

Geleitwort

Ein Moment der beruflichen Selbstbestimmung – Weiterbildung in der Kinderkrankenpflege selbst gestalten

Benjamin Kühme

Für die pflegerische Weiterbildung besteht Novellierungsbedarf, der sich zum einen aus den neuen Anforderungen im Gesundheitswesen ergibt – zum anderen, weil die berufliche Weiterbildung kurzzeitig durch die eigene Standesvertretung im Land Schleswig-Holstein den Auftrag zur Neuordnung der Weiterbildung übernommen hat. So ergab sich der Anlass, die künftigen Anforderungen und Entwicklungen im Handlungsfeld entsprechend in einer neuen Weiterbildung für die Kinderkrankenpflege abzubilden, diese strukturell, didaktisch sowie inhaltlich zu erarbeiten, um den gesellschaftlichen Entwicklungen sowie den Veränderungen im Gesundheitssystem Rechnung zu tragen. Mit dem jungen Organ der Pflegekammer in Schleswig-Holstein wurden kurzzeitig berufliche Selbstbestimmung und Autonomie für die Pflegenden möglich. Erstmals waren es in Schleswig-Holstein ausschließlich Pflegenden selbst, die aktiv und innovativ für die pflegerische Weiterbildung gearbeitet und im Sinne der Berufsgruppe gestaltet haben. Ziel dieses Beitrags ist es nicht, die Geschehnisse um die (Selbst-)Zerstörung der Pflegekammern in Schleswig-Holstein und Niedersachsen tiefergehend zu diskutieren. Gleichwohl belegen die Geschehnisse Merkmale pflegeberuflicher Unmündigkeit, die im Widerspruch zu einer selbstbestimmten, autonomen, emanzipierten und mündigen Berufsgruppe stehen, wie wir sie aus der Geschichte der Bildungstheorien (u.a. Klafki, Heydorn, Blankertz, Marotzki) ableiten können. Für die Pflegebildung blicken wir durchaus auf wertvolle Anschlüsse an diese Bildungstraditionslinie (Wittneben, Darmann-Finck, Greb, Ertl-Schmuck).

Umso mehr erschüttert der Befund einer aufgegebenen Selbstverwaltung. Die Gestaltung der berufeigenen Weiterbildung durch die Berufsgruppe

selbst ist ein Akt der beruflichen Selbstbestimmung. Hierfür wurden von der Arbeitsgruppe Weiterbildung in der Pflege (WiP) an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel didaktische Konsequenzen gezogen, indem für die curriculare Gestaltung auf Bildung im bildungstheoretischen Sinne rekurriert wurde und zudem pflegedidaktische Entwicklungen nicht unberücksichtigt blieben. Für die berufliche Neugestaltung der Weiterbildungen kann der pflegedidaktische Diskurs¹ nicht ignoriert werden, in dem das *Pflegerische* und die *Vermittlung des Pflegerischen* zu den Kernthemen pflegeberuflicher Bildung gehören. Aus diesem Grund wurden von der Arbeitsgruppe bewusst Bezüge zur Bildungstheorie hergestellt, was den Zielen und Aufgaben der beruflichen Standesvertretung Rechnung trägt. Der gewählte didaktische Bezug steht mit den hoheitlichen und standesrechtlichen Aufgaben einer Selbstvertretung, der Förderung von *Autonomie, Selbstbestimmung, Emanzipation und Solidarität* im Einklang. Bildungsziele, die für die Professionalisierung der Berufsgruppe Pflege elementar und wünschenswert sind. Das historische Moment der Selbstvertretung wurde von der Arbeitsgruppe genutzt, um als Gruppe von Pflegenden für Pflegende selbst zu gestalten – nicht um Missstände in der Pflege zu beklagen, wie es uns täglich (durch Pflegende selbst!) in den Medien entgegenschlägt, sondern aktiv an der Verbesserung der Weiterbildung tätig zu werden. So nun vorliegend für das Handlungsfeld *Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen*. Wenn man so will, vom Jammern beklagenswerter Zustände in die Handlung zu kommen und selbstbestimmt neu zu gestalten. Es sei mir in einem Vorwort erlaubt, hier von Pflegebildung zu sprechen, wie es die oben angeführten didaktischen Modelle intendieren. Umso mehr ist es zu würdigen, dass den Mitgliedern der Arbeitsgruppe WiP über das Bestehen der Pflegekammer hinaus, ein struktureller und fachlicher Anschluss am Lehrstuhl für Pflegepädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel gelungen ist, um die wertvolle Arbeit weiterzuführen. Für andere pflegerelevante Themen wird die *Selbstbestimmung* den Pflegenden in Schleswig-Holstein auf lange Sicht verwehrt bleiben. Durch die Abschaffung der Kammer ist es Realität geworden, dass pflegerelevante Themen nun wieder *fremdbestimmt* entschieden werden. Es bleibt zu hoffen, dass die Berufsgruppe aus der jüngsten pflegeberuflichen Geschichte lernt und realisiert, dass berufliche *Selbstbestimmung* (wieder) gegen *Fremdbestimmung* eingetauscht wurde. Für die

1 Für den aktuellen Diskurs zur Bildungstheorie in der Pflegedidaktik verweisen wir auf Ertl-Schmuck/Fichtmüller (2010) und Ertl-Schmuck/Greb (2013, 2015), Gahlen-Hoops/Genz (2023).

Berufsgruppe Pflege scheint Bildung wichtiger denn je, wie die Geschehnisse zeigen. Das neugestaltete Curriculum hat mit dem gewählten didaktischen Bezug den Anspruch auf Bildung, um die Weiterbildungsteilnehmer*innen in die aktive Gestaltung der Kinderkrankenpflege zu führen. Pflegenden dabei zu verhelfen, vom Beklagen der Zustände in die Handlung und Mitgestaltung (*Mitbestimmung*) zu kommen.

»Aus der Fachpraxis – für die Fachpraxis« – Einbindung der Berufspraxis in die didaktische Neugestaltung der Weiterbildung Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen

Was ist das Typische und Besondere der Kinderkrankenpflege und was unterscheidet sie von den anderen pflegerischen Handlungsfeldern? Die Beantwortung der Frage ist nicht leicht und führt in Folge zu einem Legitimationsnotstand der Kinderkrankenpflege. Gleichwohl ist eine Differenz zu den anderen pflegerischen Handlungsfeldern im Alltag der beruflichen Praxis selbstverständlich und gewährleistet, dass Kinder und Jugendliche an ihren Bedürfnissen ausgerichtet gepflegt werden. Doch sind Kinderkrankenpflegende in der Lage, ihr berufliches Selbstverständnis in eine Sprache zu fassen, die Typiken und damit Differenzen zu den anderen Handlungsfeldern zu artikulieren? Wer hier nicht mehr weiterlesen will, möge zunächst noch beantworten, was Kinderkrankenpflege eigentlich ist und was sie so einmalig macht. Die Frage rührt am Grundproblem der pflegerischen Berufsgruppe(n): der Darstellung des (Kinderkranken-)Pflegerischen und dessen Vermittlung. Die Frage und damit das Kernproblem wird m.E. nicht durch die gängigen Kinderkrankenpflegelehrbücher beantwortet. Gleiches gilt sowohl für die Krankenpflege als auch für die Altenpflege. Umso mehr ergibt es Sinn, den Berufsalltag mit seinen Anforderungen, Problemstellungen, Abläufen und Handlungsmustern in Form einer Berufsfeldanalyse genauer anzuschauen und zum Ausgangspunkt didaktischer Überlegungen zu machen, wie die Arbeitsgruppe WiP es getan hat.

Im Projekt wurde davon ausgegangen, dass die Einbeziehung der Akteur*innen (fachweitergebildete Pflegende, Vertreter der Weiterbildungsinstitutionen, Vertreter des Pflegemanagements und langjährige Akteur*innen in den Handlungsfeldern der Kinderkrankenpflege) zu realen und relevanten Ausgangsbefunden führt, die sinnvoll in die didaktische Neuausrich-

tung der Fachweiterbildung eingebracht werden können. Auf Basis von Expert*inneninterviews wurde ein realanalytischer Anspruch verfolgt, der die Anforderungen und Problemstellungen in den Handlungsfeldern der Kinderkrankenpflege berücksichtigt. Die Realanalyse brachte zudem hervor, wie sich fachpflegerische Handlungsfelder der Kinderkrankenpflege verändert haben, demnach neue Anforderungen an die Weiterbildungsteilnehmer*innen stellen. Gleichzeitig fördert das berufsfeldanalytische Vorgehen »Aus der Fachpraxis – für die Fachpraxis« die Identifikation der Berufsgruppe mit dem Weiterbildungsangebot. Ziel ist, dass sich die Akteur*innen im neuen Bildungsangebot unter Berücksichtigung ihrer realen Arbeitsprozesse wiederfinden. Gelernt werden soll, was sich als Anforderungen aus der Fachpraxis ergibt und didaktisch in sinnvolle Lehr-Lernarrangements überführt wurde. Die Beteiligung der Pflegenden aus der Berufspraxis selbst ist ein Akt beruflicher Selbstbestimmung. Nicht andere Berufsgruppen befinden darüber, was (in ihrem Sinne) in der Weiterbildung der Kinderkrankenpflege gelehrt werden sollte, sondern die Pflegenden der Berufspraxis selbst sind zu Wort gekommen, was in ihren Handlungsfeldern relevant ist und dem Berufsnachwuchs zu vermitteln ist. Nebenbei bemerkt, fördert dieses Vorgehen nicht nur, dass das Typische und Besondere der Kinderkrankenpflege zum Ausdruck kommt und Einzug in das Curriculum gefunden hat – Typiken und Spezifika werden zudem den pflegewissenschaftlichen Diskurs und die Theoriebildung in der Kinderkrankenpflege befruchten. Es wird selbstverständlicher, Typiken und Spezifika der Kinderkrankenpflege zu versprachlichen und in Begriffen zu fassen. Auch hier sei mir eine Anmerkung erlaubt, dass es aus meiner Sicht die Professionalisierung der Kinderkrankenpflege befördern wird, wenn Berufsvertreter*innen die Besonderheiten aus der Berufsfeldanalyse in ihr berufliches Selbstverständnis aufnehmen – um es artikulieren zu können. Das von der Arbeitsgruppe WiP intendierte Curriculum trägt dazu bei, dass Pflegende zukünftig die eingangs gestellte Frage beantworten werden.

Es bleibt zu wünschen, dass die über die Berufsfeldanalyse erhobenen Anforderungen und Inhalte auch Einzug in die Lehrbücher der Kinderkrankenpflege finden bzw. Anstoß geben, was eigentlich das Typische und Besondere der Kinderkrankenpflege ist und wie es vermittelt werden kann.

Kinderkrankenpflege in Deutschland: erste Schritte zum internationalen Anschluss

Die Pflegeberufe stehen in einem Umbruch, der u.a. durch eine Neuordnung der Ausbildungs- und Weiterbildungsformate für die pflegerischen Handlungsfelder im Gesundheitssystem geprägt ist. Dies belegt sich z.B. durch Novellierung der Ausbildungsgesetze der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die zu einem gemeinsamen Berufsgesetz zusammengefasst wurden (vgl. PflBRefG 2017, PflBG 2020). Neben der generalistischen Ausrichtung zu einem neuen Pflegeberuf, die international üblich ist, ist in Deutschland die Differenzierung in die bisherigen Sektoren Altenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weiterhin möglich. Dies mag einer Kompromisslösung geschuldet sein, die sich aus den zähen Interessen verschiedener Akteur*innen im Gesundheitswesen entwickelt hat. Festzuhalten ist, dass hierbei sicher nicht das Interesse verfolgt wurde, dass die deutsche Kinderkrankenpflegeausbildung in ihrer notwendigen (Aus-)Differenzierung das international übliche Masterniveau erreicht. Ein hierzu entsprechendes Bekenntnis der Akteur*innen in Gesundheits- und Verbandspolitik wäre wohl zu viel des Guten gewesen, wie in einem Vorwort spitzfindig angemerkt werden darf. International, so ist zu konstatieren, ist die Differenzierung Kinderkrankenpflege auf dem Masterniveau angelegt, was sich u.a. aus den komplexen Bedarfen des Handlungsfeldes ergibt – nur offenbar in Deutschland nicht, wie ebenso spitzfindig notiert wird. Auch war es den Absolvent*innen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege bisher nicht möglich, eine geregelte internationale Anerkennung ihrer in Deutschland erworbenen Berufsabschlüsse zu bekommen. Gleichwohl ergibt sich aus der vorliegenden Situation zur Pflegeausbildung in Deutschland die Notwendigkeit, dass pflegerische Weiterbildungen an die gesetzliche(n) Grundausbildung(en) anknüpfen, Bedarfe der Berufsfelder berücksichtigt werden und optimalerweise eine europäische Anschlussmöglichkeit zum Bachelor-Master-System geschaffen wird. Letzteres, um die internationale Durchlässigkeit von deutschen Fachweiterbildungen zu sichern, die bisher noch aussteht. Zudem gilt es, den in Deutschland weitergebildeten Pflegenden eine Teilhabe am europäischen Arbeits- und Bildungsmarkt zu ermöglichen, wie es der Bologna-Prozess seit 1999 intendiert. Aus aktuellem Anlass des Personalmangels kann die europäische Durchlässigkeit auch in anderer Richtung fruchtbar werden, was deutsche Arbeitgeber*innen erfreuen dürfte. Ein europäischer Anschluss er-

leichtert den im Ausland weitergebildeten Pflegenden die Einmündung in den deutschen Arbeitsmarkt, was dringender denn je geboten scheint. Zukünftig wäre es so möglich, schwerfällige und langatmige Anerkennungsverfahren, die zur Berufsausübung in Deutschland führen sollen, entsprechend zu modifizieren. Der Bologna-Prozess befördert grundsätzlich die europäische Mobilität. Aus meiner Sicht sind die Chancen für den deutschen Pflegesektor bisher unzureichend umgesetzt, was an der eigenwilligen Pflegebildungspolitik in Deutschland liegen mag. Bleibt abzuwarten, ob der Druck auf dem deutschen Arbeitsmarkt zukünftig einen europäischen Anschluss erzwingt und die Logik des Marktes die Durchlässigkeit (und damit den Anschluss) der deutschen pflegerischen Weiterbildung befördert.

Mit dem vorgelegten Weiterbildungscurriculum, das u.a. am Deutschen Qualifikationsrahmen (analog europäischer Qualifikationsrahmen) ausgerichtet ist, hat die Arbeitsgruppe die bestehende deutsche Situation aufgenommen und für die Differenzierung Kinderkrankenpflege zumindest einen internationalen Anschluss in das Bachelor-/Mastersystem hergestellt. Modul- und Kompetenzbeschreibungen machen es grundsätzlich möglich, dass die Weiterbildung für internationale Bildungsgänge auf Bachelorniveau anerkannt werden kann. Prospektiv kann nun geprüft werden, inwiefern zukünftig auch in Deutschland eine vollständige Überführung der pädiatrischen Weiterbildungen in das international übliche Masterniveau (EQR/DQR 7) sinnvoll ist und Deutschland die Versäumnisse in der Kinderkrankenpflege der letzten Jahrzehnte aufholt. Die ersten Schritte sind getan, die Kluft zwischen deutscher Weiterbildung und dem internationalen Bachelor-Master-System anzugehen.

Personalentwicklung: Horizontale und vertikale Durchlässigkeit der Weiterbildung

Pflegerische Fachweiterbildungen in Deutschland fallen im europäischen Vergleich durch ihren fehlenden Anschluss an das Bologna-System auf, wie schon dargelegt wurde. Bisher führen sie nicht in das europäische Bachelor-/Master-System und verstellen hierdurch den europäischen Weg des sinnvollen Lebenslangen Lernens. Gleichsam fehlen hierdurch bedingt den Gesundheitsinstitutionen die Möglichkeiten zur Personalentwicklung, die sich aus Bildungsgängen im europäischen Bachelor-/Master-System ergeben würden. Vor dem Hintergrund einer erschwerten *externen* Personalbeschaffung, wie

sie sich in der aktuellen Personalsituation im deutschen Gesundheitswesen darlegt, rückt die *interne* Personalbeschaffung (Personalentwicklung) in den Vordergrund. Personalaufbau- und Entwicklung wird aber nur sinnvoll möglich, wenn vertikale und horizontale Durchlässigkeiten in (internationale) Bildungsgänge hergestellt werden. Pfliegerische Fachweiterbildung in Deutschland war bisher ein Sackgassengeschäft, das Arbeitgeber*innen nur bedingt Möglichkeiten der Personalentwicklung geboten hat. Zu denken ist hier eine Bildungsarchitektur, die Mitarbeitenden nicht nur das Lebenslange Lernen und die damit verbundene Weiterentwicklung ermöglicht, sondern auch, dass Arbeitgeber*innen Mitarbeitende in den Einrichtungen dauerhaft halten können. Im Sinne eines *strategischen Personalmanagements* sind die Weiterbildungen optimalerweise an den unternehmerischen Inhalten und Zielen ausgerichtet. Mit Blick auf die generalistische Ausbildung nach PflBG ergibt sich hier für die pädiatrische Pflege ein dringender Handlungsbedarf. Mitarbeitende sind nicht mehr nach drei Jahren »fit on the job« zu denken, was eine rasche Verwertung auf dem Arbeitsmarkt sichert. Die neuen Ausbildungsregularien intendieren, dass in einer dreijährigen Grundausbildung (pflege-)berufliches Lernen zum Lebenslangen Lernen vorbereitet. Lernen zu lernen ermöglicht, dass sich Arbeitnehmer*innen weiterentwickeln können und damit länger im Beruf bleiben. Dieser Grundgedanke umfasst auch die Spezialisierung in der Kinderkrankenpflege, die als Berufsbildungsbiografie eine entsprechende Ausrichtung bekommen kann. Dass die neuen Bildungsstrukturen ein Glücksfall für die interne Personalbeschaffung (Personalmanagement) darstellen, wurde vielerorts noch nicht erkannt. Aktive Gestaltung Lebenslangen Lernens bedeutet für das Personalmanagement, dass Mitarbeitende institutionelle Verbundenheit entwickeln und eine Personalressource darstellen. Hierfür hat die Arbeitsgruppe Abhilfe geschaffen, indem sie zum einen für die Weiterbildung *Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen* sinnvolle Anschlüsse ins horizontale Weiterbildungssystem ermöglicht haben, da die Basismodule analog der bereits entwickelten und in Entwicklung befindlichen Basismodule in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen gestaltet sind – zum anderen wurden Anschlüsse ins tertiäre Bildungssystem hergestellt. Der modulare Aufbau der Weiterbildung sowie die Ausweisung von kompetenzorientierter Lehre nach DQR (analog HQR) ermöglicht grundsätzlich die Anerkennung im tertiären Bildungssystem. Dies bedeutet für die Personalwirtschaft, dass ein Zugang zu hochschulischen Bildungsangeboten eröffnet wurde und Einrichtungsthemen zukünftig durch die hochschulische (Weiter-)Bildung in den Institutionskontext gestellt werden können. Kurz

gesagt, Personalentwicklung und damit interne Personalbeschaffung analog der Einrichtungsziele, ist zukünftig über den Hochschulsektor möglich. Erste Weichen zur vertikalen Durchlässigkeit ins hochschulische Bildungssystem wurden geschaffen.

In diesem Sinne ist der Arbeitsgruppe WiP zu danken, dass sie trotz der politischen Wirrungen an ihrem Vorhaben festgehalten haben, einen Beitrag zur Pflegebildung für die Kinderkrankenpflege zu erarbeiten. Aus meiner Sicht trägt er dazu bei, dass das Besondere der Kinderkrankenpflege und dessen Vermittlung zur Abbildung kommt und Bedarfe der Berufspraxis hierbei eine entscheidende Größe darstellen.

Osnabrück, im Dezember 2022

Prof. Dr. Benjamin Kühme

Literatur

- Ertl-Schmuck, Roswitha/Fichtmüller, Franziska (Hg.) (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik: Eine Einführung, Weinheim: Juventa.
- Ertl-Schmuck, Roswitha/Greb Ulrike (Hg.) (2013): Pflegedidaktische Handlungsfelder, Weinheim: Beltz Juventa.
- Ertl-Schmuck, Roswitha/Greb Ulrike (Hg.) (2015): Pflegedidaktische Forschungsfelder, Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Genz, Katharina (Hg.) (2023): Pflegedidaktik im Überblick. Zwischen Transformation und Diffusion. Bielefeld: transcript.