

Klinische Kompetenz

Thomas Evers
Anke Helmbold
Änne-Dörte Latteck
Friederike Störkel (Hrsg.)

Lehr-Lern-Konzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung

Best-Practice-Beispiele aus
den Modellstudiengängen NRW
Unter Mitwirkung von Jutta Backhaus und Anke Mijatovic

Lehr-Lern-Konzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung

Thomas Evers
Anke Helmbold
Änne-Dörte Latteck
Friederike Störkel (Hrsg.)

Lehr-Lern-Konzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung

Best-Practice-Beispiele aus den
Modellstudiengängen NRW

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2017

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

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier

Alle Rechte vorbehalten

© 2017 Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto
www.budrich-verlag.de

ISBN 978-3-8474-2065-1 (Paperback)

eISBN 978-3-8474-1032-4 (eBook)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Titelbildnachweis: www.wordle.net von Thomas Evers, Anke Helmbold,
Anne-Dörte Latteck und Friederike Störkel
Satz: Anja Borkam, Jena – kontakt@lektorat-borkam.de

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort: Guter klinischer Unterricht verlangt Koproduktion	7
<i>Beat Sottas</i>	

Vorwort.....	11
--------------	----

Einleitung: Bildung in den Gesundheitsfachberufen als Aufgabe der Hochschulen	13
<i>Jutta Backhaus, Thomas Evers, Anke Helmbold, Anne-Dörte Latteck, Anke Mijatovic und Friederike Störkel</i>	

Erster Teil: Lehr-Lern-Konzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung	25
--	-----------

A Perspektive Akteure des Lernprozesses.....	27
---	-----------

I Entwicklung von pflegedidaktisch reflektierten Transferaufgaben.....	29
<i>Benjamin Kühme und Ethel Narbei</i>	
II Evidenzbasiertes Projektpraktikum – Studierende evaluieren ihre logopädischen Interventionen.....	45
<i>Elke Oetken, Nina Jacobs, Marion Grande, Nina Unger und Stefan Heim</i>	
III Thinktank – Umsetzung von betätigungsorientierter Ergotherapie in der psychosozialen Arbeit.....	61
<i>Nicole Kaldewei, Markus Schmid und Philipp Eschenbeck</i>	

B Perspektive Lernumgebung.....	79
--	-----------

I Hospitationsprojekt Innovative Pflegepraxis.....	81
<i>Anke Helmbold, Anke Mijatovic und Wolfgang M. Heffels</i>	
II Progression durch Kooperation – Das Konzept „Schulstation“ im dualen Pflegestudium	97
<i>Wolfgang Pasch</i>	
III Forschungsorientiertes Lehren und Lernen in einem Blended-Learning-Arrangement der Logopädie.....	115
<i>Michael Schneider</i>	

C Perspektive Lehr-Lern-Strategien	129
I Fallmanagement in hochkomplexen Pflegesituationen	131
<i>Jutta Backhaus, Christa Bükler, Christiane Freese,</i> <i>Katja Makowsky, Matthias Martin, Patrick Pust und</i> <i>Anne-Dörte Latteck</i>	
II Peer-Mentoring als Bestandteil klinischer Kompetenzentwicklung in der Physiotherapie	157
<i>Karin Trenczek, Margot Overbeck, Marcellus Bonato und</i> <i>Friederike Störkel</i>	
III Lernbereich Training und Transfer im Studienbereich Pflege	181
<i>Anke Fesenfeld, Melanie Schellhoff und Julia Schumacher</i>	
IV Portfolio als Feedbacksystem im Studienbereich Physiotherapie	199
<i>Marietta Handgraaf, Ariane Demirci und Christian Grüneberg</i>	
 Zweiter Teil: Kooperation in Bildung und	
Gesundheitsversorgung – Eine Aufgabe nicht nur für Hochschulen	219
I Akademisch primärqualifizierte Pflegekräfte als Agent*innen der Verbreitung und der Umsetzung von Innovation und Evidenz in der Pflegepraxis.....	223
<i>Markus Fecke</i>	
II Schlussbetrachtung	241
<i>Jutta Backhaus, Thomas Evers, Anke Helmbold,</i> <i>Anne-Dörte Latteck, Anke Mijatovic und Friederike Störkel</i>	
 Informationen zu den Herausgeber*innen und den Autor*innen.....	245

Geleitwort

Guter klinischer Unterricht verlangt Koproduktion

Beat Sottas

Die Berufe im Gesundheitswesen sind reglementiert, weil Gesundheit das höchste Gut ist – es besteht Konsens darüber, dass die Berufsausübung nur mit staatlicher Genehmigung innerhalb enger gesetzlicher Leitplanken stattfinden kann, um Nichtschädigung, Patient*innensicherheit,¹ Qualität und Täuschungsschutz mit rechtlichen Mitteln durchzusetzen und gegebenenfalls Fehlverhalten zu sanktionieren. Entsprechend hoch sind die Ansprüche an die Ausbildung der im Gesundheitssektor mit patientenbezogenen Funktionen betrauten Fachpersonen. Die – je nach Land unterschiedlich zugeschnittenen – Bildungs-, Berufs- oder Gesundheitsgesetze legen gerade wegen ihrer Vielfalt beredtes Zeugnis davon ab, mit welchen Bildern und Erwartungen jeweils die Rahmung angegangen wird. Angesichts tradierter Normen zu Rechten und Pflichten, impliziten oder expliziten Statuszuweisungen, Konsensprozessen zum State of the Art, Geltungs- und Positionsansprüchen, den Evidenzen von Methoden und anderem mehr sind Kontroversen zwischen Politik, Praxis und Berufsverbänden oder auch zwischen diesen und Wissenschaft, Bildung und Forschung unausweichlich. Nüchtern betrachtet widerspiegeln die aktuellen Debatten lediglich, wie schwierig es in einer liberalen Gesellschaftsordnung ist, die zunehmend komplexer und dynamischer werdende Gemengelage in den Griff zu bekommen.

Der Blick zurück zeigt, dass das Terrain offensichtlich wenig stabil ist – warum sonst wird seit einhundert Jahren leidenschaftlich über das „richtige“ Profil der Gesundheitsfachleute debattiert? Auch das akkurateste Gesetz ist immer ein Kind der Verhältnisse vor seiner Inkraftsetzung. Und weil es damals keine Versorgungsforschung gab, reichten Selbstdeklarationen und pragmatische Problemlösefähigkeiten. Ein Berufsgesetz ist rasch veraltet, weil die Welt, in der Berufsangehörige agieren, unter dem Eindruck der mächtig von außen einwirkenden und transformierenden Megatrends eine andere geworden ist. Berufsgesetze stehen zudem unter dem Generalver-

1 Im Sinne der guten Lesbarkeit und Praktikabilität werden genderneutrale Formulierungen (z. B. Studierende etc.) verwendet. Dort, wo genderneutrale Begriffe nicht möglich sind, wird das Gendersternchen verwendet, das alle Geschlechter miteinbezieht (beispielsweise Patient*in).

dacht, korporatistische Ziele zu befördern, also nicht nur zeitgemäß die eingangs erwähnten Sicherheiten betreffs fachlicher und methodischer Expertise zu gewährleisten, sondern Professionsentwicklung zu betreiben, also Raum zu schaffen für einen Emanzipationsprozess zur Stärkung der eigenen Identität und Position. Im dem auch im vorliegenden Buch zitierten Lancet-Report wird denn auch bilanziert, dass die daraus resultierenden, strikt monoprofessionell aufgestellten Bildungssilos ein „Stammesdenken“ mit Territorialansprüchen, fixen Rollen und Kämpfen um Zuständigkeiten und dadurch eine Haltung formen, bei der im Alleingang oder in Konkurrenz zueinander gehandelt wird.

Es ist offensichtlich, dass sich der Gegenstand der Regulierung seiner Normung und Rahmung immer wieder (teilweise) entzieht. Wenn die Gesundheitswelt anders wird, müssen auch die im Gesundheitssystem Tätigen anders werden: die alternde Gesellschaft, das *slow motion disaster* der chronisch-degenerativen Erkrankungen, neue epidemiologische Gefahren, die Erwartungen und Forderungen mündiger Bürger, neuartige Methoden und Interventionstechniken, aber auch Nutzen- und Wirtschaftlichkeitserwägungen sowie die knapper werdende Workforce verändern die Aufgaben und Rollen der Fachpersonen.

Die Berufe der Gesundheitsversorgung müssen sich auf diese Veränderungen und die gestiegenen Anforderungen einstellen. Der *academic drift* – die hochschulische Ausbildung der Fachpersonen und eine Neuausrichtung auf erweiterte Kompetenzen – wird weltweit (ganz ähnlich wie vor hundert Jahren in der Medizin) als eine der notwendigen Maßnahmen postuliert, um die Komplexität, die veränderten Verhältnisse und die Herausforderungen zu bewältigen. Mit Blick auf die Zukunft umfassen die Bildungsinhalte in der heutigen Zeit idealerweise drei große Lernfelder:

- 1) Kompetenzaufbau zur Bekämpfung bekannter Pathologien mit erprobten und neuen diagnostischen, therapeutischen und Rehabilitationsverfahren. Dies ist die Basis, um wirkungsvolle Interventionen bei der patientenbezogenen klinischen Berufsausübung zu ermöglichen.
- 2) Kompetenzaufbau für Beratung und Empowerment bei chronischen Verläufen als Folge von Beeinträchtigungen, ungesunden Lebensstilen oder therapeutischen Maßnahmen: Sie sollen Patient*innen und Klient*innen Zugang, Teilhabe, Mitgestaltung und Lebensqualität ermöglichen.
- 3) Kompetenzaufbau bei Themen, die sich aus der steigenden Komplexität intersektoraler Settings ergeben: Sie erweisen sich mehr und mehr als kritische Erfolgsfaktoren, die wirksame therapeutische Interventionen und Nutzen erst ermöglichen: Recht, Politik und Finanzierung, Gesundheitsstrategien und Unternehmensstrategien, Steuerung und Management, Kosten- und Nutzenanalysen, Koproduktion und Organisationsentwicklung, Digitalisierung, Technologie und Big Data, Evaluation und Versorgungsforschung.

Im deutschsprachigen Raum ist die Studienrealität in allen Berufen der Gesundheitsversorgung davon noch weit entfernt. Der Bildungsauftrag zielt auf

solides Handwerk und Routine, konkret professionsbezogenen Kompetenzerwerb mit eng gedachter beruflicher Sozialisation und professioneller Identität. Berufsgesetze und Prüfungsverordnungen sind deshalb primär auf das erste und teilweise zweite der oben genannten Lernfelder ausgerichtet, beim dritten Lernfeld werden bestenfalls kursorische Schnupperkurse im Wahlprogramm angeboten. Die jüngsten Debatten zur Modellklausel für die Berufe der Gesundheitsversorgung (inklusive Lernzielkatalog Humanmedizin) machen deutlich, dass das Verlassen tradierter Denkmuster und Bildungspfade ein tiefes Unbehagen erzeugt. Statt den Wandel mit all seinen Unwägbarkeiten proaktiv zu gestalten, wird das Bestehende tiefgefroren und konserviert. Im internationalen Quervergleich ist nicht wirklich nachvollziehbar, welche Aufgaben in Deutschland derart anders sind, dass seit 2009 die talentiertesten und am besten ausgebildeten diplomierten Pflegefachpersonen, Hebammen, Logopäd*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen sowie die Studierenden in den derzeit über fünfzig Studiengängen in redundante Examina geschickt werden müssen. Ganz abgesehen von den Kosten könnte die wertvolle Ausbildungszeit für Inhalte aus den neuen Lernfeldern genutzt werden. Oder auch für besseren klinischen Unterricht.

Der vorliegende Band widmet sich dieser Schlüsselstelle des Lernens, konkret der Entwicklung praktisch-klinischer Kompetenzen, die dem Anspruch eines reflektierten, kritisch-konstruktiven und wissenschaftsbasierten professionellen Handelns gerecht wird. Die Autor*innen orientieren sich dabei an (internationalen) Standards einer guten Praxis und deuten nur knapp an, dass ihnen dabei die geltenden Vorgaben einen Spagat mit schier unmöglichen Verrenkungen abverlangen. In der Lehre mag das durch mehrjähriges Repetieren eingespielter daherkommen. Ein wirklich elegantes Lernarrangement für das Hinführen zu gutem Clinical Reasoning mit robustem Theorie-Praxis-Transfer auf hochschulischem Niveau könnte unter weniger restriktiven Bedingungen noch deutlich attraktiver ausgestaltet werden und bessere *learning outcomes* ermöglichen – für die Studierenden und auch die Gesellschaft als Ganzes.

Dennoch: Auch das aktuell Mögliche lässt sich sehen. Mit der sorgfältigen Darstellung ausgewählter didaktischer Konzepte und Instrumente wird aufgezeigt, wie in Nordrhein-Westfalen hochschulische und berufspraktische Erfordernisse miteinander verwoben werden. Die vorgestellten Beispiele zeigen, dass die Studierenden den Qualifizierungsweg als etwas Komplexeres mit wechselseitigen Bezügen erfahren. Damit dies überzeugend gelingt, kann der hochschulische Beitrag dabei nicht einfach ein *add-on* zu Evidenzen, zum Forschungsstand oder zur Methodengeschichte sein. Die Hochschule schafft vielmehr koproduktive Lernumgebungen mit Lehr- und Lernstrategien, welche über das schulische Lernlaboratorium und das Professionssilo hinausreichen. Auf der Mesoebene des Ausbildungsgeschehens wird damit der Übergang *from teaching to learning* gefördert. Auf der Makroebene wird

damit zweifellos eine langfristig angelegte Kultur- und Organisationsentwicklung in der Bildung und Praxis angebahnt, die über die Grenzen zwischen Disziplinen, Berufen und Institutionen hinaus auch Bürger*innen, Betroffene und Angehörige einbindet – und damit in verdienstvoller Weise weit über die vom Wissenschaftsrat formulierten „Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium“ (2008) hinaus Wirkung entfalten will.

Das Buch ist aber auch ein ermutigendes Signal an die Adresse der Studierenden: Auch wenn aktuell die Rahmenbedingungen für die Ausbildung und die Berufsausübung nicht optimal sind, lohnt sich die hochschulische Ausbildung. Zum einen für die Persönlichkeitsbildung, zum anderen erhalten sie Werkzeuge für den Umgang mit Komplexität und für das lebenslange Lernen: Die im Hintergrund laufende Transformation wird verstanden und mitgedacht und die Dialogfähigkeit gefördert. In den Worten des Lancet-Reports werden sie befähigt, selbst zum „Transformator“ bei der Bewältigung des Wandels zu werden. Die Kehrseite der Medaille ist allerdings, dass solchermaßen fit gemachte *health professionals* mit ihren Qualitäten und Kompetenzen nicht machtlos in subalternen Positionen bleiben wollen. Die Gremien, die aktuell den Tiefkühler einschalten wollen, müssten deshalb auch den potenziellen Braindrain mitbedenken: Wenn die Rahmenbedingungen nicht mit der Zeit gehen, gehen gerade die besten Leute mit der Zeit.

Vorwort

Von der Idee zum Buch

Seit dem Jahr 2010 werden an sieben Hochschulstandorten in Nordrhein-Westfalen gesundheitsbezogene Modellstudiengänge angeboten, die den europaweiten Professionalisierungs- und Akademisierungsentwicklungen der Gesundheitsfachberufe folgen. Diese Entwicklung ist ein bedeutsamer Schritt für die Beschäftigungsbefähigung auf tertiärer Bildungsebene und verlangt die Entwicklung und Umsetzung von Bildungskonzepten, die sowohl den Anforderungen der Fachwissenschaften als auch denen der Beschäftigungsbefähigung gerecht werden. Dabei sind die Bedarfe der beruflichen Praxis zur Förderung der Beschäftigungsbefähigung und das Selbstverständnis der Hochschulen als bildende Institutionen als gleichwertig zu beachten.

Fragen zur strukturellen Gestaltung von Studiengängen für Gesundheitsfachberufe wurden in der Fachöffentlichkeit umfangreich, Fragen zur inhaltlichen Gestaltung entsprechender Bildungskonzepte jedoch nur bedingt thematisiert. Die klinisch-praktische Ausbildung ist eine Schlüsselstelle: Hochschulische und berufspraktische Ziele müssen für die Studierenden als kohärent erlebbar sein. Garanten hierfür sind eine entsprechende Kooperationskultur und didaktische Konzepte, die von allen Beteiligten als tragfähig angesehen werden. Das vorliegende Buch gibt am Beispiel der klinischen Kompetenzentwicklung eine Antwort, wie Hochschulen im Rahmen ihrer Studiengangentwicklung Lehr-Lern-Angebote gestalten, die

- Studierende zu einem reflektierten, kritisch-konstruktiven Diskurs und zu wissenschaftsbasiertem professionellem Handeln befähigen und die
- Bedürfnisse und Bedarfe des beruflichen Handlungsfeldes in den Blick nehmen.

Die Konzepte können als Best-Practice-Beispiele für die Entwicklung eigener Bildungsangebote an Hochschulen sowie für die Gestaltung der berufsfachschulischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe verstanden werden. Vor dem Hintergrund der Akademisierungsentwicklungen setzen die Beiträge zudem einen Impuls zur Übertragbarkeit von didaktischen Konzepten sowie zur Qualitätssicherung der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen auf sekundärer sowie tertiärer Bildungsebene.

Über die fachlichen Aspekte hinaus ist das Buch ein Ergebnis langjährig gelebter Zusammenarbeit der nordrhein-westfälischen Hochschulen mit Modellstudiengängen: Trotz ihrer Vielfalt und Verschiedenheit zeigen sie in Bezug auf die hochschulische Primärqualifikation der Gesundheitsberufe eine gemeinsame Haltung und leisten damit ihren Beitrag, um den Boden für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu bereiten.

Wir bedanken uns herzlich bei den Autor*innen, die mit ihrem Ideenreichtum die Perspektivenvielfalt des Buches ermöglicht haben; den Kollegien der beteiligten Modellstudiengänge und deren Kooperationspartner*innen für ihren Mut, neue Wege zu gehen und für die konstruktive und kollegiale Zusammenarbeit; den Studierenden für ihren Pioniergeist, ihr Vertrauen und ihr Engagement; dem Team des Budrich Verlages für die wohlwollende Aufnahme der Buchidee und für die Unterstützung während der Umsetzung.

Zum Aufbau des Buches

In der Einleitung werden die Begründungslinien für die hochschulischen Lehr-Lern-Konzepte aus gesundheits- und bildungswissenschaftlicher Perspektive skizziert. Die Beiträge des ersten Teils greifen verschiedene Perspektiven klinischer Kompetenzentwicklung auf und zeigen auf innovative Art und Weise Möglichkeiten einer Neuentwicklung oder einer didaktischen Anpassung bestehender Bildungskonzepte für Pflege- und Therapieberufe. Die Beiträge folgen einer einheitlichen Struktur: zunächst wird die Ausgangslage für die Konzeptentwicklung dargestellt, im Anschluss daran das Konzept beschrieben und abschließend erörtert, wie die von den Studierenden erworbenen Kompetenzen überprüft werden können. Im zweiten Teil wird auf einer organisationssoziologischen Grundlage die Perspektive von erfolgreichen Absolvent*innen hinsichtlich des Verhältnisses des eigenen, im Studiengang erworbenen Handlungswissens sowie des in der beruflichen Praxis erlebten tatsächlichen Handlungsvermögens aufgegriffen. Zum Abschluss erfolgt ein Ausblick auf zu beantwortende Forschungsfragen sowie auf notwendige Veränderungen der Rahmenbedingungen.

Wir wünschen den Leser*innen eine anregende Lektüre sowie zahlreiche Ideen und Impulse für ihre berufliche Tätigkeit oder zur Weiterentwicklung ihrer Bildungsangebote. Wir freuen uns über Fragen und Rückmeldungen, um in einem gemeinsamen Austausch voneinander zu lernen und die Diskussion zur Ausgestaltung gesundheitsbezogener Studiengänge lebendig zu halten.

Bielefeld, Bochum, Köln und Münster im Januar 2017

Jutta Backhaus, Thomas Evers, Anke Helmbold, Änne-Dörte Latteck,
Anke Mijatovic und Friederike Störkel

Einleitung

Bildung in den Gesundheitsfachberufen als Aufgabe der Hochschulen

Jutta Backhaus, Thomas Evers, Anke Helmbold, Änne-Dörte Latteck,
Anke Mijatovic und Friederike Störkel

Gesundheit gilt als Grundrecht gemäß der Charta der Menschenrechte der Vereinten Nationen sowie als gesellschaftlicher Grundwert in den Industrienationen. Gesundheit und Krankheit sind zentrale Themen im Alltagsdenken und -handeln von Individuen und von sozialen Gruppen. Gesundheit ist kein statischer, monokausaler und unifaktorieller Zustand, sondern eine dynamische Balance, sie ist die Fähigkeit von Anpassung und Selbstmanagement (Huber et al., 2011, S. 4163). Sie ist „ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss“ (Hurrelmann, 2010, S. 7). Gesundheit umfasst demnach verschiedene Faktoren und Perspektiven: Neben Alter, Geschlecht, körperlicher und psychischer Disposition sind die Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen, seine Unterstützung und Beeinflussung durch soziale Netzwerke, die Lebens- und Arbeitsbedingungen, der Zugang zu Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens sowie die ökonomischen, kulturellen und umweltbezogene Rahmenbedingungen als Faktoren für Gesundheit relevant. Sie können die Ressourcen und Widerstandsfähigkeiten einer Person stärken, aber auch schwächen. In der Gesellschaft sind Ressourcen und Belastungen für die Gesundheit nicht gleich verteilt und führen in allen Lebensphasen zu gesundheitlichen Ungleichheiten in Morbidität und Mortalität (Lampert & Kroll, 2010). Eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten ist ein nach wie vor wichtiges Ziel gesundheitspolitisches Handelns und erfordert entsprechende Konzepte und Kompetenzen aller Beteiligten (WHO, 2013).

Der Blick auf das 21. Jahrhundert zeigt, dass Gesundheit (und ebenso Krankheit) zu einem bedeutsamen Markt geworden ist: Zum Ende des Jahres 2012 waren rund 5,2 Millionen Menschen und damit etwa jeder achte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig. Die Beschäftigtenzahl ist gegenüber 2000 um 22,6 Prozent gestiegen und die Zahl der Arbeitsplätze wuchs somit im Gesundheitswesen rund dreimal so stark wie in der Gesamtwirtschaft (Statistisches Bundesamt, 2014). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag 2013 bei 11,2 Prozent (Statistisches

Bundesamt, 2015). Gesundheit ist ein Megatrend (Philips-Gesundheitsstudie, 2015). Von Megatrends gehen langfristige, tiefgreifende und globale Veränderungsprozesse aus (Horx, 2010). Dieser Wandel verändert Werte, Kultur, Denken, Handeln und Konsum. Einflussfaktoren und Treiber dieser Veränderung sind:

- demografischer und sozialer Wandel, der sowohl eine Zunahme an kranken und pflegebedürftigen Personen als auch einen Fachkräftemangel bedingt. Zudem findet sich eine Zunahme der Mitarbeiter*innen über 55 Jahre, die andere Ressourcen und Risiken hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit aufweisen als junge Mitarbeiter*innen;
- der Wandel des Krankheitsspektrums von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen: Dies betrifft alle Altersklassen und nicht nur alte und hochaltrige Menschen;
- technologische und therapeutische Innovationen, die sowohl die Erkennung und Behandlung von Krankheiten als auch die Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung betreffen;
- der wachsende Gesundheitsmarkt als Wirtschaftsfaktor: Die Ausgaben für Gesundheit nehmen einen steigenden Anteil des Bruttoinlandsproduktes ein. Wirtschaftliche Problemlagen führen zur Verschärfung der gesundheitlichen Ungleichheit. Gesundheit wird individualisiert, kommerzialisiert und globalisiert. Bürger*innen und Patient*innen werden zu mündigen Nutzer*innen und sind über soziale Medien auch in Gesundheitsfragen vernetzt;
- Veränderungen der Versorgungsstrukturen durch steigende Nachfrage an flexiblen und differenzierten Gesundheitsdienstleistungen; steigender Effizienz- und Kostendruck, Reduktion der stationären Kapazitäten und Senkung der Krankenhausverweildauern mit zunehmendem Druck auf ambulante/gestufte Versorgungssysteme; Umstrukturierung und Reorganisation der stationären Langzeitversorgung sowie steigende Bedeutung der Palliativversorgung (Görres, 2013, S. 19–49, Kickbusch & Hartung, 2014, S. 15–43).

Gesundheit als eine der treibenden ökonomischen, politischen und sozialen Kräfte moderner Individuen und hochmoderner Gesellschaften ist grenzenlos, überall und machbar. Jede Entscheidung ist auch eine Gesundheitsentscheidung (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 15, 19). In diesem Spannungsfeld haben sich nicht nur Bürger*innen und Patient*innen zu bewegen, sondern die Absolvent*innen gesundheitsbezogener Studiengänge müssen befähigt sein, dieses Feld aktiv und vorausschauend mitzugestalten. Die Philips-Gesundheitsstudie 2015 postuliert den „proaktiven, aufgeklärten und partizipationswilligen Gesundheitskonsumenten“, der die Gesundheitsexperten vor bisher unbekannte Herausforderungen stellt und der dazu beiträgt, dass in den kommenden Jahren eine Demokratisierung des Gesundheitsmarktes stattfinden wird (S. 11). Fest steht, dass bislang zu wenig die Bedürfnisse der Patient*innen und Nutzer*innen beachtet wurden und auch die Ausbildungen der Gesundheitsberufe nicht darauf ausgerichtet waren, die Patient*innen als Koproduzent*innen und Mitverantwortliche im Gesundheitsprozess wahrzunehmen (Frenk et al., 2010). Zukünftig wird es erforderlich sein, Entschei-

dungen nicht über, sondern gemeinsam mit Patient*innen und ihren Zugehörigen – denn sie tragen die Hauptlast der Pflege und Versorgung – zu treffen und die Gesundheitsversorgung von ihrer Perspektive aus zu denken (Richards, Montori, Godlee, Lapsley & Paul, 2013). Das erfordert auch ein Umdenken in den Versorgungsprozessen: weg von professionellen Fachgebieten und Aufgabenzuteilungen, hin zu interprofessioneller Teamarbeit, bei der die Teammitglieder hierarchiefrei und an einem gemeinsamen Wertekanon orientiert zusammenarbeiten (Frenk et al., 2010; SVR, 2007; Robert Bosch Stiftung, 2011). Die für ein solches Handeln notwendigen Fähigkeiten gehen somit deutlich über diejenigen hinaus, die für ausschließlich patient*innenbezogene Funktionen wie Diagnostik, Therapie, Rehabilitation erforderlich sind. Sie verlangen in weitaus größerem Umfang als bisher ein breitgefächertes Repertoire an Kompetenzen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, in den Kommunikations- und Gesundheitswissenschaften, der Managementlehre sowie die kontinuierliche Nutzung wissenschaftlicher Methoden im Sinne einer evidenzbasierten Arbeitsweise (Sottas, Höppner, Kickbusch, Pelikan & Probst, 2013, S. 26–27).

Die Berufe der Gesundheitsversorgung¹ müssen sich auf die genannten Veränderungen im Gesundheitswesen sowie auf die neuen und gestiegenen Anforderungen einstellen. Die Etablierung akademischer Angebote für die Qualifizierung von Pflegenden und Therapeut*innen ist eine Antwort auf diese Entwicklung. Die in diesem Buch dargestellten Projekte sind beispielhaft dafür, wie Studiengänge, die gleichzeitig auch beruflich qualifizieren, aus ihrer Perspektive und ihrem Gesundheits- und Bildungsverständnis heraus akademische Angebote gestalten. Interessierten sollen sie als Anregung für die Entwicklung eigener Bildungsangebote dienen. Der Schwerpunkt liegt auf dem Theorie-Praxis-Transfer,² einem für Gesundheitsberufe wichtigen Bereich. Staatliche Berufszulassungen beinhalten hier feste Vorgaben über Anteile/Stunden der praktischen Ausbildung und sind auch für die hier dargestellten hochschulischen Projekte verbindlich.

Die Auseinandersetzung, welches Konzept für einen gelungenen Theorie-Praxis-Transfer „das Richtige“ sei, wird seit über einhundert Jahren geführt. Der im Jahr 2010 erschienene Lancet-Report gibt hierzu eine umfassende Stellungnahme und fordert für die Zukunft einen weiteren Reformschritt, der darauf abzielt, Kompetenzen heranzubilden, die zu einem beruflichen Handeln nicht nur im Krankenhaus, sondern vor allem in den primären Versorgungsbereichen (Grundversorgung) des Gesundheitssystems befähigen. Das erfordert in viel umfangreicherem Maße als bisher die Schaffung von Lernarrangements, die teamorientiert/interprofessionell und über die Setting- und Sektorengrenzen hinweg gestaltet und nicht nur auf das Krankenhaus fokus-

1 Terminologie in Anlehnung an den Wissenschaftsrat (2012, S. 12–13).

2 An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass der Begriff durchaus kontrovers diskutiert wird. Aufgrund seiner breiten Verwendung wird er in diesem Buch aufgegriffen.

siert sind. Solche Lernarrangements bilden die Versorgungsrealität der Betroffenen ab und befähigen zukünftige Absolvent*innen, gemeinsam mit den Patient*innen die Gesundheits- und Versorgungsbedingungen positiv zu beeinflussen (Frenk et al., 2010, S. 20–28, 45–52). Die Herausgeber*innen des vorliegenden Buches stützen die Vorschläge des Lancet-Reports, machen aber an dieser Stelle auch deutlich, dass die derzeitige Studienrealität von Berufsgesetzen und Prüfungsverordnungen bestimmt wird, die deutlich vor dem Erscheinen des Reports und vor der Etablierung akademischer Studiengänge in Deutschland verabschiedet wurden. So bleibt der momentane Spagat, neue und dennoch rechtskonforme Projekte für einen Theorie-Praxis-Transfer und eine praktische Ausbildung auf hochschulischem Niveau (vgl. z. B. EQR Niveau 6 bzw. HQR) zu entwickeln. Dabei gilt es anzuerkennen, dass die beteiligten klinischen Akteure im derzeitigen System in erster Linie einen verbindlichen Krankenversorgungsauftrag mit entsprechenden Spielregeln zu erfüllen haben. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, Bildungs Kooperationen zu etablieren, die sich den hier geschilderten Projekten oder den noch weitreichenderen Empfehlungen des Lancet-Reports annehmen. Dies jedoch ist „mit Veränderung der internen Organisationsstrukturen verbunden, [...] bei denen] eine verbindliche neue Struktur, Strategie und Kultur geformt werden muss“ (Pätzold, 2003, S. 70). So beispielhaft auch hochschulische Impulse für eine solche neue Kultur sind: bei der Ausrichtung von Bildungsangeboten kann nur eine alle Ebenen umfassende Kooperation der Bereiche Gesundheit und Bildung sowie das Anknüpfen an die aufgezeigten Reformwege zu einer an den Bedürfnissen der Nutzer*innen orientierten Gesundheitsversorgung führen (WHO, 1986; WHO Europa, 2013; Robert Bosch Stiftung, 2013).

Wie bereits dargestellt, ist das leitende Bildungsverständnis für die gestaltenden Hochschulen bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für einen gelingenden Theorie-Praxis-Transfer von besonderer Bedeutung. Die Bedeutung des Theorie-Praxis-Transfers wird dabei im speziellen Merkmal der Studiengänge – der Integration verschiedener Lernorte – deutlich. Im Prozess der Integration wird eine intensive Praxis- und Handlungsorientierung unter Einbindung von wissenschaftlichen und methodischen Grundlagen fokussiert. Einerseits soll damit das aus hochschulischer Sicht benötigte Wissen mit seinen eigenen Handlungslogiken in die Praxis integriert werden, andererseits bildet das durch den Lerntransfer erworbene praktische Handlungswissen eine wertvolle Basis zur Reflexion und Begründung des eigenen professionellen Handelns (Meyer, 2012). Hierbei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass sich mit dem Bologna-Prozess das Ziel der Beschäftigungsbefähigung (Employability) als ein zentrales und wichtiges Studienziel in den Vordergrund an Hochschulen geschoben hat. Auch wenn der Begriff in seinem Verständnis als unscharf bezeichnet und zudem hinsichtlich der damit

verbundenen Erwartungshaltung kritisch diskutiert werden muss,³ ist erkennbar, dass sich Hochschulen einem tiefgreifenden, gesellschaftlich bedingten Wandel unterworfen sehen (Wolter, 2015, S. 30). Dies ist letztendlich auch darin begründet, dass Wissen (und damit ein wesentlicher Teil von Bildung) immer mehr zu einem zentralen Produktions- bzw. Wirtschaftsfaktor wird und folglich immer mehr Anspruchsgruppen auch an Hochschulen Einfluss auf das Ziel bildender Prozesse nehmen wollen (Pellert, 2015, S. 54–55). Unter Berücksichtigung dieser Entwicklungen sind bei der Konzeption und Implementierung entsprechender Konzepte sowohl die Bedürfnisse der Klient*innen, die Bedarfe einer beruflichen Praxis als auch das Selbstverständnis der Hochschule als bildende Institution zu beachten.

Auch wenn in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben darf, dass sich u. a. aufgrund der stetig zunehmenden Komplexität der beruflichen Kontexte immer mehr Überschneidungen zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung finden lassen (Severing & Teichler, 2013), ist auch weiterhin ein markanter Unterschied zwischen den genannten Bildungsbereichen in den Zielrichtungen der jeweiligen (Aus-)Bildungsbemühungen zu sehen (Wissenschaftsrat, 2015): Berufliche Bildung verfolgt als vorrangiges Ziel das Erwerben bestimmter und zuvor aus dem jeweiligen Arbeitsfeld abgeleiteter Qualifikationen. In diesem Sinne werden unter dem Begriff der Qualifikationen „die zur Ausführung beruflicher Tätigkeiten zu vermittelnden Fertigkeiten und Kenntnisse zusammengefasst“ (Rauner, 2006, S. 240).⁴ Qualifikationen sind demnach insbesondere durch externe, arbeitsfeldbezogene Aspekte geprägt und weisen einen hohen Verwertungscharakter auf (Evers, 2015a, S. 1–25). Die Ziele hochschulischer Bildungsprozesse gehen darüber hinaus. In diesen ist die Persönlichkeitsbildung deutlich stärker zu fokussieren. Bildung ist demnach ein Prozess, der an der Individualisierung mitwirkt und der Persönlichkeitsformung bzw. Identitätsbildung dient. Sie steht für die innere Formung der Person und damit für die Entfaltung ihrer geistigen Kräfte durch die Aneignung bzw. Entwicklung eigener, z. B. geschichtlich und kulturell geprägter Werthaltungen (Lederer, 2014, S. 84). Damit sind die Entwicklung von Werthaltungen sowie die Bereitschaft, sich in gesellschaftlich relevante Fragestellungen und Aufgaben mit den eigenen Wertvorstellungen einzubringen, von zentraler Bedeutung für das sich selbstbildende Individuum. Im Sinne der grundlegenden bildungstheoretischen Überlegungen Klafkis (2007) kann „Bildung“ folglich als selbsttätig erarbeiteter und personal verantworteter Zusammenhang von Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidari-

3 Vertiefend sei zu diesem Punkt auf die Hochschulrektorenkonferenz (2013), Wolter (2015) und Lenzen (2014) verwiesen.

4 Lisop (2006, S. 418–419) weist jedoch darauf hin, dass es trotz der zentralen Bedeutung des Begriffs in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik keine eindeutige Definition gibt. Der „Radius“ von Bedeutungen umfasst dabei sowohl Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltungen als auch Eignung, Ausbildungsabschluss, Befugnis oder Statuszuweisungen.

tätsfähigkeit verstanden werden. Sie umfasst „Bildung für alle“, ist kritische Auseinandersetzung mit einem zu durchdenkenden Gefüge „des uns alle Angehenden“ und bezieht sich auf „alle heute erkennbaren Fähigkeitsdimensionen“ von Menschen. Darüber hinaus sind Bildungsfragen immer auch Gesellschaftsfragen. Hierzu zählt im Sinne Klafkis beispielhaft die Frage nach der gesellschaftlich produzierten Ungleichheit (zwischen sozialen Klassen und Schichten, zwischen Männern und Frauen oder zwischen verschiedenen Nationalitäten innerhalb einer Gesellschaft), die Frage nach Krieg und Frieden oder aber die im globalen Maßstab zu durchdenkende Frage nach der Zerstörung oder Erhaltung der natürlichen Grundlagen menschlicher Existenz (Evers, 2012, S. 45–46). Diese Überlegungen aufgreifend sollte sich Bildung immer auch auf die Auseinandersetzung mit den zentralen Problemen der Gegenwart beziehen (Klafki, 2007, S. 42–43).

Auch wenn die persönlichkeitsentwickelnden Aspekte für Hochschulen eine hohe Relevanz haben, können mit Blick auf die gesellschaftlichen Entwicklungen und die damit verbundenen Herausforderungen an ein modernes Bildungsverständnis entsprechende Prozesse an Hochschulen nicht ausschließlich auf „akademische Persönlichkeitsbildung“ ausgerichtet sein. Sie müssen auch für unterschiedliche Handlungsfelder befähigen (Wolter, 2015, S. 25–38). Hochschulen müssen sich somit die Frage stellen, wie es gelingen kann, sowohl den eigenen Zielen als auch den Erwartungen in Richtung einer beruflichen Realität gerecht werden zu können. Hier scheint im Sinne der aufgegriffenen bildungstheoretischen Grundlagen und mit Blick auf die seitens der Hochschulen anzustrebende „Beschäftigungsbefähigung“ (HRK, 2013, S. 15) eine Rückbindung aller Bildungsbemühungen an die soziale Lebensrealität ein erfolgversprechender und letztendlich notwendiger Weg, mit der eine gelingende und hochschulisch geprägte Ausbildung in den Gesundheitsberufen erfolgen kann. Denn die Auseinandersetzung des Individuums mit der (beruflichen) Realität ist zwingende Voraussetzung, um diese verstehen, analysieren und gegebenenfalls auch weiterentwickeln sowie in ihr handeln zu können.

Überträgt man diese Überlegung nun auf die hochschulische Bildung in den Gesundheitsberufen, so bedeutet dies, dass auf Bildung ausgerichtete Aspekte sich immer auf die gesundheitsberufliche Wirklichkeit beziehen müssen und eine (individuelle) Auseinandersetzung mit den typischen Schlüsselproblemen der jeweiligen Handlungsfelder erfolgen muss (Evers, 2012, S. 55).

Da es sich bei allen Gesundheitsberufen um handlungswissenschaftlich geprägte Disziplinen handelt, die u. a. durch einen starken Klienten*innenbezug geprägt sind (Hülken-Giesler, 2013, S. 72), ist zudem zu berücksichtigen, dass Bildungsprozesse immer auch als Interaktionsprozesse verstanden werden müssen. Denn das aufeinander bezogene Handeln von Angehörigen der Gesundheitsberufe und Patient*innen/Klient*innen ist we-

sentlich durch Kommunikation und Interaktion geprägt. In diesem Kontext sind die Berücksichtigung sowie die Auseinandersetzung mit sehr unterschiedlichen Perspektiven bildungsrelevant. Gillen (2015, S. 87) folgend ist dabei nicht nur die (kritische) Auseinandersetzung mit der eigenen Perspektive notwendig – auch die Berücksichtigung anderer (sowohl individueller als auch institutioneller bzw. gesellschaftlicher) Perspektiven ist relevant, um eine am Individuum ausgerichtete Unterstützung in gesellschaftlich bedingten Zusammenhängen zu realisieren (Evers, 2012, S. 55).

Im Kontext der Perspektivenvielfalt sind zudem auch die professionstheoretischen Überlegungen von Oevermann von Belang. Nach Oevermann (2002, S. 29) ist die professionalisierte Praxis durch eine stellvertretende Krisenbewältigung für eine beschädigte konkrete Lebenspraxis (eines Laien) gekennzeichnet. Professionell Handelnden kommt in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, den vermeintlichen Laien in der Bewältigung „manifester“ Krisen zu unterstützen. Hierbei ist wichtig, dass die professionell Handelnden die Selbstständigkeit des Laien bewahren bzw. wiederherstellen. Um dies zu ermöglichen, sind die professionell Handelnden in doppelter Weise zu professionalisieren (Oevermann, 1996, S. 124): Zum einen muss der wissenschaftliche Diskurs eingeübt werden. Zum anderen ist er hinsichtlich der Lösung der Probleme einer konkreten Lebenspraxis zu professionalisieren. Diese doppelte Professionalisierung beschreibt Oevermann (1996, S. 126) beispielhaft mit den Begriffen „Erklären und Fallverstehen [...] als zwei polar zueinander stehende kognitive und methodische Operationen“. Um diese durchaus unterschiedlichen Sichtweisen erfassen zu können und darauf aufbauend eine möglichst angemessene Handlung ableiten zu können, bedarf es der zuvor benannten Perspektivenvielfalt.

Fasst man die vorstehenden bildungsbezogenen Überlegungen nun zusammen, so sollte sich Hochschule mit Blick auf die veränderten Rahmenbedingungen an dem Konzept „einer wissenschaftsbasierten professionellen Handlungsfähigkeit [orientieren], das neben berufsrelevanten Kompetenzen eine wissenschaftliche, kritisch-reflexive Haltung und intellektuelle Neugierde mit einschließt“ (Wolter, 2015, S. 36; Wissenschaftsrat 2015). Hochschulische Bildung wäre dann insbesondere durch das Verstehen und Anwenden wissenschaftlicher Theorien und Methoden, durch die Fähigkeit zur kritischen Reflexion und zur Innovation, durch darauf aufbauendes Handeln in einer sozialen Realität sowie die Fähigkeit zum Herstellen von inter- und transdisziplinären Bezügen als Kernkompetenzen geprägt (Wolter, 2015, S. 36). Die Ausrichtung auf zu erwerbende Kompetenzen, in diesem Kontext zu verstehen „als situative und durch Mündigkeit geprägte Handlungsfähigkeit des Individuums“ (Evers, 2015b, S. 110–120),⁵ ist zudem als Merkmal hochschulischer Bildung zu verstehen.

5 Vgl. hierzu auch die für die Erziehungswissenschaft relevante Definition von Hartig & Klieme (2007, S. 21): „Kompetenzen sind Dispositionen, die im Verlauf von Bildungs- und

Um genau diese Kernkompetenzen anbahnen zu können, muss die leitende Fragestellung bei der Entwicklung und Umsetzung von Studiengängen in den Gesundheitsberufen sein, welche Wege in der Ausgestaltung der Lehr-Lern-Prozesse eingeschlagen werden müssen, damit hochschulische Absolventen der Gesundheitsberufe eine reflektierte und gleichzeitig kritisch-konstruktive Auseinandersetzung mit der beruflichen Realität und eine Ableitung der sich daraus ergebenden Handlungsmöglichkeiten leisten können. Der Weg dorthin und die didaktische Ausgestaltung sind folglich von besonderer Bedeutung. Dabei kann die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen als neues Aufgabenfeld verstanden werden, welches einer neuen bzw. entsprechend angepassten didaktischen Ausgestaltung bedarf (Hülken-Giesler, 2013, S. 71). Denn nur so können die Besonderheiten in den Handlungsfeldern hochschulisch ausgebildeter Gesundheitsberufe (u. a. die Interaktion mit Menschen, die stellvertretende Krisenbewältigung, die fallorientierte und zugleich wissenschaftsbasierte Entscheidungsfindung, aber auch das professionelle Handeln unter Berücksichtigung der aktuellen institutionellen Rahmenbedingungen) umfassend einbezogen werden. Hier bieten sich u. a. etablierte didaktische Konzepte wie die Situations- oder Fallorientierung oder das problemorientierte Lernen an, um den Lehr- und Lernprozess und damit den Bildungsprozess des Individuums an der „sozialen“ Realität der auszubildenden Berufe ausrichten zu können (Ertl-Schmuck & Fichtmüller, 2010).

Zusammenfassend greifen die im Folgenden beschriebenen Konzepte entsprechende Möglichkeiten einer didaktischen Konzeption unter Berücksichtigung der vorstehenden bildungsrelevanten Aspekte auf. Im Zuge dessen werden bestehende didaktische Konzepte aufgenommen und um eine hochschuldidaktische Perspektive erweitert, wobei die Merkmale hochschulischer Bildungsprozesse (u. a. Wissenschaftsorientierung, Persönlichkeitsbildung) als leitende Grundlage zu betrachten sind.

Die Konzepte der Studiengänge stellen damit auf unterschiedliche Art und Weise gelungene Beispiele für einen erfolgreichen Theorie-Praxis-Transfer sowie für die Gestaltung einer praktischen Ausbildung in den Gesundheitsberufen auf hochschulischem Niveau dar. In diesem Kontext greifen sie gesellschaftliche Entwicklungen und das damit verbundene hochschulische Bildungsziel in Richtung einer Beschäftigungsbefähigung auf.

Infolgedessen können die hochschulischen Konzepte als eine Neuentwicklung bestehender Bildungskonzepte verstanden werden, die durch ihre Anpassung und Neuausrichtung auf die Entwicklungen und Herausforderungen

Erziehungsprozessen erworben (erlernt) werden und die Bewältigung von unterschiedlichen Aufgaben und Lebenssituationen ermöglichen. Sie umfassen Wissen und kognitive Fähigkeiten, Komponenten der Selbstregulation und sozial-kommunikative Fähigkeiten wie auch motivationale Orientierungen. Pädagogisches Ziel der Vermittlung von Kompetenzen ist die Befähigung zu selbstständigem und selbstverantwortlichem Handeln und damit zur Mündigkeit“.

der erkennbaren Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen der Gesundheitsberufe einen wichtigen Beitrag für die hochschulische Ausbildung der Studierenden leisten.

Vor dem genannten Hintergrund wird bei der Darstellung der hochschulischen Konzepte an einer Zielsetzung des Bildungsprozesses, der klinischen Kompetenz, angesetzt. Denn unabhängig von den unterschiedlichen Settings, in denen gesundheitsbezogene Berufsgruppen agieren, ist deren berufliches Handeln maßgeblich durch die Ausrichtung auf den direkten Klienten*innenbezug geprägt. Ein Spezifikum der praktischen Ausbildung in diesem Bereich besteht dabei in der Tatsache, dass die Situationen, in denen Lehr-Lern-Prozesse stattfinden, auch entscheidend von dem Rezipienten mitbestimmt sind. Damit besteht die Herausforderung der Gestaltung von Lehr-Lern-Prozessen in der Verbindung zwischen Lernort und Arbeitsfeld und somit in der parallelen Fokussierung auf Ausbildung und Versorgung, was die Berücksichtigung unterschiedlicher und teils konträrer Anforderungen erforderlich macht.

Literatur

- Bogwardt, A. (2015). Conclusio. In M. Hillmer & K. Al-Shamery (Hrsg.), Die Bedeutung von Bildung in einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Welchen Bildungsauftrag hat die Universität? *Nova Acta Leopoldina NF 121*, Nr. 407, S. 119–124.
- Ertl-Schmuck, R. & Fichtmüller, F. (2010). *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Evers, T. (2012). *Die besondere Ungewissheit im Handeln. Schlüsselprobleme gerontopsychiatrischer Pflegepraxis*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Evers, T. (2015a). Die besondere Ungewissheit im Handeln – bildungstheoretisch und empirisch fundierte Kompetenzerfassung am Beispiel gerontopsychiatrischer Pflegepraxis. *bwp@ Spezial 10*, S. 1–25.
- Evers, T. (2015b). Kompetenzentwicklung und Praxisbegleitung. In F. Arens (Hrsg.), *Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Eine Standortbestimmung* (S. 10–125). Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zuryk, H. (2010). The Lancet Commission, Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world *The Lancet Volume 376*, No. 9756, p. 1923–1958, 4 December 2010. Original verfügbar unter [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5) [06.01.2016] Die genannten Seitenangaben beziehen sich auf die deutsche Übersetzung des Reports durch die Stiftung Careum. Verfügbar unter http://www.careum.ch/documents/10180/22224/Lancet%20Report?redirect=http%3A%2F%2Fwww.careum.ch%2F Lancet-re-port%3Fp_id%3D175_INSTANCE_Reijh7MA8875%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2 [06.01.2016]
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Osnabrück/Göttingen: V&R unipress.

- Gillen, J. (2015). Universitäten als Entwicklungsräume – Überlegungen zum Bildungsauftrag von Universitäten im 21. Jahrhundert. In M. Hillmer & K. Al-Shamery (Hrsg.), *Die Bedeutung von Bildung in einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Welchen Bildungsauftrag hat die Universität? Nova Acta Leopoldina NF 121*, Nr. 407, S. 81–91.
- Görres, S. (2013). Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Verfügbar unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf [06.01.2016]
- Hartig, J. & Klieme, E. (2007). Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften. In Prenzel, M., Gogolin, I., Krüger, H. H. (Hrsg.): *Kompetenzdiagnostik. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. 10. Jahrgang, Sonderheft 8*. Wiesbaden: VS, S. 11–29.
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK). (2013). *Europäische Studienreform*. Empfehlung der 15. Mitgliederversammlung der Hochschulrektorenkonferenz vom 19.11.2013.
- Horx, M. (2010). *Trenddefinitionen, erstellt für das Zukunftsinstitut GmbH*. Verfügbar unter <http://www.horx.com/zukunftsforschung/Docs/02-M-03-Trend-Definitionen.pdf> [06.01.2016]
- Huber, H., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, 4163. doi 10.1136/bmj.d4163
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie*. 7. Aufl., Weinheim und München: Juventa.
- Hülken-Giesler, M. (2013). Hochschuldidaktik – eine Einführung. In R. Ertl-Schmuck & U. Greb (Hrsg.), *Pflegedidaktische Handlungsfelder*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Kickbusch, I. & Hartung, S. (2014). *Die Gesundheitsgesellschaft. 2. vollständig überarbeitete Auflage*. Bern: Hans Huber, Hogrefe.
- Klafki, W. (2007). *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik – Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik*. Weinheim: Beltz.
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2010). *Armut und Gesundheit*. Hrsg. Robert Koch Institut Berlin GBE kompakt 5/2010. Verfügbar unter www.rki.de/gbe-kompakt [06.01.2016]
- Lederer, B. (2014). *Kompetenz oder Bildung – eine Analyse jüngerer Konnotationsverschiebungen des Bildungsbegriffs und Plädoyer für eine Rück- und Neubesinnung auf ein transinstrumentelles Bildungsverständnis*. Innsbruck: University Press.
- Lenzen, U. (2014). *Bildung statt Bologna!* Berlin: Ullstein.
- Meyer, R. (2012). *Professionsorientierte Beruflichkeit? Theoretische und konzeptionelle Überlegungen zur Öffnung der Hochschulen als Lernorte der beruflichen Bildung*. Verfügbar unter www.bwpat.de/ausgabe23/meyer_bwpat23.pdf [13.12.2016]
- Oervermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität – Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Oevermann, U. (2002). *Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. Institut für hermeneutische Sozial und Kulturforschung e. V.* Verfügbar unter http://www.ihsk.de/publikationen/Ulrich_Oevermann-Manifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf. [12.04.2016]
- Pätzold, G. (2003). *Lernfelder – Lernortkooperationen. Neugestaltung beruflicher Bildung*. (2. Aufl.). Bochum : Projekt Verlag 2003 (Dortmunder Beiträge zur Pädagogik; 30). Verfügbar unter http://www.pedocs.de/volltexte/2010/1895/pdf/Paetzold_Lernfelder_D_A.pdf [06.01.2016]
- Pellert, A. (2015). Zeitgemäße Interpretation des Bildungsauftrages in einer wissensbasierten Netzwerkgesellschaft? In: M. Hillmer & K. Al-Shamery (Hrsg.), *Die Bedeutung von Bildung in einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Welchen Bildungsauftrag hat die Universität? Nova Acta Leopoldina NF 121*, Nr. 407, S. 53–61.

- Rauner, F. (2006). Qualifikations- und Ausbildungsforschung. In: F. Rauner (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Richards, T., Montori, V. M., Godlee, F., Lapsley, P. & Paul, D. (2013). Let the patient revolution begin. Patients can improve healthcare: it's time to take partnership seriously. *BMJ*, 346 f 2614 doi: 10.1136/bmj.f2614
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Verfügbar unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/memorandum_kooperation_der_gesundheitsberufe.pdf [06.01.2016]
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Verfügbar unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf [06.01.2016]
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzfassung)*. Verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf [06.01.2016]
- Severing, E. & Teichler, U. (2013). Akademisierung der Berufswelt? Verberuflichung der Hochschulen? In E. Severing & U. Teichler (Hrsg.), *Akademisierung der Berufswelt?* Bielefeld: Bertelsmann 2013.
- Statistisches Bundesamt (2014). *Pressemitteilung Nr. 075 vom 05.03.2014*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/03/PD14_075_23_621.html [06.01.2016]
- Statistisches Bundesamt (2015). *Pressemitteilung Nr. 132 vom 14.04.2015*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/04/PD15_132_23_611.html [06.01.2016]
- Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J. & Probst, J. (2013). *Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik*. careum working paper 7. Verfügbar unter <http://www.careum.ch/working-paper-7> [06.01.2016]
- WHO (1986). *Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [06.01.2016]
- WHO Europa (2013). *Gesundheit 2020. Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Kurzfassung*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/215756/Health2020-Short-Ger.pdf [06.01.2016]
- Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Verfügbar unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [06.01.2016]
- Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2015). *Empfehlungen zum Verhältnis von Hochschulbildung und Arbeitsmarkt*. Verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4925-15.pdf> [20.01.2016]
- Wolter, A. (2015). Hochschulbildung vor neuen gesellschaftlichen Herausforderungen – Rückbesinnung auf die klassischen Bildungsideale oder Bildung neu denken? In: M. Hillmer & K. Al-Shamery (Hrsg.), *Die Bedeutung von Bildung in einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Welchen Bildungsauftrag hat die Universität?* Nova Acta Leopoldina NF 121, Nr. 407, S. 25–38.

Erster Teil: Lehr-Lern-Konzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung

Klinische Kompetenzentwicklung kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden, welche als konstituierende Elemente des Feldes verstanden werden können (Bergjan & Tegethoff, 2013). Hierbei handelt es sich jedoch nicht um trennscharfe Kategorien. Die von den Herausgeber*innen in Anlehnung an die oben genannte Publikation vorgenommene Zuordnung zu einer Perspektive soll den Leser*innen vielmehr als Orientierung über die gängigen Aspekte der klinischen Kompetenzentwicklung dienen. Es wurden von Bergjan & Tegethoff (2013) folgende Perspektiven beschrieben:

A) Akteure des Lernprozesses: Diese Perspektive fokussiert die unterschiedlichen Individuen, die an der Kompetenzentwicklung der Lernenden beteiligt sind. Die Betrachtung schließt alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure ein. Gegenstand der Betrachtung ist dabei auch das jeweilig erforderliche Qualifikationsniveau der einzelnen Beteiligten (Halcomb, Stephens, Bryce, Foley & Ashley, 2016; Edgar & Connaughton, 2014).

B) Lernumgebung: Die damit angesprochene Perspektive betrachtet das Feld, in dem Lernen stattfindet. Dieses wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst und unterliegt einem ständigen Veränderungsprozess. Ein Spezifikum der Lernumgebung im Zusammenhang mit einer klinischen Kompetenzbildung besteht in der Eingliederung in das Arbeitsfeld. Die genannte Perspektive weist Ähnlichkeiten zu lernortbezogenen Diskussionen auf (Hegenbarth, Rawe, Murray, Arnaert & Chambers-Evans, 2015; Carracio, Benson, Nixon & Derstine 2008).

C) Lehr-Lern-Strategien: Mit dieser Perspektive wird der methodische Aspekt des Lehr-Lern-Prozesses in den Mittelpunkt gerückt. Die eingesetzten Methoden und Strategien müssen den Besonderheiten des klinischen Feldes gerecht werden. So machen abgestufte Komplexitätsgrade die Vermittlung und Einübung von Kompetenzen in gestufter Form möglich. In diesem Kontext werden beispielsweise Simulationen berufsbezogener sowie interprofessioneller Betreuungssituationen oder Lerngelegenheiten im klinischen Setting diskutiert (Pritchard, Blackstock, Nestel & Keating, 2016; Murdoch, Bottorff & McCullough, 2014; Hill, Davidson & Theodoros, 2013; Williams, 1992).

In der Publikation von Bergjan & Tegethoff (2013) werden diese drei Perspektiven ergänzt um den Aspekt Assessment und Feedback. Diese Perspektive richtet sich auf kompetenzorientierte Analyse- und Bewertungsverfahren. Der Fokus der Beiträge im vorliegenden Buch liegt auf dem Prozess des klinischen Kompetenzerwerbs. Vor diesem Hintergrund werden die Perspek-

tiven „Akteure des Lernprozesses“, „Lernumgebung“ und „Lehr-Lern-Strategien“ in den Blick genommen. Dabei ist für die Zuteilung der Beiträge in eine Perspektive der im didaktischen Konzept gewählte Schwerpunkt der Autor*innen maßgeblich. Darüber hinaus werden aber auch Aussagen der anderen Perspektiven sichtbar.

Literatur

- Bergjan, M. & Tegehoff, D. (2013). Klinische Kompetenzentwicklung in der Pflegeausbildung als Herausforderung für Forschung und Entwicklung. *Pflege & Gesellschaft* 18 (3), 253–267.
- Carraccio, C. L., Benson, B. J., Nixon, L. J. & Derstine, P. L. (2008). From the Educational Bench to the Clinical Bedside: Translating the Dreyfus Developmental Model to the Learning of Clinical Skills. *Academic Medicine*, Vol. 83, No. 8, 761–767.
- Edgar, S. & Connaughton, J. (2014). Exploring the role and skill set of physiotherapy clinical educators in work-integrated learning. *Asia-Pacific Journal of Cooperative Education*, 15 (1), 29–36.
- Halcomb, E., Stephens, M., Bryce, J., Foley, E. & Ashley, C. (2016). Nursing competency standards in primary health care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (9–10), 1193–205.
- Hegenbarth, M., Rawe, S., Murray, L., Arnaert, A. & Chambers-Evans, J. (2015). Establishing and maintaining the clinical learning environment for nursing students: a qualitative study. *Nurse Education Today*, 35 (2), 304–9.
- Hill, A. E., Davidson, B. J. & Theodoros, D. G. (2013). The performance of standardized patients in portraying clinical scenarios in speech-language therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48 (6), 613–24. doi: 10.1111/1460-6984.12034
- Murdoch, N. L., Bottorff, J. L. & McCullough, D. (2014) Simulation education approaches to enhance collaborative healthcare: A best practices review. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10 (1), 307–321.
- Pritchard, S. A., Blackstock, F. C., Nestel, D. & Keating, J. L. (2016). Simulated Patients in Physical Therapy Education: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy*, 96 (9), 1342–1353. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20150500> [06.01.2016]
- Williams, S.M. (1992). Putting case-based instruction into context: Examples from legal and medical education. *The Journal of Learning Sciences* 2 (4), 367–427.