

**Tab. 6**: Systematik der Lerneinheiten für das Kommunikationshandbuch
5.3 Kurzzusammenfassung des Handbuches


Jedem Kapitel sind die angestrebten Unterrichtsziele vorangestellt und es werden Methodenvorschläge unterbreitet, diese Ziele zu erreichen.

Das wesentliche Ziel dieses Handbuchs ist neben der Vermittlung von Wissensinhalten, die Förderung von übergeordneten Kompetenzen (Schlüsselqualifikationen), insbesondere von Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit, auf einer reifen ethischen Grundlage. Darüber hinaus besteht die Absicht darin, aktuelle didaktische Erkenntnisse, wie eine Lernfeldorientierung, die Förderung der beruflichen Handlungskompetenz und konstruktivistische Lehr-Lerngestaltungen zu berücksichtigen.


Dieser Kritik will das hier vorgelegte Handbuch für die Kommunikationsausbildung in der Pflege entgegen treten.

Allerdings bleibt einschränkend anzumerken, dass eine fachübergreifende Bearbeitung und die Zusammenarbeit mit anderen FachvertreterInnen noch nicht stattgefunden haben.
Lernen gemäß diesem Handbuch soll sowohl selbstorganisiertes als auch handlungsorientiertes Lernen sein, bei dem die Lehrende Lernprozesse anleitet, moderiert und gegebenenfalls Inhalte ergänzt. Realisiert wird diese Form des Lernens, indem die SchülerInnen Situationen ihrer bisherigen beruflichen Erfahrung als Rollenspiele vorbereiten, passend zur jeweiligen Unterrichtseinheit. Diese Rollenspiele bieten die Grundlage, um darin enthaltene Gesprächsführungstechniken zu identifizieren und zu analysieren, alternative Techniken zu erproben und die Wirkung auf die Protagonisten darzustellen und dabei ethische Implikationen zu reflektieren. Das Spiel bietet außerdem die Möglichkeit, verschiedene Gesprächsverläufe zu demonstrieren und gegeneinander abzuwägen.

Wichtige Kommunikationstheoretiker und deren Modelle werden von den SchülerInnen zu Beginn des Kommunikationsunterrichts als Gruppenarbeiten präsentiert.

Der derzeitige Stand des Handbuches befindet sich im Anhang G.
6. Zusammenfassung


Ein Verfahren der Unternehmensberatung, das Assessment Center, kann für die Pflegeausbildung gezielt adaptiert werden. Im Bereich der Bewerberauswahl findet es vereinzelt schon Anwendung und erscheint auch für innovative Weiterbildungsarrangements nutzbar zu sein.

Eine konstruktive Praxisbegleitung durch die Schule, wie sie das neue KrPflG andeutet, wird von der Autorin ausführlich beschrieben, begründet und eingeordnet.\footnote{Interviewleitfaden im Anhang D}


Das Handbuch schließlich vereint mehrere Ansprüche miteinander, neben didaktisch-methodischen und bildungstheoretischen auch den Anspruch ein Baustein für eine nicht-differenzierende (integrierte) Pflegeausbildung zu sein. Das Handbuch unterscheidet nicht zwischen den einzelnen Pflegerichtungen (Alten-, Kinder- oder Krankenpflege), kann aber durch entsprechende Akzentuierungen eine bestimmte Pflegegruppe hervorheben.


SchülerInnen/ LehrerInnen, dem Erwerb von Schlüsselqualifikationen und der beruflichen Verwertbarkeit (vgl. berufliche Handlungskompetenz). Eine differenzierte Qualitätsanalyse für die Vorschläge der Autorin steht noch aus.

Ein erster Versuch zur Evaluation des Handbuchs wird im dritten Teil dieser Arbeit beschrieben. Die Kommunikationsausbildung gemäß Handbuch wurde an einer Krankenpflegeschule in zwei Klassen durchgeführt und im Anschluss fand darüber eine schriftliche Exploration der TeilnehmerInnen statt.¹

¹ Einzelheiten im III. Teil, Kap. 3 bis 6
III. Teil: Versuch einer ersten Evaluation

1. Forschungsmethodische Vorüberlegungen


Als theoretischer Anspruch wird zwar die Trennung von Intervention (z.B. Entwicklung und Anwendung von Maßnahmen) und deren Evaluation


Damit ist die Unterscheidung zwischen qualitativer, nämlich zirkulärer und quantitativ, nämlich linearer Forschung und bzgl. qualitativer und quantitativer Evaluationsforschung getroffen.

Überträgt man nun forschungsmethodische Ansprüche linearer und damit quantitativeler Evaluationsforschung auf die hier vorgelegte Arbeit, kann die entsprechend dem hier ausgearbeiteten Modell durchgeführte Kommunikationsausbildung als Intervention und damit als unabhängige


Der hier vorgelegte „erste Versuch“ einer Evaluation zur Kommunikationsausbildung entspricht in der Zusammenfassung der bisherigen Überlegungen eher dem Ansatz eines zirkulären Forschungsprozesses, mit qualitativer Ausrichtung. Es ist damit ein Forschungsbeginn markiert, der aber erst durch weitere Forschungssequenzen zu begründeten Ergebnissen gelangen kann.

Die Ergebnisinterpretation dieser Studie berücksichtigt zwar diese Mängel, ist sich aber dennoch der Nützlichkeit ihres Forschungsgegenstandes bewusst, denn auch methodisch nicht befriedigend abgesicherte Ergebnisse können doch zumindest als wertvolle Hinweise auf die mögliche Nützlichkeit¹ des Programms gewertet werden. Die Nützlichkeit besteht in der Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Pflegenden, damit zusammenhängend die Zunahme an Arbeitszufriedenheit und daraus resultierend eine Steigerung der Berufsverweildauer und zugleich eine zunehmende Lebenszufriedenheit der Gepflegten.


¹ Nutzenbestimmung vgl. Bortz & Döring 2002, S.120
2. Voraussetzungen und Forschungsfrage

Die Voraussetzungen für den Kommunikationsunterricht mit dem von der Autorin entwickelten Handbuch\(^1\) umfassen verschiedene Aspekte. Dazu gehört, dass die Autorin seit 2002 als Dozentin für Psychologie und Deutsch/Kommunikation an der Krankenpflegeschule (KPS) Schwabach tätig ist. Der Bereich Kommunikation und Gesprächsführung lag in all den Jahren in der Verantwortung der Autorin.

Ein weiterer Aspekt betrifft die KPS Schwabach, die als kleine Ausbildungseinrichtung (max. eine Klasse pro Ausbildungsjahrgang) über ein Kollegium von mittlerweile nur noch drei PflegelehrerInnen (Schulleiterin und zwei PflegelehrerInnen) verfügt. Die weitere Unterrichtstätigkeit wird von HonorardozentInnen der unterschiedlichen Fachdisziplinen ausgeübt. Hervorzuheben ist dabei die Aufgeschlossenheit und Kooperationsbereitschaft der PflegelehrerInnen für innovative Unterrichtsvorschläge der Autorin und besonders hervorzuheben ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Problematisch erweisen sich allerdings die Kostensenkungsmaßnahmen des Krankenhausmanagements, dem die Schule angeschlossen ist. Zum Ausdruck kommt dies zum einen, durch die Streichung von 1,5 Planstellen des Lehrerkollegiums, von ursprünglich 4,5 auf 3 Stellen. Zum anderen, durch die Verpflichtung der KPS Schwabach zur Kooperation mit der KPS des Kreisklinikums Roth, einer Einrichtung des an Schwabach angrenzenden Landkreises. Über einen Zeitraum von vier Jahren stellten beide Schulen gemeinsam nur eine Klasse pro Ausbildungsjahrgang, unterrichteten die theoretischen Inhalte im Wechsel und bildeten die SchülerInnen im jeweils angeschlossenen Krankenhaus praktisch aus.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass ein großer Teil des theoretischen Unterrichtsprogramms von HonorardozentInnen gestaltet wird, für die es keine organisatorischen Rahmenbedingungen gibt, um lernfeldorientiert zusammenzuarbeiten. Die einzelnen Fachgebiete werden, trotz der Lernfeldstruktur, größtenteils weiterhin einzelfachbezogen unterrichtet.

\(^1\) Das Modell „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ von Jennie Powell wurde erst nach den Unterrichtsversuchen im Handbuch aufgenommen.
Die strukturellen Voraussetzungen für die Kommunikationsausbildung bestehen in der Einteilung in Einheiten, die jeweils aus vierstündigen Blöcken bestehen und aus einem dreitägigen Seminar, das ausschließlich der Kommunikation und Gesprächsführung vorbehalten ist. Insgesamt kann dieser Zeitrahmen als günstig angesehen werden, lässt allerdings keinen Spielraum für Einheiten im praktischen Ausbildungsfeld.


Im Fokus dieser Evaluationsstudie stehen die folgenden ergebnisqualitativen Kriterien:

- der formale Abschluss
- die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen
- der Erwerb von Schlüsselqualifikationen
- die berufliche Verwertbarkeit

**Forschungsfrage**

Erfüllt das von der Autorin entwickelte Handbuch den Anspruch, die Kommunikationsausbildung in der Pflege, gemäß den Kommunikationskompetenzen, Reflektiertheit, KSD und Deutungskompetenz zu gestalten? Genügt das Handbuch zugleich ergebnisqualitativen Ansprüchen?


Die traditionellen Gütekriterien der Hypothesenprüfenden Forschungsstrategie werden hierbei ersetzt durch Transparenz- und Begründungskriterium. „Zentraler Maßstab bei der explorativen Methodik sind daher nicht traditionelle Gütekriterien, wie Objektivität oder Interrater- Reliabilität, eher schon die im vorigen Abschnitt dargestellten qualitativen Kriterien (Transparenzkriterium, Begründungskriterium) [Anm. der Autorin]“ (Fischer 2001, S.5).

Die Autorin ist allerdings erheblichen Einschränkungen unterworfen, die eine solche Methodenvielfalt nicht erlauben. Zu den Einschränkungen gehört zum einen die personelle Ausstattung, die lediglich aus der Autorin selbst besteht und dazu gehört zum anderen das Handlungsfeld, das nur den Unterrichtsort Schule umfasst und die praktischen Lernorte ausschließt. Eine zusätzliche Einschränkung ist darin zu sehen, dass sich sowohl der Unterricht, als auch die Evaluationsstudie der Unterrichtsroutine unterordnen müssen. Diese Vorüberlegungen führen zu dem Schluss, die Evaluationsstudie mittels Befragung durchzuführen und zwar auf der Grundlage ergebnisqualitativer Kriterien.

„Das beliebteste und am häufigsten angewandte Erhebungsinstrument der sozialwissenschaftlichen Forschung ist zweifellos die mündliche oder schriftliche Befragung. Das liegt sicher auch darin, daß wir unser alltägliches Wissen vorwiegend durch die Antworten anderer Personen auf unsere Fragen aufbauen und ergänzen. Wie bei den anderen sozialwissenschaftlichen Methoden versucht man dieses alltägliche Vorgehen zu systematisieren und zu objektivieren, damit wir möglichst zuverlässige Antworten erhalten“ (Wellhöfer 1984, S.121-122).

1 Institut für Public Health und Pflegeforschung; ehemals IAP, Institut für angewandte Pflegeforschung, Leitung: Prof. Goerres
Diese Studie ist als erster Realisierungsversuch zur Bewertung der Brauchbarkeit des Handbuchs zu betrachten, die den Charakter einer schriftlichen Exploration besitzt. Als strukturiert kann die Befragung insofern gelten, als die Fragen explizit formuliert sind und der Ablauf festgelegt ist. Sie hat aber dennoch eine ausgeprägte explorative Absicht, da der Großteil der Fragen offene Antworten zulässt.

Doch nicht nur Einschränkungen, sondern auch klare Vorteile begründen die Wahl einer Befragung, als Instrument der Selbsteinschätzung. Das wohl stärkste Argument, das dafür spricht, ist die Tatsache, dass Zufriedenheitsaussagen nur über Selbstbefragung zu gewinnen sind, da sie sich gegenüber Beobachtungen oder Fremdeinschätzungen eher als unzugänglich bzw. un reliabel erweisen. Für die zu erfassenden Inhalte, wie die Schlüsselqualifikationen und die detaillierten sozial- kommunikativen Kompetenzen, Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit, eignet sich eine Befragung gerade deshalb, weil Befragung ein Element der Reflektiertheit darstellt.

Die Vergleichbarkeit der Antworten gilt als Argument, um die Befragung in standardisierter Form, als Fragebogenbefragung durchzuführen.

Der Fragebogen als Selbsteinschätzungsinstrument schließt den Vorzug ein, dass daraus einzelfallbezogene Aussagen abgeleitet werden können, während Fremdeinschätzungen durch die Lehrkräfte vermutlich eher vergleichende oder durchschnittsbezogene Aussagen über die Klasse erbringen würden. Einzelfallbezogene Aussagen sind als Einstieg zur Evaluation des Handbuchs weiterführender, da sie inhaltlich- qualitative Aussagen möglich machen, die die Vor- und Nachteile des vorgestellten Kommunikationsunterrichts deutlicher erkennen lassen.
3. Übersicht zur Evaluationsstudie

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1. Unterricht</th>
<th>2. Unterricht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>26 SchülerInnen (Kurs 2005/2008)</td>
<td>31 SchülerInnen (Kurs 2007/2010)</td>
</tr>
<tr>
<td>Befragung FB1</td>
<td>-</td>
<td>am 18.3.08</td>
</tr>
<tr>
<td>Unterricht</td>
<td>7/2006</td>
<td>4/2008</td>
</tr>
<tr>
<td>Befragung FB 2</td>
<td>am 23.4.08</td>
<td>am 17.7.08</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 7: Übersicht zur Evaluationsstudie


Die TeilnehmerInnen wurden vor dem Kommunikationsseminar (5.7 bis 7.7.06) in zwei einführenden Einheiten in Kommunikation/Gesprächsführung unterrichtet. Diese Einheiten umfassten die beiden ersten Kapitel des Handbuches, wobei die SchülerInnen zu den vorgeschlagenen Theoretikern/Modellen Präsentationen in Gruppenarbeiten erstellten. Das weitere Vorgehen während des Seminars ist als Unterrichtsprotokoll im Anhang angefügt (vgl. Anhang I).


4.1 Stichprobenbeschreibung


Zum Ende des ersten Ausbildungsjahres schied ein Schüler aus dem Kurs aus. Etwa die Hälfte der SchülerInnen wird im Stadtkrankenhaus Schwabach und die andere Hälfte im Kreisklinikum Roth praktisch ausgebildet.
4.2 Kommentierte Zusammenfassung des Unterrichtsprotokolls

Die Präsentationen der Gruppenarbeiten zu den Kommunikationstheoretikern/Modellen waren gelungen. Trotzdem entstand der Eindruck, die Vortragenden erreichten ihre ZuhörerInnen kaum, da diese wenig interessiert wirkten und keinerlei Nachfragen stellten.


Das Unterrichtsprotokoll ist im Anhang I angefügt.
4.3 Evaluationsstudie zum ersten Unterricht

4.3.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments

Bei dem hier verwendeten Instrument handelt es sich um Selbsteinschätzungsverfahren, in Form von zwei Fragebogen, die die Autorin entworfen hat (Anhang K, L).

Die Leitgedanken bei der Konstruktion waren:

- die inhaltliche Nähe zu den Schlüsselqualifikationen, einschließlich Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit
- eine differenzierte Zufriedenheitseinschätzung
- Realisierung von Kriterien der beruflichen Verwertbarkeit anhand der abgeleiteten kommunikativen Handlungsfelder (vgl. II.Teil, Kap. 3.2.4)
- Vergleichbarkeit der beiden Fragebogen (Fragebogen 1 vor und Fragebogen 2 nach dem Kommunikationsunterricht)
- Ökonomie der Durchführung, da eine Unterordnung unter die Unterrichtsroutine verpflichtend war.

Fragebogen 1 diente als Erhebungsinstrument vor dem Kommunikationsunterricht und Fragebogen 2 danach. Fragebogen 1 umfasst 15 und Fragebogen 2 16 Fragen, wobei sowohl geschlossen, als auch offen zu formulierende Antworten und eine Mischform davon, erwartet wurden. Fragebogen 1 enthält vier geschlossene Fragen (Nr. 3, 4, 6, 13) vier offene Fragen (Nr. 1, 2, 5, 14) und sieben Fragen der Mischform (Nr. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15). Im Fragebogen 2 ist die Verteilung etwas anders. Fragebogen 2 besteht aus fünf geschlossenen Fragen (Nr. 3, 4, 6, 13, 16), zwei offenen (Nr. 5, 14) und den übrigen (neun) als Mischform.

Die Einteilungen der geschlossenen Fragen sind sprachlich realisiert, wobei stets eine Fünfer-Stufung zu Grunde gelegt wird, die eine angemessene Differenzierung zulässt, aber die Differenzierungsfähigkeit der Antwortenden nicht übersteigt.

trifft nicht zu/ trifft überhaupt nicht zu“ erscheint der Autorin eine zu große Herausforderung an die Unterscheidungsfähigkeit der Antwortenden. Deshalb entschied sie sich für den fünfteiligen Antwortmodus, „immer/ meist/ teils- teils/ selten/ nie bzw. gar nicht“.

Der Zeitrahmen zur Beantwortung beträgt etwa 15 Minuten.

Die inhaltliche Gestaltung der beiden Fragebogen bezieht sich auf ergebnisqualitative Kriterien, wobei das Kriterium „formaler Abschluss“ ausgeklammert wurde, da es der Autorin als nicht seriös erscheint, den Teilbereich „Kommunikation“, für Erfolg oder Misserfolg der gesamten Ausbildung zu deuten. Demnach bleiben folgende drei Kriterien für die inhaltliche Gestaltung bestehen:

- Zufriedenheit
- Erwerb von Schlüsselqualifikationen
- berufliche Verwertbarkeit

Schlüsselqualifikationen wurden im Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenz in die Bestandteile Reflektiertheit, KSD und Deutungsfähigkeit gegliedert.

Die beiden Fragebogen stimmen in 13 Fragen (Nr. 3-15 im Fragebogen 1) überein. Unterschiede bestehen bei den ersten Fragen, die im Fragebogen 1 die Erwartungen der SchülerInnen erfassen, während sie im Fragebogen 2 Zufriedenheitswerte bestimmen. Fragen 8-12 bilden im Fragebogen 1 die beruflichen Voraussetzungen ab, während sie im Fragebogen 2 die berufliche Verwertbarkeit darstellen. Im Fragebogen 2 ist die letzte Frage, Frage 16, mit Frage 3 im Fragebogen 1 identisch.
Folgende Tabellen stellen den Bezug zu den allgemeinen Bildungszielen der jeweiligen Frage dar:

**Fragebogen 1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragen</th>
<th>geschlossen/ offen/ Mischform</th>
<th>Bezug</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1-2 <strong>Welche</strong> Erwartungen haben Sie an die Kommunikationsausbildung?</td>
<td>offen</td>
<td>Vergleichsfragen für Zufriedenheitsangaben</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Für</strong> welche Gesprächssituationen möchten Sie etwas hinzulernen?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. <strong>Für</strong> wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?</td>
<td>geschlossen</td>
<td>Vergleichsfrage für Frage 16 im FB 2</td>
</tr>
<tr>
<td>4. <strong>Wie</strong> kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/ Gesprächsführung?</td>
<td>geschlossen</td>
<td>sozial- komm. Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>5. <strong>Wie</strong> reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.</td>
<td>offen</td>
<td>Reflektiertheit</td>
</tr>
<tr>
<td>6. <strong>Gelingt</strong> es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)</td>
<td>geschlossen</td>
<td>KSD</td>
</tr>
<tr>
<td>7. <strong>Denken</strong> Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?</td>
<td>Mischform</td>
<td>Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>8-12 <strong>Fühlen</strong> Sie sich Beratungsgesprächen, Gesprächen mit verwirrten Menschen, Konfliktgesprächen, Anleitungsgesprächen und Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?</td>
<td>Mischform</td>
<td>Fachkompetenz, Reflektiertheit → berufl. Verwertbarkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>13. <strong>Wenn</strong> Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?</td>
<td>geschlossen</td>
<td>Reflektiertheit, personale Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>14. <strong>Welche</strong> Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?</td>
<td>offen</td>
<td>Reflektiertheit, personale Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>15. <strong>Belasten</strong> Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?</td>
<td>Mischform</td>
<td>personale Kompetenz</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tab. 8**: Bezüge zu den Fragen des Fragebogens 1
### Fragebogen 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragen</th>
<th>geschlossen/ offen/ Mischform</th>
<th>Bezug</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. <strong>Werden</strong> in der Kommunikationsausbildung solche Fachkenntnisse vermittelt, die Sie im Berufsalltag benötigen?</td>
<td>Mischform</td>
<td>Fachkompetenz → berufl. Verwertbarkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>3. <strong>Profitieren</strong> Sie auch in nicht-beruflichen Lebenssituationen von Kenntnissen der Gesprächsführung?</td>
<td>geschlossen</td>
<td>personale Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>4. <strong>Wie</strong> kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/ Gesprächsführung?</td>
<td>geschlossen</td>
<td>sozial- komm. Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>5. <strong>Wie</strong> reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.</td>
<td>offen</td>
<td>Reflektiertheit</td>
</tr>
<tr>
<td>6. <strong>Gelingt</strong> es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)</td>
<td>geschlossen</td>
<td>KSD</td>
</tr>
<tr>
<td>7. <strong>Denken</strong> Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?</td>
<td>Mischform</td>
<td>Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>8-12 <strong>Fühlen</strong> Sie sich Beratungsgesprächen, Gesprächen mit verwirrten Menschen, Konfliktgesprächen, Anleitungsgesprächen und Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?</td>
<td>Mischform</td>
<td>Fachkompetenz, Reflektiertheit → berufl. Verwertbarkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>13. <strong>Wenn</strong> Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?</td>
<td>geschlossen</td>
<td>Reflektiertheit, personale Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>14. <strong>Welche</strong> Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?</td>
<td>offen</td>
<td>Reflektiertheit, personale Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>15. <strong>Belasten</strong> Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?</td>
<td>Mischform</td>
<td>personale Kompetenz</td>
</tr>
<tr>
<td>16. <strong>Für</strong> wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?</td>
<td>geschlossen</td>
<td>Vergleichsfrage für Frage 3 im FB 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tab. 9**: Bezüge zu den Fragen des Fragebogens 2
4.3.2 Durchführung mit Fragebogen 2
Es wurde nur eine Erhebung mit dem Fragebogen 2 durchgeführt, da im Juli 2006, vor Beginn der Kommunikationsausbildung, die Evaluationsstudie noch in der Vorbereitungsphase war.
Am 23.4.2008 bat die Autorin/Dozentin die Klasse die Fragen des Fragebogens 2 zu beantworten. Zu diesem Zeitpunkt hospitierte eine SchülerIn dem Kurs, so dass 26 Fragebogen bearbeitet wurden.
Als Begründung, für die Durchführung einer Befragung, gab die Dozentin an, eine Rückmeldung über die Kommunikationsausbildung bekommen zu wollen. Sie bat um eine spontane und vollständige Bearbeitung und wies darauf hin, dass einige Fragen zum Ankreuzen, andere für freie Antworten gestaltet seien. Es gab keine Rückfragen. Die Bearbeitung dauerte weniger als 15 Minuten.

4.3.3 Auswertung von Fragebogen 2
Die Kategorienbildung der Autorin orientiert sich an dem Modell der Reflektiertheit, wie es in Abb. 2 dargestellt und begründet wurde. Dabei erfolgt
die Einteilung in die Kategorie „Konstruktive Strategie“ wenn Aussagen als Reflexion, Deutung oder als Entwicklung von Handlungsalternativen zu interpretieren waren. Ähnliches gilt für Kategorien zur Problembewältigung.

Zu Grunde gelegt werden folgende Kategorien:

1. Wahrnehmung und Erkennen von Problemen
2. Vergleich von beabsichtigten und erreichten Handlungszielen (weitere Schritte bei Diskrepanzen)
3. Aneignung neuer Informationen (eigene Ressourcen und/oder Ressourcen von anderen)
4. Entwürfe von Handlungsalternativen zur Zielerreichung.

**Frage 1: Werden in der Kommunikationsausbildung solche Fachkenntnisse vermittelt, die Sie im Berufsalltag benötigen?**


**Frage 2: Wie zufrieden Sind Sie mit der Kommunikationsausbildung? (Kommunikationseminar und Unterrichtseinheiten)**

Der allgemeine Zufriedenheitswert mit der Kommunikationsausbildung befindet sich zwischen „zufrieden“ und „teils/teils“. D.h. es gab Elemente, die zur Zufriedenheit führten, aber es gab auch solche, die eher Unzufriedenheit hinterließen. Die Aussagen verteilen sich ziemlich gleich zwischen „zufrieden“ und „teils/teils“ Ausreißeraussagen kamen nicht vor.

Ein ähnliches Ergebnis erbrachte die Zufriedenheitsbefragung nach der Unterrichtsgestaltung, im Hinblick auf theoretische und praktische Elemente. Es gab Aspekte, die Zufriedenheit auslösten, aber auch solche, die zur Unzufriedenheit führten.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit den Unterrichtsmethoden (Gruppenphasen, Frontalunterricht, Rollenspiele) polarisierte die Antworten. Die
Aussagen wurden kommentiert mit Sätzen, wie „Rollenspiele sind nicht jedermanns Sache“, „der Unterricht wurde immer lockerer“, „Kommunikationsseminar war sehr anstrengend“. Demgegenüber gaben drei SchülerInnen an, mit den Unterrichtsmethoden „sehr zufrieden“ gewesen zu sein. Im Durchschnitt befinden sich die Zufriedenheitswerte ebenfalls zwischen „zufrieden“ und „teils/ teils“.

Sehr viel homogener fielen die Antworten aus, eigene Ideen/ Vorschläge im Unterricht einbringen zu können. Die SchülerInnen gaben an, damit „sehr zufrieden“, „zufrieden“ oder „teils/ teils“ zufrieden gewesen zu sein, Unzufriedenheitsangaben fehlten. Im Durchschnitt war der Kurs „zufrieden“. Vier Bemerkungen, dass die Dozentin für Schülerbeiträge immer offen gewesen sei, unterstreichen die Einschätzung.

In der offenen Beantwortung gab es drei kritische Bemerkungen, dass Inhalte fehlen würden, allerdings ohne eine Angabe welche (2 Nennungen) und dass in der Zeitschrift „Pflege heute“ Gesprächsführung ausführlicher und verständlicher beschrieben sei.

**Frage 3:** Profitieren Sie auch in nicht-beruflichen Lebenssituationen von Kenntnissen der Gesprächsführung?


**Frage 4:** Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/ Gesprächsführung?

Die SchülerInnen fühlten sich insgesamt „teils/ teils“ sozial-kommunikativ kompetent. Fast die Hälfte der Antworten war „teils/ teils“, etwa ein Viertel „kompetent“ und ein weiteres Viertel „weniger kompetent“.

**Fragen 5, 7, 13 und 14:** Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten. **Denken** Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet? **Wenn** Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann? **Welche** Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?
Diese Fragen beziehen sich auf Reflektiertheit, als Bestandteil der sozial-kommunikativen Kompetenz.

**Fragen 5 und 14:** *Welche Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?*  
*Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.*


**Frage 6:** *Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern?* (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)

Bei einem Fragebogen blieb diese Antwort frei. Im Durchschnitt glauben die SchülerInnen die Gesprächsrolle „meist“ wechseln zu können. Dabei verteilen sich die Ankreuzungen auf die Alternativen „immer“, „meist“ und „teils/teils“. Die Alternativen „selten“ oder „gar nicht“ kamen nicht vor.

**Frage 7:** *Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?*

Gespräche nach. Die selbst formulierten Antworten kreisten um die Aussagen, „Was hätte ich besser machen können?“

**Fragen 8-12**
Diese Fragen erfassen verschiedene Aspekte der kommunikativen Fachkompetenz.

**Frage 8:** **Fühlen Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?**
Im Durchschnitt fühlten sich die SchülerInnen Beratungsgesprächen nur teilweise gewachsen, wobei es etwas mehr Antworten „eher nicht“ als „meist“ gab. Als Gründe wurde siebenmal der Mangel an Fachwissen und zweimal der Mangel an Erfahrung angegeben. Zwei SchülerInnen halten sich für zu nervös/emotional und zwei glauben, sie würden nicht die richtigen Worte finden. Das mangelnde Zutrauen, das ihnen von anderen für Beratungen entgegengebracht wird, hält eine SchülerIn für den Grund ihrer Selbstzweifel. Eine weitere SchülerIn glaubt den Erwartungen der Gesprächspartner nicht standhalten zu können.

**Frage 9:** **Fühlen Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?**
Bei Gesprächen mit verwirrten Menschen sieht keine SchülerIn ernsthafte Probleme. Die Antwort, „ich fühle mich solchen Gesprächen meist gewachsen“, war die häufigste. „Eher nicht“ oder „gar nicht“ kamen nicht vor. Es wurden nur wenige Probleme angegeben, die sich auf gegenseitiges Verstehen (6) und Berücksichtigung der Langsamkeit (2) bezogen.

**Frage 10:** **Fühlen Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?**
Nur eine SchülerIn fühlt sich Konfliktgesprächen „eher nicht gewachsen“, die Mehrheit fühlt sich diesen zumindest teilweise gewachsen. Im Durchschnitt liegen die Antworten zwischen „meist“ und „teils/teils“. Problematisch empfinden die SchülerInnen Konfliktgespräche dann, wenn sie sich in der Krankenhaushierarchie als untergeordnet erleben (4) oder der Gesprächspartner keine Bereitschaft für ein Klärungsgespräch signalisiert (4). Vier SchülerInnen meinen, dass sie von eigenen Emotionen und der eigenen Nachgiebigkeit bei Konfliktgesprächen behindert werden.
Frage 11: **Fühlen Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?**


Frage 12: **Fühlen Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?**

Gesprächen mit schwer kranken Menschen fühlen sich die SchülerInnen nur teilweise gewachsen. Die Antworten verteilen sich etwa gleich zwischen den Alternativen „ich fühle mich solchen Gesprächen meist/ teilweise/ eher nicht gewachsen“. An erster Stelle der Schwierigkeiten nennen die SchülerInnen eigene Unsicherheiten (6), den Mangel an Erfahrung (3), Ratlosigkeit (3) und eigene Emotionen (2). Vier SchülerInnen erleben es als schwierig, einen offenen Zugang zu den Patienten zu finden, um überhaupt kommunizieren zu können.

Frage 13: **Wenn Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?**

Die Vorgaben der Antwortalternativen wurden mit mehrfachem Ankreuzen genutzt. 15 SchülerInnen „reden mit anderen“, 12 „überlegen selbst“ und vier suchen sich „Experten“.

Frage 15: **Belasten Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?**

Mit einer Streuung über alle Antwortalternativen erleben die SchülerInnen sehr unterschiedliche Belastungen durch Kommunikationsprobleme. D. h. einige SchülerInnen fühlen sich sehr, andere wiederum gar nicht belastet. Dabei macht die Hälfte keine Angaben zu den belastenden Gedanken. Auch SchülerInnen, die sich sehr belastet fühlen, machen keine erklärenden Angaben.

Folgende Belastungserfahrungen werden genannt:

- schlechte Atmosphäre im Arbeitsteam (4)
- Belastung für Patienten (1)
- allgemeine Arbeitsunzufriedenheit (1)
Zeitdruck (1)
Belastungen ins Privatleben übertragen (1)
Rückzug (2)

Drei SchülerInnen beklagen allgemeine Kommunikationsprobleme, im Sinn von „Warum kann man nicht einfach normal miteinander sprechen?“ oder „Ist das so schwer?“.

Frage 16: Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?

4.4 Ergebnisse
In der Selbsteinschätzung der SchülerInnen konnte das Ziel, eine professionelle Kommunikationskompetenz zu vermitteln, kaum erreicht werden. Etwa ein Viertel der SchülerInnen hält sich für kompetent, ein Viertel eher nicht und etwa die Hälfte nur teilweise.
Eine berufliche Verwertbarkeit, (Fragen 1, 8-12), der vermittelten Kommunikationskompetenzen erleben die SchülerInnen eher als erreicht. Die Ergebnisse variieren, je nach Gesprächsart und Gesprächspartner, zwischen „ich fühle mich meist kompetent“ und „teils/ teils kompetent“. Dabei sind zwei Aspekte zu berücksichtigen, die auf dieses Ergebnis Einfluss nehmen. Das ist zum einen der beklagte Mangel an pflegerisch- medizinischem Fachwissen für Beratungsgespräche, der die Reichweite der Ausbildung in Kommunikation/ Gesprächsführung übersteigt. Das ist zum anderen das noch ausstehende Seminar „Tod und Sterben“, das die Unsicherheiten in der Interaktion mit schwer kranken Menschen vermindern soll.
Im Umgang mit verwirrten Menschen erleben die SchülerInnen keine bemerkenswerten Probleme.
Bei der Betrachtung der Schlüsselqualifikationen kann die Vermittlung von kommunikativem Fachwissen als teilweise erfüllt gelten. Personale Kompetenz bezieht sich einerseits auf die Übertragung von beruflichem Wissen auf andere Lebensbereiche (Frage 3), auf den Umgang mit Problemen und Belastungen
und auf den Einsatz von Bewältigungsstrategien, einschließlich Lernstrategien (Fragen 13, 14). Die Polarisierung der Antworten bezüglich Wissenstransfer, lässt sich so deuten, dass ein Teil der SchülerInnen die Brauchbarkeit beruflicher Inhalte für andere Anwendungsbereiche prüft, während der andere Teil berufliche und nichtberufliche Bereiche ohne Überprüfung trennt. Diese Deutung kann damit begründet werden, dass Reflexionsfähigkeit dabei nur teilweise erkennbar geworden ist.


dargestellt ist. Ebenso gibt es keine Antworten, die auf Deutungsfähigkeit schließen lassen. Allerdings gaben nur die Hälfte der Befragten weiterführende Antworten auf die entsprechenden Fragen.


Als problematisch erweist sich auch der vielfach festgestellte Mangel an Offenheit, der Interpretationen an einigen Stellen der Auswertung nicht zulässt (z.B. Gründe für starke Belastungserfahrungen). Auf den Mangel an Offenheit verweist einerseits das Fehlen von Antworten, andererseits aber auch das Verstellen der Schrift bei offenen Antworten und die Beschränkung aufs Ankreuzen. Scheinbar bestand die Sorge, anhand der Schrift persönlich identifiziert zu werden und es wurden in Abhängigkeit der Antworten negative Sanktionen befürchtet.

Als relativierend für das Gesamtergebnis ist anzuführen, dass die Kommunikationsausbildung bezüglich der Stundenzahl eine im Ausbildungsgeschehen sehr untergeordnete Rolle einnimmt (etwa 50 Stunden

5.1 Stichprobenbeschreibung

Etwa die Hälfte der SchülerInnen werden im Stadtkrankenhaus Schwabach und die andere Hälfte im Kreisklinikum Roth praktisch ausgebildet.

5.2 Kommentierte Zusammenfassung des Unterrichtsprotokolls¹
Die Präsentationen zu den Kommunikationstheoretikern/Modellen wurden engagiert vorbereitet und ausgeführt. Zwei Gruppen präsentierten Power Point Vorführungen. Dennoch entstand der Eindruck, dass die ZuhörerInnen wenig Interesse für die Darstellungen aufbrachten und Engagement nur für die eigene Gruppenarbeit entwickelten.


Die SchülerInnen waren Unterrichtsgesprächen gegenüber sehr aufgeschlossener, obwohl sich nur ein Teil der SchülerInnen aktiv daran beteiligte.

¹ Das Unterrichtsprotokoll ist im Anhang J angefügt.
Die Dozentin reduzierte Phasen von Frontalunterricht auf ein geringes Maß und ließ den SchülerInnen viel Raum für Eigeninitiative und eigene Gestaltungsideen. Dabei entwickelten sich interessante Perspektiven, wie z.B. Namenslisten zu erstellen, um fremdsprachige MitarbeiterInnen für Dolmetscherdienste zur Verfügung zu haben oder unterschiedliche Gesprächsstrategien für helfende Gespräche zu entwickeln. 

Die aus Zeitgründen verschobene Einheit „Beratung/ Anleitung“ fand in der üblichen Unterrichtsroutine, im Klassenzimmer statt. Dabei erlebte die Dozentin das Engagement und den Einsatz der SchülerInnen als erheblich reduziert, im Vergleich zur Seminarsituation.

5.3 Evaluationsstudie zum zweiten Unterricht

5.3.1 Beschreibung des Erhebungsinstruments

Es handelt sich hierbei um die gleichen Erhebungsinstrumente, wie beim ersten Unterrichtsversuch. Eine detaillierte Beschreibung findet sich im III. Teil, Kap. 4.3.1.

5.3.2 Durchführung mit Fragebogen 1


Die ausgefüllten Bogen wurden nach längstens 15 Minuten, ohne weitere Kommentierungen, bei der Autorin abgegeben.

Eine SchülerIn fehlte beim Einführungsunterricht, so dass nur 30 ausgefüllte Fragebogen vorliegen.
5.3.3 Auswertung von Fragebogen 1

Die Auswertung erfolgte in gleicher Weise, wie unter III. Teil, Kap. 4.3.3 beschrieben, lediglich gemäß der Bezugsfaktoren, wie sie in Tabelle 8 dargestellt sind und zwar in der Reihenfolge der Fragen.

Fragen 1 und 2: Welche Erwartungen haben Sie an die Kommunikationsausbildung? Für welche Gesprächssituationen möchten Sie etwas hinzulernen?

Folgende Lernerwartungen an die Kommunikationsausbildung haben die SchülerInnen genannt, die Zahl in Klammern ist die Häufigkeit der Nennung:

- Konflikt- und Streitgespräch (11)
- allgemeine Gesprächskompetenz mit Pflegebedürftigen (8)
- Trauergespräche und Gespräche über den Tod (7)
- Beratungsgespräche (5)
- schwierige Gespräche (2)
- Small-Talk (2)
- freies Reden (2)
- Entwicklung von mehr Offenheit (2)
- Stressbewältigung (2)

Frage 3: Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?

Die Bedeutung von Gesprächsführung im Berufsalltag wurde fast übereinstimmend mit „sehr wichtig“ eingeschätzt, drei SchülerInnen hielten sie für „wichtig“.

Frage 4: Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/ Gesprächsführung?

Fragen 5, 7, 13, 14: **Wie** reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden?  
D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten  
**Denken** Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?  
**Wenn** Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?  
**Welche** Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?

Die auf diese Fragen bezogenen Kompetenzbereiche sind Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit und personale Kompetenz (eigenes Lernen, Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeit).

In Anlehnung an das Modell der Reflektiertheit (Abb. 2), lassen sich vier Inhaltskategorien bilden, in Klammern die Nennungshäufigkeit:
Tab. 10: Auswertungskategorien bzgl. Reflektiertheit

Dabei lassen sich folgende Problemlösungsstrategien unterscheiden:

- Wiederholung der problematischen Interaktion zu einem späteren Zeitpunkt und z.T. beharren auf eigenem Standpunkt (Durchsetzung)
- Ausweichen, Thema wechseln
- Lösungen im sozialen Austausch suchen
- gedankliche oder wirkliche Erprobung von Handlungsalternativen

Frage 6: Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)

Fragen 8-12:
Diese Fragen erfassen die verschiedenen Bestandteile der kommunikativen Fachkompetenz. Sie unterscheiden sich bezüglich Gesprächspartner und Gesprächsanlässen.

**Frage 8: Fühlen Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?**
Keine SchülerIn fühlt sich Beratungsgesprächen gar nicht gewachsen. Die Antworten verteilen sich auf die restlichen Stufen tendenziell gleich; d.h. ebenso viele SchülerInnen geben an, sich solchen Gesprächen „gewachsen“, „meist gewachsen“ oder „eher nicht gewachsen“ zu fühlen.
Als Gründe für Probleme werden oftmals zu geringe Fachkenntnisse (13) genannt, daneben eigene Aufregung (4) und aneinander vorbeireden (5).

**Frage 9: Fühlen Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?**
Gesprächen mit verwirrten Menschen glauben 22 SchülerInnen gewachsen zu sein („ja“ oder „meist“). 7 SchülerInnen fühlen sich dem teils/teils und eine SchülerIn „eher nicht“ gewachsen. Wenn Probleme erlebt werden, liegen die Gründe an einem Mangel an Geduld (10) und daran, aneinander vorbei zu reden (10). Zeitknappheit wird von zwei und Wissensdefizite von einer SchülerIn genannt.

**Frage 10: Fühlen Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?**
Nur drei SchülerInnen fühlen sich Konfliktgesprächen gegenüber „eher nicht“ gewachsen, ansonsten verteilen sich die Antworten tendenziell ähnlich auf „ja“, „meist“ oder „teils/teils“.

**Frage 11: Fühlen Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?**
Anleitungsgesprächen fühlen sich die SchülerInnen mehrheitlich gewachsen (22 „ja“ oder „meist“). Lediglich eine SchülerIn fühlt sich solchen Gesprächen
„eher nicht“ gewachsen, die Übrigen antworteten „teils/ teils“. Probleme ergeben sich aus noch mangelnden Kenntnissen (4) und Unsicherheitsgefühlen (6). Bei der Beantwortung dieser Frage vermischen sich die Rollen, welche im Gespräch eingenommen werden. Bei einigen Antworten lässt sich schließen, dass die Rolle der Angeleiteten gemeint war, bei anderen die Rolle der AnleiterIn.

**Frage 12: Fühlen Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?**
Gesprächen mit schwer kranken Menschen fühlen sich viele SchülerInnen (14) nur teilweise gewachsen. 11 geben als Antwort „ja“ oder „meist“ und vier „eher nicht“. Die Streuung der Antworten ist relativ groß. Zehnmal wird als Grund Unsicherheit und viermal Mitleid angegeben. Eine SchülerIn beklagt die Unangemessenheit solcher Gespräche.

**Frage 15: Belasten Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?**

**5.3.4 Durchführung mit Fragebogen 2**
Im Rahmen einer weiteren Unterrichtseinheit im Kurs (2007/ 2010) der Schwabacher Krankenpflegeschule, am 17.7.2008, bat die Dozentin/ Autorin die SchülerInnen um die Beantwortung eines zweiten Fragebogens zur Kommunikationsausbildung. Zu diesem Zeitpunkt hatte eine SchülerIn den Kurs nach der Probezeit verlassen und eine andere wurde in diesen Kurs zurückgestuft, so dass die Anzahl der SchülerInnen unverändert blieb.
Die Dozentin begründete die Fragebogenerhebung mit dem Hinweis, dadurch eine Rückmeldung über das Seminar zu erhalten. Der zeitliche Abstand von Kommunikationsunterricht zu dieser Erhebung betrug mehr als 10 Wochen. Während dieser Zeit waren die Auszubildenden überwiegend im praktischen Einsatz auf den Stationen.
Nach etwa 20 Minuten waren alle 31 Fragebogen ausgefüllt und abgegeben, ohne dass Zwischenfragen gestellt worden waren.

5.3.5 Auswertung von Fragebogen 2
Die Auswertung erfolgte in gleicher Weise, wie unter III. Teil, Kap. 4.3.3 beschrieben.
Drei Fragebogen fielen gegenüber dem Antwortmuster der übrigen auf, weil entweder beidseitig oder auf der zweiten Seite ausschließlich extreme Antwortalternativen angekreuzt waren, überwiegend ohne frei formulierten Erklärungen anzufügen und stets im Sinn von „alles ist ohne Probleme“. Alle Fragen nach der erlebten Sicherheit in bestimmten Gesprächssituationen (Fragen 8-12), Fragen nach Belastungen (Frage 15) oder Fragen nach der Beschäftigung mit heiklen Gesprächssituationen wurden im Sinn von „keine Probleme“ beantwortet. Auf einem dieser Bogen steht als Antwort auf die Frage nach Reaktionen auf problematische Situationen: „Ich erreiche immer mein Ziel!“ Als Antwort auf die Frage nach den Gedanken bei unvorhergesehenen Ereignissen: „Meine!“

Frage 1: **Werden in der Kommunikationsausbildung solche Fachkenntnisse vermittelt, die Sie im Berufsalltag benötigen?**

Die Frage, ob die Kommunikationsausbildung berufsrelevante Fachkenntnisse vermittelt, wurde mehrheitlich mit „meist“ beantwortet (13). 8 Antworten stimmten ohne Einschränkung zu („ja“) und ebenso viele SchülerInnen antworteten mit „teils/ teils“. Nur 2 Bogen waren mit „eher nicht“ angekreuzt.

Frage 2: **Wie zufrieden Sind Sie mit der Kommunikationsausbildung? (Kommunikationsseminar und Unterrichtseinheiten)**

Insgesamt bestand eine allgemeine Zufriedenheit mit der Kommunikationsausbildung. 6 SchülerInnen waren damit „sehr zufrieden“ und 3 „teils/ teils“. Alle anderen Antworten lagen bei „zufrieden“. Detailfragen zur

**Frage 3: Profitieren Sie auch in nicht-beruflichen Lebenssituationen von Kenntnissen der Gesprächsführung?**

Eine große Mehrheit (26) glaubt, Kommunikationskenntnisse auf nicht-berufliche Situationen übertragen zu können. Lediglich 3 Antworten verneinten eine Übertragbarkeit und nur 2 SchülerInnen zeigten sich unentschieden (teils/teils).

**Frage 4: Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/Gesprächsführung?**

18 SchülerInnen halten sich im Bereich Kommunikation für „sehr“ bzw. „kompetent“. 12 für „teils/teils“ und 1 für „weniger kompetent“.

**Frage 5: Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden? D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.**

Die offen zu beantwortende Frage, nach Reaktionsweisen auf problematische Gesprächssituationen, wurde mit einer sehr großen Vielfalt an Antworten bearbeitet. 21 verschiedene Aussagen wurden gemacht. Diese lassen sich grob zu drei Bereichen zusammenfassen. Der erste Bereich könnte mit konstruktive Ansätze überschrieben werden, hierzu gehören Antworten, die Verstehen, Nachdenken und eine neue Herangehensweise beschreiben (10), wie z.B. „Ich denke zunächst selbst nach, versetze mich in die Rolle des anderen und versuche dann auch meine Argumente anzubringen“.

Im dritten Bereich finden sich eher destruktive Angaben (5). Beispiele dafür sind „laut werden“, „stur“ und „ungeduldig werden“.

Eine Beantwortung fehlte vollständig, eine weitere lautete: „Ich erreiche immer mein Ziel!“ Etwa ein Drittel der Aussagen können in diesem Sinn als konstruktive Ansätze gelten und knapp die Hälfte als defensiv. Nur eine Minderheit der SchülerInnen (etwa ein Sechstel) antwortete in destruktiver Weise auf diese Frage.

**Frage 6: Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)**


**Frage 7: Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?**


**Frage 8: Fühlen Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?**

Die Sicherheit bei Beratungsgesprächen ist mehrheitlich (19) nur „teils/ teils“ vorhanden. 7 SchülerInnen fühlen sich diesen Gesprächen „immer“ bzw. „meist“ gewachsen und 3 „eher nicht“. Die Gründe für Unsicherheiten liegen schwerpunktmäßig bei einem als defizitär erlebten Fachwissen (11) und
sprachlichen (3) bzw. persönlichen (4) Unzulänglichkeiten. Eine SchülerIn beklagt Probleme bei fremdsprachigen Patienten, mit denen es keine gemeinsame Sprachebene gibt.

**Frage 9: Fühlen Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?**


**Frage 10: Fühlen Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?**

Die Antworten, auf die Frage nach der Sicherheit bei Konfliktgesprächen, verteilen sich tendenziell zwischen „ja, ich bin sicher“ und „ich bin teils/ teils sicher“. Knapp ein Drittel fühlt sich uneingeschränkt sicher und knapp die Hälfte erlebt auch Schwierigkeiten. Diese werden hauptsächlich der eigenen Person (Temperament, nicht sachlich, manchmal keine Durchsetzung) zugeordnet und nur in 3 Fällen der Situation (Druck) oder dem Gesprächspartner (unzugänglich, Dominanz).

**Frage 11: Fühlen Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?**

Anleitungssituationen bereiten den SchülerInnen geringe Probleme. Sie fühlen sich solchen Gesprächen mehrheitlich gewachsen (23). Nur 6 Antworten waren „teils/ teils“ und 2 „eher nicht“. Wenn Probleme erlebt werden, beziehen sie sich auf defizitäres Fachwissen (3) und auf Selbstzweifel (3) (Aufregung, Unerfahrenheit). 2 Antworten bemängeln situative oder den Partner betreffende Faktoren.

**Frage 12: Fühlen Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?**

Der Umgang mit schwer kranken Menschen bereitet der Mehrzahl der TeilnehmerInnen „teilweise“ oder „eher“ Schwierigkeiten. Dabei erleben die SchülerInnen emotionale Probleme (Mitleid, Betroffenheit, Unsicherheit, Angst),
sprachliche Hemmnisse (nicht die angemessene Sprechweise) und eher fachliche Probleme. Die fachlichen Probleme tangieren das Thema „Tod und Sterben“, „Beziehungsaufbau“ und „Gesprächsbeendigung“.

**Frage 13: Wenn Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?**


Eigene Kompetenzen und die Suche nach sozialem Konsens werden von den TeilnehmerInnen genutzt.
**Frage 14: Welche Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?**

Die Antworten auf die frei zu bearbeitende Frage nach Gesprächsstrategien lassen sich in drei Kategorien einteilen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Unsicherheit und destruktive Strategien (3)</th>
<th>Unsicherheit und Suche nach konstruktiven Strategien (4)</th>
<th>Konstruktive Strategien (13)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Rolle spielen</td>
<td>• Hilfe suchen</td>
<td>• miteinander überlegen</td>
</tr>
<tr>
<td>• nachgeben</td>
<td>• Personal um Hilfe bitten</td>
<td>• überlegen plus andere Meinung (sozialen Konsens suchen)</td>
</tr>
<tr>
<td>• ausweichen</td>
<td>• besänftigen</td>
<td>• überlegen plus Geduld (Reflexion und Geduld)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• auf andere zugehen, mit Zuhören und Verständnis</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• nachfragen, um zu verstehen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• akzeptieren des anderen (Reflexion und Deutung)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• von Neuem anfangen, indem auf andere eingegangen wird, um Lösungen, Kompromisse zu finden (Reflexion, Deutung, Handlungsalternativen)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Tab. 11: Bewältigungsstrategien gemäß Fragebogen 2 im zweiten Unterricht*
Frage 15: **Belasten Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?**

7 SchülerInnen fühlen sich von Kommunikationsproblemen im Berufsalltag „meist“ belastet, 3 „gar nicht“ und 21 „eher nicht“ oder „teils/ teils“. Dabei beziehen sich belastende Gedanken auf die eigene Wirkung auf andere und deren Einschätzung (schlechte Noten, ungute Fremdeinschätzung). 5 SchülerInnen geben Selbstzweifel an, im Sinn „Was kann ich besser machen?“, „Bin ich zu ruhig?“ oder „Andere verstehen mich nicht!“. Eine SchülerIn erlebt als Folge von Kommunikationsproblemen ein schlechtes Arbeitsklima. Dagegen entwickeln 2 TeilnehmerInnen positive Gedanken, indem sie hervorheben, „miteinander reden erleichtert die Arbeit“.

Frage 16: **Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?**

Bis auf 4 Ausnahmen halten alle SchülerInnen Gesprächsführung im Pflegeberuf für „sehr wichtig“. Die 4 Ausnahmen halten diese für „wichtig“. D.h. es besteht ein allgemeiner Konsens über die große Bedeutung von Kommunikationskompetenz in der Pflege.

5.4 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung der Studie zum zweiten Kommunikationsunterricht erfolgt zunächst als Einzeldarstellung von Fragebogen 1 und Fragebogen 2 und im zweiten Schritt als Vergleich beider Erhebungen. Dabei wird das Prinzip der Fragebogen-Konstruktion, nämlich die Parallelität von Fragebogen 1 und Fragebogen 2, als Gegenüberstellungsrichtlinie herangezogen.

5.4.1 Ergebnisse von Fragebogen 1

Nahezu ohne Einschränkung wird der Gesprächsführung in der Pflege eine sehr hohe Bedeutung zugeschrieben. Die SchülerInnen schätzen sich dabei insgesamt als eher kompetent ein, wobei das Erleben von Defiziten bei einigen offen zum Ausdruck gebracht wird. Kaum Schwierigkeiten werden beim Wechsel von Kommunikationssituationen empfunden. Spezifischen Kommunikationssituationen, wie Beratung, Anleitung, Gespräche mit verwirrten oder schwer kranken Menschen und Konfliktgesprächen begegnen viele SchülerInnen mit einem großen Selbstbewusstsein und einem geringen...
Problembewusstsein. Eine Minderheit offenbart eine gegensätzliche Sichtweise, nämlich ein geringes Selbstbewusstsein und ein hohes Problembewusstsein. Probleme beziehen sich einerseits auf mangelndes Pflegefachwissen (bei Beratungen) und andererseits auf persönliche Unsicherheiten (im Umgang mit schwer kranken Menschen). Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sich die SchülerInnen im ersten Ausbildungsjahr befinden und erst beginnen die Vielfalt an Pflegesituationen kennen zulernen, also eher als unerfahren bezeichnet werden müssen.

Diese Begründung ist vermutlich auch auf das mangelnde Problemerleben im Umgang mit verwirrten Menschen anzuwenden.


Möglicherweise haben die vielfältigen Fragen ein hohes Reflexionsmaß ausgelöst, so dass eine ausführliche und offene Beschäftigung mit der letzten Frage, nach den Belastungen, stattfinden konnte. Zudem war der Zeitpunkt der
Erhebung (18.3.08) zeitnah zum Ende der Probezeit, was Versagensängste verstärkt haben mag.

5.4.2 Ergebnisse von Fragebogen 2
Die sehr große Bedeutung von Gesprächskompetenz im Pflegealltag konnte bestätigt werden.

Bei den meisten herrschte eine allgemeine Zufriedenheit mit der Kommunikationsausbildung vor, was in ähnlicher Weise auch auf die Teilbereiche, Unterrichtsgestaltung, -methoden und Eigeninitiative übertragen wurde. Nur einzelne SchülerInnen waren eher nicht zufrieden und nur wenige waren teilweise zufrieden. Etwa zwei Drittel waren „sehr“ oder „zufrieden“. Doch hierbei muss eingeschränkt werden, dass sowohl eine unterrichtliche Vertiefung des Themas „Konflikte“, als auch ein weiteres Seminar über „Tod und Sterben“, jeweils im dritten Ausbildungsjahr, noch ausstehen.


Die Selbsteinschätzung der sozial-kommunikativen Kompetenz ist mehrheitlich eher hoch, nur eine Aussage weicht davon ab. Ebenso gelingt es fast allen, Kommunikationssituationen zu differenzieren und die Gesprächsrollen zu wechseln.

Das Wissen zur Gesprächsführung zählt im Fach „Kommunikation“ gleichwohl als sozial-kommunikative Kompetenz als auch als Fachkompetenz und kann auf die berufliche Verwertbarkeit bezogen werden, wie diese sich in den beruflichen Handlungsfeldern darstellt. Einschränkungen in der Selbsteinschätzung gibt es im Feld der Beratung, da hier Pflegefachwissen noch nicht ausreichend vorhanden ist. Ebenso im persönlichen Umgang mit den eigenen Emotionen, was wiederum Konsequenzen für eine ungünstigere
5.4.3 Vergleich der Ergebnisse von Fragebogen 1 und Fragebogen 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>FB 1</th>
<th>FB 2</th>
<th>Inhalt</th>
<th>Vergleich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frage 3</td>
<td>Frage 16</td>
<td>Bedeutung von Kommunikation</td>
<td>Übereinstimmend als sehr wichtig eingeschätzt</td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 4</td>
<td>Frage 4</td>
<td>• Einschätzung sozial-kommunikative Kompetenz</td>
<td>im FB 2 höhere Einschätzung (seltener „eher nicht“ bzw. „teils/teils“ und häufiger „meist“)</td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 5</td>
<td>Frage 5</td>
<td>• Reflektiertheit (Verh. bei Problemen)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 6</td>
<td>Frage 6</td>
<td>• KSD</td>
<td>ähnlich hohe Einschätzung</td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 7</td>
<td>Frage 7</td>
<td>• Reflektiertheit, Deutung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 8</td>
<td>Frage 8</td>
<td>Beratung</td>
<td>Verändertes Antwortverhalten in Richtung eines mittleren Maßes an Selbst- und Problembewusstsein</td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 9</td>
<td>Frage 9</td>
<td>Umgang mit verwirrten M.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 10</td>
<td>Frage 10</td>
<td>Konflikte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 11</td>
<td>Frage 11</td>
<td>Anleitung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 12</td>
<td>Frage 12</td>
<td>schwerkranke M.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 13</td>
<td>Frage 13</td>
<td>Fachkompetenz und berufl. Verwertbarkeit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 14</td>
<td>Frage 14</td>
<td>Berücksichtigung der Probleme durch zusätzliche Strategien</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 15</td>
<td>Frage 15</td>
<td>personale Kompetenz (Strategien, Belastungen)</td>
<td>Tendenz von FB 1 zu FB 2, vermehrt Ansätze zu konstruktiven Strategien; geringeres Belastungserleben als im FB 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 1</td>
<td>Frage 1</td>
<td>Fachkompetenz</td>
<td>nur in FB 2, dort eher ausgeprägt bzw. hoch</td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 2</td>
<td>Frage 2</td>
<td>Verwertbarkeit, Zufriedenheit, personale Kompetenz (Übertragbarkeit)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frage 3</td>
<td>Frage 3</td>
<td>Erwartungen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Tab. 12: Vergleich der Ergebnisse von Fragebogen 1 und Fragebogen 2 des zweiten Unterrichts |

Gesprächsführung, sondern in allen theoretischen und praktischen Ausbildungsfeldern.

Einen weiteren Beleg für diese ermutigende Interpretation liefert das Antwortverhalten von Fragebogen 1 gegenüber Fragebogen 2, bezogen auf das offensichtliche Selbst- und Problembewusstsein. Waren bei Fragebogen 1 noch ausgeprägte Polarisierungen von hohem Selbst- und geringem Problembewusstsein einerseits und geringem Selbst- und hohem Problembewusstsein auf der anderen Seite zu finden, so relativierte sich dieser Eindruck bei Fragebogen 2, in Richtung einer mittleren Ausprägung beider Merkmale. Im Verlauf der Kommunikationsausbildung brachten die SchülerInnen ein Problembewusstsein zum Ausdruck, dem ein Maß an Selbstbewusstsein gegenüber steht, das effektive Problemlösungen erwarten lässt, unter der Voraussetzung, dass dieses Selbstbewusstsein unterfüttert wird mit den entsprechenden Kompetenzen. Übertragen auf Schlüsselqualifikationen, als Merkmale der Ausbildungsqualität, kann eine Vertiefung der sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen angenommen werden und damit eine verbesserte Ausbildungsqualität. Dies gilt ebenso für die sozial-kommunikative Fachkompetenz, wobei sich hierbei Interdependenzen mit dem übrigen pflegeberuflichen Fachwissen ergeben.
6. Diskussion der Ergebnisse beider Unterrichte


Dieses unerwartete und zur Fachliteratur widersprüchliche Ergebnis lässt verschiedene Erklärungsansätze zu. Die SchülerInnen verfügen über ein geringes Problembewusstsein im Umgang mit verwirrten Menschen, weil sich auf den Stationen ihres praktischen Tätigseins Umgangsformen etabliert haben, die eine zielorientierte Pflege zulassen. Ob diese Umgangsformen als professionell gelten können oder nicht, lässt sich an dieser Stelle nicht beurteilen, dazu fehlen Interview- und Beobachtungsdaten. Andererseits sind die StudienteilnehmerInnen ausschließlich Krankenpflegekräfte, die in diesem Pflegebereich meist nur kurzfristig Kontakt mit verwirrten Menschen haben und das häufig in akuten Krankheitssituationen, die oftmals entsprechende Medikationen erfordern. Altenpflegekräfte, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen, haben stattdessen langfristig und im Alltagsablauf


**Beantwortung der Forschungsfrage:**

Die hier aufgezählten Hauptunterschiede beider Unterrichte rechtfertigen die Interpretation, dass das Ziel, mit der Kommunikationsausbildung gemäß Handbuch, Kommunikationskompetenzen (Reflektiertheit, KSD, Deutungsfähigkeit) zu fördern und ergebnisqualitativen Ansprüchen zu genügen, im ersten Unterricht eher nicht erreicht wurde, während es im zweiten Unterricht eher gelungen ist.
7. Ausblick


Der dritte Teil beschäftigt sich schließlich mit einer ersten Evaluation des Handbuchs.


Doch, und das zeichnet sich nach diesen ersten Umsetzungen ebenso ab, kann und sollte die gesamte Pflegeausbildung allgemeine Bildungsziele, wie die Schlüsselqualifikationen, übernehmen, um Ansätze und Entwicklungsschritte der SchülerInnen bezüglich Schlüsselkompetenzen dauerhaft und nachhaltig zu verankern. Es reicht nicht aus, einzelne Ausbildungsfelder, wie hier die Kommunikationsausbildung, mit dem Anspruch der Vertiefung von
Schlüsselqualifikationen, zu überfordern. Nur eine umfassende Ausrichtung an allgemeinen Bildungszielen, wie den Schlüsselqualifikationen, kann dauerhaften Erfolg versprechen und zarte Entwicklungskeime zu tragfähigen Ergebnissen wachsen lassen.
Literaturverzeichnis


www.bibb.de/redaktion/krankenpflege/konzept/konzept_index.htm; S.2 [27.11.2006]


Flick, Uwe (Hrsg). 2006. Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbeck: Rowohlt


die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schütersche


www.integrierte-pflegeausbildung.de [12.11.05 und 9.11.06]


www.kindergartenpaedagogik.de/762.html [3.11.2007]


Kübler-Ross, Elisabeth. 1983. Verstehen was Sterbende sagen wollen. 4.Aufl. Stuttgart: Kreuz


Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in Bayern.
www.isb.bayern.de/isb/download.aspx?DownloadFileID=58bd3bad5e66e42aa03fb2c34d7efa06 [9.3.2007]


www.mags.nrw.de/08_PDF/003/altenpflegeausbildung-empfehlendeerichtlinie.pdf [10.04.08]

www.mags.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf [10.04.08]


Mayring, Philipp. 2002. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5. überarbeitete und neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz


Proeval steht für Gesellschaft zur Förderung von professioneller Evaluation


Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e.V. Caritas. 2003. Fragebogen zur Kundenbefragung im Bereich der stationären Pflege.


Anhang


Teilsequenz: Grundsätze zur Kommunikation und Interaktion (24 Std.)

- Grundsätzliches zur Kommunikation:
  - Sender-Empfänger-Nachricht
  - Ebenen der Kommunikation
  - Verbale und nonverbale Kommunikation
  - Soziale Machtverhältnisse in der Interaktion
  - Kontrolle des Sprechkanals
  - Verwendung von Fachsprache
  - Symmetrische und asymmetrische Interaktion

- Gesprächsführung (mit Übungen):
  - Direkte und indirekte Gesprächsführung
  - Zuhören, verstecken, fragen
  - Ich-Botschaften, aktives Zuhören, Spiegeln, Verbalisieren, Paraphrasieren
  - Konstruktiv-kritisches Feedback, positives Feedback
  - Kommunikationshemmer und -förderer
  - Metakommunikation

- Gestaltung und Ablauf eines gelenkten Gesprächs (mit Übungen):
  - Einleitung, Hauptteil und Abschluss eines Gesprächs
  - Gestaltung der Rahmenbedingungen

Das Gespräch als soziale Situation

Teilsequenz: Gespräche mit pflegebedürftigen und Angehörigen (8 Std.)

- Zum Anspruch von Gesprächen mit pflegebedürftigen und Angehörigen: Abgrenzung zur Therapie bzw. klientenorientierten Gesprächsführung

- Gespräche mit pflegebedürftigen und Angehörigen, beispielsweise anhand von SchülerInnen selbst erlebter Situationen und/oder Übungen:
  - Erkunden, was der andere wissen muss bzw. will
  - Fragen stellen
  - Einfach zuhören und da sein
  - Schweigen
  - Gefühle respektieren, zulassen, aushalten, auspressen
  - Kontakt über körperliche Berührung herstellen
  - Hoffnung und Trost spenden
  - Ermutigen
  - Neue Wege aufzeigen bzw. gemeinsam herausfinden

Teilsequenz: Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten (8 Std.)

- Kritik- und Konfliktgespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten, beispielsweise anhand von SchülerInnen selbst erlebter Situationen und/oder Übungen:
  - Gefühle aussprechen (z.B. Enttäuschungen, Wut, Ängst)
  - Ich-Botschaften senden, konstruktives Feedback geben
  - Kritik empfangen und verarbeiten

Teilsequenz: Beraten und anleiten (40 Std.)

- Einführende Begriffsbestimmung bzw. -abgrenzung: Beratung, Anleitung, Schulung, Training, Aufklärung, Bildung, Erziehung

- Beraten und Anleiten als pflegerische Kernaufgaben:
  - Bedeutung im Kontext sozialer, gesellschaftlicher, epidemiologischer und demographischer Veränderungen
  - Rechtliche Grundlagen
  - Internationaler Vergleich und Entwicklungsstand
  - Zielgruppen, übergreifende Zielsetzungen sowie Themen- und Handlungsfelder
  - Möglichkeiten und Grenzen (institutionell, professionell, individuell)

- Beraten (mit Übungen):
  - Die Rolle des/der Beratenden und des/der zu Beratenden
  - Verschiedene Ansätze und Konzepte der Beratung
  - Ziele, Ablauf und Aktivitäten (bei) einer Beratung

- Anleiten (mit Übungen):
  - AdressatInnen- bzw. Zielgruppenorientierung als zentraler pädagogischer Grundsatz der Anleitung
  - Anleitungsziele setzen, formulieren und überprüfen
  - Anleitungsinhalte auswählen und verständlich vermitteln
  - Zeitpunkt und Ort der Anleitung bestimmen

Teilsequenz: PatientInnen/Pflegebedürftige, Angehörige und LaienHelferInnen beraten und anleiten (12 Std.)

- Vertiefung und Erweiterung der in ersten Teilsequenz verwalteten Grundlagen in Bezug auf die Zielgruppen «PatientInnen/Pflegebedürftige, Angehörige, LaienHelferInnen» (mit Übungen):
  - Berücksichtigung der individuellen Situation der zu beratenden bzw. anzuleitenden Person (z.B. im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Beruf sowie gesundheitliche, psychische, intellektuelle, familiäre, sozio-kulturelle und -ökonomische Bedingungen)
  - Auswahl von Beratungs- bzw. Anleitungszielen, -inhalten und -methoden in Abhängigkeit vom Thema und der individuellen Situation der zu beratenden bzw. anzuleitenden Person

32 Vgl. Darmann 2000 a, S. 224 f.
34 Vgl. Müller-Mundt/Scheffler/Fleischberger/Brinkhoff 2000
35 Derzeitige Quellen sind z.B. SGB XI § 37, § 43 und § 60; SGB V § 65 b KRPuh § 4; AHPuh § 3.
36 Vgl. Di Piazza 2001
Patientenberatung und -schulung:
- Zielgruppen, Ziele, Themen und Programme zur Patientenberatung bzw. -schulung (ggf. im internationalen Vergleich)³⁰
- Patientenberatungsstellen: Modelle und Formen (z. B. Patienten(notruf)telefonen, Internet-Patientenberatung, Beschwerdestellen, Patienteninformationszentren), Anbieter, Unabhängigkeit/Fachlichkeit der Patientenberatungsstelle
- Vertiefende Diskussion des Themas «Theoretischer Anspruch und praktische Umsetzung von Beratungs- und Anleitungsaufgaben durch Pflegende»

Teilsequenz: Auszubildende anleiten (12 Std.)
- Vertiefung und Erweiterung der in der ersten Teilsequenz vermittelten Grundlagen in Bezug auf die Zielgruppe «Auszubildendes» (mit Übungen):
  - Berücksichtigung der personalen (u. a. Ausbildungsstand, Alter, Stärken und Schwächen des Lernenden) und außerpersonalen (Zeit, Arbeitsanfall) Bedingungen
  - Auswahl von Anleitungszieilen, -inhalten und -methoden in Abhängigkeit vom Thema und der individuellen Situation der/des Lernenden
  - Lernfortschrittsüberprüfung
- Erfahrungsaustausch zu und Analyse von (selbst erlernten) Anleitungssituationen:
  - Vergleich verschiedener Möglichkeiten der Anleitung
  - Ziele und Merkmale einer «guten Anleitung»

1.2.3 Themenbezogen beraten und anleiten (20 Std.)

Teilsequenz: Zu (Pflege-)Hilfsmitteln beraten und anleiten (8 Std.)
- Grundsätzliches zu (Pflege-)Hilfsmitteln:
  - Begriffsbestimmung: Hilfsmittel zur Pflege (nach SGB XI) und Hilfsmittel zur Heilbehandlung (nach SGB V)
  - Produktüberblick: Verordnungsfähige Hilfsmittel nach den Richtlinien der Krankenkassen
  - Produktüberblick: Pflegehilfsmittel, technische Hilfen und Mittel zur Verbesserung des Wohnumfeldes, die nicht der ärztlichen Verordnung bedürfen
  - Finanzierung von (Pflege-)Hilfsmitteln
  - Vertriebs- und Informationsstellen
- Vertiefende Auseinandersetzung mit ausgewählten Hilfsmitteln (exemplarisch, ggf. auch in Form von Selbsterfahrungsübungen): Angebot, Vor- und Nachteile, Umgang, ggf. Wartung und Reparatur von/bei:
  - verordnungsfähigen Hilfsmitteln (z. B. Krankenwagen, Gehhilfen, Inkontinenzmittel)
  - Pflegehilfsmitteln zur Erreichung der Pflege (z. B. Lifter, Pflegebetten, Umsetz- und Hebeshilfen)
  - Pflegehilfsmitteln zur Körperpflege/Hygiene (z. B. Bad- und Duschhilfen, Urinflaschen, Toilettenrollstühle)
  - Pflegehilfsmitteln zur selbstständigen Lebensführung/Mobilität
- Exemplarische Übungen zur Beratung und/oder Anleitung der Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen zum Umgang mit (Pflege-)Hilfsmitteln

Teilsequenz(en): Zu pflegeinhaltlichen Fragen beraten und anleiten (12 Std.)
- Übungen zur Beratung und/oder Anleitung von Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen zu ausgewählten Pflegethemen wie beispielsweise:
  - Bewegen
  - Ernähren
  - Atmen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lernbereich I: Pflegerische Kernaufgaben</th>
<th>135</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Themenfeld I.1: Körpernahe Unterstützung leisten</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld I.2: Gespräche führen, beraten und anleiten</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld I.3: Pflege planen, dokumentieren, organisieren und koordinieren</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld I.4: Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie assistieren und in Notfällen handeln</td>
<td>153</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld I.5: Besondere Konzepte und Verfahren altenpflegerischer Arbeit anwenden (nur Altenpflege)</td>
<td>161</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lernbereich II: Pflege von Menschen in besonderen Lebenssituationen und Problemlagen</th>
<th>165</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Themenfeld II.1: Menschen in existenziellen Lebenssituationen und/oder gesundheitlichen Problemlagen pflegen</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld II.2: Menschen in krankheitsbezogenen Problemlagen pflegen</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>– Lerninhalte-Komplex: Altenpflege</td>
<td>181</td>
</tr>
<tr>
<td>– Lerninhalte-Komplex: Krankenpflege</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>– Lerninhalte-Komplex: Kinderkrankenpflege</td>
<td>199</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lernbereich III: Klientel und Rahmenbedingungen von Pflege</th>
<th>211</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Themenfeld III.1: Die pflegerische Klientel in ihrem Lebenskontext wahrnehmen</td>
<td>213</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld III.2: Rahmenbedingungen von Pflege kennen und in ihnen handeln</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld III.3: Alte Menschen in ihrem Lebenskontext wahrnehmen (nur Altenpflege)</td>
<td>223</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lernbereich IV: Berufliche und persönliche Situation der Pflegenden</th>
<th>229</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Themenfeld IV.1: Lernen lernen</td>
<td>231</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld IV.2: Berufliches Selbstverständnis entwickeln</td>
<td>234</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld IV.3: Die eigene Gesundheit erhalten und fördern</td>
<td>237</td>
</tr>
<tr>
<td>Themenfeld IV.4: Mit schwierigen sozialen Situationen umgehen</td>
<td>241</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anhänge</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anhang 1: Verteilung der Lernbereiche, Themenfelder und Lerneinheiten auf die drei Ausbildungsjahre</td>
</tr>
<tr>
<td>Anhang 2: Stundenumfang nach Ausbildungsgängen</td>
</tr>
<tr>
<td>Anhang 3: Zuordnung des Curriculums zu Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) AHPfAPvV vom 26. November 2002 – Altenpflege</td>
</tr>
<tr>
<td>Anhang 4: Zuordnung des Curriculums zu Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) KrPfAPvV vom 10. November 2003 – Gesundheits- und Krankenpflege</td>
</tr>
<tr>
<td>Anhang 5: Zuordnung des Curriculums zu Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) KrPfAPvV vom 10. November 2003 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 267 |
Anhang C: Bogen zur Abschlussbeurteilung im Praktikum der Berufsfachschulausbildung für Altenpflege

<table>
<thead>
<tr>
<th>Name der/s Auszubildenden:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anschrift:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geb. Datum:</td>
<td>Geb. Ort:</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausbildungszeitraum:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Praktikumsstelle:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bereitstellung:

1. Allgemeines Arbeits- & Lernverhalten

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hält die Dienstzeit pünktlich ein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>führt Aufgaben zuverlässig aus</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>arbeitet konzentriert</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zeigt gleichmäßige Ausdauer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>arbeitet in angemessenem Tempo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nimmt Neues rasch auf</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kann Arbeit selbständig planen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kann Pläne umsetzen und einhalten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kann selbständig und rasch entscheiden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bewahrt auch in schwierigen Lagen Ruhe u. Umsicht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Summe: ....... 10 = ......

2. Sozialverhalten gegenüber Mitarbeitern, Heimbewohnern und Angehörigen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>findet einen guten Umgangston</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>teilt sich in Gesprächen offen mit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ist hilfsbereit und kooperativ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>findet guten Kontakt zum alten Menschen und dessen Angehörigen sowie zu Mitarbeitern</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zeigt aufrichtiges Interesse an den Belangen der älteren Menschen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>setzt sich für rasche Konfliktlösungen ein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stützt die Teamarbeit durch persönliches Engagement</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kann Informationen vertraulich bewahren</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Summe: ....... 8 = ......

---
### 3. Leistung bei der Pflege, Betreuung und Beratung alter Menschen

- zeigt sicheres Hygiene-Verhalten  
  1 2 3 4 5
- kann aufmerksam und genau beobachten  
  1 2 3 4 5
- kann eine ganzheitliche Informationssammlung anlegen  
  1 2 3 4 5
- kann notwendige Pflegematerialien vollständig vorbereiten  
  1 2 3 4 5
- informiert den Bewohner gründlich vor und bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen  
  1 2 3 4 5
- kann auf Fragen fachgerecht Rat erteilen  
  1 2 3 4 5
- reagiert spontan auf Bedürfnisse des alten Menschen  
  1 2 3 4 5
- setzt sich f. d. Erhalt der Selbständigkeit alter Menschen ein  
  1 2 3 4 5
- handelt fachgerecht im Bereich der Grundpflege und Prophylaxen  
  1 2 3 4 5
- handelt fachgerecht im Bereich der Behandlungspflege  
  1 2 3 4 5
- handelt sorgfältig bei der Nachbereitung/Materialentsorgung  
  1 2 3 4 5
- dokumentiert Beobachtungen und die Durchführung von Maßnahmen genau  
  1 2 3 4 5
- kann bei Dienstübergaben sachlich und präzise berichten  
  1 2 3 4 5
- führt Beschäftigungsangebote in Gruppen selbständig durch  
  1 2 3 4 5

Summe: 14 = .......
Fortsetzung der Beurteilung von der/r Auszubildenden:

4. Bewertung der Eignung für den Beruf der/des Altenpflegers/in, des beruflichen Engagements und der Vertretung des Berufsbildes

Als Gesamtbeurteilung ergibt sich die Note:

Die praktische Beurteilung durch die Lehrkraft am: ergibt die Note:

Als Gesamtnote für den fachpraktischen Übungsbereich ergibt sich

aus dem Verhältnis

\[
\begin{align*}
\text{Gesamtbeurteilung der Praktikumsstelle} & = 1 \\
\text{Beurteilung i. d. Grund- u. Behandlungspflege} & = 1
\end{align*}
\]

die Note:

Die Beurteilung wurde mit der/r Schüler/in am in der Praktikumsstelle besprochen.

Unterschrift der Praxisanleitung:

Unterschrift der Heim- oder Pflegedienstleitung:

Unterschrift der Lehrkraft:
Anhang D: Interviewleitfaden

I. Gemeinsame Rekonstruktion des Gesprächs in Stichpunkten

II. Befragung

1. Mit welchen Gedanken und Gefühlen sind Sie in das Zimmer gekommen?
2. War das heute anders als sonst?
3. Aus welchem Grund haben Sie diese Gedanken und Gefühle?
4. Mit welcher Absicht/ Ziel haben Sie diesen Kontakt begonnen?
5. War das Verhalten der BewohnerIn typisch oder hat er/ sie sich heute anders verhalten?
6. Wie wirkt dieses Verhalten auf Sie?
7. Haben Sie darauf so reagiert wie Sie es meistens tun oder war es heute anders?
8. Warum haben Sie sich entschlossen so zu handeln?
9. Was beabsichtigen Sie?
10. Was glauben Sie denkt und fühlt die BewohnerIn dabei?
11. Mir ist aufgefallen, dass die BewohnerIn
   - sprachlich
   - mimisch
   - mit Gesten
   - mit Anspannung/ Entspannung
   - mit Abwehr/ Offenheit
   - mit Kooperation/ Verweigerung
   - mit Angst/ Freude
   reagierte.
12. Wie haben Sie das wahrgenommen?
13. Haben Sie das schon öfter beobachtet?
14. Können Sie dieses Verhalten verstehen?
15. Können Sie dieses Verhalten nachfühlen?
16. Wie schätzen Sie diesen Kontakt ein? (gut ....mittel....schlecht)
17. Was trägt alles dazu bei, dass Gespräche mit dieser BewohnerIn so verlaufen? (Informationssammlung)
18. Warum glauben Sie verhält sich die BewohnerIn so?
19. Welche Erklärungen können wir gemeinsam finden?
20. Welches Pflegeziel wollen Sie erreichen?
21. Was müsste sein/ nicht sein, um dieses Ziel zu erreichen?
22. Was könnten Sie beitragen, um dieses Ziel zu erreichen?
23. Könnten Sie sich vorstellen den Kontakt einmal anders zu versuchen? So wie wir uns das gemeinsam überlegen!
Anhang E: Herleitung der kommunikativen Handlungsfelder

Tabelle 13 stellt die Zusammenfassung der Kommunikationsinhalte der Verordnungen und Richtlinien zur Kranken- und Kinderkrankenpflege dar. Tabelle 13a bildet den Entsprechungsteil für die Altenpflege. Dabei ist auffällig, dass beide Tabellenteile eine große Ähnlichkeit aufweisen und die Überschriften an vielen Stellen lediglich andere Formulierungen für ähnliche Inhalte enthalten. Um diese Nähe symbolisch auszudrücken sind die Verordnungen und Richtlinien aller Pflegeberufe in einer Tabelle integriert, wobei die Übereinstimmungen in jeder Spalte zu finden sind.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lernbereich I</th>
<th>Lernbereich II</th>
<th>Lernbereich III</th>
<th>Lernbereich IVa und IVb</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pflegerische Kernaufgaben</td>
<td>Ausbildungs- und Berufssituation</td>
<td>Zielgruppen, Institutionen und Rahmenbedingungen</td>
<td>Pflege bei best. Patientengruppen</td>
</tr>
<tr>
<td>Patient und Angehörige beraten</td>
<td>Macht</td>
<td>Kinder</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anleiten</td>
<td>Gewalt</td>
<td>Alte Menschen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten</td>
<td>Helfen</td>
<td>Fremde</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen</td>
<td>Angst</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Besprechungen (Visiten)</td>
<td>sexuelle Belästigung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Menschen mit spezifischen Belastungen pflegen (z.B. verwirrte M.)</td>
<td>Ekel</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Scham</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wut</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>psychologische Gesprächsführung</td>
<td>Konfliktbewältigung</td>
<td>psycholog. Beratung zur Gesundheitsvorsorge</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Macht</td>
<td>Teamentwicklung</td>
<td>Menschen jeden Alters wahrnehmen können und Interaktion gestalten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verbale und nonverbale Komm.</td>
<td></td>
<td>Menschen mit Störungen der Wahrnehmung</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 13: Lernbereiche Kranken- und Kinderkrankenpflege
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen (Leitziel Selbständigkeit)</td>
<td>Lebenswelten und soziale Netzwerke berücksichtigen</td>
<td>qualitätssteigernde Maßnahmen</td>
<td>mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen</td>
</tr>
<tr>
<td>bei verschiedenen Erkrankungen</td>
<td>Tagesgestaltung</td>
<td></td>
<td>berufstypische Konflikte</td>
</tr>
<tr>
<td>verwirrte Menschen</td>
<td>Aktivitäten</td>
<td>Spannungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>schwerstkranke Menschen</td>
<td></td>
<td>Gewalt</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>anleiten, beraten Gespräche führen</td>
<td></td>
<td>kollegiale Beratung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Grundlagen der Gesprächsführung und Komm.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Adressatenbezogenheit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>interdisziplinäre Zusammenarbeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tab. 13a:** Aufgaben und Lernbereiche der Altenpflege
**Anhang F: Darstellender Vergleich von drei Lehrbüchern bzgl. Kommunikation/ Gesprächsführung**


**Umfang des Lehrbuches:** 325 Seiten; Thema „Kommunikation in der Pflege“ S.204 bis 228.

**Inhalt** zum Thema „Kommunikation“

19 Kommunikation in der Pflege
19.1 Wege der Kommunikation
19.1.1 Verbale Kommunikation
19.1.2 Nonverbale Kommunikation
19.2 Senden und Empfangen von Nachrichten
19.2.1 Senden einer Nachricht
19.2.2 Empfangen einer Nachricht
19.3 Störungen in der Kommunikation
19.3.1 Kommunikationsstörungen beim Sender
19.3.2 Kommunikationsstörungen beim Empfänger
19.3.3 Kommunikationsstörungen durch Behinderung der Kommunikationskanäle
19.4 Gelungene Kommunikation
19.4.1 Kommunikative Kompetenz
19.4.2 Maßnahmen für eine gelungene Kommunikation


Inhalt zum Thema „Gesprächsführung“

1 Kommunikation
   1.1 Verbal, Nonverbal, Para verbal
   1.2 Kommunikationsmodelle
   1.3 Kommunikationsregeln
2 Gespräche im Pflegealltag
   2.1 Informieren und Instruieren
   2.2 Aktives Zuhören
   2.3 Beratungsgespräch
3 Konfliktlösung im Gespräch
   3.1 Du- Botschaften- Ich- Botschaften
   3.2 Niederlagelose Konfliktbewältigung

**Umfang des Lehrbuches:** 387 Seiten; Thema „Kommunikation“ S.161 bis 199.

**Inhalt** zum Thema „Kommunikation“

6 Kommunikation: Miteinander in Beziehung treten

6.1 Psychologische Grundlagen der Kommunikation

6.1.1 Sender, Empfänger, Wellenlänge

6.1.2 Die vier Kernsätze der Kommunikationspsychologie

6.2 Nonverbale Kommunikation: Wie wir ohne Worte reden

6.2.1 Körpersprache

6.2.2 Soziale Distanz

6.3 Vier-Seiten-Modell der Kommunikation: „Anatomie einer Nachricht“

6.4 Das Verhaltenskreuz: Zwei Dimensionen der Beziehungsseite

6.5 Typische Beziehungsmuster zwischen Altenpflegerinnen und alten Menschen

6.5.1 Junge Altenpflegerin- alter Mensch

6.5.2 Ältere Altenpflegerin- alter Mensch

6.6 Die Transaktionsanalyse: Ein Modell zur Beziehungseinschätzung

6.6.1 Ich- Zustände: Die Bausteine der Beziehungsanalyse

6.6.2 „Spiele“ der Erwachsenen

6.6.3 Das Lebens- Drehbuch: Gebote, Verbote, Grundhaltungen

6.7 Kommunikations- Werkzeuge: Einander verstehen lernen

6.7.1 „Aktives Zuhören“: Mit ganzem Ohr und offenem Auge dabei sein

6.7.2 Wahrnehmungen überprüfen

6.7.3 Ich- Botschaften senden

6.7.4 Feedback (Verhaltensrückmeldung) geben und entgegennehmen

6.7.5 Formen des helfenden Gesprächs in der Altenarbeit

6.8 Sprachstörungen und Kommunikation

6.9 Kommunikationsregeln im Umgang mit demenzkranken alten Menschen
Anhang G: Handbuch für Lehrkräfte zur Kommunikationsausbildung

Gliederung des Handbuches

I. Einführung
   1. Einteilung von Gesprächen
      a) Nach Gesprächspartnern
      b) Nach Gesprächsarten
   2. Wozu Gesprächsführung im Unterricht?

II. Grundlagen der Gesprächsführung
   1. Sender- Empfänger- Modell
   2. Gesprächseinstieg
   3. Theoretiker und Modelle
      a) Paul Watzlawick
      b) Friedemann Schulz von Thun
      c) Ruth Cohn
      d) Eric Berne
      e) Naomi Feil
      f) Thomas Gordon
      g) Marshall B. Rosenberg
      h) Tom Kitwood
      i) Jennie Powell
   4. Methoden und Fähigkeiten
   5. Haltungen und Werte

III. Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen
   1. Interaktion/ Gespräche mit Kindern
   2. Gespräche mit Erwachsenen
   3. Gespräche mit alten Menschen

IV. Gespräche mit Pflegebedürftigen mit großen Belastungen
   1. Menschen mit chronischen Krankheiten/ Schmerzen
   2. Schwerstkranke Menschen/ Gespräche über Tod und Sterben
   3. Interaktion mit verwirrten Menschen
V. Gespräche innerhalb und mit anderen Berufsgruppen
   1. Mit Menschen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen
   2. Mit Menschen anderer Berufsgruppen

VI. Gespräche in schwierigen sozialen Situationen
   1. Bedeutung von Macht
   2. Konflikte und Lösungsmöglichkeiten
   3. Übungen und Beispielgespräche

VII. Beratung

VIII. Anleitung

IX. Zusammenfassung
I. Einführung

Unterrichtziele: Fachkompetenz

Unterrichtsmethode: Unterrichtsgespräch


Anmerkungen für die Praxis:

Unterrichtsgespräch über „automatische“ Pflege, im Doppelsinn des Wortes: Pflege durch Automaten/ Apparate (z.B. automatisches Bett, das Lagerungen vornimmt und Getränke reicht) und Pflege durch Pflegekräfte, die korrekte, aber beziehungslose Tätigkeiten ausführen (z.B. formalisierte Sprache, kein Blickkontakt).

1. Einteilung von Gesprächen

In der Pflege werden vielfältige Gespräche geführt, mit unterschiedlichen Gesprächspartnern und zu verschiedenen Anlässen.

Anmerkungen für die Praxis:

Im Unterrichtsgespräch werden die unterschiedlichen Gesprächspartner und –anlässe identifiziert und grafisch dargestellt.
a) Nach Gesprächspartnern

Gespräche mit

alten Menschen

Erwachsenen

Kindern

Menschen, die unterschiedlichen Belastungen ausgesetzt sind (z.B. schwere Krankheit, Verwirrung)

Menschen, die unterschiedlichen Berufsgruppen angehören (z.B. Ärzte, Physiotherapeuten)

Menschen, die auf unterschiedlichen Hierarchiestufen tätig sind (Lernende, Vorgesetzte, Kollegen)

Abb. 3: Einteilung von Gesprächen nach Gesprächspartnern

b) Nach Gesprächsinhalten

- Alltagsgespräche
- helfende Gespräche
- Konflikt- und Krisengespräche
- Anleitungsgespräche
- Beratungsgespräche

2. Wozu Gesprächsführung im Unterricht?

Aber nicht jeder kann jede Art von Gesprächen erfolgreich führen und nicht jeder kann mit jedem Partner erfolgreich Gespräche führen! Deshalb benötigen Personen, die professionell Gespräche führen, Fachwissen und kommunikative Grundhaltungen, um Missverständnisse und Kommunikationsstörungen zu vermeiden.

**Anmerkungen für die Praxis:**
Sammlung beruflicher Gespräche der SchülerInnen, die zu Problemen geführt haben. Kurze schriftliche Aufzeichnung, um zu einem späteren Zeitpunkt, anhand dieser Problemsituationen Kommunikationswerkzeuge einzuführen, zu begründen und zu bewerten.

II. Grundlagen der Gesprächsführung

**Anmerkungen für die Praxis:**
Vorhandenes Wissen der SchülerInnen im Unterrichtsgespräch aktualisieren und im weiteren Verlauf darauf Bezug nehmen.

---

1 Gestrich, Reinhold. 2006. Gespräche mit Schwerkranken. 3. überarb. u. neu gestaltete Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
1. Sender- Empfänger- Modell

Unterrichtsziel: Fachkompetenz

Unterrichtsmethode: Frontalunterricht

Das grundlegende Modell menschlicher Kommunikation ist das so genannte Sender- Empfänger- Modell¹. Dies ist die Basis der weiteren Kommunikationstheorien und -modelle. Es besteht in seiner einfachsten Form aus einem Sender, einem Empfänger, einer Botschaft und einem gemeinsamen Kanal.

Anmerkungen für die Praxis:


- Botschaft: verbale und nonverbale Inhalte
- Sender: will etwas mitteilen; wird in der nächsten Sequenz zum Empfänger
- Empfänger: erhält eine Botschaft und entschlüsselt/interpretiert verbale und nonverbale Inhalte; wird in der nächsten Sequenz zum Sender
- Feedback: Empfänger sendet seine Interpretation der Nachricht zurück
- Kanal: z.B. gemeinsame Sprache

Voraussetzungen:
- gemeinsamer Kanal (vgl. Fremdsprache)
- Aufmerksamkeit
- Motivation und Absichten von Sender und Empfänger
- Wahrnehmungsfähigkeit (vgl. blinde oder taube Menschen)
- Entschlüsseln des Wahrgenommenen (Interpretation)

Störungen:
- kein gemeinsamer Kanal
- Wahrnehmungsstörungen
- Interpretationsabweichungen
- Abweichungen zwischen verbaler und nonverbaler Botschaft

Beispiel:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sender</th>
<th>Patient</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Botschaft</td>
<td>OP-Termin</td>
</tr>
<tr>
<td>Empfänger</td>
<td>Schwester/Pfleger</td>
</tr>
<tr>
<td>verbal</td>
<td>„Wann werde ich operiert?“</td>
</tr>
<tr>
<td>nonverbal</td>
<td>blass, mit aufgerissenen Augen und feuchten Händen</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahrnehmung/Interpretation</td>
<td>Frage nach Termin und Interpretation von Angst</td>
</tr>
<tr>
<td>Feedback</td>
<td>Rückt sich einen Stuhl ans Bett</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2. Gesprächseinstieg

Unterrichtsziel: Reflektiertheit

Unterrichtsmethoden: Induktives Vorgehen, Dialog

Anmerkungen für die Praxis:
Um die Bedeutung der Kommunikationskompetenz zu betonen, werden Beispielgespräche herangezogen, die Missverständnisse oder Kommunikationsprobleme offenbaren, damit die SchülerInnen erste Überlegungen anstellen können, was lief in diesen Beispielen falsch, warum kam es zu den geschilderten Missverständnissen. Beispielgespräche können von den im Einführungskapitel vorgetragenen Problemgesprächen der SchülerInnen abgeleitet werden, oder es können die folgenden beiden Beispielgespräche herangezogen werden.

Gespräch 1:
Pflegekraft (PK): Guten Morgen. Mein Name ist Sabine. Sind Sie Frau Böhm?
Bewohnerin (BW): Sabine.
PK: Möchten Sie frühstücken?
BW: Frau Böhm, Isolde Böhm.
PK: Trinken Sie Tee oder Kaffee?
BW: Frühstück, ja, bitte.
PK: Was möchten Sie trinken?
BW: Ja, frühstücken, bitte.
PK: Na gut, ich bringe Ihnen Tee.
BW: Ja, trinken möchte ich.
PK: Waschen Sie sich selbst?
BW: Kaffee am liebsten.
PK: Und danach ziehen wir Sie an.
BW: Nein, ich möchte duschen.
PK: Was ziehen Sie heute an?
BW: Duschen und Haare waschen.
PK: Ich lege Ihnen den blauen Rock raus. Können Sie Ihr Brötchen selbst streichen?

BW: Das Sommerkleid.

**Gespräch 2:**

PK: Guten Morgen. Stehen Sie nun bitte auf!

BW: Ich habe doch Eintritt bezahlt.

PK: Ich helfe Ihnen beim Aufstehen.

BW: Nicht so laut, sonst stören wir die anderen.

PK: Wollen Sie doch lieber im Bett gewaschen werden?

BW: Wie kommen Sie auf Waschen? Ich möchte zuschauen!

PK: Sie können doch aufstehen, also los, am Waschbecken geht das Waschen doch viel besser, als im Bett.

BW: Lassen Sie mich vorbei, es ist Pause, ich will was trinken.

PK: Halt! Erst waschen und dann anziehen.

**Anmerkungen für die Praxis:**

Die Beispiele werden gelesen/ vorgetragen und analysiert. Dabei stehen die Diagnosefragen, „Was lief hier schief?“ und „Warum kam es zu diesem Missverständnis?“ im Mittelpunkt.

**3. Modelle**

Unterrichtsziele: Fachkompetenz, Methodenkompetenz

Unterrichtsmethode: Gruppenarbeit: Feature über einzelne Forscher und deren Kommunikationsmodell erstellen

**Anmerkungen für die Praxis:**

Die SchülerInnen teilen sich in Kleingruppen ein und wählen einen Forscher bzw. ein Modell aus, über das/ den sie ein kurzes Feature (Präsentation und Handout) erstellen. Die Gruppenarbeit wird so eingeführt, dass als Ziel ein Überblick aller SchülerInnen über alle Modelle definiert wird.

Die Lehrende stellt die benötigte Literatur zur Verfügung, evtl. das
World Wide Web zur Internet-Recherche und begleitet die Gruppenarbeit als Ratgeberin und Moderatorin.

a) Paul Watzlawick
   Person
   5 Axiome
   Paradoxien
   Bedeutung

b) Friedemann Schulz von Thun
   Person
   Kommunikationsquadrat: „Vier Ohren“ - Modell
   Bedeutung

c) Ruth Cohn
   Person
   TZI-Modell
   Postulate
   Bedeutung

d) Eric Berne
   Person
   Transaktionsanalyse
   Bedeutung

e) Naomi Feil
   Person
   Validation
   Bedeutung

f) Thomas Gordon
   Person
   Umgang mit Konflikten
   Aktives Zuhören
   Bedeutung

g) Marshall B. Rosenberg
   Person
   Gewaltfreie Kommunikation (GFK)
4. Methoden und Fähigkeiten

Unterrichtsziele: Fachkompetenz, Methodenkompetenz, KSD

Unterrichtsmethoden: Frontalunterricht (Überblick), Übungen, Induktives Vorgehen

Die im vorherigen Kapitel präsentierten Modelle enthalten explizit oder implizit bestimmte Fähigkeiten und Methoden, die die Kommunikationskompetenz ausmachen. Dazu gehören:

a) Differenziertes Beobachten und Wahrnehmen (evtl. Kenntnisse der Wahrnehmungspsychologie aktualisieren)

b) Zuhören können, ohne Stellung zu beziehen, um typische Fehler, wie „Es wird schon wieder“ und „Anderen geht es genau so“, zu vermeiden.

c) Aktiv Zuhören

d) Biografiearbeit

e) Nonverbale Signale entschlüsseln und senden

f) Feedback geben und empfangen

g) Klare Aussagen treffen

h) Ich-Botschaften senden

**Anmerkungen für die Praxis:**


---


5. Haltungen/ Werte

Unterrichtsziele: Reflektiertheit, Personale Kompetenz

Unterrichtsmethoden: Szenisches Spiel, Gespräch

Um Kommunikationswerkzeuge zur Kommunikationskompetenz zu ergänzen, werden Grund- und Werthaltungen benötigt. Werthaltungen, die als bloße Inhalte vermittelt werden, führen sich selbst ad absurdum. Denn hierbei werden ethische und moralische Überzeugungen berührt, die nur durch Einsicht, Überlegung und Erfahrung erworben werden können und nicht durch Übernahme und Speicherung vorgegebener Wissensinhalte. Haltungen können am ehesten durch Reflexionsfähigkeit erworben werden. Reflexionsfähigkeit meint, dass auf eine Unterbrechung des routinierten Alltagshandelns eine Phase des Überlegens einsetzt, die die Handlungsziele mit dem bisher Erreichten vergleicht, nach neuen Handlungswegen sucht die eine Zielerreichung ermöglicht und schließlich Handlungsalternativen erprobt, die dann wiederum bewertet werden.

Um die Entwicklung von Reflektiertheit zu fördern, müssen die herkömmlichen Unterrichtsmethoden, die häufig kognitives Lernen überbetonen, erweitert werden. Als gute Reflexionsmethode erweist sich das Szenische Spiel (Oelke et al. 2000).¹

Anmerkungen für die Praxis:


Zudem kann ein Unterrichtsgespräch zur Bedeutung der Pflege initiiert werden, indem die Lehrende die provokante These aufstellt: „Die Pflege ist die Erfüllungsgehilfin der Medizin“.

III. Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen
Unterrichtsziele: Sozialkompetenz, KSD, Deutungskompetenz, Reflektiertheit
Unterrichtsmethoden: Rollenspiele, Übungen, Induktives Vorgehen, Diskussionen

Die Aufgabe für Pflegende besteht darin zu PatientInnen und Angehörigen Beziehungen aufzubauen, die für die Phase der Pflege tragfähig sind. In vielen Fällen handelt es sich hierbei um helfende Gespräche. Die Beziehungsform und die Beziehungsqualität unterscheiden sich in Abhängigkeit der Persönlichkeit, des Alters und der Pflegebedürftigkeit der PatientInnen bzw. der Persönlichkeit der Pflegenden. Deshalb wird zwischen den Altersgruppen der PatientInnen differenziert (Kinder, Erwachsene, ältere Menschen) und das Ausmaß der krankheitsbedingten Belastungen berücksichtigt. Steht bei Kindern die Herstellung von compliance für die pflegerisch- medizinische Behandlung im Vordergrund, werden in Beziehungen zu älteren Menschen lebenslang
erworbene Handlungsmuster, z.B. Gesundheits- Krankheitsverständnis, relevant. Persönlichkeitsmerkmale, wie z.B. das Merkmal „represser vs. sensitizer“\(^1\), gewinnen in allen Altersgruppen Bedeutung und sollten für die Gesprächsführung reflektiert werden.

Menschen, die an einer chronischen Krankheit und Menschen, die an einer nicht oder nur schwer heilbaren Krankheit leiden, weisen einen anderen Gesprächsbedarf auf, als kurzzeitig Pflegebedürftige.


In allen Unterrichtseinheiten, bei allen Patientengruppen, sollte großer Wert auf ein differenziertes Beobachten und Wahrnehmen gelegt werden, da dies eine wichtige Voraussetzung für die Deutungsfähigkeit ist.

Zwei weitere Aspekte sind allgemein bei Gesprächen mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bedeutsam. Das ist zum einen der Aspekt PatientInnen anderer Kulturen zu pflegen und zum anderen der so genannte Gender-Aspekt.

Gespräche, die mit Angehörigen zu führen sind, integrieren sich in viele der bereits angesprochenen Dimensionen. Je nachdem für welche PatientInnen sie sprechen, werden unterschiedliche Gespräche zu führen sein (helfende Gespräche oder Beratungsgespräche).

**Anmerkungen für die Praxis:**

Zu jeder der folgenden Lerneinheit bereiten Kleingruppen von SchülerInnen ein Rollenspiel vor, das sie aus ihren beruflichen Erlebnissen und Erfahrungen ableiten. Damit wird in die jeweilige thematische Einheit eingeführt. Besonderes Einfühlungsvermögen benötigt die Lehrende beim Thema „Gespräche mit Schwerstkranken,\(^1\)

---

Gespräche über Tod und Sterben. Eine Darstellung als Rollenspiel muss in der jeweiligen SchülerInnengruppe gut überlegt sein und im Zweifelsfall sollte darauf verzichtet werden, da dabei oftmals intensive Emotionen freigesetzt werden, die es dann zu bearbeiten gilt.
Anhand dieser Rollenspiele können entweder einzelne Kommunikationsmethoden identifiziert und analysiert werden oder es wird eine Diskussion darüber angeregt, welche Kommunikationswerkzeuge geeignet erscheinen diese zu ergänzen. In die Rollenspiele sollten Elemente des Szenischen Spiels übertragen werden und zwar die explizite Übernahme von Gedanken und Gefühlen, die die Protagonisten im Spielverlauf entwickeln. Dazu gibt es einen so genannten Spielstopp, nach dem BeobachterInnen auf SpielerInnen zugehen, diese an der Schulter antippen und sie damit auffordern augenblicklich empfundene Gefühle und Gedanken auszusprechen. Gleichzeitig erhalten die BeobachterInnen die Gelegenheit ihre eigenen in dieser Situation empfundenen Gedanken und Gefühle laut zu äußern. Stimmen Handlungsziele und erreichte Handlungsergebnisse nicht überein, kann der Spielverlauf geändert werden, so dass mehrere Handlungsalternativen, für die eine Situation dargestellt werden. Dieses Vorgehen fördert sowohl die Reflektiertheit, als auch die Deutungsfähigkeit.

1. Interaktion/ Gespräche mit Kindern
magischen Elementen geprägt, was eine breite Grundlage für einen kreativen Umgang bietet.

Häufig sind Kinder als Patienten von Angehörigen begleitet, die intensiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden müssen. Der Wechsel der Gesprächsebenen, zwischen Kind und Angehörigem, macht eine hohe Kompetenz an Kommunikationssituationsdifferenzierung (KSD) erforderlich.

**Anmerkungen für die Praxis:**


2. Gespräche mit Erwachsenen

In die Gesprächsführung mit Erwachsenen fließen sehr viele persönlichkeitspsychologische Kenntnisse ein. So auch das Persönlichkeitsmerkmal „represser vs. sensitizer“, als Kriterium für unterschiedliche Sichtweisen von Krankheit und Gesundheit.
Als weitere Themenbereiche zählen Aspekte der multikulturellen Pflege und Gender-Aspekte hinzu.

**Anmerkungen für die Praxis:**

Als Schwerpunktsetzung in diesem breiten Themenfeld eignet sich die konkrete Aufgabenstellung für das vorzubereitende Rollenspiel. Die Aufgabenstellung kann beispielsweise lauten: „Gespräch zur Vorbereitung einer Pflegemaßnahme mit einem italienischen Gastarbeiter“.

Die Bearbeitung des Rollenspiels erfolgt in jeder Einheit ähnlich, d.h. die Protagonisten bleiben präsent und werden ggf. durch BeobachterInnen ersetzt. Das Denken und Fühlen der Rollenfiguren wird expliziert und alternative Handlungsverläufe erprobt.


Entweder durch das Rollenspiel angeregt oder zusätzlich aufgenommen, werden im Unterrichtsgespräch Merkmale und/oder Unterschiede in der Pflege anderer Kulturen und Gender-Aspekte diskutiert.

3. Gespräche mit alten Menschen

**Zusätzliche Unterrichtsmethode: Biografiearbeit**

Die Gespräche mit alten Menschen unterscheiden sich nicht wesentlich von Gesprächen, wie sie mit Erwachsenen bereits dargestellt wurden. Ergänzend kommt lediglich hinzu, dass ältere Menschen über einen langen Erfahrungs- und Erlebnishintergrund verfügen und dementsprechend oftmals über zurückliegende Lebensereignisse berichten. Um diese Berichte einordnen und für die Pflege nutzbar machen zu können, wird die Technik der Biografiearbeit verwendet. Diese besteht darin, durch die Methode des Aktiven Zuhörens, die PatientInnen zu motivieren über ihr vergangenes Leben zu berichten und daraus Ableitungen zu treffen, über welche Ressourcen der oder die Einzelne

**Anmerkungen für die Praxis:**

Das Rollenspiel sollte bzgl. der Methode des Aktiven Zuhörens und der Entwicklung von Empathie bearbeitet werden und ggf. durch weitere Übungen vertieft werden.

Biografiearbeit kann als Übung für Deutungsfähigkeit verstanden werden.

---

**IV. Gespräche mit stark belasteten Pflegebedürftigen**

**Unterrichtsziele:** Reflektiertheit, Deutungskompetenz, Sozialkompetenz, Personale Kompetenz

**Unterrichtsmethoden:** Übungen, Induktives Vorgehen, Unterrichtsgespräch

**1. Menschen mit chronischen Krankheiten/ Schmerzen**

Anmerkungen für die Praxis:

Im Unterrichtsgespräch lenkt die Lehrende auf das Thema, Grenzen der Belastbarkeit von Pflegenden hin und regt durch Übungen zur Auseinandersetzung damit an, was wiederum allgemein die Reflektiertheit fördert.


2. Schwerstkranke Menschen/ Gespräche über Tod und Sterben
Zusätzliche Methoden: Selbsterfahrungsübungen, Dialoge, Literaturbeispiele, Unterrichtsgespräche
Wissen darüber zusammengetragen und in ihren Büchern veröffentlicht. Ihr Phasenmodell und ihre Beschreibung der Bedürfnisse Sterbender stellen wichtige Erkenntnisse dar.

**Anmerkungen für die Praxis:**
Zunächst muss die Lehrende für sich selbst klären, in welcher Tiefe sie das Thema bearbeiten kann (eigene Unterrichtserfahrungen, Gruppengröße, Unterrichtsrahmen) und inwieweit starke emotionale Reaktionen von SchülerInnen aufgefangen werden können. Ein Rollenspiel sollte wohl überlegt sein.


Selbsterfahrungsübungen sind beispielsweise, den eigenen Lebensweg in Symbolen zu malen (Böke et al. 1999, S.27), im Zweiergespräch mit einer MitschülerIn sich darüber austauschen, „Was ist mir im Leben so wichtig, dass mir ein Abschied schwer fällt?“. Das Unterrichtsgespräch muss Raum für persönliche Erfahrungsberichte von SchülerInnen lassen. Ebenso sollte dabei das Thema der eigenen Belastbarkeit vertiefend reflektiert werden. „Wo sind meine persönlichen Grenzen?“, kann als Thema für einen fiktiven Tagebucheintrag genutzt werden.

Der Darstellung der Erkenntnisse von Kübler-Ross, können Übungen zur nonverbalen Kommunikation und insbesondere zum Monologen Dialog angeschlossen werden, wobei die Deutung eigener und fremder Handlungen im Mittelpunkt stehen sollte.

Die Beziehung zu Schwerstkranken schließt Besonderheiten der Pflege ein, die zu einer einfühlsamen und wertschätzenden Beziehungsgestaltung genutzt werden können. Dazu gehören:

- Angelegenheiten regeln/ organisieren, damit sie geregelt werden

\(^{1}\) de Saint-Exupéry, Antoine. 1995. Der kleine Prinz. 50.Aufl. Düsseldorf: Karl Rauch Verlag
besondere Pflege bzgl. Durst, Schmerzen, körperlicher Pflege
• Berührung und Nähe
• Aktives Zuhören

Wichtig ist die Informationsweitergabe über ambulante und stationäre Hospizarbeit der Region und palliativmedizinische Einrichtungen.


Die Bedeutung von Religion für Sterbende und Trauernde sollte in Gesprächen/Interaktionen behutsam ermittelt werden.

3. Interaktion mit verwirrten Menschen

Zusätzliche Methoden: Gruppenarbeit, Frontalunterricht, Übungen, Selbstorganisiertes Lernen (SOL), Szenisches Spiel


---

gestaltet sein, dass eine erfolgreiche medizinisch-pflegerische Behandlung möglich ist.

**Anmerkungen für die Praxis:**


Die Präsentationen über die Kommunikationsmodelle von Tom Kitwood, Naomi Feil und Jennie Powell werden in einer Kurzform wiederholt.

Zusätzlich bereitgestellte Literatur zu milieuthera peutischen Ansätzen\(^3\) und zu Pflegeansätzen wie der Basalen Stimulation\(^1\) sollen dazu genutzt werden, in einer Gruppenarbeit (Teilaufgaben in Kleingruppen) eine so genannte Lösungskiste für den Umgang mit verwirrten Menschen zu erstellen. Das Ergebnis soll eine Liste von förderlichen Umgangsformen sein, die direkt und praktisch nutzbar sind.


Sehr anschaulich sind auch Filmbeiträge zur Validation, die Naomi Feil aus ihrer Arbeit zusammengestellt hat (vgl. Lehrfilme im Ernst Reinhardt Verlag).


---

\(^1\) Herold, Martin. Landherr, Birgit. 2003. SOL. Ein systematischer Ansatz für den Unterricht. 2. überarb. Aufl. Hohengehren: Schneider Verlag


V. Gespräche innerhalb und mit anderen Berufsgruppen

Unterrichtsziele: KSD, Reflektiertheit, Fach-, Sozialkompetenz

Unterrichtsmethoden: Übungen, Unterrichtsexperiment: Führungsstile, Schreibspiele

In diesem Kapitel steht die Kommunikation mit anderen, an der Pflege beteiligten Personengruppen im Mittelpunkt, zum einen mit anderen Pflegenden und zum anderen mit Angehörigen pflegenaher Berufe.


1. Mit Menschen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen

Pflegende arbeiten mit Auszubildenden, mit KollegInnen und mit Vorgesetzten zusammen, also mit Menschen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen.

Anmerkungen für die Praxis:

„Selbsterfahrbares Lernen“ ließe sich ein Unterrichtsexperiment zu Führungsstilen bezeichnen. Dabei geht es darum, dass die Lehrende in Abhängigkeit der Dimensionen laissez faire, demokratisch und autoritär ihren Führungsstil im Unterricht systematisch variiert. Dies erfolgt ohne die SchülerInnen über das Experiment zu informieren. Falls die


2. Mit Menschen anderer Berufsgruppen
3.

---
1 Klein, Kerstin. 2002. So erklár´ ich das! 60 Methoden für produktive Arbeit in der Klasse. Verlag an der Ruhr
Anmerkungen für die Praxis:

VI. Gespräche in schwierigen sozialen Situationen
Unterrichtsziele: Reflektiertheit, Deutungsfähigkeit, personale, soziale und Methodenkompetenz
Unterrichtsmethoden: Übungen (GFK, Ich- Botschaften), Unterrichtsgespräche, Induktiv-Deduktives Vorgehen, Schreibspiele


1. Bedeutung von Macht


Anmerkungen für die Praxis:


2. Konflikte und Lösungsmöglichkeiten


---


\(^3\) Holler, Ingrid. 2004. Trainingsbuch Gewaltfreie Kommunikation. Paderbonn: Junfermann Verlag
Anmerkungen für die Praxis:


Als Arbeitsergebnis dieser Einheit kann eine so genannte Lösungskiste (Liste praktisch umsetzbarer Handlungsmöglichkeiten) erstellt werden. Dazu notiert sich ein Schriftführer alle Spielideen, die am Ende auf ihre Tauglichkeit geprüft werden und in die Lösungskiste aufgenommen oder verworfen werden.

3. Übungen und Beispielgespräche

Anmerkungen für die Praxis:
Im Unterrichtsgespräch lassen sich sprachliche Eigenheiten sammeln, die die Kommunikation erschweren oder blockieren (z.B. Worte wie „nie“, „immer“ oder „du musst"). Diese Sprachwendungen werden als die so genannte „Wolfssprache“ identifiziert und der „Giraffensprache“ gegenübergestellt (Rosenberg 2004). Das Trainingsbuch zur Gewaltfreien Kommunikation von Holler beschreibt zahlreiche Übungsbeispiele, die für die Unterrichtsgestaltung ausgewählt werden können.
VII. Beratung


Unterrichtsmethoden: Übungen, Induktiv-Deduktive Elemente


Beratung als eine Herausforderung an die Pflege zu verstehen, nimmt Angelika Abt-Zegelin für sich und ihr Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke, in Anspruch und kooperiert mit Pflegeeinrichtungen, um


Beratung erfordert spezifisches Fachwissen, das dem jeweiligen Beratungsgegenstand angepasst ist. Dieses Fachwissen ist nur zu einem begrenzten Teil Inhalt der Pflegeausbildung (z.B. Wohnberatung) und muss in Fort- und Weiterbildungen erworben bzw. vertieft werden.

Anmerkungen für die Praxis:

Das Rollenspiel lässt es zu, einen allgemeinen Aufbau eines Beratungsgespräches abzuleiten, Beratungsvoraussetzungen und -ziele zu formulieren.

Im Unterrichtsgespräch kann das Thema „Motivation“ vertieft werden, um Faktoren zur Förderung der Motivation zu identifizieren.

Die Unterrichtseinheit schließt mit einem kurzen Vortrag der Lehrenden, indem sie die Chancen im Bereich der Pflegeberatung aufzeigt und für eine kreative Weiterentwicklung durch Pflegefachkräfte wirbt. Dabei werden die pessimistischen Einschätzungen der Pflegewissenschaftlerinnen, den Möglichkeiten zur kreativen Innovation gegenüber gestellt.

VIII. Anleitung

Unterrichtsziele: pädagogische, soziale, Fach-kompetenz, Reflektiertheit, KSD

Unterrichtsmethoden: Übungen, SOL


Pädagogische Kompetenzen zu erwerben, insbesondere die Verknüpfung von lerntheoretischem Wissen mit Motivationspsychologie und didaktischem Geschick, bilden die Grundlage für erfolgreiches Anleiten.

Anmerkungen für die Praxis:

Zunächst gilt es die vielfältigen Erfahrungen der Auszubildenden zu aktivieren und gleichzeitig zu systematisieren, um mögliche Hinweise auf lern- und motivationspsychologische Inhalte hervorzuheben. Dazu eine sinnvolle Ergänzung zu liefern, ist die Aufgabe der Lehrenden. Reflexionsübungen, z.B. „Was fördert mein praktisches Lernen?“ oder „Was behindert es?“, können ebenfalls dazu genutzt werden.

Konkrete Übungen im Unterricht, um die Voraussetzungen und Merkmale einer gelungenen Anleitung zu betonen, lassen sich entwickeln, indem man Anleitungssituationen des täglichen Lebens herausgreift. So könnte ein Rollenspiel, das eine SchülerIn zum Gebrauch eines Musikinstrumentes anleitet, zum Inhalt haben, entweder nur Töne zu erzeugen oder ein Stück zu spielen, je nach Kenntnisstand der Akteure. Ebenso kann zur Ausführung einer Sportübung (z.B. Aufschlag beim Tennis oder Kugelstoß) angeleitet werden. Eine häufige
Anleitungssituation, gerade unter jungen Leuten, ist die Unterweisung zum Gebrauch eines elektronischen Gerätes (z.B. das neue Handy oder die neue Digitalkamera).

Je nachdem welches lernpsychologische Wissen vorauszusetzen ist, wird dieses erweitert oder daran angeknüpft, um eine gelingende Anleitungssituation zu beschreiben:

- die Lern- und Gedächtnisleistung eines Anzuleitenden einschätzen
- den Anzuleitenden bei seinem Wissensstand und seinem Vermögen abholen, ohne stillschweigende Voraussetzungen anzunehmen
- motivieren
- die angeleitete Handlung zu einem passenden Zeitpunkt überprüfen.

Die Anleitungssituation ist geprägt von dem Versuch, adressatengerecht zu handeln, d.h. Kommunikationssituationen zu differenzieren. Wie in vielen pädagogischen Situationen gibt es kaum klare Erfolgsrezepte, als vielmehr die Strategie, Situationen zu reflektieren, bzgl. gelungener und weniger gelungener Anteile, um sich damit langfristig praktische Erfahrung zu erwerben.

Die Zusammenfassung der Rollenspiele und Unterrichtsgespräche sollen den SchülerInnen selbst Motivation vermitteln, sich auf Anleitungsprozesse einzulassen und die eigenen Fähigkeiten reflektierend weiterzuentwickeln.
IX. Zusammenfassung
Anhang H: Beispiele für Übungsmaterial zum Kommunikationsseminar

Übung zum Aktiven Zuhören

Bei der Körperpflege sagt eine Patientin (P) zum Personal (Thomas):“ Das hat ja doch alles keinen Zweck mehr!“
Thomas (T) rückt sich einen Stuhl ans Bett (Signal, ich höre zu) und fragt: „Warum?“
P: “Ich weiß gar nicht, was das alles soll; erst machen sie mir die größten Hoffnungen und jetzt muss ich doch operiert werden!“
T. ….

Wie könnte der Dialog weiter gehen?

Gruppenarbeit zum Modell von Schulz von Thun

Gespräch 1
Krankenschwester Sonja kommt ins Stationszimmer; dort trifft sie ihre Kollegin Petra, die sich mit der Stationsschwester unterhält. Petra wendet sich Sonja zu und begrüßt sie mit dem Satz: „Du, unter dem Bett von Herrn Schmidt liegen lauter zerknüllte Tempos rum!“

Aufgabe 1
Analysieren sie zu jedem Gespräch die vier Kommunikationsfaktoren, nach dem Modell von Schulz von Thun.
Anhang I: Niederschrift des Kommunikationsseminars 7/2006

Niederschrift des Kommunikationsseminars des Unterkurses vom 5.7. bis 7.7.2006 der Krankenpflegeschule in Schwabach (Kurs 2005/2008)

I. Begrüßung und Einführung

Vorstellen des Zeitplanes und der Seminarinhalte:
Übung zu Haltungen und Werte in der Pflege (Szenisches Spiel zum Thema „Visite“; Oelke et al. 2000, S.157-170)

Gruppenarbeit zur Vorbereitung von Rollenspielen zu den Themenbereichen:
I. Gespräche mit Kindern
II. Gespräche mit Erwachsenen
III. Gespräche mit alten Menschen
IV. Gespräche mit chronisch Kranken
V. Gespräche mit verwirrten Menschen
VI. Gespräche mit Schwerstkranken
VII. Gespräche über Sterben und Tod
VIII. Soziale Konflikte im Team
IX. Beratung in der Pflege

Vorstellen der Besonderheit des Seminars:
- die Grundlage bildet die TZI nach dem Modell von Ruth Cohn
- Gesprächsregeln (z.B. Zurückhaltung bei Interpretationen der anderen TeilnehmerInnen, authentisches und selektives Verhalten)
- Einstreuen von „Blitzlichtern“ (vgl. Ruth Cohn)
- Wahrnehmungsübungen
- Vervollständigen eines Satzes auf vorbereiteten Kärtchen: „Pflege ist für mich…..“

II. Zusammenfassung der bisherigen Unterrichtseinheiten

Referate zu den Kommunikationstheoretikern bzw., -modellen.

III. Haltungen und Werte in der Pflege

- Einführung und Information über die Lerneinheit Arztvisite – Pflegevisite; persönliche Erfahrungen darstellen lassen.
- Körper- und Bewegungsübungen oben - unten
- Standbilder

**Gruppe I** (5 TeilnehmerInnen)

*Bild 1:*  
Patient liegt; vier Pflegekräfte / Ärzte beugen sich über ein Papier;  
Interpretation: „Wir schauen uns an was er hat, nicht was er will!“  
Titel: Kurvenvisite

*Bild 2:*  
Patient liegt; zwei Pflegekräfte über ein Papier gebeugt, reden über ihn; zwei Pflegekräfte halb abgewandt, im Weggehen;  
Interpretation: „Jeder hat andere Absichten!“  
Titel: Visite unter sich

*Bild 3:*  
Patient liegt entblößt; vier Pflegekräfte beugen sich über ihn;  
Interpretation: „Verstoß gegen die Intimsphäre!“  
Titel: Visite als Entblößung

**Gruppe II** (7 TeilnehmerInnen)

*Bild 1:*  
Zwei PatientInnen liegen; zwei ÄrztInnen blicken in die Papiere; zwei Pflegekräfte stehen dahinter und sehen den ÄrztInnen zu; eine SchülerIn steht noch weiter hinten und versucht etwas mitzubekommen;  
Interpretation: „Jede interessiert sich nur für die eigene Arbeit!“  
Titel: Verplante Visite
Eine PatientIn sitzt; sechs Pflegekräfte/ ÄrztInnen über sie gebeugt, ihr zugewandt; eine der Pflegekräfte sitzt am Bettrand und hält die Hand der PatientIn
Interpretation: „Nähe, die bedrängt!“
Titel: Visite bei PrivatpatientIn

Zwei PatientInnen; eine davon entblößt; Pflegekräfte an ihr beschäftigt; Ärztin im Weggehen; eine Pflegekraft reißt die Tür auf; SchülerIn an der Tür fragt etwas; eine Pflegekraft halb zur PatientIn, halb zur Tür gewandt;
Interpretation: „Chaos!“
Titel: Chaos- Visite

Gruppe III (6 TeilnehmerInnen)

Eine PatientIn fragt etwas; zwei Pflegekräfte heben abwehrend die Hände; drei Pflegekräfte/ ÄrztInnen mit dem Rücken zum Bett;
Interpretation: „Zeitmangel!“
Titel: Ignorante Visite

Eine PatientIn liegt; Knie ist verbunden; fünf Pflegekräfte/ ÄrztInnen über das Knie gebeugt, mit sehr interessierten Mienen; ein Arzt deutet auf das Knie;
Interpretation: „Diese besondere Verletzung muss jeder einmal gesehen haben!“ „Verletzung der Intimsphäre!“
Titel: Überrumpelungsvisite

Eine PatientIn liegt; ÄrztIn erklärt PatientIn auf Augenhöhe die Kurve; Angehörige sitzt am Bettrand dabei und hält die Hand der PatientIn;
ÄrztIn deutet an noch weitere Fragen zu beantworten; Pflegekräfte deuten an etwas für die PatientIn tun zu wollen; 
Interpretation: „Gute Stimmung; Angenommen sein!“
Titel: Idealvisite

Gruppe IV (6 TeilnehmerInnen)

Bild 1
Eine PatientIn liegt; fünf Pflegekräfte mit dem Rücken zur PatientIn;
Interpretation: „Ohne Plan arbeiten!“
Titel: Anonyme Visite

Bild 2
Eine PatientIn greift sich zum Knie; ÄrztIn greift zum Bauch der PatientIn; vier Pflegekräfte sehen zu;
Interpretation: „Verwechslung!“
Titel: Planlose Visite

Bild 3
Zwei PatientInnen; eine davon hat Besuch von drei Angehörigen; 
eine Pflegekraft arbeitet an der anderen Patientin;
Interpretation: „Angehörige neugierig auf Erkrankung der Bettnachbarin!“
Titel: Visite mit Verletzung der Intimsphäre

Zusammenfassung und Auswertung

- PatientInnen haben sich missachtet, ignoriert, abgeschoben, 
degradiert, nicht angenommen, ängstlich, hilflos und 
verunsichert gefühlt.
- PatientIn in der „Visite bei PrivatpatientIn“ (Gruppe II, Bild 2) hat sich nicht angenommen, sondern bedrängt gefühlt;
- PatientIn in der „Idealvisite“ hat sich ernst genommen und gut 
behandelt gefühlt (Gruppe III, Bild 3)
• Nachstellen der „Idealvisite“: Was braucht der Patient, um sich angenommen zu fühlen? Verschiedene SchülerInnen drücken aus, was man als PatientIn möchte;
• Unterschied zur „Privatvisite“ im Standbild nachgestellt: nicht die PatientIn war gemeint, zu viele über ihr; niemand auf Augenhöhe;

Blitzlicht

IV. Einteilung zur Gruppenarbeit

V. Seminarthemen

I. Gespräche mit Kindern

Rollenspiel:

Lena (10 Jahre) wird von ihrer Mutter und ihrer Schwester ins Krankenhaus gebracht; Pflegekraft fragt Lena, was passiert sei; Mutter antwortet, dass Jungs sie von der Schaukel geschubst hätten; Pflegekraft fragt Lena: „Wo tut es weh?“ Mutter antwortet…. Schwester quengelt, wann sie endlich gehen könnten; Pflegekraft bleibt ruhig und fragt Lena weiter, was sie gerne trinken wolle und vieles mehr; Mutter antwortet stets an Lenas Stelle; Pflegekraft bittet Mutter eine Telefonkarte zu besorgen; Mutter verlässt den Raum; Pflegekraft unterhält sich mit Lena, die eine andere Geschichte erzählt, als ihre Mutter; niemand habe sie von der Schaukel geschubst, sie sei selbst herunter gefallen; sie verabscheue Pfefferminztee usw.

BeobachterInnen stellen sich hinter die SpielerInnen und sprechen aus, was sie an ihrer Stelle denken, fühlen und empfinden würden; SpielerInnen ergänzen ihre Gedanken und Gefühle.

Unterrichtsgespräch

Besonderheiten im Umgang mit Kindern:
• Ernst nehmen (keine Bevormundung)
• keine Angst erzeugen, sondern Angst nehmen; z.B. erst bekommt der Teddy die Spritze, dann das Kind
• altersgemäßer Umgang (z.B. magisches Denken- Hinweis auf Entwicklungspsychologie- Jean Piaget)
• symbolischer Umgang mit Identifikationsfiguren
• Phantasie der Kinder einbeziehen
- Geschichten für/ mit Kindern erzählen, lesen, dialogisches Lesen (Kinder- und Jugendliteratur aufzählen)
- Phantasie: z.B. Gummihandschuh, jeder Finger wird mit Kuli als Gesicht bemalt; Fingerspiel, als Geschichte/ Phantasiereise

Frontalunterricht:
Kurze Darstellung der Transaktionsanalyse von Eric Berne.
Einteilung zur Erstellung von Lernkärtchen zu den jeweiligen Themen

II. Gespräche mit Erwachsenen
Unterrichtsgespräch:
Persönliche Erfahrungen sind sehr unterschiedlich; Aussagen: „Das können Sie noch nicht, Sie sind ja noch SchülerIn!“ bis zu „Sie machen das immer am Besten!“

Frontalunterricht:
Persönlichkeitspsychologie: BIG 5 und sensitizer vs. represser;
Modell Schulz von Thun (Vier Ohren hören)
Übung AB (Bsp. Sonja- Tempos)

Unterrichtsgespräch:
Kulturelle Unterschiede kennen
- Wissen über politische und historische Hintergründe (z.B. Deportationen von Ostaussiedlern)
- Individuelle Erfahrungen der Menschen mit diesem Wissen verbinden
- Jeweiliges Krankheits- Gesundheitsverhalten kennen lernen
- Dieses Verhalten mit westlicher Schulmedizin verbinden

Lernkärtchen

III. Gespräche mit alten Menschen
Rollenspiel:
Eine alte, gebrechliche, hilflose, aber sehr dankbare und kooperative Patientin wird von Pflegekraft mit Frühstück versorgt. Bei der anschließenden

Selbstreflexionsübung:
Nur eine negative Aussage zum Thema „Alt sein“: Versteinerung, starr, unbeweglich sein.
Viele positive Aussagen: viel Zeit für Hobbys, Zeit um zu genießen, Malen, Tauchen, Wandern, Wein trinken, Sonnenuntergänge beobachten, tolle Landschaften erleben; selbstständige Lebensführung, ohne finanziellen Druck; Gelassenheit im Alter; risikobewusster leben; so alt werden, wie Eulen; Ruhe und Zeit haben, um Natur und Landschaften zu genießen.
Entspannungsübung: Paarübung Tennisballmassage
Wiederholung Rollenspiel (Gespräche mit alten Menschen) per Video
Unterrichtsgespräch:
Rollenspiel wird als realistische Darstellung bewertet;
Vorhandene Gesprächsansätze über Ehemann, Garten, Selbstständigkeit, Heim blieben ungenutzt;
Rollenspielfortsetzung:
Dargestellte Situation aufgreifen, fortsetzen, indem Gesprächsansätze aufgegriffen werden;
- Biografiearbeit
Unterrichtsgespräch:
Biografiearbeit (vorhandenes Wissen aktualisieren) Zeitleiste vorstellen;
Frontalunterricht:
Ressourcen
Aktives Zuhören: Merkmale erarbeitet
AB (Pfleger Thomas)

IV. Gespräche mit chronisch Kranken
Rollenspiel:
*Patientin zum wiederholten Mal stationär im Krankenhaus, wegen chronischer Lungenentzündung; Pflegekraft thematisiert „Rauchen“ der Patientin; Patientin reagiert aggressiv; Pflegekraft bespricht sich mit Kolleginnen über Umgangsmöglichkeiten mit dieser Patientin.*
Unterrichtsgespräch:
Verhaltensweisen bei chronischen Krankheiten/ Pflegebedürftigkeit
- Aggression (Schuldzuweisungen)
- Depression (Verzweiflung)
- Regression
- Magisches Denken
- Hohe Beeinflussbarkeit
- Schicksal annehmen

Gesprächsmethoden:
Aktives Zuhören (Grenze zur Psychotherapie erkennen)
Mit Vier-Ohren hören (Schulz von Thun)
Axiome von Watzlawick

*Szenisches Spiel* (Oelke et al. 2000. S.77-91)
Thema: Krank sein- Schmerzen haben
Einführung über Ziele der Lerneinheit
Unterrichtsgespräch über persönliche Erfahrungen
Haltungsübung
Jede TeilnehmerIn demonstriert ihre Schmerzhaltung und wiederholt die Haltung der VorgängerIn, wobei sie deren Namen nennt;
Standbilder
Sechs Gruppen bereiten je ein Standbild vor, wobei sie einen Titel auswählen;
Gruppe 1
PatientIn an Kopf und Arm verbunden; drückt Schmerzen aus; 3 Pflegekräfte stehen ratlos daneben;
Interpretation: Trotz medizinischer Versorgung klagt die PatientIn und die Pflegekräfte sind ratlos
Titel: Ratlosigkeit

Gruppe 2
PatientIn drückt Schmerzen aus; 3 Pflegekräfte drehen sich weg;
Interpretation: Pflegekräfte wollen das Klagen und Jammern nicht sehen
Titel: Abgestumpft

Gruppe 3
SchmerzpatientIn; eine Pflegekraft dreht sich generell weg (Mimik), andere Pflegekraft wendet sich der PatientIn zu;
Interpretation: Je nach persönlicher Einstellung/Verfassung nehmen sich Pflegekräfte den Schmerzen an
Titel: Willkür

Gruppe 4
PatientIn hat Schmerzen; Pflegekräfte drehen sich weg;
Interpretation: Pflegekräfte ignorieren PatientIn
Titel: Ignoranz

Gruppe 5
Zwei Schläger kämpfen miteinander und fügen sich gegenseitig Schmerzen zu
Interpretation: Kämpfen
Titel: Kampf

Gruppe 6
PatientIn bei der Geburt; Ehemann und Arzt kümmern sich um sie;
Interpretation: große Aufmerksamkeit und Anteilnahme für diese Schmerzen
Titel: Geburt

BeobachterInnen treten hinter die Figuren und formulieren die dabei entstehenden Gefühle (Verlassen sein, nicht Ernst genommen sein, nicht angenommen sein, bei Seite geschoben sein).
**Wahrnehmungsübung**
Paarübung; eine PartnerIn verbindet sich die Augen, die andere Partnerin führt sie durch das Haus; im Wechsel;  
(Erfahrungen der Verunsicherung, vor allem bezüglich Entfernungen)

**Stimmenskulptur**
SchmerzpatientIn sitzt in der Mitte, erklärt ihre Schmerzen und ihre Erfahrungen damit (SpielerIn aus dem Standbild der Gruppe 4). BeobachterInnen treten hinter sie und formulieren ihre Gefühle, die sie dabei erleben. Sie bleiben hinter der SpielerIn stehen. Die SpielerIn hört die Stimmen und bringt diese in eine Rangordnung, wie genau damit ihre eigene Gefühlslage angesprochen wird. Die Stimmen werden mehrfach wiederholt, bis die SpielerIn alle Stimmen geordnet hat.  
(Z.B. „Alles tut mir weh!“ „Ihr lasst mich im Stich!“ „Haut ab ihr blöden Weiber!”)

**Widerworte**
Sammlung von scheinbaren Trostworten:
Wird schon wieder!  
Ein Indianer kennt keinen Schmerz!  
Ein Lurch kommt durch!  
Mir geht es viel schlechter!  
Sei nicht so wehleidig!  
Bist doch noch jung!  
Bis zur Hochzeit ist alles vorbei!  
Hab dich nicht so!  

**Paarübung**
Eine PartnerIn schildert der anderen die Situation, als sie krank war und sich dabei gut gepflegt gefühlt hat. Sie beschreibt alle Details genau, auch was sie
dabei dachte und empfand. Danach spielen beide die Situation, als Paarspiel, nach, wobei diejenige, die die Situation berichtete die Rolle der Pflegenden übernimmt. Wechsel.

Unterrichtsgespräch über die Auffassungen von guter Pflege
Es tut mir gut:
- ernst genommen zu werden
- verwöhnt zu werden
- Wünsche von den Augen abgelesen zu bekommen
- Hilfe zur Selbsthilfe zu bekommen
- Entscheidungshilfen zu bekommen
- behandelt zu werden
- Zeit geschenkt zu bekommen
- Interesse an der eigenen Person zu spüren
- in Ruhe gelassen zu werden
- Auszeit von Aufgaben zu bekommen

V. Gespräche mit verwirrten Menschen
Gedicht einer schottischen, alten Frau (Brandenburg et al. 2006. S.5)

Unterrichtsgespräch
Was bedeutet es verwirrt zu sein? Unterschied akute und chronische Verwirrung.
Werkzeugverlust (Wirsing 2000, S.300)
Drängende Fragen der SchülerInnen nach Rezepten für den Umgang mit verwirrten Menschen.

Frontalunterricht
Validation (Naomi Feil)
Personenzentrieter Ansatz (Tom Kitwood)

AB
Fragen zum Dialog (Wie fühlt sich der Schüler dabei?)
Entwickeln von Handlungsmöglichkeiten im Unterrichtsgespräch.

**Rollenspiel**

Erproben der vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeiten im Spiel.

Ertasten von Alltagsgegenständen mit geschlossenen Augen.

Hörmemorie.

Rückenmassage.

**VI. und VII. Gespräche mit Schwerstkranken und Gespräche über Tod und Sterben**

/dialogszene aus Gestrich. 2006. S.65-66

**Unterrichtsgespräch**

Helfen- Fürsorge- Grenzen

SchülerIn: „Im Krankenhaus haben wir die Aufgabe zu helfen, damit jemand wieder gesund wird. Wenn jemand nicht mehr gesund werden kann, gehört er nicht ins Krankenhaus. Vielleicht ins Hospiz!“

- Begleitung von Schwerstkranken
- Bedürfnisse von Schwerstkranken
- Bedeutung und Aufgabe von Hospizen (Hospizeinrichtungen in der Region)

**Frontalunterricht**

Elisabeth Kübler- Ross

Modell der fünf Phasen

**Unterrichtsgespräch**

Gesprächsformen mit Schwerstkranken:

Non-verbale Kommunikation

Monologer Dialog

**VIII. Soziale Konflikte**

**Rollenspiel 1**

Gespräch zwischen drei Pflegekräften und einer SchülerIn über eine Kollegin. Kollegin wird als schlampig, unzuverlässig, faul und als Drückebergerin bezeichnet. SchülerIn wird aufgefordert nichts weiter zu erzählen. Betreffende Kollegin betritt den Raum und eine andere geht. Gespräch richtet sich auf die
Pflegekraft, die den Raum verlassen hat, ihr werden die gleichen Dinge unterstellt, wie am Anfang des Gesprächs der abwesenden Kollegin. Die SchülerIn wird aufgefordert zu schweigen.

Rollenspiel 2

Unterrichtsgespräch
Gründe für Konflikte:
• Unaufrichtigkeiten (Intrigen)
• Über jemanden reden, statt mit jemanden
• Zuschreibungen: sie ist …
• Lügen
• Schuldzuweisungen
• Machtmittel einsetzen
• Gruppendruck einsetzen

Zusammenfassung
• benutzte Sprache (du bist, du musst, das ist normal, immer, nie…) ist statische Sprache, die Konflikte fördert
• es gibt Gewinner und Verlierer in Konflikten

Frontalunterricht
Statische Sprache vermeiden; Prozesssprache verwenden (GFK nach Rosenberg. 2004)
Kommunikationsblockaden („Schubser“ nach Rosenberg)
Konfliktlösung ohne Verlierer (Gordon. 1999. S.187-208)
Übungen
AB GFK
Sprachübungen zur Prozesssprache (Beobachtbares formulieren)
Ich- Botschaften senden

Lernkärtchen erstellen

VI. Abschlussrunde
Wiederholung der Eingangsfrage „Pflege ist für mich…“, auf der Rückseite der eigenen Karte.

VII. Verabschiedung

Thema „Beratung“ musste aus Zeitgründen verschoben werden.

Niederschrift des Kommunikationsseminars vom 28.4 bis 30.4.2008

I. Einführung und Begrüßung
Darstellung des Programms der drei Seminartage und Vorstellen des Ablaufs:

- Grundlage bildet TZI nach Ruth Cohn
- Gesprächsregeln: jeder ist sein eigener chairman, Störungen haben Vorrang, es spricht nur einer, Zurückhaltung bei der Interpretation von anderen
- Durchführen von Blitzlichtern
- Wahrnehmungsübungen

Nachtrag der zwei Präsentationen über Naomi Feil und Tom Kitwood.

II. Zusammenfassung
Alle Modelle und Theoretiker, einschließlich angesprochene Techniken bzw. Werkzeuge werden auf einer Flip-Chart dargestellt.

III. Haltungen und Werte in der Pflege
Elemente des Szenischen Spiels nach Oelke et al. 2000, S.157-170, zum Thema „Visite“.

1. Einführung in die Lerneinheit
   Arztvisite; Erfahrungen der SchülerInnen; ein Schüler ergänzt, dass er auch so genannte Pflegevisiten kennen gelernt hat.

2. Bewegungsübung
   Paare, ein Partner liegt oder sitzt, der andere steht und es wird dabei Blickkontakt gehalten. Wie fühlt es sich an unten zu sein? Was ist angenehmer?

3. Standbilder
„Hierarchie im Krankenhaus“ (sechs SpielerInnen): Patient liegt, in einer Reihe stehen Ärzte erhöht, Pflegekräfte aufrecht und zuletzt Schüler gebückt.

„Chefarzt Dr. Roth“ (fünf TeilnehmerInnen): Patient liegt, Chefarzt deutet auf Pflegekräfte, diese sind gebeugt und blicken ihn an.

„Ich bin dann mal weg“ (fünf TeilnehmerInnen): Patient liegt, Arzt im Weggehen, Patient wendet sich Pflegekraft zu, diese blickt zum Arzt.

„Auch Ärzte haben Grenzen“ (fünf TeilnehmerInnen): Patient liegt, zwei Ärzte blicken sich an, einer schaut auf die Uhr, Pflegekraft und SchülerInn stehen im Hintergrund.


Bei allen Standbildern versuchen die BeobachterInnen den Titel des Standbildes zu erraten. Dies gelingt zumindest annähernd. Danach treten BeobachterInnen hinter einzelne Figuren, tippen diese an der Schulter an und sprechen aus, was die Figur in dieser Situation denken und empfinden könnte.

1. **Blitzlicht:**

2. **Darstellende Vorschau,** welche Fähigkeiten in der Kommunikationsausbildung erworben werden sollen (Folie)

3. **Gruppenübung:** Ein langes kreisförmig zusammengebundenes Seil liegt am Boden. Die Gesamtgruppe hat die Aufgabe, alle Hände an das Seil zu bekommen und dann auf Anweisung geometrische Figuren zu legen (Raute, Viereck, Trapez, Quadrat, Parallelogramm, Sechseck, Kreis)

IV. **Gruppenarbeiten**
Anhand des Skripts wird das Seminarprogramm nochmals besprochen und der Ablauf erklärt. Insgesamt sollen sich sieben Gruppen bilden, die jeweils ein Rollenspiel zu den einzelnen Gliederungsinhalten vorbereiten und in der Chronologie des Seminars vortragen. Diese Rollenspiele werden zur weiteren
Bearbeitung videotechnisch aufgezeichnet. Folgende Gruppenthemen wurden vergeben:

- Pflege eines Kindes (vier TeilnehmerInnen)
- Pflege eines älteren Italiener (fünf TeilnehmerInnen)
- Pflege eines alten Menschen (ohne Verwirrung) (fünf TeilnehmerInnen)
- Pflege eines chronisch kranken Menschen (vier TeilnehmerInnen)
- Konflikte im Pflegeteam (fünf TeilnehmerInnen)
- Konflikte mit Angehörigen (vier TeilnehmerInnen)
- Beratung (vier TeilnehmerInnen)

V. Seminarthemen

I. Pflege eines Kindes

Rollenspiel:


Auszuführungen der Dozentin: Entwicklung des Denkens bei Kindern, magisches Denken, Bedeutung von Geschichten, Märchen, Symbolen, Kreativität.

Werkzeuge/ Techniken:

- Phantasie und Kreativität
- Geschichten, Rollenspiele
- stellvertretende Aktionen z.B. Teddy, Mutter
- keine Forderungen
- Wertschätzung und Empathie
- Zuhören
- parallele Kommunikation (TA)
II. Gespräche mit Erwachsenen

Rollenspiel: Pflege eines älteren Italieners


Unterrichtsgespräch:

Als Zusammenfassung lesen alle einen Text zur Interkulturellen Pflege (Bäurle 2005 in Auszügen).

Frontalunterricht (kurzer Einschub):
Persönlichkeitspsychologie, was versteht man unter Persönlichkeit? BIG 5. Besonderes Merkmal für die Pflege: repressor vs. sensitizer.
Werkzeuge/ Techniken:
- parallele Kommunikation (TA)
- Aktives Zuhören (an dieser Stelle nur genannt)
- Zuhören mit „4- Ohren“; Erklärung und Übungsbeispiel: Schwester Sonja (Anhang H).

III. Gespräche mit alten Menschen

Reflexionsübung:

Erarbeiten einer Zeitschiene über das 20. Jh.:
Historische, politische, sozialgeschichtliche, technische und bildungspolitische Fakten werden zusammengetragen (Literatur, Material liegt vor); anhand dessen werden zwei fiktive Biografien entwickelt, ein Mann und eine Frau mit Geburtsjahr 1920. Die 50-er Jahre werden als wirtschaftlicher Aufschwung gedeutet, mit Konsum und ersten Reisen. An dieser Stelle widersprechen zwei SchülerInnen, die von ihren Großeltern eine andere Entwicklung in den ostdeutschen Bundesländern kennen. Daraufhin werden die fiktiven Biografien erweitert, je nach Wohnort.

Werkzeug:
- Biografiearbeit

Blitzlicht

Rollenspiel:
1. Szene: Alte Patientin will sich selbst waschen, ist aber gehandicapt, ist umständlich und langsam. Pflegekraft nimmt ihr den Waschlappen ab und wäscht sie. Eine Woche lang verläuft das morgendliche Waschen so.

Unterrichtsgespräch:

Werkzeug:
- Aktives Zuhören

AB: Aktives Zuhören (Anhang H), Arbeitsauftrag die kurze Szene weiter zu entwickeln und als Dialog darzustellen.

1. Spiel:
Pat.: Es hat doch alles keinen Sinn mehr.
Pflegekraft: (rückt sich Stuhl zurecht) Was hat keinen Sinn mehr?
Es entwickelt sich ein Dialog, bei dem Pflegekraft argumentiert und überredet, dass weitere Behandlungen sinnvoll sind. Pat. nimmt dies an.
(Anschließend zum Ausdruck gebrachte Gedanken/ Gefühle der SpielerIn durch eine BeobachterIn: „O.k. jetzt weiß ich besser Bescheid!“

2. Spiel:
(Anschließend ausgedrückte Gefühle der Pat., sie fühlte sich angenommen und verstanden).
Zwei mögliche Alternativen für ein helfendes Gespräch, je nachdem was Patienten erwarten und brauchen und je nachdem wie einfühlsam Gesprächspartner sind dies zu erkennen und umzusetzen.

Merkmale Aktiven Zuhörens:

- Wertschätzung
- Empathie
- Spiegeln des Gehörten
- Keine Wertungen
- Aufmerksamkeit

Als Zusammenfassung Text (Tausch, 1998)

IV. Gespräche mit chronisch kranken Menschen
Sammln von Sprüchen, die fast jeder schon gesagt bekommen hat, wenn er/sie krank war: Es wird schon wieder! Sei nicht so empfindlich! Ein Indianer kennt keinen Schmerz! Bis zur Hochzeit ist alles wieder gut! Anderen geht es viel schlechter als dir! Usw.

Körperübung:

Rollenspiel:

Standbilder zum Thema „Krank sein“:
- „Geborgenheit“
- „Vier Phasen Schmerz“
- „Brustkrebs“
- „Leidensevolution“
- „Parkinson“
- „Depressionstreppe“

Das Erraten der Themen wird als Deutungsversuch betrachtet. Die Themen stehen für sich!

Werkzeuge:
- Aktives Zuhören
- Deutungen erstellen
- parallele Kommunikation (TA)
- mit 4-Ohren hören

V. Interaktion mit verwirrten Menschen
Folie des Gedichts: „Was seht ihr, Schwestern!“ (Brandenburg et al. 2006, S.5)

Gedankenaustausch.
Dozentin versucht den Zustand „verwirrt zu sein“ zu erklären.

Hinweis der Dozentin: Verständnis ist der Weg, um mit verwirrten Menschen zufrieden stellende Interaktion zu gestalten.

Kurze Darstellung von Validation (Bremer-Roth et al. 2005, S.377-379)

Werkzeug:
- Biografiearbeit
- Validation
- Personenzentrierter Ansatz von Kitwood, daraus positive Interaktionen
- Fragen, um Menschen zu verstehen: **wer, wann, wo, was**; wie- Fragen vermeiden, weil diese häufig dazu führt dem verwirrten Menschen seine Defizite zu zeigen.

Wahrnehmungsübungen (z.B. Hörmemorie, mit dem Finger auf den Rücken schreiben, sich führen lassen; im Wechsel)

VI. Konflikte
Rollenspiel: Konflikte mit Angehörigen
Unterrichtsgespräch: Welche Strategie verfolgen die Schwestern?
Jede will sich durchsetzen, jede will gewinnen! Welche Konsequenzen folgen aus dieser Strategie? Heftigkeit der Auseinandersetzung nimmt zu, reden aneinander vorbei, jede versucht die andere zu „besiegen“ und gemeinsamer Lösungsweg wird blockiert.
Wie empfindet die Patientin den Streit? Hinweis, dass das Gehör auch bei schwerstkranken Patienten funktioniert und sie Gespräche am Krankenbett mitbekommen.

Rollenspiel: Konflikt im Pflegeteam
Beim Pflegedurchgang wird eine SchülerIn zum Austeilen des Nachmittagskaffees von einer examinierten Pflegekraft weggeschickt. Eine andere Pflegekraft fragt nach dieser SchülerIn, der sie einen Pflegedurchgang zeigen wollte und am Krankenbett entsteht ein Streit darüber, wer von den beiden Pflegekräften SchülerInnen Anweisungen geben darf und wer letztlich Entscheidungen treffen darf. Die SchülerIn steht sehr verunsichert daneben.

Unterrichtsgespräch:
Welche Strategien verfolgen die Pflegekräfte und mit welchen Folgen? Jede will sich durchsetzen und die Entscheidungsmacht für sich in Anspruch nehmen, damit wird ein Lösungsweg blockiert.

Rollenspiel wird mit anderer Strategie gespielt: Pflegekräfte suchen Lösung, ohne den anderen zum Verlierer der Auseinandersetzung zu machen.

Frontalunterricht: Konfliktlösung ohne Verlierer (Gordon 1999, Benien 2007)
• zunächst Konfliktdiagnose: jeder überlegt was er/ sie will und worum es ihm/ ihr geht, was er/ sie erreichen will.
• Ablauf einer Konfliktklärung: Dialog in dem jeder seinen Standpunkt vertritt und anschließend dem anderen zuhört, um auch den anderen Standpunkt zu verstehen; Konfliktdialog: echtes Zuhören und eigener Standpunkt ohne Vorwürfe, auf eigene Bedürfnisse gerichtet; Verständnis ist nicht gleich Einverständnis; danach Lösungssuche, die für beide Seiten möglich erscheint, dabei formuliert jeder was ihn/ ihr
wichtig ist; wenn möglich Verständigung auf einen Lösungsweg und Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt, ob Lösung gelungen ist.

- Sprachliche „Schubser“ verstärken Konflikte; GFK identifiziert Schubser (Urteile, Forderungen, Vergleiche, Verantwortung leugnen); sprachliche Wendungen wie „immer, nie, du musst, du bist“ usw., verschärfen Konflikte.

AB zur Übung der Prozesssprache (Giraffensprache) der GFK, mit Abgrenzung zur statischen Sprache (Wolfssprache) (Holler 2004, S.35-38)

Werkzeuge:
- Ich- Botschaften
- Echtes Zuhören
- Klare Aussagen treffen
- Feedback geben
- Mit 4- Ohren hören
- GFK

VII. Gespräche mit Schwerstkranken und Gespräche über Sterben und Tod
Frontalunterricht: Elisabeth Kübler- Ross; Biografie und Werk; Sterben als individueller Vorgang, der trotzdem Ähnlichkeiten zu anderen aufweist.
Trauermodell von Pisarski (2001)

Wie kann Interaktion mit Schwerstkranken aussehen? Sprache und falls nicht mehr oder nur teilweise vorhanden, non- verbale Kommunikation (Kübler- Ross 1987).

Frontalunterricht und Unterrichtsgespräch: Formen und Wirkung non- verbaler Kommunikation; Berührung und monologer Dialog.
Statt Rollenspiel Übungsbeispiel (Gestrich 2006, S.67-68)
Dialog lesen und Gesprächswerkzeuge identifizieren: Aktives Zuhören, Mitleiden, Information.
Kritische Diskussion: Mitleid muss Grenzen haben, eine professionelle Distanz bei gleichzeitiger Nähe ist zu erwerben.

Werkzeuge:
- Aktives Zuhören
- Nonverbale Kommunikation
- Bedenke: Es gibt keine Nicht-Kommunikation (Watzlawick)

Zusammenfassung dieses Themas.
Zusammenfassung des Seminars und Veranschaulichung an der Flip-Chart:
Was wurde bearbeitet, welche Techniken/ Werkzeuge stehen zur Verfügung, für welche Anlässe und mit welcher Überlegung. Das Thema Beratung und Anleitung muss verschoben werden.

Abschlussrunde und Verabschiedung.

**Niederschrift des Kommunikationsunterrichts vom 5.5.2008**

**VIII. Beratung und Anleitung**

Rollenspiel:
Zwei Berater der Suchtberatungsstelle beraten einen jungen Mann mit Alkoholproblemen. Der junge Mann kann nicht still sitzen, ist sehr unruhig, schnieft andauernd und versucht das Gespräch so schnell als möglich zu beenden. Er habe kein Problem, wenn seine Frau eines habe, sei das ihre Sache. Berater versucht Zusammenfassung über den Grund der Vorstellung in der Beratung, junge Mann zweifelt es an und betont mehrfach er habe kein Problem und schnieft dabei andauernd. Berater will Einsicht erzeugen durch Verweis auf Sorgen der Frau, was der junge Mann nicht annimmt. Berater gibt den Rat eine Therapie zu beginnen und händigt dem jungen Mann eine Therapieadresse aus. Dieser nimmt sie, steht auf und geht.
Eine weitere Klientin betritt das Beratungszimmer. Eine junge Frau, die wegen Medikamentenmissbrauch von ihrem Arbeitgeben geschickt wurde. Sie zeigt
keine Einsicht und beharrt darauf, ständig Schmerzen zu haben und deshalb Schmerzmittel einnehmen zu müssen. Erst der Verweis des Beraters, dass sie möglicherweise ihren Job verliere, wenn sie nichts unternehme, motiviert sie eine Therapeutin aufzusuchen.


Frontalunterricht:

- Abgrenzung der Begriffe Beratung, Patientenedukation, Patientenschulung, Compliance (Koch-Straube 2001)
- Definitionsversuch von Beratung
- Systematisierung von Beratung (Folie) (Harking 2005, S.74)
- Aufgaben von Beratung (Müller-Mundt et al. 2000)
- Ablauf einer Beratung (Koch-Straube 2001)
- Realität der Beratung in der Pflege (Müller-Mundt et al. 2000)

Werkzeuge:

- Adressatenbezogenheit immer bedenken
- Werte reflektieren
- Bedenke die fünf Axiome von Watzlawick
- Aktives Zuhören
- GFK
- Klare Aussagen treffen
- Feedback geben
- 4-Ohren Modell
- Pädagogische und didaktische Kenntnisse
- Fachwissen

Übungsbeispiel: Herr Paul (Koch-Straube 2001, S.95)
Anhang K: Fragebogen 1

Befragung zur Kommunikationsausbildung 01

1. Welche Erwartungen haben Sie an die Kommunikationsausbildung?

2. Für welche Gesprächssituationen möchten Sie etwas hinzulernen?

3. Für wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?
   sehr wichtig   wichtig   teils/teils   weniger wichtig   gar nicht wichtig

4. Wie kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/
   Gesprächsführung?
   sehr kompetent   kompetent   teils/teils   weniger kompetent   gar nicht kompetent

5. Wie reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden?
   D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.

6. Gelingt es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre
   Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)
   immer   meist   teils/teils   selten   gar nicht

7. Denken Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas
   Unvorhergesehenes ereignet?
   immer   meist   teils/teils   selten   gar nicht
   Welche Gedanken machen Sie sich?

8. Fühlen Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?
   ja   meist   teils/teils   eher nicht   gar nicht
   Welche Probleme erleben Sie?

9. Fühlen Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?
   ja   meist   teils/teils   eher nicht   gar nicht
   Welche Probleme erleben Sie?
10. **Fühlen** Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?
ja meist teils/teils eher nicht gar nicht
Welche Probleme erleben Sie?

11. **Fühlen** Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?
ja meist teils/teils eher nicht gar nicht
Welche Probleme erleben Sie?

12. **Fühlen** Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?
ja meist teils/teils eher nicht gar nicht
Welche Probleme erleben Sie?

13. **Wenn** Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?
ignorieren vergessen überlegen mit anderen reden Experten suchen

14. **Welche** Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?

15. **Belasten** Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?
sehr meist teils/teils eher nicht gar nicht
Welche Gedanken kommen Ihnen dabei in den Sinn?

Vielen Dank für Ihre Mühe zur Beantwortung der Fragen. G. Herzig-Walch
Anhang L: Fragebogen 2

Befragung zur Kommunikationsausbildung 02

1. **Werden** in der Kommunikationsausbildung solche Fachkenntnisse vermittelt, die Sie im Berufsalltag benötigen?
   ja  meist  teils/teils  eher nicht  gar nicht

Bemerkung:

2. **Wie** zufrieden Sind Sie mit der Kommunikationsausbildung?
   (Kommunikationsseminar und Unterrichtseinheiten)
   insgesamt  sehr  zufrieden  teils/teils  eher nicht  gar nicht
   bzgl. Unterrichtsgestaltung (theoretische & praktische Elemente)
   sehr  zufrieden  teils/teils  eher nicht  gar nicht
   bzgl. Unterrichtsmethoden (Gruppenphasen, Frontalunterricht, Rollenspiele)
   sehr  zufrieden  teils/teils  eher nicht  gar nicht
   bzgl. eigene Ideen/ Vorschläge einbringen zu können
   sehr  zufrieden  teils/teils  eher nicht  gar nicht

Bemerkung:

3. **Profitieren** Sie auch in nicht- beruflichen Lebenssituationen von Kenntnissen der Gesprächsführung?
   sehr  etwas  teils/teils  eher nicht  gar nicht

4. **Wie** kompetent fühlen Sie sich im Bereich Kommunikation/
   Gesprächsführung?
   sehr kompetent  kompetent  teils/ teils  weniger kompetent  gar nicht kompetent

5. **Wie** reagieren Sie, wenn Gesprächssituationen problematisch werden?
   D.h. Sie erreichen nicht das Ziel, das Sie in diesem Gespräch erreichen wollten.

6. **Gelingt** es Ihnen Ihre Gesprächsrolle zu wechseln, wenn sich Ihre Gesprächspartner ändern? (Z.B. Angehörige, Patienten, Ärzte)
   immer  meist  teils/teils  selten  gar nicht

7. **Denken** Sie über Gesprächssituationen länger nach, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet?
immer  meist  teils/teils  selten  gar nicht
Welche Gedanken machen Sie sich?

8. **Fühlen** Sie sich Beratungsgesprächen gewachsen?
ja  meist  teils/teils  eher nicht  gar nicht
Welche Probleme erleben Sie?

9. **Fühlen** Sie sich Gesprächen mit verwirrten Menschen gewachsen?
ja  meist  teils/teils  eher nicht  gar nicht
Welche Probleme erleben Sie?

10. **Fühlen** Sie sich Konfliktgesprächen gewachsen?
ja  meist  teils/teils  eher nicht  gar nicht
Welche Probleme erleben Sie?

11. **Fühlen** Sie sich Anleitungsgesprächen gewachsen?
ja  meist  teils/teils  eher nicht  gar nicht
Welche Probleme erleben Sie?

12. **Fühlen** Sie sich Gesprächen mit schwer kranken Menschen gewachsen?
ja  meist  teils/teils  eher nicht  gar nicht
Welche Probleme erleben Sie?

13. **Wenn** Sie eine Gesprächssituation überfordert, wie handeln Sie dann?
ignorieren  vergessen  überlegen  mit anderen reden  Experten suchen
14. **Welche** Strategien verfolgen Sie, wenn Sie Gespräche als schwierig erleben?

15. **Belasten** Sie Kommunikationsprobleme im Beruf?
sehr  meist  teils/teils  eher nicht  gar nicht
Welche Gedanken kommen Ihnen dabei in den Sinn?

16. **Für** wie wichtig halten Sie Gesprächsführung in Ihrem Beruf?
sehr wichtig     wichtig     teils/teils     weniger wichtig     gar nicht wichtig

Vielen Dank für Ihre Mühe zur Beantwortung der Fragen. G. Herzig- Walch
# Abkürzungsverzeichnis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Deutscher Ausdruck</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AltPflAPrV</td>
<td>Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungs-Verordnung</td>
</tr>
<tr>
<td>AltPflG</td>
<td>Altenpflegegesetz</td>
</tr>
<tr>
<td>BEA</td>
<td>Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen</td>
</tr>
<tr>
<td>BIBB</td>
<td>Bundesinstitut für Berufsbildung</td>
</tr>
<tr>
<td>BMBF</td>
<td>Bundesministerium für Bildung und Forschung</td>
</tr>
<tr>
<td>BMFSFJ</td>
<td>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</td>
</tr>
<tr>
<td>DBfK</td>
<td>Deutscher Berufsverband für Krankenpflege</td>
</tr>
<tr>
<td>DEKV</td>
<td>Deutscher Evangelischer Krankenhausverband</td>
</tr>
<tr>
<td>dip</td>
<td>Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung</td>
</tr>
<tr>
<td>DKG</td>
<td>Deutsche Krankenhausgesellschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>IAB</td>
<td>Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung</td>
</tr>
<tr>
<td>IAP</td>
<td>Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung; ehemals Institut für angewandte Pflegeforschung</td>
</tr>
<tr>
<td>IGF</td>
<td>Institut für gerontologische Forschung</td>
</tr>
<tr>
<td>IPP</td>
<td>Institut für Public Health und Pflegeforschung</td>
</tr>
<tr>
<td>KDA</td>
<td>Kuratorium Deutsche Altershilfe</td>
</tr>
<tr>
<td>KPS</td>
<td>Krankenpflegeschule</td>
</tr>
<tr>
<td>KrPflAPrV</td>
<td>Krankenpflege-Ausbildungs- und Prüfungs-Verordnung</td>
</tr>
<tr>
<td>KrPflG</td>
<td>Krankenpflegegesetz</td>
</tr>
<tr>
<td>MDK</td>
<td>Medizinischer Dienst der Krankenkassen</td>
</tr>
<tr>
<td>MDS</td>
<td>Medizinischer Dienst der Spitzenverbände</td>
</tr>
<tr>
<td>MGSFF</td>
<td>Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie</td>
</tr>
<tr>
<td>PQSG</td>
<td>Pflegequalitätssicherungsgesetz</td>
</tr>
<tr>
<td>QZ</td>
<td>Qualitätszirkel</td>
</tr>
<tr>
<td>RBS</td>
<td>Robert Bosch Stiftung</td>
</tr>
<tr>
<td>SGB</td>
<td>Sozialgesetzbuch</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDO</td>
<td>Wissenschaftliches Institut der AOK</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Verzeichnis der Tabellen

**Tab. 1:** Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (nach BMFSFJ 2002, S.167) .............................................................................. 28

**Tab. 2:** Begriffliche Kategorien für Qualifikation und Kompetenz (nach Erpenbeck & von Rosenstiel 2003, S.XXX) .......................................................... 125

**Tab. 3:** Veranschaulichung der drei Vorstellungen von Schlüsselqualifikationen mit der allgemeinen Systematisierung und der Differenzierung nach Erpenbeck & von Rosenstiel (2003) .......................................................... 133

**Tab. 4:** Gegenüberstellung der gewünschten, geschätzten und erlebten Förderung von Schlüsselqualifikationen im Modellversuch von Oelke & Menke .................................................................................................... 142

**Tab. 5:** Konstruktionsphasen eines Curriculums nach Bielefeld & Noska 2006 .......................................................................................................................... 219

**Tab. 5a:** Übertragung des Konstruktionsprozesses eines Curriculums auf die Kommunikationsinhalte ........................................................................................................... 220

**Tab. 6:** Systematik der Lerneinheiten für das Kommunikationshandbuch ........ 260

**Tab. 7:** Übersicht zur Evaluationsstudie ................................................................. 275

**Tab. 8:** Bezüge zu den Fragen des Fragebogens 1 .............................................. 280

**Tab. 9:** Bezüge zu den Fragen des Fragebogens 2 ................................................ 281

**Tab. 10:** Auswertungskategorien bzgl. Reflektiertheit ........................................ 296

**Tab. 11:** Bewältigungsstrategien gemäß Fragebogen 2 im zweiten Unterricht ................................................................. 304

**Tab. 12:** Vergleich der Ergebnisse von Fragebogen 1 und Fragebogen 2 des zweiten Unterrichts ........................................................................................................ 309

**Tab. 13:** Lernbereiche Kranken- und Kinderkrankenpflege ............................... 346

**Tab. 13a:** Aufgaben und Lernbereiche der Altenpflege ................................. 347
Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1: Kriterien und Bereiche des EFQM .................................................. 89
Abb. 2: Modell der Reflektiertheit ................................................................. 165
Abb. 3: Einteilung von Gesprächen nach Gesprächspartnern ....................... 354
Abb. 4: Sender- Empfänger- Modell ................................................................. 356