

# 1. Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflege

Zunächst sollen Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflege skizziert werden. Dies dient der Legitimation und dem Verständnis von Überlegungen und Konzeptionen, die bezüglich einer kompetenzorientierten Zwischenprüfung getroffen werden. Dabei werden sowohl interne, also berufsspezifische, als auch externe Faktoren, wie beispielsweise gesellschaftliche Verhältnisse, Erwähnung finden. Des Weiteren wird die Ausbildungsstruktur umrissen. Dies dient ebenso der Verankerung eines Prüfungsprozederes, wie die sich daran anschließenden Erörterungen normativer Grundlagen. Es sollen Perspektiven aufgezeigt werden, nach denen die kompetenzorientierte Zwischenprüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege gestaltet und begründet sein kann. Um den Innovationsbedarf zu verdeutlichen, findet außerdem eine Darstellung der aktuellen Prüfungssituation statt.

## 1.1 Ausgangssituation

Zum Verständnis einer sich wandelnden Ausbildungsstruktur und der möglichen Implementierung einer kompetenzorientierten Zwischenprüfung soll hier ein Wandel skizziert werden, dem die Gesundheits- und Krankenpflege seit geraumer Zeit unterworfen ist und der sich in vielfältiger Ausprägung voraussichtlich noch weiter vollziehen wird.

Erpenbeck und von Rosenstiel (2007, S. XX) nennen Beispiele für einen Strukturwandel innerhalb der Gesellschaft, der sich durch gestiegene Komplexität der Arbeitsanforderungen, Globalisierung, Differenzierung und Spezialisierung auszeichnet und damit nach entsprechenden Bildungskonzepten verlangt. Dieser vollzieht sich jedoch nicht nur auf rein gesellschaftlicher, sondern auch auf pflegeberuflicher Ebene selbst, wobei beide Entwicklungen enorme Auswirkungen auf das Berufsbild, die berufliche Tätigkeit und damit auch die Berufsausbildung haben. Zunächst sind hier gesellschaftliche Veränderungen zu nennen, die für eine ganze Reihe von Anpassungsvorgängen ausschlaggebend sind. Vorab ist die demographische Entwicklung anzuführen, welche, wie allgemein hinreichend diskutiert wird,

zu einer nachhaltigen Strukturveränderung führen wird. Das durchschnittliche Lebensalter steigt, während Geburtenraten sinken, was eine Verschiebung der Altersverhältnisse nach sich zieht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013) und womit zwangsläufig Fragen nach einer angemessenen Versorgung dieser älteren Generationen aufgeworfen werden. Diese werden durch einen pflegepersonellen (Nachwuchs-)Mangel weiter verstärkt (Knüppel, 2012, S. 2). Hinzu kommt das Auftreten von Mehrfacherkrankungen als Reaktion auf ein sich stetig weiterentwickelndes medizinisches Know-How, welches nicht nur die gesunde, sondern auch die gesundheitlich belastete Lebenszeit verlängert (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2006). Weiterhin ist eine zunehmende Abwendung von familiären Strukturen erkennbar (Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, 2013), vielfältige individuelle Lebensformen sind die Folge. Hier stellt sich die Frage nach den Versorgungsmöglichkeiten dieser Personen im Falle von Krankheit und Gebrechen, welche zunehmend seltener von Angehörigen aufgefangen werden können. Ebenso ergibt sich aus ökonomischen Gesichtspunkten heraus eine politisch geforderte Verlagerung von der stationären Versorgung hin zur ambulanten Pflege, was ein großes Spektrum an unterschiedlichen Arbeitsbereichen eröffnet (Schaeffer & Ewers, 2001). Finanzielle Aspekte begünstigen außerdem die Forderung nach und die Entwicklung von Präventionskonzepten, in denen professionelle Pflegekräfte eine zentrale Rolle einnehmen, sofern sie hierfür angemessen ausgebildet werden. Ein weiterer Aspekt sind die gestiegenen Anforderungen in Bezug auf eine beratende Kompetenz, die gewissermaßen mit der Pluralität der Hilfeempfänger, der Präventionsidee und der Verlagerung in ambulante Bereiche einhergeht. Hier haben es Pflegende mit Patienten zu tun, die vielfach bereits gut informiert sind, oft jedoch auch eine Reihe an Informationen benötigen, um ihre Situation, insbesondere im ambulanten Bereich, bewältigen zu können. Darüber hinaus erhalten immer häufiger Modelle von mündigen Patienten und Empowerment Einzug in entsprechende Versorgungskonzepte und verlangen vom Gesundheitspersonal entsprechende Skills, um diesen Forderungen gerecht werden zu können. Patienten erheben Anspruch auf mehr Autonomie und Mitspracherecht im Behandlungsprozess, sind besser informiert und erwarten eine überfachlich qualifizierte Pflegeperson (Klemperer, 2009, S. 139). Es zeigen sich also eine Reihe gesellschaftlicher Veränderungen, auf die Pflegekräfte bereits durch eine umgedachte Ausbildungsstruktur angemessener vorbereitet werden müssen.

Weitere Gründe resultieren aus dem Berufsbild als solchem. Während die Krankenpflege früher ein christlich geprägter Beruf war, der aus Nächstenliebe aufgenommen und ausgeübt wurde, entwickelten sich die Tätigkeiten und Aufgabenbereiche sowie die Intentionen weiter. So werden bis heute leidenschaftliche Professionalisierungsdebatten geführt. Die Pflege beansprucht eine eigenständige Profession mit eigenen Aufgabenprofilen zu sein, um sich vom ursprünglichen ärztlichen Assistenzberuf weiter zu emanzipieren. Pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen kommt wachsende Bedeutung zu (Neumann, 2009, S. 7-8 und S. 11-13). Darüber hinaus werden Tätigkeiten vielfach an Pflegekräfte delegiert, da auch ärztliches Personal mit den Veränderungen des Gesundheitswesens zunehmend überfordert ist. Folgen sind die Weiterentwicklung und Pluralisierung von pflegerischen Ausbildungen und die Entwicklung einer Vielzahl an Pflegestudiengängen, um den Anforderungen gerecht werden zu können.

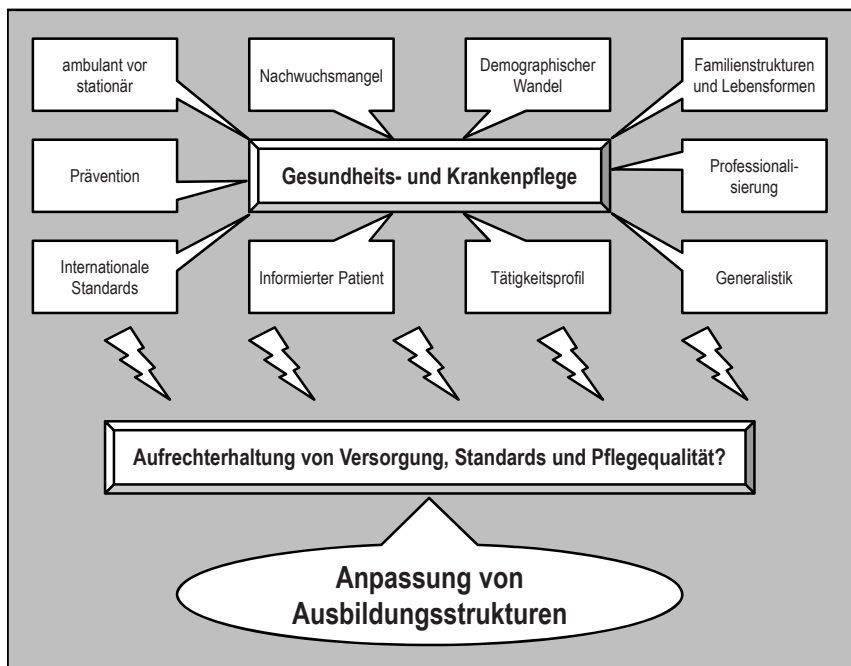


Abbildung 1 Interne und externe Einflüsse auf die Gesundheits- und Krankenpflege (Eigendarstellung).

Ein weiterer Punkt ist die zunehmende Notwendigkeit der Angleichung an europäische und internationale Ausbildungsstandards, welche dem Pflegepersonal zumeist eine höhere Qualifizierung ermöglichen und damit ein breiteres Aufgabenspektrum hinterlegen (Liefgen, 2008, S. 7-9). Hierzu gehören auch die Bestrebungen nach einer generalistischen Pflegeausbildung, über die bereits ein Eckpunktepapier von der entsprechenden Arbeitsgruppe verfügbar ist (Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe, 2012). Auch diese Überlegung erfordert selbstverständlich ein Umdenken im Pflegeberuf, eine entsprechende Anpassung der Ausbildungsstrukturen und die damit erzielte Erweiterung pflegerischer Qualifikationen. Die Abbildung 1 verdeutlicht die wichtigsten Veränderungen, die das Spannungsfeld zur Einhaltung pflegerischer Ansprüche und Beibehaltung von Versorgungsstrukturen und Pflegequalität charakterisieren. Hieraus abzuleiten ist, dass gängige berufspädagogische Modelle nicht mehr ausreichen, um Auszubildende hinreichend auf die ihnen entgegen tretenden Anforderungen vorzubereiten, sodass vielerorts nach neuen und innovativen pädagogischen Konzepten gesucht wird, um den wachsenden Anforderungen zu begegnen. Konzepte beruflicher Handlungskompetenz (bzw. der Schlüsselqualifikationen) oder der Handlungs- und Problemorientierung stellen hierbei wichtige Ansätze dar, die durch die Umsetzung der aktuellen Ausbildungsrichtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege verankert worden sind (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen<sup>1</sup>, 2003, S. 9-11; s. Kapitel 1.3.3) und beispielsweise die klassische Fachsystematik ablösen. Und während die Pflege noch in den Anfängen ihrer Entwicklung steht, ist davon auszugehen, dass sich die bereits angerissenen Tendenzen weiter durchsetzen und zwangsläufig eine Umstrukturierung und Innovation im Ausbildungs- und dem damit verbundenen Prüfungsgeschehen erfordern. Das in Kapitel 4 dargestellte Prüfungsprozedere kann als Antwortangebot darauf gelesen werden. Die Gestaltungsprinzipien für eine Zwischenprüfung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Kompetenzorientierung
- Handlungsorientierung
- Problemorientierung

---

<sup>1</sup> Im Folgenden MGSFF genannt.

## 1.2 Die Ausbildungsstruktur in der Gesundheits- und Krankenpflege

Um das geplante Prüfungsprozedere sinnvoll in den Kontext der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege einordnen zu können, soll hier ein Überblick über relevante Fakten bezüglich der Dauer, Struktur und den Rahmenbedingungen gegeben werden. Diese ergeben sich aus den Gesetzen und Richtlinien der Jahre 2003 und 2004, die unten näher ausgeführt sind und als Reaktion auf den bereits skizzierten Wandel des Pflegeberufes herausgegeben wurden. Das vorherige Gesetz bestand seit 1985 und war nicht mehr zeitgemäß (Neiheiser & Walger, 2003).

Grundsätzlich ist zunächst festzuhalten, dass die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege im Gegensatz zum überwiegenden Teil der dualen Ausbildungsberufe eine Sonderstellung einnimmt, da sie nicht dem bundesweit gültigen Berufsbildungsgesetz (BBiG) unterstellt ist. Stattdessen regelt das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz, KrPflG) von 2003 die Ausbildung und legt mit der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) deren Rahmenbedingungen fest. Explizit schließt das Krankenpflegegesetz die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes in § 22 KrPflG aus. Dementsprechend existieren eigene Fachschulen, die die theoretische Ausbildung übernehmen. Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege selbst dauert drei Jahre, sofern sie in Vollzeitform durchgeführt wird (§ 3 KrPflG) und hat einen Umfang von 2.100 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht und 2.500 Stunden praktischer Ausbildung (§ 1 Abs. 1 KrPflAPrV). Teil dieser Ausbildungszeit ist eine 1.200 stündige Differenzierungsphase im jeweiligen Ausbildungsbereich, in der fachspezifische Inhalte aus der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vermittelt werden und die praktischen Einsätze entsprechend darauf abgestimmt sind (§ 1 Abs. 1 KrPflAPrV). Umgesetzt werden diese gesetzlichen Vorgaben in der Regel durch ein Blocksystem und den integrativen Unterricht innerhalb der ersten zwei Ausbildungsjahre, um sowohl die Perspektive der Kranken- als auch der Kinderkrankenpflege zu berücksichtigen. Erst im dritten Ausbildungsjahr werden die Teilnehmer ihrem erzielten Berufsbild entsprechend in Kursen zusammengefasst und ausgebildet. Die hier dargestellte Prüfung setzt an

eben diesem Punkt zwischen allgemeiner und Differenzierungsphase ein (Kapitel 4.1).

Die Ausbildung ist entsprechend dem Ausbildungsziel nach § 3 KrPflG zu gestalten (Kapitel 1.3.1). An das Ausbildungsziel sind entsprechende Handlungsfelder geknüpft, die in der Anlage 1 der KrPflAPrV weiter ausgeführt sind (Kapitel 1.3.2). Die Gesamtverantwortung über die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege liegt, im Gegensatz zu dem Berufsbildungsgesetz unterstellten Ausbildungsberufen (§ 13 BBiG), bei der staatlich anerkannten Schule, die alle organisatorischen und koordinierenden Aufgaben übernimmt (§ 4 Abs. 5 KrPflG). Ihre Aufgabe liegt darüber hinaus in der Sicherstellung des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie in der Praxisbegleitung (§ 4 Abs. 5 KrPflG, §§ 1 Abs. 1 & 2 Abs. 3 KrPflAPrV), die am o.g. Ausbildungsziel auszurichten sind. Die praktische Ausbildung findet an zugehörigen oder kooperierenden Krankenhäusern und anderen Einrichtungen statt (§ 4 Abs. 2 KrPflG) und orientiert sich ebenfalls am Ausbildungsziel. Sie wird begleitet von hierfür gesondert ausgebildeten Praxisanleitern, die die schrittweise Heranführung an die Berufstätigkeit ermöglichen sollen (§ 2 Abs. 2 KrPflAPrV). Dabei stehen dem Auszubildenden nach den Maßgaben der Verordnung zur Durchführung des Krankenpflegegesetzes (DVO-KrPflG NRW, § 4 Abs. 2) 10% der praktischen Ausbildungszeit von 2.500 Stunden als reine Anleitungszeit zu.

Der Abschluss der Ausbildung wird durch die staatliche Prüfung legitimiert. Ein Bestehen dieser Prüfung sowie die Absolvierung der Ausbildungszeit ist die Voraussetzung für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Abs. 1 KrPflG. Hinzu kommt, dass sich ein Auszubildender keines Verhaltens schuldig gemacht haben darf, das gegen die Berufsausübung spricht. Weitere Voraussetzungen sind Kenntnisse in der deutschen Sprache und die gesundheitliche Eignung (§ 2 Abs. 1 KrPflG). Die Abschlussprüfung besteht aus drei Teilen und muss sowohl mündlich als auch schriftlich und praktisch erfolgen. Auch hierzu folgen nähere Ausführungen in Kapitel 1.3.

Die Umsetzung und Ausgestaltung der angeführten Regelungen liegt in den Händen der Ausbildungsstätte (§ 4 Abs. 1 Satz 4 KrPflG), die lediglich durch die Entscheidungsgewalt der jeweils zuständigen Behörden in Bezug

auf die Zulassung zur Prüfung und das Mitspracherecht im Rahmen der Abschlussprüfung eingeschränkt wird (§§ 3-5 KrPflG). Während das Krankenpflegegesetz bundesweite Gültigkeit besitzt, findet sowohl die Einordnung in das spezifische Bildungssystem als auch die inhaltliche Festlegung auf Länderebene statt. Für das Land Nordrhein-Westfalen (NRW), dessen Vorgaben hier als Grundlage dienen sollen, bedeutet dies, dass eine Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vom damaligen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF, 2004) herausgegeben wurde, die einem Lehrplan gleichkommt und notwendige Unterrichtsinhalte festlegt. Damit wurde ein Versuch unternommen, die Inhalte der Ausbildung an die veränderten äußeren, gesellschaftlich geprägten Anforderungen an den Pflegeberuf, den Wandel des Berufsbildes und die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen anzupassen. Die Ausbildungsrichtlinie zeichnet sich durch eine gewisse Offenheit aus, um Schulen und Lehrenden Freiräume in der Gestaltung von Lernprozessen zu gewähren und der stetigen Weiterentwicklung der Pflegeberufe Rechnung tragen zu können. In welcher Reihenfolge und Form die festgeschriebenen Inhalte zu unterrichten sind, ist nicht festgelegt. Es wird lediglich zwischen Inhalten der allgemeinen und der Differenzierungsphase unterschieden. Es bleibt also weiterhin jeder Schule überlassen, die Inhalte curricular einzubinden. Gleiches gilt beispielsweise für Leistungskontrollen, die lediglich trivial vorgeschrieben sind oder direkte Auswirkungen auf das Bestehen der Abschlussprüfung bzw. die Gesamtzensur haben können. Folglich ist nach den derzeitigen Ausbildungsvorgaben auch keine Zwischenprüfung vorgesehen. Die erfolgreiche Absolvierung der Ausbildung hängt damit nahezu ausschließlich vom Bestehen der Abschlussprüfung ab. Inwieweit dies überarbeitungsbedürftig ist, soll in Kapitel 4.1 näher diskutiert werden. Fest steht jedoch, dass die geringen Maßgaben aus Gesetz und Ausbildungsrichtlinie eine enorme Vielfalt an Vorgehensweisen begünstigen und schon auf Länderebene kein einheitliches Verfahren in Bezug auf den Unterricht und das Prüfungsprozedere besteht. Die hier dargestellte Prüfungsform begegnet diesem Umstand in zweierlei Hinsicht. Zunächst erfordert der Einsatz kompetenzorientierter Prüfungen die Anwendung kompetenzorientierter Methoden und Konzepte bereits im Unterricht. Insbesondere die Pflegedidaktik bietet hierzu eine große Zahl an Arbeitspraktiken an, die dem Anspruch an Kompetenzorientierung gerecht werden können. Folglich findet bereits auf unterrichtlicher Ebene eine Normierung und Vereinheitlichung

für die Pflegeausbildung statt. Des Weiteren bezieht die kompetenzorientierte Zwischenprüfung die unterrichtlichen Techniken mit ein, kann das vielfältige Prüfungswesen ablösen und den Ausbildungsstätten eine Grundlage für die Optimierung ihres Umganges mit Lernerfolgskontrollen liefern. Sie bildet einen Rahmen für Prüfungen jeglicher Art und lässt sich dem Lernstand der Auszubildenden anpassen. Aufgrund der Tatsache, dass die Verantwortung für die Ausbildung in den Händen der Bildungseinrichtungen liegt, ist es ihnen möglich, das Prinzip der hier entwickelten kompetenzorientierten Prüfung aufzugreifen und an passender Stelle zu implementieren. Thematische Modifikationen sind ohne Weiteres denkbar. Sie ermöglicht damit ein sich ergänzendes und positiv bedingendes Wechselspiel. Einerseits ist der geringe Festlegungsgrad der Ausbildung ausschlaggebend dafür, dass innovative Konzepte in Theorie und Praxis überhaupt zum Einsatz kommen können. Dies erfordert allerdings auch die Kenntnis solcher Modelle durch die Schulen und ihre Fähigkeit, diese gezielt ein- und umzusetzen. Andererseits bietet ein solches Programm das Potenzial, den Differenzen innerhalb der Pflegeausbildung zu begegnen. Eine einheitliche Praxis befähigt zu internen und externen Vergleichen, um so zu Qualität und Umgestaltung zu verhelfen.

### **1.3 Normative Grundlagen**

Nachfolgend werden einzelne für eine mögliche Zwischenprüfung relevante Aspekte aus gesetzlichen und inhaltlichen Rahmen und Richtlinien näher beleuchtet. Dies dient der Analyse weiterführender Gestaltungskriterien und der Erarbeitung eines Legitimationsrahmens für die Prüfung.

#### ***1.3.1 Das Krankenpflegegesetz***

In Bezug auf ein mögliches Prozedere in Form einer Zwischen- oder der Abschlussprüfung werden innerhalb des Krankenpflegegesetzes keinerlei Angaben gemacht. Das Bestehen der Prüfung wird lediglich als Voraussetzung für die Erteilung der Führungserlaubnis der Berufsbezeichnung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger in § 2 Abs. 1 Nr. 1 angeführt. Weiter finden sich keine Hinweise auf eine Leistungskontrolle während der Ausbildung. Dennoch ist festzuhalten, dass es nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 KrPflG zur Pflicht des Ausbildungsträgers gehört „die Ausbildung in einer



durch ihren Zweck gebotenen Form planmäßig, zeitlich und sachlich gegliedert so durchzuführen, dass das Ausbildungsziel (§ 3 KrPflG) erreicht werden kann“. Hiermit kann eine Zwischenprüfung zur Erhebung des Lernstandes und die damit verbundene potentielle Entwicklung individueller Fördermaßnahmen einwandfrei legitimiert werden (Dielmann, 2006, S. 139). Sie ist als verhältnismäßiges Instrument zur Überprüfung der Erreichung des Ausbildungsziels anzuerkennen.

Ferner wird in § 3 KrPflG das angesprochene Ausbildungsziel, welches für die Legitimation einer kompetenzorientierten Zwischenprüfung von Relevanz ist, näher formuliert. In Absatz 1 wird gefordert, dass die Ausbildung fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen vermitteln soll, die dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen. Bei den vier genannten Kompetenzen handelt es sich um die nach gängiger berufspädagogischer Praxis unterschiedenen Teilkompetenzen, die unter dem Begriff der beruflichen Handlungskompetenz näher zusammengefasst werden (Kapitel 2.2). Die logische Konsequenz einer kompetenzorientierten Vermittlung der Ausbildungsinhalte ist nach Meinung der Autorin ein hierauf abgestimmtes kompetenzorientiertes Prüfungsprozedere. So kann die Erlangung beruflicher Handlungskompetenz als Ausbildungsziel auch nur durch einen adäquaten Test überprüft und damit die Erreichung des Ausbildungszieles bestätigt werden. Weiterhin soll die Ausbildung zur verantwortlichen Mitwirkung befähigen und dabei nicht nur kurative, sondern auch präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen berücksichtigen. Die Zielgruppe erstreckt sich dabei auf Menschen aller Altersgruppen und Lebenslagen (§ 3 Abs. 1 KrPflG). Dies weist auf ein wesentlich umfassenderes Pflegeverständnis hin, als dies noch im vorherigen Gesetz der Fall war. Die bis zu diesem Zeitpunkt dominierende Orientierung an der reinen stationären Krankenhausversorgung wird um eine Reihe von Arbeitsbereichen und Tätigkeitsfeldern ergänzt. Ebenso wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht mehr ausschließlich Erwachsene als Adressaten zu berücksichtigen sind, sondern auch Kinder, Jugendliche und alte Menschen fokussiert werden müssen. Ebenso wird darauf aufmerksam gemacht, dass besondere Lebenssituationen zu bedenken sind. Hierunter können beispielsweise Wöchnerinnen oder psychiatrische Patienten gefasst werden, die explizit in das Unterrichts- und damit auch in das Prüfungsgeschehen zu integrieren sind (Dielmann, 2006, S. 78-79). Die erlernten Maßnahmen sollen die Auszubildenden zur Selbstbestimmung und Selbständigkeit befähigen.

higen. Als Schlussfolgerung für eine Zwischenprüfung ist festzuhalten, dass mögliche Prüfungsinhalte in komplexer Form dargestellt werden müssen. Sie sollten unterschiedliche Dimensionen und Perspektiven der Ausbildung bzw. des Berufes aufnehmen und eine umfassende Pflegesituation abbilden können.

Ferner soll die Ausbildung dazu qualifizieren, den Pflegebedarf eigenständig zu erheben und daraus Pflegemaßnahmen abzuleiten, zu planen, durchzuführen und zu dokumentieren (§ 3 Abs. 2 Nr. 1a KrPflG). Besonders Wert ist hierbei auf die Anwendung des Pflegeprozesses zu legen (Dielmann, 2006, S. 79). Weiterhin evaluieren Auszubildende die Pflege, um dadurch Qualitätsentwicklung leisten zu können (§ 3 Abs. 2 Nr. 1b KrPflG). Ein wichtiger Aspekt ist darüber hinaus die Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patienten und Angehörigen in Bezug auf die jeweiligen aktuellen und potenziellen Bedarfe zu Gesundheit oder Krankheit (§ 3 Abs. 2 Nr. 1c KrPflG). Dieser Gesichtspunkt ist als eine Novellierung im Rahmen des Ausbildungszieles festzuhalten und daher von besonderer Relevanz, da er als eine Antwort auf die veränderten Anforderungen in der Pflege festgehalten werden kann. Zuletzt ist die Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen als wichtige Maßnahme zu nennen, die Gesundheits- und Krankenpfleger zu leisten im Stande sein müssen (§ 3 Abs. 2 Nr. 1d KrPflG). Prüfungen müssen sich folglich an den hier genannten Kriterien orientieren und Szenarien konstruieren, die entsprechende Kompetenzen und Qualifikationen herausfordern. Insbesondere Anleitung, Schulung und Beratung, die Arbeit nach dem Pflegeprozess und die Evaluation pflegerischer Handlungen als neu aufgenommene Inhalte sollten dabei nicht unberücksichtigt gelassen werden.

Weiter befähigt die Ausbildung dazu, vielfältige Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen. Hierzu gehören nach § 3 Abs. 2 Nr. 2a-c KrPflG die selbständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen, Handlungsweisen medizinischer Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation und Entscheidungen in Krisen- und Katastrophensituationen. So hat Prüfung nicht nur im Rahmen von originär pflegerischen Aufgaben stattzufinden, sondern auch delegierbare Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu kontrollieren. Ebenso soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Lösung von Gesundheitsproblemen eine Rolle spielen (§ 3 Abs. 2 Nr. 3 KrPflG).

Kompetenzorientiert prüfen in der Pflegeausbildung

Weidauer, L.

2015, XI, 154 S. 25 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-10143-5