

**“Integrativ ausbilden
—
Expertentum sichern !“**

Positionspapier

Zur Realisierung der integrativen Pflegeausbildung
aus der Sicht der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Die Inhalte dieses Papiers wurden in mehreren Werkstattgesprächen in Hannover
von Lehrerinnen für Kinderkrankenpflege aus ganz Deutschland
im Auftrag des BeKD e.V.
unter Leitung von Elfriede Zoller, stellvertr. Vorsitzende, und Ulrika Gehrke, Schriftführerin,
erarbeitet.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch
Dr. Elisabeth Holoch, Stuttgart.

Die redaktionelle Überarbeitung erfolgte durch
Frauke Leupold, Dipl. Pflegepäd. (FH), Hannover.

Hannover, 15. März 2005

Die Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe waren (in alphabetischer Reihenfolge):

- Auchter-Denker, Sigrid Heidelberg
- Gehrke, Ulrika Rostock
- Hintze, Andrea Flensburg
- Dr. Holoch, Elisabeth Stuttgart
- Kollie, Ulrike Datteln
- Lautz, Ingrid Bethel/Bielefeld
- Leupold, Frauke Hannover
- Maier, Christine Freiburg
- Marx, Sabine Hannover
- Nägeler-Kokott, Hildegard Datteln
- Stoll, Monika Bad Mergentheim
- Strüwe, Freya Osnabrück
- Tschirch, Annette Berlin
- Zoller, Elfriede Stuttgart

Inhaltsübersicht

I.	Einführung	4
II.	Gesetzgebung	4
III.	Thesen zur integrativen Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	6
IV.	Erläuterungen zu den Thesen	7
V.	Schlussfolgerungen	16
VI.	Literatur	18

I. Einführung

Die Ausbildung in der Kranken- und Kinderkrankenpflege ist durch die veränderten Aufgaben für und die Anforderungen an die berufliche Pflege reformbedürftig geworden.

Der Gesetzgeber hat dieses erkannt und führt mit den Verbänden der beruflichen Pflege eine intensive Diskussion über eine Novellierung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG).

Diese berufspolitische Diskussion war von vielen Seiten darauf ausgerichtet, auch in Deutschland eine generalistische Ausbildung zu etablieren und die eigenständige Grundausbildung in der Kinderkrankenpflege abzuschaffen. Durch die Aktivitäten des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.) und seiner Unterstützer konnte der eigenständige Berufsabschluss „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ erhalten bleiben.

Ergebnis ist das Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) vom 16.07.2003, das am 1.01.2004 in Kraft getreten ist.

Das novellierte Gesetz spricht sich eindeutig für eine integrative Ausbildung mit Erhaltung der eigenständigen Schwerpunkte in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aus. Die eigenständige Berufsbezeichnung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist weiterhin gesetzlich geschützt.

Trotz dieser Erfolge gibt es vor Ort Schwierigkeiten bei der Umsetzung der neuen Bestimmungen. Es besteht die Gefahr, dass aufgrund verschiedener Probleme – inhaltlich-struktureller und curricular-pädagogischer Art – die Qualität der Ausbildung und die Expertise in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verloren gehen.

Bundesweit werden die Vorgaben des Krankenpflegegesetzes von 2003 sehr heterogen umgesetzt. Die Lehrenden machen unterschiedliche Erfahrungen bezüglich der Bewahrung der Autonomie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den verschiedenen Ausbildungsstätten. Durch die Vielfalt von uneinheitlichen, z. T. widersprüchlichen Regelungen bzw. fehlenden Ausführungsbestimmungen werden die Schülerinnen und Schüler und die Lehrerinnen und Lehrer an den Schulen erheblich verunsichert.

Das Positionspapier des BeKD e.V. soll für die Kolleginnen und Kollegen in den Schulen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege eine Argumentations- und Arbeitshilfe sein.

Nach einem Überblick zur Gesetzgebung werden die Thesen des Berufsverbands zur integrativen Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vorgestellt und anschließend detailliert erörtert. Den Abschluss bilden die Schlussfolgerungen für die Umsetzung in die Praxis.

II. Gesetzgebung

Die wesentlichen Änderungen im Krankenpflegegesetz und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung werden kurz erläutert, denn sie sind für die Pflegeausbildung im Allgemeinen und für die Kinderkrankenpflegeausbildung im Besonderen von großer Bedeutung. In der Erörterung der Thesen wird die Relevanz dieser Änderungen speziell für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege deutlich.

Ausbildungsziele

Im Gesetz ist das Ausbildungsziel (§ 3 KrPflG) verändert und den neuen Erwartungen und Anforderungen an die berufliche Pflege angepasst worden:

- Erstmals wurden „eigenverantwortliche Aufgaben“ der Pflege formuliert und gegenüber „mitverantwortlich“ und „interdisziplinär“ zu erfüllenden Aufgaben abgegrenzt. Der beruflichen Pflege wird damit ein Aufgabenbereich eigenverantwortlich übertragen und das entsprechende Expertenwissen zugesprochen. Unter anderem fällt in diesen Aufgabenbereich die Zuständigkeit für den gesamten Pflegeprozess (von der Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs bis zur Evaluation und Qualitätssicherung der Pflege)
- Das Spektrum pflegerischer Tätigkeiten wurde explizit auf präventive, rehabilitative und palliative Aufgaben ausgeweitet.
- Erstmals sind Beratung und Anleitung der Empfänger von Pflege und ihrer Bezugspersonen ausdrücklich als pflegerische Aufgaben benannt.

Berufsbezeichnung

Die „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ / der „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ wurde als neue Berufsbezeichnung eingeführt, um die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention im Berufsbild zu unterstreichen.

Ausbildungsstrukturen und -inhalte

Durch die klarere Definition und Erweiterung des pflegerischen Aufgabenfeldes ist eine Veränderung von Strukturen und Inhalten in den pflegerischen Ausbildungen notwendig geworden und im Gesetz verankert.

- Die traditionellen Fächer sind zugunsten von Themenbereichen und Orientierung an beruflichen Handlungsfeldern aufgegeben worden.
- Alle Ausbildungsinhalte müssen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Im Gesetz werden als Grundlage pflegewissenschaftliche, pflegetheoretische und pflegerelevante Erkenntnisse der Bezugswissenschaften benannt, d.h. die Disziplin Pflege steht im Mittelpunkt.

III. Thesen zur integrativen Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Inhaltlich-strukturelle Thesen

1. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erfordert die Bildung von Ausbildungsschwerpunkten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zur Sicherung der intendierten Ziele.
2. Gesunde und kranke Kinder und Jugendliche sowie Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und ihre Familien haben ein Recht auf fachkompetente, ihrem spezifischen Bedarf entsprechende pflegerische Dienstleistungsangebote im Rahmen ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung.
3. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege betrachtet den gemeinsamen Gegenstand der Pflege unter dem spezifischen Blickwinkel des Pflegebedarfs von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern bzw. Bezugspersonen.
4. Die Expertise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zahlt sich langfristig aus, auch wenn sie sich kurzfristig nicht immer rechnet.
5. Für die Unterstützung und Förderung der elterlichen Kompetenz bezüglich der Gesunderhaltung ihrer Kinder gewinnt die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerische Expertise zunehmend an Bedeutung.

Curricular-pädagogische Thesen

6. Das vom Gesetz intendierte Ziel der Integration gilt für beide Pflegeberufe.
7. Integration heißt, dass der Gegenstand der Pflege neu wahrgenommen wird und die Inhalte zu etwas Neuem und übergeordneten Ganzen im Sinne einer „Vervollständigung“ des Pflegeberufes zusammen geführt werden.
8. Die inhaltliche und methodisch-didaktische Gestaltung einer integrativen Ausbildung zielt darauf ab, bei den Schüler/innen die Grundlagen für Expertentum zu schaffen.
9. Expertise in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege kann nur an Lernorten erworben werden, an denen Kinder und Jugendliche betreut werden.
10. Von integrativer Pflegeausbildung kann nur gesprochen werden, wenn die Entwicklung von Lehrplänen oder Curricula unter gleichberechtigter Beteiligung sowohl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als auch der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt.

IV. Erläuterungen zu den Thesen

1. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erfordert die Bildung von Ausbildungsschwerpunkten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zur Sicherung der intendierten Ziele

Die Finanzierung der pflegerischen Ausbildung ist derzeit nicht befriedigend gelöst. Diese Tatsache hat zu einer erheblichen Verunsicherung und zu einem Abbau von Ausbildungsplätzen – insbesondere in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege - geführt. Die Dimension dieses Abbaus ist schwer in Zahlen zu fassen, da kaum verlässliche Erhebungen vorliegen.^{1 2 3}

Eine Schwerpunktbildung sowohl in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als auch in der Gesundheits- und Krankenpflege ist aber gesetzlich vorgeschrieben. Damit verbundene Entscheidungen werden oftmals vorrangig unter ökonomischen und nicht unter curricular-pädagogischen Gesichtspunkten getroffen. Das bedeutet, dass die vom Gesetzgeber intendierten Ziele nicht erreicht werden. Um eine Schwerpunktbildung zu realisieren, müssen die dafür notwendigen materiellen und personellen Bedingungen gegeben sein⁴.

Eine Lösung der finanziellen Probleme darf nicht auf Kosten der Ausbildungsplätze im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gehen. Sie kann nur erreicht werden über Verhandlungen zwischen Gesetzgeber und Kostenträgern. Die ursprünglich geplante Umlagefinanzierung würde die Ausbildungsträger entlasten.

2. Gesunde und kranke Kinder und Jugendliche sowie Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und ihre Familien haben ein Recht auf fachkompetente, ihrem spezifischen Bedarf entsprechende pflegerische Dienstleistungsangebote im Rahmen ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung.

Die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen sowie die Frage nach der angemessenen Unterstützung und Förderung von Kindern und Jugendlichen ist in der jüngsten Zeit – insbesondere im Zusammenhang mit den Ergebnissen der PISA-Studie – wieder mehr in das öffentliche Bewußtsein gerückt. Zu dieser Unterstützung und Förderung gehört auch die fachkompetente Betreuung durch die berufliche Pflege. Deshalb hat der Gesetzgeber die spezielle Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erhalten und festgeschrieben.

Unterstützt wird diese These durch den Weltärztebund, der in seiner "World Medical Association Declaration of Ottawa on the Rights of the Child to Health Care" 1998 feststellt: „6. *Physicians and others providing health care to children should have the special training and skills necessary to enable them to respond appropriately to the medical, physical, emotional and developmental needs of children and their families.*“⁵

¹ NRW: „Das Land Nordrhein-Westfalen senkt drastisch die Ausbildungsplätze in der Pflege. Bis 2006 sollen in der Krankenpflege 9,8 %, in der Kinderkrankenpflege 40 % und in der Krankenpflegehilfe 75 % der Ausbildungsplätze abgebaut werden. Begründet wird dies mit einer geringeren Auslastung der Schulen und der strengen Bedarfsorientierung im neuen Finanzierungsrecht.“ (Pflegeunterricht konkret - Newsletter Ausgabe 8 - 6.10.2004)

² Baden-Württemberg erwartet einen Ausbildungsplatzabbau von ca. 670 Plätzen im Zeitraum 2003-2005 (<http://www.lag-bawue.de/aktuell/ausbildungsplatzschwund.htm> am 29.11.2004)

³ Nach persönlichen Mitteilungen sind in Mecklenburg-Vorpommern von vormals acht Ausbildungsstandorten gegenwärtig noch vier verblieben, ein entsprechender Ausbildungsplatzabbau hat stattgefunden. Ähnliche Tendenzen werden auch aus anderen Bundesländern berichtet.

⁴ Lehrpersonal mit entsprechender Expertise, Lehr- und Lernmaterial, Praxiseinsätze ...

⁵ „Ärzte und andere Personen, die mit der gesundheitlichen und medizinischen Betreuung von Kindern befasst sind, müssen über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, die sie benötigen

3. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege betrachtet den gemeinsamen Gegenstand der Pflege unter dem spezifischen Blickwinkel des Pflegebedarfs von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern bzw. Bezugspersonen.

Generell ist davon auszugehen, dass es einen einheitlichen Gegenstand der Disziplin Pflege und einen gemeinsamen Auftrag der Pflegeberufe gibt.

Pflege als berufliche Dienstleistung ist zuständig für die Bearbeitung eines individuell und gesellschaftlich immer bedeutsamer werdenden Problems, nämlich dem der Pflegebedürftigkeit. „Berufliche Pflege hat sich den folgenden drei zentralen Aufgaben zu stellen: Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, Pflegebedürftigkeit zu überwinden und Menschen bei langfristiger, unvermeidbarer Pflegebedürftigkeit zu unterstützen, zu fördern und human zu begleiten.“ (Kerngruppe Curriculum 2003, S.6).

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege definiert sich als eine spezielle, selbständige, pflegerische Disziplin. Sie umfaßt die Betreuung gesunder, akut und chronisch kranker Kinder sowie von Kindern mit Behinderungen.

Dieser spezielle berufliche Auftrag erfordert spezielle berufliche Kompetenzen. Gegenstand der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist das Handeln und Handlungsvermögen von gesunden und kranken Kindern und Jugendlichen sowie Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und ihren Eltern bzw. Bezugspersonen in Bezug zu Fragen der Gesundheit. Die Fähigkeit der Eltern bzw. Bezugspersonen, das für den Gesundheitszustand des Kindes notwendige Maß sowie die Qualität an Fürsorge aufzubringen, gehört ebenfalls dazu.

Die Menschen im Fokus der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind das Kind und seine Eltern. Der Begriff „Kind“ schließt dabei - vom Frühgeborenen bis zum Jugendlichen - alle Menschen von 0 bis 18 Jahren ein. Der Begriff „Eltern“ benennt die Personen, die die „elterliche Sorge“ im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ausüben oder im Sinne der elterlichen Fürsorgepflicht die Betreuung des Kindes übernehmen.

Kinder und Jugendliche benötigen Unterstützung bei der Bewältigung ihrer spezifischen Entwicklungsaufgaben. Die Entwicklung steht im Mittelpunkt: sie kann Ursache für Pflegebedürftigkeit sein und gleichzeitig hat die Qualität beruflich pflegerischen Handelns einen entscheidenden Einfluss auf den weiteren Entwicklungsprozess. Die speziellen Erfordernisse lassen sich durch die Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters untermauern (vgl. Berufsverband der Kinderkrankenbeschwestern und Kinderkrankenpfleger e.V. 1998, 2001):

- die Entwicklung des Kindes und Jugendlichen
- die körperliche und psychische Verletzlichkeit
- die unabdingbare Abhängigkeit von einem sozialen Bezugssystem.

4. Die Expertise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zahlt sich langfristig aus, auch wenn sie sich kurzfristig nicht immer rechnet.

Die gesundheitliche, gesellschaftliche und politische Bedeutung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hat der BekD e. V. in seinen Statements und Veröffentlichungen schon vielfach beleuchtet. Sie wird im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention durch aktuelle Untersuchungen und Veröffentlichungen⁶ untermauert.

um angemessen auf die medizinischen, physischen, emotionalen und entwicklungspsychologischen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien zu reagieren“ (Übersetzung d. Verf.)

⁶ vgl. z. B. Untersuchung des Robert-Koch-Institutes (RKI) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 2004; www.gesundheitsziele.de

Z.B. stellen Bründel/Hurrelmann (1996, S.262) fest, dass der „*relativ gute Gesundheitszustand von Kindern die Gefahr [birgt], die Gesundheitsrisiken zu übersehen, die sich gerade in den ersten Lebensabschnitten ergeben. Die Veränderung des Krankheitsspektrums, also das Zurückdrängen der akut-infektiösen und die Zunahme der chronisch-degenerativen Krankheiten, betrifft auch das Kindheitsalter. Zu oft wird übersehen, daß die wichtigsten chronischen Krankheiten, die heute das Erwachsenenleben bedrohen, ihren Ausgangspunkt im Kindesalter haben. Hier ist in erster Linie an Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems zu denken, aber auch an Krebskrankheiten, andere organische Schäden und psychosoziale Beeinträchtigungen.*“ (vgl. auch RKI 2004a, S.12)

Auch das vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung initiierte Forum Gesundheitsziele macht deutlich, dass „*Kinder und Jugendliche eine Bevölkerungsgruppe dar[stellen], bei der gesundheitsförderliche Verhaltensweisen entscheidend geprägt werden und der Aufbau von Gesundheitsressourcen für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten eine wichtige Rolle spielt. ... Obwohl die Krankheitslast in dieser Altersgruppe vergleichsweise geringer ist als im höheren Lebensalter, etablieren sich langfristig wirksame Gesundheitsrisiken bereits bei Kindern und Jugendlichen. ... Maßnahmen zu Verbesserungen der gesundheitlichen Lage und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen, die in den Lebensumfeldern Kindertagesstätten, Schulen und der Familie ansetzen, könnten annähernd ein Fünftel der Bevölkerung Deutschlands betreffen. ... Die Themen Bewegung, Ernährung und Stress beeinflussen auch die kindliche Gesundheit in besonderer Weise. Sie wirken sich langfristig aus und haben mit dem Auftreten von so genannten Zivilisationskrankheiten im späteren Alter zu tun. Insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten und bösartige Neubildungen sind die wichtigsten Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland. Deren Risiken wie Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel und Zigarettenrauchen gehen häufig auf Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter zurück. ... Die Herausbildung gesundheitsfördernder bzw. -riskanter Verhaltensweisen beginnt frühzeitig in der Kindheit und Jugend und steht in engem Zusammenhang mit Problemen der Sozialisation.*“ (Forum Gesundheitsziele 2003, S.132f.)

Die Investitionen im Kindesalter machen sich volkswirtschaftlich im Erwachsenenalter vielfach bezahlt und unterstützen die aktuellen Bemühungen der Bundesregierung um die Etablierung von Präventionsprogrammen mit dem Ziel, Krankheitskosten einzusparen und die sozialen Sicherungssysteme zu stabilisieren.

5. Für die Unterstützung und Förderung der elterlichen Kompetenz bezüglich der Gesunderhaltung ihrer Kinder gewinnt die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerische Expertise zunehmend an Bedeutung.

Die demografische Entwicklung mit sinkenden Geburten- und Kinderzahlen erscheint auf den ersten Blick ungünstig für die Weiterentwicklung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Dieser quantitative Blickwinkel ist aber zu eng, denn dabei wird die Situation der Kinder in Deutschland nicht erfasst⁸. Der Bedarf an sozialen Unterstützungssystemen und Beratungsleistungen ist aus folgenden Gründen angestiegen:

- Veränderung der familiären Lebensformen
- Veränderung der sozialen Rahmenbedingungen
- Wandel des Krankheitsspektrums

⁷ Laut RKI (2004a, S.16ff.) beträgt der Anteil der Kinder im Alter von 0-18 Jahren knapp 19 % der Bevölkerung, in der Gruppe der in Deutschland lebenden ausländischen Mitbürger liegt der Anteil bei 22 %.

⁸ Die Fallzahlen im Bereich der Pädiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in den letzten Jahren stetig gestiegen, während die Zahl der Betten und Pflegetage durch drastische Senkung der Verweildauer (ca. 30 %) gesunken ist. (vgl. RKI 2004a, S.154f.) Der dadurch angestiegene Bedarf kinderspezifischer ambulanter Versorgung ist noch nicht flächendeckend erfüllt.

Veränderung der familiären Lebensformen

„Frauen sind vermehrt berufstätig, bekommen immer später Kinder, die Familiengröße hat abgenommen, und es gibt viele Alleinerziehende. Auch beteiligen sich Mütter zunehmend mehr am Erwerbsleben, wodurch der Bedarf an Kinderbetreuungsmöglichkeiten steigt.“ (RKI 2004a, S.24)

Diese Feststellung gewinnt an Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch folgende Faktoren beeinflusst wird:

- die Familie
- das soziale Umfeld
- die Umweltbedingungen.

Mit dieser Entwicklung eng verbunden ist die Erhaltung und Förderung der Gesundheit.

Veränderung der sozialen Rahmenbedingungen

Auch die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen verändert sich. Die Zahlen sozial bedürftiger Kinder und Jugendlicher ohne Schulabschluss und Arbeit steigen (vgl. RKI 2004a, S.24)⁹.

In diesem Zusammenhang müssen auch die institutionellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung und die Folgen von Armut von Kindern und Jugendlichen gesehen werden (vgl. RKI 2004a, S.13; BMFSFJ 2005; Bundesregierung 2005).

„In Deutschland ist mit dem Reichtum auch die Armut gewachsen. Sozialhilfebedürftigkeit und verdeckte Armut haben stark zugenommen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2000, S.176f.). Zugleich besteht die eindeutige Tendenz, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nach monetären Prinzipien zu organisieren. Politisch diskutiert wird weitaus seltener die ethische Perspektive, nämlich die Verantwortung der Gesellschaft auch für ihre schwachen Mitglieder und deren Grundrecht auf die Güter der Gesundheitsversorgung. Von Armut bedroht sind heute v. a. Kinder, Jugendliche, deren Familien, Alleinerziehende, Frauen und ausländische Mitbürgerinnen (vgl. ISS 1998). Arm zu sein beinhaltet immer auch ein erhöhtes Krankheitsrisiko und die Gefahr, an den Leistungen des Gesundheitswesens nicht in ausreichendem Maße partizipieren zu können.“ (Kerngruppe Curriculum 2003, S.13)

Wandel des Krankheitsspektrums

Auch das Krankheitsspektrum hat sich gewandelt – mehr chronische¹⁰ und psychosomatische Erkrankungen und Behinderungen¹¹ stellen neue Anforderungen an die Eltern und die Familie.

Gleichzeitig ist eine regressive Entwicklung der elterlichen Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsfragen von Kindern und Jugendlichen zum Beispiel bei der Ernährung, der

⁹ An dieser Stelle wird auf die Veröffentlichung des Robert Koch-Institutes „Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit“ aus dem Jahr 2001 verwiesen.

¹⁰ „Es handelt sich bei den chronischen Erkrankungen vor allem um Allergien, Asthma bronchiale, Neurodermitis, angeborene Herzfehler; Epilepsie, Diabetes und Krebs, die über viele Jahre lang in mehr oder weniger bedrohlicher Weise das Handeln und Empfinden eines Kindes beeinflussen.“ (Bründel/Hurrelmann 1996, S.264)

¹¹ „Aufgrund des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts hat sich die Lebenserwartung von Kindern mit vormals tödlich verlaufenden Krankheiten (z. B. mit angeborenem Herzfehler) deutlich erhöht. Diese Kinder können heute bis weit in das Erwachsenenalter hinein leben, zum Teil jedoch mit lebenslangen körperlichen Beeinträchtigungen.“ (RKI 2004a, S.117)

Körperpflege, im Umgang mit kleinen Verletzungen u. a. m.¹² zu beobachten. In der folgenden Abbildung wird dargestellt, durch welche Einflussfaktoren die Anforderungen an die Kompetenz der Eltern steigen, wie gleichzeitig aber durch weitere Einflussfaktoren die Entwicklung und Stabilität der elterlichen Kompetenz beeinträchtigt wird. Weil es hier um Kompetenzen der Eltern im Umgang mit Fragen der Gesundheit ihres Kindes geht, wird im weiteren Verlauf für die Bezeichnung der elterlichen Kompetenz der Fachterminus „Dependenzpflege“ und „Dependenzpflegekompetenz“¹³ benutzt.

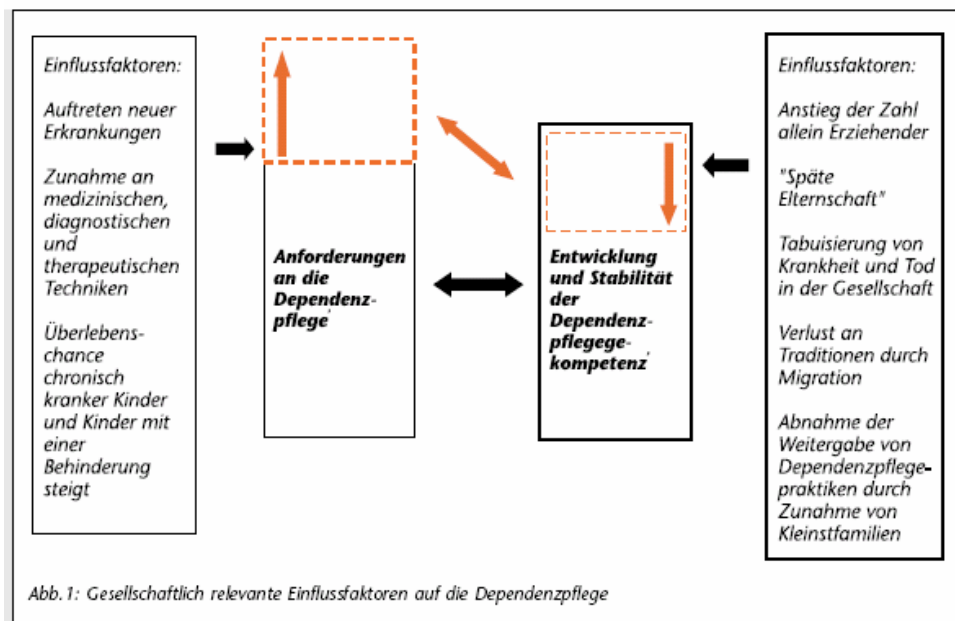


Abb. 1 (Holoch 2002, S.172)

Holoch (ebd.) erläutert die Abbildung folgendermaßen: „Im Idealfall ist die Dependenzpflegekompetenz der Eltern soweit entwickelt und ausreichend stabil, um den Anforderungen, die durch die Erkrankung eines Kindes entstehen, entsprechen zu können. Allgemein betrachtet ist aber anzunehmen, dass Faktoren wie beispielsweise das Überleben schwerstbehinderter Kinder, die mit komplexen medizintechnischen Hilfsmitteln in die häusliche Betreuung entlassen werden, die Anforderungen an die Dependenzpflege erhöhen. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass sich Faktoren wie die Zunahme der Anzahl an allein erziehenden Müttern bzw. Vätern oder die abnehmende Tradierung von Dependenzpflegepraktiken durch Migration u. a. hemmend oder destabilisierend auf die Entwicklung der Dependenzpflegekompetenz von Eltern auswirken. Dies führt zu einem Ungleichgewicht zwischen Handlungsanforderungen und Handlungskompetenz.“

¹² Zum Beispiel erläutert das RKI (2004a, S.76f.), dass nach Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA 2002) das Wissen von Eltern über Empfängnis und Verhütung, das sie an ihre Kinder weitergeben, häufig mangelhaft oder falsch ist.

¹³ „Dependenzpflege“ ist nach Orem (1997, S.500) „die Ausübung von Aktivitäten, die verantwortliche, heranreifende und reife Personen zu Gunsten von sozial abhängigen Personen für eine bestimmte Zeit auf kontinuierlicher Basis initiieren und durchführen, um deren Leben zu erhalten sowie Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern.“

Als „Dependenzpflegekompetenz“ bezeichnet Orem (ebd.) „die entwickelten und sich entfaltenden Fähigkeiten von Personen, den situativen Selbstpflegebedarf von Personen zu verstehen und zu erfüllen, die sozial von ihnen abhängig sind, oder die Entwicklung und Ausübung der Selbstpflegekompetenz dieser Personen zu regulieren.“

Die besondere Bedeutung der „präventiven Dependenzpflegekompetenz“¹⁴ zeigt sich in neueren Entwicklungen, wie der wachsenden Zahl übergewichtiger Kinder¹⁵ und damit verbunden einer Zunahme des Diabetes mellitus Typ II, dem sog. „Altersdiabetes“ in immer jüngerem Lebensalter. Die Fähigkeit von Eltern, ihr Kind zu einer gesunden Lebensweise mit einer ausgewogenen Ernährung und angemessener Bewegung zu erziehen, scheint erheblich abzunehmen.

Zu den Ursachen und den Möglichkeiten der systematischen Förderung der präventiven Dependenzpflegekompetenz gibt es dringenden Forschungsbedarf von Seiten der Pflegewissenschaft.

Die vom Forum Gesundheitsziele Deutschland (2002, S.14ff. und 22) exemplarisch genannten und nachfolgend dargestellten Maßnahmen können aber bereits jetzt durch kompetent ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen aufgegriffen und umgesetzt werden:

Im Setting Familie

- die „Elternkompetenz zu Ernährung“ fördern
- die „Zahl der stillenden Mütter“ erhöhen
- „außerfamiliäre Unterstützungssysteme“ ausbauen „(Hotlines, Beratung etc.)“ und „Elternschulung/-beratung“ anbieten
- die „Elternkompetenz zu Bewegung“ fördern
- die „Elternkompetenz zu Stress“ fördern
- „integrative Angebote für chronisch erkrankte Kinder“ vorlegen, „um Krankheitsbewältigungsstress zu minimieren“

6. Das vom Gesetz intendierte Ziel der Integration gilt für beide Pflegeberufe.

Die Organisation der pflegerischen Ausbildungen ist in den einzelnen Einrichtungen und in den Bundesländern durch unterschiedlich strikte und teilweise noch nicht vorhandene Rahmenrichtlinien (vgl. Synopse Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2004) sehr vielfältig.

Es gibt im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege folgende Formen:

- eigenständige Schulen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an Kinderkrankenhäusern
- Schulen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an allgemeinen Krankenhäusern mit Kinderkliniken/-abteilungen als Teil einer Schule für Pflegeberufe mit weiteren Ausbildungszweigen
- eigenständige Schulen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die in Ausbildungsverbänden mit Schulen für Pflegeberufe an verschiedenen Krankenhäusern arbeiten
- Bildungsgänge für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an beruflichen Schulen bzw. Berufsfachschulen

In den Ausbildungsverbänden bzw. Schulzentren ist die Stellung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterschiedlich und oft problematisch. Bei Zusammenführung der einzelnen Ausbildungszweige wird die Schulleitung - begründet durch die Quantität der Ausbildungsplätze – in den meisten Fällen durch Lehrer/innen der Gesundheits- und Krankenpflege besetzt.

¹⁴ Mit „präventiver Dependenzpflegekompetenz“ ist die Kompetenz der Eltern bzw. Bezugspersonen gemeint, die auf Prävention von Entwicklungsstörungen, Krankheiten und Behinderungen bei ihren Kindern abzielt.

¹⁵ vgl. RKI 2004a, S.98

Mitbestimmung über die Ausbildungsinhalte und Schwerpunktsetzung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege setzt aber eine gleichberechtigte Beteiligung an Entscheidungsprozessen voraus

Abhängig von Länderregelungen sind die Schulen teilweise verpflichtet in der Integrationsphase der Ausbildung (i. d. R. 1. und 2. Ausbildungsjahr) in gemischten Klassen zu unterrichten, d.h. eine den spezifischen Belangen der Schulen vor Ort entsprechende Gestaltung der Ausbildung wird stark eingeschränkt.

Die Aufsichtsbehörden (z. B. in Nordrhein-Westfalen) erzwingen durch Auflagen zur Erteilung der Schulanerkennung Fusionen. Die Behörden sehen die Zulassung von eigenständigen Krankenpflegesschulen auch ohne Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege „unberührt“, während im Gegensatz Kinderkrankenpflegesschulen allein zur Fusion gezwungen werden. Hier kann von Erfüllung der Integrationsziele des Gesetzes keine Rede sein.

7. Integration heißt, dass der Gegenstand der Pflege neu wahrgenommen wird und die Inhalte zu etwas Neuem und übergeordneten Ganzen im Sinne einer „Vervollständigung“ des Pflegeberufes zusammen geführt werden.

Das novellierte Krankenpflegegesetz ist vielerorts der Anlass zu einer Veränderung der Schulorganisation, die nicht inhaltlich-qualitativer Art ist, sondern ökonomisch begründet wird¹⁶. Dies führt sehr häufig zu einer rein additiven Zusammenführung der bisherigen Ausbildungen und ihrer Inhalte. Fachliche und pädagogische Grundlagen werden im Rahmen der Integration kaum berücksichtigt.

Im Sinne von „integrieren“ als „zusammenschließen“ wird „integrative Ausbildung“ als Verbindung von allgemeinen und speziellen Anteilen verstanden. Dabei bietet die Integration die Chance zum Erhalt der Schwerpunkte.

Ein gemeinsamer Fundus an Wissen und Können für alle Pflegeberufe kann und soll nicht negiert werden. Dieser Fundus wird durch gelungene Integration der beiden Pflegeberufe zu Gunsten einer differenzierteren und vollständigeren Beschreibung des pflegeberuflichen Gegenstands- und Aufgabenbereichs erweitert.

In beiden Berufsfeldern (GKiKP und GKP¹⁷) benötigen die Schüler/innen gemeinsames, allgemeines Überblicks- und Orientierungswissen und spezifisches Wissen für ihr Berufsfeld. Zugleich benötigen sie wechselseitig spezifisches Wissen für bestimmte Pflegesituationen, z. B. für die Pflege von Menschen mit Diabetes mellitus und Dialysepatienten, wenn die Erkrankung im Kindesalter beginnt bzw. begonnen hat und in das Erwachsenenalter hineingeht (Abb. 2).

¹⁶ vgl. These 1

¹⁷ GKiKP = Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
 GKP = Gesundheits- und Krankenpflege

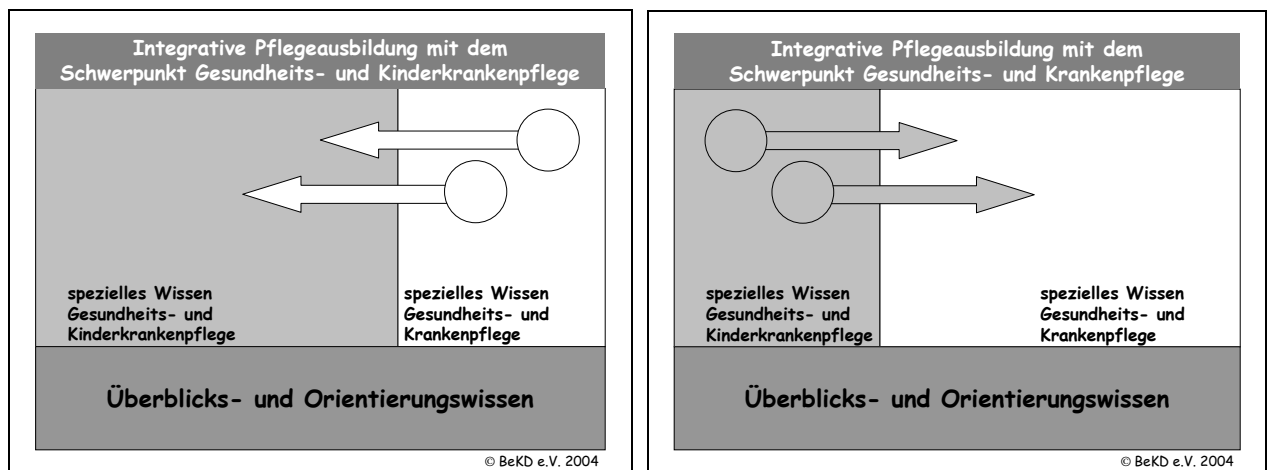


Abb. 2

8. Die inhaltliche und methodisch-didaktische Gestaltung einer integrativen Ausbildung zielt darauf ab, bei den Schüler/innen die Grundlagen für Expertentum zu schaffen.

Ein häufiges Argument für die generalistische Ausbildung ist, dass die Pflegenden für die erweiterten Aufgabenfelder besser vorbereitet wären. Dem setzt der Begründungsrahmen der „Integrativen Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell“ (2005) folgende Argumentation entgegen:

„Sieht man einmal vom Kontext der Pflegeausbildung ab und betrachtet die Nutzung des Begriffes in anderen Zusammenhängen, dann zeigt sich folgendes Bild: Unter einer Generalistin wird häufig eine Person verstanden, die für ein breites Spektrum an Aufgaben zuständig, omnipotent und höchst flexibel einsetzbar ist. Sie ist aber nicht qualifiziert für fachspezifische Aufgaben und Anforderungen. Meist hat sie Experten oder Spezialisten an der Hand, die von der Sache, um die es geht, etwas verstehen und die Generalistin beraten.“

Betrachtet man nun den Werdegang von Menschen, die als Generalistinnen tätig sind, so zeigt sich, dass sie häufig bereits in einem bestimmten Gebiet Expertise erworben haben. Das Wissen und Können von Generalistinnen und das Wissen und Können von Expertinnen ist also nicht von einander zu trennen und aufeinander bezogen. Diese Tatsache kann u. a. lernpsychologisch begründet werden: Aus lernpsychologischer Perspektive ist mit dem Begriff ‚generalistisch‘ die Vorstellung verbunden, dass Menschen aufgrund ihrer Fähigkeit zum formalem (abstraktem) Denken in der Lage sind, ihr Wissen und Können flexibel (eben generell) anzuwenden, d.h. von einer Situation auf eine weitgehend neue Situation zu übertragen. Die Zunahme an Situationen und Aufgaben, die nicht mehr durch Routinen und die Anwendung von Standards und Techniken alleine zu bewältigen sind, ist zwar – wie für viele Berufe moderner Gesellschaften – auch für den Pflegeberuf charakteristisch. Gleichzeitig zeigen Ergebnisse der Transfer- und Expertenforschung deutlich, dass ein tiefes und breites Wissen in einem oder mehreren Spezialgebieten eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass abstraktes Denken gelernt, generelle (also generalistisch einsetzbare) Denkprozesse, sog. Heuristiken entwickelt und erworben werden können ... Ein gewisses Expertentum ... steht also nicht im Widerspruch zur Entwicklung, sondern ist Voraussetzung für den gezielten und bewussten Aufbau generell und situativ anwendbaren Wissens und Könnens, wie es in der Pflegepraxis in zunehmendem Maße benötigt wird.“¹⁸

Zur Erreichung des Ausbildungszieles im gewählten Pflegeberuf ist es zwingend, dass sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Ausbildung eine Schwerpunktsetzung erfolgt, die auf

¹⁸ vgl. hierzu Hitzler 1994

das spezifische Berufsbild gerichtet ist und während der gesamten Ausbildungszeit gilt. Sie muss im 1. Ausbildungsjahr beginnen. Die Erfahrungen aus verschiedenen Modellversuchen (z. B. Stuttgart, Flensburg¹⁹) zeigen, dass die berufliche Differenzierung nicht erst in einem zweiten Ausbildungsabschnitt begonnen werden kann. Dabei sind die Ausbildungsschwerpunkte aus dem beruflichen Handlungsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege abzuleiten.

Dem trägt der Gesetzgeber im Prinzip Rechnung, denn die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgeschriebenen Stundenzahlen für die beruflichen Differenzierungsphasen sind nicht als eine stringente quantitative Festlegung des Gesetzgebers zu verstehen. Vielmehr sind sie eine orientierende Richtgröße mit zwingend und mindestens zu realisierenden Ausbildungsanteilen im jeweiligen Pflegeberuf.

9. Expertise in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege kann nur an Lernorten erworben werden, an denen Kinder und Jugendliche betreut werden.

Das Krankenpflegegesetz fordert zu Recht neue Handlungsfelder der beruflichen Pflege in die praktische Ausbildung zu integrieren.

Im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege besteht aus unterschiedlichen Gründen ein Mangel an ambulanten Diensten und Einrichtungen. Diese Tatsache kann auch als Zeichen der Vernachlässigung der Belange von Kindern und Jugendlichen betrachtet werden.

Dieser Mangel macht es im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege schwierig, geeignete praktische Einsatzbereiche zu finden. Die Aufsichtsbehörden interpretieren die Vorgaben des Gesetzes auch hier recht unterschiedlich.

Außerdem erschwert die o. g. unbefriedigende Finanzierung der Ausbildung den Trägern Einsätze außerhalb des Krankenhauses.

Nach den Erkenntnissen der modernen Berufspädagogik ist es aber für den Erwerb von Kompetenzen und die Entwicklung von Expertise notwendig, authentische Berufssituationen als Lernsituationen bereitzustellen, in denen das Denken und Handeln von Experten für einen spezifischen Bereich beobachtet und Schritt für Schritt in das eigene Denk- und Handlungsrepertoire übernommen werden können (vgl. Brown 1989; Resnick 1991; Mandl 1992; Benner 1994).

10. Von integrativer Pflegeausbildung kann nur gesprochen werden, wenn die Entwicklung von Lehrplänen oder Curricula unter gleichberechtigter Beteiligung sowohl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als auch der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt.

In den Arbeitsgremien auf den unterschiedlichen Ebenen, z. B. zur Erstellung von Rahmenrichtlinien und Curricula, ist die Expertise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oft zahlenmäßig unterrepräsentiert. Z. B. wird Schulleitungen ehemaliger Krankenpflegeschulen, die jetzt Schulverbünde der Gesundheits- und Krankenpflege mit der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege leiten, diese Expertise automatisch zugesprochen. Für die Umsetzung der integrativen Pflegeausbildung ist aber eine zahlenmäßig adäquate Beteiligung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – auch auf der Ebene der Schulleitungen - unbedingt erforderlich.

¹⁹ Informationen zu Modellversuchen sind über www.t-i-p.uni-bremen.de zu erhalten.

V. Schlussfolgerungen

Für die Realisierung der integrativen Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege leiten sich aus den bisherigen Erörterungen folgende Konsequenzen ab:

- Zur Sicherung des Ausbildungsziels sind eigene Bildungsgänge und Klassen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weiterhin erforderlich.
- Jede Schule, die den Ausbildungsabschluss „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ anbietet, muss – unabhängig von der Organisationsform der Ausbildung – Personen als Verantwortliche für den Fachbereich „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ vorhalten.
- Die Lehrkräfte, die kinderkrankenpflegerische Inhalte vermitteln, müssen über fachliche Expertise in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verfügen.
- Zur Vermittlung kinderkrankenpflegerischer Inhalte müssen entsprechende Lehr- und Lernmaterialien in ausreichender Menge zur Verfügung stehen.
- Die Festlegungen des Gesetzgebers zu den beruflichen Differenzierungsphasen sind als orientierende Richtgrößen zu sehen.
- Die Vielzahl der notwendigen spezifischen Inhalte der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege²⁰ macht deutlich, dass die Vermittlung während der gesamten Ausbildung in möglichst vielen Lernsituationen erfolgen muss.
- Die Befähigung zur Förderung der elterlichen Kompetenz muss in Theorie und Praxis einen deutlich größeren Rahmen als bisher einnehmen, auch und gerade in der integrativen Ausbildung.
- Die Probezeit leisten die Schüler/innen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. So ist die Überprüfung der Eignung und Neigung im angestrebten Beruf gewährleistet.
- Die Ausbildungsplätze im stationären Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sind primär den Schüler/innen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vorbehalten.
- Die praktische Ausbildung im allgemeinen Bereich kann - mit Ausnahme von Geriatrie und Gynäkologie – im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin stattfinden.
- Die Auswahl der Einsatzorte für Schüler/innen im Schwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege muss unter dem Gesichtspunkt erfolgen, dass sie dort Menschen als Vorbild für den professionellen Umgang mit Kindern und Jugendlichen vorfinden²¹.
- Die Entwicklung der Kompetenz der Schüler/innen zur Mitwirkung in Präventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche bedarf entsprechender praktischer Einsatzorte.
- Die Orte der Primärprävention müssen im Sinne des Ausbildungszieles als ambulante Einsatzbereiche anerkannt werden, die Frage der Praxisanleitung muss pragmatisch gelöst werden.

²⁰ vgl. BeKD e.V. 2001

²¹ vgl. BeKD e.V. 2001

- Bei der Erstellung von Rahmenrichtlinien und Curricula – sowohl auf behördlicher als auch auf schulischer Ebene – ist die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege adäquat zu beteiligen.

VI. Literatur

- Benner, Patricia: Stufen zur Pflegekompetenz. Verlag Hans Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1994
- Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger (BKK) e.V. (Hrsg.): Bildungskonzept Kinderkrankenpflege. Integrität und Dynamik des Berufsbildes. Schmidt-Römhild, Lübeck 1994
- Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger (BKK) e.V. (Hrsg.): Zielsetzungen und Kompetenzsicherung in der Kinderkrankenpflege. Hannover 1998
- Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger (BKK) e.V. (Hrsg.): Stellungnahme des Berufsverbandes für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger (BKK) e.V. zur Ausbildungspolitik für die Pflegeberufe. Hannover 1999
- Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger e.V.: Prinzip Pflegekultur. Pflegekultur als Verbandskultur. Hannover o.J.
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V.: Stellungnahme des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V. zur Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV). Hannover 2001
- Bründel, Heidrun; Hurrelmann, Klaus: Einführung in die Kindheitsforschung. Beltz Grüne Reihe; Weinheim 1996
- Brown, J. et al.: Situated Cognition and the Culture of Learning. Educational Researcher 18 (1989) 1: 32-42
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Bonn 2003
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 – 2010. Berlin 2005
- Bundesregierung: Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin 2005
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Gesundheit für Kinder und Jugendliche. Stand Februar 1998. BzgA; Köln 1998
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe: Synopse über Aktivitäten der zuständigen Ministerien in den Bundesländern zu curricularen Entwicklungen des Altenpflegegesetzes 2003 und Krankenpflegegesetzes 2004. Berlin 2004
- Forum Gesundheitsziele Deutschland: Arbeitsgruppe „Gesundheit hat Zukunft“: Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen. Zwischenergebnisse. Herbst 2002
- Forum Gesundheitsziele Deutschland: Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. Februar 2003

- Hitzler, R. et al.: Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen 1994
- Holoch, Elisabeth: Systematische Förderung der elterlichen Kompetenz. Pr-Internet 4 (2002) 10: 170-176
- Kerngruppe Curriculum: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell®. Auszüge aus dem Pflegeberuflichen und Pädagogischen Begründungsrahmen. Stuttgart 2003
- Kerngruppe Curriculum: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell®. Unveröffentlichtes Arbeitspapier zum Pflegeberuflichen und Pädagogischen Begründungsrahmen. Stuttgart 2005
- Mandl, H. et al.: Das Problem des Lerntransfers in der betrieblichen Weiterbildung. Unterrichtswissenschaft 20 (1992) 2: 126–143
- Orem, Dorothea E.: Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby; Berlin, Wiesbaden 1997
- Resnick, L.B. et al (Eds.): Perspectives on Socially Shared Cognition. American Psychology Association, Washington 1991
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin 2004a
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege. Berlin 2004b
- World Medical Association: Declaration of Ottawa on the Rights of the Child to Health Care. Adopted by the 50th World Medical Assembly, Ottawa, Canada, October 1998. Online im Internet: URL: http://www.wma.net/e/policy/17-170_e.html (12.11.2001 16:40 Uhr)