

Berichte aus Lehre und Forschung

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Redaktion: Constanze Eylmann
Copyright: Barbara Knigge-Demal
Constanze Eylmann, 2006
ISSN: 1433-4461

Nr. 18
Kompetenzorientierte Prüfungsgestaltung
Teil 1 - Anhand von Fallbeispielen -

Barbara Knigge-Demal
Constanze Eylmann

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Ausgangslage und Hintergrund.....	4
3. Kompetenzen und Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung.....	8
3.1 Qualifikationen versus Kompetenzen	8
3.2 Grundlagen zur Kompetenzmessung.....	12
4. Prüfungsgestaltung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege....	15
4.1 Überprüfung von Lernerfolg und Berufsbefähigung.....	15
4.2 Die Bestimmung von berufsspezifischen Kompetenzen	16
4.3 Die Konstituierung von Prüfungsaufgaben.....	20
4.4 Zur Konstituierung von Fällen bzw. Situationen	26
5. Bewertung von Prüfungsleistungen	34
5.1 Kompetenzmodelle in der Pflege	34
5.2 Kriterien zur Ermittlung der Prüfungsleistungen	35
6. Resümee	42
Literatur	43
Verzeichnis der Rechtsquellen.....	45

1. Einleitung

Um auch zukünftig alle Bevölkerungsgruppen mit Pflegeleistungen in gleich bleibender Qualität, unter Berücksichtigung der sich vollziehenden strukturellen Veränderungen zu gewährleisten, wurden in der Vergangenheit unterschiedliche rechtliche Maßgaben erlassen. Neben der Novellierung der Gesundheitsreformgesetze wurde das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) und die entsprechende Ausbildungs- und Prüfungsordnung (APrV) von 1985 modifiziert und zum 01.01.2004 in neuer Form rechtskräftig.

Das Gesetz von 1985 integrierte erstmals international vereinbarte Mindeststandards in die nationalen Ausbildungsvorschriften und legte ein Ausbildungsziel fest. Demnach sollten: "...Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur verantwortlichen Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten..." (KrPflG, 1985, §4, Abs.1) vermittelt werden. Als innovativ galt die Präzisierung des Ausbildungsziels in sechs Teilziele, die das Pflegeprozessmodell als Arbeitsplanmodell integrierten. Die Befähigung zur: „...sach- und fachkundigen umfassenden und geplanten Pflege des Patienten“ (KrPflG, 1985, §4, Abs.1, Nr.1) stand neben der Beobachtung, der Assistenz bei Diagnostik und Therapie und der Ausführung von Verwaltungsaufgaben im Mittelpunkt der Ausbildung (vgl. KrPflG, 1985, §4, Abs.1). Mit dem Pflegeprozessmodell sollte pflegerisches Handeln in einem sachlogischen Begründungszusammenhang erfolgen, um im Gegensatz zu den naturwissenschaftlich-medizinischen Sichtweisen, Ganzheitlichkeit in der Wahrnehmung des Patienten zu erreichen. Ganzheitlichkeit meinte dabei einerseits die Wahrnehmung der psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Integrität des Menschen, zum anderen wurde mit ihr die Komplexität des pflegerischen Verantwortungsbereichs beschrieben. In den folgenden Jahren wurde deutlich, dass Konzepte einer ganzheitlichen Pflege Ideale pflegerischen Handelns sind, die nicht selten im Widerspruch zu Arbeitsorganisationen standen, wie sie in pflegerischen Handlungsfeldern vorgefunden wurden (vgl. Bögemann-Großheim, 2002, S.179). Gleichzeitig verwiesen die „neuen“ Pflegevorstellungen jedoch auch auf Defizite, die einer professionellen Interaktion mit dem Patienten, die der Violdimensionalität der Gesundheits- und Pflegeprozesse Rechnung trägt, entgegenstanden. Insbesondere die psychosoziale Begleitung und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen, ebenso wie die palliative, rehabilitative und ambulante Ausrichtung des Pflegehandelns schien nicht ausreichend berücksichtigt zu sein. Im theoretischen Unterricht dominierten auf der Grundlage des geltenden Krankenpflegegesetzes häufig medizinisch-technische Inhalte in bezeichnenden Fächern. Immer offensichtlicher schienen sie jedoch zur Erbringung komplexer Pflegeleistungen, die den Patienten mit seinen multiplen Integritäten in den Blick nehmen, nicht auszureichen (Kamp-Mayer, Schulte, 1986, S. 46f). Forschungsträger wie

die Robert Bosch Stiftung erkannten den Bedarf. Bereits 1992 veröffentlichte sie die Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ und half damit, eine Akademisierung des Berufsfeldes anzustoßen sowie Reformen einzuleiten. Mit dem im Jahr 2000 vorgelegten Ergebnis der Zukunftswerkstatt einer Expertenkommission: „Pflege neu denken“ setzte die Stiftung ihre Bemühungen um Reformen fort. Trotz der Einsicht, dass die Finanzierung auf eine neue Basis gestellt werden sollte und qualitätsorientierte Bewertungsprozesse notwendig werden (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000, S. 4f), galt: „Im Mittelpunkt der Pflege stehen vielmehr der pflegebedürftige Mensch mit seinem subjektiven Erleben gesundheitlicher Einschränkungen, der objektive Anlass für den Pflegebedarf und das mitbestimmende Umfeld.“ (Robert Bosch Stiftung, 2000, S. 3)

Das Krankenpflegegesetz definiert 2003, im Anschluss an die aufgezeigte Entwicklung, das Ausbildungsziel im §3, Abs.1: „Die Ausbildung... soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.“ Und weiter: „Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten“. Das Erreichen des Ausbildungsziels soll durch die Examensprüfung belegt werden, deshalb fordert die aktuelle APrV in §15, Abs.1, dass die Schüler in der praktischen Prüfung die erworbenen Kompetenzen im Handlungsfeld eigenverantwortlich ausführen. Auch durch die mündliche Prüfung sollen: „...anwendungsbereite berufliche Kompetenzen...“ nachgewiesen werden (APrV, 2003, §14, Abs.1). Der schriftliche Teil der Examensprüfung beinhaltet das Erkennen des Pflegebedarfs, die Auswahl geeigneter Pflegemaßnahmen sowie die Durchführung und Auswertung der Maßnahmen vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse (APrV in §13, Abs.1). Sie orientiert sich damit am Arbeitsplanmodell des Pflegeprozesses, das als gedanklicher Problemlösungsablauf auf jede mögliche Pflegehandlung anzuwenden ist und entsprechend umfassend gestaltet werden soll.

Die personalen, fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen, deren Begrifflichkeit das KrPflG einführt und die mit der Beendigung der Berufsausbildung in Pflegesituationen eigenverantwortlich angewandt werden sollen, stellt das Gesetz nicht umfassend dar. So wird nicht deutlich, dass mit den Begriffen ein historisch gewachsenes, komplexes Bildungsverständnis in der Ausbildungskonzeption auftaucht, dessen Einführung Innovationen mobilisieren und Reformen auslösen kann. Neben möglichen Errungenschaften werden auch kritische Fragen nicht bearbeitet. Nicht allein die Definitionen der Beg-

riffe stehen aus, auch pädagogische Fragen stellen die Ausbildungsstätten vor Herausforderungen: Welche Kompetenzen sind vermittelbar und mit welchen Methoden können sie gelehrt und erlernt werden? Wie stellen sich Kompetenzen dar und wie sind sie zu operationalisieren? Im Hinblick auf die Prüfungen ist die Frage zu beantworten, wie die Ausprägungen von beobachtbarem Verhalten zu messen sind, beziehungsweise wie Kompetenzen zu bewerten sind. Zugleich sind die Folgen einer Kompetenzorientierung zu evaluieren und auszuwerten.

Im Folgenden werden, nach einer Erörterung der rechtlichen Situation, die Entwicklung des Kompetenzbegriffs, seine Bestimmung und Charakteristika, dargestellt und kritisch betrachtet. Nach einem Vergleich des Kompetenzbegriffs mit dem der Qualifikationen werden grundsätzliche Überlegungen zur Messung von Kompetenzen dargelegt.

Die Konstitution von Prüfungsaufgaben, anhand derer Rückschlüsse auf die Kompetenzen der Schüler in der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege gezogen werden können, schließen sich an. Zum Schluss wird die Bewertung der Leistungen in kompetenzorientierten Prüfungsverfahren thematisiert und einem Resümee zugeführt.

2. Ausgangslage und Hintergrund

Das Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2003 bilden die einzigen verbindlichen Rechtsnormen sowohl zur Gestaltung der Berufsausbildung als auch zur Gestaltung der Examensprüfungen. Curricula oder Lehrpläne haben in der Regel einen empfehlenden Charakter und können von den Schulen übernommen oder zur Erstellung ihres eigenen Curriculums genutzt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung ist ermächtigt, im Einvernehmen mit anderen Ministerien die oben genannten Gesetze, insbesondere die APrV zu erlassen und die Mindestanforderungen an die Ausbildungsinhalte unter Berücksichtigung der europäischen Standards vorzuschreiben (KrPflG, 2003, §8, Abs.1) Zur Durchführung des Gesetzes bestimmen die Länder zuständige Behörden (KrPflG, 2003, §20, Abs.3); vorwiegend, aber nicht zwangsläufig, erfüllen Gesundheitsämter diese Funktion. Sie entscheiden über die staatliche Anerkennung der Schulen anhand ausgewiesener Kriterien (die Verwendung bestimmter Curricula gehört nicht dazu, vgl. KrPflG, 2003, §4, Abs.3) und stellen die „...fachlich geeigneten...“ Vorsitzenden der Prüfungskommissionen zu den Examensprüfungen (APrV, 2003, §4, Abs.1). Ebenso können sie Sachverständige oder Beobachter zur Teilnahme an allen Prüfungen entsenden (APrV, 2003, §4, Abs.4).

Darüber hinaus trägt *jede einzelne Schule* die Gesamtverantwortung für die Organisation und die geeignete inhaltliche Gestaltung der vorgeschriebenen 2100 Unterrichtsstunden und der Abschlussprüfungen (KrPflG, 2003, §4, Abs.5, i.V.m. APrV, 2003, §1, Abs.1). Als verbindlich vorgeschriebene Lehrinhalte sind ausschließlich die in der Anlage 1 Buchstaben A und B zur APrV aufgeführten Themenbereiche anzusehen. In der Begründung zu der APrV für die Berufe der Krankenpflege wird darauf hingewiesen, dass: „Die...Inhalte des Unterrichts in übergreifenden handlungsorientierten Themenbereichen dargestellt (sind). Diese Themenbereiche sind nach modernen berufspädagogischen Gesichtspunkten ausgerichtet und ermöglichen eine stärkere Verbindung zwischen Theorie und Praxis.“

Den 12 Themenbereichen sind präzisierende Sätze angefügt, die den Charakter von (Teil-) Kompetenzen haben, deren Erwerb wiederum dazu führen soll, Berufssituationen bewältigen zu können. Sie implizieren Fächerintegration und Handlungsorientierung während der theoretischen Ausbildung, um: „In stärkerem Maße als bisher... die Ausbildung auf die Entwicklung der im Ausbildungsziel vorgegebenen Kompetenzen auszurichten.“ (Begründung zur APrV, 2003).

Mündliche Examensprüfungen

Die mündliche Examensprüfung umfasst folgende Themenbereiche:

- Teil 1 umfasst mindestens Punkt 3 der Anlage 1 A, APrV, (Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerellevanten Fragen fachkundig gewährleisten),
- Teil 2 umfasst mindestens Punkt 10 (berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen),
- Teil 3 der Prüfung umfasst die Punkte 8 und 12 (bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und in Gruppen und Teams zusammenarbeiten). (Vgl. APrV, 2003, §14, Abs.1).

Für jeden dieser 3 Teile stehen pro Prüfling 10-15 Minuten Prüfungszeit zur Verfügung, Gruppenprüfungen bis zu 4 Personen sind zulässig (APrV, 2003, §14, Abs.2).

Das Gesetz zeigt nicht auf, in welcher zeitlichen Reihenfolge oder in welchem zeitlichen Abstand die Prüfungen zu erfolgen haben. So kann es möglich sein, Teil 1 und Teil 2 gemeinsam in einer Zeiteinheit von 20-30 Minuten pro Prüfling zu prüfen. Ebenso ist nicht explizit ausgewiesen, welche Vorbereitungen bereits zur Prüfungszeit gehören. Wird dem Prüfling vor der Prüfung, das heißt außerhalb der Prüfungszeit, ein Fallbeispiel zur Bearbeitung ausgehändigt, ist als Prüfungsleistung ausschließlich zu bewerten, was der Prüfling in der Prüfung (auf Grundlage seiner Ausarbeitung) verbalisiert. Details sind mit den Prüfungsvorsitzenden zu besprechen.

Jeder der drei Prüfungsteile wird von zwei Fachprüfern abgenommen und bewertet (APrV, 2003, §14, Abs.3). Fachprüfer sind Lehrkräfte und Praxisanleiter der Schulen, die fachlich und pädagogisch durch entsprechende Ausbildungen qualifiziert sein müssen (vgl. KrPflG, 2003, §4, Abs. 1, Nr. 4). Darüber hinaus sollen sie den Prüfling überwiegend ausgebildet haben (APrV, 2003, §4, Abs.1, Nr.4).

Als Besonderheit fordert das Gesetz zur Abnahme und Benotung des dritten Teils der Prüfung (Themenbereiche 8 und 12 der Anlage 1 der APrV) von einem der beiden Fachprüfer die Berufsqualifikation „Arzt“ oder „Medizinpädagoge“ (APrV, 2003, §14, Abs.3). Der Prüfungsvorsitzende, als Vertreter der aufsichtsführenden Behörde, ist nicht nur berechtigt, sondern aus rechtlicher Sicht angehalten sich an *allen* Teilen der Prüfung zu beteiligen. Er kann auch selber prüfen oder, bei „berechtigtem Interesse“, Zuhörer zulassen (APrV, 2003, §14, Abs.3).

Aus den beiden Noten der Fachprüfer bildet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im „Benehmen“ mit den Fachprüfern eine Note für jeden Prüfungsteil und aus den entstehenden drei Noten der Prüfungsteile *eine* Note für die

mündliche Examensprüfung (APrV, 2003, §14, Abs.3). Mit dem Terminus „im Benehmen“ wird ausgemacht, dass eine Verständigung zwischen Fachprüfern und Vorsitzendem angestrebt werden soll, die über eine Anhörung hinausgeht. Letztlich entscheidet jedoch der Vorsitzende, möglichst ohne im Vorfeld inhaltlich Einfluss zu nehmen (vgl. Dielmann, 2004, S.156). Im Gegensatz zur vorherigen Prüfungsordnung ist jetzt *jeder* der drei Prüfungsteile mindestens mit der Note „ausreichend“ zu bestehen. Wenn Durchschnittswerte gebildet werden, können Dezimalzahlen entstehen. Da das Gesetz als Examensnoten keine Dezimalzahlen zulässt, entscheidet der Vorsitzende (möglichst wieder „im Benehmen“ mit den Fachprüfern), für welche der in Frage kommenden zwei Noten er sich entscheidet.

Zur inhaltlichen Ausgestaltung der Prüfung heißt es in der Begründung zur APrV, 2003: „In der mündlichen Prüfung wird auf das ausschließliche Abfragen von Fachwissen verzichtet. Der Prüfling hat vielmehr ... nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die im Unterricht erworbenen Grundlagenkenntnisse fallbezogen anzuwenden und damit über die erforderlichen beruflichen Kompetenzen verfügt.“

Schriftliche Examensprüfungen

Die schriftlichen Examensprüfungen erfolgen in Form von drei beaufsichtigten Arbeiten, die in einer Zeitspanne von jeweils 120 Minuten geschrieben werden müssen. Sie finden an drei Tagen statt. In welchem zeitlichen Abstand diese Tage gewählt werden sollten, ist im Gesetz nicht gesondert dargestellt; sie können daher direkt aufeinander folgen.

Folgende Themenbereiche sind jedenfalls Gegenstand der Prüfungen:

- Teil 1 umfasst Punkt 1 der Anlage 1 der APrV, (Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten),
- Teil 2 umfasst Punkt 2 der Anlage 1 der APrV (Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten),
- Teil 3 umfasst Punkt 7 der Anlage 1 der APrV, (Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten).

Die Schulen schlagen dem Prüfungsvorsitzenden Aufgaben vor, aus denen er die Prüfungsaufgaben auswählt. Die Verordnung besteht nicht auf zwei vollständig erstellte Arbeiten je Prüfungsteil, die eingereicht werden müssen; in der Praxis scheint dieses Verfahren sich jedoch als sinnvoll erwiesen zu haben. Der weitere Verlauf gleicht dem der mündlichen Prüfung: „Die Aufsichtsarbeit ist von mindestens zwei Fachprüfern zu benoten. Aus den Noten

der...Fachprüfer bildet ...der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüferinnen oder Fachprüfern die Note für die einzelne Aufsichtsarbeit. Aus den Noten der drei Aufsichtsarbeiten bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Prüfungsnote für den schriftlichen Teil der Prüfung. Der schriftliche Teil der Prüfung ist bestanden, wenn jede der drei Aufsichtsarbeiten mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.“ (APrV, 2003, §13, Abs.2).

In der APrV wird *nicht* darauf hingewiesen, dass in der schriftlichen Prüfung die mit dem Ausbildungsziel verbundenen Kompetenzen nachzuweisen sind. Da die Themenbereiche fachübergreifende, an Berufssituationen ausgerichtete komplexe Inhalte beinhalten, sollen die Prüflinge jedoch nicht wie bisher Einzelfragen beantworten, sondern komplexe Aufgaben bearbeiten (vgl. Begründung zur APrV, 2003, S.37). Vor diesem Hintergrund ist die Verwendung von Multiple-Choice-Verfahren kritisch zu hinterfragen.

Praktische Examensprüfung

Zur praktischen Prüfung hat der Prüfling in seinem Differenzierungsbereich (Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) eine Patientengruppe von höchstens vier Patienten an dem Praxisort, an dem er eingesetzt ist, zu pflegen (vgl. APrV, 2003, §15, Abs.1). Die Auswahl der Patienten obliegt dem Fachprüfer, das Übereinkommen und Einverständnis des Patienten und der für die Patienten verantwortlichen examinieren Pflegenden wird vorausgesetzt (vgl. APrV, 2003, §15, Abs.2,3). *Wann* die Patienten ausgewählt werden sollen, ist nicht festgelegt.

Der Prüfling hat prozessorientiert und eigenverantwortlich zu pflegen, sein Pflegehandeln zu dokumentieren und die Patienten an die Kollegen zu übergeben. In einem (anschließenden) Gespräch hat der Schüler sein Handeln zu erläutern und zu reflektieren (APrV, 2003, §15, Abs.1). An dieser Stelle definiert das Gesetz die Begriffe „eigenverantwortlich“ und „prozessorientiert“ nicht, ein bestimmtes Pflegeprozessmodell wird nicht vorgeschrieben. Da der Pflegeprozess in der Literatur übereinstimmend den Aufbau von Beziehungen und das Lösen von Problemen zum Ziel hat, dem eine Informationssammlung und Planung vorausgeht, ist vor der Durchführung und Bewertung der Pflege sinnvollerweise die professionelle Pflegeplanung zu etablieren (vgl. hierzu Fiechter, Meier, 1998, S.35 ff).

Die Prüfung soll längstens sechs Stunden andauern, sie kann an zwei aufeinander folgenden Tagen stattfinden (APrV, 2003, §15, Abs.2). Mindestens zwei Fachprüfer bewerten die Prüfung, einer ist die oben genannte Lehrkraft, ein weiterer Praxisanleiter. „Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit

den Fachprüferinnen oder Fachprüfern die Prüfungsnote für den praktischen Teil der Prüfung. Der praktische Teil der Prüfung ist bestanden, wenn die Prüfungsnote mindestens „ausreichend“ beträgt“ (APrV, 2003, §15, Abs.3).

Im Gegensatz zur schriftlichen Prüfung sollen die Prüflinge alle im Ausbildungsziel festgelegten Kompetenzen in der praktischen Prüfung nachweisen. Die Fachprüfer stehen in der besonderen Verantwortung vorherzusagen, ob der Prüfling seinen zukünftigen Beruf im Handlungsfeld angemessen ausüben wird und sollen die geeigneten Voraussetzungen zur Demonstration dessen schaffen.

3. Kompetenzen und Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung

Mit der Forderung, in der Ausbildung zum Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger Kompetenzen anzubahnen, zu lernen und zu prüfen, statt wie bisher Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten (vgl. 1.) reagiert der Gesetzgeber auf veränderte Rahmenbedingungen und den daraus resultierenden zukünftigen Anforderungen an professionell Pflegende. In der Begründung zum KrPflIG werden die veränderten Finanzierungsmodelle im Sozialrecht, die fortschreitende Entwicklung der Pflegewissenschaft und der demographische Wandel als Argumente für die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Ausbildung angeführt. Andere institutionelle Kontexte als die Krankenhäuser werden demnach an Bedeutung gewinnen, Pflege- und Berufsverständnisse passen sich mit Hilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse den gesellschaftlichen Bedürfnissen an. Insbesondere durch die Alterung der Gesellschaft erhöht sich der Bedarf an professioneller Pflege, die in der Lage ist, Laienpflege zu nutzen und langzeitkranke, alte Menschen zu versorgen (vgl. Begründung zum KrPflIG, 2002, S.17).

Hundenborn, 2005, vermutet in diesem Zusammenhang, dass der Gesetzgeber keine Möglichkeit sieht, den gestiegenen Anforderungen mit dem herkömmlichen Ausbildungskonzept entsprechen zu können. Die Implementierung des Kompetenzkonzepts stellt folglich den Versuch dar, ein Bildungsmodell einzuführen, mit dem die Hoffnung verbunden wird, den Herausforderungen der Zukunft in angemessener Weise begegnen zu können.

3.1 Qualifikationen versus Kompetenzen

Die Begriffe Qualifikationen und Kompetenzen werden in unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen und im privatem Leben verwendet, ohne dass es eine Einigung auf ein einheitliches Verständnis gibt (vgl. Jäger, 2001, S.69). In der Literatur werden die Begriffe Bildung, (Schlüssel-) Qualifikatio-

nen und Kompetenzen häufig synonym verwendet und dadurch die Entwicklung von Definitionen erschwert.

Das Konzept der Schlüsselqualifikationen wurde von dem Leiter des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung in Nürnberg, D. Mertens 1974 entwickelt und vorgestellt. Nachdem er erkannte, dass spezielle Bildungsinhalte, die praxisnah an einem Berufsfeld ausgerichtet werden, rasch veralten und derartige Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt schnell unbrauchbar werden, forderte er die Etablierung beschäftigungsunabhängiger Bildungsziele (Mertens, 1974, S.39). Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt durch steigende Arbeitslosenzahlen, der wirtschaftliche Wandel von einer primär produzierenden zu einer Dienstleistungsgesellschaft und das Erstarken der Informationstechnologie schienen seine Überlegungen zu untermauern.

Schlüsselqualifikationen sind nach Mertens Beschreibungen solche Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die nicht einen unmittelbaren und begrenzten Bezug zu ganz bestimmten, disparaten praktischen Tätigkeiten haben, sondern Handlungsvoraussetzungen liefern, durch Verstehens-, Verarbeitungs- und Verhaltensmuster die Wirklichkeit zu erschließen (vgl. Mertens, 1974, S.49). Derartige Qualifikationen beschreiben eine berufliche Leistungsfähigkeit, die in der Lage ist, sich permanent und selbstständig wechselndes Fachwissen zu erschließen und die dadurch sich wandelnden Prozesse der Arbeitswelt zu kompensieren. Mertens orientiert sich mit seinem Konzept an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes. Er erstellt sein Konzept mit dem Ziel, die Interessen der Wirtschaft in einer komplexer werdenden, technisch-dynamischen Gesellschaft zu erfüllen.

Bis heute bezieht sich der Begriff Qualifikation vorwiegend auf beruflich verwertbare Lerninhalte. Nach Böhm, 2000, S. 435, sind Qualifikationen, im Sinne von Arbeitsvermögen: „... die Summe der für die Ausübung einer bestimmten Berufstätigkeit notwendigen Fertigkeiten, Fähigkeiten und Wissensbestände.“

Seit den 90-er Jahren verdrängt der Begriff der (Handlungs-) Kompetenz den der Qualifikation aus der bildungspädagogischen Diskussion. Mit der Fokussierung eines anderen Begriffs verlagert sich auch der Schwerpunkt der Diskussion, indem veränderte pädagogische und bildungspolitische Positionen eingenommen werden. Denn der Begriff der Kompetenz umschreibt „...ein komplexes berufliches Anforderungsprofil, das über die Qualifikationen selbst hinausgeht und auch Verhaltensdispositionen und Handlungsfähigkeiten beinhaltet.“ (Flasse, Stiehler-Lorenz, 2000, S. 205). Nach Erpenbeck und von Rosenstiel, 2003, S.XI, sind Kompetenzen im Gegensatz zu Qualifikationen: „...Dispositionen selbstorganisierten Handelns; Selbstorganisationsdispositionen.“ So könnten Qualifikationen in normierten Prüfungssituationen Position für Position abgearbeitet werden. Das Resultat seien zertifizierbare Ergebnisse, die das aktuelle Wissen widerspiegeln.

Kompetenzen erlauben dem Subjekt dagegen, ausgehend von dem Wissen, selbstorganisiert und schöpferisch-kreativ agieren zu können (vgl. ebd.). Als Kompetenzen im Beruf werden häufig zusammenfassend diejenigen Wissensbestände, Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen bezeichnet, die ihn sowohl in vertrauten als auch in neuen Situationen handlungs- und reaktionsfähig machen. Sie lassen den Menschen in seiner Arbeitssituation: „...effektiv mit seiner Umwelt interagieren“, sie sind: „... die Kapazität einer Person zur Bewältigung von Aufgaben eines Bereichs“ (vgl. Kauffeld, in Clement, 2002, S.131). Damit weisen Kompetenzen eine sehr viel größere Nähe zum Bildungsbegriff auf als Qualifikationen. Denn Bildung: „...arbeitet im Interesse der Entwicklung von Urteilskraft und Handlungsfähigkeit, Mut und Verantwortlichkeit [und]...wird sich immer erneut befragen lassen müssen, ob sie mit aller möglichen Radikalität Funktionalisierungen des Menschen aufdeckt“ (Böhm, 2002, S.96). Mit dem Erwerb von Kompetenzen kann die Bildung des Menschen als Selbstzweck im Vordergrund stehen und nicht seine wirtschaftliche Verwertbarkeit.

Wer Wissen in Handlungsfähigkeit umsetzen kann, die auch in nicht vorhersehbaren Situationen bestehen bleibt, muss die vier, schon von der UNESCO 1997 beschriebenen „Säulen der Bildung“ organisiert zusammenführen können. Es sind Kompetenzen um zusammenzuleben, Wissen zu erwerben, (methodisch) zu handeln und das Dasein zu lernen.

In der Literatur wird die Handlungskompetenz in unterschiedliche Kompetenztypen,

-klassen oder -bereiche unterteilt, in denen sich die oben genannten „Säulen der Bildung“ wieder finden. Die Unterteilung in Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und personale Kompetenz bzw. Selbstkompetenz ist in fast allen Kompetenzkonzepten zu finden (vgl. Hundenborn, 2005).

Differenzierungen zeigen sich häufig erst, wenn einzelne Teilkompetenzen der oben aufgeführten Klassifizierung zugeordnet werden. „Was im Einzelnen unter diesen Kompetenzfacetten zu verstehen ist, variiert in Abhängigkeit von theoretischen Prämissen und praktischen Erfordernissen.“ (Kauffeld, 2002, S.137).

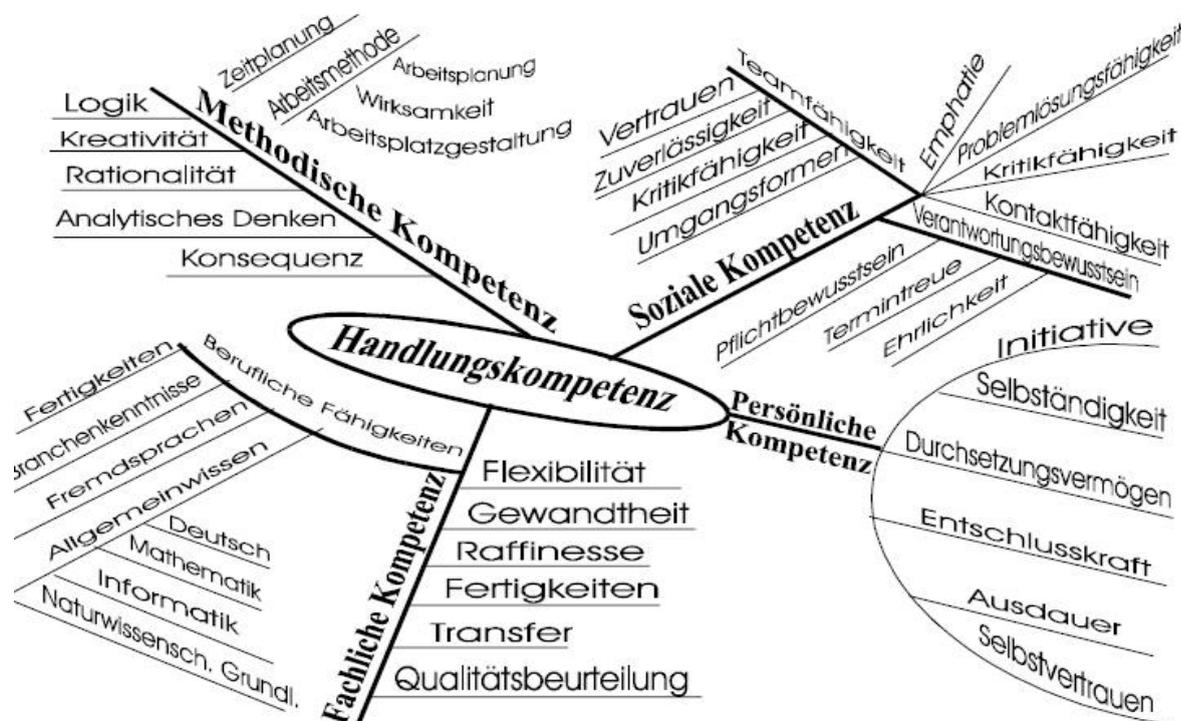


Abbildung 1: „Eine mögliche Zuordnung von Teilkompetenzen als Mind-mapping“ (Jäger, 2001, S. 160)

Kompetenzen in der dargelegten Bedeutung begründen nicht allein eine besondere fachliche Qualifikation, sondern stärken und verändern mit ihrer Entwicklung die Persönlichkeit des Einzelnen. Fähigkeiten wie vernetzt zu denken, flexibel zu reagieren, Konflikte zu bewältigen, zielorientiert zu kommunizieren oder selbst gesteuert zu lernen, sind nicht nur im Berufsfeld einsetzbar, sondern als überberufliche, persönliche Ressourcen zu betrachten, die zum Teil des Menschen werden und in dessen Biographie eingehen. Als solche können sie zum Beispiel zu einem höheren Selbstbewusstsein, mehr Orientierung im Leben und *gleichzeitig* zu größerer Kontinuität im Berufsleben führen. Autoren wie Wittwer und Reimer, 2002, würdigen den Kompetenzbegriff in ähnlicher Weise. Zabeck, als Beispiel für andere Autoren, kontert schon 1989 im Hinblick auf berufsübergreifende Bildungskonzepte, sie wären die Erfüllung jedes alten Pädagogenwunsches, wenn nur Menschen mit einem begrenzten Set von Instrumenten ausgestattet werden müssten, damit sie „...mit Leichtig-

keit noch unbekannte Pforten öffnen, durch die sie ihren Lebensweg lenken können...“, um ihre Existenz zu sichern (Zabeck, 1989, S.78).

Aus arbeitspolitischer Perspektive ist zu kritisieren, dass mit der Forderung nach Kompetenzen Arbeitnehmer nicht allein nur ihre Arbeitskraft in Form von Qualifikationen zu einem angemessenen Lohn in die Produktion einbringen sollen, sondern einen Teil ihrer Persönlichkeit. Mit den zunehmenden Anforderungen an Selbststeuerung, Eigeninitiative und Flexibilität wird den Arbeitnehmern Verantwortung für das Arbeitsergebnis und ebenso für die eigene Arbeitsfähigkeit übertragen. Beschäftigte werden gezwungen, ihre Kompetenzen und letztlich ihre persönlichen Vorstellungen und Werthaltungen am Arbeitsplatz in Konkurrenz zu anderen zur Geltung zu bringen. In einer ohnehin ökonomisierten Gesellschaft kann die Forderung nach Kompetenzorientierung mehr Hektik, Leistungsdruck und den Zwang zur permanenten Weiterbildung bedeuten, dem sich Arbeitnehmer nicht entziehen können. Obwohl die Summe der Kompetenzen einen bis heute nicht zu beziffernden Anteil des wirtschaftlichen Ertrages bildet, bleiben sie unentlohnt. So bekommen etwa kritikfähige Arbeitnehmer in der Regel den gleichen Lohn wie solche, die es nicht sind. Wenn die Summe der Fähigkeit einer Person zu einer messbar höheren Leistungsfähigkeit führt (oft gemessen an der Produktivität), kann die berufliche Karriere schneller erfolgreich sein. Anstrengungen, Kompetenzen zu messen, führen dementsprechend auch zu Klassifizierungen beruflich-sozialer Positionen in der Gesellschaft. Kritiker sehen in den geforderten Kompetenzen eine Gratisressource, die nun, im Zuge einer Transformation der Produktionsgesellschaft in eine Informationsgesellschaft ausgenutzt wird. Persönliche Ressourcen werden so von den Arbeitnehmern freiwillig und permanent an die Erfordernisse des Marktes angepasst, ohne dass dazu eine Investition notwendig wäre.

Zusammenfassend steht der Kompetenzbegriff im bildungstheoretischen Kontext (der die Fähigkeit zur kritischen Analyse herrschender Bedingungen beinhaltet), in einem Spannungsverhältnis zum Qualifikationsbegriff, der sich vordringlich an der Verwertung von Wissen und Fähigkeiten orientiert. Müssen Arbeitnehmer ihre Kompetenzen als Arbeitskraft „verkaufen“, lassen sich jedoch auch Kompetenzen funktionalisieren.

3.2 Grundlagen zur Kompetenzmessung

Um Kompetenzen in ihren Ausprägungen sinnvoll zu messen und zu bewerten sind vor dem Hintergrund der kritischen Anmerkungen nachfolgende Voraussetzungen unabdingbar: Kompetenzen und ihre Teilaspekte, die nötig sind, um in exemplarischen Berufssituationen handlungsfähig zu sein, sollten möglichst als Konsensusprozess trennscharf ermittelt und definiert werden. Wäh-

rend die traditionelle Pflegeausbildung Lernziele anbietet, die sich aus spezifischen Details und didaktischen Einzelschritten ableiten, muss die kompetenzorientierte Bildungsarbeit *Handlungsziele* formulieren und die Lernenden dazu befähigen, ihre Handlungsoptionen in Richtung der Ziele zu erweitern und zu vertiefen. Die angestrebte Handlungsfähigkeit und der Bezug zu den Lernenden bestimmen damit die Auswahl der Lerninhalte. Die Bewertung nach eindeutigen Bewertungskriterien gibt schließlich Auskunft darüber, ob der Auszubildende in der Lage ist, in komplexen Berufssituationen im Sinne konstituierter Handlungsziele tätig zu werden (vgl. dazu Hof, 2002, S.154 f). Die Prämisse für eine derartige Neugestaltung von Lehr- und Lernprozessen ist der Gedanke, dass Kompetenzen keine statischen Größen sind, sondern in unterschiedlichen Ausprägungen vorliegen und entwickelt werden können. Die Entwicklung erfolgt nicht linear, sondern entfaltet zumeist ihre eigene Dynamik in unterschiedlichen Zeitspannen. Sie ist abhängig vom Wissen, den Lernerfahrungen, Fähigkeiten, Kontrollüberzeugungen, Werthaltungen und Motivationen des Individuums. Grundsätzlich ist es nicht sinnvoll, kompetenzorientierte Abschlussprüfungen nach einer Lernzeit vorzunehmen, in der Kompetenzen nicht explizit weiterentwickelt werden sollten. (Es kann kompetenzorientiert geprüft werden, wenn im Vorfeld auch kompetenzorientiert ausgebildet wurde, ansonsten würde die Messung entweder Kompetenzen abbilden, die zufällig erworben wurden oder solche, die schon vor der Ausbildung in entsprechender Ausprägung vorhanden waren.)

Welche Kenntnisse, Werte, Erfahrungen, etc. Auszubildende als Handlungsvoraussetzungen verinnerlicht haben, ist nicht quantifizierbar oder bewertbar. Erst wenn diese Kompetenzen in direkt beobachtbare Handlungen umgesetzt werden, in so genannte Performanz, kann der Beobachter die Handlung anhand festgelegter Kriterien messen. Anhand dessen kann er wiederum Rückschlüsse auf die Kompetenzen des Handelnden ziehen. Die Zuschreibung von Kompetenzen auf der Grundlage von Performanzbeobachtungen wird auch als Attribution bezeichnet (Schuler, Prochaska, 2003)

Zu berücksichtigen ist, dass Handlungen nicht allein von den Dispositionen der handelnden Person bestimmt werden, sondern ebenso von den Handlungserwartungen und Möglichkeiten der Situation, in der die Handlung stattfindet (vgl. Hof, 2002, S.158 ff). Von Situationen gehen Reize aus, die bei Personen Handlungen initiieren, sie besitzen einen Aufforderungscharakter. Ausgelöst durch die Wahrnehmung der Situation erinnern Menschen erlerntes Verhalten und transferieren es in Handlungen (Knigge-Demal 1998).

Bei der Bewertung von Kompetenzen spielt folglich das Beobachten von Performanz eine wichtige Rolle. Die unterschiedlichen Komponenten der Umwelt, in der die Handlung ausgeführt wird, fließen sowohl in die Beobachtung als auch in die Bewertung ein. Performanzbeobachtungen können, abhängig

von den Teilkompetenzen, die zum Gegenstand der Prüfung gemacht werden, als objektives und als subjektives Messverfahren gestaltet werden (vgl. dazu Erpenbeck, Von Rosenstiel, 2003, S.XIX).

Im Krankenpflegeexamen sind ausschließlich die praktischen Prüfungen Performanzprüfungen. Sie lassen am unmittelbarsten Rückschlüsse auf die Handlungskompetenz zu.

Neben Performanzbeobachtungen sind Instrumente, die Handlungen oder die notwendige Wahl zwischen Handlungsoptionen abbilden, geeignet, um Rückschlüsse auf Kompetenzen ziehen zu können. In mündlichen oder schriftlichen Prüfungen, in denen Handlungsfähigkeit nicht unmittelbar in der Praxis zu beobachten ist, muss auf solche Instrumente zurückgegriffen werden. Zum Beispiel lassen Fallbesprechungen, Gruppendiskussionen oder die schriftliche Erörterung beruflicher Situationen, die einer Lösung zugeführt werden sollen, den Auszubildenden die Möglichkeit darzustellen, wie sie in optimaler Weise handeln würden. Die Attribution ist in diesen Fällen, ebenso wie die Performanz, als Hypothese anzusehen.

Mit Hilfe der Instrumente werden Daten erhoben, die bereits operationalisierten Handlungserwartungen zugeordnet werden. Die Messdaten werden, ebenfalls anhand festgelegter Kriterien, in Notenwerte umgewandelt.

Es gilt also, zuverlässige, beobachtbare Indikatoren für das Vorhandensein von Handlungskompetenz (oder Teilkompetenzen) zu gewinnen, schlüssig zu formulieren und sie auf eine überschaubare Anzahl zu reduzieren. Aus dem „Erfüllungsgrad“ der Indikatoren können Merkmale für eine bestimmte Bewertung gezogen werden (vgl. Richter, 2005).

Die Examenprüfung gibt, als summative Evaluation, zunächst einen Hinweis auf die Kompetenzen, die in dem Moment der Prüfung vorhanden sind. Um die Entwicklung der Kompetenzen nachvollziehen zu können, müsste die Prüfungsleistung mit anderen Lernprozessbegleitenden Prüfungen, die gleiche Inhalte evaluiert haben, verglichen werden.

4. Prüfungsgestaltung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Geht man davon aus, dass Kompetenzen eine intrapsychische Disposition darstellen, die nicht direkt beobachtbar ist, dann ist zu klären, über welches Verhalten und Handeln auf das Vorhandensein spezifischer Kompetenzen geschlossen werden soll.

Verhalten und Handeln als Performanz der Kompetenz ist aber, wie bereits ausgeführt, immer an Situationen gebunden und durch Situationen eingefordert und damit auch nicht kontextfrei zu bewerten.

Die idealtypische Situation für die Überprüfung von Kompetenzen sind aus unserer Sicht Berufssituationen, in denen sich die erworbenen Kompetenzen aktualisieren und realisieren können, in denen das Individuum aufgefordert ist, erworbene Befähigungen einzubringen.

Bei den zu klärenden Prüfungssituationen handelt es sich aber um die mündlichen und schriftlichen Prüfungen, die sich immer nur einer realen Berufssituation im Sinne einer Simulation annähern können.

4.1 Überprüfung von Lernerfolg und Berufsbefähigung

Lernerfolgskontrollen, wie sie in Prüfungen stattfinden, sind entsprechend des Krankenpflegegesetzes von 2003 (vgl. KrPflG, 2003, §3, Abs.1) den jeweiligen beruflichen Kompetenzen verpflichtet. Dies erfordert gegenüber den vergangenen Prüfungsmodalitäten eine Veränderung der Prüfungsorganisation, der Prüfungsstruktur sowie neue Prüfungsinhalte.

Grundsätzlich sollen Prüfungen in der beruflichen Bildung eine Vorhersage über den späteren Berufserfolg der Prüfungskandidaten ermöglichen. Das bedeutet, dass die berufsrelevanten Qualifikationen/Kompetenzen nicht nur als operationalisierte Lernziele überprüft werden müssen, sondern komplexe Kompetenzen innerhalb von komplexen Situationen zum Gegenstand der Prüfung werden. Um diese Komplexität zu ermöglichen, sollten sich die Prüfungssituationen den in der beruflichen Realität bestehenden Anforderungen möglichst annähern. Dies gelingt vor allem dann in der praktischen Prüfung, wenn Handlungsfelder und Aufgaben gebündelt werden und eine möglichst vollständige Abbildung der Komplexität des Alltags zugelassen wird.

Die Konstruktion von mündlichen und schriftlichen Prüfungen stellt vor allem deshalb eine besondere Herausforderung dar, weil in diesem Fall komplexe Alltagssituationen nur simuliert werden können und damit immer nur eine Annäherung an die realen Anforderungen erfolgen kann.

Unabhängig von den Prüfungsformen ist zudem die Aufgabe zu bewältigen, die für den Beruf erforderlichen Kompetenzen zu bestimmen und messbar zu machen.

Dabei sind komplexe Berufsaufgaben so zu operationalisieren, dass sie zum Gegenstand von Prüfungen werden können (Schuler, 2003). Für die unterschiedlichen Prüfungsformen sind im ersten Schritt,

1. die Kompetenzen/Qualifikationen zu bestimmen, die zur Berufsbefähigung erforderlich sind,
2. Aufgaben zu konstituieren, die den Berufsalltag in seiner Komplexität abbilden (vgl. Liebe, Neumann, 1997) und im dritten Schritt
3. Anforderungskriterien zu benennen, anhand derer die Prüfungsleistungen individuell eingeschätzt und benotet werden können.

In dem nachfolgenden Teil des Gutachtens wollen wir uns sukzessive diesen Teilen der Prüfungsgestaltung zuwenden und für die jeweiligen Aufgaben und Probleme eine Entscheidungshilfe zur Verfügung stellen.

4.2 Die Bestimmung von berufsspezifischen Kompetenzen

Wie aus dem vorangehenden Teil des Gutachtens hervorgeht, ist die Prüfungsgestaltung in verschiedene Phasen zu unterteilen.

Kommen wir zunächst zum ersten Schritt, nämlich die für den Beruf erforderlichen Kompetenzen zu bestimmen.

Nach Erpenbeck und von Rosenstiel (2003) lassen sich folgende Kompetenzklassen voneinander unterscheiden:

- Personale Kompetenzen, hierunter sind Kompetenzen zu verstehen, die sich auf die handelnde Person selbst beziehen und ihre Fähigkeiten selbstorganisiert und reflektiert zu handeln, sich selbst einzuschätzen, Werthaltungen, Einstellungen, Motive und Selbstbilder zu entwickeln, die den Herausforderungen ihres Lebens entsprechen und ihre persönlichen Lebensziele angemessen in soziale/berufliche Situationen und Anforderungen zu integrieren.
- Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen, hierunter sind Kompetenzen zu verstehen, die sich darauf beziehen, aktiv und gesamtheitlich Vorhaben, Absichten und Pläne für das eigene Leben oder auch für ein Team eine Organisation zu entwickeln und diese durch selbstorganisiertes Handeln umzusetzen.
- Fachlich-methodische Kompetenz, dazu gehören Kompetenzen, die erforderlich sind, sachlich-gegenständliche Probleme geistig und physisch selbstorganisiert zu lösen, Wissen selbstorganisiert und situationsangemessen einzusetzen und zu bewerten. Ebenso gehören Kompetenzen dazu, die erforderlich sind, Aufgaben, Tätigkeiten und Lösungen mit neuen, evtl. auch selbstentwickelten Methoden zu realisieren.
- Sozial-kommunikative Kompetenz, dazu hören Kompetenzen, die erforderlich sind, sich kommunikativ, kooperativ, kreativ und selbstorganisiert mit

anderen auseinander und zusammen zu setzen, Pläne, Aufgaben und Zielgruppen- und beziehungsorientiert zu entwickeln und sich entsprechend zu verhalten (Erpenbeck, Von Rosenstiel 2003).

Nutzt man diese Kompetenzklassen zur Analyse der in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (vgl. APrV, 2003, Anlage 1) aufgeführten Befähigungen, dann verdeutlicht sich, dass die Prüfungen sich im Schwerpunkt auf aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen ausrichten.

Die den Prüfungen zugeordneten Themengebiete (vgl. APrV, 2003, Anlage 1) und die damit verbundenen explizit aufgeführten Fähigkeiten und Fertigkeiten lassen sich, wie in Tabelle 1 dargestellt, den Kompetenzklassen „personale Kompetenz“, „aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenz“, „fachlich und methodische Kompetenz“ und „sozial-kommunikative Kompetenz“ zuordnen. Allerdings ist anzumerken, dass bei dem vorliegenden hohen Abstraktionsgrad der beschriebenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ein relativ großer Interpretationsspielraum besteht, der je nach Perspektive des Betrachters auch andere Analyseergebnisse hervorbringen könnte.

Dieses ist einerseits sinnvoll, da dieser Interpretationsspielraum die begründete Akzentuierung von pädagogischen Entscheidungen ermöglicht, zugleich birgt er jedoch auch die Gefahr, dass die Vergleichbarkeit von Ausbildungen in den Pflegeberufen weiterhin nicht gegeben sein wird.

Geht man allerdings nur von den in Anlage 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung aufgeführten Adjektiven aus, so zeigen sich deutliche Schwerpunkte bezüglich der Kompetenzen, die einer Prüfung zu unterziehen sind. Der Schwerpunkt der zu überprüfenden Kompetenz siedelt sich auf der Ebene der aktivitäts- und umsetzungsorientierten wie der fachlich und methodischen Kompetenz an (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Zu überprüfende Befähigungen in den mündlichen und schriftlichen Prüfungen

Mündliche Prüfung				
Kompetenzen/ Prüfungsthemen	Personale Kompetenz	Aktivitäts- und umset- zungs- orientierte Kompetenz	Fachliche und metho- dische Kompetenz	Sozial- kommunika- tive Kompe- tenz
3. Unterstützung, Beratung und Anlei- tung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten.		XXX	XXX	XX
10. Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen.	XX	XX		
8. Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken.		XXX	XXX	XXX
12. In Gruppen und Teams zusammenarbeiten.		XXX		XXX

Schriftliche Prüfung				
1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten.		XXX	XXX	XXX
2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten.	XX	XXX	XXX	
7. Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten.		XXX	XXX	

Implizit ließen sich auch weitere Kompetenzklassen mit den aufgeführten Befähigungen verbinden. Dennoch kann festgestellt werden, dass die Adjektive, **reflektieren**, **kommunikativ handeln**, **kooperieren**, explizit so gut wie nicht vorkommen. Die zentralen Befähigungen, die mit dem Kompetenzbegriff verbunden sind, wie die Befähigung zur Selbstorganisation und zur Selbstreflexion, werden kaum benannt. Auffindbar sind vor allem, wie bereits dargestellt, die aktivitäts- und umsetzungsorientierten Kompetenzen, die fachlich-methodischen Kompetenzen sowie die sozial-kommunikativen Kompetenzen. Die personale Kompetenz wird im Ansatz in den Befähigungen zu den Themenbereichen 10 und 11 eingefordert.

Wenn sich die Ausbildungseinrichtungen entscheiden, der Messung der personalen Kompetenz in den Prüfungssituationen eine höhere Bedeutung zukommen zu lassen, kann dieses vor allem durch die Instruktion (dem Arbeitsauftrag) und die Methode der Prüfung realisiert werden. Dazu werden nachfolgend einige Beispiele dargestellt.

Bei der Festlegung von Kompetenzen, die in der Prüfung gemessen werden sollen, sowie bei der Konstituierung von Situationen und Aufgaben, die in der Prüfung bewältigt werden sollen, sind die Verknüpfungen zu den übergeordneten Leitzielen des Berufes bedeutsam. Diese sichern die Integration des

Qualifikations-, Bildungs- und Kompetenzanspruches, der mit der Ausbildung verbunden ist.

Im Team der Experten (Fachprüfer) ist eine Entscheidung darüber zu treffen, welches Anspruchsniveau mit der Prüfung verbunden sein soll, welche Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten akzentuiert werden und über welche exemplarischen Berufssituationen in Form von so genannten Fällen die festgelegten Befähigungen geprüft werden sollen.

Diese Entscheidungsfindung stellt eine Herausforderung für jedes Schulteam dar. Habermas gibt in seinen Wahrheitstheorien einige Hinweise darauf, wie sich legitimierte Entscheidungsträger im „Praktischen Diskurs“ und durch „kommunikatives Handeln“ verständigen können, um begründete Entscheidungen zu treffen, Willkürentscheidungen zu vermeiden und einen Konsens der Vernunft zu finden. (vgl. Habermas, 1973).

Für die Gesundheits- und Krankenpflege wie für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege stellt das Krankenpflegegesetz mit der Ausbildungs- und Prüfungsordnung ein Bezugssystem dar, in dem das Berufsverständnis, die Anforderungssituationen sowie die dafür erforderlichen Kompetenzen ausformuliert sind.

Das vorliegende Gutachten geht in seinen zentralen Bezugspunkten von den dort festgelegten Berufssituationen und Kompetenzen aus.

Die Prüferinnen und Prüfer haben die Chance auf der Basis des Krankenpflegegesetzes von 2003 begründet Entscheidungen über spezifische Kompetenzen zu treffen, die als zentraler Bestandteil der Berufsbefähigung ausgewiesen sind und zum Gegenstand der Prüfung werden sollen.

4.3 Die Konstituierung von Prüfungsaufgaben

Die Entwicklung kompetenzorientierter Prüfungsverfahren ist darauf ausgerichtet, möglichst objektive, reliable und valide Vorhersagen darüber zu treffen, mit welchen Dispositionen die SchülerInnen den Anforderungen des Arbeitsplatzes begegnen werden.

Die Gesamtheit der Leistungsüberprüfungen am Ende der Ausbildung entspricht der summativen Erhebung des Lernerfolges.

Formative Überprüfungen der Leistungsmessung sollten sich grundsätzlich nicht von der summativen Überprüfung am Ende der Ausbildung unterscheiden, denn auch Prüfungssituationen bedürfen der Übung, ansonsten muss davon ausgegangen werden, dass die Befähigung der SchülerInnen zur Anpassung an neue Prüfungssituationen die Leistungsmessung überlagert.

Prüfungsformen und Methode zum Nachweis der Berufsbefähigung
Die zu erwerbenden berufsrelevanten Qualifikationen und Kompetenzen können mit Hilfe von mündlichen, praktischen und schriftlichen Prüfungsformen überprüft werden.

Alle Prüfungsformen können als Einzel-, Paar- oder Gruppenprüfungen durchgeführt werden.

Gruppenprüfungen sind grundsätzlich als die anspruchvollste Methode der Leistungsüberprüfung anzusehen.

Der hohe Anspruch stellt sich sowohl an den Prüfungskandidaten wie an die Prüfer. Der Prüfer hat neben den beobachtbaren Fähigkeiten und Fertigkeiten der einzelnen GruppenteilnehmerInnen bei der Bewältigung einer gemeinsamen Aufgabe den Beitrag jedes Einzelnen zum Gruppenergebnis festzustellen und zu beurteilen. In Paar- und Gruppenprüfungen werden immer auch die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Gruppenmitglieder zu Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten wirksam. Darin liegen zugleich die Chancen dieser Prüfungsformen, denn sie ermöglichen insbesondere die Erfassung der sozial-kommunikativen Kompetenz.

Einzelprüfungen ermöglichen die Überprüfungen von sozial-kommunikativer Kompetenz in der Regel vor allem durch die Auswahl der Prüfungsmethoden. Erfolgt eine Performanzprüfung, sind auch sozial-kommunikative Kompetenzen über Verhalten und Handlungen beobachtbar.

In der nachfolgenden Tabelle sind einige Überlegungen bezüglich des Zusammenhangs zwischen Prüfungsformen und Prüfungsmethoden zur Vorhersage von Kompetenzen zusammengefasst.

Tabelle 2: Verschiedene Prüfungsverfahren zur Überprüfung von Kompetenzen

Kompetenzen	Schriftliche Verfahren	Mündliche Verfahren	Praktische Verfahren		Instruktion
			Simulationssituationen	Praxissituationen	
Personale Kompetenzen Disposition, reflexiv und selbstorganisiert zu handeln, Werthalten, Einstellungen mit dem eigenen Handeln in Einklang bringen	Komplexe Berufs- und Lebenssituationen müssen in schriftlicher Form selbstorganisiert und reflektiert bearbeitet werden, das eigene Handeln muss eingeschätzt werden Beispiel: Selbstorganisation der Prüfungssituation, Selbstreflektion der Prüfungsleistung	Fallbeispiele, die als zentrale Problemlagen auch die Selbsteinschätzung beinhalten. z. B. Ein Berufsdilemma, in dem das Berufsverständnis bzw. eine ethische Position ausgewiesen und reflektiert werden muss.	Rollenspiele durchführen, später die Selbstorganisation und das eigene Handeln reflektieren lassen. Beispiel: In einer Gruppendiskussion das Berufsverständnis, die Rolle der Pflege im interdisziplinären Team diskutieren lassen und danach die eigene Rolle reflektieren lassen.	Aufgaben in der Berufspraxis ansiedeln, in der die Selbstorganisation und die Selbstreflexion im Vordergrund stehen. Beispiel: Planung, Durchführung und Reflexion einer Pflegevisite. Am Ende des Prozesses steht dann die Reflektion der eigenen Rolle im Vordergrund.	Fragen: Was hat Ihr Handeln geleitet? Warum sind Sie so vorgegangen? Welche Ziele haben Sie erreicht? Was würden Sie bezüglich des eigenen Handelns verändern? Wie schätzen Sie die Ergebnisse Ihres Handelns ein?

Kompetenzen	Schriftliche Verfahren	Mündliche Verfahren	Praktische Verfahren		Instruktion
			Simulationssituationen	Praxissituationen	
Sozial-kommunikative Kompetenzen Disposition, kommunikativ, kooperativ selbst-organisiert zu handeln	Offene Fragen zu spezifischen Situationen, in denen die Aushandlungsprozesse mit den Patienten/Angehörigen oder mit dem Team im Vordergrund stehen. Beispiel: Interaktionssituation im Rahmen einer Pflegesituation muss analysiert und mögliche Perspektiven herausgearbeitet werden.	In diesen Fall-Situationen geht es auch darum, kommunikative Prozesse, einen Aushandlungsprozess oder einen Kooperationsprozess zu bearbeiten. z. B.: Eine Beratungssituation anhand einer Fall-Situation planen und die Planung bewerten	Diskussion zu einem spezifischen Thema z. B. In eine Gruppendiskussion das Berufsverständnis, die Rolle der Pflege im interdisziplinären Team diskutieren lassen.	Siehe oben	Fragen: Welche Ziele verfolgen Sie? Welche Perspektiven sind dabei zu berücksichtigen? Welche Absprachen und Aushandlungsprozesse sind erforderlich? Wie kann Vertrauen hergestellt werden?

Tabelle 3: Verschiedene Prüfungsverfahren und Beispiele zur Überprüfung von Kompetenzen

Kompetenzen	Schriftliche Verfahren	Mündliche Verfahren	Praktische Verfahren		Instruktion
			Simulationssituationen	Praxissituationen	
Fachlich- methodische Kompetenz Zur Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen, Fähigkeit in Problemsituationen geistig und physisch sowie selbstorganisiert zu handeln	Fachbezogenes Wissen, welches zur Lösung der zentralen Probleme des Falls, der Situation unabdingbar ist. Beispiel: Den Pflegebedarf eines Patienten angemessen einschätzen und entsprechende Schlussfolgerungen daraus ziehen.	Aus einem schriftlichen Fall/Situation den Pflegebedarf des Patienten ableiten und die Ergebnisse der Analysearbeit vorstellen. Beispiel: Den Pflegebedarf eines Patienten angemessen einschätzen und entsprechend Schlussfolgerungen daraus ziehen.	Rollenspiel zur Erhebung des Pflegebedarfs Beispiel: Den Pflegebedarf eines Patienten angemessen einschätzen und entsprechend Schlussfolgerungen daraus ziehen.	Aufgaben in der Berufspraxis ansiedeln, in der die Fähigkeit zum Problemlösen im Vordergrund steht, die ohne ausreichende Fach- und Methodenkenntnisse nicht zu bewältigen sind. Beispiel: Den Pflegebedarf eines realen Patienten angemessen einschätzen und entsprechende Schlussfolgerungen daraus ziehen.	Die Instruktion ist an der Komplexität der Situation auszurichten. Den Pflegebedarf eines Patienten ermitteln, die Ressourcen festlegen, mögliche Pflegeziele ableiten, eine entsprechende Pflegeplanung entwickeln.

Kompetenzen	Schriftliche Verfahren	Mündliche Verfahren	Praktische Verfahren		Instruktion
			Simulationssituationen	Praxissituationen	
Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenz Absichten und Pläne für das eigene Leben, das Leben anderer oder auch für ein Team eine Organisation entwickeln und diese durch selbstorganisiertes Handeln umzusetzen.	Handlungsabläufe differenziert und zielorientiert planen. Beispiel: Für eine spezifische Pflegemaßnahme eine Handlungsabfolge durchführen und bewerten können. Diese auf den spezifischen Bedarf des Patienten ausrichten und dabei die institutionellen Rahmenbedingungen berücksichtigen.				

4.4 Zur Konstituierung von Fällen bzw. Situationen

Eine Möglichkeit, diesen besonderen Anforderungen von Prüfungssituationen zu entsprechen, stellt die situationsorientierte Didaktik dar (Knigge-Demal, 1998).

Nach Kaiser, 1985, steht menschliches Handeln immer unter den Anforderungen von Situationen, berufliches Handeln dementsprechend immer unter den Anforderungen von Berufssituationen. Jeweils spezifische Berufssituationen fordern über ihre Strukturmerkmale spezifische Handlungsfähigkeiten ein.

Nach Kaiser (ebd.) sind Situationen durch folgende konstitutive Merkmale gekennzeichnet:

1. durch die Rollenstruktur
(Welche Personen gehören zur Situation und was wird von ihnen erwartet?),
2. durch die Handlungsmuster
(Welche Handlungsabläufe sind für diese Situation zu antizipieren?),
3. durch den Situationszweck
(Welche Handlungsziele oder Intentionen sind mit der Situation verbunden?) und
4. durch die Situationsausstattung
(In welchen räumlichen Kontext ist die Situation eingebunden?).
5. Alle Situationen sind prozesshaft gestaltet.

In Anlehnung an Kaiser (ebd.) haben Hundenborn und Knigge-Demal 1995 folgende vier konstitutive Merkmale von Pflegesituationen formuliert und zur Gewinnung von Qualifikationen genutzt. Dieser Ansatz bietet eine Möglichkeit, Berufssituationen zur Gewinnung von Qualifikationen und im weiteren Verlauf für eine didaktische Analyse zur Gewinnung von fächerübergreifenden Lernzielen und Lerninhalten zu nutzen.

Merkmale von Pflegesituationen sind:

1. die objektiven Pflegeanlässe, die den Pflegebedarf des Patienten begründen,
2. das subjektive Krankheitserleben und -verarbeiten des Patienten, seine Pflegebedürftigkeit, die gleichfalls den Pflegebedarf des Patienten begründet,
3. die Interaktionsstrukturen und das Interaktionsgefüge in beruflichen Situationen,
4. die Tätigkeitsfelder (das Setting) im Kontext gesellschaftlicher und historischer Bedingungen und
5. der Pflegeprozess und dessen Bedeutung für das Handeln in Pflegesituationen.

Nutzt man die genannten konstitutiven Merkmale von Pflegesituationen zur Entwicklung von Situationen, gelingt dieses in der Regel überzeugender, wenn dies auf der Basis realer Fälle geschieht. Die tatsächlichen Fälle sind dem Berufsalltag zu entnehmen. Schülerinnen und Schüler können im Rahmen von Praxisaufgaben Fälle aus der Berufspraxis in die Schule zu bringen, diese können zur Entwicklung von Lernsituationen und Prüfungsaufgaben genutzt werden.

Je mehr konstitutive Merkmale in die „Berufssituation“ aufgenommen werden, je komplexer wird das Übungsbeispiel bzw. die Prüfungsaufgabe.

Jede Pflegesituation wird von mindestens zwei Personen bestimmt, einerseits von der handelnden Pflegefachkraft, deren Rolle der Prüfungskandidat übernehmen soll, und andererseits durch den Patienten. Je mehr Rollen in das Geschehen integriert werden, desto komplexer werden die Anforderungen an die Pflegefachkraft.

Situationen lassen sich klassifizieren nach den Anlässen, aufgrund deren sie stattfinden oder nach den handelnden Personen, die in ihnen zusammentreffen oder nach ihren zeitlichen und historischen Bezügen. So lassen sich Pflegesituationen danach klassifizieren, welche Zielsetzung mit ihnen im Rahmen des **Pflegeprozesses** verbunden ist, z.B. die Situation, in der eine Pflegebedarfsaufnahme stattfindet, oder die Situation, in der eine Pflegemaßnahme realisiert wird. Alle Situationen, ob Pflegesituationen, Teamsituationen oder Situationen der Arbeitsorganisationen sind aber durch die o. g. Kriterien gekennzeichnet.

Für die fallorientierte Prüfungsgestaltung geht es sowohl immer um historische Bezüge der Menschen und Organisationen, die auf die aktuelle Situation einwirken und bei der Planung und Realisierung von Handlungen Berücksichtigung finden sollten als auch um die aktuelle Situation und deren konstitutiven Merkmale.

Als eine bedeutsame Aufgabe der LehrerInnen für Pflegeberufe, Pflege- und Berufspädagogen kann damit die Fähigkeit bezeichnet werden kompetenzorientierte Prüfungen zu gestalten.

Die Merkmale von Pflege- und Berufssituationen können aus den o.g. konstituierenden Merkmalen von Situationen abgeleitet werden.

Jeder „Prüfungsfall“ weist danach folgende Merkmale auf, es gibt einen deutlich erkennbaren **Anlass**, aufgrund dessen sich Menschen in einer Situation befinden, außerdem verbindet sich die Situation auch immer mit einem **Situationszweck**, das bedeutet, dass mit der Situation eine Zielsetzung verbunden ist. Je nach Anzahl der Akteure können verschiedene Ziele mit der Situation verbunden sein. Außerdem geht in jede Situation auch **das subjektive Erleben und Verarbeiten** der beteiligten Personen ein. Die räumlichen und **institutionellen Rahmenbedingungen**, in der die Situation angesiedelt ist, eröffnen oder begrenzen die möglichen Handlungsoptionen. So kann ein Beratungsgespräch mit einem Patienten anders geplant werden, wenn dafür ein spezieller Beratungsraum vorgesehen ist. Immer ist die Situation auch prozessorientiert, so befinden wir uns in den Situationen eher an der Stelle der Pflegebedarfsaufnahme, oder der gesamten Pflegeplanung, oder auch bei der Durchführung einer Pflegemaßnahme. Alle Phasen des **Pflegeprozesses** können zum Gegenstand der Prüfung erhoben werden. Der Pflegeprozess ist aber auch immer von dem **Interaktionsgefüge**, den Rollen, die in einer Situation aufeinander treffen, gekennzeichnet. Die Anzahl der Personen mit ihren jeweils spezifischen Merkmalen und Interessen, Pflege- oder Beratungsbedarf bestimmen die Situation entscheidend mit. Sie erhöhen oder reduzieren die Komplexität der Situation, je nachdem mit welchen Perspektiven und Anliegen sie in die Situation integriert werden müssen. Letztlich beeinflussen auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die Situation, sie können die

Handlungsspielräume der Akteure erweitern oder reduzieren. Im nachfolgenden Fallbeispiel/Berufssituation reduzieren die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die Handlungsalternativen der Akteure erheblich.

Beispiel für die schriftliche Prüfung

Für die schriftliche Prüfung soll nun ein mögliches Fallbeispiel/Pflegesituation vorgestellt werden, in der alle konstitutiven Merkmale von Pflegesituationen eingebunden sind und damit eine hohe Komplexität der Situation begründen.

Die verschiedenen konstitutiven Merkmale von Pflegesituationen wurden im nachfolgenden Beispiel zum besseren Verständnis entsprechend der oben dargestellten Abbildung farblich gekennzeichnet.

Fallbeispiel und Pflegesituation

Paul ist 16 Jahre alt, hat keine Geschwister und lebt mit seiner Mutter in einem Dorf in Niedersachsen. Vor etwa einem Jahr trennten sich Pauls Eltern, seitdem besucht er seinen Vater an den Wochenenden und in den Ferien. Die Mutter ist ganztags als Verkäuferin in einer Bäckerei beschäftigt, so dass Paul recht selbstverantwortlich seinen Alltag organisiert. Seit der Trennung zieht Paul sich zurück und sucht weniger Austausch mit den Eltern.

Seit seinem 5. Lebensjahr leidet Paul an einem Diabetes mellitus Typ I. Im Umgang mit den Blutzuckerkontrollen, den Insulininjektionen mittels Pen und seiner Ernährung zeigte er nach mehreren Schulungen Sicherheit im Umgang mit seiner intensivierten Insulintherapie. Seit etwa 4 Monaten schwanken die Blutzuckerwerte zunehmend und Paul ist weniger leistungsfähig.

Paul, der unabhängig sein und niemanden mehr mit seiner Krankheit belasten möchte, versucht dies auszugleichen, was nur mäßig gelingt.

Vor zwei Wochen wurde Paul morgens um 8.00 Uhr von seiner Mutter in das nächstgelegene Allgemeinkrankenhaus gebracht. Er war nicht ansprechbar, kaltschweißig und hatte einen Blutzuckerwert von 41 mg/dl. Nach der Stabilisierung seines akuten Befindens wurde auf der aufnehmenden internistischen Station ein ausführliches Eingangsassessment erhoben. Paul gab an, dass er in der Schule an einer Leichtathletik AG teilnimmt, in der er zweimal wöchentlich trainiert. Außerdem hätte er seit einiger Zeit sehr unregelmäßig gegessen und das Spritzen nicht angepasst. In dem Gespräch wirkte Paul unsicher und traurig über seine Situation. Die Mutter zeigte sich überrascht, da sie weder von der Sportgruppe noch von den veränderten Blutzuckerwerten ihres Sohnes wusste. Paul soll zunächst eine Woche lang auf der Station betreut werden, die Krankenkasse hat die Finanzierung eines erneuten Aufenthalts in einer Spezialklinik für diabeteskranke Kinder bereits abgelehnt.

Zurzeit befindet sich Paul auf einer Station für Jugendliche in einer Kinder- und Jugendklinik der nahe gelegenen Universitätskliniken.

Instruktion für die schriftliche Prüfung

1. Welche aktuellen und potenziellen Pflegeprobleme ergeben sich bei Paul?
2. Welche Ressourcen sind erkennbar?
3. Welche Informationen fehlen Ihnen? Welche Informationsquellen würden Sie nutzen?
4. Welche Pflegeziele sollen erreicht werden?
5. Welche Maßnahmen leiten Sie zur Zielerreichung ein?
6. Wie kontrollieren Sie das Ergebnis?

Nach der Konstruktion des Prüfungsfalls/ der Pflegesituation besteht der nächste Arbeitsschritt darin, die erwarteten Prüfungsleistungen festzulegen. Nachfolgend finden sich einige Fragen, die zur Gestaltung dieses Prozesses genutzt werden können.

1. Welcher Pflegebedarf (Pflegeprobleme und Ressourcen) soll antizipiert werden?
2. Welche Situationsmerkmale sollen in die Handlungsplanung einbezogen werden?
3. Inwieweit sollen diese dem zu antizipierenden Pflegebedarf entsprechen?
4. Welche Perspektiven sollen bei der Ermittlung des Pflegebedarfs berücksichtigt werden (Jugendlicher und Mutter)?
5. Welche offenen Fragen sind zu klären?
6. Sollen dabei Assessmentverfahren genutzt werden?
7. Welche Ziele sollen verfolgt werden? Welche sind zu priorisieren?
8. Wessen Interessen sollen bei den Pflegezielen berücksichtigt werden?
9. In welchem Umfang erwarten Sie eine Pflegeplanung (Grad der Differenzierung und Angemessenheit)?
10. Welche Aussagen erwarten Sie zum Aushandlungsprozess?
11. Welche Maßnahmen sind zu planen?
12. Sollen die institutionellen Rahmenbedingungen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, und wenn ja welche?

Je komplexer die konstituierte Pflegesituation gestaltet wird, umso differenzierter sind die Verhaltenserwartungen zu formulieren.

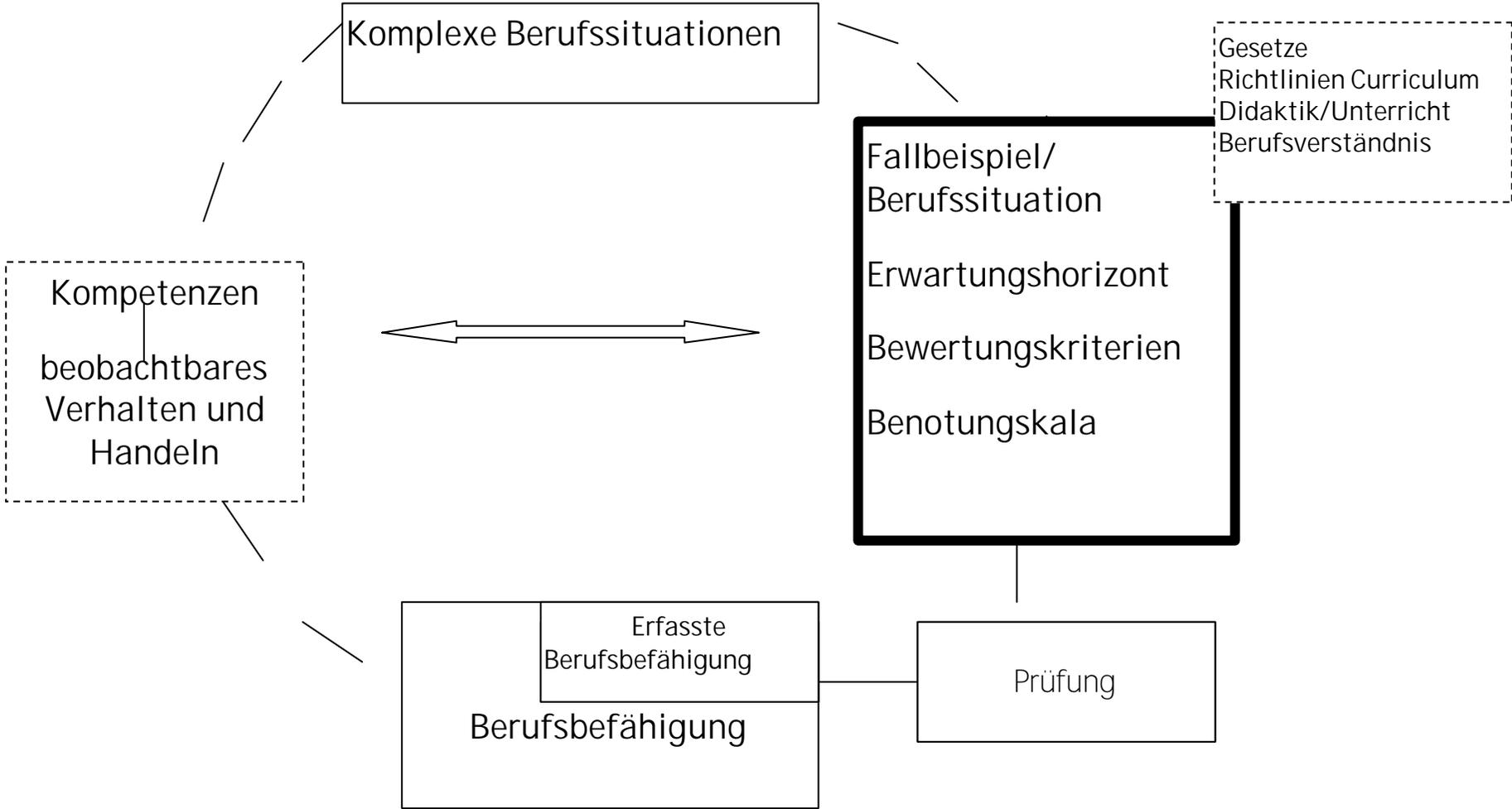
In der Regel eröffnet sich die Komplexität der Pflegesituation erst dann, wenn der „Erwartungshorizont“ geklärt und ausformuliert ist. Diese Arbeitphase sollte gemeinsam mit den Fachlehrern erfolgen, die die Prüfungsleistungen zu bewerten haben.

Vorteile dieses Vorgehens

Erfolgt im Vorfeld der Prüfungen eine Verständigung über das erwartete Antwortverhalten des Prüfungskandidaten, erleichtert dies die Bewertung der realisierten Prüfungsleistungen erheblich. Außerdem wird auf diese Weise eine höhere Objektivität, Reliabilität und Validität bei der Bewertung der Prüfungsleistungen des einzelnen Kandidaten erreicht.

In der nachfolgenden Abbildung 3 wird der gesamte Prozess der Festlegung der beruflichen Kompetenzen über die Fall- und Situationskonstituierung, bis hin zur Festlegung von Bewertung von Prüfungsleistungen aufgezeigt.

Abbildung 3: Bezüge für die Konstruktion des Falls der Berufssituation und der Bewertung von Prüfungsleistungen



5. Bewertung von Prüfungsleistungen

Die Messung von Kompetenzen, die daraus abzuleitenden Prüfungsaufgaben und Prüfungssituationen bedürfen der Gewichtung nach ausgewiesenen Bewertungskriterien. Bewertungskriterien und der Bewertungsschlüssel sind den einzelnen Teilaufgaben innerhalb der Prüfung zuzuordnen (Krechting, 1998).

5.1 Kompetenzmodelle in der Pflege

In den letzten Jahren sind interessante Veröffentlichungen zu diesem Thema erschienen, dazu gehört das Buch von P. Benner, 1997, „Die Stufen der Pflegekompetenz“ und das Buch von Ch. Olbrich, 1999, „Pflegekompetenzen“. Neben der Definitionsvielfalt wird in den Veröffentlichungen deutlich, dass je nach Perspektive unterschiedliche Deutungen und Interpretationen mit dem Kompetenzbegriff verbunden sind.

Benner unterscheidet in Anlehnung an das Dreyfur-Modell fünf Stufen des Kompetenzerwerbs in der Krankenpflege.

- Stufe 1: Neuling,
- Stufe 2: Fortgeschrittene Anfänger,
- Stufe 3: Kompetente Pflegenden,
- Stufe 4: Erfahrende Pflegenden und die
- Stufe 5: Pflegeexpertin/Pflegeexperte.

Im Zusammenhang mit der Bewertung von Prüfungsleistungen soll an dieser Stelle nur Bezug zu den ersten drei Stufen des Modells von Benner genommen werden.

Stufe 1: Neuling

Das Handeln des Neulings ist dadurch gekennzeichnet, dass sein Verhalten unflexibel und durch Regeln gekennzeichnet ist. Die Besonderheiten der aktuellen Situation werden entsprechend wenig berücksichtigt. Das beobachtbare Handeln beruht weitgehend auf erworbenem Fachwissen, das relativ unflexibel zur Anwendung kommt.

Stufe 2: Fortgeschrittene Anfänger

Der fortgeschrittene Anfänger kann wiederkehrende Besonderheiten einer Situation erkennen und sein Handeln darauf abstimmen. Berufliche Erfahrungen ermöglichen es ihm, den Patienten zum Beispiel hinsichtlich seiner Motivation, sich mit der Erkrankung auseinander zu setzen, zu unterscheiden und entsprechend differenziert Handlungen durchzuführen. Benner nennt in diesem Zusammenhang als Beispiel die Pflegeexpertin, die feststellt, dass ein Pa-

tient der einen Ileostomie erhalten hat, bereit ist, sich mit seinen Gesundheitsproblemen zu beschäftigen und eine entsprechende Beratung durchgeföhrt. (Benner, 1997).

Stufe 3: Kompetente Pflegende

Kompetente Pflegende verfügen in der Regel über mehrjährige Berufserfahrungen, die sie dazu befähigen, Präferenzen zu setzen und langfristige Pläne zu entwickeln. Ihr Wissen hat einen relativ hohen Abstraktionsgrad erreicht. Probleme können analysiert und auf der Grundlage von Wissen und Erfahrungen zielgerichtet gelöst werden.

Zu erwarten ist, dass die Auszubildenden in der Abschlussprüfung eine Kompetenzstufe erreichen, die zwischen Neuling und fortgeschrittenen Anfängern angesiedelt ist.

5.2 Kriterien zur Ermittlung der Prüfungsleistungen

Da sich die Probleme und Anforderungen des Berufes selten aus der Perspektive eines

Fachgebietes lösen lassen, sind bezogen auf die Pflegesituationen fächerintegrative Fragen

zu formulieren.

Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität muss anders als bisher über die Beschreibung der erwarteten Schülerleistungen, auch „Erwartungshorizont“ genannt, gesichert werden. Je nach Komplexität der Aufgabenstellung können auch Lernzielebenen wie Analyse, Synthese und Bewertung angesprochen und damit Rückschlüsse auf Kompetenzen (u. a. Sozialkompetenz und personale Kompetenzen), wie sie das Krankenpflegegesetz einfordert, gezogen werden.

Komplexe Pflegesituationen zum Ausgangspunkt einer problembezogenen Handlungsplanung zu nutzen, wie dies hier empfohlen wird, erfordert außerdem die Integration fächerübergreifenden Wissens.

Bei der Gestaltung derart komplexer Alltagssituationen für die schriftlichen Fachprüfungen sind die Erwartungen an den Prüfungskandidaten zu operationalisieren, da anders als bei fächersystematischen Prüfungen sich nicht nur die Anforderungen deutlich verändern, sondern auch die Antworten eine deutlich höhere Komplexität und Differenziertheit aufweisen werden. Diese neue Prüfungssituation ist mit vielfältigen Herausforderungen verbunden.

Wenn sich die FachprüferInnen im Vorfeld

1. über die Gestaltung der Fälle und Pflegesituationen verständigen und damit das Anspruchsniveau der Prüfungen gemeinsam festlegen und die
2. erwarteten Antwortalternativen konsensualisieren, können mögliche Probleme bei der Bewertung der Prüfungsleistungen vermieden werden.

Nachfolgend sind einige Kriterien zur Festlegung des erwarteten Schülerverhaltens aufgezeigt.

Zwei Themenbereiche der schriftlichen Prüfung (vgl. APrV, 2003, Anlage1) wurden aufgegriffen und einer exemplarischen Klärung unterzogen:

1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten
2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten

Beide Themen wurden an den Phasen des Pflegeprozesses ausgerichtet und anhand folgender Gliederungspunkten strukturiert:

- erwartete Handlungsplanungen und Handlungsabsichten (optimal)
- die damit verbundenen Fähigkeiten
- Schlussfolgerungen auf Kompetenzen
- unzureichende Handlungsplanung und Handlungsabsichten

Die Ausformulierung des „Erwartungshorizonts“ bleibt in den nachfolgenden Tabellen auf einem mittleren Abstraktionsniveau und kann deshalb auf relativ viele Fall- und Pflegesituationen übertragen werden.

Zu klären ist, ob zu Beginn der Einführung dieses neuen Prüfungsverfahrens eine weitere Operationalisierung erforderlich ist. Es ist zu erwarten, dass bei einer Etablierung der fall- und situationsorientierten Prüfungsgestaltung sich bei den FachprüferInnen das erwartete Antwortverhalten und die Bewertung der Prüfungsleistungen annähern.

Tabelle 3: Bewertungsschema zum Prüfungsthema: „Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten“

Fragen zum Fall/situation orientiert am Pflegeprozess	Zu verbalisierende Handlungsabsichten „Erwartungshorizont“ (volle Punktzahl)	Fähigkeiten	Rückschlüsse sind möglich auf (Fach-, Methoden-, Soziale- Personale Kompetenzen)	Prüfung nicht bestanden
Erhebung des Pflegebedarfs Pflegeprobleme und Ressourcen des Patienten Erfassen	<ul style="list-style-type: none"> -Informationssammlung vollständig und differenziert -offene Fragen genannt -Möglichkeiten aufgezeigt, Informationen zu beschaffen, die den Patienten und dessen Bezugsperson integrieren -Bedürfnisse und Perspektiven des Patienten/der Bezugspersonen wurden wahrgenommen -erfasst alle Pflegeprobleme und Ressourcen des Patienten/Bezugsperson vollständig und differenziert - alle potentiellen Probleme und Ressourcen werden genannt - die Formulierungen sind differenziert und fachlich korrekt -Probleme und Ressourcen sind nach Prioritäten geordnet -Probleme werden nach Art, Umfang und Ursache differenziert beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> -Handelt, kommunikativ, kooperativ und selbstorganisiert -kann sich verbal artikulieren -kann beurteilen, welche Informationen zur Problemlösung notwendig sind -besitzt die Fähigkeit Informationen zu beschaffen -besitzt die Fähigkeit Informationen fachlich richtig zu bewerten -besitzt die Fähigkeit Informationen fachlich richtig zu strukturieren und die notwendigen Schlussfolgerungen für das eine Handeln zu ziehen 	<ul style="list-style-type: none"> -Soziale Kompetenz -fachlich- methodische Kompetenz Aktivitäts- und umsetzungsbezogene Kompetenz 	wichtige Informationen wurden nicht berücksichtigt oder beschafft, so dass Pflegefehler entstehen können
Maximale Punktzahl 60 Punkte		Minimale Punktzahl noch bestanden 30 Punkte		Punktzahl nicht bestanden Unter 30 Punkte

Fragen zum Fall/Situation orientiert am Pflegeprozess	Zu verbalisierende Handlungsabsichten „Erwartungshorizont“ (volle Punktzahl)	Zugeordnete Teilkompetenzen	Rückschlüsse sind möglich auf (Fach-, Methoden-, Soziale- Personale Kompetenzen)	Prüfung nicht bestanden
Formulierung von Pflegezielen	<ul style="list-style-type: none"> -sind auf die aktuellen Probleme zugeschnitten -langfristig angelegt (berücksichtigt auch potentielle Probleme) -realistisch -präzise formuliert -überprüfbar -verfolgen (implizit oder explizit) die Interessen des Patienten -es werden Prioritäten gesetzt -Ziele sind mit dem Patienten zusammen entwickelt worden - 	<ul style="list-style-type: none"> -besitzt die Fähigkeit, Pflegebedürftige in ihrem sozialen Umfeld wahrzunehmen -besitzt die Fähigkeit, einzuschätzen, welche Ziele der Patient mit seinen Ressourcen und der voraussichtlich erbringbaren Pflegeleistung erreichen kann -besitzt die Fähigkeit zu vorausschauendem, analytischem Denken und zur Beurteilungsfähigkeit -kann sich verbal artikulieren -besitzt die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, zur Empathie und zur Initiierung und Leitung von Gesprächen 	<ul style="list-style-type: none"> -fachlich- methodische Kompetenz -Fachlich- methodische Kompetenz und personale Kompetenz -Fachlich-methodische Kompetenz -Sozial-kommunikative Kompetenz - 	<ul style="list-style-type: none"> -Ziele passen nicht zu den Problemen -Potenzielle Probleme werden nicht berücksichtigt -Ziele sind unrealistisch -Formulierungen lassen die Ziele nicht deutlich werden -Interessen und das subjektive Erleben des Patienten werden nicht berücksichtigt
Maximale Punktzahl 30 Punkte		Minimale Punktzahl noch bestanden 15 Punkte		Punktzahl nicht bestanden Unter 15 Punkte

Punkte für den Gesamtanteil: 100 Punkte

Tabelle 4: Bewertungsschema zum Prüfungsthema „Pflegetmaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten“

Fragen zum Fall/Situation orientiert am Pflegeprozess	Zu verbalisierende Handlungsabsichten „Erwartungshorizont“ (volle Punktzahl)	Zugeordnete Teilkompetenzen	Rückschlüsse sind möglich auf (Fach-, Methoden-, Soziale- Personale Kompetenzen)	Prüfung nicht bestanden
Planung von Pflegemaßnahmen und deren Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> -die formulierten Planungsschritte sind zur Erreichung der Ziele geeignet -sind differenziert formuliert -sind vollständig dargestellt, d.h. die Logik der Handlungsschritte wird deutlich -sind auf den individuellen Pflegebedarf des Patienten ausgerichtet (Aushandlungsprozess ist mitgedacht) -beziehen das soziale Umfeld des Patienten ein -beziehen die institutionellen Rahmenbedingungen mit ein - die Ausführung ist durchgängig fachlich-technisch korrekt, systematisch und koordiniert beschrieben -berücksichtigt die Verarbeitung und Erleben des Patienten -berücksichtigt die Kommunikation/Interaktion mit dem Patienten -beachtet die Intimsphäre durchgängig -die Hygiene und das Sicherheitsverhalten ist den beteiligten Personen angemessen 	<ul style="list-style-type: none"> -besitzt die Fähigkeit zur gezielten und systematischen Bearbeitung von Problemen, Reflexionsfähigkeit bezüglich der eigenen Person und Handlung -besitzt die Fähigkeit Beziehungen zu erhalten, den eigenen Standpunkt zu vertreten, Gespräche zu leiten, Perspektiven des Betroffenen und der Angehörigen wahrzunehmen und zu berücksichtigen, Empathie zu entwickeln -besitzt Einsichten und Fähigkeiten zur Ausgewogenheit von Nähe und Distanz und zur Übernahme von Verantwortung 	<ul style="list-style-type: none"> -Fachlich-methodische Kompetenz -Personale Kompetenz -Sozial-kommunikative Kompetenz -Personale Kompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> - - - - -
Maximale Punktzahl 60 Punkte		Minimale Punktzahl noch bestanden 30 Punkte	Punktzahl nicht bestanden unter 30 Punkte	

Offene Fragen zur Bewertung der Prüfungsleistungen

Der „Erwartungshorizont“ d.h. das erwartete Antwortverhalten sowie das Auswertungsschema ist abhängig von dem Berufs- und Pflegeverständnis der Fachprüfer. Allerdings geht dieses auch schon in die Konstituierung der Prüfungsfälle und der damit verbundenen Situationen ein.

Deshalb sind hier gemeinsame Entscheidungen im Team der Lehrenden zu treffen, die sich am Bildungsverständnis und Pflegeleitbild der Ausbildungsstätte orientieren und im Konsensprozess ausgehandelt werden sollten.

Außerdem sind folgende Fragen zu klären:

1. Sollen alle Anteile innerhalb einer schriftlichen Prüfung gleichgewichtig bewertet werden?
2. Können die erwarteten Fähigkeiten und die damit verbundenen Kompetenzen in einzelnen Anteilen des Themenschwerpunktes kompensiert werden?

Zu 1.) In den Tabellen 2 und 3 wurden die Anteile (Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten) unterschiedlich gewichtet. Diese Gewichtung wurde durch eine unterschiedliche Punktezuordnung operationalisiert. Der Anteil Pflegebedarferhebung wurde mit 60 Punkten, die Formulierung von Pflegezielen mit 40 Punkten bewertet.

Zu 2.) In den dargestellten Tabellen 2 und 3 wurden die einzelnen Kompetenzbereiche, die über die Pflegesituationen angesprochen sind, wie die fachlich und methodische Kompetenz, die sozial-kommunikative Kompetenz oder die personale Kompetenz nicht differenziert bewertet, dennoch gehen die Autoren davon aus, dass alle Kompetenzklassen, die in den Erwartungshorizont aufgenommen wurden, auch in einer bestimmten Fähigkeitsausprägung sich im realisierten Antwortverhalten des Schülers darstellen müssen, damit ein Themenbereich mit ausreichend bewertet werden kann.

Konkret heißt das, dass unseres Erachtens eine fehlende sozial-kommunikative Kompetenz nicht durch eine besonders hohe Befähigung im Bereich der fachlich-methodischen Kompetenz ausgeglichen werden kann.

6. Resümee

Das Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2003 eröffnen

nen einen Interpretationsspielraum, dessen Ausgestaltung von den Schulen sehr unterschiedlich genutzt werden kann. Die Durchführungsqualität und Vergleichbarkeit von Prüfungsergebnissen ist damit nach wie vor kaum gesichert. Hier sind Richtlinien (vgl. Oelke 1998, Hundenborn, 2003) oder Curricula eingefordert, an denen sich die Inhalte, die Qualität der Fall- und Situationsgestaltung sowie die Prüfungsfragen und die Bewertungskriterien ausrichten.

Die schriftliche Prüfung ermöglicht jetzt allerdings, wenn sie themenzentriert anhand von Fall- und Pflegesituationen angelegt ist, eine kompetenzorientierte Prüfungsgestaltung. Die Herausforderung besteht darin, diese Fälle und Situationen so zu gestalten, dass neben der fachlich-methodischen Kompetenz auch die sozial-kommunikative sowie die personale Kompetenz eingefordert wird.

Dann müssen allerdings auch bei den erwarteten Antwortverhalten diese Kompetenzen als notwendig erachtet und entsprechend bewertet bzw. bei einer unzureichenden Ausprägung die Prüfung als nicht bestanden bewertet werden.

Die drei Themengebiete:

3. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten.
4. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten.
5. Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten

und die damit verbundenen Befähigungen lassen dies grundsätzlich zu.

Bei einem solchen Prüfungsverfahren, wie es die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2003 nahe legt, sind Alltagsprobleme aufzugreifen und in die jeweiligen Kontextzusammenhänge stellen. Für ein solches Vorgehen bieten sich die konstitutiven Merkmale von Pflegesituationen an, mit denen reale Fälle des Berufsalltags für Prüfungssituationen nutzbar gemacht werden.

Literatur

Begründung zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. (31.08.2003). Bundesratdrucksache 578/03. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft.

Begründung zum Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Drucksache des Deutschen Bundestages 15/13.

Benner, P. (1997). Stufen zur Pflegekompetenz. Bern: Hans Huber Verlag.

Bögemann-Großheim, E. (2002). Die berufliche Ausbildung von Krankenpflegekräften. Kontinuitäten, Verunsicherungen, Reformansätze und Zukunftsrissen einer Ausbildung besonderer Art. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.

Böhm, W. (2000). Wörterbuch der Pädagogik. Stuttgart: Kröner Verlag.

Dielmann, G. (2004). Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.

Erpenbeck, J. Von Rosenstiel, L. (Hrsg.). (2003). Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Flasse, M. Stiehler-Lorenz, B. (2000). Berufliche Weiterbildungsstatistik im Spannungsfeld zwischen Industrie- und Wissensgesellschaft. In: Kompetenzentwicklung 2000. Hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft QUEM. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann Verlag.

Habermas, J. (1973). Wahrheitstheorien. In Fahrenbach, H. (Hrsg.). Wirklichkeit und Reflexion. Pfullingen.

Hof, C. (Wie) lassen sich soziale Kompetenzen bewerten? In: Clement, U. Arnold, R. (Hrsg.). (2002). Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. Opladen: Leske+Budrich.

Hundenborn, G. Knigge-Demal, B. (1997). Teil 4. In: Unveröffentlichter Zwischenbericht der Landeskommision zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kin-

derkrankenpflegeausbildung. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Düsseldorf.

Hundenborn, G. (2005). Darlegung und Begründung des Kompetenzansatzes nach dem neuen Krankenpflegegesetz. Reader zum Vortrag anlässlich der MAGS-Fachtagung „Lernerfolgsüberprüfungen bei Ausbildungen nach dem neuen Krankenpflegegesetz“ am 21.10.2005 an der Fachhochschule Bielefeld.

Jäger, P. (2001). Der Erwerb von Kompetenzen als Konkretisierung der Schlüsselqualifikationen – Eine Herausforderung an Schule und Unterricht. Dissertation. Universität Passau: Bibliothek Philosophische Fakultät.

Kampmeyer, D. Schulte, J. (1986). Umfassende und geplante Pflegetätigkeit im Krankenhaus. Köln: Hohenlinder Schriftenreihe.

Kauffeld, S. Das Kasseler-Kompetenz-Raster (KKR) – ein Beitrag zur Kompetenzmessung. In: Clement, U. Arnold, R. (Hrsg.). (2002). Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. Opladen: Leske+Budrich.

Knigge-Demal, B. (1998) Förderung der professionellen Beziehungsfähigkeit in der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester zum Kinderkrankenpfleger. Dissertation. Universität Osnabrück

Knigge-Demal, B. (1999). Kriterien zur Beurteilung und Konstruktion von Curricula. In Koch, V. Bildung und Pflege. Bern: Hans Huber.

Krechting, B. (1998). Von der beruflichen Handlung zur Prüfungsaufgabe: Praktische Erfahrungen und Beispiele. In: Schmidt, J. (Hrsg.). Zeitgemäß ausbilden - zeitgemäß prüfen. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Liebe, G. Neumann, R. (1997). Handlungsorientierte Prüfungsaufgaben: Bürokaufman/Bürokauffrau. In: Schmidt, J. (Hrsg.). Kaufmännische Prüfungsaufgaben - handlungsorientiert und komplex!?, S.100-135. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Mertens, D. (1989). Das Konzept der Schlüsselqualifikationen als Flexibilitätsinstrument (Ursprung und Entwicklung einer Idee sowie neuerliche Reflexion). In: Göbel, W. Kramer, W. (Hrsg.). Aufgaben der Zukunft - Bildungsauftrag des Gymnasiums. Dokumentation des Abschlusskongresses der "Initiative Gymnasium/Wirtschaft" am 18. Mai 1988 in Köln.

Olbrich, Ch. (1999). Pflegekompetenz. Bern: Hans Huber.

Oelke, U. (1998). Richtlinie für die Gesundheits- und Kranken- und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalens. Angepasst durch Hundeborn, G. Kühn, C. (2003). Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung. Köln.

Schuler, H. Prochaska, M. (2003). Leistungsmessungsinventar (LMI). In Erpenbeck, J. Von Rosenstiel, L. (Hrsg.). Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Richter, H. (2002). Lernerfolgsüberprüfungen im Lernfeldkonzept. Werkstattbericht 3 des Modellversuchs „Seluba“. Landesinstitut für Schule, Geschäftsstelle Seluba: Soest.

UNESCO-Kommission (Hrsg.) (1997). Lernfähigkeit: Unser verborgener Reichtum. Bericht der Internationalen Kommission "Bildung für das 21. Jahrhundert". Neuwied, Kriftel, Berlin, Luchterhand Verlag.

Wittwer, W. Reimer, R. Biographie und Beruf – zur Neubestimmung eines tradierten Verhältnisses. In: Clement, U. Arnold, R. (Hrsg.). (2002). Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. Opladen, Leske+Budrich.

Zabeck, J. (1989). Schlüsselqualifikationen – Zur Kritik einer didaktischen Zielformel. In: Wirtschaft und Erziehung 3/89, S. 77-82.

Verzeichnis der Rechtsquellen

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 19.11.2003. In Bundesgesetzblatt Teil 1, 2003, Nr. 55.

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 04.06.1985. In: Bundesgesetzblatt Teil I, S. 893, zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 27.04.2002. In: Bundesgesetzblatt Teil I, S. 1467.

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 21.07.2003. In: Bundesgesetzblatt Teil I, 2003, Nr. 36.