



Modellprojekt:

**Neue Zugänge für Migrantinnen zu qualifizierten Berufsbereichen am Beispiel
einer Anpassungsqualifizierung
im Gesundheitsbereich**

Laufzeit vom 1.11. 2001 bis 31.1. 2004

gefördert vom Amt für Berufliche Bildung und Weiterbildung Hamburg
dem Hamburger Landesbetrieb Krankenhäuser
mit Unterstützung des Amtes für Gesundheit

„...berufliche Aus- und Weiterbildung (hat) neben aller arbeitsmarktpolitischen Relevanz auch immer eine sozialpolitische Funktion: Berufserziehung und Berufspolitik sind daher immer mehr als nur Qualifizierung und Qualifizierungspolitik für Arbeitsprozesse, sie sind – und das häufig mit Schwerpunktsetzung – Bemühungen um eine soziale Ordnung und die Integration in diese. Über Berufsausbildung geschah und geschieht Sozialisation in die Gesellschaft, die sich letztlich dadurch stabilisiert, dass mit den Abschlüssen der Berufsausbildung soziale Ungleichheit legitimiert wird. Ein Ausschluss von beruflicher Bildung ist einerseits ein Anzeichen sozialer Diskriminierung und dient zugleich als Erklärung für Diskriminierung. Ein ernsthaftes Angebot zur Integration von MigrantInnen muss sich auch daran messen lassen, ob und inwiefern ihnen Möglichkeiten bereitgestellt werden arbeitsmarktrelevante und flexible Fähigkeiten zu erwerben.“¹

Mit dem erfolgreichen Abschluss der Teilnehmerinnen des Modellprojektes erübrigt sich fast die Frage, ob wir unser Ziel erreicht haben. Dennoch soll in diesem abschließenden Bericht dargestellt werden, welche Probleme und Widersprüche im Verlauf des Projektes entstanden sind und an welchen Punkten Verbesserungen nötig und vielleicht möglich sind.

Wir wollen die Erfahrungen des Modellprojektes möglichst umfassend dokumentieren, um sie für alle, die im Bereich der Qualifizierung von Migrantinnen arbeiten, nutzbar zu machen.

Eine Modell hat es an sich, dass viele Fehler gemacht werden, und auch Umwege gegangen werden. Aber alle Beteiligten haben viel gelernt und wir hoffen, dass diese Erkenntnisse den nachfolgenden Projekten zugute kommen können.

Wir bedanken uns bei allen, die zum Erfolg des Projektes beigetragen haben:

- bei den Unterrichtenden des Bildungszentrums für Gesundheitsberufe, die sich mit hohem Einsatz und Experimentierfreude auf eine neue Zielgruppe eingelassen haben;
- bei den Ausbildungsleitungen, den PraxisanleiterInnen und allen Kolleginnen und Kollegen aus den beteiligten Krankenhäusern, die die praktische Ausbildung in diesem Modellprojekt getragen haben;
- bei den Teilnehmerinnen für ihre Geduld und Ausdauer, für ihre Kooperationsbereitschaft und Frustrationstoleranz
- und nicht zuletzt bei den Vertretern der Hamburger Behörden, die dieses Projekt überhaupt ermöglicht haben.

Hamburg, im Januar 2004

Gisela Euscher und Emine Ucar-Ilbuga

(Weitere Exemplare bei: Regine.Heiser@gate-hh.de)

¹ Flores Baeza, Victoria; Gag, Maren, Hrsg: Mitstreiten – Mitentscheiden – Mitgestalten, Neumünster 1999, S.98

- 1. Projektkontext und Ziel**
 - 2. Teilnehmerinnen**
 - 3. Vorbereitungskurs**
 - 3.1. Erwartungen und Befürchtungen der Teilnehmerinnen**
 - 3.2. Rolle der Sozialpädagogin**
 - 3.3. Verlauf, Organisation und Ziele**
 - 3.4. Kooperationsformen**
 - 3.5. Der Unterricht bei GATE**
 - 3.6. Praktikum**
 - 3.7. Bewerbungsverfahren**
 - 4. Konsequenzen und Empfehlungen aus der Vorqualifizierung**
 - 4.1. Probleme und Konfliktfelder**
 - 4.2. Empfehlungen für die Vorqualifizierung bei Folgemaßnahmen**
 - 5. Rahmenbedingungen der Anpassungsqualifizierung**
 - 6. Theorie-Blöcke**
 - 6.1. Probleme für und mit dieser Teilnehmergruppe**
 - 6.2. Die Rolle der Zweitsprache**
 - Teilungsstunden**
 - Kompetenzförderung**
 - Begleitender Deutsch-Unterricht**
 - Die Rolle der Deutschkenntnisse im Rückblick**
 - 6.3. Gesamtbewertung durch die Lehrkräfte und Teilnehmerinnen**
-

- 7. Praktische Ausbildung**
 - 7.1 Hohe Anforderungen**
 - 7.2 Deutsch als Zweitsprache**
 - 7.3 Probleme der Praxis und der Auszubildenden**
 - 7.4 Diskriminierungserfahrungen in unterschiedlichen Varianten**
 - 7.5 Abbrüche von Teilnehmerinnen**
 - 7.6 Bewertung der Praxisphase durch die Ausbilder und Auszubildenden**

- 8. Prüfungen / Examen / Leistungsmessungen**

- 9. Kooperation von GATE und LBK**

- 10. Begleitende Arbeitsgruppe und Evaluation**

- 11. Fortbildungsveranstaltungen**
 - 11.1. Textarbeit**
 - 11.2. Fachgespräch Praxis**

- 12. Fachliche Vernetzung**

- 13. Abschließende Bewertung und Empfehlungen**

- 14. Quellenhinweise**

1. Projektkontext und Ziel

„Die Kommission empfiehlt, Migranten durch spezielle, auf ihren Bedarf zugeschnittene Arbeitsförderungsmaßnahmen zu schulen. Falls erforderlich, muss diese Förderung durch Fachsprachkurse ergänzt werden. Die gegenwärtige Praxis der Anerkennung von beruflichen Qualifikationen ist mit dem Ziel zu überprüfen, auf Dauer zugewanderten Migranten den Zugang zu bisher schwer zugänglichen Gewerben und Berufen, z.B. im Gesundheitsbereich, zu erleichtern.“²

Das Modellprojekt ist vor dem Hintergrund eines europäischen Pilotprojektes zu sehen, das die GATE GmbH von 1999 bis 2001 im Rahmen des Programms Leonardo da Vinci durchgeführt hat³. Dort war die leitende Fragestellung gewesen, welche Qualifikationen und Kompetenzen bringen Migrantinnen mit, die so für den Arbeitsmarkt und die beruflichen Bildung genutzt werden können, dass ihnen der Zugang zu qualifizierten Tätigkeitsbereichen eröffnet wird.

Diese Fragestellung wurde am Beispiel der nichtärztlichen Berufe aus dem Gesundheitsbereich durch dieses Modellprojekt konkretisiert.

Bei der bestehenden bundesweit geregelten Anerkennungspraxis von beruflichen Qualifikationen aus dem Gesundheitsbereich werden die vorliegenden Zeugnisse hinsichtlich der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes mit dem einer in Deutschland abzuleistenden Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz überprüft. Eine teilweise jahrelange berufliche Praxis in den Herkunftsländern kann hierbei nicht berücksichtigt werden. Unter bildungspolitischen Gesichtspunkten steht dieses Verfahren jedoch im Gegensatz zu den neueren Entwicklungen im Bereich der Erwachsenenbildung, informell erworbene Kenntnisse und Erfahrungswissen in verstärktem Maße anzuerkennen und für formale Bildungsprozesse zu nutzen.

Insbesondere qualifizierte Kräfte aus Ländern außerhalb der Europäischen Gemeinschaft werden so vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen und das in einem Bereich mit zunehmend hohem Fachkräftebedarf.

Auf dieser Basis wurde das Modellprojekt in einer Kooperation verschiedener Hamburger Institutionen entwickelt:

- dem Amt für Gesundheit als fachlich zuständigem Amt für Anerkennung von Zeugnissen aus dem Ausland;
- dem Amt für Berufliche Bildung und Weiterbildung, das dieses Projekt mit dem Ziel gefördert hat, die bildungspolitische Fragestellung einer besseren Nutzung beruflicher Qualifikationen von Migrantinnen zu verfolgen;
- dem Landesbetrieb Krankenhäuser und seiner Bildungseinrichtung, dem Bildungszentrum für Gesundheitsberufe, die neue Wege zur Qualifizierung von Fachpersonal und die Entwicklung zielgruppengerechter Ausbildungsbedingungen erproben wollten;
- und dem Beschäftigungsträger GATE als Projektkoordinator, der seine Fachkompetenz in der Bildungsarbeit mit Migrantinnen einbringen konnte und damit neue Qualifizierungs- und Berufsfelder für die Zielgruppe erschließen wollte.

Das Modellprojekt fand in zwei Phasen statt, einer Vorbereitungsphase, die aus einer zweimonatigen Einführung und einer sechsmonatigen Vorqualifizierung bestand, und einer verkürzten Anpassungsqualifizierung, die vom 1.8. 2002 bis zum 31.1. 2004 stattfand.

² In: Bericht der Zuwanderungskommission, Juli 2001, (S.225)

³ „Entwicklung von europäischen Konzepten zur Nutzung der Qualifikationspotenziale von Migrantinnen (Erfahrungswissen) in der beruflichen Bildung“

2. Teilnehmerinnen

Aus Zeitgründen wurde für die Maßnahme nur sehr wenig offizielle Werbung gemacht. Die Teilnehmerinnen wurden hauptsächlich durch das Amt für Gesundheit und die entsprechenden Bildungs- und Beratungsstellen der Migrationsarbeit gewonnen.

Es wurden innerhalb von acht Wochen Erstgespräche mit mehr als 40 interessierten Frauen geführt. Dabei stand im Mittelpunkt, die fachlichen Voraussetzungen und beruflichen Erfahrungen zu klären, den sozialen und familiären Hintergrund zu erfragen, die Motivation und Erwartungen zu besprechen und einen ersten Eindruck von den Deutschkenntnissen zu bekommen. Die Kriterien für eine Teilnahme wurden nach folgenden Prioritäten festgelegt:

- Zeugnislage: die Frauen mussten eine Ausbildung im nicht-ärztlichen Gesundheitsbereich mit einem Abschlusszeugnis nachweisen können und auch möglichst über berufliche Erfahrungen verfügen. Die Zeugnisse wurden durch das Amt für Gesundheit überprüft.
- Sie mussten über eine Arbeitserlaubnis verfügen, um die Bedingungen für den späteren Ausbildungsvertrag erfüllen zu können.
- Die soziale Lage war insofern ein Kriterium, als Interessentinnen, die von Transferleistungen (in erster Linie Sozialhilfe) abhängig waren und / oder alleinerziehend waren, bevorzugt für eine Teilnahme ausgewählt wurden.
- Die Deutschkenntnisse wurden durch Bescheinigungen für besuchte Kurse belegt und / oder durch die Selbsteinschätzung der Frauen ergänzt. Über die Lernfähigkeit konnte zu diesem Zeitpunkt noch keine Aussage gemacht werden.

Allerdings konnten insbesondere junge alleinerziehende Frauen mit sehr kleinen Kindern, die ansonsten alle formalen Voraussetzungen erfüllten, nicht an der Ausbildung teilnehmen, da die Ausbildungsbedingungen ihrer Lebensrealität entgegenstanden. Sie konnten die in der praktischen Ausbildung zu erwartenden Spät- und Nachtschichten nicht leisten, da die entsprechenden Betreuungsmöglichkeiten nicht vorhanden oder zugänglich waren.⁴

Der Modellcharakter des Projektes ermöglichte es, die formalen Kriterien für die Teilnahme an einer verkürzten Ausbildung nach §8 und §5 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege durch das Amt für Gesundheit festzulegen, unabhängig vom jeweiligen Ergebnis des Anerkennungsverfahrens ihrer Zeugnisse. Für 17 Teilnehmerinnen des Kurses galten daher „Sonderbedingungen“. Somit sind Teilnehmerinnen in dem Kurs, deren Zeugnisse überhaupt nicht als gleichwertig anerkannt werden konnten, die als Krankenpflegehelferinnen anerkannt worden sind oder die über unterschiedliche Verkürzungsbescheinigungen verfügen, d.h. sie könnten eine normale Ausbildung zur Krankenschwester um ein Jahr, 1 ½ Jahre oder in Einzelfällen sogar um 2 Jahre verkürzen. Diese Möglichkeit einer Verkürzung wird erfahrungsgemäß jedoch nur von sehr wenigen zugewanderten Frauen genutzt, weil sie einerseits als „Seiteneinsteigerinnen“ in die jeweiligen Klassen mit wesentlich jüngeren Teilnehmerinnen aufgenommen werden müssten und zudem über sehr

⁴ Vor dem Hintergrund, dass erwachsene Frauen, die in der überwiegenden Zahl mit Kindern leben, eine Ausbildung in einem „typischen Frauenberuf“ machen, sollten spezifische Ausbildungsbedingungen für diese besondere Zielgruppe entwickelt werden. Angesichts des Pflegenotstandes würde so der Lebensrealität der Auszubildenden, die immerhin ihre Berufs- und Lebenserfahrung einbringen, stärker entsprochen werden können.

solide Deutschkenntnisse verfügen müssten, um an einem auf Muttersprachler ausgerichteten Unterricht teilnehmen zu können.

Für den Vorbereitungskurs wurde eine Gruppe aus 26 Teilnehmerinnen ausgewählt, die sich wie folgt beschreiben lässt:

Herkunftsländer⁵

Ehem. Jugosl.	2	Die größte Gruppe unter der Frauen kam aus Russland beziehungsweise aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und Polen. Damit war die Lerngruppe sprachlich und kulturell relativ einseitig dominiert, was eine Integration insbesondere der indischen Teilnehmerin an vielen Stellen sehr schwierig machte. Darüber hinaus etablierte sich eine zweite Unterrichtssprache, nämlich russisch. Dieses produktiv für den Unterricht zu nutzen, wurde jedoch von den entsprechenden Teilnehmerinnen abgelehnt.
Polen	5	
Russland	12	
Ukraine	2	
Kasachstan	3	
Dagestan	1	
Indien	1	

Aufenthaltsdauer

1 bis 2 Jahre	13	Die meisten Frauen waren erst ein bis zwei Jahre in Deutschland, sie haben aufgrund ihres Aufenthaltsstatus als Aussiedlerinnen oder als Familienangehörige von Aussiedlern in der Regel von Anfang an Deutschkurse (von einem halben Jahr) und häufig zusätzlich noch Orientierungskurse im Bereich Fachkunde und Sprache bei verschiedenen Weiterbildungsträgern besucht.
3 bis 5 Jahre	6	
6 bis 10 Jahre	4	
über 10 Jahre	3	

Unterhalt

über den Ehemann	3	Die Tatsache, dass im Vorbereitungshalbjahr keine Ausbildungsvergütung oder Bildungsgeld gezahlt werden konnte, war insbesondere für die Frauen ein Problem, die keine Sozialhilfeempfängerinnen waren, weil sie nicht mehr zum Familieneinkommen beitragen konnten, bzw. zusätzliche „Kosten verursachten“. (Fahrgeld, zusätzliche Kinderbetreuung, etc.). Einige Teilnehmerinnen haben daher während der Vorbereitungsphase stundenweise weitergearbeitet, um ihren Lebensunterhalt zu sichern, bzw. sind einer geringfügigen Beschäftigung nachgegangen. Bezeichnenderweise trugen insbesondere die Teilnehmerinnen, die erhöhten Förderbedarf hatten, diese zusätzliche Belastung. Sie hatten damit auch weniger Zeit, den Unterrichtsstoff nachzubereiten und sich ganz auf die Lernsituation einzulassen.
Sozialhilfe	11	
geringfügige Beschäftigung	4	
in Altersheim oder Pflegedienst als Ungelernte	8	

Die Tatsache, dass im Vorbereitungshalbjahr keine Ausbildungsvergütung oder Bildungsgeld gezahlt werden konnte, war insbesondere für die Frauen ein Problem, die keine Sozialhilfeempfängerinnen waren, weil sie nicht mehr zum Familieneinkommen beitragen konnten, bzw. zusätzliche „Kosten verursachten“. (Fahrgeld, zusätzliche Kinderbetreuung, etc.). Einige Teilnehmerinnen haben daher während der Vorbereitungsphase stundenweise weitergearbeitet, um ihren Lebensunterhalt zu sichern, bzw. sind einer geringfügigen Beschäftigung nachgegangen. Bezeichnenderweise trugen insbesondere die Teilnehmerinnen, die erhöhten Förderbedarf hatten, diese zusätzliche Belastung. Sie hatten damit auch weniger Zeit, den Unterrichtsstoff nachzubereiten und sich ganz auf die Lernsituation einzulassen.

⁵ Trotz des Beitrittskandidatenstatus' Polens zur Europäischen Union gelten auch für die Teilnehmerinnen polnischer Herkunft noch unveränderte Anerkennungskriterien. Erst Ausbildungen, die nach 1998 abgeschlossen wurden, werden in Ländern der Europäischen Union als gleichwertig anerkannt.

Familiensituation

Ledig	3	Nahezu alle Teilnehmerinnen waren Mütter mit Kindern, wobei die Jüngsten noch im Vorschulalter waren. Eine kurseigene Kinderbetreuung war für die Vorbereitungsphase eingeplant worden, wurde von den Teilnehmerinnen jedoch nicht in Anspruch genommen. Neben regulären Einrichtungen wie Kindergarten und Hort wurden die Kinder von Müttern oder Schwiegermüttern betreut oder von Ehemännern, die Schichtarbeit machten.
Alleinerziehend	3	
Verheiratet	2	
Verheiratet 1 Kind	6	
Verheiratet 2 Kinder	10	
Verheiratet 3 Kinder	2	

Bildungshintergrund

Nach Abschluss der 12. Klasse 3 ½ Jahre Hebammen- und KP-Ausbildung	1
Nach Abschluss der 12. Klasse 2 Jahre KP-Ausbildung	2
Nach Abschluss der 10. Klasse, 2Jahre, 10 Monate Ausbildung als Feldscherin	8
Nach Abschluss der 10. Klasse, 2Jahre KP-Ausbildung	4
Nach Abschluss der 8. Klasse, 5 Jahre KP-Ausbildung	3
Nach Abschluss der 8. Klasse, 4 Jahre KP-Ausbildung	2
Nach Abschluss der 8. Klasse, 3 Jahre KP-Ausbildung	5
Nach Abschluss der 8. Klasse, 2 ½ Jahre Hebammen-Ausbildung	1

Berufserfahrung als Krankenschwester im Herkunftsland

Poliklinik/Ambulant/Therapie	14
Kinderabteilung/Kinderkrankenhaus	6
Allgemeines Krankenhaus	9
Geburtshilfe/Schwangerschaft	2
OP. Bereich/Chirurgie	7

Dauer der beruflichen Tätigkeit

Weniger als 1 Jahr	2
Zwischen 2-5 Jahre	9
Zwischen 6-11 Jahre	9
Zwischen 12-22 Jahre	6

Der Bildungshintergrund und die Relevanz der Berufserfahrungen kann nicht losgelöst von den Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern und der Migrationsgeschichte der Teilnehmerinnen gesehen werden. Das Berufsbild der „Feldscherin“ zu Beispiel liegt nach unserem Verständnis zwischen dem Aufgabenbereich der Krankenschwester und dem der Ärztin. Als beeindruckendes Beispiel stand eine Teilnehmerin, die in ihrer Funktion als Feldscherin die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bewohner von sechs Dörfern hatte und mehreren Krankenschwestern vorgesetzt war.

Darüber hinaus verfügten die Teilnehmerinnen nicht nur über berufliche Erfahrungen aus ihren Herkunftsländern sondern hatten auch in Deutschland bereits als Ungelernte und Hilfskräfte im Pflegebereich, besonders in der Altenpflege und ambulanten Pflege, teilweise über Jahre gearbeitet.

Ein entscheidender Faktor des Modellprojektes war die Tatsache, dass die Teilnehmerinnen als Erwachsene über ein gefestigtes Selbstbild und Berufsverständnis verfügten. Ein Prozess der Selbstreflexion stand dem oft diametral gegenüber. Sich in die Rolle der Auszubildenden zu begeben, forderte von den Teilnehmerinnen ein hohes Maß an Offenheit und Selbstdistanz. Demgegenüber bildete die starke Identifikation mit dem eigenen Beruf eine solide Basis für die Motivation, sich einer Anpassungsqualifizierung zu unterziehen, um dann hier endlich wieder im „eigenen Beruf“ arbeiten zu können. Wie eine Teilnehmerin beim Erstgespräch formulierte: „Was soll ich machen, ich *bin* Krankenschwester.“

3. Vorbereitungskurs

Die Vorqualifizierung fand in Teilzeit bei der GATE GmbH statt, d.h. die Frauen hatten vormittags von 8.30 bis 13.30 Uhr, bzw. von 8.00 bis 13.00 Uhr Unterricht. Dieser „sanfte Einstieg“ sollte ihnen die Möglichkeit geben, ihren familiären und beruflichen Hintergrund zu regeln und sich an die Regelmäßigkeit einer Ausbildung zu gewöhnen. Nur in der dreiwöchigen Praktikumphase mussten die Teilnehmerinnen in unterschiedlichen Schichten auf den Stationen Vollzeit präsent zu sein.

Dennoch waren schon bis zum Ende der Vorqualifizierungsphase acht Teilnehmerinnen aus dem Kurs ausgeschieden. Folgende Gründe wurden von ihnen für einen Abbruch angegeben, bzw. waren unserer Ansicht nach maßgeblich für ihren Ausstieg:

- Zwei Teilnehmerinnen wurden ausgewiesen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus: eine Teilnehmerin hatte zwar die notwendige Arbeitserlaubnis, aber nach einer Scheidung noch kein vom Ehemann unabhängiges Aufenthaltsrecht erworben; eine weitere Teilnehmerin hatte einen Aufenthaltstatus zum Zweck eines Studiums, wodurch eine duale Ausbildung, die eine Arbeitserlaubnis erfordert, ausgeschlossen war.
- Zwei Teilnehmerinnen haben von sich aus aufgrund familiärer Probleme den Kurs abgebrochen. Die Unvereinbarkeit der Ausbildungsbedingungen mit ihrer familiären Situation wurde für sie im Praktikum deutlich.
- Eine Teilnehmerin hat eine Stelle in einer Arztpraxis gefunden und sich gegen die Ausbildung entschieden.
- Drei Teilnehmerinnen sind zum Schluss der Vorbereitung durch das Bewerbungsverfahren ausgeschieden. (s.u.)

Generell darf nicht unterschätzt werden, dass ein zusätzlicher Faktor für einen Abbruch, anstehende Tests und Leistungsüberprüfungen waren. Die Angst, diesen nicht gewachsen zu sein, kann zwar als typisch für Qualifizierungsmaßnahmen mit Frauen betrachtet werden, zusätzlich drohte durch ein Scheitern hier auch die Infragestellung der eigenen „Beruflichkeit“. Überhöhte Ansprüche an die eigenen Leistungen verbunden mit fehlendem Selbstvertrauen führten und führen dann dazu, den Kurs komplett abzubrechen oder die Teilnahme immer wieder neu in Frage zu stellen.

3.1. Erwartungen und Befürchtungen der Teilnehmerinnen

Die Teilnehmerinnen hatten nicht nur bereits ein Zeugnis im Bereich Krankenpflege aus ihren Herkunftsländern, sondern sie hatten alle längere Berufserfahrung, teilweise seit mehr als 20 Jahren und teilweise in sehr verantwortungsvollen Positionen. Ihre Erwartungen an den Kurs waren, dass sie die deutsche Fachterminologie lernen, dass sie ihre schriftlichen und mündlichen Fähigkeiten in der Zweitsprache verbessern und Lerntechniken vermittelt bekommen, die ihnen eine pragmatische Bewältigung der zu erwartenden Stofffülle ermöglichen. Beherrschend waren bereits in den Eingangsgesprächen die Angst vor dem Examen; das in zwei Jahren zu erwarten war, und die Angst vor den vielen Informationen. Damit kam zum Ausdruck, dass sie ihr Fachwissen und ihre beruflichen Erfahrungen zusätzlich auf dem Prüfstand sahen und insofern der fachlichen Ausbildung mit Befürchtungen begegneten. Nach den ersten theoretischen Unterrichtsstunden fasste eine Teilnehmerin die Situation so zusammen: „Für mich ist es sehr schwierig, die Lehrerin zu verstehen, weil ich den Wörtermangel habe. Ich konnte mich nicht richtig konzentrieren. Viele Informationen kann ich nicht begreifen. Ich möchte genau wissen, was man zur Prüfung braucht.“

Hinsichtlich der Ausbildung formulierten die Teilnehmerinnen hohe Erwartungen an einen „richtigen Kontakt mit Deutschen, raus aus der Isolation“ zu kommen, durch die Arbeit an einem qualifizierten Berufsabschluss, hofften sie, „endlich Integration“ zu erreichen. Da während der Vorqualifizierung keine Ausbildungsvergütung oder gar Bildungsgeld gezahlt werden konnte, hatten einige Teilnehmerinnen die Befürchtung, unmittelbar finanzielle Probleme zu bekommen, andererseits war die Perspektive, mit einer Ausbildung langfristig ein besseres Gehalt zu erzielen, dafür ein Ausgleich. Die Angst vor der Doppelbelastung, die Befürchtung, die Familie vernachlässigen zu müssen wurde aufgewogen durch die Aussicht, „endlich wieder zurück in den Beruf“ zu kommen.

3.2. Rolle der Sozialpädagogin

Neben der Projektleitung war die Sozialpädagogin die erste Stelle für eine individuelle Beratung und Orientierung der Teilnehmerinnen. Gerade in der Vorbereitungsphase mussten die Rahmenbedingungen für die Anpassungsqualifizierung für jede einzelne Teilnehmerin geklärt werden. Darüber hinaus fanden immer wieder Beratungen für Interessentinnen statt, die im aktuellen Kurs nicht mehr aufgenommen werden konnten, oder die den Kurs verlassen wollten. Neben der Einzelfallarbeit begleitete die Sozialpädagogin die Teilnehmerinnen während der gesamten Vorqualifizierung. Durch eine regelmäßige Hospitation des Unterrichts im BZG⁶ stellte sie als Person eine Verbindung der beiden Lernorte her. Während des Praktikums in den Krankenhäusern hat sie Kontakt zu den Teilnehmerinnen gehalten und stand als Ansprechpartnerin für alle Beteiligten zur Verfügung. Ihre Rolle und Funktion war im BZG und in den beteiligten Praxisstellen jedoch oft nicht klar und die Möglichkeiten einer pädagogischen Begleitung hätten dort sicher noch besser und öfter genutzt werden können.

3.3. Verlauf, Organisation und Ziele

Mit einer Vorlaufphase sollten mehrere Probleme und Fragestellungen bearbeitet werden:

⁶ Bildungszentrum für Gesundheitsberufe des Landesbetrieb Krankenhäuser

- Wir wollten Bildungsangebote schaffen, die möglichst nah an den Lernbedürfnissen der Teilnehmerinnen sind und sie langsam an die Anforderungen einer verkürzten Ausbildung heranführen. Das bezog sich in erster Linie auf den Deutschunterricht, wo sowohl Grundlagenwissen wiederholt wurde als auch fachspezifische Deutschkenntnisse vermittelt wurden.
- Wir wollten einen Eindruck über das tatsächlich vorhandene Fachwissen der Teilnehmerinnen bekommen, indem relevante Unterrichtsbereiche quasi im Schnelldurchgang an zwei Unterrichtstagen pro Woche im BZG präsentiert wurden.
- Die sprachlichen und fachlichen Hürden, die dieses Verfahren erwarten ließ, sollten durch weitere zusätzliche Unterrichtsangebote bei GATE ausgeglichen werden, die sich sowohl auf die lerntechnischen Probleme (Lernen lernen), als auch auf die fachlichen Probleme der einzelnen Unterrichtsbereiche, die im BZG behandelt wurden, bezog (Berufs- und Fachkunde).
- Um die relativ kurze Zeit in der anschließenden Anpassungsqualifizierung für die Teilnehmerinnen möglichst optimal zu nutzen, sollten einzelne Fächer bereits in der Vorbereitungsphase abgehandelt werden (wie Staatsbürgerkunde), bzw. Kenntnisse, die allgemein für eine Ausbildung in Deutschland vorausgesetzt werden, sollten in der Vorlaufphase vermittelt werden (Erste-Hilfe-Kurs; EDV Grundlagen).
- Durch ein Praktikum in einem potenziellen Ausbildungsunternehmen sollten die Teilnehmerinnen einen Einblick in die Arbeitsbereiche einer Krankenschwester im deutschen Krankenhaus bekommen. Die zukünftigen Ausbilderinnen sollten sich ein erstes Bild über die vorhandenen praktischen Kompetenzen und Erfahrungen der Teilnehmerinnen machen können.
- Das übergreifende Ziel der Vorphase sollte die Stabilisierung der einzelnen Teilnehmerin sein, ihre individuellen und familiären Rahmenbedingungen für eine Ausbildung sollten geklärt werden. Die Teilnehmerinnen sollten zu einer Lerngruppe zusammenwachsen, um das Selbstvertrauen und den Rückhalt jeder einzelnen für die Anforderungen der verkürzten Ausbildung zu stärken.
- Nicht zuletzt stellte die Vorbereitungsphase auch ein verlängertes Auswahlverfahren dar.

Vor dem Hintergrund dieser Ziele wurde ein gemeinsamer Stundenplan aufgestellt. Bei GATE waren fünf DozentInnen am Unterricht beteiligt, sowie die Sozialpädagogin und die Projektleitung (Verfügungsstunde).

Im Bildungszentrum für Gesundheitsberufe fand der Unterricht in acht Modulen statt, die von neun Lehrkräften unterrichtet wurden. Erfahrungen aus vergleichbaren Projekten aus anderen Bundesländern hatten gezeigt, dass die Teilnehmerinnen in der Regel über fundierte Kenntnisse im Bereich Naturwissenschaften und Anatomie verfügten. Aufgrund dieser Voraussetzung sollte der Schwerpunkt einer Anpassungsqualifizierung daher eher im Bereich Pflege und pflegerischer Handlungen liegen. Mit dieser These wurden vom BZG folgende Module für die Vorbereitungsphase entwickelt:

- Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit
- Pflegerische Handlungen; Orientierung im Krankenhaus
- Der menschliche Körper
- Wiederholung naturwissenschaftlicher Grundlagen
- Wahrnehmung und Beobachtung als Grundlage pflegerischer Handlung (Haut)

Naturwissenschaftliche Grundlagen der Haut; Umsetzung in pflegerisches Handeln

Grundlagen der Infektionsprophylaxe; Umsetzung in pflegerisches Handeln

Rahmenbedingungen für das Arbeitsfeld Pflege

ZEIT	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.30 – 10.00	Deutsch	Lernen Lernen	Deutsch EDV	BZG	BZG
10.15 – 11.45	Deutsch	Berufskunde	Deutsch EDV	BZG	BZG
12.00 – 13.30	Staatsbürgerkunde	Verfügungsstunde	Deutsch EDV	BZG	BZG

Die Teilnehmerinnen wurden an zwei Lernorten unterrichtet: bei dem Beschäftigungsträger GATE und dem Bildungszentrum für Gesundheitsberufe. Im BZG konnte nur in einzelnen Fächern eine Differenzierung in zwei Lerngruppen stattfinden. Bei GATE wurden die Frauen entsprechend ihrem Leistungsstand in der Zweitsprache Deutsch durchgehend in zwei gleichstarken Gruppen unterrichtet. Zur Entwicklung einer solidarischen Lerngruppe war dieses Vorgehen jedoch nicht immer förderlich. Insbesondere in der sprachlich „besseren“ Gruppe entstand die Haltung, eine weitere Förderung nicht mehr nötig zu haben. Teilnehmerinnen der „schwächeren“ Gruppe wurden häufiger ausgegrenzt als unterstützt.

Der gesamte Unterricht bei GATE wurde von den Teilnehmerinnen unter dem pragmatischen Gesichtspunkt einer unmittelbaren Verwertbarkeit für die in der Zukunft liegende Abschlussprüfung betrachtet. Die meisten hätten am liebsten eine Liste mit den entsprechenden Fragen und Antworten gehabt. Die Notwendigkeit, sich mit den sogenannten Schlüsselqualifikationen wie Kommunikationsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Sozialkompetenz, Selbstreflexion auseinander zu setzen, wurde von den Teilnehmerinnen immer wieder in Frage gestellt.

Die Kombination der beiden Lernorte, also der fachlich und sprachlich anspruchsvolle Unterricht im BZG und das Förderprogramm bei GATE, das explizit an den Lernbedürfnissen der Teilnehmerinnen ansetzen musste, konfrontierte die Teilnehmerinnen anfangs sehr stark mit ihren individuellen – sprachlichen – Lücken und führte zu einem hohen Maß an Verunsicherung. Andererseits war es ein nicht zu unterschätzender positiver Faktor, die zukünftige Ausbildungseinrichtung so früh wie möglich kennen zu lernen und dort eine Sicherheit zu gewinnen.

3.4. Kooperationsformen

GATE war als Träger des Modellprojekts für die Koordination verantwortlich. Um die Zusammenarbeit der beteiligten Partner zu gewährleisten, fanden in regelmäßigen Abständen Arbeitsgruppen im BZG statt, an denen das Amt für Gesundheit, die Klassenlehrerin und die Teamleitung des BZGs, die Ausbildungsleiterinnen der beteiligten Krankenhäuser, die Sozialpädagogin und die Projektkoordination teilnahmen. Hier wurden mit Blick auf die Anpassungsqualifizierung die wichtigsten

Entwicklungen der Teilnehmerinnen besprochen, die nächsten Schritte gemeinsam geplant und auftauchende Probleme reflektiert.

Für die Unterrichtenden bei GATE fanden im Abstand von 6 Wochen Teamsitzungen statt, wo Probleme des Unterrichts sowie einzelner Teilnehmerinnen besprochen wurden. Aufgrund des Modellcharakters waren die Dozenten bei GATE mit hohen Anforderungen konfrontiert. Sie hatten noch kein festes Curriculum, an dem sie sich orientieren konnten, sondern bewegten sich zwischen den individuellen Lernbedürfnissen der Teilnehmerinnen und den fachlichen Anforderungen des BZG, die aus ihrer Perspektive wenig transparent waren.

Nachträglich wurde festgestellt, dass regelmäßige niedrigschwellige Tests den Lernerfahrungen der Teilnehmerinnen eher entgegengekommen wären als der Gedanke, am Anfang allen Stress möglichst zu vermeiden.

Es fand eine Gesamtkonferenz der Lehrkräfte im BZG statt, wo deutlich wurde, dass das Problem der Zweitsprache Deutsch im Unterricht stärker bearbeitet werden muss. Es bestand eine Unsicherheit, wieweit die Frauen dem Unterricht sprachlich überhaupt folgen können, zumal die Lerngruppe sehr heterogen war. Zum Thema Fachunterricht für Nicht-Muttersprachler sollte in der zweiten Projektphase eine Fortbildung für Unterrichtende des BZG veranstaltet werden.

Ein intensiverer Austausch auf allen Ebenen schon während der Vorbereitung wäre wünschenswert gewesen, scheiterte allerdings an der jeweiligen Arbeitsbelastung der Beteiligten.

3.5. Der Unterricht bei GATE

Die Teilnehmerinnen erhielten wöchentlich 12 Stunden berufsorientierten **Deutschunterricht**. Die Aufteilung der Gruppe in zwei Lerngruppen geschah hinsichtlich ihrer Leistungen in der Zweitsprache. Zu Beginn wurde mit allen Teilnehmerinnen ein einfacher Sprachtest durchgeführt, der folgende Bereiche umfasste: ein Lückentext zur Grammatik auf einem Niveau zwischen Grund- und Mittelstufe⁷, ein schriftlicher Kommentar zu einem Lesetext sowie eine mündliche Darstellung der eigenen Motivation für den Beruf und die Ausbildung. Die grammatischen Grundlagen der meisten Teilnehmerinnen waren gegenüber ihren mündlichen und teilweise schriftlichen Leistungen sehr gut.

Im Zentrum des berufsorientierten Deutschunterrichts stand der Versuch, den Fachunterricht im BZG sprachlich aufzuarbeiten, was organisatorisch oft schwierig war, da die Kursleiterinnen die entsprechenden Fachtexte erst nachträglich durch die Teilnehmerinnen selbst oder die Sozialpädagogin erhielten und dann kurzfristig für den Deutschunterricht didaktisch aufbereiten mussten.

In der fortgeschrittenen Gruppe wurden zudem Texte, das heißt Artikel aus Zeitungen oder Fachzeitschriften, die vom sprachlichen Niveau und vom inhaltlichen Rahmen für die Frauen interessant waren und im thematischen Bereich „Gesundheit“ lagen, bearbeitet. Der Wunsch war bei fast allen Teilnehmerinnen sehr groß, die mündlichen Fertigkeiten zu verbessern. Darüber hinaus wurde die Grammatik auf Mittelstufenniveau wiederholt und vertieft.

Die andere Gruppe arbeitete vorwiegend mit dem Lehrwerk „Deutsch im Krankenhaus“⁸, das vom Wortschatzangebot den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen sehr entgegenkam, jedoch hinsichtlich der grammatischen Progression von den Dozentinnen als „nicht ideal“ für diese Lerngruppe bezeichnet wurde. Neben der Wiederholung grammatischer Grundlagen wurden phonetische Übungen gemacht

⁷ Entsprechend den Kriterien der Volkshochschulsprachprüfungen

⁸ Ulrike Firnhaber-Sensen, Gabriele Schmidt; Deutsch im Krankenhaus, Langenscheidt 2001

und das Hörverstehen trainiert. Der Bezug zum Unterricht im BZG konnte und sollte nicht durchgehend hergestellt werden, vielmehr mussten die Kursleiterinnen an den individuellen Lernbedürfnissen der jeweiligen Teilnehmerinnen ansetzen. Für die erste Gruppe wurde auf Wunsch einiger Teilnehmerinnen eine spezielle zusätzliche Förderstunde angeboten. Dieses Angebot wurde jedoch nur sehr unregelmäßig wahrgenommen und daher nicht durchgängig aufrecht erhalten.

Nach Einschätzung der Lehrkräfte haben sich die Deutschkenntnisse insbesondere der schwächeren Lernerinnen verbessert. Kritisch wurde angemerkt, dass der inhaltliche Bezug zum Unterricht im BZG zu schwach war. Ihr fehlender fachlicher Hintergrund wurde von beiden Deutschlehrerinnen als Manko betrachtet, da eine gezielte Vorbereitung der Frauen dadurch häufig erschwert wurde.

Die Teilnehmerinnen waren mit dem Deutschunterricht zufrieden (Note „gut“), hätten aber gerne zusätzlich noch mehr Fachbegriffe gelernt.

Jede Gruppe hatte zwei Stunden **Staatsbürgerkunde** pro Woche. Der Unterricht stellte für die Dozentinnen beider Gruppen eine Herausforderung dar, da es keine Erfahrungen mit den Prüfungsregularien und den entsprechenden Anforderungen gab, aber das Fach bereits in der Vorbereitungsphase mit Blick auf die Abschlussprüfung eingeführt werden sollte. Im Zentrum stand der Themenkatalog der „Zentrale für Politische Bildung“⁹, das heißt die verfassungsrechtlichen Grundlagen der Bundesrepublik Deutschland. Der Unterricht wurde mit entsprechenden Texten, Videos und Tonkassetten gestaltet. Die anfängliche Abneigung vieler Teilnehmerinnen gegenüber politischen Themen konnte durch methodisch und inhaltlich motivierende Unterrichtsstunden zeitweise abgebaut werden, musste aber konstant weiterentwickelt werden. Obwohl Staatsbürgerkunde als Prüfungsfach ausgewiesen ist und gerade für Migrantinnen eine besondere Relevanz hat, wurde der Sinn des Faches von den Lernerinnen nicht immer eingesehen. In der nachträglichen Bewertung hat eine relativ große Gruppe von Teilnehmerinnen den Staatsbürgerkundeunterricht als „uninteressant und schwer“ bewertet. Von einer Teilnehmerin auf den Punkt gebracht: „Wir sollen alles wissen, aber Wahlrecht haben wir nicht...“.

Die Tatsache, dass die Teilnehmerinnen als Erwachsene mit Migrationshintergrund eine andere und in der Regel weit zurückliegende Bildungsbiografie haben, sollte durch die systematische Auseinandersetzung mit unterschiedlichen **Lerntechniken** aufgefangen werden. Insbesondere mit Blick auf die anschließende verkürzte Nachqualifizierung sollten die Frauen die Möglichkeit haben, sich Strategien anzueignen, die ihre individuellen Lernfähigkeiten unterstützen. Aufgrund ihrer persönlichen und familiären Situation haben die wenigsten ausreichend Zeit, sich mit dem umfangreichen Stoff auseinander zu setzen und an ihrer Zweitsprachenkompetenz zu arbeiten. Mit zwei Unterrichtsstunden pro Woche hat Lernen lernen an dieser Situation angeknüpft und verschiedene Techniken zur Bewältigung langer Lesetexte, zum Gedächtnistraining und für Prüfungsvorbereitungen vermittelt. Grundlagen für den Unterricht waren sowohl fachspezifische Inhalte als auch ausgewählte Probleme des Deutschunterrichts. Die Teilnehmerinnen fanden das Angebot hilfreich und sinnvoll. Für die Dozentin war der Unterricht zu losgelöst vom Gesamtlehrplan. Die Verknüpfung mit den fachlichen Inhalten des Unterrichts im BZG und mit dem Deutschunterricht bei GATE konnte nur sehr schwer hergestellt werden. „Der Unterricht Lernen lernen ist losgelöst als Fach

⁹ Horst Pötsch; Die deutsche Demokratie, Bonn, 2001

sicher nicht sinnvoll. ...Es wäre günstig gewesen, ...eine Kombination aus Förderunterricht, Fachkunde, Fachsprache und Lerntechniken zu machen, in engem Austausch mit dem BZG und den Deutschlehrerinnen.“¹⁰ Dennoch wurde der Unterricht von den Teilnehmerinnen mit den besten Noten bewertet, was sicherlich der großen Kompetenz der Kursleiterin zu verdanken ist.

Das Fach **Berufskunde** bedeutete bei GATE die fachliche, im Gegensatz zur sprachlichen, Bearbeitung und Aufarbeitung der Unterrichtsanteile, die im BZG behandelt worden waren. Damit war dieser Unterricht inhaltlich am stärksten vom Stoff des BZG abhängig. Insbesondere das Fach Pflege sollte hier im Mittelpunkt stehen, da davon ausgegangen wurde, dass hier die größten Differenzen hinsichtlich der vorhandenen Ausbildung festzustellen wären. Nach den Erfahrungen der Kursleitung zeigte sich jedoch, dass die Teilnehmerinnen größere Schwierigkeiten im Bereich Anatomie/Physiologie hatten als erwartet. Aber auch der Bereich „Pflege“ erforderte eine intensive Nachbereitung, in die auch Fragen des eigenen Berufsverständnisses mit einfließen. „Berufskunde“ wurde mit zwei Unterrichtsstunden pro Woche angeboten. Insbesondere in diesem Fach wurde deutlich, dass eine intensivere inhaltliche Kommunikationsmöglichkeit zwischen GATE und BZG erforderlich war. Das zeigt sich auch in der Bewertung durch die Lerngruppe, die den Unterricht überwiegend negativ bewertet hat.

Als zusätzliches Angebot wurde bei GATE für die ganze Gruppe ein zweitägiger Kurs „Erste-Hilfe“ durchgeführt, den alle Teilnehmerinnen regulär für die Ausbildung brauchen.

Aus organisatorischen Gründen fand ein **EDV-Unterricht** in Kleingruppen von je 6 Teilnehmerinnen bei GATE jeweils zwei Stunden alle 14 Tage statt. Die Frauen sollten einen Zugang zur Arbeit am Computer bekommen und je nach Fähigkeiten, Vorkenntnissen und Interessen über die Grundlagen von WORD hinaus Basiswissen für die Arbeit in Netzen bekommen und Recherchen im Internet machen können. Während der Ferien im BZG haben die Teilnehmerinnen zusätzlich an einem einwöchigen EDV-Kurs bei der Hamburger Volkshochschule teilgenommen. Für die sprachlich fortgeschrittenere Gruppe verlief dieser Kurs sehr erfolgreich, die schwächere Lerngruppe fühlte sich insbesondere sprachlich überfordert und fand nur zögernd einen Zugang zur Technik.

Durch einen regelmäßigen EDV-Termin bei GATE sollten die Frauen die Möglichkeit haben, ihre erworbenen Kenntnisse zu festigen, Hausaufgaben zu erledigen oder eigene Recherchen zu verfolgen. Es wurden verschiedene „Projektideen“ entwickelt, wie eine gemeinsame Broschüre mit eigenen Berufsbiografien zu erstellen oder mit Blick auf die Fächer Staatsbürgerkunde oder Krankenpflege zusätzliche Informationen mit Hilfe des Internets zusammenzustellen. Aus zeitlichen und organisatorischen Gründen konnten diese Vorstellungen nicht immer umgesetzt werden. Schließlich haben alle Teilnehmerinnen ihre Bewerbungsunterlagen eigenständig am Computer erstellt. Nach Einschätzung der Kursleitung war der Unterricht aufgrund der Rahmenbedingungen „leider zu lösgelöst“, aber „die Frauen haben nach meiner Einschätzung eine Menge gelernt und sind in der Lage, wenn auch einige von ihnen langsam und immer noch mit Angst, mit dem Computer umzugehen.“

Eine gleichmäßigere Verteilung der Stunden und eine kontinuierliche Einbeziehung des EDV-Unterrichts in den Deutsch- und Fachunterricht wurde mit Blick auf

¹⁰ Auswertung der Dozentin

sinnvolle gemeinsame Projekte für die Zukunft empfohlen. Auch die Teilnehmerinnen haben in ihrer Schlussbewertung vorgeschlagen, den EDV-Unterricht auf GATE zu beschränken und mehr mit den anderen Stunden zu verknüpfen.

Zwei Stunden pro Woche wurde von der Sozialpädagogin und Projektleitung im Team eine **Verfügungsstunde** durchgeführt, die sich grundsätzlich an die gesamte Gruppe richtete. Erst in der Endphase, als die Vorbereitung auf das Bewerbungsgespräch auf dem Plan stand, wurde die Gruppe wie üblich geteilt. Die Verfügungsstunde verfolgte verschiedene Ziele. Einerseits wurden kursrelevante Informationen sowie organisatorisch-praktische Fragen und Probleme in der Gruppe geklärt. Es sollte aber auch ein Angebot gemacht werden, dass die Teilnehmerinnen als Lerngruppe zusammenwachsen ließ. Dazu wurden immer wieder auf unterschiedliche Weise Themen eingebracht, die mit dem eigenen kulturellen Hintergrund, dem Berufsverständnis, der Rolle als berufstätige Frau und Mutter und der Situation als Migrantin zusammenhängen. Die Dynamik des Kurses erforderte es aber auch oft, dass die Stunden Lücken füllen mussten, die im regulären Unterricht nicht bewältigt werden konnten. Das war insbesondere in der Nachbereitung des Praktikums und in der Vorbereitung auf das Bewerbungsverfahren der Fall. In der Verfügungsstunde haben die Teilnehmerinnen wöchentlich ihre Bewertungen zum Unterricht, zu den Lehrkräften und zur allgemeinen Entwicklung des Kurses abgegeben. Diese Rückmeldungen sollten die Kursplanung verbessern, die Lernbedürfnisse der Teilnehmerinnen deutlicher machen und Probleme frühzeitig zur Sprache bringen. Nach anfänglicher Zurückhaltung haben die Frauen mehr und mehr ihre Schwierigkeiten benennen können. Aus Sicht der Sozialpädagogin wäre eine intensivere Kennlernphase zwischen Teilnehmerinnen und Lehrkräften gerade in der Anfangsphase positiv gewesen, um die Kooperationsfähigkeit der Gruppe zu stärken und Ängste und Unsicherheiten abzubauen.

Zur Festigung der Lerngruppe wurden außerhalb des regulären Unterrichts mehrere **gemeinsame Ausflüge** unternommen, entweder mit der gesamten Gruppe oder einer Teilgruppe. Die Teilnahme daran war freiwillig:

- ein Besuch der Ausstellung „Dialog im Dunkeln“, wo das Lebensgefühl von Blinden in Bezug auf viele Lebensbereiche sinnlich erfahrbar gemacht wurde;
- ein Besuch der anthroposophischen Abteilung des Krankenhauses Rissen, wo ein alternativer Zugang zu Gesundheit und Krankheit vorgestellt wurde;
- ein Ausflug nach Bremen in das „Universum“. Hier konnten die Frauen Fragen zu biologischen und medizinischen Phänomenen untersuchen auf andere Weise erfahren;
- ein gemeinsamer Theaterabend mit „Amphytrion“ von Kleist, der als kulturelle Erfahrung sehr positiv bewertet wurde, aber die eigenen sprachlichen Grenzen sehr deutlich machte.

3.6. Praktikum

Das dreiwöchige Praktikum fand in der zweiten Hälfte der Vorbereitungsphase, vom 8.4. bis 26.4. 2002 in den am Projekt beteiligten Krankenhäusern des LBK statt: dem Klinikum Nord, dem AK Harburg und dem AK Barmbek. Die Frauen wurden möglichst wohnortnah auf die entsprechenden Krankenhäuser verteilt, das Klinikum Nord war leider für alle sehr schwer zu erreichen¹¹. Das Praktikum stellte einen tiefen

¹¹ Die typischen Wohngebiete der Migranten liegen eher zentral oder im Süderelberaum.

Einschnitt für die Teilnehmerinnen dar. Diese Tatsache kann man auf mehrere Ursachen zurückführen. Die hohe Relevanz des Praktikums für das nachfolgende Bewerbungsverfahren war weder GATE noch den Teilnehmerinnen klar. Definiert wurde das Praktikum als eine Möglichkeit für die Frauen, die Arbeit in einem deutschen Krankenhaus und die Aufgaben einer Krankenschwester kennen zu lernen. Natürlich sollten die Ausbilderinnen damit auch eine Möglichkeit haben, sich ein Bild von ihren potenziellen Auszubildenden zu machen. Dieser Gesichtspunkt ist von GATE aufgrund fehlender Erfahrung unterschätzt worden. Für das Praktikum wurde von den beteiligten Krankenhäusern ein Bewertungsbogen entwickelt, der primär auf sogenannte Schlüsselqualifikationen wie Kommunikationsfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit oder Selbstmanagement ausgerichtet ist. Der Aspekt, dass die Frauen keine Muttersprachlerinnen sind, kommt in dem Bewertungsbogen nicht zum Tragen, ist aber beispielsweise bei einer Kompetenz wie Kommunikationsfähigkeit von großer Bedeutung. In einigen Fällen war die Selbstwahrnehmung der Teilnehmerin und die Bewertung durch die Anleitung völlig entgegengesetzt. Diese Diskrepanz konnte von uns nicht aufgefangen werden.

Für das Praktikum wünschten sich die Teilnehmerinnen „freundliche, hilfsbereite Kollegen mit Verständnis“. Für die Zeit des Praktikums hatten die Teilnehmerinnen von uns die Aufgabe bekommen, Tagebuch zu schreiben und die positiven und negativen Erlebnisse der drei Wochen festzuhalten. Das Praktikum wurde von vielen Teilnehmerinnen als Praxisschock erlebt. Es war vorausgesetzt worden, dass die Frauen auf dem Kenntnisstand einer Krankenpflegehelferin eingesetzt werden sollten und dass in der Praxis entschieden würde, welche Aufgaben sie übernehmen dürfen. Dadurch fanden sich die Frauen in ganz unterschiedlichen Rollen wieder. Einige wurden als Auszubildende behandelt und fühlten sich unterbewertet und in ihren Fähigkeiten unerkannt, andere wurden wie fertige Krankenschwestern angesprochen und fühlten sich verunsichert, weil sie sich im deutschen Krankenhaus noch nicht auskannten und sicher fühlen. Dazu kam, dass nicht bei allen Anleiterinnen klar war, aus welchem Zusammenhang die Praktikantinnen kamen. Die mangelnde Information im Vorfeld über die Teilnehmerinnen und das Projekt führten in vielen Fällen zu vermeidbaren Schwierigkeiten. Aus Sicht der Frauen gab es zahlreiche Missverständnisse und Irritationen. „Klimatische Störungen“ wurden von ihnen jedoch nicht thematisiert, nicht zuletzt wegen ihres Status' als Praktikantin. Für die Sozialpädagogin, die sich als Vermittlerin im Vorfeld angeboten hatte, war es teilweise schwierig, Zugang zu den Beteiligten zu bekommen, denn leider wurde diese Möglichkeit weder von den Teilnehmerinnen noch von den beteiligten Anleiterinnen entsprechend genutzt.

Der größte „Schock“ für einen großen Teil der Teilnehmerinnen war jedoch das unterschiedliche Berufsbild „Krankenschwester“, das sie durch die Praxis erlebten. Die hohe Arbeitsbelastung der Krankenschwestern war ernüchternd. „Wegen Mangel an Krankenschwestern habe ich ganz hart gearbeitet und ganz wenig Zeit gehabt, etwas Neues zu lernen.“¹² Viele der Aufgaben wie Nahrung reichen, betten, waschen oder Arbeit in der Küche wurde oder wird in den Herkunftsländern der Frauen von Hilfspersonal oder gar Familienangehörigen erledigt. Viele stellten am Schluss die Frage, „warum müssen wir uns für diese Arbeit solchen schwierigen Ausbildungsbedingungen unterwerfen?“ Es muss natürlich in Rechnung gestellt werden, dass die Frauen auch aufgrund ihrer besonderen Rolle als Praktikantin primär für gerade diese Aufgabenbereiche herangezogen wurden. „Mir gefällt nicht,

¹² Auswertung einer Teilnehmerin

dass es sehr wenig medizinische Arbeit gibt und man viele Putzarbeiten machen muss.“¹³

Probleme hatten einzelne Teilnehmerinnen in der Praxis auch aufgrund ihre Herkunft und fühlten sich diskriminiert „Mir hat nicht gefallen Vorstellungsgespräch mit der Leiterin Abteilung, wann ich gesagt, ich komme aus Russland, sie hat gesagt, mich interessiert es nicht“. Viele fühlten sich sprachlich unsicher „Mir gefällt nicht, zur Klingel gehen, weil ich nicht immer verstehen kann, was Patient braucht. Das ist so wegen meine Sprachkenntnisse.“ Einige haben aber auch die positive Erfahrung gemacht, ihre Zweisprachigkeit nutzen zu können „Heute ist ein Patient gekommen aus Russland, er hat kein Wort Deutsch gesprochen. Ich muss alles für die Ärzte übersetzen. Das war sehr schwer, aber habe ich geschafft.“

Für drei Teilnehmerinnen waren die Anforderungen des Praktikums der Anlass, die Ausbildung insgesamt abzubrechen, weil sie sich nicht zutrauten, den weiteren insbesondere zeitlichen Anforderungen gewachsen zu sein. Eine dieser Teilnehmerinnen hat einen Arbeitsplatz im Bereich Radiologie gefunden.

Viele Teilnehmerinnen hatten an das Praktikum die Erwartung, eine praktische Anleitung zu bekommen oder die für sie neuen medizinischen Geräte kennen zu lernen. Ein wichtiger Aspekt war, dass die Teilnehmerinnen durch die tägliche Praxis eine größere Sicherheit in der Zweitsprache bekommen haben. Insgesamt war die Erfahrung des Praktikums für die Frauen anstrengend und eine Herausforderung. Sie mussten sich in einem Team mit einer anderen Arbeitskultur einfinden und sich einen Überblick über ihren neuen Arbeitsplatz verschaffen. Für manche war es überhaupt der erste Kontakt mit der deutschen Arbeitswelt. Doch aufgrund der starken Identifikation mit ihrem Beruf und der großen Motivation für den Arbeitsbereich wurde der Kontakt zu den Patienten sehr positiv erlebt: „Das Lächeln auf den Gesichtern der Patienten ist für mich die beste Belohnung.“¹⁴

3.7. Bewerbungsverfahren

Vier Wochen nach dem Praktikum fanden die Bewerbungsgespräche für die 24 Ausbildungsplätze statt, die für das Modellprojekt eingeplant worden waren. Das Verfahren wurde von den drei beteiligten Häusern aufgrund bestehender Erfahrungen entwickelt und sollte drei Teile beinhalten: eine schriftliche zusammenhängende Beschreibung eines Fotos einer Pflegesituation, einen kurzen Vortrag zu den unterschiedlichen Berufs-/Praktikumserfahrungen hier und im jeweiligen Herkunftsland sowie eine Gruppendiskussion zu Konfliktsituationen mit Patienten. Die Teilnehmerinnen wurden bei GATE auf dieses Verfahren ausführlich vorbereitet. Das Gespräch fand im BZG statt, teilgenommen haben die drei Ausbildungsleiterinnen der beteiligten Krankenhäuser, die Klassenlehrerin im BZG und die Projektleiterin. Das Auswahlgremium war somit größer als bei normalen Bewerbungsgesprächen. Die Frauen konnten sich in Dreiergruppen vorstellen. Bei den Bewertungskriterien standen die Sprachkompetenzen in Deutsch sowie Schlüsselqualifikationen wie Kommunikationsfähigkeit, Reflektionsvermögen hinsichtlich des Berufsbildes und der Aufgaben und Teamfähigkeit im Mittelpunkt. Bei der Durchführung der Gespräche wurde der dritte Punkt sehr schnell fallengelassen, weil die Kommunikationssituation – Gruppendiskussion - als zu künstlich empfunden wurde.

23 Frauen haben an dem Verfahren teilgenommen, drei Frauen wurden nicht für einen Ausbildungsvertrag ausgewählt. Die Gründe für die Ablehnungen waren

¹³ aus den Aufzeichnungen einer Teilnehmerin

¹⁴ aus den Aufzeichnungen einer Teilnehmerin

unzureichende Sprachkenntnisse, mangelnde Kommunikationsfähigkeit sowie fehlende Teamfähigkeit. Die Bewertungskriterien bezogen sich hierbei allein auf die Bewerbungssituation sowie auf die Ergebnisse des Praktikums. Das führte zwar andererseits bei einigen Teilnehmerinnen auch zu einer positiven Bewertung. Demgegenüber war es aber nicht möglich, die guten theoretischen Leistungen insbesondere von zwei abgelehnten Teilnehmerinnen, die sich in der Vorbereitung bei GATE und im BZG gezeigt hatten, für eine bessere Bewertung geltend zu machen. 18 Frauen bekamen schließlich einen Ausbildungsvertrag, eine bekam eine Zusage für eine Vollzeit-Ausbildung und eine Teilnehmerin hat nachträglich den Kurs abgebrochen.

Das Ergebnis des Bewerbungsverfahrens stellte für den Rest der Vorbereitungsphase einen Einbruch dar. GATE als Projektträger hatte zu wenig Erfahrungen mit dem Verfahren und seinen Kriterien und konnte darüber hinaus ebenso wie das BZG keine inhaltlichen Einwände geltend machen, die zu einer anderen Bewertung der Teilnehmerin geführt hätten. Das hat die Position von GATE gegenüber den Teilnehmerinnen sehr geschwächt und eine Vertrauenskrise bewirkt. Die Konsequenz war, dass sich die Lerngruppen in den letzten Tagen der Vorbereitungsphase zunehmend auflösten und wir keine Handhabe mehr hatten, die Frauen zu einem verbindlichen Kursbesuch zu verpflichten. Für die Teilnehmerinnen waren die Bewertungskriterien nicht nachvollziehbar und die Betroffenheit über das Ergebnis war groß. Zwei der abgelehnten Teilnehmerinnen waren aus Sicht der Lerngruppe vom Leistungsstand her gut, wenn nicht besser als der Durchschnitt der Gruppe. Aufgrund mangelnder Erfahrung wurde von GATE die Bedeutung des „geheimen Lehrplans“, nämlich die Tagesform der Bewerberinnen, ihr Auftreten und Gesamteindruck, unterschätzt. Letztendlich war das jedoch ein nicht unbedeutendes Kriterium.

Die drei abgelehnten Bewerberinnen haben den Vorbereitungskurs bis zum Schluss besucht und mit Unterstützung der Sozialpädagogin versucht, eine Alternative zu entwickeln. Eine der Teilnehmerinnen hat noch eine Anerkennung als KPH bekommen und macht wie die zweite abgelehnte Teilnehmerin eine verkürzte Ausbildung in der Altenpflege. Für die dritte hat sich trotz zahlreicher Bewerbungen noch keine Alternative aufgetan.

4. Konsequenzen und Empfehlungen aus der Vorqualifizierung

4.1. Probleme und Konfliktfelder

Zusammenfassend lassen sich die problematischen Bereiche der Vorbereitungsphase des Modellprojektes folgendermaßen benennen:

- Die Ausbildungsbedingungen gingen zu wenig auf die Situation von Erwachsenen als Lernern und besonders von jungen alleinerziehenden Frauen mit kleinen Kindern ein, sondern schließen gerade sie aus.
- Die Tatsache, dass die Teilnehmerinnen bereits eine fachspezifische Ausbildung abgeschlossen hatten, beinhaltet auch, dass sie über ein mehr oder weniger gefestigtes Berufsverständnis verfügen, was auch negative Auswirkungen auf den Lernprozess haben kann.
- Teilnehmerinnen, die auf ein Einkommen angewiesen sind, mussten während der Vorbereitungsphase weiter arbeiten, was sich negativ auf ihre Lernmöglichkeiten ausgewirkt hat.
- Es arbeiteten drei „Ausbildungsebenen“ zusammen, die bisher keine gemeinsamen Erfahrungen hatten. Die Fachkompetenzen waren zwar genau

verteilt, aber die inhaltliche Transparenz und Verzahnung ließ zu wünschen übrig. Diese Unsicherheit schlug sich teilweise auch auf die Lehrkräfte und die Teilnehmerinnen nieder

- Der Austausch unter den Lehrkräften sowohl bei GATE als auch zwischen GATE und BZG war nicht ausreichend.
- Bei GATE lag zwar die Kompetenz hinsichtlich der Zielgruppe Migrantinnen und berufsorientierendem Deutsch, aber die spezifische Fachkompetenz im Bereich Gesundheit fehlte bei den GATE-Lehrkräften.
- Die Aufteilung der Gruppe in zwei gleichstarken Lerngruppen, die sich zunehmend autonom entwickelten, verhinderte das Entstehen einer solidarischen Lerngruppe.
- Die Fächer Lernen lernen und EDV waren zu losgelöst vom allgemeinen Unterrichtsziel.
- Die Möglichkeiten der Sozialpädagogin sind durch das BZG und die Praxisstellen zu wenig genutzt worden, dadurch entstanden Konflikte, die auf GATE zurückfielen.
- Durch das Praktikum und vielmehr noch durch das Bewerbungsverfahren wurde die unterschiedliche Bedeutung der beteiligten Partner für die Teilnehmerinnen deutlich. GATE hat dadurch viel „Autorität“ eingebüßt, was sich negativ auf den Abschluss der Vorbereitungsphase und die weitere Entwicklung des Deutsch-Unterrichts ausgewirkt hat.
- Im Bewerbungsverfahren wurden die theoretischen und fachspezifischen Kenntnisse der Teilnehmerinnen zu wenig einbezogen und das Auswahlgremium war zu groß.

Rückblickend wurde die Vorbereitungsphase von den Teilnehmerinnen positiv bewertet: sie fühlten sich gut auf die Anpassungsqualifizierung vorbereitet. Den Deutschunterricht hätten sie jedoch lieber in einem zweimonatigen Block gehabt und für den Rest eine bessere Vorbereitung im Pflegebereich gehabt. Die Lehrkräfte im BZG bestärkten die Tatsache, dass mehr Anatomie-Unterricht in der Vorbereitung notwendig gewesen wäre. Aus Sicht der Praxis hätte im Vorbereitungshalbjahr mehr Gewicht auf Pflege, Fachsprache und Kommunikation gelegt werden sollen.¹⁵

4.2. Empfehlungen für die Vorqualifizierung bei Folgemaßnahmen

Viele Schwierigkeiten sind im Entwicklungsprozess des Modellprojektes entstanden und sollten bei einer weiteren Maßnahme von vornherein Berücksichtigung finden. Auf der Grundlage der ersten Erfahrungen des Modellprojektes werden folgende Vorschläge für die Entwicklung einer Folgemaßnahme gemacht:

- Die wichtigste Veränderung für folgende Vorbereitungsmaßnahmen muss eine Modifizierung des Bewerbungsverfahrens sein. Davon würden alle beteiligten Partner profitieren. Die Vorbereitungsphase bei GATE muss mehr niedrigschwellige Testelemente enthalten. Insgesamt sollte sowohl bei GATE als auch im BZG ein Abschlusstest vorgenommen werden. Die Ergebnisse der theoretischen Leistungsüberprüfung sollten dann gleichberechtigt neben den Bewertungen aus dem Praktikum und dem Bewerbungsgespräch stehen. Durch dieses Verfahren würde die fachliche und sprachliche Vorbereitung erheblich an Bedeutung gewinnen.

¹⁵ aus den Fragebögen, die am Schluss des Projekts verteilt wurden

- Ein gemeinsames Curriculum, das den Sprachunterricht systematisch mit dem Fachunterricht verbindet, muss entwickelt werden, um die Vorbereitung effektiver gestalten zu können. Eine darüber hinaus gehende Integration von Lernen lernen und EDV in die allgemeinen Unterrichtsinhalte muss entwickelt werden.
- Das Praktikum muss sowohl bei den Teilnehmerinnen als auch bei den Mitarbeiterinnen auf den beteiligten Stationen mit klareren Vorgaben versehen werden. Es müssen mehr Informationen über die Teilnehmerinnen und ihren Status auf den Stationen ankommen.
- Die vermittelnde und unterstützende Funktion der Sozialpädagogin muss für die Teilnehmerinnen aber mehr noch für die beteiligten Einrichtungen deutlicher gemacht werden, damit sie stärker genutzt wird. In diesem Zusammenhang sollte auch die Frage der „räumlichen Ansiedlung“ noch einmal überdacht werden.
- Für Teilnehmerinnen, die durch das Bewerbungsverfahren ausgeschlossen werden, müssen pragmatische Alternativen¹⁶ entwickelt werden. Damit wäre auch der inhaltliche Rahmen der Vorqualifizierung klarer definiert.
- Vor Beginn eines Kurses sollte ein Informations- und Fortbildungsangebot für die AnleiterInnen aus Theorie und Praxis vorhanden sein.
- Die Anzahl der kooperierenden Krankenhäuser sollte erhöht werden und auch solche Standorte in Betracht gezogen werden, die näher an den Wohnorten der Teilnehmerinnen liegen.
- Die Möglichkeiten eines Unterhaltsgeldes für Teilnehmerinnen während der Vorbereitungsphase sollten geprüft werden.
- Die Frage der Übernahmeverpflichtung in den Ausbildungsverträgen muss neu thematisiert werden.

5. Rahmenbedingungen der Anpassungsqualifizierung

„...das sogenannte „Ausländerspezifische“ (verweist) auf Probleme des Allgemeinen (...). Probleme werden zwar als „Ausländerprobleme“ klassifiziert, sind aber oft Indikatoren für Unzulänglichkeiten in den entsprechenden Bereichen.“¹⁷

Nach der Vorbereitungsmaßnahme erhielten 18 Teilnehmerinnen auf Grundlage eines Kooperationsvertrages zwischen der GATE GmbH und dem LBK Hamburg einen regulären Ausbildungsvertrag, der eine Ausbildungsvergütung einschließt. Der Kooperationsvertrag regelt die gegenseitigen Verpflichtungen der beteiligten Träger und ihre Aufgaben für das Projekt. Insbesondere wurde festgelegt, dass keine Übernahmeverpflichtung der Auszubildenden seitens des LBK nach Abschluss der verkürzten Ausbildung besteht. Dieser Sonderregelung wurde zugestimmt, um die Bereitschaft bei den Krankenhäusern, Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen, zu erhöhen.

Für 18 Teilnehmerinnen begann damit am 1.8. 2002 die verkürzte Anpassungsqualifizierung. Bis zum 31.1. 2004 fanden bei den beteiligten Häusern, AK Harburg, AK Barmbek und Klinikum Nord, sieben Praxiseinsätze von insgesamt 42 Wochen statt. Damit im Wechsel wurden im Bildungszentrum für Gesundheitsberufe sechs Theorieblöcke sowie eine Prüfungswoche durchgeführt, d.h. insgesamt 29 Wochen theoretischer Unterricht.

¹⁶ Die Möglichkeit der sog. „Kenntnisstandprüfung“ sollte in diesem Zusammenhang überprüft werden.

¹⁷ Kalpaka, Annita: Von Elefanten auf Bäumen, Forum für Kinder- und Jugendarbeit Heft 4, S.6

6. Theorie-Blöcke

„Es ist für die ganze Ausbildungsphase immer ein Problem gewesen, dass die Teilnehmerinnen als eine besondere Gruppe behandelt worden sind. Sie denken immer, dass sie schon Krankenschwestern sind und sie könnten ohne diese Ausbildung als Krankenschwester arbeiten. Deswegen haben sie ihre Situation oft nicht akzeptiert.“¹⁸

Im theoretischen Unterricht beim Bildungszentrum für Gesundheitsberufe bildete die Gruppe eine gemeinsame Klasse. Die Teilnehmerinnen waren formal in der zweiten Hälfte des zweiten Ausbildungsjahres in die Ausbildung eingestiegen. Das Curriculum entsprach von der Anzahl der Stunden und der abzuleistenden Leistungsüberprüfungen den Anforderungen für andere verkürzte Ausbildungen, wie sie z.B. KrankenpflegehelferInnen angeboten wird. Der Unterricht fand täglich von 8 bis 15h statt.

Der inhaltliche Rahmen der Ausbildung wird durch das Krankenpflegegesetz¹⁹ vorgegeben. Besondere Schwerpunktsetzungen wurden aufgrund der Erfahrungen mit den Teilnehmerinnen in der Vorbereitungsphase entwickelt. Um die Verkürzung möglichst effektiv zu gestalten wurden zum Beispiel weniger Unterrichtsstunden für Anatomie eingeplant und mehr Stunden für Pflegewissenschaften vorgesehen. Dennoch zeigte sich, dass eine Revision des Curriculums erforderlich sein würde²⁰, da die entsprechenden Fachkenntnisse bei den Teilnehmerinnen sehr unterschiedlich aktivierbar waren. Die einzelnen Blöcke sind als thematisch abgeschlossene Module zu sehen, die bestimmte Fragen aus unterschiedlichen Blickwinkeln behandeln. Auf den jeweiligen Blockvorbereitungs- bzw. Nachbereitungskonferenzen fand zwischen den Unterrichtenden und den GATE - Mitarbeiterinnen ein inhaltlicher und organisatorischer Austausch statt.

6.1. Probleme für diese spezielle Teilnehmerinnengruppe

„Jetzt läuft alles im Unterricht sehr schnell. Viele neue fachliche Informationen und neue Fachterminologie (Deutsch oder lateinisch), die von den Teilnehmerinnen meistens auswendig gelernt wird. Sprachlich erleben sie oft Probleme, weil sie mit längeren und sprachlich schweren Texten umgehen müssen. Die Teilnehmerinnen sollen gleichzeitig den Lehrerinnen zuhören, verstehen und Notizen machen. Sie sind oft im BZG sprachlich und inhaltlich überfordert. Deswegen verlieren sie schnell ihre Mut, haben Angst oder denken bei einer Schwierigkeit nur daran, die Ausbildung abzubrechen. Im Unterricht habe ich bemerkt, dass einige Teilnehmerinnen immer noch Probleme mit Lerntechniken haben. Sie haben kein Notizheft, wenn sie einen längeren Text bekommen, wissen sie nicht, wie sie ihn lesen, verstehen und interpretieren können, ohne Angst und Zweifel zu haben.“²¹

Nach jedem Unterrichtsblock wurde eine kurze schriftliche Umfrage durchgeführt, um die besonderen Schwierigkeiten der Teilnehmerinnen zu erfassen und für den nächsten Block wenn möglich berücksichtigen zu können.

Im ersten Theorieblock waren die Fächer Berufskunde, Gesetzeskunde und Psychologie für viele neu und wurden aufgrund der sprachlichen Anforderungen und

¹⁸ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

¹⁹ in der Fassung von 1985

²⁰ aufgrund der geänderten Ausbildungsverordnung vom 1.1. 2004 wird das Blocksystem aufgegeben und das allgemeine Curriculum vollständig verändert.

²¹ aus der Dokumentation der Sozialpädagogin

der Fachterminologie als schwierig erlebt. Obwohl die Anpassungsqualifizierung gerade erst begonnen hatte, fühlten sie sich zeitlich unter Druck und äußerten den Wunsch nach ausschließlich prüfungsrelevanten Themen, gleichzeitig hofften sie auf Geduld seitens der Lehrerinnen.

Im zweiten Theorieblock wurden daraufhin 10 Stunden Kompetenztraining angeboten, um Raum zum Aufarbeiten der anstehenden Themenkomplexe zu schaffen. Dennoch fühlten sich die Teilnehmerinnen auch in dieser Phase unter Zeitdruck, klagten über Sprachprobleme und wünschten sich mehr prüfungsrelevante Informationen. In diesem Wunsch wird das „andere“ Lern-Verständnis vieler Teilnehmerinnen deutlich. Denn im Zentrum dieses Blocks standen Arbeitsformen, die nicht auf eine instrumentelle Vermittlung von Faktenwissen ausgerichtet waren, sondern fast ausschließlich reflektierenden Charakter hatten und auf kommunikative Kompetenzen zielten. Es wurde ein Intensiv-Seminar über Trauer, Sterben und Tod außerhalb des BZGs durchgeführt und es wurde im Rahmen des Faches Gerontologie biografisch gearbeitet. Exemplarisch sollten die Teilnehmerinnen gegenseitig ihre Biografien²² erstellen. Die Bearbeitung dieser Themen und das in einer „zeitintensiven“ Form wurde von einigen Teilnehmerinnen heftig kritisiert. Auch das daraus entstandene Produkt war ihnen offenbar eher „unangenehm“. Hier haben wir es eindeutig nicht geschafft zu vermitteln, welche Relevanz diese Bereiche für die Arbeit einer Krankenschwester haben.

Im dritten Theorieblock war die Probezeit überstanden und die Teilnehmerinnen waren entspannter, wünschten sich mehr Spaß und am liebsten keine Klausuren mehr, die wurden nach wie vor als Stress empfunden. Als schwieriger und neuer Bereich tat sich Sozialmedizin auf, insbesondere die Terminologie fiel schwer. Bleibende Probleme waren der Zeitdruck und die Zweitsprache, obwohl das Verstehen der Fachinhalte besser erlebt wurde. Über die zunehmende Konzentration auf prüfungsrelevante Inhalte waren die Teilnehmerinnen sehr zufrieden. Es gab jetzt 12 Stunden Kompetenztraining; zudem wurde jetzt an verschiedenen Stellen deutlich, dass die Kenntnisse der Teilnehmerinnen in Anatomie nicht ausreichend waren.

Im vierten Theorieblock stabilisierte sich die zunehmende Sicherheit der Teilnehmerinnen. Sie waren zufrieden mit dem Verlauf und fühlten sich sprachlich und inhaltlich sicherer, sie hatten das Gefühl, viel gelernt zu haben und erlebten die 10 Stunden Kompetenztraining als hilfreich. Die Lehrkräfte wurden als engagiert gelobt, die Angst vor dem Examen trat zunehmend ins Zentrum. Aus der Perspektive des theoretischen Unterrichts empfanden die Teilnehmerinnen streckenweise eine Kluft zwischen den Theorie und der Realität der Praxis.

„Das ist die Dilemma der Teilnehmerinnen: Einerseits möchten sie Gruppenarbeit machen, andererseits finden sie es Zeitverschwendung. Sie haben keine Zeit zu Hause zu lernen, in der Schule möchten sie alles lernen. Sie wollen am liebsten in kürzester Zeit lernen, was sie für die Prüfung brauchen.“²³

Im letzten Theorieblock vor dem Examen stand wieder das Thema Zeitdruck im Mittelpunkt und es wurde eine noch stärkere Orientierung auf die Prüfung gefordert. Zur Vorbereitung des mündlichen Examens wurde im BZG eine „Zwischenprüfung“ durchgeführt, die für die meisten Teilnehmerinnen zufriedenstellend verlaufen ist. Damit konnten die Teilnehmerinnen sich selbst in einer Prüfungssituation erleben.

²² Ergebnis der Projektarbeit war eine Broschüre: Lebensläufe, Läufe des Lebens, Dezember 2002

²³ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

Sie erhielten eine Rückmeldung über ihre Leistungen und ihre Schwachstellen wurden deutlich, die hauptsächlich im Bereich Psychologie und Sozialmedizin lagen. Es wurden 14 Stunden Kompetenztraining angeboten, der teilweise für den Anatomie-Unterricht genutzt wurde, um vereinzelte Lücken zu füllen, es gab Angebote zum Thema „Stressverminderung“ und gesonderte Gruppenarbeit.

Der letzte Theorieblock stand ganz unter dem Vorzeichen des Examens. Von den insgesamt vier Wochen waren zwei der Einführung neuer Themen aus dem Bereich Neurologie gewidmet, insgesamt 10 Tage waren jedoch ausschließlich zur Wiederholung prüfungsrelevanter Fragen eingeplant. Darüber hinaus gab es noch zusätzliche „Studienzeit“, die die Teilnehmerinnen in Arbeitsgruppen zum gegenseitigen Abfragen genutzt haben. Im Mittelpunkt stand als Lerntechnik das Auswendiglernen, was den zu erwartenden Anforderungen der theoretischen Prüfung entsprach. Innerhalb der Gruppe war die Situation sehr zugespitzt, weil die Prüfung von vielen als Hinterfragung ihrer Kompetenz und ihrer Berufserfahrung erlebt wurde, die eigene Glaubwürdigkeit stand auf dem Spiel. „Wenn ich das nicht schaffe, spricht meine Familie kein Wort mehr mit mir...“, so eine Teilnehmerin. Ein zusätzlicher Stressfaktor war die komprimierte Wiederholung der Fächer Staatsbürgerkunde, Berufskunde und Gesetzeskunde. Aus dem Vorbereitungsphase war davon leider nicht viel übriggeblieben, die Inhalte waren unter interkulturellen Gesichtspunkte schwer vermittelbar.

Zusammenfassend lässt sich feststellen dass die meisten Probleme für die Teilnehmerinnen durch ihre Unsicherheit hinsichtlich der Zweitsprache entstanden, dadurch brauchten sie mehr Zeit, besonders für inhaltliche Vor- und Nachbereitung des Unterrichts. Hier schlugen sich auch ihre zusätzlichen Belastungen durch ihre Familiensituation und die langen Fahrtwege nieder. Daraus sollte jedoch nicht die Konsequenz gezogen werden, dass eine Verkürzung der Ausbildung für diese Zielgruppe eine Überforderung darstellt. Allein der Notenspiegel aus dieser Phase aber gerade auch die Ergebnisse der schriftlichen Examensprüfungen zeigen, dass es im Kern die eigenen Leistungsanforderungen und Ansprüche waren, mit denen sich viele der Teilnehmerinnen unter Druck gesetzt haben. Denn alle Teilnehmerinnen haben die schriftlichen Prüfungen gemeistert.

Doch bleibt die Frage, durch welche Lehr- und Lernformen lassen sich diese Stressfaktoren gerade für Erwachsene, die bereits „vor“qualifiziert sind, reduzieren?

6.2. Die Rolle der Zweitsprache

„Sie trauen sich nicht zu sprechen, sie werden rot, sie schlagen die Augen nieder und machen sich unsichtbar. Zu sehr ist das Sprechen mit der Angst belegt, sich nicht richtig ausdrücken zu können, genau die Worte zu benutzen, mit denen man sich bis auf die Knochen blamiert und das zu sagen, was man nicht sagen wollte.“²⁴

Das benutzte Unterrichtsmaterial richtete sich an Schülerinnen und Schüler, die Deutsch als Muttersprache sprechen, entsprechend wurde auch anfänglich der Unterricht durchgeführt. Im Grundsatz war für alle beteiligten Lehrkräfte klar, langsamer zu sprechen, eine vereinfachte sprachliche Darstellung zu wählen und alle entscheidenden Begriffe an die Tafel zu schreiben. Den nach wie vor

²⁴ Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina: Migration und Altenhilfe

In: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege; Dok. Einer Fachtagung Oktober 2002, S.19

bestehenden Unterschieden innerhalb der Gruppe hinsichtlich der Sprachkenntnisse in Deutsch wurde deshalb durch verschiedene Maßnahmen begegnet, die möglichst eng mit dem fachlich vorgegebenen Unterrichtsablauf verbunden waren:

- **Teilungsstunden, Unterrichtsbegleitung durch GATE**

In einzelnen Fächern, wo eine besonders intensive Textarbeit vorausgesetzt wurde, wo spezifische kommunikative Kompetenzen entwickeln werden sollten oder wo andere sprachliche Hürden zu erwarten waren (z.B. Biografie-Arbeit Gesetzeskunde, Berufskunde u.a.) wurde der Unterricht durch die Sozialpädagogin und/oder die Projektleitung von GATE unterstützt. Dadurch war eine intensivere Kleingruppenarbeit bezogen sowohl auf die inhaltlichen Anforderungen als auch auf die spezifischen fachsprachlichen Probleme möglich. Diese Form der Unterstützung wurde von den Teilnehmerinnen aber auch vom Kollegium des BZG sehr begrüßt, da diese Lerngruppe, d.h. Erwachsene mit Migrationshintergrund, bisher nicht zur Zielgruppe der Bildungseinrichtung gehörte und wenig Erfahrung mit ihnen bestand.

- **Kompetenzförderung**

Ab dem zweiten Theorie-Block wurden von den jeweils ca. 120 Unterrichtsstunden rund 10 bis 15 „offene“ Unterrichtsstunden vorgesehen, die als Kompetenzförderung oder Kompetenztraining bezeichnet wurden. Diese offenen Stunden ermöglichten flexible Angebote entsprechend den Lernbedürfnissen der Teilnehmerinnen und bereiteten darüber hinaus gezielt auf die Anforderungen des Examens vor. Die Vermittlung von Lerntechniken gehören ebenfalls in diesen Bereich.

Die Kompetenzförderung wurde von der Klassenlehrerin des Kurses, der Projektleitung und der Sozialpädagogin gemeinsam durchgeführt. Die Inhalte richteten sich nach den theoretischen Hauptthemen des laufenden Blocks. Die Schwerpunkte lagen vorwiegend auf der praktischen „Übersetzung“ der Fachinhalte für die Anforderungen der Prüfung, d.h. es wurden beispielsweise prüfungsrelevante Fallbeispiele bearbeitet oder Pflegedokumentationen erstellt. Insbesondere Strategien zur Lösung von Aufgaben, zum Erkennen der Problemstellungen und zum Formulieren von sprachlich korrekten Antworten wurden trainiert.

Die Bearbeitung von Fallbeispielen und die Übertragung in Pflegeplanung und Pflegedokumentation waren für die laufenden Praxiseinsätze auf den Stationen von hoher Bedeutung für die Teilnehmerinnen. Die spezifischen sprachlichen Anforderungen aber auch der für die Teilnehmerinnen neue oder andere Blick auf die Pflege von Patienten standen im Zentrum dieser Trainingseinheiten, weil sie für die Teilnehmerinnen die größten Probleme darstellten.

- **Begleitender Deutsch-Unterricht**

Zusätzlich zum normalen Unterricht fand während der Theorie-Blöcke obligatorischer Deutschunterricht statt. Aufgrund der knappen Zeit, die neben dem theoretischen Unterricht zur Verfügung stand, richtete sich der begleitende Deutsch-Kurs nicht an alle Teilnehmerinnen. Auf der Grundlage eines Sprachtestes wurde die Gruppe zusammengesetzt, für die der Unterricht obligatorisch war. Für andere Interessierte war eine freiwillige Teilnahme möglich. Zu Beginn eines jeden Blockes wurde mit den Lehrkräften gemeinsam und auch nach Rückmeldungen der Praxisausbilder festgelegt, wer den Kurs besuchen muss.²⁵

²⁵ Für die in der Zweitsprache sichereren Teilnehmerinnen wurde die Vorbereitung auf eine Zertifikatsprüfung angeboten, die aber von niemandem angenommen wurde.

Durchschnittlich nahm immer die Hälfte der Teilnehmerinnen am Deutschkurs teil. Der Deutschunterricht war inhaltlich ausschließlich auf die Bereiche Pflege, Medizin und Arbeit im Krankenhaus zugeschnitten. Teilweise in zwei Kleingruppen wurde an den spezifischen Sprachproblemen der Teilnehmerinnen mündlich und schriftlich gearbeitet. Der Unterricht wurde flexibel nach den Bildungsbedarfen der Teilnehmerinnen organisiert. Häufig war die Fehleranalyse von Klausuren Grundlage für individuelle Förderung. Der schriftliche Teil des Unterrichts behandelte anhand von selbst verfassten Texten spezifische grammatische Probleme oder spezielles Rechtschreibtraining und Vokabelarbeit.

Im mündlichen Teil ging es um verständliches Lesen, Telefonieren, Kommunikation mit Patienten, Ärzten und Kollegen in Form von Rollenspielen. In Einzelfällen hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, sich sprachlich auf kleinere Vorträge oder Prüfungsfragen vorzubereiten.

„Das ist wichtig für die Teilnehmerinnen im begleitenden Deutschunterricht:

- lesen von Fachtexten,
- laut vorlesen,
- die Hauptargumente des Textes finden,
- sie mit ihren eigenen Worten schriftlich und mündlich wiedergeben,
- gleichzeitig zuhören und Notizen machen,
- regelmäßig Diktate schreiben,
- Rollenspiele zu Telefongesprächen oder Aufnahmegesprächen,
- Präsentation gegenüber den Patienten oder Krankenschwestern.
- Sie brauchten konkrete Übungen im Deutschunterricht!“²⁶

• Die Rolle der Deutschkenntnisse im Rückblick

Die Kenntnisse in der Zweitsprache sind nach Abschluss des Projekts sehr unterschiedlich bewertet worden. Ein Teil der Lehrkräfte des BZG fand die Deutschkenntnisse für ihren Unterricht zu heterogen, was insbesondere im Gebrauch der Fachsprache zu Schwierigkeiten führte. Ein gleichgroßer Teil fand die Deutschkenntnisse für den Unterricht ausreichend, sogar mehr als ausreichend. Die Teilnehmerinnen selbst hätten sich im begleitenden Förderunterricht ebenfalls mehr Fachterminologie gewünscht, aber fanden den theoretischen Unterricht unter sprachlichen Gesichtspunkten für sich selbst angemessen. Insgesamt bleiben die Deutschkenntnisse ein zentrales Thema, der Unterrichtsaufwand dadurch höher wird. Die (fehlende) Sprachkompetenz in Deutsch wird als eine Schwäche der Teilnehmerinnen gesehen. Eine stärkere Verknüpfung von Deutsch- und Fachunterricht würde von vielen Lehrkräften aktiv unterstützt werden.

Demgegenüber wird der Gebrauch der Muttersprache durch die Teilnehmerinnen²⁷ durchaus positiv eingeschätzt: gerade in Gruppenarbeit und zur gegenseitigen Verdeutlichung und Unterstützung wurden muttersprachliche Erläuterungen als sinnvoll und hilfreich erachtet, es wurde auch eine stärkere Nutzung muttersprachlicher Elemente im Unterricht vorgeschlagen. Demgegenüber trat die „isolierende“ Wirkung für einzelne Teilnehmer in den Hintergrund: „Teilnehmerinnen blieben durch den Gebrauch der Muttersprache unter sich“²⁸.

6.3. Gesamtbewertung durch die Lehrkräfte und Teilnehmerinnen

²⁶ Aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

²⁷ Dies bezieht sich nur auf russisch und serbokroatisch, die indische Teilnehmerin war hierbei in jeder Hinsicht ausgeschlossen.

²⁸ Dies wie die folgenden Zitate aus den Fragebögen an die Unterrichtenden des BZG

In einer Befragung zum Abschluss des Projektes wurden die Lehrkräfte und Teilnehmerinnen und Praxisanleitungen aus ihrer jeweiligen Sicht um eine Einschätzung des Konzeptes gebeten. Aus Sicht der Lehrkräfte stellte das Projekt aufgrund der Zielgruppe und ihrer Voraussetzungen höhere bzw. andere Anforderungen an die Unterrichtenden. Die höheren Anforderungen ergaben sich aus der Notwendigkeit der Straffung der Themen unter der Voraussetzung, dass die Deutschkenntnisse der Teilnehmerinnen nicht denen einer Muttersprachlerin entsprachen. Erforderlich war somit die „Komprimierung wichtiger Inhalte und die sprachliche Vereinfachung“. Die mitgebrachten Kenntnisse und Berufserfahrungen der Teilnehmerinnen wurden einerseits als neue Anforderung an den Unterricht erlebt, „weil Vorwissen vorhanden war und die Teilnehmerinnen ein sehr großes Interesse hatten“. Aber die Lebens- und Berufserfahrung der Teilnehmerinnen wurde für das Unterrichtsklima und Arbeitshaltung in der Gruppe als entscheidender positiver Faktor gewertet, der Unterricht war zwar „stressig, aber durch die hohe Motivation der Teilnehmerinnen sehr schön!“, er war „angenehm und bereichernd durch die Vorkenntnisse der Teilnehmerinnen.“ Eine Gesamtbewertung dieser spezifischen verkürzten Ausbildung lässt sich für die einzelnen Befragten schwer treffen. Hier werden sowohl die Deutschkenntnisse der Teilnehmerinnen als auch das Detailwissen des Lehrers hinsichtlich der Auszubildenden problematisiert. Die konkreten Ergänzungs- und Änderungsvorschläge beziehen sich ausschließlich auf das Fach Anatomie. An dieser Stelle zeigt sich die größte Diskrepanz zwischen unseren anfänglichen Thesen über vorhandene Kenntnisse und einzuplanendem Unterrichtsvolumen. Unsere Ausgangsthese war: Anatomie ist überall gleich. Haben wir die Bedeutung der Fachsprache hier unterschätzt?

Aus Sicht der Teilnehmerinnen war die Anpassungsqualifizierung schwieriger als erwartet. Sie fühlten sich von den Lehrkräften des BZG aber gut unterstützt und vorbereitet. Schwierigkeiten bezogen sich auf unterschiedliche Bereiche, von Pflege bis Psychologie, so dass daraus keine Rückschlüsse auf Schwächen des Curriculums gezogen werden können. Insgesamt wurde die fachliche Vorbereitung als sehr gut erlebt, neue Lernmethoden und viel Neues gelernt zu haben wurde dabei hervorgehoben.

Die Praxisanleitungen identifizierten die Lücken im Curriculum in mehreren Bereichen. Sie sahen die Teilnehmerinnen nicht ausreichend vorbereitet im Bereich Kommunikation, besonders hinsichtlich Beratung und Aufnahmegespräch, in der Pflege, d.h. in Grundpflege und Körperpflege, und in der Durchführung von Prophylaxen. Aus Sicht der Praxis waren dagegen bei den Teilnehmerinnen aufgrund ihrer eher medizinisch als pflegerisch ausgerichteten Ausbildungen gute medizinische Fachkenntnisse und Wissen über Krankheitslehre vorhanden.

7. Praktische Ausbildung

„Die Mehrsprachigkeit von Pflegekräften beispielsweise ist eine besondere Fähigkeit, die grundsätzlich bei Verstehensproblemen...nützlich sein kann. Ein unterschiedliches Pflege- und Krankheitsverständnis kann einen Perspektivenwechsel erleichtern, der kreative Lösungen für bestehende Probleme erkennen lässt. Dem Pflegemanagement obliegt die wichtige Aufgabe, ein multikulturell besetztes Team zu einem interkulturell kompetenten zu machen. Hierzu benötigt das Management Kenntnisse über die Bedeutung von Migration und Kultur in der Pflege und Personalführung.“²⁹

²⁹ Friebe, Jens; Zalucki, Michaela: Zuwanderung in den Pflegesektor – aus der Not eine Tugend machen, In: Zeitschrift für Erwachsenenbildung IV/2002, S.37

Die praktische Ausbildung der Teilnehmerinnen erfolgte in drei Häusern des LBK, dem AK Barmbek, dem AK Harburg sowie dem Klinikum Nord. Nach dem ersten „Schock“ des Praktikums in der Vorbereitungsphase fühlten sich die Teilnehmerinnen durch ihren Ausbildungsvertrag in einer klareren Rolle und formulierten auch entsprechende Erwartungen an die Ausbildung. Wie in der regulären Ausbildung wurden sie in den verschiedenen Praxis-Einsätzen jeweils anderen Stationen zugewiesen, um ein breites Spektrum ihrer möglichen Einsatzgebiete kennenlernen zu können. Sie hatten auf den Stationen eine Mentorin und erhielten pro Einsatz ein bis zwei Praxisanleitungen.

7.1. Hohe Anforderungen

„Ganz ohne Zweifel ist es während der Weiterbildung nicht immer gelungen, an dieser Produktivität anzusetzen. Stattdessen wurden auf einmal eine Fülle von Fehlern bei der Arbeit sichtbar, ebenso wie Probleme mit der Sprache und mit der Schrift. Beides verwandelte die Weiterbildung in einen Ort der Unterlegenheit. Diese Unterlegenheit entsprach nicht dem Selbstbild der Teilnehmer und Teilnehmerinnen.“³⁰

Da die Teilnehmerinnen bereits eine berufliche Ausbildung mitbrachten und somit über unterschiedlichste praktische Erfahrungen verfügten, waren sie hoch motiviert und fühlten sich bei der Arbeit im Krankenhaus häufig besser, d.h. kompetenter als während der Theorie-Blöcke. Die Probleme in der Praxis konzentrierten sich auf zwei Bereiche: Einerseits gab es Teilnehmerinnen, die sehr klare Vorstellungen davon hatten, was sie in der praktischen Ausbildung lernen wollten, da sie sehr genau spürten, wo ihre Schwächen lagen. Diese hohen, als „zusätzlich“ empfundenen Anforderungen konnten jedoch in der Praxis aufgrund von Personalüberlastung und hohem Arbeitsdruck auf den Stationen nur selten erfüllt werden. Demgegenüber gab es Teilnehmerinnen, die als „sehr ruhig“ beschrieben wurden, wenig aus sich herausgingen und dadurch Zweifel an ihrer Kompetenz aufkommen ließen.

Beide Gruppen wünschten sich durchgängig mehr Anleitung und Begleitung, die Mentorinnen fühlten sich von den Auszubildenden oft überfordert. Dazu schien auf den ersten Blick nicht zu passen, dass sich einzelne Teilnehmerinnen hinsichtlich ihrer Kompetenz nicht akzeptiert fühlten und anspruchsvollere Aufgaben in der Praxis übernehmen wollten, dies aber aufgrund der allgemeinen Ausbildungsregelungen nicht durften.

„Über diese Frage sind die Teilnehmerinnen nicht gut informiert worden, was sie während ihrer Praxis machen dürfen und was nicht. Wenn sie eine freundliche Mentorin oder Krankenschwester in ihrer Abteilung haben, arbeiten sie gut und sie fühlen sich sicher. Es gibt auch sehr unterschiedliche Spielräume für die Auszubildenden. In der selben Abteilung dürfen zwei Teilnehmerinnen Spritzen geben, aber die Dritte darf es nicht.

Diese unterschiedlichen Haltungen gegenüber den Teilnehmerinnen in der Praxis bringt sie in eine schwierige Lage, weil der Rollenwechsel im Krankenhaus für sie ein großes Problem darstellt. Sie freuen sich, wenn sie wie eine Krankenschwester arbeiten können. Sie fühlen sich schlecht, wenn die Krankenschwestern sie wie ein neuangefangene Auszubildende behandeln.

³⁰ Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina: Migration und Altenhilfe, In: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege, Dok. einer Fachtagung Oktober 2002, S. 11

Gesetzlich dürfen die Teilnehmerinnen nur, was sie theoretisch im BZG gelernt haben.

Aber sie haben ihre neue Rolle noch nicht akzeptiert. Sie brauchen noch Zeit. Sie verhalten sich, als ob sie nicht wissen, warum sie an dieser verkürzten Ausbildung teilnehmen. In ihrem Kopf gibt es immer diese Frage, warum sie eine besondere Gruppe sind. Inhaltlich und praktisch fühlen sie sich in der Praxis wie eine Krankenschwester. Aber wenn sie wie eine Auszubildende behandelt werden oder die Rolle der Auszubildende einnehmen müssen, reagieren sie schnell enttäuscht.³¹

Der Charakter des Modellprojektes brachte es mit sich, dass es „keine Schublade gab“, durch die die Rolle unserer Teilnehmerinnen auf den Stationen hätte definiert werden können. Somit wurde ihnen in den verschiedenen Praxisstellen mit ganz unterschiedlichen Erwartungen begegnet: einerseits wurden sie wie normale Auszubildende behandelt, was aber ihre praktischen und theoretischen Kenntnissen nicht berücksichtigte. Dann wurden sie als Krankenpflegehelferinnen eingestuft, was aber ihrer Fachkompetenz und auch ihrer Pflegekompetenz nicht entsprach. Dann wieder wurden sie ausgebildeten Krankenschwestern gleichgesetzt, wo ihnen aber doch die Praxis am deutschen Krankenhaus fehlte. Damit waren sie unterschiedlichen professionellen Erwartungen ausgesetzt, denen sie sich häufig nicht gewachsen fühlten.

Aber auch den Krankenschwestern auf den jeweiligen Ausbildungsstationen war die Rolle und der berufliche Hintergrund der Teilnehmerinnen nicht klar, es fehlten Kenntnisse über vergleichbare Berufsbilder wie z.B. dem der Feldscherin und die Teilnehmerinnen selbst waren nicht immer in der Lage ihren beruflichen Hintergrund jeweils nachvollziehbar zu machen.

7.2. Deutsch als Zweitsprache

„Der Stellenwert unterschiedlicher Fähigkeiten und Kenntnisse im Bereich der Schrift und der Sprache sollten nicht zu hoch veranschlagt werden. Die *schriftliche Ausdrucksfähigkeit* der *Migrantinnen* und der *Aussiedler* unter den *Pflegekräften* ist ein eher sekundäres, jedenfalls in den Dokumenten eher zweitrangiges Problem. Das Kardinalproblem scheint mir: Die Pflegeberichte verschlüsseln vielleicht eher die sprachlichen Kommunikationsprobleme und –anforderungen (...); sie lassen jedenfalls nicht klar erkennen, wie denn Migrantinnen und Aussiedlerinnen ihre Wahrnehmungen und Beobachtungen tatsächlich begrifflich unterscheiden. Allgemeiner: der begriffliche Bezugsrahmen der Wahrnehmung, Beobachtung, Beschreibung und Anleitung der Pflegepraxis mit Hilfe von Pflegedokumentationen ist kommunikations- und personentheoretisch zur Diskussion zu stellen.“³²

Sprachliche Probleme traten in der Praxis in unterschiedlichem Maße zutage. Der Kontakt zu den Patienten wurde von den Teilnehmerinnen im allgemeinen als sehr gut bezeichnet. Wenngleich es immer noch bei einigen die Angst vor der Klingel gab, verbunden mit der Befürchtung, Patienten sprachlich nicht zu verstehen. Die Hauptprobleme bestanden für nicht wenige der Teilnehmerinnen in der Akzeptanz und Zusammenarbeit im Team und den damit zusammenhängenden Verständigungsproblemen.

Die Erstellung von Pflegeplanungen und –dokumentationen stellte für alle Teilnehmerinnen das größte Problem im Praxisbereich dar, da damit sehr hohe

³¹ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

³² Switalla, Bernd: Sprachliche Anforderungen in der Altenhilfe. Eine linguistische Perspektive, In: Sprache und Kommunikation im multikulturellen Pflgeteam, Dok. einer Fachtagung Mai 2003, S. 45/46

Anforderungen an ihre Deutschkenntnisse gestellt werden. Neben der fachlich-inhaltlichen Seite musste die Schrift, die Rechtschreibung und die gewählten Formulierungen für alle Kolleginnen verständlich und nachvollziehbar sein. Dazu kam, dass jede Station einen anderen Arbeitsstil oder andere Schwerpunkte hatte.

Die Fachterminologie war auf allen Stationen etwas unterschiedlich. Es gab immer wieder neue, andere Abkürzungen, die die Teilnehmerinnen nicht kannten

Die Mentorinnen, Praxisanleiterinnen und Kolleginnen auf den Stationen fühlten sich durch die sprachlichen Probleme teilweise sehr belastet und überfordert.

In der nachträglichen Bewertung wurden die Deutschkenntnisse für die praktische Ausbildung von den Ausbilderinnen eindeutig als zu schwach eingestuft, insbesondere die Schriftsprache wurde mit Blick auf Dokumentation und Pflegeplanung als nicht ausreichend bewertet. Eine stärkere Verknüpfung von Deutschunterricht und praktischer Ausbildung würde von vielen Praxisanleitungen aktiv unterstützt werden. Es wurde auch vorgeschlagen, die Sprache vor Ausbildungsbeginn besser zu lernen.

Der Gebrauch der Muttersprache wurde fast durchgängig als negativ bewertet und als Kommunikationshindernis erlebt.

Die Reibungspunkte, die auf Seiten der Mentorinnen und Team-Kolleginnen geäußert wurden, lassen sich aber auch mit dem Begriff „anderes Berufsverständnis“ oder „andere Mentalität“ zusammenfassen. Hier wurde am deutlichsten, was Anpassungsqualifizierung im wahrsten Sinne des Wortes für die Teilnehmerinnen hieß: sie mussten sich einen anderen Zugang zur Pflegepraxis erarbeiten und ein neues berufliches Selbstbild entwickeln.

7.3. Probleme der Praxis und der Auszubildenden

„Was eigentlich spricht gegen diese Fremdheit? (...) in der biografischen Perspektive ergeben sich gleichzeitig auch viele Fragen, die es zu stellen lohnt. „Erzählen Sie doch mal über die Zeit, als Sie in Russland die Ausbildung gemacht haben. Wie war das alles bei Ihnen?“ Für die eine besteht die Möglichkeit der Integration vergangener Lebensabschnitte in die Gegenwart und Zukunft. Und die andere wird vielleicht nur einen kleinen Ausschnitt der Lebensgeschichte der Kollegin hören, aber kann vielleicht verstehen. Und dann könnte es spannend werden...“³³

In regelmäßigen Abständen fanden Besprechungen zwischen den Ausbildungsleitungen der beteiligten Krankenhäusern, den Vertreterinnen von GATE und dem BZG statt, um die Entwicklung der Teilnehmerinnen zu verfolgen und Probleme und Schwierigkeiten so früh wie möglich angehen zu können. Die Ausbildungsleitungen konnten dabei die Rückmeldungen der einzelnen Stationen, das heißt der Praxisanleiterinnen und Mentorinnen und ihre eigenen Eindrücke einbringen. Die Teilnehmerinnen bzw. Vertreterinnen nahmen an dieser Runde nicht teil. Sie wurden nach jedem Praxisblock mit einem speziellen Fragebogen und mündlichem Feed-Back zu Rückmeldungen aufgefordert. Der Umgang mit den Fragebögen war lange ein Problem, weil nicht alle Teilnehmerinnen zu allen Fragen Stellung nahmen. Grundsätzlich entstand erst nach mehreren Monaten eine größere Offenheit und „ehrlichere“ Umgangsweise mit den Fragebögen.

Zwei Monate nach Beginn der Anpassungsqualifizierung, d.h. nach dem ersten und während des zweiten Praxisblocks, bestand noch große Unsicherheit seitens der

³³ Beneker, Hanna: „Meine Kollegin kommt aus Russland“ – Interkulturelle Zusammenarbeit und lebensgeschichtliche Begegnungen in der Pflege, in: Fremde Pflegekräfte – strategische Antwort auf den Pflegenotstand oder Zukunft einer humanen Pflege?, Dok. einer Fachtagung, Februar 2003, S. 37

auszubildenden Stationen, ob die Teilnehmerinnen alles sprachlich verstanden haben. Trotz Vorbereitung und arbeitsrechtlichen Informationen gab es bei einer Teilnehmerin Probleme mit der Krankmeldung, weil sie davon ausging, dass sie die Krankmeldung erst *nach* der Rückkehr auf die Station vorlegen muss.

„Meiner Meinung nach hat bei diesem Gespräch die Teilnehmerin wegen ihrer mangelnden Deutschkenntnisse nicht verstanden, was die Abteilungs- und Ausbildungsleiterin an organisatorischen Hinweisen gegeben hat. Es könnte aber auch sein, dass sie nicht rechtzeitig informiert wurde, was sie machen soll, wenn sie krank ist. Sie wurde genauso wie die anderen Auszubildenden behandelt und man ging davon aus, dass sie schon wüsste, wie man sich krank meldet. Aber viele der Teilnehmerinnen sind erst seit ein bis zwei Jahren in Deutschland und sie kennen das System überhaupt nicht. Zumindest sollten die Abteilungs- und Ausbildungsleiterinnen versuchen mit den GATE - Teilnehmerinnen langsam und deutlich sprechen, um solche Missverständnisse in Zukunft zu verhindern.“³⁴

Die ursprüngliche Verabredung, die Teilnehmerinnen wie Krankenpflegehelferinnen auf den Stationen einzusetzen, erwies sich vielfach als unrealistisch, da aus der Sicht der Praxisausbilderinnen die Teilnehmerinnen hinsichtlich ihrer Pflegekompetenz auf dem Stand von Schülerinnen des ersten Ausbildungsjahres eingeschätzt wurden. Damit wurde zu einem sehr frühen Zeitpunkt problematisiert, ob eine verkürzte Ausbildung den Frauen entgegenkommt, denn der subjektive und objektive Druck wurde als sehr hoch veranschlagt. War es richtig, im Curriculum die Grundpflege zu kürzen? Denn das Verständnis der Frauen von ihrer Berufsrolle, ihre innere Haltung zur Pflege, entsprach in diesem Stadium häufig nicht den Anforderungen und Erwartungen des deutschen Krankenhauses. Die Anleitungen wurden als wesentlich zeitintensiver erfahren, demgegenüber standen und stehen betriebsinterne Umstrukturierungsprozesse, die zu zusätzlichen hohen Arbeitsbelastungen auf den Stationen führten.

Aus der Sicht der Teilnehmerinnen brachten die ersten Praxisblöcke nicht viel Neues, die Teamarbeit wurde in beiden Einsätzen sehr positiv bewertet. Das größte Problem war in beiden Einsätzen die Pflegedokumentationen. Die Teilnehmerinnen fühlten sich sprachlich unsicher, besonders hinsichtlich der Fachterminologie. Bereits nach dem zweiten Praxisblock wünschte sich die Mehrheit der Teilnehmerinnen mehr Unterstützung durch die Mentorinnen, insbesondere bezogen auf die für sie neuen medizinischen Geräte. Bezogen auf die Pflege erlebten die Teilnehmerinnen subjektiv keine Probleme und empfanden ihren Kontakt zu den Patienten als gut. Es bestand der Wunsch, sich während der praktischen Ausbildung mit den anderen Teilnehmerinnen auszutauschen.

An der Diskrepanz der Selbsteinschätzung der Teilnehmerinnen und ihrer Wahrnehmung durch die Ausbilderinnen wird deutlich, welche Unterschiede zu überbrücken waren.

Kurz vor den Probezeitgesprächen, d.h. nach einem halben Jahr, wurde das Thema Zweitsprachenkompetenz nach wie vor seitens der Ausbilderinnen als ein Problem formuliert.

Teilweise wurden die Teilnehmerinnen in ihrem Auftreten als sehr zurückhaltend erlebt, von einigen wünschten man sich ein offensiveres Auftreten und mehr Fragen.

³⁴ Aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

„F. fühlt sich sicher. Sie denkt, dass sie allein arbeiten kann. Zur Zeit werden dort, wo sie arbeitet, zwei unterschiedliche Abteilung zusammengebracht und sie muss in dieser für sie chaotischen Situation zurechtkommen. Trotzdem findet sie die Arbeit sehr gut. Aber das Problem ist, dass jede Krankenschwester etwas anderes sagt. Die Teilnehmerinnen müssen alles machen. Wenn sie fragen, werden sie oft missverstanden, weil die Krankenschwestern denken, sie stellen immer Fragen, weil sie *sprachlich* nicht verstanden haben.“³⁵

In Einzelfällen wurde erwogen, ob eine muttersprachliche Anleitung sinnvoll wäre; was aber aus fachlichen Gründen nicht realisierbar war. Die Teilnehmerinnen betonten weiterhin den Wunsch nach mehr Unterstützung durch die Mentorinnen. Dass die sprachlichen Verständigungsprobleme durchaus noch andere Aspekte beinhaltet haben und auch mit der schwierigen Rolle der Teilnehmerinnen auf den Stationen zusammenhing, lässt sich durch den folgenden Vorfall verdeutlichen:

„P., die sprachlich sehr gut ist, hatte bis jetzt wegen ihrer theoretischen und sprachlichen Kenntnisse oder in der Praxis kein Problem erlebt. Eines Morgens wurde ihr von der Abteilungsleiterin gesagt, dass sie, bevor ein bestimmter Patient frühstückt, sein Bettlaken wechseln sollte. Als sie angefangen hat, das Bettlaken zu wechseln, kam die Oberschwester und ordnete an, dass sie warten müsse, bis der Patient sein Frühstück beendet habe. Später kam wieder die Abteilungsleiterin und hat die Teilnehmerin befragt, warum sie ihre Aufgabe nicht erledigt hat. Die Teilnehmerin hat daraufhin versucht zu erklären, was die Oberschwester angeordnet hat. Aber daraufhin kam es mit der Abteilungsleiterin zu einem Konflikt darüber, wer eigentlich die Leiterin sei. Die Teilnehmerin begann erneut, das Bettlaken zu wechseln. Plötzlich kam die Oberschwester und hat die Teilnehmerin aus dem Raum gerufen und sie gewarnt, dass es nicht gut für sie sei, wenn sie ihre Anordnungen nicht berücksichtige.

Die Teilnehmerin hat versucht, beiden Beteiligten zu erklären, dass sie nicht zwei widersprüchliche Anforderungen erfüllen kann. Da niemand auf sie einging, hat sie angefangen zu weinen. Das wurde ihr jedoch als Empfindlichkeit ausgelegt.“³⁶

Nachdem die Probezeit überstanden war, waren die sprachlichen Kompetenzen der Teilnehmerinnen weiterhin Thema, obwohl insgesamt konstatiert wurde, dass sie sich gut entwickelt haben. Ihre „Haltung“ zum Beruf rief vereinzelt Kritik hervor: wollen sie einen Bonus, weil sie Ausländerinnen sind? Eigentlich – so wurde resümiert – würden sie einen anderen Beruf lernen, sie würden im Grunde „umsozialisiert“; denn der fachliche Hintergrund würde nicht unbedingt eine Hilfe bei der Ausbildung für die Frauen sein, sondern könnte auch ein Hindernis werden. Grundsätzlich wurde damit erneut die Verkürzung der Ausbildung in Frage gestellt: Reicht die Zeit, um ein anderes berufliches Selbstverständnis zu entwickeln? Wäre es nicht insgesamt besser, die Praxisausbildung als ein angeleitetes Praktikum zu organisieren? Für die Teilnehmerinnen wäre dieses Modell jedoch ein Nachteil, weil sie keinen Ausbildungsvertrag und damit auch keine Ausbildungsvergütung bekämen.

³⁵ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

³⁶ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

Durch die hohen Anforderungen des Modellprojekts wurden die Grenzen der Ausbildung deutlich: Der Aufwand für die praktische Ausbildung wurde von den Praxisanleiterinnen als wesentlich höher empfunden als in regulären Ausbildungen, zudem würden unsere Teilnehmerinnen in Relation zur normalen Ausbildung ohnehin noch mehr Anleitung erhalten. Auch an dieser Frage wurde wieder die Diskrepanz zwischen den realen Möglichkeiten und den Erwartungen der Teilnehmerinnen deutlich.

Die Phase nach den Probezeitgesprächen wurde von den Teilnehmerinnen überwiegend positiv erlebt. Sie hatten das Gefühl, durch die Praxisphasen einen guten Kontakt zur Zweitsprache zu haben, viel Neues zu lernen, guten Kontakt zu den Patienten zu haben und nur wenige Probleme im Team zu erleben. Die Arbeitsatmosphäre wurde von den Teilnehmerinnen eindeutig als besser erlebt, dennoch bestand für sie weiterhin viel Unklarheit über ihre jeweilige Rolle. Auf jeder Station fühlten sie sich anders angesprochen, jedes Mal entstand aufs Neue die Unsicherheit, „was darf ich und was darf ich nicht?“ Der Wunsch nach Unterstützung war weiterhin groß, nach mehr Zusammenarbeit mit den Mentorinnen, nach Verständnis und Geduld.

„Die Teilnehmerinnen haben außerdem den Wunsch, dass sie in jeder Praxisphase eine richtige Einführung erhalten. Sie haben Probleme in ihrer Abteilung, meistens müssen sie selbst versuchen, sich vorzustellen oder mit den anderen in der Abteilung eine Kommunikation in Gang zu bringen.“³⁷

Ein halbes Jahr vor dem Abschluss, als die Anmeldung zur Prüfung anstand, wurde insbesondere von der Seite der Ausbilderinnen als Problem formuliert, dass eine bessere Verzahnung von Theorie und Praxis notwendig wäre. Aufgrund des besonderen Curriculums wusste die Praxis oft nicht, was im vorangegangenen theoretischen Ausbildungsblock der Schwerpunkt war. Eigentlich hätten diese Bereiche in der Praxis von den Auszubildenden eingefordert werden müssen, was aber nicht geschehen war. Eine Klinikbegleitkarte hätte hier eine große Hilfe sein können.

Die Prüfungsanforderungen an die Teilnehmerinnen würden wie bei einem „normalen“ Examen sein. In den verschiedenen Häusern jedoch gab es leicht unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Prüfungen.

Für die Teilnehmerinnen entwickelte sich die Prüfungsangst mittlerweile zum Problem, weil sie hauptsächlich befürchteten, sprachlich zu versagen und die Anforderungen im Bereich Pflegeplanung und Dokumentation nicht erfüllen zu können. Sie wünschten sich „ruhige“ Arbeits- und Lernbedingungen, mehr Verständnis und immer noch Unterstützung bei der Pflegeplanung und den für sie neuen medizinischen Geräten.

Der letzte Praxisblock konnte durch eine gezielte Vorbereitung auf die praktische Prüfung einen Teil der Befürchtungen aus dem Weg räumen. Es wurden Probepfahrungen bzw. Projektwochen durchgeführt, die gezielt auf die Anforderungen vorbereiteten und durch das größtenteils positive feedback eine realistische Selbsteinschätzung ermöglichte.

7.4. Diskriminierungserfahrungen in unterschiedlichen Varianten

„Erst dreiwöchige Praktikumphase habe ich mich jeden Tag bemüht mit den Krankenschwestern kommunizieren und befreunden. Ich habe immer versucht jemanden zu

³⁷ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

fragen, wenn ich nicht verstanden habe. Aber ich bin oft falsch verstanden worden. Wenn ich gefragt habe, bin ich betrachtet, dass ich nichts weiß, wenn ich nicht gefragt habe, sie haben gesagt, dass ich sprachliche Problem habe. Aber es gab eine Krankenschwester, die Russin war, wir haben uns gut verstanden, sie hat mir viel geholfen. Sie arbeitete nicht jeden Tag. Es war endlich unsere letzte Tag gewesen, habe ich Kuchen gebacken und für meine Abschied den anderen anbieten. Niemand hat es gegessen. Es war für mich sehr strenge Zeit. In dieser Zeit habe ich mich wie ein Fisch gefühlt, der in einem Aquarium lebt.“³⁸

In Qualifizierungsprojekten mit Migrantinnen finden Diskriminierungen erfahrungsgemäß in allen Bereichen und auf sehr unterschiedlichen Ebenen statt. Für die Teilnehmerinnen gab es in erster Linie in der Praxisphase die Erfahrung, ausgegrenzt zu werden und von einzelnen Kolleginnen Ablehnung zu erleben.

Trotz oder vielleicht weil es diese Erfahrungen bei einzelnen Teilnehmerinnen gab, bestanden auch innerhalb der Gruppe subtile Ausgrenzungsmechanismen. Die Tatsache, dass die russisch-sprechenden Frauen in der Mehrheit waren, führte während der Theorie-Blöcke, also wenn die gesamte Gruppe zusammen war, dazu, dass die beiden Frauen aus Bosnien und Serbien aber insbesondere die einzelne Teilnehmerin aus Indien in den ersten Monaten sehr oft ausgeschlossen waren: bei Gruppengesprächen, bei Verständnisfragen und vertiefenden Erklärungen, beim gemeinsamen Restaurantbesuch. Hier war immer die Intervention der Sozialpädagogin und manchmal auch der Lehrerin notwendig, um die Situation aufzulösen. Nachdem sich die Frauen bereits mehr als ein Jahr kannten, bestanden die „Minderheiten“ z.B. dann endlich darauf, dass die Verkehrssprache Deutsch sein sollte, damit sie mitreden konnten.

Die Tatsache, dass die Sozialpädagogin türkischer Herkunft war führte gerade in der ersten Phase zu zusätzlichen Konflikten.

„Was M. über Diskriminierung der Ausländer erzählt hat, hat mich und auch eine Teilnehmerin tief verletzt. Es war für mich die erste Erfahrungen von Diskriminierung unter Migrantinnen. Sie hat sich selbst diskriminiert und sie hat nur gedacht, dass sie weder Russin oder Türkin ist. Dadurch fühlt sie sich nicht als „problematische“ Ausländerin wie Türken und Russen. Sie ist wegen des Krieges hierher gekommen nicht wegen finanzieller Probleme. Sie findet es sehr beleidigend, wenn Ausländer wegen finanzieller Probleme immigrieren.

Ich habe mit M. als Sozialpädagogin dann über Rassismus gesprochen und Beispiele gegeben. Für Rassismus gibt es keine Unterschiede, egal aus welchem Land man kommt. Heute werden Türken oder Russen beleidigt, weil sie die Mehrheit unter den Ausländern sind. Die andere Teilnehmerin hat sehr stark darauf reagiert und sie hat versucht M. zu erklären, warum früher Deutsche nach Russland ausgewandert sind. ... Nach dem Ende des Sozialismus hatten sie die Möglichkeit nach Deutschland zu gehen: sie seien deutsch und sie hätten Diskriminierung wegen ihrer Nationalität schon in Russland erlebt. Sie meinte, diese Rassismusgeschichte sei für sie nicht neu aber sie habe keine Geduld mehr, noch etwas zu hören.

M. war ein schwer Fall, diesen Fehler zu verstehen; sie hörte nicht auf. Sie wollte immer weiter sprechen und beweisen, dass sie selbst nicht andere Menschen wegen ihre Nationalität beleidigen würde.

Auf dieses Problem bin ich in dieser Maßnahme als Sozialpädagogin oft gestoßen: durch die Teilnehmerinnen, die Ausbildungsleiterinnen und auch eine Deutschlehrerin.“³⁹

³⁸ Eine der Teilnehmerinnen bei der Auswertung der Praxisphasen

7.5. Abbrüche von Teilnehmerinnen und die Gründe

„Man kann aber auch anders denken und glauben, dass die GATE - Teilnehmerinnen die gleiche Behandlung wie die anderen haben sollen und selbst versuchen ihre Problem bewältigen sollen. Aber man darf nicht vergessen, sie sind Migrantinnen und Erwachsene. Deswegen haben sie viele Verantwortungen und unterschiedlichen Rollen als Mütter und als Ehefrauen. Sie treffen im Alltag und in der Arbeit auf Rassismus und Diskriminierung. Sie haben finanzielle Probleme, Problem mit ihren Kindern, Probleme mit ihren Ehemännern. Aber am wichtigsten ist, dass sie hier keine berufliche Anerkennung haben, aber als Migrantin haben sie zu Hause und in der Gesellschaft meistens eine Doppelbelastung.“⁴⁰

Neben den Anforderungen, die die Teilnehmerinnen in ihrer neuen Rolle als Auszubildende bewältigen mussten, den sprachlichen Problemen und der Organisation ihres Alltags, gab es verschiedene Krisen, die einzelne immer wieder zweifeln ließ, ob sie die Ausbildung tatsächlich beenden könnten. Bei zwei Teilnehmerinnen führten sie zum Abbruch der Anpassungsqualifizierung. Ihre Situation als Frau und als Ausländerin brachte zwei Teilnehmerinnen in eine ernsthafte Krise. Der vom Ehemann abhängige Aufenthaltsstatus gefährdete bei einer Teilnehmerin ihre Aufenthaltsverlängerung.

„E. hat ein Aufenthaltsproblem. Seit 8 Jahre ist sie mit einen Aussiedler verheiratet und durch ihren Mann ist sie nach Deutschland übergesiedelt. Sie wurde vor kurzer Zeit von ihrem Mann verlassen. Sie war bei einem Anwalt und erwartet zur Zeit eine Lösung.“⁴¹

Durch die Intervention des Anwaltes gelang es die Aufenthaltsberechtigung für diese Teilnehmerin bis zum Abschluss der Ausbildung zu verlängern. Eine andere Teilnehmerin, die zwar gerade eine vom Ehemann unabhängige Aufenthaltserlaubnis erhalten hatte, stand immer wieder kurz davor, die Ausbildung abzubrechen und in ihr Herkunftsland zurückzugehen, weil sie in einer Trennungskrise von ihrem Mann massiv mit Gewalt bedroht wurde. Eine eigene Wohnung und eine eigene Existenz in dieser Situation aufzubauen ist auf der Basis einer einfachen Ausbildungsvergütung, die auf die Lage von Jugendlichen zugeschnitten ist, ohne Hilfe von außen nicht möglich.

„Ich habe mit K. gesprochen. Sie war bei dem Gespräch hektisch und unzufrieden. Sie hat zur Zeit Wohnungsprobleme. Dringend muss sie eine Wohnung finden. Sie hat ihren Mann verlassen und einen neuen Freund. Sie pendelt zur Zeit zwischen zwei Männern und versucht für sich einen Raum zu finden. Sie hat in ihrem Kopf als Lösung, wieder in ihr Herkunftsland zurück zu fahren. Ich habe ihr geraten, dass sie zuerst ihre Lage hier verbessert, weil sie dort keine Perspektive hat und sie hier eine sehr erfolgreiche Auszubildende ist. Sie hat jetzt durch das Sozialamt und das Wohnungsamt eine Dringlichkeitsbescheinigung und Sozialhilfeantrag.“

³⁹ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

⁴⁰ Aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

⁴¹ Aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

Durch die Vermittlung zu ‚Amnesty for Women‘ hat sie professionelle psychologische Unterstützung bekommen. Das Familiengericht hat schließlich entschieden, dass ihr Mann für immer ihre Wohnung nicht betreten darf.“⁴²

Neben diesen positiv Beispielen erfolgreich verlaufener Intervention haben zwei Teilnehmerinnen trotz erfolgreich beendeter Probezeit die Anpassungsqualifizierung abgebrochen. Die Gründe dafür waren nicht eindeutig und hatten sehr verschiedene Aspekte. Für beide haben sich durch die weitere Begleitung Alternativen aufgetan, die möglicherweise ihrer momentanen Lebenssituation besser entsprechen. Eine Teilnehmerin hat eine Aufnahmeprüfung für eine Altenpflegeausbildung bestanden. Aber auch hier muss sie Ausbildung und familiäre Anforderungen vereinbaren. Die andere Teilnehmerin hat eine Stelle als Pflegehelferin in einer Altenpflegeeinrichtung aufgenommen. Hier hat sie durch eine relativ konstante Situation mit Sicherheit bessere Chancen, mit ihrer sprachlichen Problemen zurecht zu kommen.

„L. hat Ende Januar die Ausbildung abgebrochen. Ich habe sie angerufen. Sie hat am Telefon von einer unangenehmen Situationen in ihrer Abteilung und starker Beleidigung von ihrer Mentorin erzählt. Sie könnte es nicht mehr aushalten, weil alles zu viel für sie war. Sie hat auch ein familiäres Problem. Ihr Mann hat sie nicht unterstützt und er wollte auch nicht, dass sie an einer Ausbildung teilnimmt. Sie wollte aufhören, damit sie sich um ihre eigenen Probleme kümmern könnte. Jeden Tag hätten die Krankenschwestern über sie gelacht, und wenn sie eine Frage gestellt oder etwas nicht verstanden hätte, hätten sie geschimpft oder sich über sie lustig gemacht. Diese Situation war ihr peinlich. Trotz meiner beharrlichen Frage hat sie als Gründe für den Abbruch ihre persönliche Probleme genannt. Ich habe ihr geraten, eine andere kürzere Ausbildung als Altenpflegerin zu versuchen. Sie hat sich dort gemeldet und die Aufnahmeprüfung bestanden“⁴³

Dieser Ausbildungsabbruch hat in der Gruppe viel Irritation und Unruhe ausgelöst, weil die Teilnehmerin als relativ stark in ihrer Zweitsprachenkompetenz eingeschätzt wurde und in der Gruppe sehr beliebt war. Bei der zweiten Teilnehmerin, die den Kurs verlassen hat, war für alle deutlich, dass ihre Deutschkenntnisse zu schwach waren, um die theoretischen Anforderungen zu bewältigen und um in der Praxis klarzukommen. Als dann ein Verstoß gegen die Pflegevorschriften eintrat, musste eine Kündigung ausgesprochen werden.

„Wir haben mit der Ausbildungsleitung über W gesprochen, weil sie ihre Ausbildung aufhören muss. Sie arbeitet in der Psychiatrieabteilung. Dort hat sie ohne Bescheid zu sagen einer Patientin auf deren eigenen Wunsch die Haare geschnitten. Gesetzlich durfte sie das nicht tun, weil Haarschneiden nicht zur allgemeinen Pflege gehört. Danach könnte die Patientin sich wegen Körperverletzung beschweren. Sie hätte wissen müssen, dass sie nicht eine normale Patientin wie in anderen Abteilungen vor sich hat. Außerdem seien W.s sprachlichen Kenntnisse nicht gut genug, um in der Abteilung zufriedenstellend zu kommunizieren. Bis jetzt hat sie es mit ihrem lächelnden Gesicht geschafft. Aber die Krankenschwestern haben sich immer wieder wegen W. beschwert.“⁴⁴

⁴² Aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

⁴³ Aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

⁴⁴ Aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

Die Teilnehmerin selbst war sich hier keiner Schuld bewusst, waren ihre beruflichen Erfahrungen doch so, dass sie immer alles für die Patienten gemacht hatte, was notwendig war. Diese Art der Arbeitsteilung war ihr fremd. Die Auflösung des Ausbildungsvertrages war für sie jedoch in gewisser Hinsicht ein „Befreiungsschlag“, weil sie sich insbesondere in der Theorie sprachlich überfordert gefühlt hatte und nur durch die Unterstützung ihrer Tochter die Anforderungen bewältigt hatte. Den Unterstützungsmöglichkeiten, die innerhalb des Kurses angeboten wurden, war sie mehr und mehr ausgewichen.

7.6. Bewertung der Praxisphase durch die Ausbilder und Auszubildenden

„Meine Erachtens ist die Organisation und das Praktikum in den Krankenhäusern ganz unterschiedlich. Es gibt immer noch Krankenhäuser dort haben die Ausbildungsleiterinnen und PraxisanleiterInnen nicht verstanden, welches Ziel dieses Modellprojekt hat und welche Bedürfnisse, Besonderheiten und Schwierigkeiten die Teilnehmerinnen haben. Sie haben es immer kritisch bewertet, wenn eine Teilnehmerin mit Kleinigkeiten in ihrer Abteilung Probleme hatte.

Daher wurden am ersten Einsatztag die Teilnehmerinnen dort nicht gut informiert darüber, was sie während ihres Praxiseinsatzes machen dürfen und was nicht; wohin sie gehen müssen, wenn sie etwa ein Problem hätten oder wen sie informieren sollen, wenn sie krank sind, usw.

Wenn ich mich mit den Teilnehmerinnen in den Krankenhäusern getroffen habe, habe ich bemerkt, dass sie in ihrem Kopf viele Frage haben, die noch nicht beantwortet worden sind. Sie haben für die von ihnen geäußerten Probleme keine Ansprech-Person und keine konkrete Lösung gefunden. Jedes Mal wurden solche Fragen von den Verantwortlichen mit Personalmangel oder den unterschiedlichen Persönlichkeiten erklärt. Aber niemals wurde es auch als Problem des jeweiligen Krankenhauses betrachtet und eine zielgerechte Lösung gesucht.

Es ist wichtig, dass die Teilnehmerinnen in der ersten Woche eine Einführung durch die Mentorin oder die Praxiseinleiterin in der Abteilung bekommen. Damit haben sie eine Unterstützung um sich vorzustellen, sich zu integrieren und die Arbeitsumstände und der Arbeitsstil in der Abteilung kennen zu lernen. Es war eine Tatsache, dass die Teilnehmerinnen in jeder Abteilung dieses Problem erlebt haben: was sie in der Abteilung machen dürfen, was sie nicht dürfen. Was sie im BZG theoretisch gelernt haben, war in der Praxis nicht immer dasselbe. Die Teilnehmerinnen haben in solchen Situationen oft Zweifel gehabt, weil sie selbst in dieser Phase einen Rollenwechsel (wie eine Umsozialisation) erlebten. Sie selbst würden genau wissen, welcher Stil für sie richtig war.

Sie sind erwachsen und wissen genau, was sie brauchen. Deswegen wollten sie immer lernen, ohne Zeit zu verlieren. Es war für sie anstrengende Zeit, auch für die Praxisanleiterinnen, weil sie bis jetzt nicht mit solchen Gruppen zusammengearbeitet haben.

Beispielsweise haben Teilnehmerinnen manchmal ihre Praxisanleiterinnen auf der Straße gesehen und sind hinter ihnen hergelaufen, um eine Frage zu stellen. Solche Situationen wurden von den Praxisanleiterinnen anders interpretiert. Sie haben dieses Verhalten von der Teilnehmerinnen als Belastung verstanden, weil sie eigentlich nach der Arbeit nichts mehr über die

Arbeit hören möchten. Für die Teilnehmerinnen ist die Zeit knapp und sie ergreifen jede Gelegenheit.“⁴⁵

Trotz der erwähnten Probleme fühlten sich die Teilnehmerinnen in der nachträglichen Bewertung ihrer Ausbildungssituation gut unterstützt und akzeptiert. Die praktische Ausbildung hat ihnen viel über die Arbeit im Krankenhaus in Deutschland gezeigt. Von den Ausbilderinnen werden in der nachträglichen Befragung alle kritischen Punkte noch einmal zusammengefasst: der Ausbildungsaufwand war eindeutig höher als bei normalen dreijährigen Ausbildungen, in erster Linie aufgrund der Kommunikationsprobleme. Die fehlenden Deutschkenntnisse der Teilnehmerinnen stellten die größten Probleme dar, weil daraus ein höherer Zeitaufwand für individuelle Betreuung und Begleitung resultierten. Dazu kamen das andere Berufsbild und das andere Verständnis von professioneller Pflege. „Dieses Modellprojekt war für mich anstrengend, Azubis wollten sehr viel Betreuung von Seiten der Praxisanleiter haben, mehr als andere Azubis“.⁴⁶ Daher wurde das Projekt vielfach als zu kurz, zu gedrängt, nicht ausreichend bewertet. „Für Erwachsene (mit Berufserfahrung) sollte diese Ausbildung anders strukturiert werden und durch mehr Anleitung anders unterstützt werden.“ Die Ausbilderinnen fühlten sich auch wie eine „Vermittlerin zwischen Teilnehmerinnen und Krankenhaus“. Die Zusammenarbeit mit Kolleginnen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben und die ganz andere berufliche Erfahrungen mitbringen, konnte nur in Einzelfällen als Bereicherung und interessante Erfahrung erlebt werden. Die Stärke der Teilnehmerinnen wird insbesondere in ihrer hohen Motivation, ihrer Lebens- und Berufserfahrung, ihrer Reife, ihrem medizinischen Wissen und ihrer sozialen Kompetenz und Arbeitshaltung gesehen, dass sie „Arbeit ‚wegschaffen‘ können“. Der hohe Druck auf Seiten der Praxis in diesem Modellprojekt führte schließlich dazu, für die Folgeprojekte eine zusätzliche personelle Unterstützung für den theoretischen und praktischen Unterricht einzuplanen.

8. Prüfungen und Examen

„Diese Sachlage bestätigt die von der Gastarbeiterforschung seit langem immer wieder vorgetragene, aber wenig beachtete Feststellung, dass es gerade nicht die völlig unqualifizierten, sondern die qualifizierten Arbeitskräfte waren und sind, die durch Migration aus den Herkunftsländern abgezogen werden.“⁴⁷

Gemessen an der regulären Schülerinnen und Schülern des BZG zeigte sich sehr schnell, dass die theoretischen Leistungen der Gruppe überdurchschnittlich gut waren, da eine fundierte berufliche Praxis bei den einzelnen Frauen im Hintergrund stand. Aber auch ihr Lernverhalten und ihre hohe Motivation hat dazu beigetragen bei den Klausuren im BZG außergewöhnlich gute Noten zu erzielen.

In der praktischen Ausbildung waren die Bewertungskriterien durch ein ausdifferenziertes Raster festgelegt. Die Kriterien waren Sozialkompetenz, Selbst- und Methodenkompetenz und Fachkompetenz. Selbstkompetenz umfasst Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit und Konfliktfähigkeit. Die Bewertung der Fähigkeiten im Bereich Kommunikationsfähigkeit wie beispielsweise „Die Auszubildende drückt sich mündlich und schriftlich differenziert,

⁴⁵ Aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

⁴⁶ Diese wie die folgenden Zitate aus der Befragung der Praxisanleitungen

⁴⁷ Treibel, Annette; Migration als Form der Emanzipation?, in: Zuwanderung im Zeichen der Globalisierung, Hrsg. Chr. Butterwegge und Gudrun Hentges, Opladen 2000, S.84

verständlich und situationsgerecht aus.“ erforderte seitens der Mentorinnen und Anleiterinnen ein hohes Maß an Reflexion und Kenntnis der Teilnehmerinnen und ihrer Situation.

Selbst- und Methodenkompetenz umfasst die Bereiche Fähigkeit zum Selbstmanagement, zum situativen Handeln, Leistungsfähigkeit, Reflexionsfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit, Problemlösungsfähigkeit und Organisationsfähigkeit. Vor dem Hintergrund der Diskussionen um das „andere Berufsbild“ und das „andere Selbstverständnis“ der Teilnehmerinnen wurden gerade die „weichen“ Kompetenzen wie Reflexionsfähigkeit und Konfliktfähigkeit in den Mittelpunkt einer gezielten Förderung gestellt. Den Teilnehmerinnen deutlich zu machen, dass es sich um Erwerb von Kompetenzen und nicht um vergeudete Zeit handelte, war immer wieder ein Konfliktpunkt, als Beispiel sei nur die oben erwähnte „Biografiearbeit“ genannt. Doch auch in den Bewertungen ihrer praktischen Leistungen erzielten die Teilnehmerinnen Spitzenleistungen. Um die Probezeit zu bestehen, muss eine Durchschnittsnote von 3,5 erreicht werden: die Tabelle zeigt exemplarisch den Notenstand zu den Probezeitgesprächen in einem am Modellprojekt beteiligten Krankenhaus:

Teilnehmerin	Sozialkompetenz	Selbst- und Methodenkompetenz	Fachkompetenz	Gesamtnote
A.	1,6	1,7	1,7	1,7
B.	2,1	2,0	2,2	2,1
C.	1,8	1,8	1,7	1,8
D.	2,1	2,1	1,9	2,0
E.	1,3	1,2	1,6	1,3

Das Examen bestand aus drei Teilen: einer schriftlichen theoretischen Prüfung an zwei Vormittagen, einer praktischen Prüfung, die insgesamt drei Tage dauerte und zum Schluss einer mündlichen Prüfung an einem Vormittag. Insbesondere die praktische Prüfung war für die Teilnehmerinnen mit sehr viel Angst besetzt. Sie mussten exemplarisch je nach Krankenhaus für ein bis zwei Patienten eine Anamnese erstellen, eine Pflegeplanung machen und die entsprechende Pflege durchführen. Anschließend mussten sie einzelne Schritte oder Abweichungen von der ursprünglichen Planung begründen können und ihr Handeln reflektieren. Besonders für den praktischen Teil wünschten sich die Teilnehmerinnen Verständnis und Geduld.

Als bestanden gilt die Prüfung, wenn die Durchschnittsnote nicht schlechter als 4,0 ist. Entsprechend der Prüfungsordnung können bei Nichtbestehen die entsprechenden Teile der Prüfung frühestens nach sechs Monate einmal wiederholt werden.

Den theoretischen Teil der Prüfung haben alle Teilnehmerinnen bestanden mit Noten zwischen 2 und 4. Schwierigkeiten bereiteten hier, wie zu erwarten gewesen war, die Fächer Staatsbürger- und Gesetzeskunde sowie Sozialmedizin (?)

Den praktischen Teil der Prüfung haben bis auf eine Teilnehmerin ebenfalls alle mit Noten zwischen 2 und 4 bestanden. Hier war die Aufregung der Teilnehmerinnen am größten, nicht zuletzt weil in einigen Fällen die aktuelle Situation auf den Stationen ein adäquates Handeln erforderte, was nicht immer planbar war. Letztendlich war aber der eigene „Stress“ das größere Problem, die Prüfung selbst nicht so schwer wie erwartet. Eine Kandidatin ist an der praktischen Prüfung gescheitert, die sie nach einem halben Jahr wiederholen will.

Der mündliche Teil der Prüfung....

9. Kooperation von GATE und LBK

Über einen Kooperationsvertrag waren zwei Qualifizierungseinrichtungen miteinander verbunden, die aus sehr unterschiedlichen Bereichen kommen: der LBK und das BZG sind professionelle Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitsbereich, die eine reguläre modularisierte Berufsausbildung⁴⁸ anbieten. Verkürzte Ausbildungen fanden bisher für die Gruppe der Krankenpflegehelferinnen statt. Eine spezifische Ausbildung für eine Sondergruppe wie erwachsene zugewanderte Frauen sind in dieser Form beim LKB oder im BZG noch nicht durchgeführt worden. Bei GATE hingegab es wenig konkrete Erfahrungen mit der Ausbildung im Gesundheitsbereich und den damit zusammenhängenden Schwierigkeiten. Dafür ist GATE Experte in Fragen der beruflichen und sprachlichen Qualifizierung von Migrantinnen. Da nach der Vorqualifizierung die Ausbildung in den Einrichtungen des LBK stattfand, kamen die GATE – Mitarbeiterinnen immer von außen und mit einem anderen Blickwinkel auf die sonst routinierten Abläufe. Die damit entstehenden Fragen wie „Wofür ist dieses Thema wichtig?“ wurden insbesondere in der Kooperation mit den Lehrkräften des BZG als positiv erfahren. Durch den Modellcharakter des Projektes entstanden anfänglich Irritationen „Warum muss jemand überhaupt hospitieren?“ und Unklarheiten über die Rolle der Mitarbeiterinnen von GATE sowohl im BZG als auch in den beteiligten Krankenhäusern. Das Konzept für die praktische Kooperation entstand dadurch quasi projektbegleitend. Die Erkenntnis, dass zusätzliche Personalkapazitäten von außen für den Unterricht genutzt werden konnten, musste sich langsam durchsetzen, wurde aber zum zweiten Theorie-Block in die Praxis umgesetzt. Während der Theorie-Blöcke wurden GATE punktuell für eine Binnendifferenzierung im Unterricht eingebunden, für das Kompetenztraining und natürlich für den begleitenden Deutschunterricht. Auf gemeinsamen Blockkonferenzen fanden regelmäßiger Austausch und Planung statt. Diese Form der Zusammenarbeit wurde von den Lehrkräften in der nachträglichen Befragung sehr begrüßt.

In regelmäßigen Abständen wurde von GATE die Möglichkeit zur Praxis-Reflexion in den jeweiligen Häusern angeboten. Dieses Angebot der Sozialpädagogin wurde sehr unterschiedlich genutzt. Konflikte und Probleme sollten frühzeitig identifiziert werden können, aber auch, wenn alles „ganz normal lief“, sollte die Gelegenheit gegeben werden, die eigene Situation zu reflektieren. Die Frauen, die daran teilnahmen, fühlten sich entlastet, wenn sie sich mit Kolleginnen aus ihrem Kurs über die Arbeits- und Lernbedingungen auf ihren Stationen austauschen konnten.

Teilweise wurden diese Termine, in der Regel einmal pro Praxisblock, seitens der Praxisanleitungen als überflüssig betrachtet, weil sie nicht immer von den Teilnehmerinnen genutzt wurden. In der nachträglichen Befragung wurde auch deutlich, dass die Rolle der Sozialpädagogin nicht ganz klar war oder die Termine nicht bekannt waren. Denn es gab auch die Rückmeldungen, dass die Sprechstunden der Sozialpädagogin hilfreich für alle war, weil eine weitere Ansprechperson bei Problemen vorhanden war und weil „Bereiche abgedeckt wurden konnten, die der Arbeitgeber nicht leisten kann.“⁴⁹ Es wurde auch deutlich gemacht, dass der Ausbildungsaufwand höher war, weil z.B. „Azubis viele private Probleme, die z.T. die Ausbildung mit betrafen, mit Praxisanleiterinnen besprechen

⁴⁸ ab 1.1. 2004 ist die Ausbildung anders strukturiert.

⁴⁹ Dies und folgende Zitate aus der Befragung der Praxisanleitungen

wollten“. Die Nutzung des Potenzials, das die Sozialpädagogin mitbrachte, für die praktische Ausbildung war zunächst schwieriger zu realisieren und von vielen Missverständnissen begleitet. Charakter und Ziel des Modellprojektes waren durch die verschiedenen Ebenen der Zusammenarbeit oft nicht transparent. Alle Beteiligten mussten lernen, sich mit den Anforderungen des Modellprojektes auseinander zu setzen. Hier fehlten sicherlich auch die entsprechenden Informationen im Vorfeld.

„Ich war zwischen 9 und 12 Uhr im Krankenhaus und habe eine Stunde auf die Teilnehmerinnen gewartet, aber niemand ist gekommen. Die Ausbildungsleiterin war sich sicher, dass die Teilnehmerinnen informiert worden waren. Sie wüssten schon bescheid, offensichtlich möchten sie sich nicht mit dem GATE – Personal treffen.

Am selben Tag habe ich mit einem Praxisanleiter gesprochen, der sich um einige Teilnehmerinnen Sorgen macht, insbesondere um F., die sich aufgrund ihrer mangelnden Deutschkenntnisse nicht verständigen könne. Das GATE – Personal müsse sich hierüber Gedanken machen und mehr Unterstützungsangebote organisieren. Am Abend habe ich F angerufen und gefragt, ob sie unseren Termin vergessen habe. Sie hatte keine Ahnung, dass wir an dem Tag einen Termin haben und behauptet, dass die anderen auch nicht informiert worden seien.“⁵⁰

Gerade in der ersten Phase der Ausbildung war es die Sozialpädagogin, die mit viel Energie die Kontakte zu dem jeweiligen Ausbildungspersonal der Krankenhäuser suchen musste und die Verbindung zu den Teilnehmerinnen häufig nur abends und privat suchen konnte. Gerade aufgrund der hohen Diskrepanz hinsichtlich Selbst- und Fremdwahrnehmung der Teilnehmerinnen, der Unklarheit ihrer Rolle auf den Stationen, der Anforderungen des Modellcharakters der Ausbildung gab es viele Reibungsverluste, die einen optimalen Informationsaustausch von allen Seiten erforderten.

„Als ich einen Termin für das Krankenhaus abmachen will, wird mir gesagt, dass ich nicht zu kommen brauche, weil unsere Teilnehmerinnen auf Nachfrage gesagt hätten, wenn sie ein Problem hätten, würden sie mich informieren, ansonsten bräuchten sie keine sozialpädagogische Unterstützung. Wenn jemand die Teilnehmerinnen fragen würden, ob sie eine Prüfung wollten oder im BZG am Unterricht teilnehmen möchten, würden sie bestimmt auch mit „nein“ antworten. Frau L. hat dann eingesehen, dass sie einen Fehler gemacht hat. Sie hat daraufhin den Teilnehmerinnen einen Brief geschickt, dass sie sich nach ihrer praktischen Anleitung telefonisch melden und mir Bescheid sagen, wie ihre Anleitungsergebnisse waren.“⁵¹

10. Begleitende Arbeitsgruppe und Evaluation

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Lernfelder fand in regelmäßigen Abständen eine **projktbegleitende Arbeitsgruppe** statt, die sich zusammensetzte aus den Ausbildungsleiterinnen der beteiligten Krankenhäuser, der Vertreterin des Amtes für Gesundheit, der Klassenlehrerin und der Teamleitung des BZG, der Sozialpädagogin und der Projektkoordination von GATE.

⁵⁰ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

⁵¹ aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

Ziel der Arbeitsgruppe war einerseits die Überprüfung der Entwicklung der einzelnen Teilnehmerinnen vor dem Hintergrund ihrer mitgebrachten Voraussetzungen. Dafür wurden die Informationen aus den Rückmeldungen der Praxisausbildung, aus dem Unterricht im BZG und den jeweiligen Leistungsüberprüfungen ausgetauscht und konkrete Schritte für einzelne Teilnehmerinnen geplant. Informationen zur Lebenssituation einzelner Teilnehmerinnen stellten hier wichtige Ergänzungen dar. Darüber hinaus wurden übergreifende Fragen zur Struktur der verkürzten Ausbildung besprochen, das Konzept des Modellprojekts wurde an den Erfahrungen der Praxis gemessen, es wurden Veränderungen und Verbesserungsvorschläge entwickelt, die teilweise einer Folgemaßnahme zugute kommen konnten.

Zu den jeweiligen Theorie – und Praxis - Blöcken wurden die **Teilnehmerinnen** einzeln per **Fragebogen** befragt. Diese Rückmeldungen gaben einerseits Aufschluss darüber, ob die Inhalte – sowohl theoretisch als auch praktisch – dem Leistungsniveau und den Bildungsbedarfen der Teilnehmerinnen entsprachen und welche Verbesserungen für den kommenden Block notwendig waren. Darüber hinaus konnten Reibungspunkte und Konflikte relativ zeitnah identifiziert werden und klärende Gespräche herbeigeführt werden.

Für die Teilnehmerinnen war es ein langer Lernprozess, über ihre eigene Entwicklung zu reflektieren und den Ausbildungsverlauf kritisch zu bewerten. Besonders zu Beginn waren die Antworten und Kommentare sehr einseitig, nahezu ausschließlich positiv, Kritik und Verbesserungsvorschläge wurden fast gar nicht gemacht oder kamen erst Monate später plötzlich auf den Tisch.

„Sie hat zugegeben, dass sie in unseren Umfrage nicht immer die Wahrheit geschrieben hat, weil sie Angst gehabt hätte, dass ihre Schrift erkannt wird. Ich habe ihr versucht zu erklären, dass die Umfrage keine Kontrolle sei, sondern eine Möglichkeit uns ihre Meinung zu zeigen. Dadurch könnten wir früh wissen, was sie braucht, was sie möchte und welche Kritik sie hat. Dadurch könnten auch die Probleme frühzeitig verhindert werden.“⁵²

Zum Abschluss des Projektes wurden alle Beteiligten des Modellprojektes, d.h. die Teilnehmerinnen, die Lehrkräfte des BZG und die Ausbildungsleitungen und Praxisanleiterinnen um eine Beurteilung und Kritik des Projektverlaufes gebeten. Die Ergebnisse dieser Befragung sind in diesem Bericht verarbeitet worden und auf einem gemeinsamen Abschlussgespräch zur Diskussion gestellt worden mit dem Ziel, die Erfahrungen möglichst umfangreich für das Folgeprojekt zu nutzen.⁵³

11. Fortbildungsveranstaltungen für Anleitende und Unterrichtende des Kurses

„Vergiss, dass ich schwarz bin und vergiss nie, dass ich schwarz bin.“⁵⁴

11.1. Textarbeit

Ausgehend von der Situation, dass das Modellprojekt eine neue Zielgruppe für die Ausbildung beim LBK darstellte, wurden in der projektbegleitenden Arbeitsgruppe mehrere Fortbildungsangebote für die Lehrenden geplant. Zielgruppe sollten sowohl die Unterrichtenden des BZG als auch Praxisanleitungen und Mentorinnen von den jeweiligen Stationen sein, wobei auch Interessierte, die nicht am GATE - Kurs beteiligt waren, angesprochen werden sollten.

⁵² aus den Aufzeichnungen der Sozialpädagogin

⁵³ Am 1.9. 2003 begann ein Folgeprojekt auf Basis der neuen Ausbildungsverordnung

⁵⁴ Annita Kalpaka, 2000

Den Beginn machte im Dezember 2002 eine Fortbildung zum Thema „Arbeit mit Texten im Fachunterricht“ für die BZG - LehrerInnen. Ziel der Fortbildung war eine Sensibilisierung der Lehrkräfte für die Verständnisprobleme einer Nicht-Muttersprachlerin mit deutschen Fachtexten und die gemeinsame Entwicklung und Präsentation von methodischen Vorschlägen für den jeweiligen Fachunterricht. Durchgeführt wurde die Veranstaltung von Frau Szablewski-Cavus vom „Sprachverband“ in Mainz.

Für die Lehrkräfte war diese Veranstaltung nicht hilfreich, zu weit entfernt von den Alltagsproblemen und wurde als schlecht bewertet.

In diesem Zusammenhang wurde wieder das Problem fehlender Informationen im Vorfeld deutlich.

11.2. Fachgespräch mit Praxisvertretern

Die zweite Fortbildungsveranstaltung wurde als Fachgespräch für die Mitarbeiterinnen aus der praktischen Ausbildung organisiert. Es sollte die Gelegenheit zum Austausch gegeben werden, die Grundlagen und Ziele des Projektes wurden noch einmal vorgestellt und Hanna Beneker von der FHS Bielefeld stellte anhand einer Biografie – Analyse die Lebensrealität einer russischen Aussiedlerin, die als Krankenschwester arbeitet, vor.

Probleme der Verknüpfung von Theorie und Praxis standen im Mittelpunkt; das Thema pflegerische Professionalität und Sprache wurde als Hauptproblem der praktischen Ausbildung formuliert. Die Ausbilderinnen der Krankenhäuser haben sich zu zwei Fragen geäußert:

Was sind die Probleme, die sich Ihnen in der Zusammenarbeit / Ausbildung der Frauen stellen?	Welche positiven Aspekte hat die Zusammenarbeit / Ausbildung der Frauen für Sie?
Sie sind unwissend bzw. haben keine Erfahrung hinsichtlich eines pflegerischen Berufsverständnisses und der Pflegetätigkeiten.	Sie nehmen die Ausbildung ernst.
Der Ausbildungsstand und die Ausbildungsinhalte in ihrer Heimat sind anders.	Sie haben ein starkes Interesse an ihrer Ausbildung und suchen Anerkennung.
Sie haben wenig Akzeptanz der realistischen Ausbildungsbedingungen.	Sie integrieren sich in die Krankenhausstruktur.
Sie haben hohe Ansprüche an die Ausbildung.	Aufgrund ihrer Lebenserfahrung haben sie eine hohe Belastbarkeit.
Sie stellen viele „Forderungen“ an die Rahmenbedingungen, z.B. ihre Wünsche an den Dienstplan auf der Station.	Ihre Arbeitsdisziplin ist sehr hoch.
Sie haben eine „falsche“ Erwartungshaltung an die verkürzte Ausbildung.	Ihre Lebenserfahrung wird eingebracht.
Sie stehen durch die kurze, begrenzte Zeit für die theoretischen Inhalte unter Druck.	Sie haben eine unbekannt Herangehensweise an Personen, d.h. eine „andere Gefühlsebene“.

Im Team sind sie manchmal empfindlich, wenn sie nicht genügend Aufmerksamkeit erhalten.	Ihre Motivation ist sehr hoch.
Sie haben Sprachprobleme in der mündlichen Kommunikation und besonders in der schriftlichen Dokumentation und Pflegeplanung.	Sie sind sehr zuverlässig.
Aufgrund der sprachlichen Probleme sind sie oft unsicher.	
Sie haben Probleme Patienten zu verstehen und sich bei ihnen verständlich zu machen.	
Sie erkennen nicht die Mängel in der Praxis.	
Ihre Selbsteinschätzung kann sowohl zum Problem als auch zur Lösung werden.	

Die Gegenüberstellung der positiven und problematischen Aspekte der Ausbildung verknüpft mit der Biografie-Analyse einer aus Russland stammenden Krankenschwester spitzte sich schließlich auf die für die Praxis schwierigen Aspekte. Gefordert wurde eine Unterstützung für die praktische Ausbildung, um dem erhöhten Anleitungsbedarf gerecht werden zu können. Dieser Aspekt sollte im Nachfolgeprojekt Berücksichtigung finden. Die Verkürzung wurde grundsätzlich wieder in Frage gestellt.

Das Modellprojekt hat eine spezifische Zielgruppe, es wurde daher noch einmal deutlich gemacht,

- dass diese Teilnehmerinnen ausgebildete Krankenschwestern mit langjähriger Berufserfahrung sind und nur aufgrund der geltenden Gesetze ihre Abschlüsse nicht gültig sind. Aus ganz verschiedenen Gründen sind sie in Deutschland und sie sind ein Bestandteil dieser Gesellschaft geworden.
- dass sie als Erwachsene ausgebildet werden, die bereits eine Ausbildung und Berufserfahrung haben. Sie sind keine siebzehnjährigen Jugendlichen. Sie brauchen eine andere Ansprache.
- dass sie nicht nur eine Familie haben, deren Erwartungen sie erfüllen wollen, sondern dass sie hier als „Ausländerin“ leben, d.h. sie müssen sich immer wieder mit rechtlichen, kulturellen und sozialen Bedingungen auseinandersetzen.
- dass sie viel Unterstützung brauchen, um ihre sprachlichen Kompetenzen zu verbessern und ihre beruflichen Erfahrung in die neue Situation zu transportieren.

Nachträglich wurde diese Veranstaltung sehr positiv („gut, sinnvoll, hilfreich“) bewertet, wobei auch die Erwartung bestand, die Ergebnisse für die Folgeprojekte unmittelbar umzusetzen⁵⁵.

12. Fachliche Vernetzung

⁵⁵ Das war aufgrund der zeitlichen Abfolge gar nicht möglich, zu diesem Zeitpunkt war der Projektantrag für eine Folgemaßnahme bereits gestellt.

Die Mitarbeiterinnen von GATE nahmen an regelmäßig stattfindenden Fachtagungen teil, die im Rahmen eines bundesweit agierenden Modellprojektes aus NRW durchgeführt wurden: „Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege“⁵⁶. Zwar stand die Altenpflege hier im Mittelpunkt, aber die zur Diskussion stehenden Fragen waren für unser Projekt von hoher Relevanz: „Welche Potenziale bringen Migrantinnen aufgrund ihrer kulturellen Prägungen und ihrer eigenen Migrationserfahrung für den Beruf mit? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen unterschiedlicher ethnischer Herkunft? Welche Konzepte multikultureller Qualitäts- und Personalentwicklung sind ausbau- und entwicklungsfähig?“ Der Austausch von Projekterfahrungen und die Reflexion mit Mitarbeiterinnen aus der Praxis gaben dem Modellprojekt sehr wertvolle Impulse, die unmittelbar eingebracht werden konnten. Da der Pflegebereich perspektivisch ein breites Spektrum an Arbeitsfeldern für Migrantinnen bietet, waren hier Einrichtungen und Projekte aus den unterschiedlichsten Bereichen vertreten.

13. Abschließende Bewertung und Empfehlungen

Fremde – so könnte das Fazit lauten, sind deshalb beunruhigend, weil sie uns objektiver betrachten, nüchtern. Die Tabus einer Kultur sind nicht ihre Tabus und so sind es meist die Fremden, die uns mit den verdrängten und unbewussten Anteilen der eigenen Kultur vertraut machen, die zum Beispiel genauso unbefangen vom Nationalsozialismus reden, wie wir in einem islamischen Land vom Kopftuch. Diese Tatsache, dass die Fremden die Tabus nicht teilen, dürfte eine stärkere Klippe für die Verständigung sein, als die korrekte Grammatik.⁵⁷

In den abschließenden Befragungen der Teilnehmerinnen, der Unterrichtenden des BZGs und der Ausbilderinnen und Ausbilder in der Praxis sind die folgenden Aspekte besonders betont worden. Sowohl die befragten Lehrkräfte des BZG als auch die Praxisanleitungen würden gerne weiterhin in einem solchen Projekt mitarbeiten und bestätigten, dass die Arbeit Spaß gemacht hat. Trotz aller Schwierigkeiten wurde das Projekt als sinnvoll und lohnenswerte Anstrengung gesehen.

Die Teilnehmerinnen schlugen vor:

- Die **Information** für die Teilnehmerinnen im Vorfeld muss verbessert werden, damit man weiß, worauf man sich einlässt
- Man sollte vorher erst besser **Deutsch** sprechen und schreiben lernen.
- Man sollte sich sofort an das Lernen der wichtigen und **prüfungsrelevanten** Unterrichtsthemen machen.

Die Praxisanleitungen plädieren sehr stark dafür:

- Die Ausbildung sollte auf zwei bis drei Jahre verlängert werden, gerade unter dem Gesichtspunkt der Deutschkenntnisse. Bei guten sprachlichen Vorkenntnissen ist eine **Dauer** von 1,5 Jahren möglich, aber es müsse für die Teilnehmerinnen deutlich werden, dass ein völlig neuer Beruf erlernt werden muss.
- Die **Eignung** der Teilnehmerinnen sollte teilweise besser überprüft werden.

Aus der Sicht der Projektmitarbeiterinnen haben sich in der Anpassungsqualifizierung verschiedene Probleme gezeigt, die teilweise darauf

⁵⁶ Gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen

⁵⁷ Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina: Migration und Altenhilfe, In: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege, Dok. Einer Fachtagung Oktober 2002, S. 17

zurückzuführen sind, dass diese Ausbildung Modellcharakter hatte, die beteiligten Akteure in Teilbereichen zu wenig Erfahrungen hatten und gar keine Erfahrung in der Zusammenarbeit miteinander hatten. Dennoch gibt es darüber hinaus strukturelle und inhaltliche Veränderungsmöglichkeiten, die in weiteren Ausbildungsgängen in Erwägung gezogen werden sollten.

- In der **theoretischen Ausbildung** sollte der Stellenwert des Bereiches Anatomie noch einmal überdacht werden. Die vorausgesetzten Kenntnisse waren schwerer zu aktivieren, als es zu erwarteten gewesen wäre.
- Unter **interkulturellen Gesichtspunkten** sollten Stoffgebiete, die nicht unmittelbar praktisch mit dem Berufsalltag einer Krankenschwester zu tun haben, wie Staatsbürgerkunde, historische Aspekte der Berufskunde und Gesetzeskunde in 100%iger Kooperation mit der Deutschlehrerin unterrichtet werden, um ein möglichst hohes Maß an sprachlicher Vereinfachung zu erreichen. Wenn ein Verzicht dieser Bereiche im Examen nicht möglich ist, so sollten alle Lernhilfen ausgeschöpft werden. Die Vorbereitung auf das Thema Staatsbürgerkunde bereits in der Vorbereitungsphase hat sich nicht bewährt.
- Vor dem Hintergrund des vieldiskutierten „**anderen Berufsverständnisses**“ der Migrantinnen sollten die im Curriculum festgelegten Unterrichtsbereiche wie „Sterbeseminar“ und „Biografie-Arbeit“ unter didaktischen Gesichtspunkten noch einmal mit Bezug auf die Teilnehmerinnengruppe überarbeitet werden. Die Relevanz dieser Herangehensweise für die praktische Arbeit in einem deutschen Krankenhaus bzw. Pflegeheim muss offenbar deutlicher werden.
- Insgesamt stellt sich mit Blick auf die Zielgruppe der Ausbildung die Frage, ob es möglich ist, im theoretischen Bereich ausschließlich im Hinblick auf **prüfungsrelevante Inhalte** zu unterrichten und Rückmeldungen aus der Praxis als Korrektiv für das Curriculum zu nutzen.
- In der **praktischen Ausbildung** sollte der Kenntnisstand einer Krankenpflegehelferin formal nicht mehr vorausgesetzt werden. Die daraus resultierenden „Verwirrung“ ist zu groß. Statt dessen sollte die Vorstellung des Projektkonzeptes, seine Ziele, der Hintergrund der Ausbildungsgruppe, ihre Fähigkeiten und die zu erwartenden Missverständnisse im Vorfeld der Ausbildung nicht nur mit den Ausbildungsleitungen sondern möglichst mit allen Praxisanleiterinnen, Stationsleitungen und Mentorinnen, die mit den Migrantinnen zu tun haben werden, besprochen werden. Es sollte darum gehen, eine positive, unterstützende und auch neugierige Haltung bei den entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu wecken.
- Für die konkrete Arbeit auf den Stationen wäre es sehr hilfreich, wenn die Teilnehmerinnen jeweils eine kurze Einführung erhalten könnten. Insbesondere solche Stationen, wo bereits eine **Migrantin** als Krankenschwester arbeitet wäre für die Teilnehmerinnen als Einstieg in die praktische Ausbildung und Arbeit im deutschen Krankenhaus unterstützend.
- Die **Verkürzung** der Ausbildung muss beibehalten werden, weil das Modellprojekt gezeigt hat, dass die fachlichen Ressourcen vorhandenen und

aktivierbar sind. Der Druck, den sich die Teilnehmerinnen selbst machen würde durch eine dreijährige Ausbildung nur verlängert, denn an ihrer Lebenssituation mit Doppel- und Dreifachbelastung ändert sich nichts.

- Die **personellen Ressourcen**, die im Projekt stecken sollten mehr im theoretischen Unterricht genutzt werden. Für die Praxisphasen sollte das Beratungspotenzial offensiver eingefordert werden, nicht nur von den Ausbilderinnen sondern auch von den Teilnehmerinnen.

Als **abschließende Fragen** bleiben für die weiteren Ausbildungsgänge offene Fragen:

- Ist das Ziel des Projektes, die beruflichen Qualifikationen und Erfahrungen von Frauen anzuerkennen, durch diese Form der Ausbildung erreicht worden?
- Welche andere Form der Leistungsüberprüfung ist denkbar anstelle der hohen Hürde des Examen, um einen staatlich anerkannten Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege zu erreichen?
- Was kann aufgrund der Erfahrungen mit der verkürzten Ausbildung für Migrantinnen Qualitätsentwicklung im multikulturellen Pflege-Team bedeuten?

14. Quellenhinweise

Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina: Migration und Altenhilfe

In: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege; Dok. einer Fachtagung Oktober 2002

Beneker, Hanna: „Meine Kollegin kommt aus Russland“ – Interkulturelle Zusammenarbeit und lebensgeschichtliche Begegnungen in der Pflege, in: Fremde Pflegekräfte – strategische Antwort auf den Pflegenotstand oder Zukunft einer humanen Pflege?, Dok. einer Fachtagung, Februar 2003

Bericht der Zuwanderungskommission, Juli 2001

Firnhaber-Sensen Ulrike, Schmidt Gabriele; Deutsch im Krankenhaus, Langenscheidt 2001

Flores Baeza, Victoria; Gag, Maren, Hrsg: Mitstreiten – Mitentscheiden – Mitgestalten, Neumünster 1999

Friebe, Jens; Zalucki, Michaela: Zuwanderung in den Pflegesektor – aus der Not eine Tugend machen, In: Zeitschrift für Erwachsenenbildung IV/2002

Kalpaka, Annita: Von Elefanten auf Bäumen, Forum für Kinder- und Jugendarbeit Heft 4

Pötsch Horst; Die deutsche Demokratie, Bonn, 2001

Switalla, Bernd: Sprachliche Anforderungen in der Altenhilfe. Eine linguistische Perspektive, In: Sprache und Kommunikation im multikulturellen Pfltegeteam, Dok. einer Fachtagung Mai 2003

Treibel, Annette; Migration als Form der Emanzipation?, in: Zuwanderung im Zeichen der Globalisierung, Hrsg. Chr. Butterwegge und Gudrun Hentges, Opladen 2000