

Qualifizierung in Gesundheits- und Pflegeberufen

Im System bleiben – auch bei den
Gesundheitsberufen!

Zukunftsorientierte Pflegebildung

Kranken- und Altenpflege – was ist
dran am Mythos vom Ausstiegs- und
Sackgassenberuf?

Ein sektoraler Qualifikationsrahmen
für die Altenpflege

Soziale Kompetenzen von medizinischen
Fachangestellten messen

Gesundheitsförderung in der Pflege



EDITORIAL

- 3 Im System bleiben – auch bei den Gesundheitsberufen!**
Friedrich Hubert Esser

BERUFSBILDUNG IN ZAHLEN

- 4 Woher nehmen, wenn nicht stehlen?**
Qualifikationsreserven für die Pflege
Tobias Maier

**THEMENSCHWERPUNKT
QUALIFIZIERUNG IN GESUNDHEITS- UND PFLEGEBERUFEN**

- 6 Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen**
Maria Zöller
- 11 Eine zukunftsorientierte Pflegebildung?**
Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe
Frank Weidner, Thomas Kratz
- 16 Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf?**
Anja Hall
- 20 Qualifiziert in die Zukunft – Der Beitrag eines sektoralen Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Altenpflege**
Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundeborn
- 24 Soziale Kompetenzen von medizinischen Fachangestellten messen**
Entwicklung eines Verfahrens im Projekt CoSMed
Agnes Dietzen; Moana Monnier, Tanja Tschöpe
- 29 Die Mischung macht's! – Erfahrungen mit neuen Berufsprofilen Pflege in der Schweiz**
Iris Ludwig, Elke Steudter, Harry Hulskers
- 32 Gesundheitsförderung in der Pflege**
Herausforderungen bei der Umsetzung eines neuen Ausbildungsinhalts
Juliane Dieterich; Anika Skirl
- 36 Doppelqualifizierende Ausbildung für medizinische Fachberufe**
Bericht über einen Bremer Schulversuch
Gitta Lampe-Kowald
- 38 Kaufmännische Allrounder in der Apotheke?**
Zur Neuordnung der Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten
Christin Brings
- 40 Praxisanleitung in Pflegeberufen – Ein Ausbilder für alle?**
Michael Knese

Q DQR KONKRET

- 42 Der deutsche Referenzierungsbericht zur Umsetzung des DQR**
Ziele, Gegenstand und Verfahren
Sabine Gummersbach-Majoroh

WEITERE THEMEN

- 44 Berufswünsche und Erfolgchancen von Ausbildungsstellenbewerberinnen und -bewerbern mit Migrationshintergrund**
Ursula Beicht
- 49 Einsatz von Ausbildungsbausteinen: Ein Erfolgsmodell, wenn die Rahmenbedingungen stimmen**
Clive Hewlett
- 51 Berufspädagogische Qualifizierung der ausbildenden Fachkräfte**
Ralf Jansen, Ulrich Blötz

S RECHT

- 53 Reglementierte Berufe – Grundlagen, Formen und Bedeutung**
Thomas Wollnik

Rezensionen

Abstracts / Impressum

Autorinnen und Autoren

Sie finden diese BWP-Ausgabe im Internet unter www.bibb.de/bwp-6-2012

Dieser Ausgabe liegt eine Leserbefragung bei. Ihre Meinung ist uns wichtig, bitte beteiligen Sie sich! Den Fragebogen finden Sie auch im Internet unter www.bibb.de/bwp-Leserbefragung-2012



FRIEDRICH HUBERT ESSERProf. Dr., Präsident des Bundesinstituts
für Berufsbildung

Im System bleiben – auch bei den Gesundheitsberufen!

Liebe Leserinnen und Leser,

die Bildungsrepublik Deutschland wird zunehmend konkret. Nach Jahren der Stagnation im Bildungsbereich befindet sich Deutschland wieder in einer Bildungsexpansion. Die überdurchschnittliche Bildungsbeteiligung ist Beleg dafür, genauso wie die Tatsache, dass im Jahr 2010 der Anteil der Studienanfänger/-innen 45 Prozent eines Altersjahrgangs betrug. Damit hat sich der Anteil derjenigen, die eine akademische Ausbildung anstreben, innerhalb von zehn Jahren um mehr als zehn Prozentpunkte erhöht. Langfristig kann von einer Studienanfängerquote von knapp unter 50 Prozent ausgegangen werden, was in etwa doppelt so hoch ist wie noch 1995. Dennoch ist Aufmerksamkeit geboten.

KÜNFTIGE ENGPÄSSE AUF MITTLERER QUALIFIKATIONSEBENE

Während derzeit die Studierenden im ersten Hochschulsemester die Hörsäle überfüllen, sinkt die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge. Schreibt man diese Entwicklungen in die Zukunft fort, steigt sowohl anteilig an der gleichaltrigen Bevölkerung als auch absolut die Zahl des akademischen Neuangebots, während der mittlere Qualifikationsbereich rückläufig sein wird. Wie BIBB/IAB-Untersuchungen zeigen, wird es in den kommenden Jahren zu einem leicht steigenden Überangebot bei den akademischen qualifizierten Fachkräften kommen. Engpässe werden, so die BIBB/IAB-Prognosen, vor allem bei Fachkräften im mittleren Qualifikationsbereich auftreten. Durch den demografischen Effekt und durch steigende Studienanfängerquoten wird ihr Anteil an den Nachwuchskräften künftig zurückgehen und je nach Zuwanderungsvariante schon vor 2020, spätestens jedoch im Jahr 2025, unter dem Bedarf liegen. Hinsichtlich der tätigkeitsadäquaten Passung ergibt sich vor allem bei den Gesundheitsberufen ein Nachfrageüberschuss bis zum Jahr 2030.

Vor diesem Hintergrund sorgt der Vorschlag der EU-Kommission, als Eingangsvoraussetzung für die Krankenpflegeausbildung eine zwölfjährige abgeschlossene Schulbildung zu fordern, für Irritation, zumal eine solche Regelung den Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich weiter verschärfen würde.

VORTEILE DES DUALEN SYSTEMS NUTZEN!

In diesem Gesamtzusammenhang erscheinen zwei Botschaften aus Sicht der beruflichen Bildung besonders bedeutsam:

1. Die Bildungsexpansion darf nicht am Dualen System vorbeigehen! So wünschenswert hohe Studienanfängerquoten sind: Wenn sie dazu führen, dass in Deutschland die mittlere Fachkräfteebene wegbricht und ggf. die Studienabbrecherquoten weiter steigen, ist keinem damit gedient. In keinem anderen Land Europas haben Industrie und Handwerk eine solch hohe Bedeutung für die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft wie in Deutschland. So liegt bspw. der Anteil der Industrie an der Wertschöpfung hierzulande bei ca. 26 Prozent, in der EU durchschnittlich gerade mal bei 19,5 Prozent. Für die Umsetzung von DQR und EQR ist einmal mehr Eile geboten, da dadurch deutlich gemacht werden kann, dass höhere Bildung keine Frage des Abschlusses, sondern des Kompetenzniveaus ist, das man mit einer Ausbildung, sei es beruflich oder an der Hochschule, erwirbt. Zur weiteren Bildungsexpansion in Deutschland braucht es also mehr Absolventinnen und Absolventen mit Qualifikationen auf den DQR/EQR-Niveaus 5, 6, 7 oder auch 8 und nicht zwingend mehr Studierende an Hochschulen. Denn Qualifikationen auf diesen hohen Niveaus können auch in der beruflichen Bildung erworben werden!

2. Durch die Schaffung anforderungsgerechter Berufslaufbahnkonzepte ist der Akademisierung von Berufen entgegenzuwirken! Höhere Anforderungen der Arbeitswelt implizieren nicht zwingend die Akademisierung von Berufen. Die Ausgestaltung der Qualifikationsanforderungen in den Gesundheitsberufen im Rahmen von Berufslaufbahnkonzepten, in denen Aus- und Fortbildung systematisch miteinander verzahnt sind und ein Übergang in affine Studiengänge nach der Erreichung der zweiten Aufstiegsfortbildungsebene möglich ist, bietet genügend Spielraum für die geforderte Curriculumrevision. Und man bleibt im System, was eben nicht heißt, in alten Strukturen zu verharren, sondern die Vorteile weiter zu nutzen, die das Duale System für Wirtschaft und Gesellschaft in Deutschland bietet und es weltweit einzigartig macht! ■



Woher nehmen, wenn nicht stehlen? Qualifikationsreserven für die Pflege

TOBIAS MAIER

Wiss. Mitarbeiter im Arbeitsbereich
„Qualifikation, berufliche Integration und
Erwerbstätigkeit“ im BIBB

► Aufgrund der demografischen Entwicklung geht das Statistische Bundesamt von einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen aus, die nur über eine zunehmende Anzahl an Erwerbstätigen in den Pflegeberufen versorgt werden können. Trotz starker Berufstreue der Pflegefachkräfte und einer Erhöhung der Arbeitszeiten wird die sich schon jetzt abzeichnende Engpasssituation bis zum Jahr 2025 nicht zu entschärfen sein. Vor diesem Hintergrund beleuchtet der Beitrag die Frage, inwieweit der steigende Fachkräftebedarf im Bereich Pflege durch die Erschließung weiterer Qualifikationsreserven gesichert werden kann.

BESCHÄFTIGUNGSLÜCKE IN DEN PFLEGEBERUFEN

Bereits heute weisen sinkende Arbeitslosenquoten und die steigende Anzahl gemeldeter Stellen auf Engpasssituationen in den Pflegeberufen¹ hin (vgl. BA 2011, S. 12 ff.). Fachkräfte könnten deshalb künftig nicht mehr direkt aus den Erwerbssuchenden rekrutiert werden, vielmehr müssten Nicht-Erwerbspersonen in stärkerem Maße zu einer

Erwerbsbeteiligung motiviert werden. Auswertungen des Mikrozensus 2009 ergeben, dass rund 178.000 Personen² zwischen 15 und 59 Jahren zwar über eine mindestens einjährige Ausbildung in den Pflegeberufen verfügen, sich jedoch derzeit aus unterschiedlichen Gründen nicht um eine Erwerbstätigkeit bemühen. Geht man wie AFENTAKIS/MAIER (2010) von einer Beschäftigungslücke von rund 152.000 Beschäftigten („Status-Quo-Szenario“) im Jahre 2025 aus, so wird deutlich, dass auch die Aktivierung einer großen Zahl dieser Qualifikationsreserven den Bedarf nicht decken können, da sich im Jahre 2009 bereits knapp die Hälfte der 178.000 Nicht-Erwerbspersonen in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen befand.

Sofern sich das inländische Fachkräftepotenzial nicht erschließen lässt (wie z. B. durch höhere Erwerbsquoten von ausgebildeten Pflegekräften), wird die qualifikationspezifische Zuwanderung als ein adäquates Mittel betrachtet, um eine bestehende Fachkräftenachfrage zu befriedigen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011). Das am 1. April 2012 in Kraft getretene Gesetz zur „Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbenen beruflichen Qualifikationen und Berufsabschlüssen“³ soll hierzu einen Beitrag leisten, indem es die Anerkennung von Berufsabschlüssen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz (den sogenannten Drittstaaten) erleichtert. Im Folgenden wird daher der Frage nachgegangen, inwieweit Pflegeberufe durch Qualifikationserwerb außerhalb der Bundesrepublik profitieren.⁴

CHANCEN DURCH QUALIFIKATIONS- SPEZIFISCHE ZUWANDERUNG

Die Tabelle zeigt für das Berichtsjahr 2009 des Mikrozensus, in welchen Berufen die in Deutschland Erwerbstätigen ihren höchsten beruflichen Abschluss erworben haben. Es werden nur Erwerbstätige beachtet, denen über die Hauptfachrichtung und das Qualifikationsniveau ein beruflicher Abschluss entsprechend der KldB 1992 zugeordnet (zum Verfahren vgl. BOTT u. a. 2010) und das Herkunftsland identifiziert werden konnte. Dabei wird unterschieden, ob der berufliche Abschluss von gebürtigen Deutschen bzw. in Deutschland erworben wurde oder ob die Qualifikation der Migranten bereits vor dem Zuzug nach Deutschland erfolgte (vgl. auch SCHANDOCK/BREMSER 2012).

Rund fünf Prozent der Erwerbstätigen mit einem beruflichen Abschluss haben diesen vor dem Zuzug nach Deutschland erworben. Auffällig ist, dass im Vergleich zur Verteilung der Berufsabschlüsse gebürtiger Deutscher bzw. der in Deutschland erworbenen Berufsabschlüsse der Anteil der ausländischen Berufsabschlüsse in den „produktionsbezogenen Berufen“ (32,8 % zu 28,8 %) als auch in den „sekundären Dienstleistungsberufen“ (46,5 % zu 39,3 %) sowohl aus den europäischen als auch aus den nicht europäischen Ländern größer ist. Auch in Pflegeberufen liegt der Anteil der ausländischen Berufsabschlüsse aus fast allen Herkunftsländern (außer Türkei) über dem Anteil der deutschen Abschlüsse. Dies zeigt, dass unter den nach Deutschland zugewanderten Arbeitsmigrantinnen und -migranten der Anteil an ausgebildeten Pflegekräften (4,1%) höher ist als unter den Personen mit einem deutschen Berufsabschluss (3,8 %). So haben rund sechs Prozent der ausgebildeten Pflegekräfte

1 Hier: Berufsordnungen 853 „Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, 854 „Gesundheits- und Krankenpflegehelferin/-helfer“ und 864 „Altenpflegerin/Altenpfleger“ der Klassifikation der Berufe 1992 (KldB 1992).

2 Zum Vergleich: Die Gesundheitspersonalrechnung des Bundes weist für das Jahr 2009 rund 1.479.000 Beschäftigte in den Pflegeberufen aus. Dies entspricht rund 1.083.000 Vollzeitäquivalenten.

3 Vgl. BGBl I Nr. 63 v. 12.12.2011, S. 2515–2552.

4 Die Ausführungen zur Migration in den Pflegeberufen basieren auf Überlegungen im Zusammenhang mit einem in Kürze im Bundesgesundheitsblatt erscheinenden Artikel zum Thema „Arbeitsmigration in Pflegeberufen“ von Anja Afentakis (Statistisches Bundesamt) und Tobias Maier.

Tabelle **Berufsabschlüsse im Ausland nach Herkunftsland und Berufshauptfeld**

	Fallzahl ¹⁾	Produktions- bezogene Berufe	Primäre Dienst- leistungsberufe	Sekundäre Dienstleistungsberufe			
				Insgesamt	Darunter: Gesundheits- und Sozialberufe, Körperpfleger		
					Insgesamt	Nur Pflegeberufe	Ohne Pflegeberufe
Berufsabschluss in Deutschland bzw. gebürtiger Deutscher	242.804	28.8%	31.9%	39.3%	15.9%	3.8%	12.1%
Berufsabschluss im Ausland	11.907	32.8%	20.7%	46.5%	12.7%	4.1%	8.5%
Darunter: EU 27	5.227	34.5%	19.2%	46.2%	12.7%	3.8%	8.9%
Darunter: ²⁾ Polen	2.189	45.7%	18.3%	35.9%	12.3%	4.9%	7.5%
Nicht EU 27	6.680	31.4%	21.9%	46.7%	12.6%	4.4%	8.2%
Darunter: ²⁾ Kasachstan	1.048	39.9%	25.8%	34.4%	11.6%	4.4%	7.2%
Kroatien	312	43.5%	28.1%	28.4%	14.9%	9.2%	5.7%
Russische Föderation	2.095	33.1%	23.5%	43.5%	12.5%	3.8%	8.6%
Türkei	512	48.5%	20.5%	31.0%	7.1%	1.8%	5.3%
Gesamt	254.711	29.1%	31.3%	39.7%	15.7%	3.9%	11.9%

1) Die Fallzahl gibt zur Einschätzung der Verlässlichkeit der Ergebnisse die tatsächliche Stichprobengröße wieder. Hier werden nur Erwerbstätige beachtet, denen über die Hauptfachrichtung und das Qualifikationsniveau ein beruflicher Abschluss entsprechender der KldB 1992 zugeordnet (zum Verfahren vgl. BOTT u. a. 2010) und das Herkunftsland identifiziert werden konnte. Die Prozentwerte wurden auf Basis der hochgerechneten Werte ermittelt.

2) Es werden nur Herkunftsländer mit einer ausreichend großen Fallzahl einzeln betrachtet.

Quelle: Mikrozensus 2009, eigene Berechnungen

ihren Abschluss im Ausland erworben. Der deutsche Arbeitsmarkt profitiert demnach in den Pflegeberufen von qualifizierter Zuwanderung, wenngleich die Gesamtzahl der mit Berufsabschluss zugewanderten Pflegekräfte mit hochgerechnet rund 70.000 Personen relativ gering ist und über die Anerkennung des Berufsabschlusses keine Aussagen getroffen werden können. Hervorzuheben ist bei den Pflegeberufen die berufsspezifische Zuwanderung aus Kroatien. Hier stellen gelernte Pflegekräfte fast ein Zehntel der mit Berufsabschluss nach Deutschland Zugewanderten. Eine seit dem 1. Januar 2005 für Kroatien bestehende Vereinbarung der BA mit der Arbeitsverwaltung Kroatiens über die Anwerbung von Pflegepersonal und der Anerkennung der Ausbildungen als „Krankenschwester/-pfleger“ bzw. „Kinderkrankenschwester/-pfleger“ (vgl. BA 2005) könnte diesen Austausch befördern.

MOBILISIERUNG DES FACHKRÄFTEPOTENZIALS DURCH POLITISCHE MASSNAHMEN FLANKIEREN

Die Auswertungen des Mikrozensus 2009 zeigen, dass rund 178.000 in Deutschland lebende Personen zwi-

schen 15 und 59 Jahren eine mindestens einjährige Ausbildung in den Pflegeberufen absolviert haben, jedoch nicht am Erwerbsleben teilnehmen. Ein Teil dieser Personen müsste künftig durch politische Maßnahmen zu einer Beteiligung am Erwerbsleben bewegt werden, um das Angebot an Pflegekräften dem zunehmenden Bedarf anzupassen. Angesichts des hohen Anteils weiblicher Pflegekräfte (84% nach Berechnungen von AFENTAKIS/MAIER 2010, S. 995) könnte dies z. B. durch eine flächendeckende Versorgung von Kinderbetreuungsstätten geschehen. Zusätzlich wird es aber auch notwendig sein, Jugendliche zu einer Ausbildung in den Pflegeberufen zu motivieren und weiterhin bestehende Engpässe über qualifikations-spezifische Zuwanderung zu steuern. Regelmäßige Anwerbe- und Anerkennungsverfahren könnten die Chance erhöhen, dass qualifizierte Pflegefachkräfte den Weg nach Deutschland finden. Auch die seit dem 1. Mai 2011 geltende volle Arbeitnehmerfreizügigkeit für die im Jahre 2004 beigetretenen osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten kann einen Beitrag dazu leisten, das Fachkräfteangebot in den Pflegeberufen am deutschen Arbeitsmarkt zu erhöhen.

So stellte z. B. Polen bereits 2009 die meisten im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte. ■

Literatur

AFENTAKIS, A.; MAIER, T.: *Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen 2025*. In: *Wirtschaft und Statistik* 11/2010, S. 990–1002

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: *Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*. Nürnberg 2011

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: *Merkblatt zur Vermittlung von Pflegepersonal aus Kroatien nach Deutschland*. Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV). Bonn 2005

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES: *Fachkräftesicherung. Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung*. Berlin 2011

BOTT, P. u. a.: *Datengrundlagen und Systematiken für die BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsfeldprojektion*. In: HELMRICH, R.; ZIKA, G. (Hrsg.): *Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025*. Bielefeld 2010, S. 63–80

SCHANDOCK, M.; BREMSER, F.: *Der Beitrag des Annerkennungsgesetzes zur Bewältigung des Fachkräftemangels*. In: *BWP* 41 (2012) 5, S. 11–14 – URL: www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/6945 (Stand: 08.10.2012)

STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER: *Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und Ländern*. Wiesbaden 2010



Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen

► Mit rund 4,8 Millionen Beschäftigten ist das Gesundheitswesen der größte und expansivste Wachstums- und Beschäftigungsmarkt in Deutschland. Veränderungen der Versorgungsbedarfe als Folge des demografischen Wandels, zunehmende Komplexität des Versorgungsauftrags und neue Anforderungen an Interprofessionalität sind die Herausforderungen der Zukunft. Sie haben Auswirkungen auf die zukünftigen Qualifikationserfordernisse und damit auch auf die Qualifizierung. Doch welche (Qualifizierungs-)Wege führen in das Gesundheitswesen? Der Beitrag strukturiert und systematisiert die heterogene und unübersichtliche Landschaft der nicht akademischen Ausbildungsberufe und stellt – ausgehend von den unterschiedlichen Rechtsgrundlagen – die relevanten Ausbildungsgänge mit derzeit insgesamt ca. 330.000 Schülerinnen und Schülern bzw. Auszubildenden (berufsbildungs-)systemübergreifend dar (vgl. Abb. 1.). Darstellungen zu Weiterbildungsoptionen, zu aktuellen Entwicklungen und ein Ausblick auf die mögliche Weiterentwicklung der Berufsbildung in diesem Bereich runden den Beitrag ab.



MARIA ZÖLLER

Wiss. Mitarbeiterin im Arbeitsbereich
„Unternehmens- und personenbezogene
Dienstleistungsberufe/Ausschuss für Fragen
behinderter Menschen“ im BiBB

Drei Wege der Ausbildung

Der Gesundheitssektor als größter Wirtschaftszweig in Deutschland bietet Beschäftigungs- und Karrieremöglichkeiten in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern. Laut Bundesagentur für Arbeit ist bereits jeder zehnte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in einem Gesundheits- oder Pflegeberuf tätig (vgl. BA 2011, S. 3). Eine Vielzahl an Aus- und Weiterbildungsoptionen auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen steht jungen Menschen offen.

GESUNDHEITSFACHBERUFE/HEILBERUFE (AUSSERHALB BBIG/HWO)

Die erste und quantitativ stärkste Qualifizierungssäule (183.823 Schüler/-innen im Schuljahr 2010/2011) steht für den Bereich der 17 Gesundheitsfachberufe. Die Ausbildungen in diesen nicht akademischen Heilberufen erfolgen auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze (z. B. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger – HebG oder Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten – ErgThG) sowie den entsprechenden bundesgesetzlich geregelten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Die Ausbildungsdauer in Gesundheitsfachberufen beträgt in den meisten Ausbildungsgängen drei Jahre (vgl. Abb. 2).

Um in einem dieser Heilberufe arbeiten zu dürfen, bedarf es der Erlaubnis. Die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, die in den jeweiligen Berufsgesetzen verankert sind (vgl. Kasten).

Voraussetzung zum Führen der Berufsbezeichnung

Die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller/die Antragstellerin

- nach der vorgegebenen Ausbildungszeit die Prüfung bestanden hat,
- sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt,
- nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und
- über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

(vgl. § 2 Abs. 1 der jeweiligen Berufsgesetze)

Für die Gesetzgebung der Zulassung zu den Heilberufen („Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen gemäß Art. 74 Absatz 1 Nr. 19 GG“) ist der Bund zuständig (vgl. Bund-Länder-AG 2012, S. 43).

DUALE BERUFE IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG (GEMÄSS BBIG/HWO)

Die zweite Qualifizierungssäule (102.876 Auszubildende) steht für die dualen Gesundheitsberufe, die auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes bzw. der Handwerksordnung ausgebildet werden. Die Ausbildung erfolgt an den beiden Lernorten Betrieb und Berufsschule auf der Grundlage bundeseinheitlicher Ausbildungsordnungen und der entsprechenden Rahmenlehrpläne für den Berufsschulunterricht und beträgt in der Regel 36 Monate (vgl. Abb. 3, S. 8).

LANDESRECHTLICH GEREGLTE BERUFE IM GESUNDHEITSWESEN (AUSSERHALB BBIG/HWO)

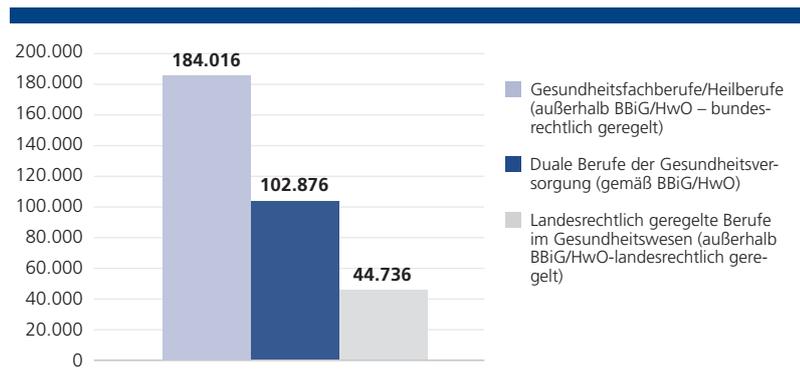
Die dritte Qualifizierungssäule (44.736 Schüler/-innen) ist gekennzeichnet durch landesrechtlich geregelte Berufsabschlüsse auf der Grundlage der jeweiligen Schulgesetze. Die Ausbildungsdauer der Bildungsgänge liegt zwischen 24 und 36 Monaten. Die Ausbildungsgänge an Berufsfachschulen sind Angebote der Länder und werden nur in einzelnen Bundesländern mit z. T. unterschiedlichen Abschlussbezeichnungen angeboten (vgl. KMK 2012 a u. b). Die Ausbildungen in der Altenpflegehilfe sowie in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe werden überwiegend an Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Die höchste Auszubildendenzahl ist im Schuljahr 2010/2011 in der Ausbildung zum Sozialassistenten/zur Sozialassistentin zu verzeichnen (vgl. Abb. 4, S. 8).

Berufliche Weiterbildung – ein heterogenes Feld

Die berufliche Weiterbildung im Kontext des Gesundheitswesens ist ebenfalls sehr heterogen und im Hinblick auf die unterschiedlichen Säulen der Erstausbildung differenziert zu betrachten. Angesichts der Heterogenität bezieht sich die folgende Darstellung nur auf die geregelte berufliche Fort- und Weiterbildung mit Abschlüssen nach Bundes- oder Landesrecht und zeigt exemplarisch Weiterbildungsoptionen in diesem Bereich auf.¹

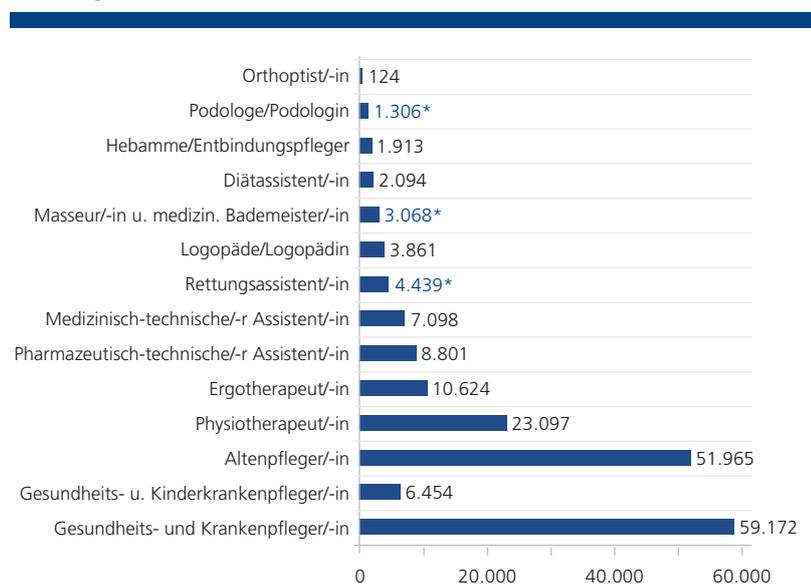
Die geregelte berufliche Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (bzw. im Bereich der Heilberufe) ist gekennzeichnet durch eine Weiterbildungsstruktur mit einerseits landesrechtlich geregelten *Fachweiterbildungen*

Abbildung 1 Schüler/-innen bzw. Auszubildende in Berufen der Gesundheitsversorgung 2010/2011



Eigene Berechnungen des BIBB auf der Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Erhebung zum 31.12.)

Abbildung 2 Schüler/-innen in Gesundheitsfachberufen 2010/2011



* zweijährige Ausbildungen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11 Reihe 2, Bildung und Kultur, 2010/2011

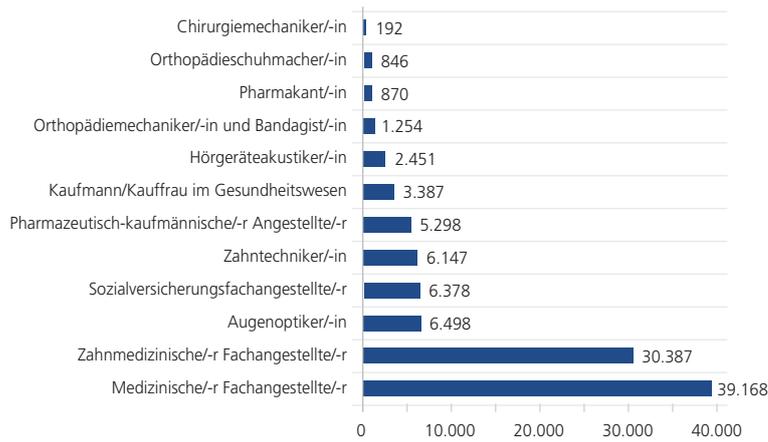
Anm.: Die Ausbildung medizinisch-technische/-r Assistent/-in erfolgt in den vier verschiedenen Berufen „Medizinisch-technische/-r Laboratoriumsassistent/-in, Medizinische/-r Radiologieassistent/-in, Medizinisch-technische/-r Assistent/-in für Funktionsdiagnostik sowie Veterinärmedizinisch-technische/-r Assistent/-in“. In der Gesamtzahl von 6.905 Schüler/-innen ist die Schülerzahl des Berufs Veterinärmedizinisch-technische/-r Assistent/-in (193 Schüler/-innen) nicht berücksichtigt.

(u. a. die Weiterbildung zum/zur Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Intensivpflege und Anästhesie bzw. zum/zur Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in für Intensivpflege und Anästhesie, oder die Weiterbildung zum/zur Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Psychiatrie) und andererseits landesrechtlich geregelten *Funktionsweiterbildungen* (u. a. die Weiterbildung zum/zur Leiter/-in einer Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen), wobei die Abschlussbezeichnungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sind.

Im Bereich der Weiterbildung für die dualen Berufe der Gesundheitswirtschaft stehen entsprechende bundesrechtlich geregelte Aufstiegsfortbildungen zur Wahl. So bieten sich im Gesundheitshandwerk die entsprechenden Meister-

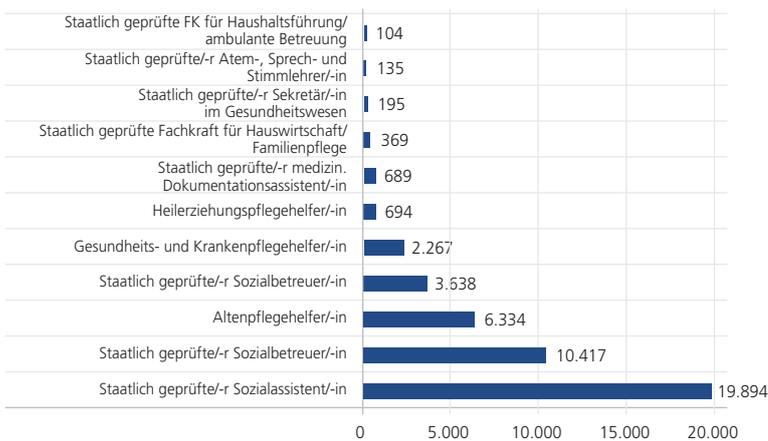
¹ Auf die Vielfalt der Weiterbildungsoptionen ohne bundes- oder landesrechtliche Regelung sei an dieser Stelle ergänzend hingewiesen.

Abbildung 3 Auszubildende in dualen Berufen der Gesundheitsversorgung 2010



Quelle: „Datensystem Auszubildende“ des Bundesinstituts für Berufsbildung auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Erhebung zum 31.12.); Absolutwerte aus Datenschutzgründen auf ein Vielfaches von 3 gerundet; der Gesamtwert kann deshalb von der Summe der Einzelwerte abweichen.

Abbildung 4 Schüler/-innen in landesrechtlich geregelten Berufen im Gesundheitswesen 2010/2011



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11 Reihe 2, Bildung und Kultur, 2010/2011

fortbildungen an (Augenoptikermeister/-in, Zahntechnikermeister/-in etc.). Für Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte und die kaufmännischen Gesundheitsberufe steht u. a. die seit 2011 bundesrechtlich geregelte Fortbildung zum/zur Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen offen. Eine weitere Option im Bereich des Gesundheitswesens bietet auch die bundesrechtlich geregelte Fortbildung zum/zur geprüften Pharma-Referenten/-in. Darüber hinaus werden je nach Bundesland Weiterbildungsgänge an Fachschulen als Einrichtungen der beruflichen Weiterbildung u. a. im Bereich Heilpädagogik angeboten (vgl. KMK 2012 b).

Relevante Entwicklungen im Gesundheitswesen

Berufe im Gesundheitswesen sind von der demografischen Entwicklung in zweifacher Hinsicht betroffen: Einerseits steigt durch die Alterung der Bevölkerung und dem damit verbundenen veränderten Krankheitsspektrum die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit auch der Fachkräftebedarf – andererseits führt parallel dazu der Geburtenrückgang künftig zu einer sinkenden Zahl jugendlicher, die einen Beruf im Gesundheitswesen aufnehmen. In der Altenpflege ist der Fachkräftemangel bereits angekommen und erstreckt sich auf nahezu alle Bundesländer. Im Bundesdurchschnitt waren im Jahr 2011 Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte 110 Tage vakant. Lediglich in Brandenburg erfolgte die Stellenbesetzung zeitnäher (vgl. BA 2011, S. 16).

Nach Ansicht des Wissenschaftsrats führen der demografische Wandel mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen sowie epidemiologische Veränderungen wie die Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) zu einer quantitativen Ausweitung und qualitativen Veränderung der Versorgungsbedarfe. Mit zunehmendem Alter sind in der Regel ein Anstieg der Gesundheitsprobleme und das Risiko der Pflegebedürftigkeit verbunden. Darüber hinaus nehmen chronische Erkrankungen bereits bei Kindern und Jugendlichen zu. Aus dem medizinischen Fortschritt und den damit verbundenen neuen Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie resultieren eine zunehmende Komplexität des Versorgungsauftrags sowie die Notwendigkeit einer kooperativ organisierten Gesundheitsversorgung mit neuen Anforderungen an Interprofessionalität (vgl. Wissenschaftsrat 2012, S. 8).

Welche Konsequenzen ergeben sich für die Berufsbildung?

Mit dem Ziel, zukünftige Veränderungen der Qualifikationsanforderungen im Gesundheitswesen zu ermitteln, wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) die Studie „Zukünftige Qualifikationsanforderungen bei beruflichen Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene im Bereich Public Private Health“ durchgeführt (vgl. INFAS/WIAD 2011). In Anlehnung an die Ergebnisse der im September 2011 veröffentlichten Studie werden exemplarisch drei Aspekte herausgestellt, die insbesondere für die berufliche Bildung in Gesundheitsberufen mit unmittelbarem Patientenbezug relevant sind.

GESTIEGENE ANFORDERUNGEN AN BERATUNG UND KOORDINATION

Laut Früherkennungsstudie ist insbesondere mit dem Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen eine Fülle von neuen Anforderungen verbunden. Neben der Schaffung eigenständiger Koordinationsleistungen wird auch die Bedeutung der Beratung über wohnortnahe Versorgungsangebote betont. Darüber hinaus wird die Beratung und anleitende Unterstützung von Angehörigen älterer, insbesondere demenziell erkrankter Menschen als unverzichtbare Aufgabe angesehen (vgl. INFAS/WIAD 2011, S. 6). Auch die Fähigkeit, in multiprofessionellen Teams zusammen zu arbeiten, werde zunehmend wichtiger. „Teamfähigkeit, interprofessionelle Kooperation, aber auch Konfliktmanagement und Moderation werden mithin zu einem wichtigen Rüstzeug, das es bereits im Rahmen der Berufsausbildung zu vermitteln gilt.“ (ebd. 2011, S. 52)

Der Wissenschaftsrat konstatiert in seinen aktuellen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, dass die Komplexität in den Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapieberufe (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie) und des Hebammenwesens vor allem im Hinblick auf Patientenedukation und Beratung, Versorgung mit vermehrt technischer Unterstützung sowie die Versorgungssteuerung gestiegen ist (vgl. Wissenschaftsrat 2012, S. 8).

Im Kontext der Weiterentwicklung der Pflegeberufe mit der geplanten Zusammenführung der drei Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege wird ebenfalls auf die zunehmende Bedeutung von Beratung und Begleitung sowie koordinierenden und evaluierenden Aufgaben hingewiesen (vgl. Bund-Länder-AG 2012, S. 7/29; WEIDNER/KURTZ in diesem Heft).

Mit den gestiegenen Anforderungen an Beratung, Anleitung und Koordination steigen die Anforderungen an Sozial- und Personalkompetenz der Fachkräfte im Gesundheitswesen. Insbesondere im Kontext physisch und psychisch anspruchsvoller Versorgungsprozesse, in denen die spezifischen Bedürfnisse und Belange der Patientinnen und Patienten aller Altersstufen zu berücksichtigen sind, stehen Fachkräfte auch vor der Herausforderung, mit den eigenen Ressourcen im Hinblick auf Erhalt der eigenen Gesundheit kompetent umzugehen.

ZUNEHMENDE BEDEUTUNG VON PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Eine konsequente Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in die Gesundheitsförderung und Prävention wird laut Früherkennungsstudie als notwendig angesehen. In diesem Zusammenhang wird betont, dass die Fachkräfte zusätz-

liche gesundheitspsychologische Kompetenzen benötigen, die es ihnen erlauben, „[...] gemeinsam mit den Zielpersonen kommunikativ zu einer Reflexion und ggf. Revision individueller Verhaltensweisen zu kommen“ (INFAS/WIAD 2011, S. 11).

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept, das sowohl bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und Gesundheitspotenziale der Menschen als auch auf allen gesellschaftlichen Ebenen (Mehrebenenansatz²) ansetzt. Bereits in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel formuliert, „[...] allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, S. 1). In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion werden insbesondere der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine zentrale Rolle zugeschrieben.

Für die dargestellten Berufe der Gesundheitsversorgung könnten im Bereich der Gesundheitsförderung wichtige neue Aufgaben und Handlungsfelder entstehen.

NEUE AUFGABEN DURCH DELEGATION ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN

„Die wohnortnahe medizinische Versorgung ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems. Aber schon heute stehen nicht mehr in allen Regionen genügend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung.“ (BMG 2011, S. 1) Vor diesem Hintergrund weist die Studie zu künftigen Qualifikationserfordernissen bereits darauf hin, dass sich angesichts der Veränderungen und der zunehmenden Unterversorgung im ländlichen Raum künftig auch neue Aufgaben für Fachkräfte nicht akademischer Gesundheitsberufe ergeben werden.

Am 22.03.2012 trat die „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft. Sie legt fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachkräfte im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Laut Eckwertepapier für das

² Die fünf zentralen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung sind:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
2. Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten,
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen,
4. Entwicklung persönlicher Kompetenzen und
5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

neue Pflegeberufegesetz wird im Grundsatz davon ausgegangen, dass die diesbezügliche Qualifikation zur eigenverantwortlichen Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte in der akademischen Ausbildung erworben wird (vgl. Bund-Länder AG 2012, S. 5; WEIDNER/KURTZ in diesem Heft).

Nach Auffassung des Wissenschaftsrats reicht die derzeitige Ausbildung in Gesundheitsfachberufen an berufsbildenden Schulen nicht mehr aus, die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse zu vermitteln.

„Vor dem Hintergrund einer in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden Komplexitätszunahme, einer sich verändernden Arbeitsteilung und der zunehmenden Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit hält es der Wissenschaftsrat für geboten, die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden“ (Wissenschaftsrat 2012, S. 81).

Auch der Vorschlag der Europäischen Kommission, die Zulassung zur Ausbildung für die Ausbildungen in der Krankenpflege und im Hebammenwesen auf eine zwölfjährige Schulbildung zu erhöhen, nimmt auf die gestiegenen Anforderungen Bezug. *„Die Berufszweige Krankenpflege und Hebamme haben sich in den letzten drei Jahrzehnten deutlich weiterentwickelt: Durch die gemeinschaftsorientierte Gesundheitsversorgung, den Einsatz komplexerer Therapien und der sich ständig weiterentwickelnden Technologie wird die Übernahme von mehr Verantwortung bei Krankenpflegekräften und Hebammen vorausgesetzt. [...] Daher sollte die Zulassungsvoraussetzung für diese Ausbildung auf eine allgemeine Schulausbildung von zwölf Jahren oder eine bestandene Prüfung von gleichwertigem Niveau erhöht werden“*. (Europäische Kommission 2011, S. 19)

Ausblick – was ist zu tun?

Die eingangs dargestellten Gesundheitsberufe leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Aktuell führen Veränderungen im Gesundheitswesen zu neuen Anforderungen an die berufliche Qualifikation der Beschäftigten. Die drei Säulen der Qualifizierung in nicht akademischen Berufen des Gesundheitswesens stehen sowohl im Bereich der Ausbildung als auch im Bereich der Weiterbildung weitestgehend isoliert nebeneinander. Unterschiedliche Rechtsgrundlagen und unterschiedliche landes- und bundesrechtliche Zuständigkeiten führen zu säulenspezifischen Weiterentwicklungen im Bereich der beruflichen Bildung. Horizontale und vertikale Durchlässigkeit ist nur eingeschränkt gegeben. Offen bleibt die Frage, wie im Spannungsfeld von gestiegenen Anforderungen im Beschäftigungssystem, der Diskus-

sion um die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe sowie den Entwicklungen im europäischen Kontext eine zukunftsgerechte berufliche Bildung gestaltet werden kann. Chancen für Modernisierung und Weiterentwicklung könnten möglicherweise in einer gemeinsamen Ausrichtung auf die aktuellen und künftigen Anforderungen liegen. Berufsbilder müssen neu gedacht werden! Mit Blick auf eine optimale Gesundheitsversorgung ist ein systemübergreifendes, hinsichtlich berufsspezifischer Aufgaben und Verantwortungsbereiche aufeinander abgestimmtes Aus- und Weiterbildungssystem unverzichtbar – mit neuen Aufgabenfeldern für die Erfordernisse von morgen. ■

Literatur

- BIBB: „Datensystem Auszubildende“ des BIBB auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Erhebung zum 31.12.)
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg 2011 – URL: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf (Stand: 09.10.2012)
- BUND-LÄNDER-ARBEITSGRUPPE: „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“: Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes vom 01.03.2012. Berlin 2012 – URL: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunkt Papier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf (Stand: 09.10.2012)
- BMG: Für eine gute Versorgung. In: Gesundheitspolitische Informationen (GP) Nr. 3/2011. Berlin 2011
- EU-KOMMISSION: Vorschlag für Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2006/36 EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung [...] über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssystems. Brüssel 19.12.2011, KOM (2011) 883 endgültig
- INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT GMBH (INFAS); WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (WIAD): Zukünftige Qualifikationsanforderungen bei beruflichen Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene im Bereich Public Private Health. Bonn 2011
- KMK: Dokumentation der Kultusministerkonferenz über landesrechtlich geregelte Berufsabschlüsse an Berufsfachschulen (Beschluss des Unterausschusses für Berufliche Bildung vom 26.01.2012) [zit. 2012 a]
- KMK: Rahmenvereinbarung über Fachschulen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.11.2002 i. d. F. vom 02.03.2012), Beschluss Nr. 430 – URL: www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2002/2002_11_07-RV-Fachschulen.pdf (Stand: 09.10.2012) [zit. 2012 b]
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Fachserie 11, Reihe 2 Bildung und Kultur. Berufliche Schulen 2010/2011
- WHO: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 – URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand: 09.10.2012)
- WISSENSCHAFTSRAT: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin 2012 – URL: www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (Stand: 09.10.2012)

Eine zukunftsorientierte Pflegebildung?

Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe

► Aufgrund der demografischen Entwicklung hin zu einer Gesellschaft des längeren Lebens bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl an erwerbsfähigen Erwachsenen in Deutschland werden die Anforderungen an die Pflegeberufe weiter steigen. Erforderlich sind daher angemessene und flexible Qualifizierungswege, die auf die zukünftigen Pflegebedarfe und die entsprechenden Angebote ausgerichtet sind. Eine dazu im Jahr 2010 eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat Anfang 2012 ein Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe vorgelegt, auf dessen Grundlage ein neues Pflegeberufegesetz entstehen soll. Dies findet vor dem Hintergrund europäischer Entwicklungen mit dem Ziel statt, die Zugangsvoraussetzungen zu den Pflegeberufen anzuheben. Im Beitrag werden Kernaussagen des Eckpunktepapiers vorgestellt und hinsichtlich ihrer Zukunftsorientierung diskutiert.



FRANK WEIDNER

Prof. Dr., Gründungsdekan der Pflege-wissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar



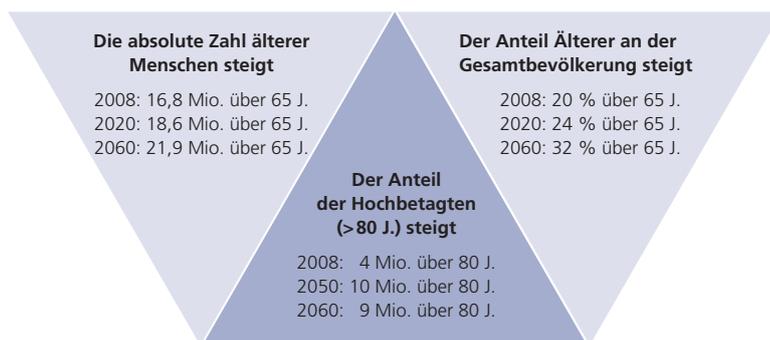
THOMAS KRATZ

Fachleiter für Gesundheit und Pflege am Staatlichen Studienseminar für berufsbildende Schulen in Neuwied

Herausforderung demografischer Wandel

Der wachsende Anteil älterer Menschen sowie die Veränderungen innerhalb der Seniorengruppe (vgl. Abb. 1) zeichnen bereits heute ein anderes Bild des Alters, der Pflegebedürftigen und Patientinnen und Patienten.

Abbildung 1 Dreifaches Altern



(vgl. NAEGELE 2012, Daten: Statistisches Bundesamt 2012, S. 14 ff.)

Alle Prognosen deuten darauf hin, dass vor diesem Hintergrund der Pflegebedarf in den nächsten Jahren weiter steigen wird. Zugleich nehmen die familiären Potenziale sowie der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung ab, wobei der Anteil der beschäftigten Frauen weiter ansteigen wird. Die professionelle Pflege wird somit zunehmenden Anforderungen an Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsbedarfen bei Pflegebedürftigen, Patientinnen/Patienten und ihren Netzwerken gegenüberstehen.

Das Erfassen und Steuern von zunehmend komplexeren Pflege- und Behandlungssituationen verlangt umfassende und in Teilen auch auf wissenschaftlicher Basis erworbene Kompetenzen. Auf der anderen Seite wird es bei der Abnahme der erwerbsfähigen Bevölkerung zusehends schwieriger, die für den steigenden Pflegebedarf notwendigen Fachkräfte zu gewinnen. Somit muss die Pflegeausbildung von morgen so ausgestaltet werden, dass sie die gesellschaftlichen Veränderungen antizipiert und die damit verbunde-

nen erhöhten und komplexeren Behandlungs- und Betreuungsbedarfe frühzeitig berücksichtigt. Ebenso braucht es innovative Konzepte, die die vorhandenen Ressourcen besser miteinander verzahnen. Gleichzeitig muss das Berufsfeld so attraktiv werden, dass sich junge Menschen dafür wieder vermehrt begeistern können.

Pflegeausbildungen in Deutschland

Bis 2003 waren in Deutschland die Pflegeausbildungen unterschiedlich und nicht alle bundeseinheitlich geregelt. Während die Ausbildungen der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege bereits über ein Bundesgesetz geregelt wurden, war die Altenpflegeausbildung vor 2003 in den einzelnen Bundesländern durch unterschiedliche Schul- und Berufegesetze oder Verordnungen geregelt. Erst seit dem 1. August 2003 sind die Pflegeausbildungen für alle Pflegefachkräfte nur noch durch zwei Bundesgesetze geregelt: das Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (vgl. BGBl I Nr. 36 v. 21.07.2003, S. 1442) und das Altenpflegegesetz vom 25. August 2003 (vgl. BGBl I Nr. 44 v. 04.09.2003, S. 1690). Durch eine Angleichung der bundesrechtlichen Regelungen soll erstmals ein einheitliches Ausbildungsniveau sichergestellt werden. Eine Anwendung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) findet ausdrücklich nicht statt. Die theoretische Ausbildung liegt in den jeweils dreijährigen Pflegeausbildungen bei mindestens 2100 Stunden und die praktische Ausbildung umfasst rund 2500 Stunden und findet zumeist blockweise in unterschiedlichen Arbeitsfeldern von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens statt. Unterschiedlich nach Bundesländern wird der theoretische Unterricht entweder in Schulen des Gesundheitswesens – das sind z. B. Krankenpflegeschulen, die an Krankenhäusern angesiedelt sind – oder in Berufsbildenden Schulen nach Schulrecht der Länder erteilt. Die bereits in Deutschland auf Länderebene vorangetriebenen akademischen Entwicklungen in der Pflegeausbildung (Stichwort: duale Studiengänge) werden durch die bestehenden Gesetze nur insoweit berücksichtigt, als sie durch eine Modellklausel auch abweichend von den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen erprobt werden können. Unberücksichtigt bleiben hingegen die Pflegehelferausbildungen, die weiterhin auf Länderebene geregelt werden.

Kernaussagen des Eckpunktepapiers

Auf Grundlage des Koalitionsvertrags aus dem Jahr 2009 wurde im Jahr 2010 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Bundesfamilien- und des Bundesgesundheitsministeriums (BMFSFJ und BMG) sowie der zuständigen Landesministerien aus insgesamt neun Bundesländern eingesetzt, mit dem Ziel, in einem Eckpunktepapier wesentliche Aspekte für ein neues Pflegeberufegesetz zusammen-

zufassen. Dieses wurde Anfang 2012 veröffentlicht (vgl. Bund-Länder-AG 2012).

Das Eckpunktepapier enthält im Kern drei Ansätze: Erstens soll das bestehende Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz durch ein neues Pflegeberufegesetz abgelöst werden. Zweitens sollen die drei vorhandenen Pflegeberufe zu einer einzigen, generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung mit einer einheitlichen, gesetzlich geschützten Berufsbezeichnung zusammengeführt werden. Und drittens soll zusätzlich und ergänzend eine neue akademische Pflegeausbildung eingeführt und integriert werden. Letztlich werden auch verschiedene Modelle einer zukünftigen Finanzierung der Pflegeausbildung unterbreitet. Etliche geltende Regelungen sollen, auch mit Blick auf Bestimmungen in der EU, Bestand haben (vgl. Infokasten zu Reformvorhaben der EU). Dazu zählen beispielsweise die Stundenanzahl der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie die Ausbildungsdauer von mindestens drei Jahren. Weiterhin soll die Ausbildungsschule die übergeordnete Verantwortung für die gesamte Ausbildung, also auch die praktischen Anteile, übernehmen. Die Zugangsvoraussetzung zur beruflichen Ausbildung soll weiterhin eine zehnjährige allgemeine Schulbildung oder ein gleichwertiger anerkannter Schulabschluss sein (vgl. Bund-Länder-AG 2012, S. 12 ff.).

Reform der Anerkennung der Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union

In der EU ist die automatische gegenseitige Anerkennung von verschiedenen Berufsabschlüssen in der Richtlinie 2005/36/EG festgelegt. Laut Eckpunktepapier soll diese Richtlinie, in der auch die Zugangsvoraussetzungen zur Krankenpflegeausbildung geregelt sind, mit der Reform der Pflegeausbildung in Deutschland berücksichtigt werden. Die EU-Kommission hat allerdings Ende 2011 vorgeschlagen, die Richtlinie zu modernisieren und die Zugangsvoraussetzungen für die Pflege- und Hebammenausbildungen von zehn Jahren allgemeiner Schulbildung auf zwölf Jahre anzuheben. Begründet wird dies mit den steigenden Bedarfen und Anforderungen an die Pflegeberufe in ganz Europa und damit, dass fast alle EU-Länder (24 von 27; Ausnahme sind Deutschland, Österreich und Luxemburg) diese Reform bereits vollzogen haben (vgl. EU Kommission 2011). Österreich ist gerade dabei, auf höhere Zugangsvoraussetzungen umzustellen.

Mit der Zusammenführung der drei Pflegeberufe soll auch eine grundsätzliche Änderung der praktischen Ausbildungsstruktur einhergehen. Die Auszubildenden sollen in der Theorie gemeinsam ausgebildet und in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern der Pflege nach dem in Abbildung 2 skizzierten Schema eingesetzt werden.

Die Arbeitsgruppe stellt im Eckpunktepapier auch strukturelle und inhaltliche Aspekte einer akademischen Pflegeausbildung vor, die neben der nicht-akademischen Bestand haben soll. Sie soll in einem eigenen zweiten Teil des Pflegeberufegesetzes geregelt werden. Die zentralen Ziele der vorgeschlagenen akademischen Ausbildung sind die Verbesserung der Qualität des pflegeberuflichen Handelns sowie der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersgruppen. Akademisch ausgebil-

dete Pflegefachkräfte sollen hochkomplexe Pflegeprozesse steuern und koordinieren, bei besonderen pflegerelevanten Problemstellungen evidenzbasiert intervenieren und beraten können. Sie sollen entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der ärztlichen Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege nach § 63 Abs. 3 SGB V zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde befähigt sein (vgl. Bund-Länder-AG 2012, S. 27 f.). Das Pflegestudium soll eine Dauer von vier Jahren haben, wobei zwei Jahre einer zuvor absolvierten beruflichen Pflegeausbildung angerechnet werden sollen. Das Studium soll an Hochschulen stattfinden, die die Gesamtverantwortung für die theoretische und praktische Ausbildung übernehmen.

Wege in eine zukunftsorientierte Pflegebildung

Angesichts des fachlichen Erkenntnisstands und auch internationaler Entwicklungen sind Vorschläge zur Zusammenführung der Pflegeberufe überfällig. Zahlreiche Modellprojekte haben Belege dafür geliefert, dass eine generalistische Pflegeausbildung besser auf die Ausübung der allgemeinen Pflege in allen Sektoren und für Patientinnen/Patienten und Pflegebedürftige aller Altersgruppen vorbereiten kann (vgl. BMFSFJ 2008). Angesichts der rasanten Veränderungen der Versorgungssysteme (Stichworte: Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus, Öffnung der stationären Altenhilfe, Ambulantisierung der Versorgung) ist ein umfassender und flexibler Einsatz von professionellen Pflegekräften für alle Beteiligten unabdingbar geworden. Es bleibt dann dem Weiterbildungssystem vorbehalten, für spezielle Aufgabenbereiche der Pflege zu qualifizieren.

Erstmals wird in Deutschland durch Bund und Länder eine grundständige akademische Pflegeausbildung als fester Bestandteil eines bundeseinheitlichen Berufegesetzes ernsthaft ins Auge gefasst. Immerhin wird hierzulande die Akademisierung der Pflege in Fachdiskursen schon seit mehr als 20 Jahren diskutiert und gefordert (vgl. Robert Bosch Stiftung 1991). Die vom Wissenschaftsrat im Juli 2012 vorgelegten „Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen“ befürworten den Ausbau von grundständigen Studiengängen der Pflege mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patient befähigten akademischen Abschlusses und gehen von einem Anteil von zehn bis 20 Prozent akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte für die Zukunft aus (S. 94).

Die Vorschläge zur Neuordnung der Pflegeausbildung durch das Eckpunktepapier sind grundsätzlich auf eine positive Resonanz der Verbände gestoßen. Im Detail gibt es allerdings noch Kritik und Verbesserungsvorschläge. Diese beziehen sich unter anderem auf die Berufsbezeichnung, das ungeklärte Verhältnis zwischen der beruflichen und

Abbildung 2 **Arbeitsfelder in der Pflegeausbildung**

Einsatz	Arbeitsfelder	Stundenansatz
I.	Allgemeine Pflege in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen	960
II.	Ambulante Pflegeeinrichtung oder Einrichtungen der Kinderheilkunde/Säuglingspflege	480
III.	Das unter II. nicht gewählte Arbeitsfeld	160
IV.	Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie	80
V.	3 Einsätze aus: <ul style="list-style-type: none"> • Hospiz • Palliation • Rehabilitation • Beratung • Prävention • spezielle Funktionsbereiche • Kurzzeitpflege • teilstationäre Pflege 	jeweils 80 (240)
VI.	In einem Arbeitsfeld aus I. oder II.	580

akademischen Ausbildung, der Finanzierung und der Lehrkräftequalifizierung (vgl. Stellungnahme des Deutschen Pflegerates [DPR] und des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe [DBR] 2012 sowie Stellungnahme der Caritas und Diakonie 2012). Weiterhin werden auch die vorgeschlagenen Einsatzfelder und -zeiten der praktischen Ausbildung kritisiert. Der zeitliche Umfang des psychiatrischen Praxiseinsatzes wird als zu gering angesehen. Die verhältnismäßig langen Einsätze auf Kinderstationen könnten hingegen in verschiedenen Regionen aufgrund fehlender Einrichtungen nur schwer umsetzbar sein. Offen bleibt auch, wie bei einer individualisierten Zusammenstellung der praktischen Einsätze der unterschiedliche Vorbereitungs- und Reflexionsbedarf in der Schule aufgegriffen werden kann. Hier dürfte es noch etliche Änderungen auf dem Weg in die Gesetzgebung geben.

Mit Blick auf die EU-Kompatibilität hingegen tauchen unauflösbare Widersprüche auf. Die Mitglieder der Bund-Länder-AG wollen die automatische Anerkennung nach EU-Richtlinie 2005/ 36/ EG, aber auch die zehnjährige allgemeine Schulbildung als Zugangsvoraussetzung zu den Pflegeberufen beibehalten. Unterstützt werden sie dabei in Deutschland praktisch von allen Parteien, von Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften, der Bundesärztekammer und auch von Wohlfahrtsverbänden. Die angeführten Argumente sind stark risikoorientiert, d. h., man befürchtet mit Umsetzung der Reform eine Verschärfung des Fachkräftemangels in der Pflege u. a. durch einen Ausschluss von ausbildungswilligen Jugendlichen, die nur über einen Sekundarabschluss I verfügen. Nicht gesehen wird dabei, dass sich der Fachkräftemangel in der Pflege bereits in den letzten 15 Jahren dramatisch verschärft hat. Als Gründe dafür lassen sich unter anderem schwierige Arbeitsbedingungen und ein Attraktivitätsverlust des Berufsfelds anführen. Der Arbeitsmarkt gilt inzwischen als „leer gefegt“ (vgl.

DIP 2009 und 2012). Die von der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vor einigen Jahren betriebene Öffnung der Pflegeausbildung für Hauptschulabsolventinnen und -absolventen (mit Abschluss der zehnten Klasse) ist ohne positive Wirkung geblieben. Für die Reform der EU-Richtlinie sprechen sich hingegen nur die Berufsverbände der Pflege und der überwiegende Teil der Pflegewissenschaft in Deutschland aus. Von den Befürworterinnen und Befürwortern werden die positiven Erfahrungen im Ausland sowie die Chancen betont, die sich für das Bildungs- und Gesundheitswesen durch eine entsprechende, dringend notwendige Aufwertung der Pflege ergeben würden.

In einer ersten Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses (EWSA) vom Juni 2012 werden die Änderungsvorschläge der Richtlinie durch die Kommission (vgl. Infokasten, S. 12) ausdrücklich begrüßt. Einer Anhebung der Zugangsvoraussetzungen zu den Pflege- und Hebammenausbildungen von zehn auf zwölf Jahre wird zugestimmt. Der EWSA weist aber ausdrücklich darauf hin, dass die schulischen Voraussetzungen nicht zum Ausschluss weniger qualifizierter junger Menschen führen dürfen. Der parlamentarische Entscheidungsprozess der EU wird sich voraussichtlich noch bis Ende 2012 hinziehen. Grundsätzlich kann aber davon ausgegangen werden, dass die Reform der Richtlinie mit einer angemessenen Übergangszeit von mehreren Jahren auch in Deutschland greifen wird.

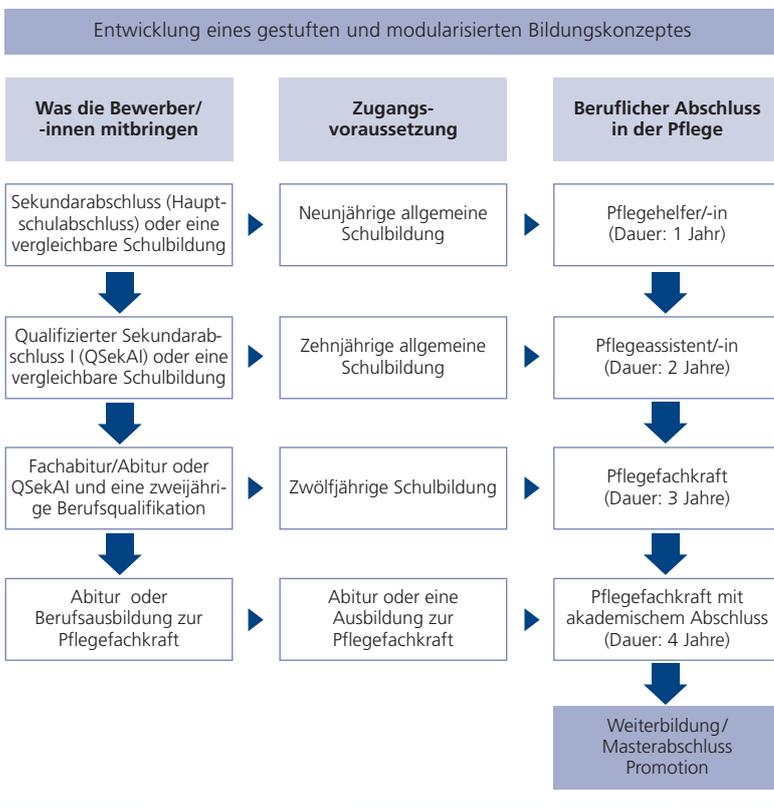
Wie kann es nun weitergehen?

Das allgemein- und berufsbildende Schulwesen in Deutschland verfügt heute schon über alle Voraussetzungen, um einerseits die sinnvollen Vorschläge der Bund-Länder-AG aufzugreifen und sie andererseits in die unaufhaltsamen Entwicklungen in Europa einzubetten. Die Sorge, eine Pflegeausbildung könne man zukünftig nur noch mit einem Abitur bestreiten, kann dabei ebenso entkräftet werden wie die Annahme, dass man in Europa ausschließlich auf eine akademische Pflegeausbildung setze. Die Einführung eines durchlässigen Stufen- und Modulsystems einer beruflichen und akademischen Pflegeausbildung würde sich in Deutschland heute schon weitgehend bewerkstelligen lassen. Im Änderungsvorschlag der Richtlinie 2005/36/EG wird ausdrücklich betont, dass auch äquivalente Befähigungsnachweise für eine Zulassung anerkannt werden sollen.

Die Grundidee dieses von den Autoren vorgeschlagenen Modells (vgl. Abb. 3) basiert auf einer Stufung beruflicher Kompetenzen, die im Kontext der Stufung allgemeinbildender Abschlüsse zu sehen sind. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass die zuvor erworbenen allgemeinen und beruflichen Kompetenzen im nächsten Bildungsabschnitt so weit wie möglich anerkannt werden sollen. So könnte die berufliche Ausbildung zur Pflegefachkraft angemessen auf das Pflegestudium angerechnet werden. Durch eine derartige durchlässige Regelung könnten überlange Ausbildungszeiten vermieden werden.

Mit einem solchen Modell würde auf nationaler und europäischer Ebene eine Angleichung geschaffen. In Deutschland würde das Pflegeausbildungssystem mit den Ausbildungen der Erzieher/-innen sowie der Heilerziehungspflege auf eine Stufe gestellt. (vgl. z. B. die Lehrpläne für die Fachschule Sozialwesen, Fachrichtungen: Sozialpädagogik [Erzieherausbildung] und Heilerziehungspflege in Rheinland-Pfalz vom 20.05.2011). Die Ausbildung findet an einer Fachschule statt, in der die Fachhochschulreife bzw. die Zulassungsvoraussetzung für ein fachgebundenes Studium verliehen wird. Damit dies möglich ist, müsste das neu zu entwickelnde Pflegeberufegesetz folgende Punkte berücksichtigen: Anstatt der im Eckpunktepapier vorgeschlagenen Berufsfachschule würde die Ausbildung an einer Fachschule stattfinden. Die zusätzliche Qualifikation (z. B. Pflegeassistent) wäre hinzuzufügen. Die Zugangsvoraussetzungen wären entsprechend der neuen Vorgaben der EU-Richtlinie 2005/36/EG zu verändern. Diese Ergänzungen sind notwendig und sinnvoll, da ein mittlerer Bildungsabschluss oder ein gleichwertiger Schulabschluss zukünftig nicht mehr für einen direkten Zugang zur Pflegefachkraftausbildung ausreichend sein werden. Die zweijährige Assistenzausbildung (Pflegeassistent) könnte vergleichsweise wie die Sozialassistentenausbildung eine eigenständige Berufsausbildung darstellen. Die anschließende Fachschulbildung würde zur Fachkraft in der allgemeinen Pflege ausbilden, wobei die Berufsbezeichnung noch festzulegen ist. Das Pflegestudium findet als Erstaus-

Abbildung 3 Modell einer gestuften und modularisierten Pflegebildung



bildung oder integrativ in einer dualen Ausbildungsform zur Pflegeausbildung statt. Zurzeit stattfindende Studienmodelle zeigen vielversprechende Möglichkeiten auf (vgl. MOERS/SCHÖNIGER/BÖGGEMANN 2012). ■

Literatur

BUND-LÄNDER-ARBEITSGRUPPE: Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes vom 01.03.2012. Berlin 2012 – URL: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier>Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf (Stand: 19.9.2012)

BMFSFI: Pflegeausbildung in Bewegung, Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin 2008 – URL: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf (Stand: 19.09.2012)

CARITAS UND DIAKONIE: Gemeinsame Stellungnahme zum Eckpunktepapier Pflegeausbildung. Berlin 2012 – URL: www.dekv.de/fileadmin/user_upload/downloads/Internet/STN_zum_Eckpunktepapier_BLAG_14_052012.pdf (Stand: 19.9.2012)

DIP: Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln 2009 – URL: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (Stand: 19.9.2012)

DIP: Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und der Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Köln 2012 – URL: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf (Stand: 18.9.2012)

DPR; BDR: Stellungnahme zum Eckpunktepapier Pflegeausbildung. Berlin 2012 – URL: www.krankenpflege-journal.com/images/stories/2012/August_2012/290812/DPR-DBR%20Positionspapier%20Eckpunkte%20Pflegeberufsgesetz%202012-08-27%20out.pdf (Stand: 19.9.2012)

EUROPÄISCHE KOMMISSION: Vorschlag für Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssysteme. Brüssel 19.12.2011 – URL: www.ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/policy_developments/modernising/COM2011_883_de.pdf (Stand: 19.9.2012)

EWS: Stellungnahme zu dem Vorschlag einer Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssysteme. Brüssel 29.06.2012 – URL: www.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:191:0103:0107:DE:PDF (Stand: 19.9.2012)

MOERS, M.; SCHÖNIGER, U.; BÖGGEMANN, M.: Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: *Pflege und Gesellschaft* 17 (2012) 3, S. 232–247

NAEGELE, G.: Einführung in die Alterswissenschaften. Kompaktseminar, Skript Wintersemester 2008/2009. Dortmund 2009 – URL: www.fb12.uni-dortmund.de/lehrstuehle/iso/gerontologie/lehrrangebot/Alterswissenschaften.pdf (Stand: 19.9.2012)

ROBERT BOSCH STIFTUNG: Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege. Gerlingen 1992

STATISTISCHES BUNDESAMT: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2012 – URL: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf (Stand: 19.9.2012)

WISSENSCHAFTSRAT: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen vom 13.07.2012. Berlin 2012 – URL: www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (Stand: 19.9.2012)

Anzeige

www.didacta-koeln.de

didacta
die Bildungsmesse

Köln, 19. – 23. Februar 2013

- Kindertagesstätten
- Schule/Hochschule
- Ausbildung/Qualifikation
- Weiterbildung/Beratung
- Bildung & Technologie

Bildungsziel: Köln

Wer weiß, wie wichtig Bildung ist, hat ein klares Ziel: die **didacta 2013 in Köln**, die weltweit **größte und Deutschlands wichtigste Bildungsmesse!**

Bildung tanken und dabei sparen:

Wir unterstützen mit einmalig 100 Euro jede Busfahrt ab 15 Personen zur didacta nach Köln.

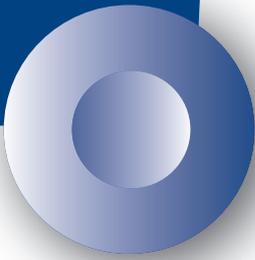


Sparen Sie auch beim **Online-Ticketkauf**: www.didacta-koeln.de

Koelnmesse GmbH
Telefon +49 180 510 3101*
Telefax +49 221 821-991370
didacta@visitor.koelnmesse.de

* (0,14 EUR/Min. aus dem dt. Festnetz,
max. 0,42 EUR/Min. aus dem Mobilfunknetz)

 **koelnmesse**



Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf?

► Bei Schulabgängerinnen und Schulabgängern wie auch in der Öffentlichkeit gelten Pflegeberufe als wenig attraktiv. Schichtarbeit und sowohl körperlich als auch psychisch belastende Arbeitsbedingungen bei schlechter Bezahlung und geringen Karrierechancen werden als Gründe angeführt. Die Behauptung, dass Pflegekräfte bereits nach einer kurzen Erwerbsphase aus ihrem Beruf aussteigen, erscheint vor diesem Hintergrund zwar plausibel, ist jedoch bisher kaum empirisch untermauert. Was ist also dran an den Thesen vom Pflegeberuf als Ausstiegs- und Sackgassenberuf? Bleiben gelernte Kranken- und Altenpfleger/-innen tatsächlich nur wenige Jahre in ihrem Beruf und haben diejenigen, die in diesem Beruf verbleiben, nur geringe Aufstiegschancen? Untersucht werden diese Fragen auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, die auch einen Vergleich mit anderen Berufen erlaubt. Das Ergebnis: Pflegeberufe sind besser als ihr Ruf.



ANJA HALL

Dr., wiss. Mitarbeiterin im Arbeitsbereich „Qualifikation, berufliche Integration und Erwerbstätigkeit“ im BIBB

Pflegeberufe: Angebot und Nachfrage

Im Jahr 2010 übten laut Statistischem Bundesamt (StBA) rund 1,5 Millionen Erwerbstätige einen Pflegeberuf aus; dies sind rund vier Prozent aller Erwerbstätigen in Deutschland. Zu den Pflegeberufen zählen Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen einschließlich Kinderkrankenpfleger/-innen (827.000), Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-innen (269.000), Altenpfleger/-innen und Altenpflegehelfer/-innen (405.000). Der Beschäftigungszuwachs seit 2001 betrug in diesem Berufsfeld insgesamt 25 Prozent, die Zahl der Altenpflegekräfte verdoppelte sich in dieser Zeit sogar (vgl. StBA 2010). Pflegeberufe werden aufgrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung künftig noch stärker als bisher an Bedeutung gewinnen. Bedarfs- und Angebotsprojektionen berechnen für 2025 ein Defizit von rund 112.000 Vollzeitkräften (vgl. AFENTAKIS/MAIER 2010, S. 999). Ein Pflegepersonalmangel wird daher in Zukunft kaum zu verhindern sein, auch nicht durch die zusätzliche Beschäftigung un- bzw. angelernter Pflegekräfte. Die Schülerzahlen in den Berufen zur Kranken-, Kinder- und Altenpflege (ohne Helferberufe) haben sich zwischen 2002 und 2010 von 108.001 auf 117.591 zwar leicht erhöht (vgl. StBA 2011). Solange allerdings Pflegeberufe von Schülerinnen und Schülern explizit als „out“-Berufe benannt werden und über ein eher negatives Image verfügen (vgl. BOMBALL u. a. 2010), ist kaum zu erwarten, dass das Angebot den Bedarf zukünftig decken kann.

Die These vom Pflegeberuf als Ausstiegsberuf – ein Mythos

In der Fachöffentlichkeit und in den Medien ist immer wieder zu lesen, dass Pflegekräfte nur wenige Jahre im Beruf verbleiben. Der Pflegeberuf wird daher meist als „Ausstiegsberuf“ wahrgenommen (vgl. FLIEDER 2002, S. 10). Die Prüfung der originären Quellen für diese Aussage zeigt allerdings, dass es sich in der Regel um ältere, nicht repräsentative Studien handelt, die Verweildauer im Beruf mit der Verweildauer im Betrieb gleichgesetzt wird oder Wiedereinstiege in den Beruf nicht berücksichtigt werden (zur

Kritik an den älteren Studien vgl. BORN 2001; BORUTTA/GIESLER 2006; FLIEDER 2002; IWAK 2009). Die These vom frühen Ausstieg aus dem Pflegeberuf wird selten infrage gestellt, da sie aufgrund der hohen psychischen und körperlichen Belastungen und den ungünstigen Arbeitszeiten vielen plausibel erscheint.

Neuere, repräsentative Studien kommen jedoch zu einem ganz anderen Ergebnis. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen weisen beispielsweise mit unter neun Prozent eine der geringsten Berufswechselquoten an der zweiten Schwelle auf; im Durchschnitt über alle Berufe liegt die Quote bei 22 Prozent (vgl. KONIETZKA 2002). Die hohe Berufsbindung zeigt sich nicht nur beim Berufseinstieg, sondern auch an der „Tragfähigkeit des Berufs“. So haben Gesundheits- und Krankenpflegerinnen im Vergleich zu anderen typischen Frauenberufen die längste Berufsverweilzeit (vgl. BORN 2000, 2001). Selbst die Berufsverläufe von gelernten Altenpflegerinnen und Altenpflegern sind weniger von Ausstiegen gekennzeichnet als bisher angenommen: Nach fünf Jahren sind noch 77 Prozent der Altenpfleger/-innen im Beruf, nach zehn Jahren sind es noch 64 Prozent und nach 15 Jahren noch 63 Prozent. Zu diesem überraschenden Ergebnis kommt eine repräsentative Studie auf Basis von Prozessdaten der Sozialversicherung (vgl. IWAK 2009). Innerhalb der Berufsverläufe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger kommen Unterbrechungszeiten zwar häufig vor, diese führen aber überwiegend nicht zum endgültigen Berufsausstieg. Neuere Studien verweisen somit auf eine hohe Berufsbindung von gelernten Kranken- und Altenpflegekräften.

Berufliche Aufstiegschancen hängen ganz entscheidend davon ab, ob eine Tätigkeit im erlernten oder einem zumindest verwandten Beruf ausgeübt wird. Denn angesichts der besonders engen Verknüpfung zwischen Bildungs- und Beschäftigungssystem in Deutschland und der damit einhergehenden starken Verberuflichung des Arbeitsmarkts ist anzunehmen, dass ein Berufswechsel einen großen Verlust berufsspezifischen Humankapitals mit sich bringt. Im Hinblick auf den erreichbaren Berufsstatus, die Aufstiegswege und das Einkommen werden Pflegeberufe als „Sackgassenberufe“ beschrieben (vgl. KRÜGER 2001). Ein Grund könnte sein, dass es sich bei den Pflegeberufen um Frauenberufe handelt – 83 Prozent der Erwerbstätigen in den oben genannten Pflegeberufen sind Frauen (vgl. StBA 2010) – und es den Pflegeberufen wie vielen anderen Frauenberufen auch an sozialer Anerkennung und Professionalisierung mangelt.

Verbleibsquoten und Aufstiegschancen in Pflegeberufen: Empirische Ergebnisse

Verbleibsquoten und Aufstiegschancen in Pflegeberufen werden im Folgenden auf der Grundlage der BIBB/BAUA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (vgl. Kasten) für ausgebildete Krankenpfleger/-innen und Kinderkrankenpfleger/-innen (im Folgenden kurz Krankenpfleger/-innen) sowie Altenpfleger/-innen (ohne Helferberufe) dargestellt. Personen, die zusätzlich eine Fortbildung oder ein Studium abgeschlossen haben, werden hier nicht mit berücksichtigt, da Akademiker/-innen andere Karrierewege offenstehen als Personen auf der mittleren Qualifikationsebene.

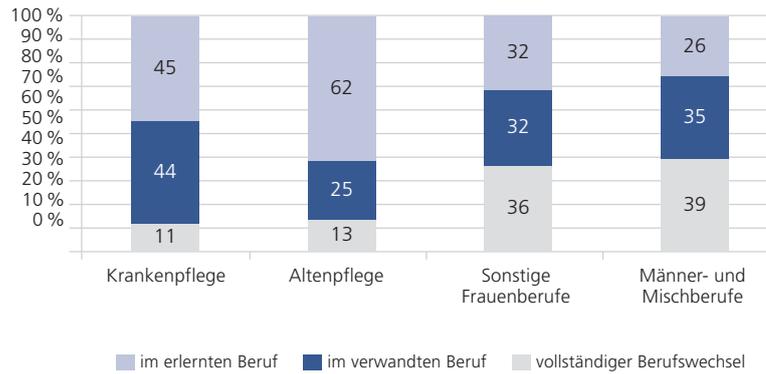
Datengrundlage

Die BIBB/BAUA-Erwerbstätigenbefragung 2012 ist eine telefonische, computerunterstützte Repräsentativbefragung von 20.000 Erwerbstätigen in Deutschland, die gemeinsam vom BIBB und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durchgeführt wurde. Die Daten wurden von Oktober 2011 bis März 2012 von TNS Infratest Sozialforschung München erhoben. Grundgesamtheit sind Erwerbstätige ab 15 Jahren (ohne Auszubildende). Als Erwerbstätigkeit gilt eine Tätigkeit von regelmäßig mindestens zehn Stunden pro Woche gegen Bezahlung („Kernerwerbstätige“). Weitere Informationen zu Konzept, Methodik und Ergebnissen unter www.bibb.de/arbeitswandel.

Bei den Analysen ist eine getrennte Betrachtung von Frauen und Männern notwendig, weil Frauen nach wie vor weniger verdienen als Männer und auch seltener in Führungspositionen anzutreffen sind. Da hier die Gruppe der Männer für eine differenzierte Analyse zu klein ist, beschränken sich die Analysen auf weibliche Pflegekräfte. Als Vergleichsgruppe werden Frauen herangezogen, die einen anderen Frauenberuf (z. B. Erzieherin, Friseurin, Verkäuferin) oder einen Misch- bzw. Männerberuf auf der mittleren Qualifikationsebene (also Schulberufe und duale Berufe nach BBiG/HwO) erlernt haben. Als Frauenberufe werden hier Berufe mit einem Frauenanteil von 80 Prozent und mehr definiert. In die Analyse gehen 487 Krankenpflegerinnen und 150 Altenpflegerinnen ein. Die Vergleichsgruppe umfasst 2.138 Frauen, die einen anderen schulischen oder dualen Frauenberuf und 3.339 Frauen, die einen schulischen oder dualen Misch- bzw. Männerberuf erlernt haben.

Die Abbildung (S. 18) zeigt, in welchen Berufen Kranken- und Altenpflegerinnen aktuell tätig sind und bestätigt die bisherigen Befunde, nach denen Pflegekräfte sehr hohe Verbleibsquoten im Beruf aufweisen: 45 Prozent der gelernten Krankenpflegerinnen und 62 Prozent der gelernten Altenpflegerinnen arbeiten in ihrem erlernten Beruf. Für Frauen in sonstigen Frauenberufen bzw. in Misch- bzw. Männerberufen liegt diese Quote mit 32 Prozent bzw. 26 Prozent weit darunter. Demzufolge haben weit weniger Kranken-

Abbildung **Berufswechselquote von Kranken- und Altenpflegerinnen** (in %)



Basis: Erwerbstätige Frauen mit schulischer oder dualer Berufsausbildung (höchster Berufsabschluss).

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, eigene Berechnungen

und Altenpflegerinnen ihren erlernten Beruf vollständig gewechselt (11% bzw. 13% vs. 36% bzw. 39%). Hierzu haben Kranken- und Altenpflegerinnen auch weniger Grund als andere Frauen. Denn sie arbeiten weit häufiger in ihrem Wunschberuf (87%) als im Durchschnitt über alle Berufe (77%).

Ausgehend von der Annahme, dass ein Berufswechsel zu einem hohen Verlust berufsspezifischen Humankapitals führt, sollten Kranken- und Altenpflegerinnen entgegen der These vom „Sackgassenberuf“ bessere Aufstiegschancen haben als Frauen aus anderen Berufen. Zur Messung beruflichen Aufstiegs bieten sich „objektive“ und „subjektive“ Konzepte an (vgl. Kasten).

Definition beruflicher Aufstieg

Bei der „objektiven“ Herangehensweise wird beruflicher Aufstieg im Sinne vertikaler beruflicher Mobilität verstanden, also einem Wechsel in eine höhere berufliche Position. Hier wird die aktuelle berufliche Stellung mit dem Niveau der Ausbildung verglichen. Bei Personen mit Berufsausbildung (ohne weiterführende Qualifikation) liegt ein beruflicher Aufstieg dann vor, wenn eine hochqualifizierte Tätigkeit oder eine qualifizierte Tätigkeit mit Führungsfunktion ausgeübt wird, also eine Tätigkeit, für die üblicherweise ein höheres Ausbildungsniveau notwendig ist. Eine Tätigkeit als Gesundheits-, Kranken- oder Altenpflegehelfer/-in wäre indessen als beruflicher Abstieg zu werten.

Bei der „subjektiven“ Herangehensweise schätzen die Befragten selbst ein, ob sie ihr bisheriges Berufsleben als beruflichen Aufstieg betrachten. Im Fokus steht also die Frage, ob es Personen mit Berufsausbildung als höchstem Abschluss gelingt, beruflich aufzusteigen. Gemeint ist hier nicht der Aufstiegsweg von der dualen Erstausbildung über eine Fortbildung oder Studium.

Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass Kranken- und Altenpflegerinnen signifikant häufiger einen solchen beruflichen Aufstieg realisieren können (17% bzw. 13%) als Frauen aus Frauen- bzw. Misch-/Männerberufen (6%). Auffallend ist, dass Frauen aus anderen Frauenberufen deutlich häufiger auf einfachen Positionen arbeiten (43%) als im Frauenberuf

der Kranken- und Altenpflege (24% bzw. 26%) und somit häufiger einen beruflichen Abstieg in Kauf nehmen müssen. Die besseren Aufstiegschancen in der Kranken- und Altenpflege bleiben auch dann erkennbar und signifikant, wenn in einem multivariaten Modell kontrolliert wird, ob die Frauen im erlernten Beruf tätig sind oder ob sie ihren erlernten Beruf gewechselt haben.

Bleibt die Frage, ob Kranken- und Altenpflegerinnen ihr bisheriges Berufsleben auch subjektiv häufiger als beruflichen Aufstieg wahrnehmen. Die Ergebnisse in Tabelle 2 bestätigen den bisherigen Befund nur tendenziell. Kranken- und Altenpflegerinnen erkennen in ihrem bisherigen Berufsleben zwar etwas häufiger einen beruflichen Aufstieg (52% bzw. 50%) als Frauen, die einen anderen Frauenberuf bzw. einen Misch-/Männerberuf erlernt haben (46% bzw. 45%), der Unterschied ist allerdings nicht signifikant.

Wie ist es zu erklären, dass im Bereich der Pflegeberufe die subjektive Bewertung des bisherigen Berufslebens weniger positiv (im Sinne eines beruflichen Anstiegs) erlebt wird als aufgrund der objektiven Messung zu erwarten wäre? Ein Blick auf die aktuelle Arbeitssituation lässt vermuten, dass beruflicher Aufstieg subjektiv nicht nur an der hierarchischen Position festgemacht wird, sondern auch an den konkreten Arbeitsbedingungen. So sind Kranken- und Altenpflegerinnen mit ihrer Arbeitszeit signifikant häufiger unzufrieden (26% bzw. 25%) als Frauen, die einen Frauen- oder Misch-/Männerberuf erlernt haben (17% bzw. 18%). 82 Prozent der Kranken- bzw. 74 Prozent der Altenpflegerinnen arbeiten im Schichtdienst und dies belastet sie weit mehr als Frauen aus anderen Berufen, u. a., weil deutlich häufiger zwischen Früh-, Spät- und Nachtschicht gewechselt werden muss.

Auch mit dem Einkommen sind Kranken- und Altenpflegerinnen signifikant häufiger unzufrieden als Frauen, die einen Frauen- oder Misch-/Männerberuf erlernt haben. Der im Vergleich zum Durchschnitt (12,90 EUR) höhere Brutostundenlohn von Krankenpflegerinnen (15,10 EUR) scheint die ungünstigen Arbeitsbedingungen somit nicht zu kompensieren.

Pflegeberufe sind besser als ihr Ruf

Berufe in der Kranken- und Altenpflege werden aufgrund der demografischen Entwicklung zukünftig sehr stark an Bedeutung gewinnen. Die behaupteten geringen Aufstiegschancen und häufigen Berufswechsel in diesem Bereich tragen wenig zur Attraktivitätssteigerung dieses Berufs bei. Sie sind zudem empirisch nicht haltbar. Die Berufs- und Karrierechancen von Kranken- und Altenpflegerinnen sind keineswegs schlechter als die von Frauen aus anderen Berufen. Im Gegenteil: Kranken- und Altenpflegerinnen wech-

seln deutlich seltener ihren erlernten Beruf als Frauen aus anderen Berufen und sie haben – unter anderem auch deshalb – häufiger einen beruflichen Aufstieg erreicht. Neben den positiven Karrierechancen derjenigen Frauen, die am Erwerbsleben teilnehmen, ist auch das generelle Erwerbslosigkeitsrisiko in Pflegeberufen geringer als in anderen Berufen. Kranken- und Altenpflegerinnen liegen mit einer Erwerbslosenquote von rund acht Prozent weit unter dem Durchschnitt von elf Prozent (vgl. HALL 2011, S. 166).

Trotz dieser positiven Aspekte zeigte sich aber auch, dass Kranken- und Altenpflegerinnen mit ihrem Einkommen wie auch mit der Arbeitszeit und den körperlichen Arbeitsbedingungen deutlich häufiger unzufrieden sind als Frauen aus anderen Berufen. Auch Stress und Arbeitsdruck haben bei Kranken- und Altenpflegerinnen in den letzten zwei Jahren deutlich häufiger zugenommen (59 % bzw. 53 %) als bei Frauen, die einen anderen Frauenberuf oder einen Misch-/Männerberuf erlernt haben (40 % bzw. 41 %). So verwundert es auch nicht, dass das Image der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit schlecht und der Beruf bei Schulabgänger/-innen unattraktiv ist. Dennoch würden 94,4 Prozent der Auszubildenden in einem Pflegeberuf diesen wieder wählen; betont werden Spaß und Freude am Beruf, so die Ergebnisse der „Imagekampagne für Pflegeberufe“ auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Um ein Interesse für Pflegeberufe zu wecken, sollten Schüler/-innen daher möglichst frühzeitig realitäts- und praxisnahe Informationen zum Beruf und den Weiterbildungs-, Spezialisierungs- und Studienmöglichkeiten erhalten (vgl. BOMBALL u. a. 2010). ■

Literatur

AFENTAKIS, A.; MAIER, T.: Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik* 11/2010, S. 990–1002

BOMBALL, J. u. a.: Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellungen von Schüler/-innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Abschlussbericht. Bremen 2010 – URL: www.public-health.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/projekte/Imagekampagne_Abschlussbericht.pdf (Stand: 30.8.2012)

BORN, C.: Erstausbildung und weiblicher Lebenslauf. Was nicht nur junge Frauen bezüglich der Berufswahl wissen sollten. In: HEINZ, W. (Hrsg.): *Übergänge. Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebensverlaufs*. Weinheim 2000, S. 50–65

BORN, C.: Verweildauer und Erwerbsbiographien von Frauen in der Krankenpflege. In: *PfleGe* (2001) 6, S. 109–115

BORUTTA, M.; GIESLER, C.: *Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse*. Wiesbaden 2006

FLIEDER, M.: *Was hält Krankenschwestern im Beruf?* Frankfurt a. M. 2002

Tabelle 1 **Beruflicher Aufstieg („objektiv“) von Kranken- und Altenpflegerinnen** (in %)

	Kranken- pflege	Altenpflege	Sonstige Frauenberufe	Männer- und Mischberufe
Hochqualifizierte Tätigkeit	7	7	4	4
Qualifizierte Tätigkeit Plus*	10	6	2	2
Qualifizierte Tätigkeit	56	57	44	53
Einfache Tätigkeit	24	26	43	35
Selbstständige Tätigkeit	4	4	7	7

Basis: Erwerbstätige Frauen mit schulischer oder dualer Berufsausbildung (höchster Berufsabschluss).
* Qualifizierte Tätigkeit plus Vorgesetztenfunktion für mindestens zehn Beschäftigte und berechtigt, anderen Beschäftigten fachliche Anweisungen zu erteilen

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, eigene Berechnungen; Spaltenprozente

Tabelle 2 **Beruflicher Aufstieg („subjektiv“) von Kranken- und Altenpflegerinnen** (in %)

	Kranken- pflege	Altenpflege	Sonstige Frauenberufe	Männer- und Mischberufe
Beruflicher Aufstieg	52	50	46	45
Beruflicher Abstieg	4	2	5	5
Keine wesentliche Änderung	30	28	26	26
Eher ein Auf und Ab	15	20	24	24

Basis: Erwerbstätige Frauen mit schulischer oder dualer Berufsausbildung (höchster Berufsabschluss).

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, eigene Berechnungen; Spaltenprozente

INSTITUT FÜR WIRTSCHAFT, ARBEIT UND KULTUR (IWAK): *Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick*. Frankfurt a. M. 2009

HALL, A.: *Gleiche Chancen für Frauen und Männer mit Berufsausbildung? Berufswechsel, unterwertige Erwerbstätigkeit und Niedriglohn bei Frauen und Männern*. Bielefeld 2011

KONIETZKA, D.: Die soziale Differenzierung der Übergangsmuster in den Berufen. Die „zweite Schwelle“ im Vergleich der Berufseinstiegskohorten 1976–1995. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 54 (2002) 4, S. 645–673

KRÜGER, H.: 2001. *Ungleichheit und Lebenslauf: Wege aus den Sackgassen empirischer Traditionen*. In: Heintz, B. (Hrsg.): *Geschlechtersoziologie (Sonderheft 41 KZfSS)*. Wiesbaden 2001, S. 512–537

StBA (Hrsg.): *Gesundheit. Personal. 2001 bis 2010. Fachserie 12 Reihe 7.3.2*. Wiesbaden 2010

StBA (Hrsg.): *Bildung und Kultur, Berufliche Schulen, Schuljahr 2010/2011, Fachserie 11, Reihe 2*. Wiesbaden 2011



Qualifiziert in die Zukunft – Der Beitrag eines sektoralen Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Altenpflege

► Der soziodemografische Wandel stellt den Beschäftigungsbereich der Altenpflege vor entscheidende Herausforderungen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist insbesondere eine Personalentwicklung gefragt, welche auf die vorhandenen Ressourcen der Beschäftigten unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Kompetenzprofile und auf die differenzierten Anforderungen des Beschäftigungsbereichs gleichermaßen ausgerichtet ist. Sektorale Qualifikationsrahmen können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten. Mit dem „Entwurf eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“, der in diesem Beitrag vorgestellt wird, ist erstmals für Deutschland ein Modell entwickelt worden, welches eine gestufte und anschlussfähige Beschreibung von Anforderungs- und Qualifikationsprofilen für diesen Bildungs- und Beschäftigungsbereich vornimmt.



BARBARA KNIGGE-DEMAL

Prof. Dr., Lehrgebiet Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegedidaktik im Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit an der Fachhochschule Bielefeld



GERTRUD HUNDENBORN

Prof., Lehrgebiet Pflegepädagogik im Fachbereich Gesundheitswesen an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen

Ausgangslage und Hintergrund

Demografische Entwicklungen und gesellschaftlicher Strukturwandel stellen die Einrichtungen der Altenhilfe vor große Herausforderungen. Vorrangiges Ziel ist die Fachkräftesicherung im Beschäftigungsbereich, damit auf Dauer eine qualitativ hochwertige Pflege und Versorgung älterer Menschen gewährleistet bleibt. Dies erfordert einen sorgsamsten Umgang mit personellen Ressourcen, der eine genaue Abstimmung vorhandener Qualifikationsprofile einschließt. Es gilt also nicht nur das vorhandene Personaltableau in den Einrichtungen in den Blick zu nehmen und Qualifikationsprofile mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes abzugleichen, sondern auch neue Bildungsinitiativen mit einem modernen und modularisierten Konzept auf den Weg zu bringen. Dabei erscheint es unabdingbar, einerseits die bestehenden Qualifikationsniveaus auf die zukünftigen Herausforderungen der ambulanten, stationären und teilstationären Altenpflege auszurichten und andererseits den Beschäftigten individuelle, attraktive Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen. Der im Rahmen des Projekts „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ entstandene Entwurf des Qualifikationsrahmens beschreibt acht unterschiedliche Qualifikationsprofile. Entwickelt wurde er in enger Abstimmung mit ca. 100 Expertinnen und Experten aus Berufspraxis und Wissenschaft. Diese wurden fortlaufend über Hearings und Konsensusprozesse in die Entwicklung einbezogen.

Ziele des Qualifikationsrahmens

Die Zielsetzung des Qualifikationsrahmens ist auf zwei sich ergänzende Pole – die Entwicklung und Optimierung durchlässiger Bildungsangebote sowie eine anforderungsorientierte Personalentwicklung – fokussiert. Das entwickelte Referenzsystem will die pflegerischen Einrichtungsverantwortlichen unterstützen, gegenwärtige und zukünftige Anforderungen zu analysieren und die zur Bewältigung erforderlichen Qualifikationen zu bestimmen. Damit soll der Qualifikationsrahmen wesentliche Hilfestellungen für

qualitative Entscheidungen im Bereich von Personal- und Organisationsentwicklung geben. Beispielsweise kann er die Personalauswahl sowie den Personaleinsatz mit unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitenden erleichtern. In gleicher Weise bietet er Anregungen und damit Chancen für die Bildungseinrichtungen (im sekundären und tertiären Bereich), ihr Qualifizierungsangebot auf gestufte und durchlässige Bildungskonzepte umzustellen.

Für die im Beschäftigungsbereich tätigen Fachkräfte bietet der Qualifikationsrahmen eine Orientierungshilfe, um zu klären, ob der übernommene Aufgaben- und Verantwortungsbereich dem eigenen Qualifikationsprofil tatsächlich entspricht. Damit kann sich die Sicherheit im beruflichen Handeln erhöhen und Über- oder Unterforderung bei den Beschäftigten in der Altenhilfe reduziert werden.

Der Entwurf eines Qualifikationsrahmens

Dieses für Deutschland erstmals entwickelte Modell nimmt eine gestufte und anschlussfähige Beschreibung von Anforderungs- und Qualifikationsprofilen für den Beschäftigungsbereich vor. Im Unterschied zum Fachqualifikationsrahmen für die Pflegewissenschaft nimmt er sowohl die beruflichen als auch die akademischen Qualifikationsniveaus im Beschäftigungsbereich der Pflege älterer Menschen in den Blick.

Kernstück des Qualifikationsrahmens ist die Beschreibung von acht Qualifikationsniveaus. Sie differenzieren sich einmal über den Verantwortungs- und Aufgabenbereich und damit über die Anforderungen an die Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen sowie über die zur Bewältigung erforderlichen Qualifikationen. Die Verantwortungsbereiche stellen die zentralen Merkmale des betreffenden Niveaus dar. Die Übernahme von Verantwortung bezieht sich auf vollständige Handlungen (Gewinnung von Informationen, Planung der Handlung, Durchführung und Evaluation) und ist eng verbunden mit der Rechenschaftspflicht. Durch die Beschreibung des Verantwortungsbereichs sowie der Qualifikationsprofile in Form von Lernergebnissen (Wissen und Können), die auf alle Kompetenzbereiche – Sozial-, Personal- und Fachkompetenz – ausgerichtet sind (KNIGGE-DEMAL 2011), wird es möglich, die Gestaltung von Bildungsprozessen am Qualifikationsrahmen auszurichten. Aus den beispielhaft aufgeführten Aufgaben lassen sich Situationen konstituieren, an denen sich Bildungsprozesse ausrichten können. Die Aufgaben sind durch ihre Ausrichtung auf die Klientinnen und Klienten, das Pflegeteam, die Einrichtung und die Gesellschaft strukturiert und folgen damit einem systemischen Ansatz. Das Verständnis davon, dass es immer um die Übernahme von Verantwortung geht und keinesfalls um die

Durchführung säkularisierter Aufgaben oder gar um die inhaltliche Entmischung von Arbeitsprozessen, bestimmt das jeweilige Qualifikationsprofil.

Die **Qualifikationsniveaus 1 bis 3** sind aus der Perspektive des Qualifikationsrahmens ein integrativer Teil des Beschäftigungsbereichs. Die Zielsetzung aller Qualifikationsniveaus bündelt sich darin, dass ältere Menschen selbstbestimmt und sozial integriert am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Sie leisten einen Beitrag dazu, dass professionelle Pflege nicht oder erst später notwendig wird. Diese Qualifikationsniveaus unterstützen und betreuen Klienten sowie Angehörige und entlasten das professionelle Pflegeteam auch von pflegefremden Aufgaben.

- Die Niveaus 1 bis 2 sind auf Unterstützungs- und Betreuungsleistungen in Ergänzung zur Pflege ausgerichtet. Sie umfassen die Begleitung und Assistenz von älteren Menschen im Alltag.
- Niveau 3 umfasst zudem einzelne delegierte pflegerische Aufgaben.

Die **Qualifikationsniveaus 4 bis 8** beziehen sich auf verantwortliches und pflegewissenschaftlich begründetes Pflegehandeln.

- Niveau 4 ist auf die Steuerung von komplexen Pflegeprozessen ausgerichtet.
- Niveau 5 fokussiert die Pflege, Betreuung und Unterstützung spezifischer Klientengruppen und
- Niveau 6 ist auf die Leitung einer pflegerischen Einheit ausgerichtet. Auf Qualifikationsniveau 7 ist die Verantwortung für die pflegerische Leitung einer Einrichtung angesiedelt. Der Entwurf des Qualifikationsrahmens endet auf Niveau 8, welches klientenbezogene praxisnahe Pflegeforschung fokussiert.

Ergänzt werden die acht Qualifikationsprofile durch die grundlegenden Befähigungen. Diese sind zur Bewältigung der Anforderungen auf allen Qualifikationsniveaus gleichermaßen unabdingbar. Hierin bündeln sich vor allem die personalen und sozial-kommunikativen Kompetenzen. Sie umfassen vordringlich Einstellungen und Werthaltungen, die damit zusammenhängen, dass Handeln auf ein ethisch begründetes und humanistisches Selbstverständnis ausgerichtet ist. Die grundlegenden Befähigungen sollen neben dem Wissen und Können dazu beitragen, dass das Handeln und Verhalten gegenüber den Klienten (und im Team) durch Akzeptanz, Respekt, Perspektivität, Empathie und Wertschätzung gekennzeichnet ist. (KNIGGE-DEMAL u. a. 2011, S. 6 f.) Im Entwurf des Qualifikationsrahmens wird davon ausgegangen, dass diese grundlegenden Befähigungen ausnahmslos lehr- und lernbar sind und damit immer auch Gegenstand von Bildungsprozessen sind.

Anschlussfähigkeit an europäische und nationale Referenzsysteme

Der „Entwurf eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ ist anschlussfähig an die im Rahmen der europäischen Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik entstandenen Referenzsysteme.

Bereits im Jahr 2000 hat der Europäische Rat beschlossen, Transparenz und Durchlässigkeit der Qualifikationen in Europa durch geeignete Instrumente zu verbessern. Mit der Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) im April 2008 sind die Mitgliedstaaten aufgefordert, nationale Qualifikationsrahmen zu entwickeln. Im Januar 2012 haben sich Bund, Länder und Sozialpartner auf die Einführung des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) verständigt (vgl. Arbeitskreis DQR 2012).

Domänenspezifische und sektorale Qualifikationsrahmen stellen weitere Ausdifferenzierungen dar, die die besonderen Anforderungen ausgewählter Fachgebiete oder Sektoren (Beschäftigungsbereiche) beschreiben. Ihre Entwicklung ist in den europäischen Ländern unterschiedlich weit vorgeschritten. In Deutschland liegt bereits seit 2005 der Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse vor. Fachqualifikationsrahmen (z. B. für Pflegewissenschaft oder für Soziale Arbeit) differenzieren bestimmte Fachgebiete oder spezifische Beschäftigungsbereiche weiter aus. Diese Ausdifferenzierung ist nicht als Deduktionsprozess vorstellbar, gefragt ist vielmehr eine umfassende Beschreibung der spezifischen Anforderungen des konkreten Berufs-, Beschäftigungs- oder Fachbereichs unter Bezugnahme auf die jeweiligen domänenspezifischen Theorien und Konzepte sowie das Selbstverständnis der Adressaten. So ergänzen diese Referenzsysteme sinnvoll die Ziele und Anwendungsbezüge der abstrakteren nationalen und europäischen Qualifikationsrahmen und stellen sicher, dass sie den Zielen der „Planung von Bildungsangeboten und Personalentwicklung“ in spezifischen Berufs- und Beschäftigungsbereichen entsprechen.

Ein domänenspezifischer bzw. sektoraler Qualifikationsrahmen liegt mit dem „Entwurf eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ vor (KNIGGE-DEMAL 2011). Die Vorüberlegungen und Entwicklungsarbeiten waren bereits weit fortgeschritten, als die Arbeiten am Entwurf des Deutschen Qualifikationsrahmens aufgenommen wurden. So wurden zwar frühzeitig Kontakte hergestellt, eine Verzahnung der Entwicklungsprozesse sowie eine konzeptuelle Anpassung an die Strukturen des DQR waren jedoch nicht möglich. Gleichwohl ist der Entwurf des sektoralen Qualifikationsrahmens einerseits mit dem DQR kompatibel, stellt jedoch andererseits keine Deduktion im

Hinblick auf den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen dar. Zur Ausdifferenzierung dieses spezifischen Beschäftigungs- bzw. Berufsbereiches wurden vielmehr Konzepte herangezogen, die die Anforderungen des Bereiches möglichst konkret beschreiben und die sich in den Strukturen der einzelnen Niveaudarlegungen entsprechend widerspiegeln (vgl. KNIGGE-DEMAL 2011). Der Verantwortungsbereich, der nach einer Kurzbeschreibung die ausführliche Beschreibung des jeweiligen Niveaus einleitet, korrespondiert mit dem Kompetenzbegriff des EQR, der dort im Sinne von Selbstständigkeit und Verantwortung verstanden wird. Inhaltlich und binnenstrukturell folgen die Ausführungen einem systemischen Ansatz (vgl. HUNDENBORN/KNIGGE-DEMAL 1998), der klientenbezogene, teambezogene und einrichtungsbezogene Aufgaben voneinander unterscheidet und diese Perspektiven in den qualifikationsorientierten Beschreibungen von „Wissen“ und „Können“ aufgreift. Diese beschränken sich im Unterschied zur DQR-Matrix nicht auf Fachkompetenz i. e. S., sondern umfassen, insbesondere in den klientenbezogenen und teambezogenen Aussagen, notwendigerweise personale Kompetenzen, wie sie im DQR in der Differenzierung von Sozialkompetenz und Selbstständigkeit aufgegriffen werden. Darüber hinaus werden personale einschließlich sozialer Kompetenzen im Entwurf des sektoralen Qualifikationsrahmens als „grundlegende Befähigungen“ beschrieben, die Werthaltungen und Einstellungen umfassen, die für die Interaktion mit hilfebedürftigen Menschen und für die Zusammenarbeit im Team gleichermaßen als erforderlich angesehen werden (vgl. KNIGGE-DEMAL u. a. 2011, S. 6 f.). Während die Kompetenzdimensionen des DQR einem handlungsanalytischen Ansatz folgen, orientiert sich der Entwurf des sektoralen Qualifikationsrahmens am Konzept der vollständigen Handlung (vgl. HUNDENBORN/KÜHN-HEMPE 2010, S 14 f.), der sich vor allem in der Verantwortung für die Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen widerspiegelt. Gleichwohl liegt auch dem Entwurf des sektoralen Qualifikationsrahmens ein weiter Bildungsbegriff zugrunde, der auf umfassende Handlungskompetenz ausgerichtet ist, die Fachkompetenz und personale Kompetenz integriert.

Rahmen für die Konzeption von Bildungsgängen

Der „Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ eignet sich somit auch für die Entwicklung von pflegerischen Bildungsgängen bzw. ihre Transformation von inputorientierten in outcomeorientierte, d. h. auf Lernergebnisse bezogene Bildungsprogramme. In diesem Sinne wurde auf den entwickelten Entwurf im Projekt „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ Bezug genommen. In diesem Projekt ent-

standen auf der Grundlage der vorhandenen Ordnungsmittel Modulhandbücher für insgesamt vier Bildungsgänge in der Altenpflege, für eine in Nordrhein-Westfalen einjährige Ausbildung in der Altenpflegehilfe (SCHEU u. a. 2011), für die dreijährige Ausbildung in der Altenpflege (KÜHN-HEMPE u. a. 2011) sowie für zwei aufeinander aufbauende Leitungsweiterbildungen (KREMER u. a. 2011). Darüber hinaus wurde ein „Leitfaden zur Entwicklung und Einführung modularisierter Curricula in beruflichen Bildungsgängen der Altenpflege“ (FH Bielefeld/dip 2011) entwickelt. Während im Projekt „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ der Entwurf des sektoralen Qualifikationsrahmens für die Entwicklung von Bildungsprogrammen genutzt wurde, soll in der Erprobung des Entwurfs seine Tauglichkeit für die Analyse von Anforderungen und Kompetenzen des Beschäftigungsbereichs geprüft und seine Unterstützungsfunktion für die Personalentwicklung ausgelotet werden.

Weitere Schritte zur Implementierung

Der entwickelte Entwurf stellt trotz der einbezogenen Expertise aus Berufspraxis und Wissenschaft ein Hypothesensystem dar, das empirisch zu überprüfen ist. Es ist sinnvoll, die ausgewiesenen Qualifikationsniveaus durch eine Feldstudie zu ergänzen, um die Gültigkeit und Praktikabilität des Qualifikationsrahmens im Beschäftigungsbereich zu untermauern. Dies erfolgt im Rahmen des Projekts „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“. Das Projekt hat eine Laufzeit von 24 Monaten (September 2011 bis August 2013) und wird als Kooperationsprojekt zwischen der Fachhochschule Bielefeld und dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) in Köln durchgeführt. Gefördert wird es vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Zunächst soll die Erprobung zeigen, inwieweit sich die beschriebenen acht Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in den Einrichtungen der Altenpflege identifizieren lassen und die damit verbundenen gestuften Qualifikationsprofile im Personaltableau der Einrichtungen vorgehalten werden. Die erste Phase der empirischen Untersuchung konzentriert sich auf vier Fragestellungen:

1. Sind die beschriebenen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in den ausgewählten Einrichtungen der Altenpflege vorzufinden?
2. Lassen sich auch in der beruflichen Praxis der Altenpflege sieben bis acht verschiedene Verantwortungs- und Aufgabenbereiche voneinander abgrenzen?

3. Sind aus der Perspektive der Mitarbeitenden und der pflegerischen Leitung unterschiedliche Qualifikationsprofile zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben erforderlich?
4. Lassen sich die ausgewiesenen Zusammenhänge zwischen den Verantwortungs- und Aufgabenbereichen einerseits und dem notwendigen Wissen und Können andererseits empirisch auffinden?

Die Ergebnisse der Erprobung sollen eine empirisch begründete Überarbeitung und Weiterentwicklung des Qualifikationsrahmens ermöglichen. ■

Literatur

- ARBEITSKREIS DQR: *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Verabschiedet am 22. März 2011* – URL: www.deutscherqualifikationsrahmen.de (Stand: 11.10.2012)
- FH BIELEFELD; DIP (Hrsg.): *Leitfaden zur Entwicklung und Einführung modularisierter Curricula in beruflichen Bildungsgängen der Altenpflege o. O. 2011* – URL: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_05_Handlungsleitfaden-Modularisierung.pdf (Stand: 11.10.2012)
- HUNDENBORN, G.; KNIGGE-DEMAL, B.: *Teil 5 des Zwischenberichts. In: Dokumentation von Arbeitsauftrag und Zwischenbericht der Landeskommision zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 1999*
- HUNDENBORN, G.; KÜHN-HEMPE, C.: *Kurzfassung der Modularisierung von Bildungsgängen in der Altenpflege. In: HUNDENBORN, G.; KNIGGE-DEMAL, B. (Hrsg.): „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ – Zwischenbericht. o.O. 2010, S. 13–22*
- KNIGGE-DEMAL, B.; EYLMANN, C.: *Zusammenfassende Darstellung des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen. In: HUNDENBORN, G.; KNIGGE-DEMAL, B. (Hrsg.): „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ – Zwischenbericht. o.O. 2010, S. 4–12*
- KNIGGE-DEMAL, B.; EYLMANN, C., HUNDENBORN, G.: *Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen. o.O. 2011* – URL: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_06_Entwurf-Qualifikationsrahmen.pdf (Stand: 11.10.2012)
- KREMER, M.; KNIGGE-DEMAL, B.: *Modulhandbuch zum Bildungsgang der Weiterbildung zur Leitung einer pflegerischen Einheit. o. O. 2011* – URL: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_03_Modulhandbuch-Weiterbildung.pdf (Stand: 11.10.2012)
- KÜHN-HEMPE, C.; HUNDENBORN, G.; SCHEU, P.: *Modulhandbuch für die dreijährige Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen. o. O. 2011* – URL: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_02_Modulhandbuch-Altenpflege.pdf (Stand: 11.10.2012)
- SCHEU, P. u. a.: *Modulhandbuch für die einjährige Altenpflegehilfeausbildung in Nordrhein-Westfalen. o. O. 2011* – URL: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_01_Modulhandbuch-Altenpflegehilfe.pdf (Stand: 11.10.2012)



Soziale Kompetenzen von medizinischen Fachangestellten messen

Entwicklung eines Verfahrens im Projekt CoSMed

► Soziale Kompetenzen haben gerade in personenbezogenen Dienstleistungsberufen, bei denen der Umgang mit Menschen im Vordergrund steht, einen großen Einfluss auf die erfolgreiche Ausübung der Tätigkeit. In den Gesundheits- und Pflegeberufen betrifft dies neben der Abstimmung im Team in erster Linie den Umgang mit Patientinnen und Patienten, deren Erleben und Verhalten häufig von Ängsten, Sorgen oder Schmerzen geprägt ist. „Immer freundlich bleiben“ – das ist eine Anforderung, die in Experteninterviews häufig genannt wird. Doch was verbirgt sich hinter dieser einfachen Formel? Der Beitrag beschreibt, auf welchem Weg das Projekt CoSMed Antworten auf diese Frage sucht, um die sozialen Kompetenzen von Medizinischen Fachangestellten messbar zu machen.



AGNES DIETZEN

Dr., Leiterin des Arbeitsbereichs
„Kompetenzentwicklung“ im BIBB



MOANA MONNIER

Wiss. Mitarbeiterin im Arbeitsbereich
„Kompetenzentwicklung“ im BIBB



TANJA TSCHÖPE

Wiss. Mitarbeiterin im Arbeitsbereich
„Kompetenzentwicklung“ im BIBB

Soziale Kompetenz – wesentlicher Bestandteil des Berufsprofils

„Wann komme ich endlich dran?“, „Wann bin ich wieder gesund?“ – Fragen dieser Art gehören zum Berufsalltag von Medizinischen Fachangestellten (im Folgenden MFA). Sie müssen die Situation und Gefühlslage von kranken Menschen rasch erfassen, ungeduldige Patientinnen und Patienten beruhigen und sie in schwierigen Situationen stabilisieren sowie zum Teil Tätigkeiten ausführen, die den Betroffenen unangenehm sind. Zugleich verlangt der Beruf eine gute Abstimmung im Praxisteam.

Neben gesundheitsbezogenen und kaufmännischen Kompetenzen gehören soziale Kompetenzen daher grundlegend zum Berufsprofil der MFA. Die Ausbildungsordnung für den Beruf vom 26. April 2006 benennt verschiedene Aufgaben in der Patientenbetreuung und -beratung, die die Bedeutung sozialer Kompetenzen für die Berufsausübung besonders deutlich machen.

Die Einführung des Konzepts der beruflichen Handlungskompetenz als normative Grundlage einer Persönlichkeitsentwicklung und Berufsfähigkeit hat insgesamt dazu beigetragen, soziale Kompetenzen stärker in den Fokus des Interesses zu rücken. Dem umfassenden Bildungsverständnis des Konzepts zufolge, sollen in der Berufsbildung neben Fachkompetenzen auch Human- und Sozialkompetenzen vermittelt, gefördert und nach Möglichkeit beurteilt werden (vgl. KMK 2007).

Insbesondere in den Gesundheits- und Pflegeberufen stehen der hohen Bedeutung sozialer Kompetenzen bisher vergleichsweise geringe Bemühungen gegenüber, diese Fähigkeiten gezielt zu vermitteln, zu fördern und zu messen. Dies mag daran liegen, dass diese Fähigkeiten häufig als personenbezogene Eigenschaften angesehen werden, die man „einfach mitbringen muss“. Alternativ wird vermutet, dass sie durch primäre Sozialisationsprozesse erworben werden und im Berufsleben vor allem über informelles und erfahrungsgelitetes Lernen im Prozess der beruflichen Tätigkeit weiterentwickelt werden. Als Gegenstand eines curricular

angeleiteten Lernens spielen sie hingegen eine eher untergeordnete Rolle. Hinzu kommt, dass in der Vergangenheit der Pflege, Fürsorge und dem Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen generell nur wenig gesellschaftliche Aufmerksamkeit gewidmet wurde, so dass auch die dafür erforderlichen Fähigkeiten nur unzureichend wahrgenommen und professionalisiert wurden.

So verwundert es nicht, dass in der Praxis insbesondere in diesem Bereich Defizite bei den MFA festgestellt werden. In einer repräsentativen Befragung, an der sich 1.350 Ärztinnen und Ärzte bundesweit beteiligten (vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2002), wurden die psychosozialen Kompetenzen der MFA von über 66 Prozent der Befragten als verbesserungswürdig eingestuft (gegenüber nur 43–49 % bei verschiedenen medizinischen Fachkompetenzen). Verbesserungen sind nach ihrer Einschätzung insbesondere in der Gesprächsführung und im Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten erforderlich.

Stolpersteine bei der Konkretisierung und Messung sozialer Kompetenzen

Bis heute erschweren die bereits von SEYFRIED (1995) beschriebenen „großen Stolpersteine“ den Weg zur Messung sozialer Kompetenzen. Ein erster Stolperstein ist die Unklarheit des begrifflichen Konstrukts „Sozialkompetenz“. Die Vielzahl unterschiedlicher Definitionsversuche und Systematisierungen beruht weitgehend auf Plausibilitätsannahmen. In der Regel werden sie nicht empirisch hergeleitet (vgl. KANNING 2003, S. 157). Entsprechend lässt sich der Begriff als umfassendes Konstrukt verwenden, das weitreichende Interpretationen, vielfältige und teilweise beliebige Möglichkeiten für eine Konkretisierung zulässt (vgl. EULER/BAUER-KLEBL 2008, S. 16).

KANNING (2005, S. 4) definiert eine sozial kompetente Verhaltensweise als „...Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird.“ Dieser beispielhaft ausgewählten inhaltlich sehr offenen Definition stehen auf der anderen Seite ganze Kompetenzkataloge gegenüber, die zusammentragen, aus welchen Komponenten sich soziale Kompetenzen zusammensetzen. Je nach Hintergrund finden sich dort Begriffe wie Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Durchsetzungsstärke, Einfühlungsvermögen, Selbstvertrauen, Takt, Verantwortungsbewusstsein und viele weitere Begriffe (vgl. KANNING 2005). So kann unter sozial kompetentem Verhalten sehr Unterschiedliches verstanden werden, da Aufgaben, Verantwortungen und Rollenverständnisse – je nach Kontext – vollkommen unterschiedlich sein können. Was

in einem Feld als durchsetzungsstark gilt, kann in einem anderen Bereich unkooperativ oder sogar grenzüberschreitend wirken. Zugleich können einzelne Facetten von sozialer Kompetenz für manche Kontexte oder Berufe nebensächlich sein, während sie für andere zentral sind. Um die Anerkennung, Förderung und Messung sozialer Kompetenzen zu unterstützen, ist somit ein berufsspezifischer Ansatz unerlässlich.

Ein zweiter Stolperstein ist das unbefriedigende Methodenrepertoire zur Messung beruflicher Sozialkompetenzen. Die berufliche Kompetenzdiagnostik hat in den vergangenen Jahren im Bereich der Fachkompetenzen einige Fortschritte erzielt. Beispielsweise wurden für den gewerblich-technischen und für den kaufmännischen Bereich simulationsorientierte Testverfahren entwickelt, die erste Einblicke in die Struktur und die Niveauentwicklung fachlicher Kompetenzen in ausgewählten Berufen ermöglichen (vgl. NICKOLAUS 2011). Für den Bereich der Sozialkompetenzen stehen diese Arbeiten noch gänzlich aus. Mit den vorhandenen Verfahren zur Erfassung sozialer Kompetenzen (vgl. den Überblick bei KANNING 2005; NANGLE u. a. 2010) wird zum Teil versucht, allgemeine Sozialkompetenz zu erfassen. Ihre Aussagekraft für einzelne Berufe ist jedoch eingeschränkt. Kritisch hinsichtlich der Validität ist auch der methodische Zugang über Selbstauskünfte oder Fremdbeurteilungen zu betrachten. Manche theoretisch fundierte Verfahren konzentrieren sich auf einzelne Facetten von Sozialkompetenz. In der eignungsdiagnostischen Praxis kommen auch simulationsorientierte Tests zum Einsatz, in denen Personen ihr fiktives Verhalten in bestimmten berufstypischen Situationen beschreiben sollen (sog. Situational Judgement Tests, vgl. u. a. WEEKLEY/PLOYHART 2006). Sie werden zumeist in höheren Hierarchieebenen eingesetzt und sind aufgrund ihrer Passgenauigkeit nicht übertragbar. Für den Bereich der Berufsausbildung und den Gesundheits- und Pflegebereich liegen keine Verfahren dieser Art vor.

Entwicklung und Validierung eines Testverfahrens im Projekt CoSMed

Durch das komplexe Zusammenspiel von sozialen Kompetenzen mit medizinisch-gesundheitsbezogenen und administrativ-kaufmännischen Kompetenzen im Alltag einer MFA bietet dieser Beruf die Möglichkeit einer interdisziplinären Kompetenzforschung aus pädagogischer, psychologischer und soziologischer Sicht. Das Projekt CoSMed möchte mit diesem interdisziplinären Zugang einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Methodenrepertoires zur berufsspezifischen Messung sozialer Kompetenzen leisten.

Abbildung 1 Vorgehensweise bei der Erstellung eines domänenspezifischen Kompetenztests



Das Projekt CoSMed

Bei dem Projekt CoSMed (Competence diagnostics: Simulations in Medical Settings) handelt es sich um ein Verbundprojekt, in dem die Universität Göttingen (Professur für Wirtschaftspädagogik und Personalentwicklung) und das BIBB (Arbeitsbereich Kompetenzentwicklung) technologiegestützte Instrumente entwickeln, mit denen die beruflichen Kompetenzen von MFA gemessen werden können.

Die Tests, die im Laufe des Projekts an großen Stichproben von ca. 2.000 Auszubildenden erprobt werden, sollen Aussagen zum Leistungsstand der Auszubildenden am Ende der Ausbildung ermöglichen.

Schwerpunkt der Arbeiten im BIBB sind die sozialen Kompetenzen, während die Universität Göttingen die medizinisch-gesundheitsbezogenen und kaufmännisch-administrativen Kompetenzen in den Fokus nimmt. In der technischen Umsetzung wird das Projekt von der Professur für Anwendungssysteme und E-Business der Universität Göttingen unterstützt.

Das Gesamtprojekt wird in der Forschungsinitiative ASCOT („Technologiebasierte Messung beruflicher Kompetenzen“, vgl. www.ascot-vet.net) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert. Es ist im Dezember 2011 gestartet und hat eine Laufzeit von drei Jahren.

ANFORDERUNGSANALYSE

Ausgangspunkt der Testentwicklung im Projekt CoSMed war die Analyse der Anforderungen (vgl. den in Abb. 1 skizzierten Ablauf). Für die Betrachtung der sozialen Kompetenzen wurden hierbei sämtliche Ereignisse mit sozialem Kontakt in den Fokus gerückt. Neben ausführlichen Literatur- und Dokumentenanalysen wurden Interviews und Workshops mit MFA, Ärztinnen/Ärzten und weiteren Expertinnen/Experten in diesem Berufsfeld (z. B. Vertreterinnen und Vertretern von Kammern und Verbänden) durchgeführt, in deren Mittelpunkt die Tätigkeiten und Rahmenbedingungen des jeweiligen Arbeitsplatzes standen. Mithilfe der sogenannten Critical-Incident-Methode (vgl. FLANAGAN 1954) wurden besonders erfolgskritische Situationen identifiziert und positive wie negative Handlungsalternativen ergründet.

ENTWICKLUNG EINES DOMÄNENMODELLS

Alle ermittelten Informationen wurden in einem Domänenmodell zur vollständigen Darstellung der Berufsinhalte, Rahmenbedingungen, anfallenden Aufgaben und auszuübenden Tätigkeiten zusammengefasst (vgl. KLIEME u. a. 2003). Hierbei wurde deutlich, dass die Mehrzahl der anfallenden Aufgaben und Tätigkeiten in der Interaktion mit den drei Personengruppen Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzte und Kolleginnen und Kollegen stattfindet. Das Domänenmodell der MFA unterstreicht somit die enge Verzahnung von medizinisch-gesundheitsbezogenen, administrativ-kaufmännischen und sozialen Anforderungen. Die Tätigkeiten mit Patientenkontakt lassen sich nach den Schnittstellen Telefon, Empfangstheke und Behandlungszimmer differenzieren, während für die Interaktionen im Team weitere Orte wie das Labor und der Pausenraum hinzukommen. Allen Schnittstellen lassen sich typische Handlungssituationen zuordnen, wie etwa das Annehmen von Beschwerden über zeitliche Verzögerungen am Empfang, das Beruhigen eines Patienten beim Warten auf eine Untersuchung im Behandlungszimmer oder das Aushandeln von Urlaubszeiten mit einer Kollegin im Pausenraum.

VOM DOMÄNEN- ZUM KOMPETENZMODELL

Im nächsten Schritt, der aktuellen Projektphase, wird aus dem Domänenmodell das Kompetenzmodell abgeleitet. Es handelt sich hierbei um die psychologische Übersetzungsarbeit von Anforderungen und Tätigkeiten in die zur Bewältigung erforderlichen Kompetenzen. Zur Fundierung des Kompetenzmodells wird im Projekt CoSMed eine Kombination aus empirischem und theoriebasiertem Ansatz verfolgt. Hierbei werden die Ergebnisse der Anforderungsanalyse vor dem Hintergrund psychologischer, sprachwissenschaftlicher und soziologischer Theorien betrachtet.

Für die erfolgreiche Bewältigung der sozialen Anforderungen wurden im Projekt bisher die folgenden Kompetenzen identifiziert: Die MFA müssen in der Lage sein, sich in ihr Gegenüber hineinzusetzen, ohne die eigenen Interessen aus den Augen zu verlieren, ausgleichend zu wirken, indem verständliche Kommunikationswege gewählt werden, und einen sinnvollen Umgang mit den eigenen Gefühlen zu finden. Diese Kompetenzen sind beispielsweise Gegenstand von theoretischen Konzepten zur Perspektivenkoordination, von sprachwissenschaftlichen Ansätzen und Kommunikationsmodellen sowie von Theorien zur Emotionsregulation. Die theoretische Fundierung dient im Projekt CoSMed zwei Zwecken. Zum einen soll verhindert werden, dass in der Praxis häufig eingesetzte Verhaltensweisen fälschlicherweise als positiv gewertet werden. Beispielsweise ist denkbar, dass zur Regulation der eigenen Gefühle viele MFA Ärger herunterzuschlucken, anstatt ihn adäquat zu verarbeiten. Von den Vorgesetzten und anderen Personen wird dieses Verhalten möglicherweise als wünschenswert eingestuft. Empirische Befunde sprechen hingegen dafür, dass dieses Verhalten kurzfristig zu negativem Stresserleben führt und langfristig das Burnout-Risiko erhöht (vgl. HACKER 2009). Zum anderen zeigen Coping-Theorien alternative Bewältigungsstrategien auf, die in der Praxis selten genannt werden, die aber dennoch effektiver sind (vgl. JOHN/GROSS 2004). Theorien liefern darüber hinaus Hinweise auf die Entwicklungsstufen der entsprechenden Kompetenzen, die wiederum für deren Modellierung in Testitems, aber auch für deren Förderung wichtig sind.

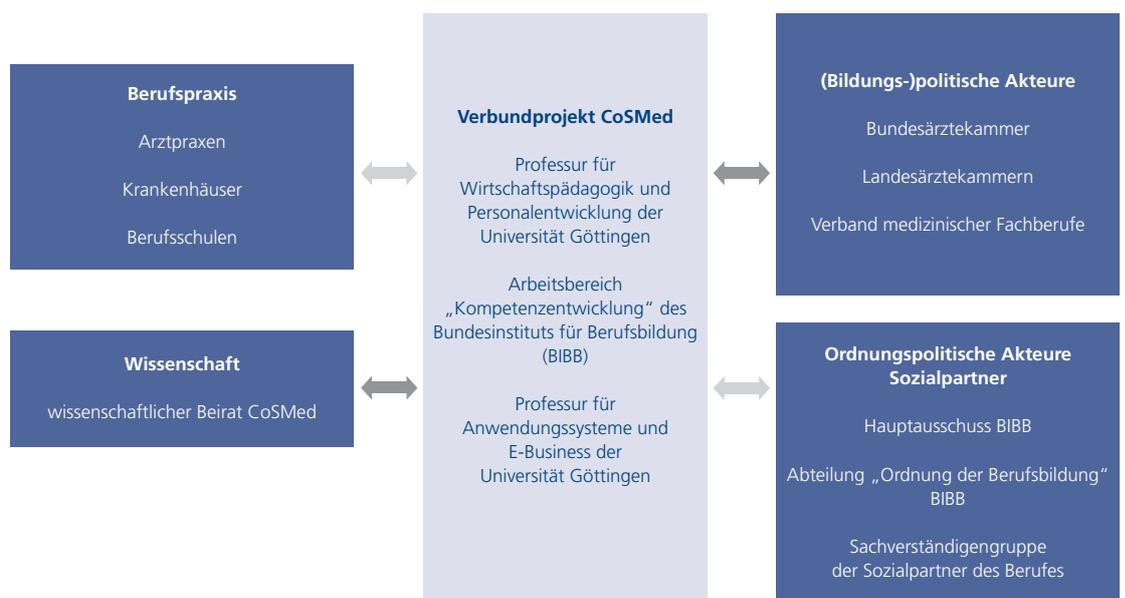
TESTKONSTRUKTION UND VALIDIERUNG

Im nächsten Schritt der Testkonstruktion werden aus den ermittelten beruflichen Handlungssituationen solche ausgewählt, in denen sich das Ausmaß an sozialen Kompetenzen besonders gut feststellen lässt. Die Situationen werden mit Schauspielerinnen und Schauspielern in kurzen Filmsequenzen nachgestellt. Im Test werden zu jeder Filmsequenz Fragen mit vier Antwortalternativen präsentiert. Durch Auswahl der Antwort sollen die Probanden angeben, wie sie sich in der entsprechenden Situation verhalten würden.

Die Fragen berücksichtigen gezielt die ermittelten Dimensionen der sozialen Kompetenzen: Einfühlungsvermögen, Umgang mit den eigenen Emotionen, sprachliche Ausdrucksfähigkeit und Kommunikationsstrategien. Die methodische Grundlage bilden die oben beschriebenen Situational Judgment Tests. Während die Antwortalternativen hierbei jedoch zumeist empirisch gewonnen werden, spielen in CoSMed die theoretischen Erwägungen eine wichtige Rolle. Sie liefern den Hintergrund für die theoretisch fundierte Bewertung der Antwortalternativen.

Der fertige Test muss von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis validiert werden, um sowohl die fachliche Richtigkeit und Realitätstreue als auch die psychologischen Zusammenhänge zwischen Kompetenz und Anforderung zu sichern. Zudem wird in Testdurchgängen überprüft, ob die gestalteten Fragen zu den einzelnen Kompetenzen diese auch eindeutig und spezifisch messen und

Abbildung 2
Wissenschafts-Praxis-
Kooperation im Projekt
CoSMed



ob diese sich von den anderen unterscheiden lassen. Erst wenn diese Pilotierung zufriedenstellende Ergebnisse liefert, wird der Test an einer größeren Stichprobe eingesetzt. Anschließend können erste Aussagen zu den sozialen Kompetenzen von medizinischen Fachangestellten am Ende ihrer Ausbildungszeit getroffen werden.

WISSENSCHAFTS-PRAXIS-KOMMUNIKATION

Ein zentraler Pfeiler des gesamten Verbundprojekts CoSMed ist eine enge Zusammenarbeit mit Partnern aus der Praxis. Die Projektarbeit erfolgt in allen Phasen der Modell- und Testentwicklung in Kooperation und Kommunikation mit Expertinnen und Experten aus Bundes- und Landesärztekammern, dem Verband medizinischer Fachberufe sowie einer Reihe von Praxisvertreterinnen und -vertretern aus Schulen, Arztpraxen und Kliniken (vgl. Abb. 2, S. 27).

Die Einschätzungen aus der Praxis helfen unter anderem bei der Auswahl empirisch begründeter Kompetenzdimensionen und der möglichst authentischen Gestaltung der berufstypischen Arbeits- und Geschäftsprozesse in den Testaufgaben. Auch die Sicherung des Feldzugangs für die Erprobung der entwickelten Testinstrumente und für die Durchführung der Teststudie wird durch die beteiligten Kammern gewährleistet.

Transfer und Verwertung der Ergebnisse

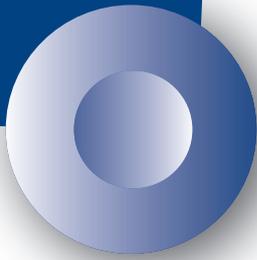
Für die Verwertung der Ergebnisse spielt die Wissenschafts-Praxis-Kooperation eine tragende Rolle. Sie schafft gute Voraussetzungen, um Testverfahren zu einem späteren Zeitpunkt in die bestehende Prüfungspraxis zu überführen. Auch Transfermöglichkeiten für andere Berufe innerhalb des Berufsfelds der Gesundheits- und Pflegeberufe und in Weiterbildungsmaßnahmen können frühzeitig ausgelotet werden. Die enge Kooperation mit der Ordnungsabteilung des BIBB sichert zudem eine Vorbereitung des Praxistransfers der Ergebnisse in die Ordnungsverfahren, z. B. zur kompetenzbasierten Neuformulierung der Ausbildungsordnung und der Prüfungsverfahren.

Neben diesen praktischen Anwendungsmöglichkeiten leisten die Projektergebnisse auch einen wissenschaftlichen Beitrag. Es ist nach wie vor unklar, aus welchen Komponenten sich soziale Kompetenzen für einzelne Berufe zusammensetzen und wie diese zusammenspielen. Ebenso offen ist die Frage, in welchem Zusammenhang die sozialen Kompetenzen zu fachlichen oder personalen Kompetenzen stehen. Verläuft beispielsweise die Entwicklung der fachlichen und sozialen Kompetenzen parallel oder sind manche Auszubildende fachlich stark, sozial jedoch schwach und andere umgekehrt? Erkenntnisse zu diesen Fragen ermöglichen einen neuartigen Einblick in das Zusammenspiel der verschiedenen Facetten der beruflichen Handlungskompetenz.

Fragen dieser Art sind für Instrumente wie den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) von hoher Bedeutung. Dieser legt für die Einstufung der Kompetenzniveaus der sozialen Kompetenzen für alle Berufe eine einheitliche Struktur zugrunde, die sich stark auf Team- und Führungsfähigkeiten konzentriert (vgl. Arbeitskreis DQR 2011). Bisher ist ungeklärt, ob dieser allgemeine Ansatz für alle Berufe tragfähig ist. Durch den Vergleich von Tätigkeitsbereichen und Anforderungsprofilen verschiedener Berufe kann überprüft werden, wo genau Ähnlichkeiten und Übertragungsmöglichkeiten bestehen. Berufsspezifische Analysen, wie sie im CoSMed-Projekt durchgeführt werden, unterstützen somit die Bildungs- und Ordnungspolitik, ihre Konzepte auf konsistenten Kompetenzbeschreibungen zu gründen. ■

Literatur

- ARBEITSKREIS DQR: Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Verabschiedet 22. März 2011 – URL: http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de/der_dqr/stand-der-umsetzung_fkntsaw6.html (Stand 08.10.2012)
- EULER, D.; BAUER-KLEBL, A.: Bestimmung und Präzisierung von Sozialkompetenzen. Theoretische Fundierung und Anwendung für die Curriculumentwicklung. In: ZBW 104 (2008) 1, S. 16–47
- FLANAGAN, J.C.: The Critical Incident Technique. In: Psychological Bulletin 51 (1954) 4, S. 327–358
- HACKER, W.: Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-aktiver Erwerbsarbeit. Lengerich 2009
- JOHN, O. P.; GROSS, J. J.: Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences and life span development. In: Journal of Personality 72 (2004) 6 S. 1301–1334.
- KANNING, U. P.: Diagnostik sozialer Kompetenzen. Göttingen 2003
- KANNING, U. P.: Soziale Kompetenzen. Entstehung, Diagnose und Förderung. Göttingen 2005
- KLIEME, E. u. a.: Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Eine Expertise. Berlin 2003
- KMK: Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmungen mit den Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Bonn 2007
- NANGLE, D. W. u. a.: Practitioner's Guide to empirically based Measures of Social Skills. New York 2010
- NICKOLAUS, R.: Die Erfassung fachlicher Kompetenz und ihrer Entwicklungen in der beruflichen Bildung – Forschungsstand und Perspektiven. In: ZLATKIN-TROITSCHANSKAIA, O. (Hrsg.): Stationen empirischer Bildungsforschung: Traditionslinien und Perspektiven. Wiesbaden 2011, S. 331–351
- SEYFRIED, B. (Hrsg.): „Stolperstein“ Sozialkompetenz. Was macht es so schwierig sie zu erfassen, zu fördern und zu beurteilen? Bielefeld 1995
- Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006. In: BGBl I Nr. 22 v. 5. Mai 2006, S. 1098–1108 – URL: www2.bibb.de/tools/aab/ao/medizinischer_fachangestellter_2006.pdf (Stand: 08.10.2012)
- WEEKLEY, J. A.; PLOYHART, R. E. (Hrsg.): Situational Judgment Tests – Theory, Measurement, and Applications. Mahwah 2006
- ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND: Qualifikationsanforderungen an ArzthelferInnen. Arbeitgeberbefragung zur zukünftigen ArzthelferInnenausbildung. Abschlussbericht. Köln 2002



Die Mischung macht's! – Erfahrungen mit neuen Berufsprofilen Pflege in der Schweiz

IRIS LUDWIG

Pflegeberaterin MA, Ludwig und Partner in Le Noirmont, Schweiz

ELKE STEUDTER

*Diplom-Berufspädagogin Pflegewissenschaft, Studiengangsleiterin
an der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich*

HARRY HULSKERS

Master of Science in Nursing, Beratung und Schulung in der Pflege, Zürich

► **Im Zuge der neuen Systematik der Berufsbildung wurden neue Berufsprofile entwickelt und in die pflegerische Praxis integriert. Der Gesundheitsberuf „Fachfrau/Fachmann Gesundheit“, der vor zehn Jahren geschaffen wurde, sowie die zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe in der Schweiz, haben die Zusammenarbeit in den bestehenden Pflegeteams verändert. Diesen Veränderungen muss auf unterschiedlichen Ebenen begegnet werden. Der Beitrag zeigt die Auswirkungen im Zuge dieser Neuerungen. Der Fokus liegt dabei auf den praktischen Erfahrungen, die bisher gesammelt werden konnten.**

WIE VIELE UND WELCHE PFLEGEKRÄFTE WERDEN BENÖTIGT?

Demografische und epidemiologische Prognosen belegen eine gestiegene Lebenserwartung und eine Zunahme der chronischen Krankheiten in der Bevölkerung. Zusammen mit veränderten Familien- und Sozialstrukturen haben sie dazu geführt, dass sich Dienstleistungen im Gesundheitswesen und die Versorgungssysteme den aktuellen Entwicklungen anpassen müssen. Diese gesellschaftlichen Veränderungen werden begleitet durch die aktuellen Entwicklungen des Gesundheits- und Pflegemarkts, in dem den Herausforderungen von Sparmaßnahmen und Effizienz

bei gleichbleibender Qualität begegnet werden muss (vgl. KNÜSEL 2010). So verändern sich auch die Anforderungen an den Pflegeberuf – derjenigen Berufsgruppe, die den größten Anteil im Gesundheitswesen einnimmt.

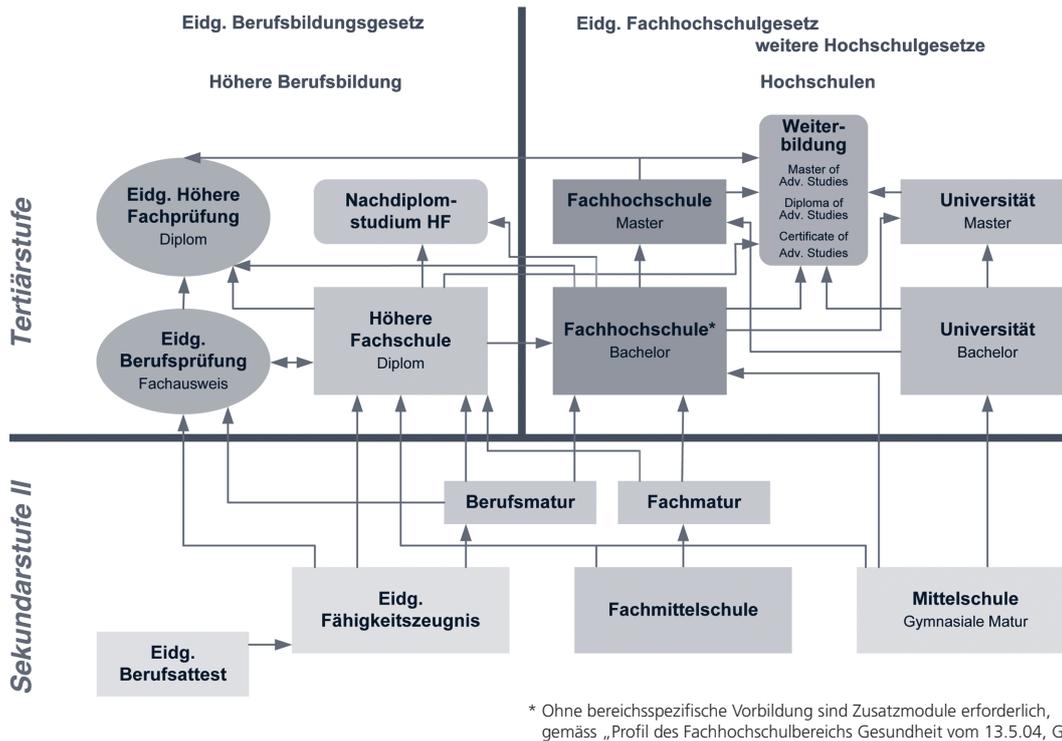
In jüngster Zeit wird gleichzeitig der aktuelle und der weiter steigende Mangel an ausreichend qualifizierten Pflegefachpersonen debattiert (vgl. SIMON 2012). Damit verbunden stellt sich die Frage: Welche und wie viele „beruflich Pflegende“ benötigt eine Gesellschaft, um die zukünftigen Herausforderungen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Pflege vor dem Hintergrund bereits bestehender oder geforderter Qualitätsstandards zu meistern? Daran gekoppelt ist auch die Frage, welche Kompetenzen beruflich Pflegende in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in der praktischen Arbeit erwerben und erweitern sollen, um die zukünftigen Aufgaben bewerkstelligen zu können, und welcher qualifizierende Pflegeabschluss dazu nötig ist. Dabei ist die Vorstellung von einem Entweder-oder im Sinne von akademisch oder praxisgerichtet möglicherweise für die Beantwortung der Fragen nicht zielführend. Vielmehr scheint die Hinwendung zu einem Sowohl-als-auch ein möglicher Weg zu sein. Für die letztgenannte Variante hat sich seit nunmehr zehn Jahren die deutschsprachige Schweiz entschieden.

ABSCHLÜSSE AUF UNTERSCHIEDLICHEN NIVEAUS

Im Zuge der Überführung der Gesundheitsberufe in die Berufsbildungssystematik des Bundesamts für Berufsbildung und Technologie (BBT) und mit dem neuen Berufsbildungsgesetz im Jahre 2002 entstanden neue Berufsabschlüsse in der Pflege (vgl. SCHMID u. a. 2009).

Neben der Assistentin/dem Assistenten Gesundheit und Soziales, die/der über eine zweijährige Ausbildung verfügt und mit einem eidgenössischen Berufsattest abschließt, können junge Menschen das eidgenössische Fähigkeitszeugnis Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) in einer dreijährigen Ausbildung erwerben (Sekundarstufe II). Letztgenannter Beruf liegt im Ranking der Berufswahl inzwischen auf Platz 2. Diplomierte Pflegefachpersonen absolvieren eine dreijährige Ausbildung an einer Höheren Fachschule (HF) und schließen mit dem Titel „Diplomier-te/-r Pflegefachfrau/-mann HF“ ab (Tertiärstufe B). Bei Beginn der Ausbildung müssen sie über einen anerkannten Abschluss der Sekundarstufe II verfügen. Daneben arbeiten neuerdings Pflegefachpersonen in der Praxis, die ihre Ausbildung auf Fachhochschul- bzw. universitärer Stufe mit dem Abschluss Bachelor of Science in Nursing (BScN) erlangt haben (Tertiärstufe A). In der Pflegepraxis ist noch weitgehend unklar, ob die diesen zwei Berufsfachpersonen zugeteilten Berufsaufgaben grundsätzlich identisch sein sollen. Weiter ergänzen die Pflegeexpertinnen/-experten entweder mit einer Höheren Fachausbildung der Stufe II oder

Abbildung
Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit
Quelle: OdASanté



* Ohne bereichsspezifische Vorbildung sind Zusatzmodule erforderlich, gemäss „Profil des Fachhochschulbereichs Gesundheit vom 13.5.04, GDK“.

mit einem Masterabschluss (Master of Science in Nursing oder Master of Advanced Studies) die Teams in der Praxis (vgl. LUDWIG/MATHIS-JÄGGI/HORLACHER 2009). Letzteren werden in der Praxis unterschiedliche Rollen zugeordnet; es besteht jedoch Einigkeit darüber, dass diese nicht grundsätzlich für Lehre und Forschung ausgebildet werden, sondern in der Praxis – auch in der Ausübung von Pflege – eine wichtige Rolle spielen sollen. Die Tabelle gibt einen Überblick über die Berufsbezeichnung, die Abschlüsse und die Kompetenzen.

VOM PFLEGEBEDARF ZUM PERSONALBEDARF

Zunehmend wird in Pflegeeinrichtungen die Arbeit so organisiert, dass unterschiedlich aus- und weitergebildete Pflegepersonen in gemischten Teams zusammenarbeiten und die Aufgaben, die in der Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen auftreten, bewältigen. Hintergrund ist der Gedanke, dass nicht alle pflegerischen Aufgaben die gleichen Bildungsabschlüsse und Kompetenzen notwendig machen und dass neue Strategien gefordert sind, um die Komplexität der Aufgaben „ordnen und bewältigen“ zu können (vgl. BRÖNNIMANN/VANGELOOVEN 2009, S. 86). Wichtig ist jedoch, dass eine Unterscheidung dieser Rollen nicht vor dem Hintergrund von „Tätigkeiten“, sondern von Aufgaben erfolgt. Daraus ergibt sich auch, dass sich der Personalbedarf und die Teamzusammensetzung am Pflegebedarf des jeweiligen Pflegesettings (Akutklinik, Rehabilitationsklinik, Alters- und Pflegeheim, ambulante Pflege) ableiten lassen. Denn nicht überall in der Pflege finden sich gleichermaßen komplexe Patientensituationen. So wurden die FaGe zunächst bevorzugt in der stationären Langzeit- und in der ambulanten Pflege eingesetzt. Inzwischen hat sich das Berufsprofil auch an den meisten Akutkliniken durchgesetzt und die FaGe ergänzen dort die Teams auf den Stationen. Statt einer „Alle machen alles“-Kultur geht es darum, einen Weg der Zusammenarbeit zu etablieren, in der jede Pflegeperson die Aufgaben übernimmt, für die sie am besten – aufgrund ihres „Grades“ und ihrer „Skills“ – geeignet ist (vgl. LUDWIG/MATHIS-JÄGGI/HORLACHER 2009). Dabei erfolgt die Bedarfssteuerung der Gesundheitsberufe

Tabelle **Bildungsabschlüsse Gesundheitsberufe und Kompetenzen in der Praxis**

Berufsbezeichnung	Abschluss	Kompetenzen
Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales	Eidgenössisches Berufsattest (EBA)	Assistenzfunktionen und einfache Betreuungs- und Pflegeaufgaben
Fachfrau/Fachmann Gesundheit	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ)	Pflegemaßnahmen durchführen, Logistik, Hotellerie
Diplomierte Pflegefachfrau HF/Diplomierter Pflegefachmann HF	Diplom Höhere Fachschule	Pflegeprozesssteuerung
Diplomierte Pflegefachfrau FH/Diplomierter Pflegefachmann FH	Bachelor of Science in Nursing (BScN)	Pflegeprozesssteuerung, Mitarbeit bei Projekten
Pflegeexpertin/Pflegeexperte	Master of Science in Nursing (MScN), Master of Advanced Studies (MAS)	Fachliche Unterstützung und Anleitung der Pflegefachpersonen auf Station, Erstellen von Richtlinien und Umsetzung von Forschungsergebnissen, eigne Forschungstätigkeit (MScN)

nicht mehr durch die kantonalen Gesundheitsdirektionen, sondern wird neu durch die Betriebe selbst verantwortet (vgl. SCHMID u. a. 2009). Diese Neuerung erfordert für die adäquate, auf den Pflegebedarf abgestimmte Teamzusammensetzung ein Konzept, das diese Entwicklung aufgreift und für Praxis und Theorie so aufarbeitet, dass die Teams handlungsfähig sind.

SKILL- UND GRADE-MIX

Das Konzept „Skill- und Grade-Mix“ beschreibt die personale Zusammensetzung der Teams in Hinblick auf die Pflegeabschlüsse (Grade) und die praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten (Skills), die die einzelnen Teammitglieder in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten in allen Arbeitsfeldern einbringen. Die WHO erkannte bereits in ihrem Report 2000 (vgl. BUCHAN/DAL POZ 2002), dass die richtige Zusammensetzung in Gesundheits- und Pflegeteams große Veränderungen für die meisten Gesundheits- und Pflegeinstitutionen bzw. das gesamte Gesundheitssystem bedeuten. So hat die neue Bildungssystematik – und der so nötig gewordene Skill- und Grade-Mix – weitreichende Auswirkungen auf die Praxis, auf die Steuerung der Personalrekrutierung und -planung sowie auf die Lenkung der Arbeitsorganisation und nicht zuletzt auf die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe in der Schweiz (vgl. BRÖNNIMANN/VANGELOOVEN 2009).

In der Zwischenzeit wurden viele Projekte durchgeführt und Modelle zum neuen Skill- und Grade-Mix entwickelt. Ökonomisch orientierte Modelle legen dabei den Fokus auf die prozentuale Verteilung der erforderlichen Mitarbeiterqualifikationen – konzentrieren sich also auf den Grade. Andere Modelle fokussieren auf die Skills der bisherigen Mitarbeitenden, z. B. im Hinblick auf den Anspruch des Delegierens. Wieder andere Modelle legen das Konzept der Bezugspflege zugrunde und legen so den qualitativen und quantitativen Bedarf an Pflegepersonal fest. Das Modell „Kompetenzprofile BS/BL¹“ hingegen betont die Ermittlung des stations- und institutionseigenen Pflegebedarfs und damit die individuelle Zusammenstellung der Pflegeteams sowie das dazu passende Arbeitsorganisationsmodell (vgl. LUDWIG 2008).

Schnell wird klar, dass die Aufgabenteilung sowie die verschiedenen Berufsprofile und deren Rollen in den Teams klar und transparent definiert werden müssen. Denn die Kompetenzen und die Verantwortlichkeiten im praktischen Pflegealltag müssen geregelt sein, um dem Anspruch an eine qualitativ vertretbare Pflege im Mix gerecht zu werden. (vgl. LUDWIG 2008). Gerade zu Beginn der Neuerungen und mit Eintritt der ersten ausgebildeten FaGe war die gegen-

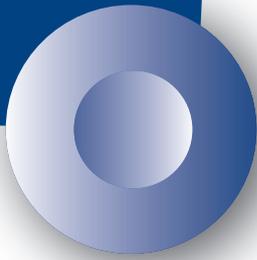
seitige Verunsicherung groß. Wer macht was und was dürfen die Absolventinnen und Absolventen der neuen Berufshochschule in der Praxis übernehmen? Inzwischen bestehen in einigen Betrieben des Gesundheitswesens Konzepte, die die Zusammenarbeit, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten regeln. Ebenfalls nötig wurde die Erarbeitung eines Konzepts der Aufgabenübertragung und des Delegierens.

Nach zehn Jahren Erfahrung kann man sagen, dass die Neuorientierung in den Pflegeberufen und die Etablierung der neuen Profile stattgefunden haben. Die Veränderungen, die dazu nötig waren und sind, dürfen jedoch nicht unterschätzt werden. Die Rolle und Aufgaben der auf Tertiärstufe ausgebildeten Pflegefachperson verändern sich in einem Skill- und Grade-Mix grundlegend. Vorbehalte, Unsicherheiten und Ängste bei den Betroffenen müssen ernst genommen werden. Formen der Arbeitsorganisation und innerbetriebliche Abläufe, Arbeitszeitmodelle und sogar Stellenberechnungen müssen kritisch geprüft und ggf. angepasst werden. Auch Bildungseinrichtungen müssen sich auf das neue Klientel einstellen: Für sie gilt es, die in und für die Praxisinstitutionen eruierten Aufgaben, welche Rollenklarheit ermöglichen, zu berücksichtigen und entsprechende Bildungsangebote zu entwickeln und anzubieten. Eine wissenschaftlich evidenzbasierte Untersuchung zum Thema steht für die Schweiz derzeit noch aus. ■

Literatur

- BRÖNNIMANN, S.; VANGELOOVEN, C.: Welche Berufs- und Kompetenzprofile braucht die Pflegepraxis? In: *Clinicum* (2009) 4, S. 86–89
- BUCHAN, J.; DAL POZ, M.R.: Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. In: *Bulletin of the World Health Organisation* 80 (2002) 7, S. 575–580 – URL: [www.who.int/bulletin/archives/80\(7\)575.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(7)575.pdf) (Stand: 4.10.2012)
- KNÜSEL, M.: Der richtige Grade- und Skillmix – ein Weg der Führungs- und Veränderungsarbeit (unveröff. Vortrag) Curaviva Impulstag Bern am 7. September 2010
- LUDWIG, I.: Auf den Mix kommt es an. In: *Care Management* 1 (2008) 2, S. 19–21 – URL: www.care-management.emh.ch/d/show_pdf.asp?art=2008-02-010 (Stand: 4.10.2012)
- LUDWIG, I.; MATHIS-JÄGGI, F.; HORLACHER, K.: Ein Umdenken in der Pflege. In: *Care Management* 2 (2009) 3, S. 43–45 – URL: www.care-management.emh.ch/d/show_pdf.asp?art=2009-03-030 (Stand: 4.10.2012)
- OdASanté (2012). Bildungssystematik im Gesundheitswesen. URL: odasante.ch/Bildungssystematik.html (Stand: 8.11.2012)
- SCHMID, M. u. a.: Wie lässt sich durch die Klärung des Skill- und Grade-Mix die Leadership-Kultur einer Organisation fördern. In: *Pflegewissenschaft* (2010) 5, S. 288–291
- SIMON, M.: Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999–2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Fachhochschule Hannover 2012

¹ Basel-Stadt/Basel-Land



Gesundheitsförderung in der Pflege

Herausforderungen bei der Umsetzung eines neuen Ausbildungsinhalts

► **Veränderte Versorgungsbedarfe gehen mit einem Wandel der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege einher und fanden u. a. ihren Niederschlag in der Novellierung des Berufsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung im Jahr 2003. Damit verbunden waren die Einführung der neuen Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ sowie geänderte Ausbildungsziele und -inhalte, die als Innovationsimpulse für die Berufsausübung verstanden werden müssen. Doch wie kann ein gelungener Transfer dieser Neuerungen in die Ausbildungspraxis erfolgen? Im Beitrag werden Ergebnisse einer Vollerhebung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern diskutiert, die zeigen, welche Relevanz Lehrende dem Thema Gesundheitsförderung bei der Ausbildungsgestaltung beimessen. Die Untersuchungsergebnisse machen deutlich, dass die Implementierung gesundheitsfördernder Tätigkeitsbereiche und eine entsprechende Qualifizierung nur bedingt gelingen.**



JULIANE DIETERICH

Dr., wiss. Mitarbeiterin am Institut für Berufsbildung, Universität Kassel



ANIKA SKIRL

Pädagogin für Pflege- und Gesundheitsberufe M A, Lehrerin am Diakonischen Aus- und Fortbildungszentrum Hofgeismar

Beruflicher Wandel durch novellierte Ausbildungsvorgaben

Die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege unterliegt wie viele andere Berufe einem starken Wandel. Dies wirkt sich auf das Anforderungsprofil und die berufliche Handlungswirklichkeit Pflegenden aus, sodass regelmäßige Anpassungen beruflicher Ausbildungsprozesse erfolgen müssen. Im Unterschied zum Dualen System beruflicher Bildung wird im Bereich der Pflege- und Gesundheitsfachberufe versucht, die Inhalte und Ausgestaltung beruflicher Tätigkeit und damit die Zuständigkeitsbereiche im Rahmen gesundheitlicher Versorgung sowohl über Berufsgesetze als auch durch Ausbildungsordnungen zu steuern.

Mit der Gesetzesnovelle von 2003 wurden Neuerungen in das Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung implementiert, die als Innovationsimpulse für die Berufsausübung verstanden werden müssen. Sie finden ihren Niederschlag sowohl in der neuen Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ als auch in geänderten Ausbildungszielen und in der Einführung von Ausbildungsinhalten zur Gesundheitsförderung. Diese Neuerungen gehen auf die bereits im Jahr 1986 von der Weltgesundheitsorganisation formulierte „Ottawa Charta“ zurück, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mit einer entsprechenden Neuorientierung der Gesundheitsdienste fordert (vgl. WHO 1986). Im Zentrum dieser Initiative stehen darüber hinaus die Entwicklung gesundheitsförderlicher Kompetenzen und die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. In Deutschland widmen sowohl die Pflegepraxis als auch die Pflegebildung dem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung wenig Aufmerksamkeit. Themen wie „kinästhetisches Arbeiten“, „Ernährungsberatung“ und „Patientenedukation“ werden allenfalls punktuell aufgegriffen (vgl. BRIESKORN-ZINKE 2007, S. 107; DIP 2007). Auch will eine systematische Begriffsbestimmung von Gesundheitsförderung und dem damit eng verbundenen Konzept der Prävention im Rahmen pflegeberuflichen Handelns nicht gelingen. Hier sind eher Begrifflichkeiten wie aktivierende Pflege, Gesundheitspflege und Pflegeprävention gebräuchlich (vgl. BRIESKORN-ZINKE 2009, S. 172 f.; WALTER u. a. 2007, S. 13).

Obwohl im Bereich der Pflege- und der Gesundheitswissenschaften ein theoretisches Fundament zur Grundlegung der Gesundheitsförderung vorhanden ist, fehlen konsistente, anforderungsbezogene Konzepte, die die curriculare Ausgestaltung von Qualifikationsprozessen fundieren können (vgl. BLÄTTNER 2007, S. 67; BOHRER/OETTING-ROSS/RÜLLER 2007, S. 23; WALTER u. a. 2007, S. 13; FRANZKOWIAK 2003, S. 198).

Ungeachtet dieser konzeptuellen Probleme wurde das Ausbildungsziel im Rahmen des bundeseinheitlichen Berufsgesetzes um die Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation folgendermaßen ergänzt: „Die Ausbildung [...] soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege [...] ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen [...]“ (vgl. § 3 Abs. 1 KrPflG).

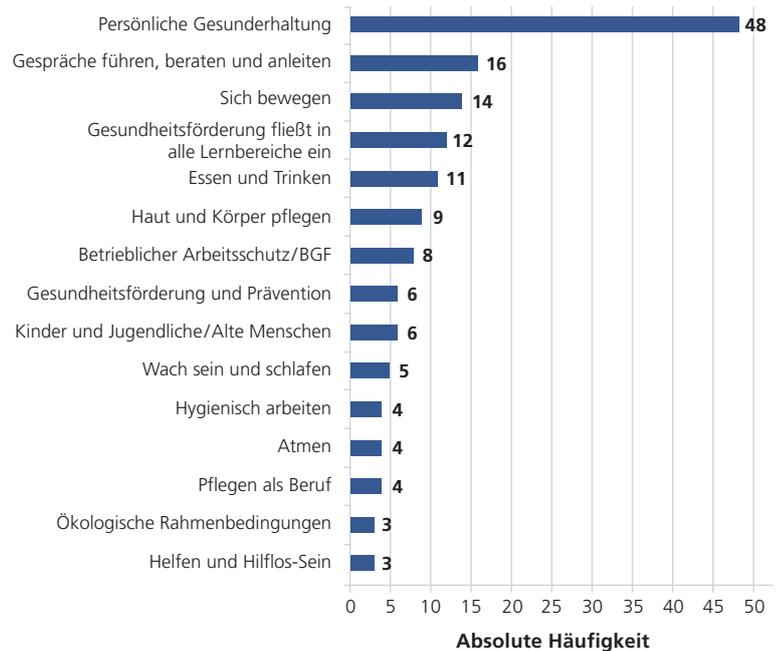
Bisher ist wenig darüber bekannt, inwieweit dieses Ziel im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung umgesetzt wird.

Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Ausbildung im Land Mecklenburg-Vorpommern

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen einer Masterarbeit an der Universität Kassel untersucht, welche Relevanz Lehrende und Praxisanleitende dem Thema Gesundheitsförderung beimessen (vgl. Kasten).

„Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung am Beispiel des Landes Mecklenburg-Vorpommern“	
Gegenstand	Relevanz des Themas Gesundheitsförderung in der schulischen und praktischen Pflegeausbildung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern
Forschungsdesign	Zwei aufeinander abgestimmte Erhebungsinstrumente für die Lernorte Schule und Praxis mit jeweils 23 Items
Erhebungsmethodik	Postalische Befragung auf Grundlage einer für das Land Mecklenburg-Vorpommern als Vollerhebung gebildeten Stichprobe aus 83 Lehrenden und einer Gelegenheitsstichprobe aus 57 Praxisanleitenden
Laufzeit	April bis Juni 2011
Rücklaufquote	In beiden Erhebungen über 60 Prozent
Weitere Informationen	SKIRL 2011

Abbildung 1 Dem Bereich Gesundheitsförderung zugeschriebene Themen (n=49)



Quelle: SKIRL 2011, S. 63

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM UNTERRICHT

Einleitend wurden jeweils subjektive Assoziationen der Befragten zur Gesundheitsförderung in der Pflege erhoben, die im Rahmen einer offenen Fragestellung beantwortet werden konnten. Die Ergebnisse zeigen eine große inhaltliche Bandbreite genannter Aspekte wie „Förderung einer gesunden Lebensweise“, „präventive Maßnahmen“ oder „Aufklärung und Beratung“, die mit der oben beschriebenen konzeptionellen Unklarheit korrespondiert. Auffällig ist, dass der betriebliche Arbeitsschutz von den Anleitenden und damit den Pflegepraktizierenden häufiger mit gesundheitsbezogenen Ausbildungsthemen assoziiert wird als von den Lehrenden (vgl. SKIRL 2011, S. 59, 72).

Diese ordnen das Thema Gesundheitsförderung einer Vielzahl von Lerneinheiten des zugrunde liegenden Rahmenlehrplans zu. Antworten auf die Frage „Welche Themen Ihrer verwendeten curricularen Grundlage würden Sie dem Bereich der Gesundheitsförderung zuordnen?“ sind in Abbildung 1 zusammengestellt.

48 von 49 Befragten assoziieren das Thema Gesundheitsförderung in erster Linie mit der Lerneinheit „Persönliche Gesunderhaltung“. Dieses Ergebnis deckt sich mit Erkenntnissen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, zum selbstbezogenen Verständnis von Gesundheitsförderung in der Berufsgruppe der Pflegenden (vgl. DIP 2007). Demnach kann vermutet werden, dass sich der Unterricht nicht ausschließlich auf das Handeln mit den (potenziell) Pflegebedürftigen bezieht, sondern auch die

Gesundheit der Lernenden in den Blick nimmt. Die von etwa einem Viertel der Befragten getroffene Aussage „Gesundheitsförderung fließt in alle Lernbereiche ein“, macht jedoch die grundsätzliche curriculare Unsicherheit bezüglich der Auswahl und Sequenzierung gesundheitsbezogener Lernsituationen deutlich.

Nach Zeitpunkt und Umfang von Gesundheitsförderung als Unterrichtsinhalt gefragt, sind 53 von 55 Lehrenden der Ansicht, dass dieser schon zu einem frühen Zeitpunkt im theoretischen Unterricht aufgegriffen und über die gesamte Ausbildung hinweg thematisiert werden müsse. Als besonders hilfreich für die schulinterne Lehrplanarbeit wird dabei das Curriculum „Ausbildung in Pflegeberufen“ erachtet (vgl. BECKER 2006 a, b), weil es sowohl den Lernort Schule als auch den der Praxis umfasst und Gesundheitsförderung zum qualifikationsleitenden Handlungsprinzip der Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege erklärt (vgl. BECKER 2006 b, S. 50).

Interessant ist vor diesem Hintergrund, ob die Praxisanleitenden zu anschlussfähigen Einschätzungen hinsichtlich gesundheitsorientierter Ausbildungsthemen kommen.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM RAHMEN DER PRAKTISCHEN ANLEITUNG

Nach Meinung der Praxisanleitenden bietet insbesondere die praktische Ausbildung ein hohes Potenzial, gesundheitsbezogene Themen aufzugreifen. Als geeignete Anleitungssituation benennen 20 von 34 Praxisanleitenden in erster Linie Körperpflegemaßnahmen bei Patientinnen und Patienten (vgl. Abb. 2). Die als unterstützende Maßnahme durch-

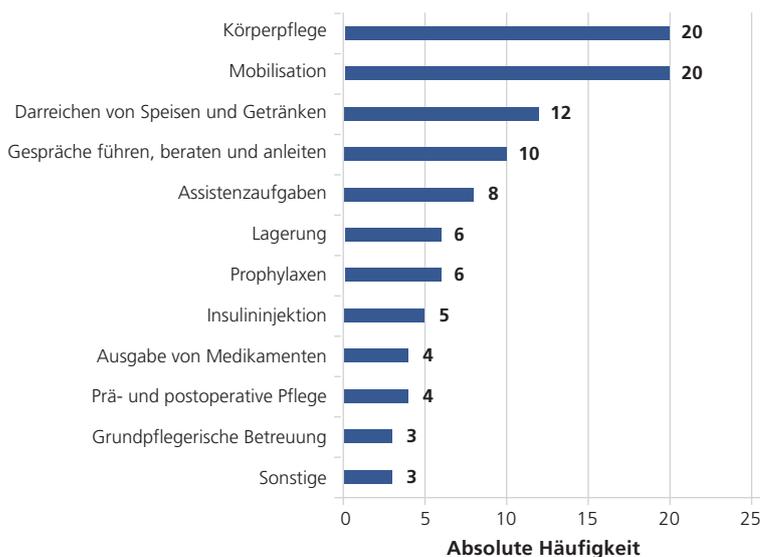
geführte Ganz- oder Teilkörperwäsche ermöglicht es, Patientinnen und Patienten im Sinne ihrer Selbstpflegekompetenz zu stärken und intensiver mit ihnen ins Gespräch über gesundheitsrelevante Themen zu kommen. Obgleich 22 von 54 Lehrenden und elf von 33 Praxisanleitenden den Bedeutungszuwachs kommunikativer, insbesondere beratender und anleitender Kompetenzen im Pflegeberuf betonen, wird unter dem gesetzlich neu ausgewiesenen Tätigkeitsfeld der Patientenberatung und -anleitung noch weitgehend Patienteninformation sowie deren Schulung im Gebrauch von Hilfsmitteln verstanden (vgl. SCHRÖDTER 2006, S. 118 f.). Ansätze von Gesundheitsförderung in Form von Beratung fließen somit in Kombination mit körperbezogenen Pflegeverrichtungen eher „nebenbei“ ein.

Gegenüber der bereits dargestellten Bedeutung des Themas im schulischen Ausbildungskontext wird die „persönliche Gesunderhaltung“ der Lernenden durch die praktisch Anleitenden in Lernsituationen nicht explizit aufgegriffen. Eine Ausnahme bilden hier Handlungssituationen zur Mobilisation von Patientinnen und Patienten, in denen z. B. beim Heben oder Tragen rückschonende Bewegungsabläufe eingeübt werden. Die Anleitenden erachten darüber hinaus auch behandlungspflegerische Maßnahmen wie z. B. den „sterilen Verbandwechsel“ oder die „Insulininjektion“ als Lernsituationen, in denen gesundheitsfördernde Kompetenzen entwickelt werden können.

Die Untersuchungsergebnisse aus der Gruppe der Anleitenden zeigen jedoch auch strukturelle Probleme hinsichtlich der Umsetzung von Gesundheitsförderung in beruflichen Handlungs- bzw. Lernsituationen auf. So weisen acht von 29 Praxisanleitenden auf mangelnde Ressourcen hin, die auf die gegenwärtige Finanzierung gesundheitsfördernder Leistungen zurückgeführt wird. Nach Aussage der Befragten fehlt es sowohl an Hilfsmitteln für rückschonende Arbeitstechniken als auch an Zeit für gesundheitsbezogene Gespräche mit Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen. Abgesehen von fehlenden Anlässen, in denen Gesundheitsförderung thematisiert, erlebt und geübt werden kann, fehlt nach Aussage der Anleitenden insbesondere Zeit für die Reflexion gesundheitsrelevanter Aspekte vor und nach der Bewältigung lernhaltiger Pflegesituationen.

Die Ausweitung pflegeberuflicher Zuständigkeit in Richtung verstärkter Gesundheitsförderung, die sich aus der neuen Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ ableiten lässt, wird von den Befragten auch hinsichtlich der Erweiterung des Tätigkeitsbereichs verstanden. So verbinden sechs von 54 Lehrenden und vier von 33 Praxisanleitenden das pflegerische Berufsbild mit Tätigkeiten in Gesundheitsämtern, Beratungseinrichtungen, Kindertagesstätten und Schulen. Diese Institutionen sind jedoch derzeit nicht als Lernorte in die praktische Ausbildung integriert. Insgesamt zeigt das Befragungsergebnis deutlich, dass sich die Lehrenden sowohl im theoretischen als auch im praktischen Teil der Ausbildung hinsichtlich der Gestaltung von Lernsituationen zum Thema Gesundheitsförderung

Abbildung 2 **Pflegerische Anleitungssituationen, in denen Gesundheitsförderung möglich wäre** (n=34)



Quelle: SKIRL 2011, S. 77

unsicher fühlen. Dies kommt darin zum Ausdruck, dass 40 von 54 Lehrenden und 31 von 32 Praxisanleitenden Fort- und Weiterbildungsbedarf zum Thema Gesundheitsförderung in der Pflege formulieren. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass es an thematisch relevanten Bildungsangeboten für die in der pflegerischen Bildung und Praxis Tätigen bislang fehlt.

Wenngleich die dargelegten Ergebnisse aufgrund der regionalen Begrenztheit und der niedrigen Fallzahl der Studie nicht repräsentativ sind, bestätigen sie weitgehend die nationale und internationale Befundlage (vgl. BOMBALL u. a. 2010; JACOB 2004).

Konzepte des Innovationsmanagements sind gefragt!

Der offensichtlich durch die Novellierung des Berufsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung intendierte Wandel des Pflegeberufs hinsichtlich einer stärkeren Gesundheitsorientierung wird ohne den Einbezug weiterer Einflussgrößen kaum möglich sein. Die Ergebnisse der vorgestellten Studie weisen insbesondere auf hemmende Einflüsse des gesundheitssystematischen Bezugsrahmens hin, in dem sich das gesundheitsorientierte pflegeberufliche Handeln vollziehen soll. Zwar wird die grundsätzliche Offenheit und Bereitschaft der Lehrenden deutlich, dieses Thema verstärkt in die verschiedenen Ausbildungsabschnitte und Lernsituationen zu integrieren. Der schwache berufspraktische Bezug und die unklare curriculare Einordnung der Gesundheitsförderung verhindern jedoch in der aktuellen Ausbildungssituation die gewünschte Wirkung auf die Ausübung der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege.

Allerdings zeigen die vorgestellten Ergebnisse auch Ansätze zur Verbesserung. So kann das Fortbildungsinteresse der Lehrenden und der Praxisanleitenden zu diesem Thema aufgegriffen werden, um eine fundierte, lernortübergreifende Lehrplanarbeit zu initiieren. Daneben trägt eine Erweiterung des Lernortspektrums dazu bei, angehende Pflegekräfte für die Vielfalt pflegerischer Handlungsfelder zu sensibilisieren und ein Grundverständnis für Gesundheitsförderung zu wecken. Auf diesem Wege können zugleich relevante Anregungen für die Lehrplanarbeit generiert werden.

Im Bereich beruflicher Bildung wird zu Recht angemahnt, dass sich die Legitimation von Ausbildungsinhalten nicht ausschließlich an einem beruflichen Status Quo orientieren darf, sondern Räume für Neuerungen und berufliche Weiterentwicklung vorhanden sein müssen. Das aktuelle Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung geben richtungsweisende, innovative Impulse für die Berufsausübung vor. Innovationen werden jedoch in keinem Berufsbereich vorrangig über Auszubildende und Berufsanfänger umgesetzt. Eine solche Strategie birgt vielmehr die

Gefahr, junge, motivierte Berufsanfänger/-innen einem paradigmatischen Dilemma auszusetzen, das langfristig vor allem Berufsunzufriedenheit erzeugt, weil Anspruch und Wirklichkeit stark auseinanderklaffen. Neue Konzepte des Innovationsmanagements müssen für den pflegeberuflichen Bereich dringend entwickelt und eingeführt werden, damit der gesetzlich verankerte, gesundheitspolitische Auftrag einer gesundheitsförderlichen Pflegepraxis Wirkung zeigen kann. Eine Möglichkeit bieten wissenschaftlich begleitete Pilotprojekte, die eine gelingende Implementierung ausbildungscurricularer Innovationen ermöglichen, wenn diese die Praxisfelder einbeziehen. ■

Literatur

- BECKER, W. (Hrsg.): *Ausbildung in den Pflegeberufen. Bd. 1: Empirische Begründung, theoretische Fundierung und praktische Umsetzung der „dualisierten“ Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege.* Bonn 2006 a
- BECKER, W. (Hrsg.): *Ausbildung in den Pflegeberufen. Bd. 2: Die Materialien zur Ausbildung: Ausbildungsrahmenpläne, Rahmenlehrpläne, Lernsituationen und Erläuterungen zur praktischen Ausbildung der „dualisierten“ Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege.* Bonn 2006 b
- BLÄTTNER, B.: *Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis.* In: *Prävention und Gesundheitsförderung* (2007) 2, S. 67–73
- BOHRER, A.; OETTING-ROSS, C.; RÜLLER, H.: *Gesundheitsförderung in der Pflegeausbildung. Kommentar zum Grundlagenheft.* In: *Unterricht Pflege* (2007) 1, S. 23–26
- BRIESKORN-ZINKE, M.: *Gesundheit in der Pflege.* In: BIENDARRA, I.; WEEREN, M. (Hrsg.): *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe.* Würzburg 2009, S. 167–180
- BRIESKORN-ZINKE, M.: *Public Health Nursing. Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit.* Stuttgart 2007
- BOMBALL, J. u. a.: *Gesundheitsförderung. Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung.* In: *Die Schwester/Der Pfleger* 49 (2010) 11, S. 1048–1054
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG (DIP) (Hrsg.): *Bericht über das Symposium „Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Herausforderung für die Pflegeausbildung“.* Köln 2007 – URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/reader_koeln02032007.pdf (Stand: 08.10.2012)
- FRANZKOWIAK, P.: *Salutogenetische Perspektive.* In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung.* Schwabenheim a. d. Selz 2003, S. 198–200
- JACOB, C.: *Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Eine deskriptive Studie zur Selbsteinschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen von Pflegenden.* Bern 2004
- SCHRÖDTER, M. E.: *Gesundheitsförderung in der Pflege. Die niederländischen Pflegesprechstunden für chronisch Kranke.* In: HASSELER, M.; MEYER, M. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele.* Hannover 2006, S. 111–138
- SKIRL, A.: *Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung am Beispiel des Landes Mecklenburg-Vorpommern.* (unveröff. Masterarbeit) Uni Kassel 2011
- WALTER, U. u. a.: *Gesundheitsförderung und Prävention: Subjektive Definitionen, Einstellungen und Handlungsansätze aus Sicht von Pflegekräften.* In: *Unterricht Pflege* 1 (2007), S. 9–14
- WHO: *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986* – URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand: 11.10.2012)



Doppelqualifizierende Ausbildung für medizinische Fachberufe Bericht über einen Bremer Schulversuch

GITTA LAMPE-KOWALD

Lehrerin am Schulzentrum Walle,
Berufliche Schulen für Gesundheit in Bremen

► **Vor dem Hintergrund einer expansiven Entwicklung im Gesundheitsbereich besteht die Notwendigkeit, qualifiziertes Personal auszubilden und die Attraktivität einer Berufsausbildung zu erhöhen. In diesem Zusammenhang gewinnen duale Ausbildungsberufe, die als doppelqualifizierende Bildungsgänge konzipiert sind, an Bedeutung.**

Ausgehend von einem Besuch des Kölner Barbara-von-Sell-Berufskollegs, das eine Doppelqualifizierung für medizinische Fachberufe bereits seit zehn Jahren anbietet, ist am Schulzentrum Walle in Bremen ein entsprechender Schulversuch mit Beginn des Schuljahres 2011/2012 eingerichtet worden. Über dessen bisherige Entwicklung wird hier berichtet.

ÜBERBLICK ÜBER DIE STRUKTUR DES BILDUNGSGANGS

In den vor allem von Frauen gewählten Berufen Medizinische/-r, Tiermedizinische/-r und Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r (MFA, TFA und ZFA) ist die Etablierung eines doppelqualifizierenden Bildungsgangs, der neben der Berufsausbildung den Erwerb der Fachhochschulreife ermöglicht, besonders sinnvoll, da er den qualifizierten ausgebildeten jungen Menschen gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet. Die Doppelqualifikation umfasst die duale Ausbildung in einem der anerkannten dreijährigen Ausbildungsberufe mit Zusatzunterricht in den

Fächern Mathematik, Deutsch, Englisch, Naturwissenschaften sowie im dritten Ausbildungsjahr fachrichtungsbezogenem Projektunterricht.

Am Ende der Ausbildung stehen sowohl die Abschlussprüfungen vor den jeweiligen Ausbildungskammern als auch eine fachrichtungsbezogene Projektarbeit und die zentralen schriftlichen Prüfungen zum Erwerb der Fachhochschulreife.

Voraussetzungen für die Aufnahme in den Bildungsgang sind ein Berufsausbildungsvertrag, der mittlere Schulabschluss und ein Beratungsgespräch in der Berufsschule, in dem eingehend über Ablauf und Anforderungen der Ausbildung informiert und ein Überblick über die bisherigen schulischen Leistungen und die angestrebten Ziele gewonnen wird.

Die durch die Stundentafel vorgeschriebenen fünf Wochenstunden Zusatzunterricht auf Fachoberschulniveau finden wöchentlich an einem Tag nachmittags und 14-tägig samstags statt – außerhalb der betrieblichen Ausbildungszeit der Auszubildenden.

AUSWERTUNG DES ERSTEN SCHULJAHR

Eine vor den Sommerferien 2012 durchgeführte Auswertung erfolgte unter den Aspekten:

- inhaltliche und zeitliche Anforderungen des Bildungsgangs hinsichtlich Erwartungen und Realität,
- schriftliche Leistungen und Zeugnisnoten,
- angestrebte Ziele der Auszubildenden und
- Unterstützung durch die Ausbilder/-innen.

Befragt zu den inhaltlichen Anforderungen der Doppelqualifikation, beurteilen acht von 14 Auszubildenden diese schwieriger als erwartet. Trotz der Beratungsgespräche im Vorfeld besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen Vorstellung und Realität, über deren Ursache nur spekuliert werden kann. Deutlich ist mittlerweile jedoch, dass es vielen Schülerinnen und Schülern in einigen Fächern an notwendigem Grundlagenwissen mangelt. Hier ist zu überlegen, ob für künftige Jahrgänge die Eingangsvoraussetzungen durch Tests überprüft werden sollten. Dies würde sowohl Auszubildenden als auch Lehrerinnen und Lehrern einen Überblick über Anforderungen und Leistungsfähigkeit ermöglichen.

Ähnlich wie die inhaltliche wird auch die zeitliche Anforderung beurteilt. Die Belastung durch Praxistätigkeit, Berufsschul- und Zusatzunterricht ist groß und von vielen unterschätzt worden. Neun von 14 Auszubildenden geben an, dass die zeitliche Belastung höher als erwartet ist, die übrigen haben die Belastung realistisch eingeschätzt. Als Ursache kann neben der Unterschätzung der Inhalte auch eine Unterschätzung der Anforderungen einer betrieblichen Ausbildung angenommen werden.

Die erbrachten schriftlichen Leistungen in den Fächern des Zusatzunterrichts fallen in diesem ersten Jahr größtenteils unterdurchschnittlich aus – im Vergleich mit einem 12. Jahrgang der Fachoberschule sogar deutlich schlechter. Hierbei muss allerdings bedacht werden, dass sich durch die zeitliche Organisation des Zusatzunterrichts in wöchentlichen bzw. 14-tägigen Abständen das Lernen und auch Lehren nicht mit derselben Intensität und Kontinuität gestalten lässt wie in einer vollzeitschulischen Ausbildung. Gute Leistungen werden zudem nur dann erzielt, wenn der Unterricht konsequent vor- und nachbereitet wird – neben Beruf und Berufsschule eine hohe Anforderung.

Auszubildende, die die zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen realistisch eingeschätzt haben, geben weniger Schwierigkeiten im Unterricht an, als diejenigen, die die Anforderungen unterschätzen.

Ziel des doppelqualifizierenden Bildungsgangs ist es, die Attraktivität dieses Ausbildungsberufes für engagierte und leistungsstarke Schülerinnen und Schüler zu erhöhen und ihnen die Möglichkeit eines Studiums oder einer Höherqualifikation am Arbeitsplatz zu eröffnen. Während einige der Schülerinnen und Schüler zumindest die Zugangsmöglichkeit zu einem späteren Studium erwerben wollen, gibt über die Hälfte als festes Ziel ein Studium an – z. T. mit konkreten Studienwünschen wie Gesundheitsmanagement und Medizin. Einige Schülerinnen und Schüler streben nach ihrer Ausbildung noch ein weiteres Jahr in der Fachoberschule des Schulzentrums an, um die allgemeine Hochschulzugangsberechtigung zu erhalten.

Eine Untersuchung über die längerfristige Entwicklung der dualen Ausbildung zeigt, dass auch in den nächsten Jahren – trotz der rückläufigen Schulabgängerzahlen – das Interesse von Jugendlichen an einer dualen Ausbildung noch groß ist (vgl. MAIER/TROLTSCH/WALDEN 2011). In diesem Sinne müssen Arbeitgeber „... sich sowohl bei leistungsstärkeren als auch bei leistungsschwächeren Schülern engagieren, um ihren zukünftigen Fachkräftebedarf zu sichern. Es geht darum, Potenziale zu erschließen“ (vgl. ESSER 2012). Angesichts der steigenden Konkurrenz um leistungsstarke Auszubildende gilt es, neue Wege – wie sie die Doppelqualifikation bietet – zu eröffnen. Vor diesem Hintergrund ist in Bremen der Bildungsgang im Dialog mit den Ausbilderinnen und Ausbildern entwickelt worden. Allerdings darf sich solch eine zusätzliche Belastung nicht negativ auf die Ausbildung auswirken. Befragt nach der Unterstützung durch ihre Ausbilder/-innen gaben acht von 14 Auszubildenden an, keine Unterstützung zu erfahren, nur in wenigen Fällen erfolgt eine Stundenentlastung.

ABSCHLIESSENDE BETRACHTUNG UND AUSBLICK

Aus dem ersten Jahr des Schulversuchs lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten:

Die Vorstellung vieler Schüler/-innen bezüglich der Anforderungen des doppelqualifizierenden Bildungsgangs entsprechen nicht der Realität, trotz einer guten Bewertung der Beratungsgespräche. Aufgrund der Erfahrungen der Kölner Kolleginnen und Kollegen waren bisher weder der Notendurchschnitt des mittleren Schulabschlusses noch ein Eingangstest Voraussetzungen für die Aufnahme in den Bildungsgang. Im Zuge der für die Bremer Fachoberschulen neu vorgesehenen Diagnostiktests sollen diese auch für die Doppelqualifikation genutzt werden – es kann überlegt werden, ob sie als Eingangstest über die Aufnahme entscheiden.

Zudem lässt sich feststellen, dass ein Interesse an der Doppelqualifikation auch bei Auszubildenden höherer Ausbildungsjahre und bei bereits ausgebildeten MFA, ZFA und TFA besteht. Ein Zugang für diese Zielgruppe wäre wünschenswert. Junge Frauen und Männer, die ihre Berufsausbildung abgeschlossen haben, können oft aus finanziellen Gründen nicht auf die Berufstätigkeit verzichten, um die Fachhochschulreife vollzeitschulisch zu erwerben. Die Organisationsstruktur des Zusatzunterrichtes am Schulzentrum Walle würde dies ohne Weiteres zulassen.

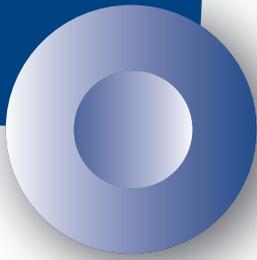
Dieses erste Jahr kann als Propädeutikum betrachtet werden, in dem die Auszubildenden mit den Anforderungen des Zusatzunterrichts und der Berufsausbildung vertraut werden. Sie müssen aber auch Entscheidungen über den weiteren Verbleib im und ihr weiteres Engagement für den Bildungsgang treffen. Belegt werden kann dies mit der Aussage einer Schülerin: „Jetzt weiß ich, wie die Anforderungen sind und werde meine Erfahrungen für das nächste Jahr nutzen. Zufrieden bin ich nicht, aber ich habe noch Luft nach oben.“

Abschließend bleibt anzumerken, dass sich die Möglichkeit einer Doppelqualifizierung in diesen Ausbildungsberufen weiterhin in den Köpfen aller Beteiligten verankern muss, um quantitativ wie qualitativ ein etabliertes Erfolgsmodell zu werden. ■

Literatur

MAIER, T; TROLTSCH, K; WALDEN, G: *Längerfristige Entwicklung der dualen Ausbildung*. In: BWP 41 (2011) 3, S. 6–8 – URL: www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/id/6669 (Stand: 01.10.2012)

ESSER, F. H.: *Berufsausbildung darf keine Sackgasse sein*. Interview. In: *Personalwirtschaft* 39 (2012) 3, S. 26–27



Kaufmännische Allrounder in der Apotheke?

Zur Neuordnung der Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten

CHRISTIN BRINGS

Dr., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich „Kaufmännisch-betriebswirtschaftliche Dienstleistungsberufe und Berufe der Medienwirtschaft“ im BIBB

► **Zum 01.08.2012 trat die Ausbildungsordnung „Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter und Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte“ in einer modernisierten Form in Kraft. Die Novellierung des Ausbildungsberufs zielte darauf ab, den angehenden Fachkräften in der Apotheke mehr berufliche Attraktivität zu bieten und damit auf die Veränderungen im Gesundheitswesen angemessen zu reagieren. In diesem Beitrag werden die wesentlichen Neuerungen des Ausbildungsberufs erläutert und kritisch Stellung bezogen.**

PERSONAL- UND QUALIFIKATIONSSTRUKTUR IN DER APOTHEKE

Die Personalstruktur einer Apotheke setzt sich hauptsächlich aus drei Berufen zusammen: Apothekerinnen und Apotheker, Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/ Assistenten (PTA) und Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) (vgl. ABDA 2012).

Die PKA zählen – anders als die PTA – nicht zum pharmazeutischen Personal in der Apotheke, sondern gelten als kaufmännisch-verwaltende Arbeitskräfte. Sie haben eine duale Berufsausbildung durchlaufen und sind v. a. zuständig für die Warenbestellungen, Warenannahme, Lagerhaltung, Überwachung und Ergänzung der Warenbestände in der Offizin, Warensortimentsgestaltung sowie die Erledigung anfallender kaufmännisch-verwaltender Tätigkeiten im Apothekenbetrieb. Bei Bedarf beraten sie auch Kunden.

NEUORDNUNG DER PKA ZUR STEIGERUNG DER ATTRAKTIVITÄT DES BERUFS

Die letzte Novellierung des Ausbildungsberufs fand im Jahr 1993 statt. Die Modernisierung der Ausbildungsordnung war aus drei Gründen notwendig:

1. dem demografischen Wandel und der Sorge um einen weiteren Rückgang der PKA in Apotheken,
2. dem steigenden Wettbewerb in der Apothekenbranche und
3. der zunehmenden Komplexität des Verwaltungsaufwands im Gesundheitswesen.

Während die Zahl der Beschäftigten in Apotheken in den letzten zwanzig Jahren generell zugenommen hat, ist die Zahl der PKA, die in ihrem erlernten Beruf arbeiten, rückläufig (vgl. Tab.).

Parallel zu dieser Entwicklung gingen auch die Ausbildungszahlen zur PKA zurück. Es ist zu befürchten, dass sich diese Entwicklung verstärkt und Apotheken ernste Schwierigkeiten drohen, ihren Personalbedarf zu decken. Daher sollten die Vertiefungen und Erweiterungen des kaufmännischen Aspekts im Rahmen der Modernisierung den Ausbildungsberuf zum einen für Bewerber/-innen interessanter machen. Zum anderen fordert der (Preis-)Wettbewerb in der Gesundheitsbranche betriebswirtschaftliche Rationalisierungen auch in Apotheken, die durch eigenes Personal in dem kaufmännisch-verwaltenden Beruf besser zu bewältigen sind. Auch die Komplexität des Verwaltungsaufwands in Apotheken hat aufgrund von ständigen Änderungen der Gesetzeslagen und Regulationen im Gesundheitswesen weiter zugenommen.

WAS HAT SICH IM WESENTLICHEN DURCH DIE NEUORDNUNG GEÄNDERT?

Die Neuordnung stärkt, insbesondere im kaufmännischen Bereich, die Handlungskompetenzen der PKA. Zu diesen gehören u.a. das selbstständige Steuern von Beschaffungsvorgängen und Führen des Warenwirtschafts- und Lager-systems sowie das Abwickeln von Abrechnungsverfahren. Insbesondere soll das Aufbereiten von Statistiken eine bessere Übersicht über Wertschöpfungsprozesse verschaffen und damit die Wettbewerbsfähigkeit des Apothekenbetriebs gezielt verbessern. Die neue Ausbildungsordnung betont zusätzlich den Aspekt der Kommunikation, z. B. im Beratungs- und Verkaufsprozess über apothekenübliche Waren wie Babynahrung und Kosmetika. Weiterhin können PKA zu Stoßzeiten im apothekenspezifischen Dienstleistungsbereich mitwirken, z. B. beim Messen von Blutzucker und Blutdruck oder dem Verleih medizinischer Geräte.

Die PKA sollen in Zukunft eine größere Rolle in der apothekenspezifischen Qualitätssicherung übernehmen. Darunter fallen u. a. Prüf- und Dokumentationspflichten unter

Beachtung apothekenrelevanter Rechtsvorschriften. Außerdem wurden explizit die berufliche Weiterbildung und das lebenslange Lernen als integrativer Teil der Berufsausbildung in die Ausbildungsordnung aufgenommen (vgl. BgBl 2012).

WEITERQUALIFIZIERUNG IM BERUFLICHEN WERDEGANG

Für PKA gibt es im Anschluss an die duale Berufsausbildung keine berufsspezifisch aufbauende, staatlich geregelte Aufstiegsfortbildung. Daher wählt ein Teil der PKA zur weiteren Spezialisierung im Gesundheitswesen den Weg in die schulische Ausbildung zu PTA, die anders als PKA sowohl rezeptpflichtige Arzneimittel an Kunden abgeben und diese bei rezeptfreien Medikamenten, homöopathischen Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren beraten dürfen. Die Tätigkeit der PTA und PKA überschneiden sich allerdings, wenn es um kaufmännisch-verwaltende Tätigkeiten geht.

Faktisch ist eine zusätzliche Ausbildung zu PTA jedoch keine Weiterbildung, sondern in der beruflichen Qualifizierung ein Schritt zur Seite, der jedoch für den beruflichen Aufstieg unerlässlich ist. Die Trennung der beiden Berufe ist als eher unscharf zu bezeichnen. Der Arbeitseinsatz von PTA und PKA ist dennoch vonseiten der Apothekerkammer unter dem heilberuflichen Gesichtspunkt streng getrennt.

Wenn man von gleichen schulischen Voraussetzungen der meisten Bewerber/-innen, nämlich von der mittleren Reife ausgeht,¹ haben PTA nach ihrer berufsschulischen Ausbildung erheblich breiter aufgestellte Kompetenzen als die dual ausgebildeten PKA. Dennoch entspricht die bestehende Ausbildungsregelung für PTA nicht den aktuellen Anforderungen; der Bundesverband PTA fordert daher eine Novellierung der seit 1968 gültigen Verordnung einschließlich einer Verlängerung der Ausbildungsdauer von zweieinhalb auf drei Jahre und weiteren Möglichkeiten der anerkannten Weiterbildung.

WAS KÖNNTE ZUR WEITEREN VERBESSERUNG DER BERUFSQUALITÄT BEITRAGEN?

Aufgrund des hohen Anteils weiblicher Fachkräfte kann der Beruf der PKA als Frauenberuf bezeichnet werden. Er wird vielfach mit einer geringeren Bezahlung und dem Stigma einer frauentypischen Berufslaufbahn assoziiert. Umso wichtiger wäre es, den Auszubildenden bereits während der Ausbildung mehr Kompetenzen und Selbstständigkeit zu

Tabelle **Beschäftigte in Apotheken** (absolute Zahlen)

	1993	2000	2006	2009	2010
Beschäftigte insgesamt	130.012	142.075	149.549	153.049	154.009
Apotheker/-innen	42.887	47.907	48.724	49.892	50.604
PTA, Praktikanten/ Praktikantinnen, Assisten- ten/Assistentinnen	43.668	53.129	60.457	65.507	66.754
PKA, Helfer/-innen, Sonstige	43.457	41.039	40.368	37.650	36.651

Quelle: Apotheken- und Personalstatistik, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

vermitteln, einhergehend mit einer höheren Qualität der Ausbildungspraxis im Betrieb. Dies könnte motivieren, den erlernten Beruf länger auszuüben, statt nach der Ausbildung aus- oder umzusteigen.

Für angehende PKA wäre es insbesondere wünschenswert, wenn während der Ausbildung Zusatzqualifikationen in der Gesundheitsprävention und der Gesundheitsberatung angeboten werden könnten. Dies würde die Beschäftigungsfähigkeit und Mobilität im Gesundheitswesen nach der Ausbildung erhöhen. Um die berufliche Laufbahn der PKA zu verstetigen und damit auch die Attraktivität des Berufs langfristig zu erhalten, müssten weitere Qualifizierungsmöglichkeiten geschaffen werden, die der Zielsetzung des lebenslangen Lernens Rechnung tragen.

Auch die Auszubildenden sind gefordert, Eigeninitiative beim Aufbau einer eigenen Berufskarriere zu zeigen, denn trotz des hohen Wettbewerbs wird die Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheitssektor weiter ansteigen, allein wegen der erwarteten Bedarfszunahme in der medizinischen Versorgung. ■

Literatur

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände: Das Apotheken-Team. URL: www.abda.de/apothekenteam.html (Stand 08.10.2012)

Verordnung über die Berufsausbildung zum Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten und zur Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten vom 3. Juli 2012. In: BgBl 2012 Teil I Nr. 31v. 12. Juli 2012, S. 1456. – URL: www2.bibb.de/tools/aab/ao/pharmazie.pdf (Stand: 08.10.2012)

¹ Die Statistik belegt, dass ein großer Teil der Auszubildenden zum/zur PKA als Zugangsniveau einen Realschulabschluss oder auch einen Hauptschulabschluss haben. Ca. 16 Prozent der Auszubildenden waren im Jahr 2009 ausländischer Herkunft (BIBB Datenblatt 2010, Stand Ende Dezember 2009), Tendenz steigend.



Praxisanleitung in Pflegeberufen – Ein Ausbilder für alle?

MICHAEL KNESE

Wiss. Mitarbeiter am Institut für Berufsbildung der Universität Kassel

► **Das derzeitige Bestreben, die drei Ausbildungsberufe in der Pflege in einem Pflegeberufegesetz zusammenzuführen, geht einher mit der Neuordnung bislang divergierender Regelungen zur Praxisanleitung. Erste Eckpunkte zu Anforderungen an das Ausbildungspersonal bzw. an auszubildende Pflegeeinrichtungen liegen seit März 2012 vor. Konkrete Bestimmungen wurden nicht formuliert. Im Beitrag werden die Situation in der Gesundheitspflege und mögliche Perspektiven für die Qualifizierung der Praxisanleiter/-innen skizziert.**

BETRIEBLICHE AUSBILDUNG IN PFLEGEBERUFEN

Die Ausbildung in den drei Pflegeberufen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege ähnelt der Ausbildung im Dualen System. Anders als die dualen Ausbildungsberufe unterliegen sie jedoch nicht den Vorgaben des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) bzw. der Handwerksordnung (HWO), sondern den jeweiligen Berufsgesetzen, die in die Zuständigkeit zweier Bundesministerien fallen: des Bundesministeriums für Gesundheit (zuständig für die Gesundheits- und [Kinder-] Krankenpflege) und des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend (zuständig für die Altenpflege). Den einzelnen Ländern kommt es zu, die Vorgaben der Bundesgesetze in Rahmenrichtlinien bzw. Rahmenlehrpläne zu überführen und die zuständigen Behörden zu bestimmen. (SCHULZE-KRUSCHKE/PASCHKO 2011, 20 f.)

Im Rahmen der Gesamtverantwortung obliegt der Pflegeschule die inhaltliche und zeitliche Organisation der Ausbildung und der Praxisbegleitung. Auszubildende Pflegeeinrichtungen erbringen den Nachweis über den Einsatz geeigneter Praxisanleiter/-innen.

ANFORDERUNGEN AN PRAXISANLEITER/-INNEN

Derzeit sind die Anforderungen an die Eignung zur Praxisanleiterin bzw. zum Praxisanleiter nicht berufsgesetzübergreifend definiert.¹ Die Anforderungen beziehen sich lediglich auf Angaben zu Art und Umfang der Qualifizierung und auf die Zugangsvoraussetzungen. Zudem listet das BIBB wenigstens 24 landesrechtlich geregelte Berufe der Pflegehilfe bzw. der Pflegeassistenz² auf (BIBB 2012, 199–214). Die Regelungen zur Praxisanleitung in den ein- bzw. zweijährigen Ausbildungsberufen sollen hier nicht ausführlich thematisiert werden. Anhand des Landes Hessen lassen sich aber Unterschiede exemplarisch darstellen (vgl. Tab. 1).

Festzustellen ist, dass

- im Bereich der Krankenpflege(-hilfe) die Anforderungen zum Umfang der Qualifizierung verbindlich formuliert sind;
- die Anforderungen im Bereich der Altenpflege weniger verbindlich sind und im Bereich Altenpflegehilfe insgesamt geringer ausfallen;
- in keinem Fall explizit inhaltliche Aspekte zur berufspädagogischen Qualifizierung definiert werden. Sie lassen sich allenfalls aus dem Tätigkeitsbereich ableiten.

AUSBlick: PRAXISANLEITER-EIGNUNGSVERORDNUNG

Im März 2012 veröffentlichte die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (BL-AG) die Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. (vgl. ausführlich WEIDNER/KRATZ in diesem Heft). Praxisanleitung wird nach dem Eckpunktepapier weiterhin nur auf die berufliche dreijährige Pflegeausbildung bezogen. Und die Informationen dazu sind spärlich: Für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum künftigen Pflegeberufegesetz sind noch Mindestanforderungen zu Art und Umfang zur Qualifikation der Praxisanleiter/-innen zu bestimmen. Ein denkbarer Weg wäre, sich dabei an der für Ausbilder/-innen in dualen Berufen (gem BBiG/HWO) geltenden Ausbilder-Eignungsverordnung (AEVO) zu orientieren (vgl. Tab. 2). So sollten in einem ersten Schritt zunächst inhaltliche Aussagen zur Praxisanleitung vereinbart werden: Handlungsfelder, Kompetenzen und Anforderungen (vgl. GUTSCHOW/ULMER 2009; REIBOLD 2009).

1 Die Bezeichnung „Praxisanleiter/-in“ wurde in Deutschland erstmals 1996 im Land Hessen geschützt und 2002 bzw. 2003 in beiden bundesweit gültigen Berufsgesetzen übernommen (vgl. MAMEROW 2010, 10 f.)

2 Es gibt kritische bis ablehnende Positionen zum Thema Pflegehilfe/-assistenz seitens der Verbände/Gewerkschaften. Die Nachfrage solcher Ausbildungen nimmt allerdings stetig zu (vgl. Hessisches Sozialministerium 2011; KLIE/GUERRA 2006).

Die Orientierung einer Qualifizierung am zeitlichen Ablauf der Berufsausbildung bietet sich an. Sie sollte aber über formale Aspekte wie Beginn und Ende der Ausbildung, Prüfungszeiten usw. hinaus auch typische Entwicklungsphasen der Auszubildenden berücksichtigen: Sind die Inhalte bestimmt, lassen sich Aussagen zum Umfang der Qualifizierung treffen. Es ist anzunehmen, dass analog zur Ausbildung im Dualen System betriebliche Pflegeausbildung auch künftig durch unterschiedlich qualifizierte und freigestellte Mitarbeiter erfolgt: hauptberufliche und nebenberufliche Fachkräfte mit und ohne berufspädagogische Qualifikation. Spätestens mit der Anleitung akademischer Fachkräfte stellt sich die Frage nach einer Verortung der Qualifizierung der Praxisanleiter/-innen an Hochschulen. (AMMENDE u. a. 2010, S. 15 ff.) Ist das Ziel „Generalistische Praxisanleiter/-innen“ in einem gestuften Pflegebildungssystem zu qualifizieren, kann eine Praxisanleiter-Eignungsverordnung der erste Schritt in diese Richtung sein. ■

Tabelle 1 Eignung für Praxisanleiter/-innen – gesetzliche Grundlagen am Beispiel Hessen

Eignung Praxisanleiter/-in:	Fachlichkeit	Pädagogik	Tätigkeitsbereich	
3-jährige Ausbildung	KrPflG / KrPflAPrV	Mind. 2 Jahre Berufserfahrung als <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder • Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in 	Berufspädagogische Zusatzqualifikation; mind. 200 Stunden	Schüler/-innen schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranführen; Verbindung mit der Schule gewährleisten; Mitglied des Prüfungsausschusses
	AltPflG / AltPflAPrV	Mind. 2 Jahre Berufserfahrung als <ul style="list-style-type: none"> • Altenpfleger/-in oder • Krankenschwester/ Krankenpfleger 	i. d. R. Nachweis einer berufspädagogischen Fort- oder Weiterbildung	Schüler/-innen schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranführen; Kontakt mit der Altenpflegeschule halten; Beratende Funktion im praktischen Teil der Prüfung
1-jährige Ausbildung	HKPHG HKHAPRO	Mind. 2 Jahre Berufserfahrung als <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder • Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in 	Berufspädagogische Zusatzqualifikation; mind. 200 Stunden	Schüler/-innen schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranführen; Verbindung mit der Schule gewährleisten; Mitglied des Prüfungsausschusses
	HAltPflG HAltPflAPrV	Fachkraft	pädagogisch geeignet	Auszubildende schrittweise an ihre späteren beruflichen Aufgaben heranführen; Mitglied des Prüfungs-/ Fachausschusses

Tabelle 2 Ausbildendes Personal – Vergleich zweier Grundlagen – Stand 2012

Berufsbildungssystem:	Anerkannte Ausbildungsberufe	Gesundheitsfachberufe
Bezeichnung	Ausbilder/-in	Praxisanleiter/-in
Quelle	Ausbilder-Eignungsverordnung 2009 (AEVO)	Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes 2012
Reichweite	<ul style="list-style-type: none"> • bundesweit • 345 Ausbildungsberufe nach BBiG/HwO 	<ul style="list-style-type: none"> • bundesweit • berufliche Ausbildung zur generalistischen Pflegefachkraft
Zuständigkeit	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Gesundheit • Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Handlungsfelder • Kompetenzen je Handlungsfeld • nach zeitlichem Ablauf der Ausbildung geordnet 	–
Rahmenpläne	<ul style="list-style-type: none"> • BIBB • DIHK 	–
Dauer des Lehrgangs	• 115 Stunden	• mind. 200 Stunden
Ziel	• Erwerb berufs- und arbeitspädagogischer Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten	–

Literatur

- AMMENDE, R. u. a.: *Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege*. Berlin 2010
 URL: www.bildungsrat-pflege.de/ (Stand 11.10.2012)
- BIBB: *Die anerkannten Ausbildungsberufe 2012*. Bielefeld 2012
- BUND-LÄNDER-ARBEITSGRUPPE: *Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes vom 01.03.2012*. Berlin 2012 – URL: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier>Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf (Stand: 11.10.2012)
- GUTSCHOW, K.; ULMER, PH.: *Die Ausbilder-Eignungsverordnung 2009: Was ist neu?* In: BWP 39 (2009) 3, S. 49–51 – URL: www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/1593 (Stand 11.10.2012)
- HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM (Hrsg.): *Hessischer Pflegemonitor 2011*. URL: www.hessischer-pflegemonitor.de/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=328 (Stand: 11.10.2012)
- KLIE, TH. u. a.: *Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care)*. Freiburg 2006 – URL: www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/16628.asp (Stand: 11.10.2012)
- MAMEROW, R.: *Praxisanleitung in der Pflege*. 3. Aufl. Berlin 2010
- REIBOLD, D. K.: *Die neue Ausbilder-Eignungsverordnung (AEVO): Ab 1. August 2009 in Kraft*. In: *Der deutsche Berufsausbildende* 35 (2009) 2, S. 4–7
- SCHULZE-KRUSCHKE, CH.; PASCHKO, F.; WALTER, A.: *Praxisanleitung in der Pflegeausbildung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Berlin 2011



Der deutsche Referenzierungsbericht zur Umsetzung des DQR Ziele, Gegenstand und Verfahren

SABINE GUMMERSBACH-MAJOROH

Referentin im Referat „Perspektiven der Wissensgesellschaft“ im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Berlin

► Im November 2012 wurde der deutsche Referenzierungsbericht an die Europäische Kommission übermittelt. Ziel des Berichts ist es, den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) im Verhältnis zum Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) darzustellen, denn der Erfolg des EQR als Transparenz- und Mobilitätsinstrument hängt in hohem Maße davon ab, in welcher Weise die nationalen Qualifikationen durch die Zuordnung zu Niveaus über den EQR untereinander vergleichbar werden. Im Beitrag wird das Referenzierungsverfahren skizziert.

HINTERGRÜNDE UND ZIELSETZUNG DES REFERENZIERUNGSBERICHTS

Die Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des EQR legt den Mitgliedstaaten nahe, ihre nationalen Qualifikationssysteme bis 2010 an den EQR zu koppeln. Dies soll insbesondere dadurch erfolgen, dass die jeweiligen nationalen Qualifikationsniveaus auf transparente Art und Weise den Niveaus des EQR zugeordnet werden. Dieser Prozess wird als Referenzierung bezeichnet. Fast alle der insgesamt 33 an der Umsetzung des EQR beteiligten Länder haben eigene Qualifikationsrahmen entwickelt, sofern sie nicht, wie z. B. Frankreich oder Irland, schon vorher über solche verfügten. Bis dato haben 14 Länder Referenzierungsberichte erstellt, die die Entwicklung nationaler Qualifikationsrahmen und deren Zuordnung zum EQR erläutern. Davon sind

neun Berichte auf dem EQR-Portal bereits veröffentlicht (vgl. http://ec.europa.eu/eqf/home_en.htm). Zurzeit wird davon ausgegangen, dass alle beteiligten Länder bis Ende des Jahres 2013 die Referenzierung ihrer nationalen Qualifikationsrahmen zum EQR vollzogen haben. Der Erfolg des EQR als Transparenz- und Mobilitätsinstrument hängt in hohem Maße davon ab, in welcher Weise die Mitgliedstaaten die Niveaus ihrer jeweiligen nationalen Qualifikationsrahmen den Niveaudekriptoren des Metarahmens EQR zuordnen. Zugeordnet zum EQR werden nicht Qualifikationen, sondern die Niveaus der jeweiligen nationalen Rahmen werden zu den Niveaus des EQR in Beziehung gesetzt. Dies ist insbesondere für jene Länder von Bedeutung, bei denen die Anzahl der Niveaus von den acht Stufen des EQR abweicht. Jedes Land ist daher aufgefordert, im Referenzierungsbericht zu erläutern, wie der Prozess der Zuordnung auf nationaler Ebene stattgefunden hat. Dabei kommt es in hohem Maße darauf an, dass das Verfahren für alle Akteure in Europa transparent und verständlich beschrieben wird, um das gegenseitige Vertrauen zu stärken. Da die EU-Empfehlung zur Einführung des EQR keine rechtsverbindliche Wirkung hat, erfolgt die Umsetzung des EQR ausschließlich auf der Basis von gegenseitigem Vertrauen („mutual trust“).

GEGENSTAND DES BERICHTS

Um zu gewährleisten, dass die Referenzierungsprozesse nach möglichst einheitlichen Kriterien erfolgen, hat sich eine Beratungsgruppe zur Umsetzung des EQR, die sogenannte EQF Advisory Group, auf zehn Referenzierungskriterien verständigt. Diese dienen als Leitlinie für den Referenzierungsprozess und als Strukturanleitung für den Referenzierungsbericht (vgl. EQF 2009).

Die **EQF Advisory Group (EQF AG)** wurde 2009 gemäß der EQR-Empfehlung eingerichtet. Sie begleitet und überwacht die Umsetzung des EQR und setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der jeweils zuständigen nationalen Behörden, der Europäischen Kommission und des Rates, des European Centre for the Development of Vocational Training (Cedefop), der European Training Foundation (ETF) sowie der europäischen Sozialpartner. Deutschland ist durch je einen Vertreter des BMBF und der KMK vertreten.

Grundlage für gegenseitiges Vertrauen ist ein tieferes Verständnis für die Qualifikationen des jeweiligen Landes. Daher enthält der deutsche Referenzierungsbericht zunächst eine Beschreibung des nationalen Bildungssystems. Des Weiteren erläutert der Bericht Design und Besonderheiten und wie der DQR entwickelt wurde. Darüber hinaus beschreibt der Bericht, in welcher Beziehung die Niveaus des nationalen Qualifikationsrahmens zu denen des EQR stehen, und begründet die Korrespondenzbeziehung.

Mit dem Ziel, größtmögliche Transparenz und Vertrauen in den DQR und den deutschen Referenzierungsprozess herzustellen, werden die zentralen Aspekte der Lernergebnisorientierung und Qualitätssicherung im deutschen Bildungssystem, der EQR-DQR-Deskriptorenvergleich auf allen Niveaus sowie die methodische Herangehensweise bei der Zuordnung von Qualifikationen zum DQR detailliert beschrieben. Dies soll dazu beitragen, die vielfältigen und komplexen Prozesse des deutschen Bildungssystems verständlich zu machen. Das dem DQR zugrunde liegende Kompetenzverständnis im Sinne einer ganzheitlichen Handlungskompetenz stellt der deutsche Referenzierungsbericht ebenso heraus wie die Gleichwertigkeit von beruflicher und akademischer Bildung. Besondere Bedeutung kommt dabei der beruflichen Aufstiegsfortbildung zu.

Der Referenzierungsbericht sollte möglichst vollständig sein, allerdings darf nicht vergessen werden, dass jeder Bericht eine Art Momentaufnahme ist und den aktuellen Stand des Umsetzungsprozesses sowie der Zuordnungen darstellt. Aus diesem Grund kann gegebenenfalls nicht zu allen zehn Kriterien eine finale Antwort gegeben werden, weil noch nicht alle mit der Umsetzung verbundenen Fragen entschieden sind. So fallen beispielsweise die Ausführungen zur geforderten Ausweisung des EQR-Niveaus auf allen Zeugnissen, Qualifikationsbescheinigungen und Europass-Dokumenten in den bisherigen Referenzierungsberichten eher knapp aus, da diese Frage in vielen Ländern noch nicht entschieden ist. Dies gilt auch für Deutschland. Ganz im Sinne des Work in Progress ist eine Aktualisierung des ursprünglichen Berichts durchaus möglich. Malta hat zum Beispiel mittlerweile die dritte Version seines Referenzierungsberichts erstellt.

VERFAHRENSSCHRITTE

Ein erster Entwurf des deutschen Referenzierungsberichts wurde in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Kultusministerkonferenz (KMK) erstellt. Dieser wurde sowohl in der Bund-Länder-Koordinierungsgruppe als auch im Arbeitskreis DQR diskutiert. Auf der Basis der Anmerkungen der zahlreichen Akteure wurde der Bericht überarbeitet. Im Oktober 2012 wurde er mit internationalen Expertinnen und Experten aus Finnland, Großbritannien und Österreich diskutiert. Die Einbindung internationaler Experten zählt ebenfalls zu einem der zehn Referenzierungskriterien. Sie haben die Aufgabe dazu beizutragen, dass der Bericht für die internationale Zielgruppe klar und verständlich formuliert ist, und Vertrauen in den deutschen Referenzierungsprozess aufgebaut wird.

Der an die Europäische Kommission übermittelte deutsche Referenzierungsbericht wird an die Mitglieder der EQF Advisory Group weitergeleitet, die zunächst die Möglichkeit

zu einer schriftlichen Stellungnahme haben. Etwaige Kommentare oder Hinweise können noch im Bericht berücksichtigt werden, bevor dieser in der EQF Advisory Group in Brüssel vorgestellt wird. Die Vorstellung des deutschen Referenzierungsberichts ist im Dezember 2012 geplant.

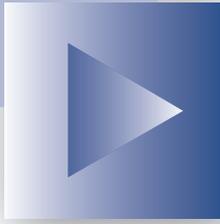
DIE ROLLE DER EQF ADVISORY GROUP

Der EQF AG kommt insofern eine bedeutende Rolle zu, als der Bericht und damit der Referenzierungsprozess deren Akzeptanz finden muss. So darf beispielsweise die Ausweisung der Qualifikationsniveaus auf Zeugnissen und Zertifikaten erst erfolgen, wenn die EQF AG den Referenzierungsbericht positiv bewertet hat und somit bestätigt hat, dass Vertrauen in die jeweilige Referenzierung besteht.

Bei der Vorstellung des Referenzierungsberichts in der EQF AG muss daher auch mit kritischen Fragen gerechnet werden, die gegebenenfalls dazu führen, dass national getroffene Entscheidungen erneut diskutiert und revidiert werden – so geschehen zum Beispiel nach der Vorstellung des niederländischen Referenzierungsberichts. Die Niederlande hatten ursprünglich geplant, eine der deutschen allgemeinen Hochschulreife vergleichbare Qualifikation EQR-Niveau 5 zuzuordnen. Nachdem diese Zuordnung von der EQF AG nicht akzeptiert wurde, da alle anderen Länder ihre vergleichbaren Qualifikationen EQR-Niveau 4 zuordnen bzw. zuordnen wollen, revidierten die Niederlande die Entscheidung und verorten die Qualifikation nun auf Niveau 4+, einer Art Subkategorie, die als Folge im niederländischen Qualifikationsrahmen eigens ergänzt wurde. Mit Spannung bleibt also abzuwarten, welches Echo der deutsche Referenzierungsbericht in der EQF AG finden wird. ■

Literatur

- Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. Amtsblatt der Europäischen Union C 111/1 v. 06.05.2008. URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:111:0001:0007:DE:PDF> (Stand 09.10.2012)*
- EUROPEAN QUALIFICATIONS FRAMEWORK: Criteria and procedures for referencing national qualifications levels to the EQF*
 URL: http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/eqf/criteria_en.pdf (Stand 09.10.2012)



Berufswünsche und Erfolgchancen von Ausbildungsstellenbewerberinnen und -bewerbern mit Migrationshintergrund

► Es ist bekannt, dass die Übergangschancen in betriebliche Berufsausbildung für junge Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu Jugendlichen ohne Migrationshintergrund deutlich schlechter sind. Dies gilt selbst dann, wenn sie über die gleichen schulischen Voraussetzungen verfügen und andere wichtige Rahmenbedingungen, wie z. B. die Lage auf dem regionalen Ausbildungsmarkt, ebenfalls übereinstimmen. Als Ursache wird häufiger angeführt, die Berufswünsche junger Migrantinnen und Migranten richteten sich zu einseitig auf eine kleine Zahl von „Modeberufen“. Tatsächlich konzentrieren sich Auszubildende ausländischer Staatsangehörigkeit noch stärker als deutsche Auszubildende auf nur wenige Berufe. Nicht untersucht wurde bisher allerdings, inwieweit sich auch die ursprünglichen Berufsinteressen von Ausbildungsstellensuchenden mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden und ob hierin ein Grund für die Chancenunterschiede liegen könnte. Dieser Frage wird im Beitrag auf Basis der BA/BIBB-Bewerberbefragung 2010 nachgegangen.

Interessieren sich junge Migrantinnen und Migranten nur für wenige Berufe?

„Viele Jugendliche mit Migrationshintergrund konzentrieren sich auf nur wenige ‚Modeberufe‘ und schöpfen ihre beruflichen Möglichkeiten bei Weitem nicht aus“, so lautet es in einer Presseinformation der Bundesagentur für Arbeit (BA) vom Februar 2012. Auch in einer im Herbst 2010 durchgeführten Onlinebefragung von 482 Berufsbildungsexpertinnen und -experten schloss sich die Mehrheit einer solchen Auffassung an (Autorengruppe BIBB/Bertelsmann Stiftung 2011). Der Aussage „Jugendliche mit Migrationshintergrund bewerben sich nur auf ein kleines Spektrum an Ausbildungsberufen und haben deswegen geringere Aussichten, einen Ausbildungsplatz zu finden“, stimmten 61 Prozent der Expertinnen und Experten zu.

Ein Blick in die Berufsbildungsstatistik zeigt, dass die Konzentration ausländischer Auszubildender¹ auf wenige Berufe tatsächlich deutlich stärker ausgeprägt ist als bei Auszubildenden deutscher Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt 2011). Werden die neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge 2010 betrachtet, so waren bei den ausländischen Auszubildenden 64 Prozent in den 20 am stärksten besetzten Berufen vertreten, bei den deutschen Auszubildenden dagegen nur 53 Prozent. Allerdings entsprechen die realisierten Ausbildungsverhältnisse keineswegs immer auch den ursprünglichen Berufswünschen der Jugendlichen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass im Laufe des Berufsfindungsprozesses eine fortlaufende Anpassung der Berufsvorstellungen an die realen Gegebenheiten stattfindet (vgl. HERZOG/NEUENSCHWANDER/WANNACK 2006).

In der BA/BIBB-Bewerberbefragung 2010 (vgl. Kasten) wurden Ausbildungsstellenbewerber/-innen danach gefragt, welche Berufe sie im Einzelnen bei ihrer Suche nach einem Ausbildungsplatz in Betracht gezogen hatten.² Die Jugend-



URSULA BEICHT

Mitarbeiterin im Arbeitsbereich
„Berufsbildungsangebot und -nachfrage/
Bildungsbeteiligung“ im BIBB

¹ In der Berufsbildungsstatistik wird ausschließlich eine Unterscheidung nach der Staatsangehörigkeit vorgenommen und nicht nach dem Migrationshintergrund.

² Beim Personenkreis der registrierten Bewerber/-innen ist zu beachten, dass die 292 Tsd. Jugendlichen, die im Vermittlungsjahr 2009/2010 ohne Unterstützung der BA einen Ausbildungsvertrag abschlossen, hierin nicht enthalten sind.

BA/BIBB-Bewerberbefragung 2010

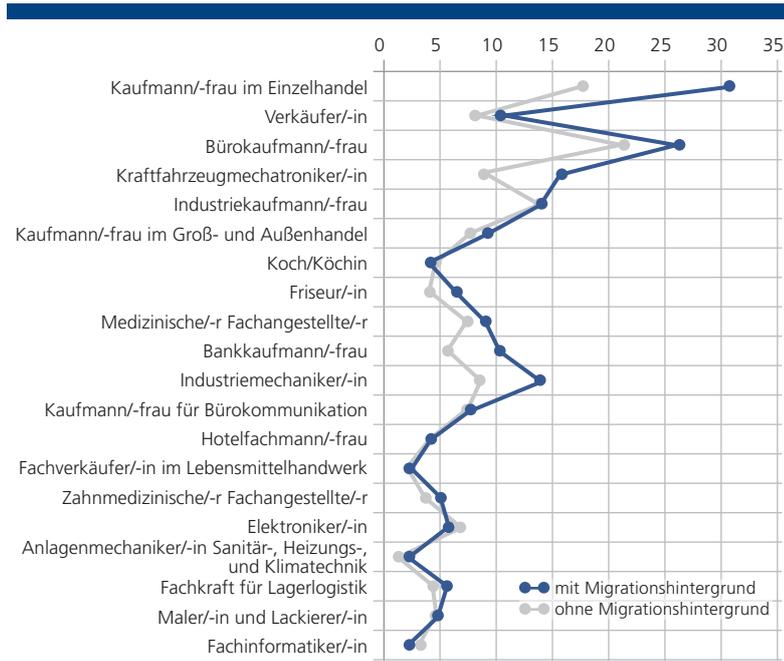
Methode	Schriftlich-postalische Repräsentativbefragung
Personenkreis	Bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) im Vermittlungsjahr 2009/2010 registrierte Ausbildungsstellenbewerber/-innen. Sie verfügten nach Einschätzung der BA über die notwendige Ausbildungsreife und Berufseignung.
Stichprobe	13.000 (brutto), 4.621 (netto)
Rücklaufquote	36 %
Befragungszeitraum	Dezember 2010 bis Februar 2011
Gewichtung	Soll-Ist-Anpassung nach den Merkmalen Wohnregion, Geschlecht, offiziell registrierter Verbleib der Bewerber/-innen
Auswertungsbasis	3.979 Bewerber/-innen mit detaillierten Berufsangaben, davon 1.010 mit Migrationshintergrund

lichen nannten dabei bis zu elf unterschiedliche Berufe. Wie stark das Interesse der Bewerber/-innen mit und ohne Migrationshintergrund³ an den 20 insgesamt am stärksten besetzten BBiG/HwO-Berufen war, zeigt Abbildung 1. Deutlich wird hier, dass Bewerber/-innen mit Migrationshintergrund tatsächlich einige dieser Berufe erheblich häufiger in ihre Suche einbezogen haben als diejenigen ohne Migrationshintergrund. Die größte Abweichung besteht beim besetzungstärksten Beruf Kaufmann/-frau im Einzelhandel, für den sich 31 Prozent der jungen Migrantinnen und Migranten, aber nur 18 Prozent der Bewerber/-innen ohne Migrationshintergrund interessieren. Ein ebenfalls deutlich größeres Interesse haben Jugendliche mit Migrationshintergrund an den kaufmännischen Berufen Bürokaufmann/-frau (26 % vs. 21 %) und Bankkaufmann/-frau (10 % vs. 6 %) sowie an den gewerblich-technischen Berufen Kraftfahrzeugmechatroniker/-in (16 % vs. 9 %) und Industriemechaniker/-in (14 % vs. 9 %). Die meisten anderen Berufe werden von jungen Migrantinnen und Migranten nahezu ebenso stark oder etwas stärker als von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund angestrebt. Insgesamt beziehen 90 Prozent der Bewerber/-innen mit Migrationshintergrund mindestens einen der 20 am stärksten besetzten Berufe in ihre Ausbildungssuche ein, gegenüber 78 Prozent bei denjenigen ohne Migrationshintergrund. Junge Migrantinnen und Migranten berücksichtigen durchschnittlich eine etwas größere Zahl von Berufen bei ihren Bemühungen um einen Ausbildungsplatz (3,5 vs. 3,2 Berufe).

Unterscheidet sich die Einmündungswahrscheinlichkeit je nach favorisierter Berufsgruppe?

Wird betrachtet, auf welche Berufsgruppen⁴ sich das Interesse der Bewerber/-innen jeweils ausschließlich oder überwiegend richtet, zeigen sich ebenfalls größere Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund (vgl. Abb. 2, linker Teil, S. 46). So legen junge Migrantinnen und Migranten deutlich häufiger einen

Abbildung 1 **Interesse der Ausbildungsstellenbewerber/-innen an stark besetzten Ausbildungsberufen*** (Anteil der Bewerber/-innen in Prozent; gewichtete Ergebnisse)



* Es handelt sich um die 20 insgesamt am stärksten besetzten Ausbildungsberufe bei den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen 2010 in der Rangfolge der Besetzungstärke (vgl. STBA 2011)

Datenbasis: BA/BIBB-Bewerberbefragung 2010

Schwerpunkt auf die Berufsgruppe der Waren- und Dienstleistungskaufleute (13 % vs. 9 %). Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufe finden dagegen bei beiden Gruppen gleich starken Zuspruch. Die sonstigen Dienstleistungsberufe werden wiederum von Jugendlichen mit Migrationshintergrund stärker bevorzugt. Auch Metall- und Elektroberufe fragen sie etwas öfter nach, während Bau- und Holzberufe bei ihnen weniger beliebt sind als bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Die sonstigen Fertigungsberufe u. ä. favorisieren sie ebenfalls deutlich seltener. Wie Abbildung 2 (rechter Teil, S. 46) verdeutlicht, unterscheidet sich der Anteil der Bewerber/-innen mit und ohne Migrationshintergrund, denen der Übergang in betriebliche Ausbildung gelingt⁵, ganz erheblich je nach favorisierter Berufsgruppe. So münden von den jungen Migrantinnen und Migranten, die sich insbesondere für Metall- und Elektroberufe interessieren, 34 Prozent in eine Ausbildung ein.

3 Der Migrationshintergrund ist wie folgt indirekt definiert: Bewerber/-innen, die in Deutschland geboren sind und alleine die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und ausschließlich Deutsch als Muttersprache gelernt haben, gelten als Personen ohne Migrationshintergrund; für alle anderen wird von einem Migrationshintergrund ausgegangen.

4 Grundlage für die Bildung der Berufsgruppen bildet die Klassifizierung der Berufe des Statistischen Bundesamtes (KldB 1992).

5 Der Übergang in betriebliche Ausbildung gilt hier als gelungen bzw. erfolgreich, wenn Bewerber/-innen im Berichtsjahr 2009/2010 oder in der Nachvermittlungsphase eine entsprechende Ausbildung aufnahmen und dort bis zum Befragungszeitpunkt verblieben sind (vgl. BEICHT 2011).

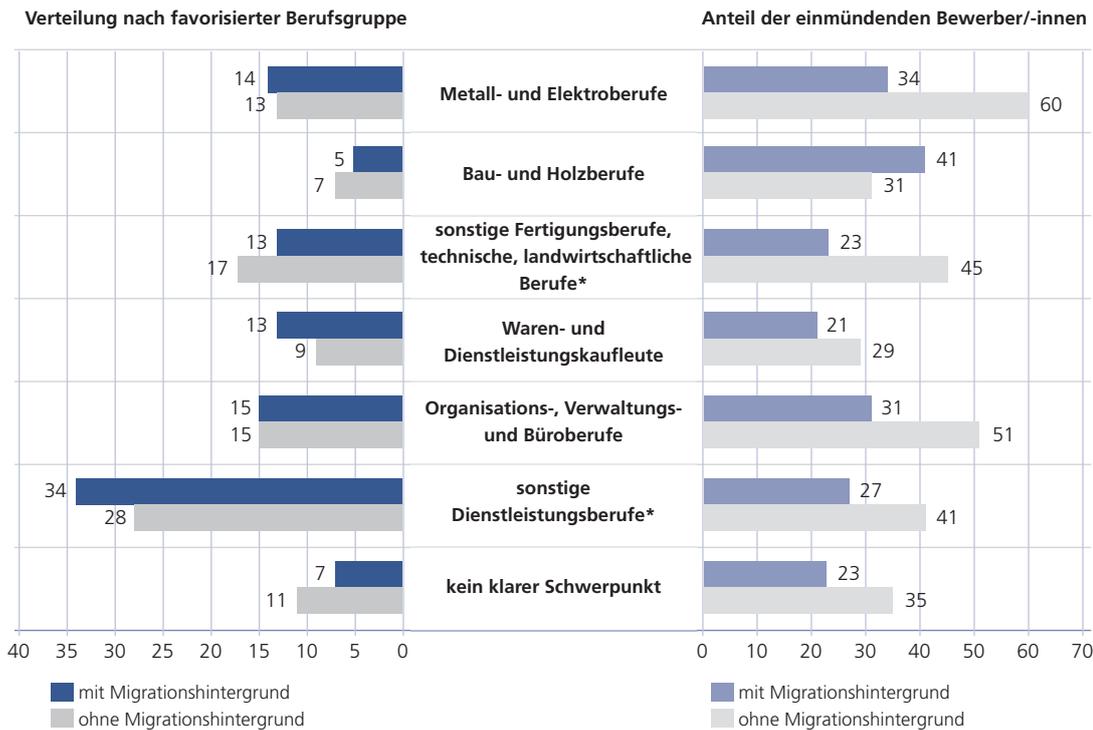


Abbildung 2
Favorisierte Berufsgruppe bei der Ausbildungssuche und Einmündungswahrscheinlichkeit in betriebliche Ausbildung
(Anteile der Bewerber/-innen in Prozent; gewichtete Ergebnisse)

* Zugeordnet sind hier auch die Fälle, in denen sich das Interesse über mehrere Berufsgruppen verteilte, aber der Schwerpunkt bei Fertigungs-, technischen, landwirtschaftlichen Berufen bzw. bei Dienstleistungsberufen lag.

Datenbasis: BA/BIBB-Bewerberbefragung 2010

Bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, die Metall- und Elektroberufe präferieren, beträgt die Einmündungswahrscheinlichkeit dagegen 60 Prozent und liegt damit um immerhin 26 Prozentpunkte höher. Beträchtlich sind auch die entsprechenden Unterschiede bei den sonstigen Fertigungsberufen u. ä. (22 Prozentpunkte) sowie Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufen (20 Prozentpunkte).

Bewerber/-innen mit Migrationshintergrund haben die höchste Einmündungswahrscheinlichkeit, wenn sie in ihre Ausbildungssuche vor allem Bau- und Holzberufe einbeziehen. Dann münden sie sogar noch erheblich öfter in betriebliche Ausbildung ein als vergleichbare Jugendliche ohne Migrationshintergrund (41 % vs. 31 %). Am geringsten sind für junge Migrantinnen und Migranten hingegen die Aussichten auf eine Ausbildungsstelle, wenn sie eine Ausbildung als Waren- oder Dienstleistungskaufleute anstreben.

Beeinflussen die Berufspräferenzen die Erfolgchancen beim Übergang in Ausbildung?

Ob die Berufspräferenzen der Bewerber/-innen für ihre Chancen, erfolgreich in betriebliche Berufsausbildung einzumünden, tatsächlich relevant sind, lässt sich nur mittels multivariater Analysen klären, bei denen gleichzeitig auch alle anderen Einflussgrößen berücksichtigt werden. Aus die-

sem Grund wurden zwei binäre logistische Regressionsmodelle gerechnet (vgl. Tab. 1), einmal unter Einbeziehung aller Bewerber/-innen (Modell 1) und einmal ausschließlich bezogen auf die jungen Migrantinnen und Migranten (Modell 2). Damit lassen sich für die jeweiligen Personengruppen die Merkmale der Berufsauswahl identifizieren, die einen eigenständigen Effekt auf die Erfolgchancen haben. Denn es werden jeweils alle anderen bereits bekannten Einflussfaktoren, wie die schulischen Voraussetzungen der Bewerber/-innen, Aspekte ihres Such- und Bewerbungsprozesses sowie die Situation auf dem regionalen Ausbildungsmarkt kontrolliert.⁶

Wie die Ergebnisse von Modell 1 zeigen, sind insgesamt gesehen die Erfolgchancen von Bewerberinnen und Bewerbern, die sich bei der Ausbildungssuche auf Metall- und Elektroberufe konzentrieren, signifikant höher als von denjenigen, die sich hauptsächlich für Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufe interessieren. Im Vergleich dazu ungünstigere Aussichten haben Bewerber/-innen, welche die Berufsgruppe der Waren- und Dienstleistungskaufleute favorisieren. Auch wenn bei der Berufsauswahl kein klarer Schwerpunkt vorhanden ist, sind die Erfolgchancen geringer.

⁶ Da diese Merkmale hier nur die Funktion von Kontrollvariablen haben, wird auf die von ihnen ausgehenden Einflüsse nicht näher eingegangen (vgl. hierzu BEICHT 2011).

Tabelle 1
Einflussgrößen auf die Chancen eines erfolgreichen Übergangs in betriebliche Ausbildung
 (Exponentialkoeffizienten e^{β} , ungewichtete Ergebnisse)

Merkmale	Verteilung der Bewerber/-innen ¹⁾		Modell 1 Bewerber/-innen insgesamt	Modell 2 Bewerber/-innen mit MH
	mit MH	ohne MH		
Merkmale der Berufsauswahl				
Interessierende Berufsgruppe (BBiG/HwO)				
Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe (Referenz)	15	15		
Metall- und Elektroberufe	14	13	1,763***	2,019*
Bau- und Holzberufe	5	7	1,001	2,655*
sonstige Fertigungsberufe, technische, landwirtschaftliche Berufe	13	17	1,099	1,197
Waren- und Dienstleistungskaufleute	13	9	,743+	1,169
sonstige Dienstleistungsberufe	34	28	1,000	1,293
kein klarer Schwerpunkt	7	11	,707*	1,062
Anzahl interessierender BBiG/HwO-Berufe				
1 Beruf (Referenz)	13	16		
2 bis 3 Berufe	46	49	1,819***	1,406
4 bis 5 Berufe	28	25	1,962***	1,696+
6 und mehr Berufe	13	10	1,818***	1,429
durchschnittliches Anspruchsniveau der Berufe²⁾				
eher zu hoch für eigenen Schulabschluss (Referenz)	32	21		
passend für eigenen Schulabschluss	59	64	1,320*	1,146
eher zu niedrig für eigenen Schulabschluss	10	15	1,695**	1,654
Interesse auch an anderen Berufen³⁾				
	18	19	,641***	,803
Individuelle schulische Qualifikation				
Schulabschluss				
maximal Hauptschulabschluss (Referenz)	44	33		
mittlerer Schulabschluss	45	53	1,876***	1,490+
(Fach-)Hochschulreife	11	14	3,168***	2,951*
letzte Mathematiknote				
ausreichend oder schlechter (Referenz)	40	35		
befriedigend	36	38	1,488***	1,369+
sehr gut oder gut	23	26	1,889***	2,048***
letzte Deutschnote				
ausreichend oder schlechter (Referenz)	31	22		
befriedigend	50	50	1,722***	1,750**
sehr gut oder gut	19	28	1,932***	1,893*
Aspekte des Such- und Bewerbungsprozesses³⁾				
sich schriftlich beworben	81	87	2,805***	2,271**
betriebliche Einstiegsqualifizierung absolviert	7	5	1,774**	2,400**
bereits für ein früheres Ausbildungsjahr beworben	44	38	,699***	1,004
Situation auf dem Ausbildungsmarkt				
Anteil des betrieblichen Stellenangebots an den Ausbildungsinteressierten in der Wohnregion				
80 % und mehr (Referenz)	2	3		
70 % bis unter 80 %	20	20	,524*	,262*
60 % bis unter 70 %	42	37	,336**	,235**
50 % bis unter 60 %	28	30	,244***	,140***
unter 50 %	8	11	,224***	,181**
Soziodemografische Merkmale³⁾				
weibliches Geschlecht	47	45	,809*	1,030
Alter ab 21 Jahren	25	19	,589***	,677*
mit Migrationshintergrund	100	-	,591***	
Nagelkerkes R-Quadrat			,249	,168
Fallzahl (ungewichtet)	1.010	2.969	3.634 ⁴⁾	923 ⁴⁾

Signifikanzniveau: + $p < 0,1$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Erläuterung: Die Exponentialkoeffizienten e^{β} geben an, welchen Einfluss die verschiedenen Variablen auf die Einmündung in eine betriebliche Ausbildung haben. Werte größer als 1 weisen auf eine – verglichen mit der jeweiligen Referenzgruppe – höhere Chance hin, Werte kleiner als 1 auf eine geringere.

1) Einbezogen sind nur Bewerber/-innen mit Angaben zu den bei der Ausbildungssuche in Betracht gezogenen BBiG/HwO-Berufen. Es handelt sich hier um gewichtete Ergebnisse.

2) Die Berufe wurden je nach ihren Auszubildendenanteilen mit hohem, mittlerem und niedrigem Schulabschluss in unterschiedliche Anspruchsniveaus eingeteilt, und zwar in Anlehnung an den Bildungsbericht 2008 (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008).

3) Referenz ist hier jeweils „trifft nicht zu“.

4) In die Modelle ging aufgrund fehlender Angaben bei einzelnen Merkmalen eine etwas geringere Fallzahl ein. Es erfolgte keine Gewichtung.

Datenbasis: BA/BIBB-Bewerberbefragung 2010

Von Bedeutung ist darüber hinaus, wie viele Berufe die Bewerber/-innen in ihre Ausbildungssuche einschließen. Werden zwei oder drei Berufe berücksichtigt, so sind die Erfolgsaussichten erheblich höher, als wenn sich die Suche lediglich auf einen einzigen Beruf richtet. Als noch etwas günstiger erweist sich die Einbeziehung von vier oder fünf Berufen. Eine noch größere Zahl bringt dann aber keinen weiteren Vorteil mehr.

Erhebliche Relevanz hat, inwieweit die angestrebten Berufe von ihrem Anspruchsniveau her den individuellen schulischen Voraussetzungen der Bewerber/-innen entsprechen. Passen die favorisierten Berufe im Durchschnitt zum vorhandenen Schulabschluss, so sind die Erfolgschancen deutlich höher, als wenn der Schulabschluss für diese Berufe eher zu niedrig ist. Noch größer sind die Aussichten auf Erfolg, wenn der Schulabschluss sogar über den üblichen Anforderungen der ausgewählten Berufe liegt.

Hemmend auf die Erfolgschancen, einen betrieblichen Ausbildungsplatz zu finden, wirkt es sich aus, wenn Bewerber/-innen neben BBiG/HwO-Berufen auch andere Berufe, z. B. Schulberufe, in Erwägung ziehen. Sie münden dann häufiger in diese alternativen Ausbildungsformen ein.

Das zentrale Ergebnis von Modell 1 ist aber, dass die Erfolgschancen junger Migrantinnen und Migranten auch dann signifikant geringer sind, wenn die Merkmale der getroffenen Berufsauswahl kontrolliert werden. Weder ihre im Vergleich zu Jugendlichen ohne Migrationshintergrund abweichenden beruflichen Präferenzen, noch ihre ungünstigeren schulischen Voraussetzungen und auch nicht die anderen einbezogenen Einflussfaktoren bieten somit eine hinreichende Erklärung für ihre schlechteren Erfolgsaussichten beim Übergang in Ausbildung.

In Modell 2, das sich ausschließlich auf Bewerber/-innen mit Migrationshintergrund bezieht, sind die Einflüsse der Merkmale der Berufsauswahl größtenteils nicht signifikant, was teilweise auf die deutlich geringe Fallzahl zurückzuführen sein dürfte. Das wichtigste Ergebnis ist hier, dass auch unter Kontrolle aller anderen Einflussgrößen für junge Migrantinnen und Migranten die Erfolgschancen erheblich günstiger sind, wenn sie sich für Metall- und Elektroberufe oder für Bau- und Holzberufe interessieren, als wenn sie eine Ausbildung in Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufen anstreben.

Zusammenfassung und Fazit

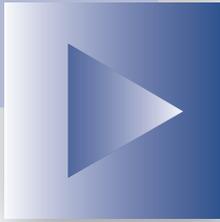
Wenn Jugendliche die BA für die Unterstützung bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz einschalten, haben sie in der Regel aus der Vielzahl der beruflichen Möglichkeiten eine engere Auswahl getroffen oder sich für einen bestimm-

ten Beruf entschieden. Bei einem bereits länger anhaltenden Suchprozesses haben sie ihre Berufsauswahl eventuell schon mehrfach verändert und somit versucht, sie den Gegebenheiten des Ausbildungsmarkts anzupassen. Junge Migrantinnen und Migranten sind nicht auf nur wenige „Modeberufe“ fixiert, sondern ziehen bei der Ausbildungssuche durchaus ein breites Spektrum von Berufen in Betracht. Sie favorisieren dabei noch etwas stärker Dienstleistungsberufe als Bewerber/-innen ohne Migrationshintergrund; ihr Interesse an Fertigungsberufen ist schwächer ausgeprägt als bei diesen. Die erheblich größeren Schwierigkeiten junger Migrantinnen und Migranten, einen betrieblichen Ausbildungsplatz zu finden, können jedoch keineswegs auf ihre etwas anderen Berufspräferenzen zurückgeführt werden. Wichtigstes Analyseergebnis ist, dass ihre Erfolgschancen auch unter Berücksichtigung der getroffenen Berufswahl und vielfältiger weiterer Einflussgrößen signifikant niedriger als bei der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund sind.

Ein überraschendes Nebenergebnis ist, dass die relativ wenigen Bewerber/-innen mit Migrationshintergrund, die Bau- und Holzberufe favorisieren, sogar noch bessere Erfolgsaussichten bei der Ausbildungssuche haben als diejenigen ohne Migrationshintergrund mit gleichen Berufspräferenzen. Auch wenn sie Metall- und Elektroberufe nachfragen, haben junge Migrantinnen und Migranten recht gute Chancen. Dies dürfte vor allem mit vergleichsweise günstigen Angebots-Nachfrage-Verhältnissen auf dem Ausbildungsmarkt in diesen Berufen zusammenhängen. Insofern wäre zu erwarten, dass sich im Zuge einer weiteren allgemeinen Besserung der Marktlage die Erfolgschancen für junge Migrantinnen und Migranten bei der Ausbildungssuche künftig insgesamt erhöhen. ■

Literatur

- AUTORENGRUPPE BIBB/BERTELSMANN STIFTUNG: *Reform des Übergangs von der Schule in die Berufsausbildung. Aktuelle Vorschläge im Urteil von Berufsbildungsexperten und Jugendlichen.* Bonn 2011
- AUTORENGRUPPE BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG: *Bildung in Deutschland 2008. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I.* Bielefeld 2008
- BEICHT, U.: *Junge Menschen mit Migrationshintergrund: Trotz intensiver Ausbildungsstellensuche geringere Erfolgsaussichten. BIBB-Analyse der Einmündungschancen von Bewerberinnen und Bewerbern, differenziert nach Herkunftsregionen.* Bielefeld 2011
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA): *Jungen Migranten durch Ausbildung eine Perspektive geben. Presse Info 23/2012 vom 23.02.2012*
- HERZOG, W.; NEUENSCHWANDER, M. P.; WANNACK, E.: *Berufswahlprozess. Wie sich Jugendliche auf ihren Beruf vorbereiten.* Bern, Stuttgart, Wien 2006
- STATISTISCHES BUNDESAMT: *Bildung und Kultur. Berufliche Bildung. Fachserie 11, Reihe 3.* Wiesbaden 2011



Einsatz von Ausbildungsbausteinen: Ein Erfolgsmodell, wenn die Rahmenbedingungen stimmen

CLIVE HEWLETT

Leiter der Abteilung Außerschulische Berufsbildung in der Behörde für Schule und Berufsbildung Hamburg

► **Der nahtlose Übergang von der Schule in den Beruf glückt nicht allen Jugendlichen. Die Gründe hierfür liegen oft im auch für Expertinnen und Experten undurchschaubaren Förderdickicht. In Hamburg hat man sich für den Einsatz von Ausbildungsbausteinen entschieden, um die Qualität der beruflichen Qualifizierung zu verbessern und so dazu beizutragen, unterstützungsbedürftigen Jugendlichen den direkten Weg in eine erfolgreiche Berufsausbildung zu ebnen. Im Beitrag werden Hintergründe und Motive sowie erste Erfahrungen geschildert.**

GRÜNDE UND VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE ERPROBUNG

In Hamburg werden seit 2009 Ausbildungsbausteine (im folgenden kurz ABB) erprobt. Das Land ließ sich von mehreren Motiven leiten, sich am entsprechenden JOBSTARTER CONNECT-Projekt (vgl. EKERT/ROTHOWE/WEITERER 2012) zu beteiligen: Zum einen die mit „Quali-Bausteinen“ gewonnenen positiven Erfahrungen, die sich auf ABB übertragen lassen müssten, und zum anderen – und dies war ausschlaggebend – die Entwicklung eines Instruments, das es erstmals ermöglicht, jungen Menschen, die ihre Ausbildung abgebrochen haben oder in der Abschlussprüfung gescheitert sind, erworbene Kompetenzen valide nachzuweisen.

Ein Systemmangel in der beruflichen Ausbildung liegt darin, dass diese Jugendlichen mit Ausnahme eines „Freitextzeugnisses“ des Ausbildungsbetriebs und eines Berufs-

schulabgangszeugnisses nichts in die Hand bekommen, was die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in verwertbarer Form bescheinigt. Dies Problem lässt sich lösen, wenn für die Absolvierung eines ABB ein möglichst standardisiertes Zertifikat, das eine Kompetenzfeststellung auf Basis eines Leistungsnachweises bescheinigt, ausgestellt wird – vorzugsweise von der zuständigen Stelle (Kammer). Auf diese Weise kann erreicht werden, dass die Bescheinigung eines ABB einen ähnlich akzeptierten Aussagewert bei Betrieben erlangt wie ein Kammerabschlusszeugnis. Motto: „Was drauf steht, ist auch drin.“ Dies wiederum setzt voraus, dass die ABB nach verbindlichen Standards entwickelt und eingesetzt werden, die mit Sozialpartnern, Betrieben/ Bildungsträgern und Berufsschulen einvernehmlich abgestimmt worden sind. Noch sind in Hamburg nicht alle Verfahrensfragen zur Zertifizierung abschließend geklärt. Ein entsprechend besetzter Beirat ist eingesetzt, um die wesentlichen Eckwerte zu diskutieren und einvernehmlich zu verabschieden.¹

Die „Hamburger Standards“ umfassen die Vorgaben der „Berufsausbildungsvorbereitungs-Bescheinigungsverordnung“; zusätzlich erfordern sie eine geordnete Kompetenzfeststellung als Grundlage für die zu erteilende Bescheinigung sowie die individuelle Dokumentation des weiteren kohärenten Bildungswegs der Jugendlichen. Verzichtet wird dagegen auf die Zielgruppenbeschränkung gem. § 68 Abs. 1 BBiG, weil sich die Berufsqualifizierung unter Verwendung von Bausteinen auch für andere Zielgruppen gut eignet, ohne das duale Ausbildungssystem zu untergraben.

Auch aus einem anderen Grund muss die Bescheinigung über einen absolvierten ABB eine anerkannte „Adresse“ werden: Betriebe tun sich traditionell schwer, von der Möglichkeit des § 7 Abs. 1 BBiG Gebrauch zu machen und eine berufliche Vorbildung auf die Ausbildungszeit ganz oder teilweise anzurechnen. Die Vorbehalte richten sich häufig gegen die Qualität der beruflichen Vorqualifizierung – erinnert sei an den jahrzehntelang geführten Disput um die letztlich gescheiterten BGJ-Anrechnungsverordnungen, die die Anrechnung eines ersten (schulischen) Jahrs auf die Ausbildungszeit zwingend vorschrieben. Das Vertrauen der Betriebe in die Validität einer ABB-Bescheinigung ist dann gewonnen, wenn das Zertifikat einen gewissen Bekanntheitsgrad als anerkannter Ausweis einer qualitativ hochwertigen Berufsvorbereitung erlangt haben wird – ein

¹ Im Beirat, der unter der Leitung des Amts für Weiterbildung der Behörde für Schule und Berufsbildung eingerichtet worden ist, sind vertreten: Handwerkskammer Hamburg und Handelskammer Hamburg, ver.di, Vereinigung der Unternehmensverbände in Hamburg und Schleswig-Holstein e. V. sowie das Hamburger Institut für Berufliche Bildung. Der erweiterte Beirat tagt zudem mit Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Projektakteure. Er ist u. a. befasst mit der Abstimmung der Zertifizierungsfrage, dem Verfahren zur Anerkennung der Ausbildungsbausteine und der Kompetenzfeststellung.

langer Weg, der nur gemeinsam mit allen Akteuren der Berufsbildung erfolgreich durchschritten werden kann.

BEDINGUNGEN FÜR EINEN ERFOLGREICHEN EINSATZ VON ABB

Es wäre daher zu kurz gegriffen, bereits heute den Erfolg des Einsatzes von ABB an der Zahl der Anrechnungsfälle nach § 7 Abs. 1 BBiG messen zu wollen. Zunächst hat es die üblichen Startschwierigkeiten gegeben: Wie immer, wenn Neuland betreten wird, gab es auch gegen den Einsatz von ABB Vorbehalte. So fürchteten die Berufsschulen eine Abkehr vom Lernfeldprinzip, die Gewerkschaften eine Aushöhlung des bewährten Berufsprinzips und die Kammern ein gefährliches Parallelsystem zur Berufsabschlussprüfung. Die Behörde für Schule und Berufsbildung Hamburg (BSB) als zuständige oberste Landesbehörde im Sinne des BBiG teilte diese Besorgnisse, hielt sie jedoch für überwindbar. Sie hat daher eine Reihe von Vorkehrungen mit dem Ziel getroffen, den Vorbehalten gegenüber dem Einsatz von ABB angemessene Rechnung zu tragen (vgl. Behörde für Schule und Berufsbildung Hamburg 2011):

- Verantwortliche Projektsteuerung durch die nach BBiG zuständige oberste Landesbehörde unter Beteiligung der zuständigen Stellen (Kammern) und Gewerkschaften.
- Inhaltliche Ausfüllung der ABB grundsätzlich aus den Ordnungsmitteln des ersten Ausbildungsjahrs bzw. der Grundstufe bis zum Zeitpunkt der Zwischenprüfung.
- Verpflichtung zur Einhaltung qualitativer Mindestanforderungen („Hamburger Standards“).

Mit diesen Vorgaben konnte – zumindest in Hamburg – u. a. die Befürchtung der Gewerkschaften und Kammern ausgeräumt werden, eine mehr oder minder große Sammlung von ABB könne die Kammerabschlussprüfung ersetzen und einen Rechtsanspruch auf Gleichwertigkeit mit dem Kammerabschluss begründen.

Weitere Bedingungen zur erfolgreichen Umsetzung sind: Die ABB dürfen nicht zu lang konzipiert sein. Die Ausbildungsbeteiligten und Bildungsträger müssen hohen qualitativen Anforderungen genügen, da die Umstellung auf kompetenzorientierte Qualifizierung die entsprechende Expertise voraussetzt. Zudem muss die Akzeptanz für den Einsatz von ABB geweckt und erhalten werden, was durch die Mitwirkung im Projektbeirat positiv beeinflusst wird.

ERSTE ERFAHRUNGEN UND WEITERE SCHRITTE

Die anfängliche Zurückhaltung der Projektbeteiligten wich im Laufe der praktischen Arbeit mit ABB einer zunehmenden Begeisterung. Die Vorteile des ABB-Einsatzes (vgl. EKERT/ROTHOWE/WEITERER 2012), fanden sich in Hamburg bestätigt: Als wesentliches Ergebnis der bisherigen Erprobung der Ausbildungsbausteine ist die verstärkte

Strukturierung der Ausbildung hervorzuheben. Hierdurch werden die Transparenz und die Qualität der Ausbildung deutlich verbessert. Und die Jugendlichen erhalten mit der Bescheinigung über ihre erworbenen Kompetenzen einen motivationssteigernden Anreiz, den eingeschlagenen beruflichen Qualifizierungsweg konsequent zu Ende zu gehen.

Ein erfreulicher Nebeneffekt der Erprobung verdient Erwähnung: Die stringente Projektsteuerung hat erheblich dazu beigetragen, dass ABB nicht nur in aus Landesmitteln und von der Arbeitsverwaltung finanzierten Ausbildungs- und sonstigen Berufsqualifizierungsangeboten, sondern auch in der schulischen Ausbildungsvorbereitung eingesetzt werden, soweit sie in zertifizierter Form vorliegen.

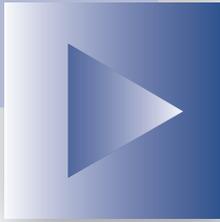
Im Rahmen der weiteren Erprobung ist eine Evaluation unter Mitwirkung des Projektbeirats vorgesehen. Ein wesentlicher Punkt wird die Analyse des Verbleibs der ABB-Absolventen sein: Wurden bspw. ihre Integrationschancen verbessert? Ist trotz der beschriebenen Vorkehrungen ein erhöhter Übergang in bloße Anlernertätigkeiten (statt Ausbildungsabschluss) festzustellen? – wie es von Gewerkschaftsseite befürchtet wird.

Als erstes Fazit bleibt somit festzuhalten: Ausbildungsbausteine sind kein Allheilmittel zum Kurieren systemischer, struktureller oder anderer Mängel der beruflichen Ausbildung. Sie sind jedoch wegen ihrer systematisierenden Wirkung geeignet, die Qualität gerade im betrieblichen Teil der Ausbildung (KMU), aber auch in Berufsqualifizierungsangeboten zu verbessern. Entscheidend ist jedoch, dass sie ein geeignetes Instrument darstellen, Jugendlichen eine Rückmeldung über ihren erreichten Kompetenzstand bereits vor Abschluss der mehrjährigen Berufsausbildung zu geben. Für eine nachhaltige Implementierung ist es jedoch erforderlich, das ABB-Angebot deutlich zu erhöhen. Hamburg hat sich daher beim BMBF dafür verwendet, auch für weitere, insbesondere quantitativ relevante anerkannte Ausbildungsberufe ABB entwickeln zu lassen. ■

Literatur

EKERT, E.; ROTHOWE, L.; WEITERER, B.: Ausbildungsbausteine – Kompetenz- und Outcomeorientierung von Bildungsangeboten des Übergangsbereichs. In: BWP 41 (2012) 4, S. 28–31 – URL: www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/6912 (Stand 10.10.2012)

BEHÖRDE FÜR SCHULE UND BERUFSBILDUNG HAMBURG (Hrsg.): Ausbildungsreport Hamburg 2011, S. 44 ff.; URL: www.hamburg.de/contentblob/3099162/data/ausbildungsreport-2011.pdf (Stand:10.09.2012)



Berufspädagogische Qualifizierung der ausbildenden Fachkräfte

RALF JANSEN

Personalentwickler im GB Personalentwicklung/Bildung bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

ULRICH BLÖTZ

Dr., wiss. Mitarbeiter im Arbeitsbereich „Unternehmens- und personenbezogene Dienstleistungsberufe/Ausschuss für Fragen behinderter Menschen“ im BIBB

► Die AOK Rheinland/Hamburg hat zur nachhaltigen Professionalisierung ausbildender Fachkräfte in Kooperation mit dem BIBB eine pädagogische Fortbildung entwickelt, deren Ergebnisse auf die Ausbildereignungsverordnung (AEVO) angerechnet werden können. Dieser Beitrag stellt das Konzept und die Erfahrungen damit vor.

HERAUSFORDERUNG FÜR AUSBILDENDE FACHKRÄFTE

Die AOK gewinnt Auszubildende aus allen Schulformen, von der Hauptschule bis zum Gymnasium, und sieht in der Lernförderung Leistungsschwächerer, aber auch zugleich Leistungsstärkerer eine große Herausforderung. Für die AOK ist es seit jeher wichtig, Auszubildende in der verfügbaren betrieblichen Ausbildungszeit zu selbstständig und verantwortlich handelnden, kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu entwickeln: Eine Aufgabe, die bei der schwieriger werdenden Nachwuchsgewinnung pädagogisch immer anspruchsvoller wird.

Angesichts dieser wachsenden Herausforderung rückte eine strukturelle Eigenschaft der betrieblichen Ausbildungsorganisation bei der AOK in das Problembewusstsein: In jeder Filiale gibt es einen verantwortlichen Ausbilder oder eine verantwortliche Ausbilderin, die in größeren Filialen hauptberuflich tätig sind. Ihre Aufgabe besteht überwiegend darin, die Ausbildung zu organisieren. Von der Unterstützung bei Konfliktlösungen abgesehen, sind sie nicht direkt

pädagogisch tätig. Die pädagogische Interaktion – ob Unterweisungen, Feedback, Lernförderung, Lernmotivation oder die pädagogische Ausstattung des Lernplatzes – leisten die ausbildenden Fachkräfte (im Folgenden Praxisausbilder/-innen genannt). Im Zusammenhang mit den wachsenden pädagogischen Ansprüchen in der Lernförderung wird zudem auch das Erschließen der lernförderlichen Potenziale des Arbeitsprozesses eine pädagogische Herausforderung.

Die Praxisausbilder/-innen qualifizierten sich bisher bei der AOK regelmäßig nach der AEVO. Sie gilt für diese Zielgruppe als bewährter Qualifikationsstandard. Allerdings ist die AEVO nicht speziell auf den Bedarf und die Funktion von Praxisausbilderinnen und Praxisausbildern zugeschnitten. Die auf der AEVO basierenden Fortbildungen vermitteln wenig praktisches pädagogisches Rüstzeug, dies ist auch nicht ihre intendierte Aufgabe. Daher sollte nach weiteren Unterstützungsangeboten für die pädagogische Arbeit gesucht werden. Der Gedanke an die systematische Entwicklung einer Qualitätssicherungsstrategie für die betriebliche Ausbildung lag nahe – und damit verbunden die Idee einer auf die o. g. Situationen speziell zugeschnittenen Fortbildung für Praxisausbilder/-innen. Letztere erhielt bei der Abwägung von Alternativen den Vorzug vor der Lösung, für die Praxisausbilder/-innen lediglich pädagogische Begleitmaterialien zu entwickeln.

ZIEL DER FORTBILDUNG

Aus einer Kooperationsanfrage an das BIBB entwickelte sich eine Projektgruppe, bestehend aus AEVO-Experten, Ausbildungs- und Geschäftsbereichsleitung sowie den Autoren. Das von dieser Gruppe entworfene Fortbildungskonzept umfasst ein Seminarkonzept von maximal einer Woche, in welchem vor allem pädagogisches Handeln ausprobiert und trainiert wird, und das zudem anrechnungsfähig auf die Prüfung nach der AEVO ist und damit den Zugang zum 2009 neu geschaffenen pädagogischen Qualifikationsangebot Gepr. Aus- und Weiterbildungspädagoge/-in herstellt.

Das Anrechnungs- und Zugangskriterium dient dazu, Qualifikationskonkurrenz zur AEVO-Fortbildung zu vermeiden und integriert zudem die Fortbildung in das unternehmensinterne Personalentwicklungskonzept für betriebliche Bildungsfunktionen, bei dem es vor allem um die systematische Gewinnung von Ausbildungsorganisatorinnen und -organisatoren geht. Zusätzlich soll die Fortbildung auch das gemeinsame pädagogische (Grund-)Verständnis zwischen den für die Ausbildungsorganisation Verantwortlichen und den Praxisausbilderinnen und -ausbildern verbessern.

Tabelle Auszug aus dem Curriculum zum Teilziel „Lernen begleiten“

Teilziele	Lehrgegenstand	Lernweg	Weitere Hinweise
Lernen begleiten	Lernen	Lernen als <ul style="list-style-type: none"> • pädagogisches Paradox • Mangelerfahrung • Identitätskrise begreifen Lerngewohnheiten von Jugendlichen einschätzen	Erfahrungsdiskussion und Erläuterung an Beispielen Erfahrungsdiskussion anhand eines vorbereiteten Portfolio möglicher Lerngewohnheiten (Lernstile, Lerntypen)
	Handlungsge- und -verbote für Lernbegleitung	Handlungsregeln und ungeeignete Handlungen für Lernbegleitung erfahren Handlungsregeln erprobungsweise anwenden	Demonstration von Handlungsregeln anhand einer betrieblichen Ausbildungssituation, Demonstration ungeeigneter Handlungen (Handlungsverbote) Bewerten der Demonstrationen durch die Teilnehmenden und Diskussion Wechselseitiges Rollenspiel anhand einer gestellten Ausbildungsaufgabe mit gruppeninterner Auswertung auf ungeeignete Handlungen

KONZEPT UND GESTALTUNG DER FORTBILDUNG

Die Fortbildung „Ausbildung der Praxisausbilder/-innen (AdPA)“ wurde nach den pädagogischen Tätigkeitsschwerpunkten der Praxisausbilder/-innen strukturiert:

- Lernen begleiten und fördern,
- Lernaufgaben im Arbeitsprozess erkennen und gestalten,
- Lern- und Ausbildungsleistungen feststellen und bewerten,
- mit didaktischem Planen das Erlernen beruflicher Fähigkeiten fördern,
- persönliche Entwicklung durch „sich selbst entdecken“ fördern,
- mit dem AOK-Kompetenzmodell die Kompetenzentwicklung fördern.

Hierbei wurden relevante Inhalte aus dem Handlungsfeld 3 der AEVO, „Ausbildung durchführen“, berücksichtigt.

In dem Seminar geht es vor allem darum, das Bewusstsein für das Lernen zu schärfen, den Vorgang des Lernens anhand der Lernerfahrungen der Teilnehmenden zu vertiefen und sich wesentliche Handlungsregeln für die Unterstützung und Begleitung des individuellen Lernens anzueignen. Anschließend soll die Anwendung der Handlungsregeln zur Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung sowie zur Entwicklung personaler Kompetenz erfahren und geübt werden. Schwerpunkte sind die Vermittlung von Möglichkeiten zur Unterstützung der Lernmotivation sowie die Planung und Umsetzung von Ausbildungssequenzen. Das Seminar wird durch Hausaufgaben ergänzt.

Die Projektgruppe entschied sich aufgrund der überregionalen Fortbildungsnachfrage und -organisation für eine einwöchige Fortbildungsdauer mit einem Volumen von sechs mal acht Unterrichtsstunden plus zusätzlichem Selbststudium am Abend.

In einer anschließenden AOK-internen Prüfung sollen die Teilnehmenden ihre Qualifikation nachweisen.

Die AOK-interne Prüfung folgt in Form und Inhalt den Vorschriften der AEVO für deren praktischen Teil der Prüfung: Der/die Teilnehmer/-in präsentiert in längstens 15 Minuten eine von ihm/ihr gewählte berufstypische Ausbildungssituation. Daran schließt sich ein Fachgespräch von ebenfalls höchstens 15 Minuten Dauer an. Anstelle der Präsentation kann eine Ausbildungssituation auch praktisch vorgeführt werden. In der Prüfungskommission der AOK-internen Prüfung wirken Mitglieder der AEVO-Prüfungskommission verantwortlich mit. Die bestandene Prüfung wird mit einem Zeugnis bescheinigt. Stellen sich die Teilnehmenden anschließend der AEVO-Prüfung, kann ihnen der praktische Prüfungsteil erlassen werden.

ERPROBUNG UND BEWÄHRUNG DES KONZEPTS

Das Fortbildungskonzept AdPA wurde 2011 anhand eines Kurses mit 14 Teilnehmenden erprobt. Dabei wurde neben der Machbarkeit auch die Bewertung seitens der Teilnehmenden evaluiert. Die Hauptfrage war, inwieweit in sechs Seminartagen erlebbare Effekte für die Verwertung im Ausbildungsalltag erreicht werden. Die Resonanz aus einer Teilnehmerbefragung vier Wochen nach Fortbildungsende war (unerwartet überwältigend) positiv. Betont wurde vor allem ein Zuwachs an Sicherheit im Umgang mit den Auszubildenden, und sie fühlten sich „professioneller“ im Herangehen an ihre Aufgaben als Praxisausbilder/-innen.

Die Fortbildungsorganisation wurde nach der Erprobung aus didaktischen Gründen auf zwei mal drei Tage umgestellt. Im zweiten Abschnitt werden nun die Lernerfahrungen aus dem ersten vertieft und weiter bearbeitet.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die AdPA als Fortbildung für ausbildende Fachkräfte ermutigende Ergebnisse dafür liefert, dass hier ein Bedarf aufgegriffen und mit verträglichem Aufwand befriedigt werden kann. Auch die Dozentinnen und Dozenten hatten keine große Mühe, den Trainingsgedanken der Fortbildung umzusetzen und das Lerninteresse der Teilnehmer zu halten. Durch die Koppelung mit einem anerkannten Qualifikationsnachweis tritt die Fortbildung nicht in Konkurrenz zur AEVO-Fortbildung. Diese wird vielmehr den Bedürfnissen ausbildender Fachkräfte angepasst, ohne die Rechtsverordnung selbst infrage zu stellen.

Die AOK-Erfahrungen empfehlen diese neue Fortbildung für ihre Verbreitung; die Autoren sind dabei gerne behilflich. ■



Reglementierte Berufe – Grundlagen, Formen und Bedeutung

THOMAS WOLLNIK

Juristischer Referent im Referat „Recht/Organisation/
Qualitätsentwicklung“ im BIBB

► Für Berufe, an deren Ausübung besonders hohe gesellschaftliche Anforderungen gestellt werden, hat der Gesetzgeber den Zugang durch rechtliche Regelungen beschränkt (reglementierte Berufe). Die Liste der BerufeNet-Datenbank¹ der Bundesagentur für Arbeit weist insgesamt über 400 reglementierte Berufe aus.

Die Reglementierung von Berufen durch das Statuieren von Berufsqualifikationen als Zugangsvoraussetzung dient dem Zweck, Bürgerinnen und Bürger vor nicht ausreichend qualifizierten Dienstleistern zu schützen. Dies betrifft vor allem Berufe aus den Bereichen Gesundheit, Vermögenssorge und Rechtsberatung, Baugewerbe, Ingenieur Tätigkeiten und Fahrzeugtechnik.

Wegen des Schutzes der vorgenannten Rechtsgüter ist ein Großteil der medizinischen Berufe reglementiert. Vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Fachkräftemangels im medizinischen Bereich sind es gerade auch diese Berufe, die bei der gegenwärtigen Debatte um die Anerkennung nach dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) eine zentrale Rolle spielen.

DEFINITION UND GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Eine Definition der reglementierten Berufe nach nationalem Recht gibt es nicht. Jedoch findet sich in Art. 3 Abs. 1 lit. a) der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (RL 2005/36/EG) eine Definition. Ein reglementierter Beruf – teilweise wird auch von regulierten Beru-

fen gesprochen – ist demnach: Eine berufliche Tätigkeit oder eine Gruppe beruflicher Tätigkeiten, bei der die Aufnahme oder Ausübung oder eine der Arten der Ausübung direkt oder indirekt durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist. Eine Art der Ausübung ist insbesondere die Führung einer Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über eine bestimmte Berufsqualifikation verfügen.

Eine abschließende rechtliche Auflistung der reglementierten Berufe existiert nicht. Die Reglementierung ergibt sich aus den für den jeweiligen Beruf einschlägigen Rechtsgrundlagen. Hierbei kann es sich sowohl um Gesetze (z. B. Deutsches Richtergesetz) oder Rechtsverordnungen (z. B. Apothekenbetriebsordnung) handeln. Darüber hinaus können sich die Reglementierungen sowohl aus bundesrechtlichen als auch aus landesrechtlichen Vorschriften ergeben. Durch die Vielzahl von Rechtsquellen und Regelungsgebern bestehen auch keine einheitlichen Indikatoren, aus denen ohne Weiteres abgelesen werden kann, dass ein Beruf reglementiert ist. Im Zweifel entscheidet sich diese Frage durch juristische Auslegung der Normen, die den konkreten Beruf regeln.

BEDEUTUNG DER REGLEMENTIERUNG VON BERUFEN

Die Reglementierung dient nicht nur dem Verbraucherschutz. Über dieses Anliegen hinaus sollen auch weitere hochrangige Rechtsgüter geschützt werden. Zu nennen wären u. a. der Schutz von Leben und Gesundheit, das Vertrauen in eine ordnungsgemäße Rechtspflege und die Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, die allgemeine Verkehrssicherheit von Maschinen, Anlagen, Fahrzeugen und Bauwerken sowie deren sichere Verwendung.

Der Schutz dieser Rechtsgüter ist von so allgemeinem Interesse, dass das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union durch die RL 2005/36/EG deren Vorrang vor der allgemeinen Freizügigkeit aus Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union bzw. Artikel 15 Absatz 2 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union anerkannt haben. Demnach ist es den Mitgliedstaaten gestattet, Regelungen aufzustellen, die den Zugang und die Ausübung dieser Berufe nur bei Vorliegen jeweils zu bestimmender beruflicher Qualifikationen gestatten. Art. 4 der RL 2005/36/EG regelt allerdings, dass in einem anderen EU-Mitgliedstaat erworbene Berufsabschlüsse im Aufnahmemitgliedstaat anerkannt werden müssen, wenn dessen Berufsqualifikationen mit denen im Aufnahmemitgliedstaat vergleichbar sind.

¹ <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/index.jsp>
auf europäischer Ebene besteht daneben eine Datenbank unter:
http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm
hierin sind jedoch viele Berufe zu Berufsgruppen zusammengefasst.

WELCHE ARTEN VON BERUFEN SIND REGLEMENTIERT?

Nach der vorgenannten Definition knüpft die Reglementierung von Berufen an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen. Diese ergeben sich für jeden reglementierten Beruf aus den jeweiligen rechtlichen Grundlagen. Nachfolgend werden einige typische Fälle von Berufsqualifikationen wiedergegeben, die nach deutschem Recht gebräuchlich sind.

Berufe mit Studienabschlüssen

Das Studium an einer Hochschule für eine bestimmte Mindestanzahl von Semestern sowie das Bestehen der entsprechenden Abschlussprüfung sind in vielen Berufen Grundlage für den Nachweis der zur Berufsausübung geforderten Berufsqualifikationen. Dem Bestehen gleichgestellt ist die Verleihung des entsprechenden akademischen Grades. Als Beispiele können hier typischerweise die Ingenieurberufe genannt werden.

Berufe mit Staatsexamen (nach Studium)

Sonderformen der Berufe, deren Ausübung ein erfolgreich abgeschlossenes Hochschulstudium voraussetzt, sind die Berufe, in denen die Abschlussprüfung nicht durch die jeweilige Hochschule, sondern durch Staatsexamen bei einem staatlichen Prüfungsamt abgelegt wird. Neben der rein universitären Ausbildung kann sich an das erste (und zum Teil zweite) Staatsexamen ein Vorbereitungsdienst anschließen, der dann mit einem weiteren Staatsexamen abgeschlossen wird. Beispiele hier sind u. a. Lehrerberufe, Arztberufe, Apotheker/-innen und Richter/-innen.

Meister-Berufe

Um einen der in Anlage A der Handwerksordnung (HwO) aufgeführten Handwerksberufe selbstständig ausüben zu dürfen, wird in Deutschland der erfolgreiche Abschluss der Meister-Prüfung in diesem Handwerksberuf vorausgesetzt. Die Voraussetzungen zur Erlangung des Meister-Abschlusses ergeben sich aus den Prüfungsverordnungen des jeweiligen Meisterhandwerks.

Während bei Berufen der Anlage A der HwO die reine Ausübung des Berufes reglementiert ist, beschränkt sich für die Berufe unter Anlage B der HwO die Reglementierung auf das Führen des Meistertitels². An den Meister-Titel werden durch Rechtsvorschriften (HwO, jeweilige Meisterprüfungsverordnung) der Nachweis ganz konkreter Berufsqualifikationen geknüpft, die durch die entsprechende Meisterprüfung nachgewiesen werden.

Berufe mit Staatsprüfungen (ohne Studium)

Schwerpunktmäßig bei den Berufen im Gesundheitsbereich, die kein Studium voraussetzen, finden sich regle-

mentierte Berufe, zu deren Ausübung das Bestehen einer Staatsprüfung vorausgesetzt wird. Obwohl die Ausbildung in diesen Berufen denen in den dualen Berufsausbildungen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und der HwO ähnelt, finden beide Gesetze hier keine Anwendung. Maßgeblich sind hier spezielle, die Ausbildung regelnde Bundes- und Landesgesetze, aus denen sich dann auch die Anforderungen für die jeweiligen Staatsprüfungen ergeben. Beispiele für diese Berufe sind u. a. die Altenpflegeberufe, Hebammen/Entbindungshelfer und Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen.

Duale Ausbildungsberufe

Berufe mit dualer Berufsausbildung sind keine reglementierten Berufe. Eine Ausnahme bildet der Beruf der/des Pharmazeutisch-kaufmännischen Fachangestellten (vgl. BRINGS in diesem Heft). Diesem Beruf wird eine besondere Bedeutung zugemessen, da Pharmazeutisch-kaufmännische Fachangestellte im Geschäftsbetrieb einer Apotheke mit Arzneimitteln umgehen und somit eine besonders verantwortungsvolle Tätigkeit ausführen. Die Reglementierung ergibt sich hier aus § 3 Abs. 5a Apothekenbetriebsordnung. Eine weitere Form, in der eine duale Berufsausbildung zur Ausübung eines reglementierten Berufes berechtigt, ermöglicht § 7b HwO. Hiernach ist eine Gesellin bzw. ein Geselle in einem Handwerksberuf der Anlage A der HwO berechtigt, einen solchen Betrieb zu führen, wenn sie/er diesen Beruf bereits sechs Jahre ausgeübt hat, davon vier Jahre in leitender Position. Diese Regelung stellt somit im Verhältnis zum Meister-Abschluss einen alternativen Weg dar, einen Handwerksbetrieb nach Anlage A der HwO zu leiten. Die Besonderheit besteht hierbei, dass vor allem die Berufserfahrung hier Anknüpfungspunkt der Reglementierung ist.

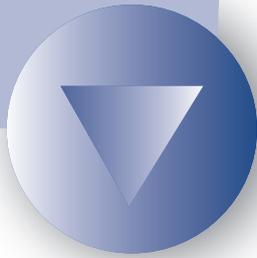
WARUM SIND DIE MEISTEN DUALEN AUSBILDUNGSBERUFE NICHT REGLEMENTIERT?

Typischerweise wird man mit dem Abschluss einer dualen Ausbildung nicht die eigenverantwortliche Führung eines Gewerbebetriebes übernehmen. Es ist vielmehr so, dass man nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung in ein sogenanntes abhängiges Beschäftigungsverhältnis eintritt, bei dem man nicht in eigener Verantwortlichkeit handelt.

Die Verantwortung, und somit die Pflicht, die zur Berufsausübung erforderlichen Berufsqualifikationen innezuhaben, liegt dann beim Inhaber/bei der Inhaberin bzw. Betriebsleiter/-in.

Daher ist in den Berufszweigen, in denen die eingangs angesprochenen Beeinträchtigungen hochwertiger Rechtsgüter zu besorgen ist, die eigenverantwortliche Berufsausübung den Inhabern der Berufsabschlüsse vorbehalten, deren Erwerb durch Rechtsvorschrift reglementiert ist. ■

² Diese Deutung ergibt sich aus der Auslegung der Definition der reglementierten Berufe nach Art. 3 Abs. 1 lit. a) S.2 RL 2005/36/EG. Sie wird allerdings nicht in der Datenbank der reglementierten Berufe der Bundesagentur für Arbeit nachvollzogen.



Ausbildung im Öffentlichen Dienst auf dem Prüfstand

MARTIN ELSNER

Ausbildung der Staatsdiener von morgen – Bestandsaufnahme, Reformtendenzen, Perspektiven

Christoph Reichard, Manfred Röber
Edition sigma, Berlin 2012, 95 Seiten, 8,90 EUR,
ISBN 978-3836072403



Die Autoren haben sich aufgemacht, ein bisher unerschlossenes Feld zu erkunden. Trotz tiefgreifender Wandlungsprozesse öffentlicher Verwaltungen mit neuen Anforderungen für Beschäftigte, fanden sich keine umfassenden empirischen Informationen zur Ausbildung. Basis der Studie sind Dokumentenanalysen sowie Experteninterviews bei Bund und

allen 16 Ländern. Der Fokus lag auf dem nicht technischen Dienst der allgemeinen Verwaltung auf den Ebenen des einfachen, mittleren, gehobenen und höheren Dienstes von Beamten und Tarifbeschäftigten. Durch eine Interpretation mittels Arbeitsmarkt-, Human- und Institutionentheorie wird versucht, zu einer Einschätzung der aktuellen Situation der Verwaltungsausbildung zu kommen. Im Folgenden werden insbesondere die für die berufliche Bildung maßgeblichen Ergebnisse und Befunde herausgehoben.

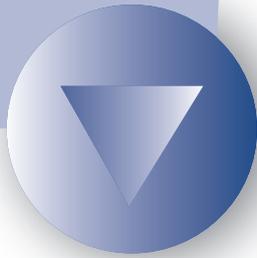
Der ÖD ist „extrem vielgestaltig und unübersichtlich“. Durch den permanenten Stellenabbau ist das „relative Gewicht der Beamten gestärkt worden“. Der Abbau hat die untere und mittlere Beschäftigenebene stärker als die oberen Ebenen getroffen. Inhaltlich wird eine Dominanz der Ausbildungsinhalte auf Recht und Verfahren festgestellt, wiewohl Problemlösungen und Management stärker betont werden. Bei der akademischen Ausbildung für den höheren

Dienst hat sich „extrem wenig“ getan und es wird an Juristinnen und Juristen als Verwaltungsgeneralisten festgehalten. Hoffnungsvoller ist die Entwicklung im gehobenen Dienst, da hier das Angebot der Verwaltungshochschulen breiter und vielfältiger geworden ist und insbesondere für den kommunalen Bereich betriebswirtschaftlicher ausgerichtet wird. Strukturell wird die Ausgliederung von Verwaltungshochschulen aus den Verwaltungen hervorgehoben. Die Stärkung des Leistungsprinzips und die Durchbrechung typischer Verwaltungssozialisierungen haben deren Absolventinnen und Absolventen jedoch kaum die Chance auf eine Beschäftigung im ÖD geschaffen. Ausgeblendet sind in der Studie die in der beruflichen Bildung bestehenden breit qualifizierenden Fortbildungsberufe der Verwaltungsfachwirte für Tätigkeiten auf Ebene des gehobenen Dienstes. Nach einer Studie des BIBB hat sich hier in den letzten zwei Jahrzehnten eine spürbare Ausweitung der Angebote und Ausrichtung auf betriebswirtschaftliche Kenntnisse ergeben, ist jedoch, was die Standardisierung, Qualitätssicherung und handlungsorientierte Ausrichtung angeht, deutlich hinter der allgemeinen Entwicklung zurückgeblieben.¹ Bei der Ausbildung für den mittleren Dienst hat sich eine Verschiebung vom Beamten- zum Angestelltenstatus ergeben. Beachtenswert ist der Befund, dass in der beruflichen Erstausbildung der Tarifbeschäftigten Berufsschule und dienstbegleitender Unterricht und nicht die betriebliche Ausbildung als Kern der Ausbildung gesehen wird. Verzerrend ist jedoch die Feststellung, bei den Ausbildungsinhalten habe sich von kleinen Anpassungen abgesehen seit drei Jahrzehnten nichts geändert. Tatsächlich ist die Ausbildung der Verwaltungsfachangestellten 1999 umfassend neu geordnet worden und um betriebswirtschaftliche Kompetenzen erweitert worden. Bei den Fachangestellten für Bürokommunikation aus 1992 ist die Kritik zwar gerechtfertigt, diese folgten bisher jedoch grundsätzlich einem anderen Profil.² Bemerkenswert die Frage der Autoren, inwieweit die Zweiteilung der Ausbildungsgänge für Beamtinnen/Beamte und Angestellte des mittleren Dienstes „noch zeitgemäß“ ist.

Die Verfasser haben eine beeindruckende Pionierarbeit vorgelegt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse dienen der notwendigen Diskussion der Problemfelder des Themas Ausbildung im ÖD: Kompetenzen zur Verwaltungsmodernisierung sind unterentwickelt. Die Externalisierung der Verwaltungshochschulen zeigt unbefriedigende Ergebnisse. Kaum eine Veranstaltung befasst sich mit der Entwicklung der Aus- und Fortbildung im Öffentlichen Dienst. Institutionelle Schwächen in Hochschulen und Verbandsstrukturen sind diagnostiziert, Synergien im Beamtenbereich unerschlossen. ■

1 ELSNER, M.: Abschluss ohne Anschluss – Aufstiegsfortbildung im Öffentlichen Dienst, WDP Heft 127, BIBB 2009 – URL: www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/6763

2 vgl. dazu aktuelle Neuordnung: <http://www.bibb.de/de/60841.htm> (Stand: 12.10.2012).



„Bildung statt blinde Eile“

FRANZ KAISER

Die Abschaffung der Zeit Wie man Bildung erfolgreich verhindert

Andreas Dörpinghaus, Ina Katharina Uphoff
WBG-Verlagsgruppe, Darmstadt 2012, 160 Seiten,
24,80 EUR, ISBN 978-3534235070

NIETZSCHES Vorträge über die Zukunft der Bildungsanstalten von 1872 kritisieren die Sitten, die danach verlangen, dass Bildung rasch zu sein habe, keine Ziele über Geld und Erwerb hinaus haben solle, damit schnell ein „geldverdienendes Wesen entstehen könne“. In diese Kritik, in der Tradition kritischer Theorie und Phänomenologie, reiht sich die Veröffentlichung von DÖRPINGHAUS/UPHOFF ein.



Bildung, im eigentlichen Sinne, so machen sie deutlich, verzögert die unmittelbare Verbindung von Reiz und Reaktion im Denken, Handeln und Urteilen. Bildung zeichnet sich durch das „Warten können“ aus (Adorno), wir agieren nicht unmittelbar, sondern wiederholen innerlich eigene Erfahrungen, Gedanken anderer. Dieses „Zeit lassen“ in der Bildung lässt den Dingen ihre Zeit, um sie zu begreifen, und zielt darauf, allen Menschen zu ermöglichen, zu wissen was sie tun und weshalb sie es tun. Demgegenüber befähigt die aktuell viel diskutierte Kompetenzentwicklung zur Anpassung an das Neue im lebenslangen Bereitschaftsdienst (vgl. S. 75); dies hängt, wie die Autorin und der Autor kenntnisreich darlegen, wesentlich mit der Veränderung unseres Umgangs mit Zeit in der historischen Entwicklung zusammen. Bildung wird zu sehr

unter dem Augenmerk der unmittelbaren Nützlichkeit betrachtet. Das Plädoyer von DÖRPINGHAUS/UPHOFF lautet demgegenüber: Bildung braucht Zeit, um sich mit den Dingen auseinanderzusetzen, anstatt in möglichst kurzer Zeit möglichst viel zu erreichen. Zeit zu vertiefen und zu erfüllen erlaubt Umwege, Richtungsänderungen des Denkens, um „sehen zu lernen, was geht“ (S. 136).

Diesen Sinn zu entwickeln, statt sich dem Faktischen bejahend wie eine blinde, immer in Eile befindliche Herde zu unterwerfen, ist der Kern der Bildung „wider die Verdummung“ (S. 141). Sie wendet sich gegen das Bewusstsein, immer unfertig zu sein, permanent uns selbst verbessern zu müssen und den Blick für das Ganze unserer Lebenszeit zu verlieren. Keine Zeit zu haben, ist heute Ausdruck des Erfolgs. In der Sicht von DÖRPINGHAUS/UPHOFF ist es vielmehr Ausdruck der unreflektierten Unterwerfung. „Die Ökonomie tritt in der Moderne als Ökonomie der Zeit das Erbe der Religion an, um Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit berechenbar zu machen. ... Ethische Fragen, ob wir uns das wünschen sollten, was wir uns derzeit wünschen, haben in diesem Gefüge des Zeitregiments keinen Platz“ (S. 144 f.). In einem solchen Regiment ist vermeintliche Bildung die Etablierung der Selbststeuerung, Anpassung an vorgegebene Ordnungsmuster und „die Ausbildung von Kompetenzen für solche Anpassungsleistungen“ (S. 145). Bildungsstandards und Kompetenzentwicklung versprechen den beschleunigten „return on investment“ aus dem volkswirtschaftlich rationalisierten Humankapital. Demgegenüber erlaubt Bildung Einmischung und Gestaltung und die Möglichkeit, selbst darüber zu entscheiden, wozu wir und warum wir unsere Lebenszeit ver(sch)wenden.

Fazit: Das in seinen Gedankengängen zum Teil sprunghaft, essayistisch geschriebene und nach strahlenden Metaphern heischende Buch ist eine gelungene Einladung, die eigene Aufmerksamkeit lustvoll zu verschwenden und vielleicht irritiert wieder zu gewinnen, was Bildung meint und wie sehr sie den verweilenden Blick benötigt. Wer lebenspraktische oder pädagogische Hinweise erwartet, wird enttäuscht. In der Tradition der kritischen Theorie bleibt das Autorenteam in der Analyse, verweigert die Beantwortung der Frage, wie sich Bildung ermöglichen lässt. Hier sind die Leser/-innen selbst gefragt. Sie sollten sich allerdings Zeit nehmen für die Lektüre des Buches, um – in den Worten der Autoren – sehen zu lernen, was geht.

MARIA ZÖLLER

Qualification pathways in the health professions and current challenges

The health care sector with its approximately 4.8 million employees is the largest and most expansive growth and employment market in Germany. But which (qualification) pathways lead into the health care sector? The article describes the heterogeneous landscape of non-academic training occupations in a systematic way and presents the relevant training courses across (vocational education and training) systems. The article finishes with explanations of continuing training options and current trends and a view of the possible future development of vocational education and training in this sector.

FRANK WEIDNER, THOMAS KRATZ

Future-oriented nursing and care education?

Remarks on the further development of the nursing and care occupations

Current demographic trends call for flexible and suitable qualification pathways adapted to the nursing and care needs of the future. A key issues paper on the further development of the nursing and care occupations, presented at the beginning of 2012, is meant to be the basis for drafting a new nursing and care occupations bill. Within the context of European developments, this process has the goal of raising the access bar for the nursing and care professions. The article presents some crucial points made in the key issues paper and discusses them from the point of view of their future orientation.

ANJA HALL

Nursing and geriatric care – is there any truth to the myth about this being a drop-out and dead-end occupation?

The claim that nursing staff drop out of their profession after only a short employment phase due to the burdensome working conditions seems plausible, but so far there has been little empirical support for it. Is it really true that trained nursing and geriatric care professionals only stay in their job for a few years and that those who stay in the job have only slight opportunities for advancement? The article examines these questions on the basis of the 2012 BIBB/BAuA Employee Survey, which also allows a comparison with other occupations. The conclusion: The nursing and care occupations are better than their reputation.

BARBARA KNIGGE-DEMAL, GERTRUD HUNDENBORN

Qualified for the future – The contribution of a sectoral qualifications framework to the geriatric care employment area

High-quality nursing and care presupposes a personnel development strategy adapted both to the existing skills of the employees and to the diverse needs of the employment area. Sectoral qualifications frameworks can contribute to this. With the „draft qualifications framework for the employment area of care, support and nursing of elderly people“ presented in this article, a model is proposed that structures requirement and qualification profiles for this education and employment area in a compatible and multi-phase way.

AGNES DIETZEN, MOANA MONNIER, TANJA TSCHÖPE

**Measuring the social skills of medical assistants
Development of a method in the CoSMed project**

Social skills have a large influence on the success of professional work in the personal services sector. In the health and care occupations this applies, apart from team collaboration, primarily to dealing with patients whose experience and behaviour is often influenced by fears, worries or pain. „Always remain friendly“ is a requirement frequently cited in interviews with experts. But what does this simple formula entail? The article describes ways to make the social skills of medical assistants measurable.

JULIANE DIETERICH, ANIKA SKIRL

Health promotion in nursing and care

Challenges in the implementation of new training content

The changing needs of service users and the increased importance of health promotion have led to, among other things, the introduction of the new occupation designation „health care and nursing“ and to a different set of training goals and content. But how can these innovations be successfully translated into training practice? The article discusses the results of an exhaustive survey in Mecklenburg-Western Pomerania showing the relevance that trainers assign to the health promotion topic in training. The survey results make it clear that there has been only moderate success in introducing health-promoting fields of activity and the corresponding qualification.

URSULA BEICHT

Career choices and chances of success for apprenticeship-place applicants with migrant backgrounds

Chances of transition into company-based initial vocational training in Germany are significantly poorer for young migrants in comparison to young people without a migrant background. No previous studies have been done to determine how greatly the original career interests of apprenticeship applicants from migrant and non-migrant backgrounds diverge, and whether this might explain the disparity in opportunities. This is the question addressed in the article.

Translation: Paul David Doherty, Gobal Sprachteam Berlin

IMPRESSUM

Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis

41. Jahrgang, Heft 6/2012, Dezember 2012

Redaktionsschluss 14.12.2012

Herausgeber

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)

Der Präsident

Robert-Schuman-Platz 3, 53175 Bonn

Redaktion

Christiane Jäger (verantw.),

Christoph Bierkamp, Katharina Reiffenhäuser,

Arne Schambeck

Telefon: 02 28 - 107- 17 23/- 17 24

E-Mail: bwp@bibb.de

Internet: www.bwp-zeitschrift.de

Beratendes Redaktionsgremium

Dr. Christiane Eberhardt, BIBB; Prof. Dr. Sandra Bohlinger, Universität Osnabrück; Prof. Dr. Gerhard Christe, Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe (IAJ) Oldenburg; Margit Ebbinghaus, BIBB;

Franziska Kupfer, BIBB; Barbara Lorig, BIBB; Dr. Loert de Riese-Meyer, Henkel AG & Co. KGaA, Düsseldorf

Gestaltung

Hoch Drei GmbH, Berlin

Copyright

Die veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Manuskripte gelten erst nach Bestätigung der Redaktion als angenommen. Namentlich gezeichnete Beiträge stellen nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers dar. Unverlangt eingesandte Rezensionsexemplare werden nicht zurückgesandt.

ISSN 0341–4515

Verlag, Anzeigen, Vertrieb

W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG

Postfach 10 06 33, 33506 Bielefeld

Telefon: 0521 - 9 11 01 -11, Fax -19

E-Mail: service@wbv.de

Bezugspreise und Erscheinungsweise

Einzelheft 7,90 €, Jahresabonnement 39,70 €

Auslandsabonnement 44,40 € jeweils zuzüglich Versandkosten, zweimonatlich

Kündigung

Die Kündigung kann bis drei Monate vor Ablauf eines Jahres beim Verlag erfolgen.



■ **DR. JULIANE DIETERICH**

Universität Kassel
Institut für Berufsbildung
Heinrich-Plett-Straße 40
34132 Kassel
dieterich@uni-kassel.de

■ **SABINE GUMMERSBACH-MAJOROH**

Bundesministerium für Bildung
und Forschung
Referat „Perspektiven der
Wissensgesellschaft“
Hannoversche Straße 28–30
10115 Berlin
sabine.gummersbach-
majoroh@bmbf.bund.de

■ **CLIVE HEWLETT**

Behörde für Schule und
Berufsbildung Hamburg
Abteilung Außerschulische
Berufsbildung
Hamburger Straße 31
22083 Hamburg
clive.hewlett@bsb.hamburg.de

■ **HARRY HULSKERS**

Beratung und Schulung in der Pflege
Rütistrasse 10
8032 Zürich
Schweiz
harry.hulskers@bluewin.ch

■ **PROF. GERTRUD HUNDENBORN**

Katholische Hochschule Nordrhein-
Westfalen
Fachbereich Gesundheitswesen
Wörthstraße 10
50668 Köln
g.hundenborn@katho-nrw.de

■ **RALF JANSEN**

AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse
GB Personalentwicklung/Bildung
Schwarzer Weg 5–7
41515 Grevenbroich
ralf.jansen@rh.aok.de

■ **MICHAEL KNESE**

Universität Kassel
Institut für Berufsbildung
Heinrich-Plett-Straße 40
34132 Kassel
knese@uni-kassel.de

■ **PROF. DR. BARBARA**

KNIGGE-DEMAL
Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Wirtschaft und
Gesundheit
Am Stadtholz 24
33609 Bielefeld
barbara.knigge-demal@fh-
bielefeld.de

■ **THOMAS KRATZ**

Staatliches Studienseminar für das
Lehramt an berufsbildenden Schulen
Neuwied
Beverwijker Ring 3
56564 Neuwied
thomas.kratz@bbs-nr.semrlp.de

■ **GITTA LAMPE-KOWALD**

Schulzentrum Walle, Berufliche
Schulen für Gesundheit in Bremen
Lange Reihe 81
28219 Bremen
gitta.lampe-kowald@schulverwal-
tung.bremen.de

■ **IRIS LUDWIG**

Ludwig und Partner
Sous les Craux 4
2340 Le Noirmont
Schweiz
im.ludwig@bluewin.ch

■ **ANIKA SKIRL**

Diakonisches Aus- und
Fortbildungszentrum
Altenpflegeschule
Gesundbrunnen 12A
34369 Hofgeismar
skirl@dafz-online.de

■ **ELKE STEUDTER**

Kalaidos Fachhochschule
Gesundheit
Pestalozzistrasse 5
8032 Zürich
Schweiz
elke.steudter@kalaidos-fh.ch

■ **PROF. DR. FRANK WEIDNER**

Philosophisch-Theologische
Hochschule Vallendar
Pflegerwissenschaftliche Fakultät
Pallottistraße 3
56179 Vallendar
fweidner@pthv.de

AUTORINNEN UND
AUTOREN DES BIBB■ **URSULA BEICHT**

beicht@bibb.de

■ **DR. ULRICH BLÖTZ**

bloetz@bibb.de

■ **DR. CHRISTIN BRINGS**

brings@bibb.de

■ **DR. AGNES DIETZEN**

dietzen@bibb.de

■ **MARTIN ELSNER**

elsner@bibb.de

■ **PROF. DR. FRIEDRICH HUBERT
ESSER**

esser@bibb.de

■ **DR. ANJA HALL**

hall@bibb.de

■ **DR. FRANZ KAISER**

kaiser@bibb.de

■ **TOBIAS MAIER**

tobias.maier@bibb.de

■ **MOANA MONNIER**

monnier@bibb.de

■ **TANJA TSCHÖPE**

tschoepe@bibb.de

■ **THOMAS WOLLNIK**

wollnik@bibb.de

■ **MARIA ZÖLLER**

zoeller@bibb.de

Leser werben Leser

Empfehlen Sie Ihre Fachzeitschrift weiter!

Sie nutzen die **Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP)** für Ihre Arbeit. Sie kennen jemanden, der sich auch für die Berufsbildung interessiert?

Dann empfehlen Sie die BWP weiter.

Diese Themen erwarten Sie 2013:

- 1/2013 Work-Life-Balance
- 2/2013 Qualitätssicherung durch Standards
- 3/2013 Fachkräftequalifizierung weltweit
- 4/2013 Attraktivität dualer Berufsausbildung
- 5/2013 Geschichte der Berufsbildung
- 6/2013 Neue Technologien und Nachhaltigkeit

Als **Dankeschön für Ihre Weiterempfehlung** erhalten Sie ein Geschenk Ihrer Wahl:

- wbv-Büchergutschein im Wert von 20,- €
- Wetterstation
- Tischleuchte mit Touchdimmer



BIBB, Der Präsident (Hg.)

Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis

Zeitschrift des Bundesinstituts für Berufsbildung mit der ständigen Beilage „BWPplus“

6 Ausgaben pro Jahr

Jahresabo 39,70 € (D)

zzgl. Versandkosten

Best.-Nr. BWP

wbv.de/bwp



W. Bertelsmann Verlag

Bestellung per Telefon 0521 91101-11 per E-Mail service@wbv.de



methoden- kartothek.de

Spielend Seminare planen für Weiterbildung, Training und Schule

- **Online-Tool zur Seminarplanung:** Der **Spielplan** enthält alle didaktischen Felder, die für Ihre Seminarplanung wichtig sind: Zeit, Lernphasen, Ziele und Inhalte, Sozialformen, Aktionsformen und Medien. Mit den **Spielkarten** können Sie Ihre Überlegungen zum Seminar auf dem Spielplan flexibel durchspielen. Und zum Schluss drucken Sie Ihren **Seminarplan** aus und nehmen ihn zu Ihrem Seminar mit.
- **Die Printmedien:** Das **Begleitbuch** führt Sie durch die wichtigen Gebiete der Didaktik, leitet Sie durch Ihre Planung und beschreibt den Umgang mit der Internetanwendung. Die **Checklisten** helfen Ihnen, wichtige Aspekte bei der Planung abzuklären. Die über 120 **Info-karten** erläutern, wie Sie Lernphasen, Aktions- und Sozialformen sowie Medien methodisch durchdacht einsetzen können. Mit dem **Wegweiser** finden Sie schnell die passende Aktionsform für Ihr Seminar.

Kostenloser Demozugang

Eine Woche können Sie www.methoden-kartothek.de ausprobieren!



Ulrich Müller et al.

methoden-kartothek.de

Spielend Seminare planen für
Weiterbildung, Training und Schule

2012, 249,- € (D)

zzgl. Abonnement für die Nutzung
des Online-Tools: 24 €/Jahr
(im ersten Jahr kostenfrei)

ISBN 978-3-7639-4985-4

Best.-Nr. 6004249

methoden-kartothek.de

