



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Voraussetzungen für eine zeitgemäße fachpraktische Bildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich

Verfasserin

Doris Mohideen-Zorn

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

0.	Zusammenfassung	5
0.1.	Abstract	6
1.	Einleitung	7
2.	Problemdarstellung	9
2.1.	Forschungsfrage	9
3.	Aufbau der Arbeit	11
4.	Die Pflegeausbildung in Österreich	12
4.1.	Die Ausbildung auf der sekundären Ebene	13
4.1.1.	Aufnahmevoraussetzungen	14
4.1.2.	Offenes Curriculum	14
4.1.2.1.	Die theoretische Ausbildung	15
4.1.2.2.	Die praktische Ausbildung	17
4.1.2.3.	Der Kompetenz- und Qualifikationsnachweis	19
4.1.3.	Die Analyse des Curriculums der sekundären Ausbildungsebene	22
4.1.3.1.	Erstes Ausbildungsjahr	23
4.1.3.2.	Zweites Ausbildungsjahr	24
4.1.3.3.	Drittes Ausbildungsjahr	26
4.1.3.4.	Ergebnis der Curriculumanalyse der sekundären Ebene	27
4.2.	Die Ausbildung auf der tertiären Ebene	27
4.2.1.	Die Aufnahmevoraussetzungen	28
4.2.2.	Das Curriculum der tertiären Ebene	29
4.2.2.1.	Die theoretische Ausbildung	30
4.2.2.2.	Die praktische Ausbildung	34
4.2.2.3.	Der Praxiskompetenzkatalog, Handbuch für Studierende	38
4.2.3.	Die Analyse des Curriculums der tertiären Ausbildungsebene	41
4.2.3.1.	Pädagogik	42
4.2.3.2.	Psychologie	42
4.2.3.3.	Soziologie	43
4.2.3.4.	Das Ergebnis der Curriculumanalyse der tertiären Ausbildungsebene	44
4.3.	Vergleich der sekundären mit der tertiären Ausbildungsvarianten	44
4.4.	Ausbildung zur/zum LehrerIn für Gesundheits- und Krankenpflege	45
4.4.1.	Die Curriculumanalyse der Sonderausbildung für Lehraufgaben	47
4.4.2.	Das Ergebnis der Curriculumanalyse	49
4.5.	Die Weiterbildung zum/zur PraxisanleiterIn	49
4.5.1.	Die Curriculumanalyse	50
4.5.2.	Das Ergebnis der Curriculumanalyse	51
5.	Ausbildungsort Schule – Ausbildungsort Praxis – Diskrepanz	53
5.1.	Definition der Theorie – Praxis – Diskrepanz	53
5.1.1.	Theorie	53
5.1.2.	Praxis	54
5.1.3.	Kluft und Diskrepanz	54
5.2.	Ursachen	55
5.2.1.	Respekt und Anerkennung	55
5.2.2.	Qualifikation der Pflegepersonen	56
5.2.3.	Fortbildungen	56
5.2.4.	Qualifikation der Lehrpersonen	57
5.2.5.	Rolle der Auszubildenden	57
5.2.6.	Mangelnde Verknüpfung von Theorie & Praxis während der Ausbildung	57
5.2.7.	Idealbild	58
5.2.8.	Praktikumsplanung	58
5.2.9.	Unterrichtsplanung	60
5.2.10.	Unterrichtsform	60
5.2.11.	Forschungsthemen	61
5.2.12.	Sprache	61
5.2.13.	Subjektive Theorien	62
6.	Anleitungskonzepte und -modelle der Arbeitspädagogik	64
6.1.	Entwicklungsgeschichtlicher Überblick	64
6.1.1.	Arbeitsschule	64
6.1.2.	Arbeitspädagogik	64
6.2.	Theoriedarstellung der Handlungsregulation	65

6.3.	Grundlegende Methoden der Arbeitsunterweisung	67
6.3.1.	Arbeitsunterweisung	67
6.3.1.1.	Theoretische Arbeitsanweisung	68
6.3.1.1.1.	Schriftliche Arbeitsanweisung	68
6.3.1.1.2.	Mündliche Arbeitsanweisung	68
6.3.1.1.2.1.	Vortrag, Referat	68
6.3.1.1.2.2.	Geführtes Gespräch	69
6.3.1.1.2.3.	Sprachakzentuierte Arbeitsanleitung	69
6.3.1.2.	Praktische Arbeitsanweisung	70
6.4.	Vorstellung einiger erweiterter, gemischter Methoden der Arbeitsunterweisung	70
6.4.1.	Psychoregulativ akzentuierte Trainingsverfahren	70
6.4.2.	Kognitive Unterweisung mit heuristischer Denkhilfe	71
6.4.3.	Die Vier Stufen Methode	72
6.4.3.1.	Unterweisungsgliederung	72
6.4.3.2.	Die Umsetzung der Vier-Stufen-Methode	73
6.4.4.	Analytische Arbeitsunterweisung	74
6.4.5.	Projektmethode	77
6.4.6.	Fallmethode	78
6.4.7.	Simulationsmethode	78
6.4.8.	Planspiel	78
6.4.9.	Leittextmethode	79
6.4.10.	Skillslab	80
6.4.10.1.	Skillslab – ein entwicklungsgeschichtlicher Überblick	80
6.4.10.2.	Skillslab – Didaktischer Aufbau	81
6.4.10.2.1.	Orientierungsphase	81
6.4.10.2.2.	Übungsphase	82
6.4.10.2.3.	Beherrschungsphase	82
6.4.10.2.4.	Prüfung	82
6.4.11.	Lernen aus Geschichten	83
6.4.12.	Sandwich	83
6.4.12.1.	Sichtbarmachung von Subjektiven Theorien	84
6.4.12.1.1.	Die Selbstreflexion	84
6.4.12.1.2.	Die Selbstbeobachtung	85
6.4.12.1.3.	Der Wechsel der Perspektiven	85
6.4.12.1.4.	Die Szene-Stopp-Reaktion	85
6.4.12.1.5.	Die Weingartener Appraisal Legetechnik	86
6.4.12.1.6.	Das Feedback durch Tandemperson, Experten oder Betroffene	86
6.4.12.2.	Das Sandwich-Prinzip	86
6.4.12.3.	Neue Handlungen generieren	89
6.4.12.3.1.	Das Situations-Orientierung-Aktionsplanung-Modell	89
6.4.12.3.2.	Rollenspiele	91
6.4.12.3.3.	Praxisberichte	91
6.4.12.3.4.	Szene Stopp	91
6.5.	Vergleich der verschiedenen Anleitungsmethoden	92
6.6.	Übertragbarkeit auf das österreichische Ausbildungsmodell	94
7.	Theoretischer Hintergrund	95
8.	Methodische Vorgehensweise	97
8.1.	Annäherung an die Methode der systematischen Übersichtsarbeit in der qualitativen Forschung	98
8.2.	Darstellung der Literaturrecherche und Auswahl der Studien	101
8.3.	Systematische Darstellung der Studieninhalte	107
9.	Ergebnisse	116
9.1.	Strukturelle Rahmenbedingungen	116
9.2.	Organisatorische Rahmenbedingungen	118
9.3.	Personelle Rahmenbedingungen	120
10.	Diskussion	122
10.1.	Empfehlungen für die Praxis	125
10.2.	Empfehlungen für die Forschung	127
11.	Literaturverzeichnis	128
12.	Curriculum Vitae	140

0. Zusammenfassung

Die Aufgabengebiete der Pflege werden immer vielfältiger und dadurch auch die Anforderungen an die Pflegepersonen höher. Derzeit wird die Ausbildung in Österreich auf der sekundären und auf der tertiären Ausbildungsebene angeboten. Die fachpraktische Ausbildung ist gesetzlich im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich geregelt und erfolgt an den Praktikumsorten durch dort tätige Pflegepersonen.

Ziel meiner Arbeit war es, die Voraussetzungen einer zeitgemäßen fachpraktischen Ausbildung darzustellen. Zunächst habe ich die Curricula in der Krankenpflegeausbildung analysiert. In der Ausbildung zur Gesundheits- u Krankenpflege ist die Vermittlung pädagogischer Kompetenzen nicht enthalten.

Pädagogische Kompetenzen werden nur in der Sonderausbildung für Lehreraufgaben und in der Weiterbildung zum/zur PraxisanleiterIn vermittelt.

Daher verläuft die fachpraktische Ausbildung an den Praktikumsorten nicht zufriedenstellend.

Anleitungskonzepte erscheinen hilfreich, jedoch erfordert die Umsetzung pädagogische Fähigkeiten.

Die Metasynthese über hemmende und fördernde Faktoren in der fachpraktischen Ausbildung beinhaltet Studien aus dem deutschsprachigen Raum.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass das Gesetz abgeändert werden soll.

Die fachpraktische Ausbildung soll nur durch PraxisanleiterInnen oder Lehrpersonen erfolgen.

0.1. Abstract

The range of duty in nursing develops in many ways and the requirements on nurse staff increase. In Austria it is possible to receive an education in nursing at school or at university. The clinical training is legally fixed in the autonomous domain and is supervised by the nurses of the ward.

The aim of this paper was to illustrate the conditions for a contemporary training in practice.

First I have analysed the curriculum of nurse education, which doesn't include pedagogical principles for professional practice. Only nurse teachers and clinical preceptors receive an education to pedagogical qualification. Therefore the training at clinical placements is unsatisfied. A structural instruction seems to be helpful, but requires special expertise.

A meta-synthesis from German-speaking world studies summarize nurture and inhibiting factors in clinical practice.

Findings reveal that the law should be changed. The clinical practice should only be supervised from nurse teachers or clinical preceptors.

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen durchläuft derzeit einen Wandlungsprozess. Es muss sich den neuen Gegebenheiten möglichst rasch anpassen.

Auf der einen Seite sind Änderungen durch demographische Entwicklungen notwendig geworden, auf der anderen Seite verläuft der medizintechnische Fortschritt so rasant, dass die Anforderungen an Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, enorm gestiegen sind (vgl. Peter, 2005, 19).

Die fortlaufend steigende Lebenserwartung führt zu einer Verschiebung der Epidemiologie in Richtung der chronischen Erkrankungen, die mit einem veränderlichen Pflegebedarf einhergehen. Die Familienstrukturen mit abnehmender Kinderanzahl und zunehmender Erwerbstätigkeit aller Angehörigen führt dazu, dass häufig bereits einfache Hilfestellungen durch professionelle Dienstleister übernommen werden müssen (vgl. Schaeffer, 1995, 11: zit.n. Forster, 2001, 60; Seidl, 2001, 111).

Gemäß dem Schwierigkeitsgrad dieser Aufgaben werden nach Möglichkeit Personen mit dementsprechenden Qualifikationsprofil eingesetzt.

Daher arbeiten bereits jetzt unterschiedliche Berufsgruppen, wie Heimhilfe, Pflegehilfe und Diplomiertes Pflegepersonal mit entsprechend divergierenden Kompetenzen aber teilweise überschneidenden Aufgabengebieten zusammen. Zukünftig werden auch Pflegepersonen mit einem abgeschlossenen Bachelor-Studium das Team ergänzen.

Eine professionelle Ausbildung zum Beispiel in Form von akademisch gebildeten Pflegekräften wird für einige zukünftig zu erwartende Berufsfelder wie zum Beispiel Beratung in der Krankheitsprävention oder Umgang und Betreuung von chronisch Kranken, notwendig sein. Die wissenschaftliche Forschung und Fundierung der Pflegewissenschaft stellt ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet dar, denn „ohne Wissenschaft keine wissenschaftlich fundierte Aus- und Weiterbildung für andere Bereiche der Pflege, weil es ohne Forschung auch keine zeitgemäße Lehre geben kann“ (Schrems, 2000, 98).

Die Lehre sollte sich aber nicht nur auf die theoretische Vermittlung von Fachinhalten beschränken, sondern sich auch um die Vermittlung fachpraktischer Kompetenzen und Fertigkeiten bemühen.

Die fachliche und theoretische Ausbildung aller in der Pflege beschäftigten Personen erfolgt in „Schulen“ bzw. auf der Universität durch speziell ausgebildetes Lehrpersonal, jedoch wird die fachpraktische Ausbildung fast ausschließlich von in der Pflege arbeitenden Personen – zukünftigen KollegInnen – übernommen. Diese müssen dafür keine spezielle Qualifikation nachweisen, um diese Tätigkeit durchzuführen, da die Anleitung und Ausbildung von SchülerInnen gesetzlich verankert ist (vgl. BGBL I 1997/108, 1285).

Um eine qualitative fachpraktische Ausbildung weiterhin gewährleisten zu können, sollte dieser Aspekt überdacht werden.

2. Problemdarstellung

Die praktische Ausbildung der SchülerInnen und StudentInnen wird nur in einem geringen Stundenausmaß von den Lehrkräften der Krankenpflegeschulen übernommen. Den größten Teil der Verantwortung übernehmen die Fachkräfte an den Praktikumsorten (vgl. Obermayr, 2009, 68).

Die fachpraktische Anleitung und Ausbildung der Lernenden vor Ort verläuft daher meist ohne Lernkonzept. Die Praxisvermittlung wird von den dort tätigen Pflegepersonen übernommen. Je nach Krankenhaus und Praktikumsstelle sind das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, oder sogenannte PraxisanleiterInnen, TutorInnen, MentorInnen oder dergleichen. Diese Begrifflichkeiten bedeuten aber nicht, dass diejenige/derjenige eine pädagogische Weiterbildung zur fachpraktischen Ausbildung Lernender absolviert hat.

2.1. Forschungsfrage

Die Lehrpersonen, die der Schulorganisation unterstehen, sind in erster Linie für die theoretische Ausbildung zuständig. Die fachpraktische Ausbildung wird von Pflegepersonen, die der Krankenhausorganisation zugerechnet werden, am jeweiligen Lernort wahrgenommen, da jede diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson per Gesetz zur fachpraktischen Anleitung Auszubildender verpflichtet ist.

Die Hauptaufgabe der Pflegepersonen ist jedoch die Versorgung der PatientInnen und nicht die Betreuung von Auszubildenden.

Ich möchte die Problematik dieser Situation aufzeigen und Modelle vorstellen, die aus pädagogischer Sicht besser und effektiver wären und vielleicht eine qualitativ hochwertige Ausbildung sichern könnten.

Daher möchte ich mich in meiner Arbeit mit folgenden Themen auseinandersetzen:

1. Meine Forschungsfrage lautet: „Welche Voraussetzungen müssen aus Sicht der Schule als auch aus der Sicht der Praxis gegeben sein, damit eine qualitativ hochwertige fachpraktische Ausbildung stattfinden kann?“
2. Wie erfolgt die Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson in Österreich und wie werden die SchülerInnen/StudentInnen im Ausbildungscurriculum auf ihre zukünftige Aufgabe – die Anleitung von Auszubildenden – vorbereitet?
3. Welche Anleitungsmodelle in der fachpraktischen Ausbildung gibt es und welche Gemeinsamkeiten haben diese Modelle bzw. worin unterscheiden sie sich?

3. Aufbau der Arbeit

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich einen Überblick über die Ausbildung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege auf der sekundären und der tertiären Ebene geben und die Unterschiede der Ausbildungsvarianten darstellen.

Da die fachpraktische Anleitung am Praktikumsort durch diplomiertes Pflegepersonal stattfindet, möchte ich das Ausbildungscurriculum der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dahingehend analysieren, wie die Pflegepersonen während ihrer eigenen Ausbildung auf die zukünftige Aufgabe, SchülerInnen fachpraktisch anzuleiten und auszubilden, vorbereitet werden. Die Lerninhalte des mit einem Bachelor Titel und der Berufsberechtigung zur Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege abschließenden Studiums wird ebenfalls im Hinblick auf diese Inhalte analysiert.

Danach werde ich die wichtigsten Anleitungskonzepte vorstellen, auch jene Methoden, die in diversen Projekten und Studien zur Anwendung kamen.

Bei meiner Literaturrecherche habe ich mich vorwiegend auf Literatur aus dem deutschsprachigen Raum konzentriert, da die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege im deutschsprachigen Raum, das heißt in Deutschland, Schweiz und Österreich, ähnlich aufgebaut ist und keine Matura bzw. Reifeprüfung voraussetzt. Konzepte, Modelle und Erkenntnisse erscheinen mir dadurch leichter vergleichbar und übertragbar. Da die Studien-Projekte der fachpraktischen Bildung sehr unterschiedlich sind, werde ich den Stand der Forschung in Form einer systematischen Übersichtsarbeit präsentieren.

4. Die Pflegeausbildung in Österreich

Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Anm.: jetzt Bundesministerium für Gesundheit) ist für die gesetzlichen Vorgaben zur Ausbildung im Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich zuständig. Sie sind in der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV (BGBl II 1999/179) festgelegt.

Die Ausbildung zur/zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger wird derzeit in Österreich sowohl auf der sekundären als auch auf der tertiären Bildungsebene angeboten.

Auf der sekundären Ebene erfolgt die Ausbildung an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, auf der tertiären Ebene an Fachhochschulen oder Universitäten.

Die Verbindung bzw. die Anbindung an eine Krankenanstalt mit entsprechenden Fachabteilungen für die praktische Ausbildung ist obligat (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 218).

Die theoretische Ausbildung hat laut Gesetz folgende Schwerpunkte zu beinhalten:

- „Berufsethik und Berufskunde der Gesundheits- und Krankenpflege
- Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung
- Gesundheits- und Krankenpflege
- Pflege von alten Menschen
- Palliativpflege
- Hauskrankenpflege
- Hygiene und Infektionslehre
- Ernährung, Kranken- und Diätkost
- Biologie, Anatomie und Physiologie
- Allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie, einschließlich komplementärmedizinischer Methoden
- Geriatrie, Gerontologie und Gerontopsychiatrie
- Pharmakologie
- Erste Hilfe, Katastrophen- und Strahlenschutz

- Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, einschließlich Arbeitsplatzmedizin
- Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene
- Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining
- Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Organisationslehre
- Elektronische Datenverarbeitung, fachspezifische Informatik, Statistik und Dokumentation
- Berufsspezifische Rechtsgrundlagen“

(Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 203-204).

Die praktische Ausbildung umfasst Praktika in stationären Betreuungseinrichtungen von pflegebedürftigen Menschen, in speziellen Fachabteilungen eines Krankenhauses, die der Pflege, der Diagnostik oder der Therapie dienen und in Einrichtungen, die Gesundheitsdienste, soziale Dienste oder Hauskrankenpflege anbieten (vgl. BGBL II 1999/179, Anlage 1, 891; Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 205).

4.1. Die Ausbildung auf der sekundären Ebene

Auf der sekundären Ebene erfolgt die Ausbildung an Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, die in der österreichischen Bildungslandschaft eine Sonderstellung einnehmen. Diese unterliegen nicht wie alle anderen „Schulen“ dem Ministerium für Unterricht, Kunst und Kultur sondern dem Ministerium für Gesundheit (vgl. Fürstler, 1992, 89-90). Daher kommt nicht das Schulunterrichtsgesetz zur Anwendung, sondern das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.

Laut diesen gesetzlichen Vorgaben dauert die Ausbildung 3 Jahre zu je 12 Monaten und muss mindestens 4600 Stunden umfassen, wobei auf die theoretische Ausbildung mindestens 2000 Stunden entfallen sollen und mindestens 2480 Stunden für die praktische Ausbildung verwendet werden sollen (vgl. BGBL II 1999/179, 866-867).

Durch die asymmetrische Stundenverteilung (ca. 25% mehr Praxisstunden als Theoriestunden) ist der hohe Stellenwert, der der fachpraktischen Bildung eingeräumt wird, klar zu erkennen.

An den Schulen des Wiener Krankenanstaltenverbundes erfolgt die Ausbildung in einem dualen System, bestehen aus einem theoretischen Teil, der cirka 2000 Stunden umfasst und einem praktischen Teil im Ausmaß von cirka 2500 Stunden. Eine Theoriestunde hat zwischen 45 Minuten und 50 Minuten zu dauern, eine Praktikumsstunde wird mit 60 Minuten berechnet. Die Ausbildungsdauer beträgt insgesamt 3 Jahre, wobei den SchülerInnen 8 Wochen Ferien pro Schuljahr zu gewähren sind (vgl. BGBL II 1999/179, 864).

4.1.1. Aufnahmevoraussetzungen

Die Ausbildung zur Allgemeinen Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson darf jede/jeder antreten, die/der die 10. Schulstufe positiv absolviert hat und das Auswahlverfahren positiv durchläuft. Dieses umfasst nach der Bewerbung einen Eignungstest und in einem weiteren Schritt ein persönliches Aufnahmegespräch.

Die gesundheitliche Eignung wird mittels eines ärztlichen Attestes kontrolliert. Der Auszug aus dem Strafregister, als Bescheinigung der Vertrauenswürdigkeit, ist obligat (vgl. o.A., o.J.: Wiener Krankenanstaltenverbund: Schritte zur Ausbildung).

4.1.2. Offenes Curriculum

Durch das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997 (GuKG 1997), das eine Unterteilung des Tätigkeitsbereiches in einen eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Bereich beinhaltet, war eine Adaptierung des Ausbildungscurriculum unumgänglich geworden (vgl. Rauch-Kallat, 2003).

Das neue, sogenannte offene Curriculum wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des damaligen Gesundheitsressorts von

1998 bis 2003 entwickelt. Ein „Orientierungs- und Konzeptionsrahmen, in dem Pflege- und Bildungsverständnis, didaktische Prinzipien und lerntheoretischer Hintergrund festgelegt sind“ (o.A., 2008, Gesundheit Österreich GmbH), stellen die Basis des Curriculums dar. Die darin enthaltenen 21 Unterrichtsfächer beinhalten Querverweise zu Themenbereichen anderer Unterrichtsfächer und zum Praxiskatalog, der Beschreibung der in der Ausbildung zu erwerbenden Kompetenzen. Dadurch soll eine praxisnahe Ausbildung gewährleistet werden (vgl. o.A., 2008, Gesundheit Österreich GmbH; Rottenhofer, 2003, 1-2, 7, 48).

4.1.2.1. Die theoretische Ausbildung

An den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege unterrichten LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege. Diese müssen eine Ausbildung des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege absolviert haben, eine mindestens 2-jähriger Berufserfahrung in der Pflege vorweisen können und eine Zusatzqualifikation erworben haben. Diese kann einerseits in Form der Sonderausbildung für Lehraufgaben oder als gleichwertig anerkannter Universitätsabschluss erworben worden sein. Des weiteren unterrichten fachkompetente Personen, die eine fachspezifische Ausbildung absolviert haben. Des weiteren zählen dazu Personen mit einem abgeschlossenen, anerkannten Medizinstudium, Pharmaziestudium oder Jusstudium, Psychologen, Psychotherapeuten, Pädagogen, Soziologen als auch Personen, die dem gehobenen medizinisch-technischen Dienst angehören. (vgl. BGBl II 1999/179, 863).

Die theoretische Ausbildung umfasst folgende Unterrichtsfächer:

Unterrichtsfach	1. Ausbildungs-jahr	2. Ausbildungs-jahr	3. Ausbildungs-jahr	Summe
Berufsethik und Berufskunde der Gesundheits- und Krankenpflege	40	20	20	80
Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	40	20	20	80
Gesundheits- und Krankenpflege	240	130	130	500
Pflege von alten Menschen	30	20		50
Palliativpflege	20	20	20	60
Hauskrankenpflege		20	20	40
Hygiene- und Infektionslehre	60			60
Ernährung, Kranken- und Diätetik	30			30
Biologie, Anatomie, Physiologie	100			100
Allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden	120	130	110	360
Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie		30		30
Pharmakologie	20	20		40
Erste Hilfe, Katastrophen- und Strahlenschutz	30		10	40
Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin	20		20	40
Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit	40	30	20	90
Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene	50	20	20	90
Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining	40	40	40	120
Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Organisationslehre	10		20	30
Elektronische Datenverarbeitung, fachspezifische Informatik, Statistik und Dokumentation	20	20		40
Berufsspezifische Rechtsgrundlagen	20	20		40
Fachspezifisches Englisch	40	20	20	80
Gesamt	970	560	470	2000

Tabelle 1: Übersicht über die Unterrichtsfächer und Stundenausmaß je Ausbildungsjahr. (vgl. o.A., o.J.: Wiener Krankenanstaltenverbund, Theoretische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege; BGBL II 1999/179, 885-889; Rottenhofer, 2003, 91).

Weitere 120 Stunden sind einem schulautonomen Bereich gewidmet, der für einen theoretischen oder einen praktischen Schwerpunkt genutzt werden kann.

4.1.2.2. Die praktische Ausbildung

Die praktische Ausbildung dient der Umsetzung theoretisch gelernter Inhalte in die Praxis (vgl. BGBL II 1999/179, 867).

Sie hat in einem Ausmaß von mindestens 2480 Stunden zu erfolgen und soll in folgenden vorgeschriebenen Bereichen absolviert werden: im Akutpflegebereich eines Krankenhauses, in Langzeitpflegeeinrichtungen und im extramuralen Bereich (vgl. BGBL II 1999/179, 867, 891; Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 205).

Die Ausbildungsstätten müssen über entsprechende räumliche als auch personelle Ressourcen verfügen. Im Bundesgesetzblatt (BGBL I 1997/108, 1295) wird es wie folgt ausgedrückt: "(...) (Einrichtungen), welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Voraussetzungen erfüllen, mit den für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen Lehr- und Fachkräften sowie Lehrmitteln ausgestattet sind und entsprechende Räumlichkeiten für die auszubildenden Personen aufweisen".

Es sind im Bundesgesetzblatt weder die Voraussetzungen noch die erforderlichen räumlichen oder personellen Ressourcen näher erläutert.

Die Planung und die Organisation der Praktika obliegt den Lehrkräften der Krankenpflegesschulen, ebenso die „Sicherung der Qualität der praktischen Ausbildung“ (BGBL I 1997/108, 1288).

Ein Praktikum darf frühestens 2 Monate nach Ausbildungsbeginn an einer Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege angetreten werden und muss einen Mindestumfang von 160 Stunden umfassen (vgl. BGBL II 1999/179, 867). Während der praktischen Ausbildung haben die SchülerInnen unter Anleitung und Aufsicht von Lehr- oder Fachkräften zu arbeiten und nur solche Tätigkeiten durchzuführen, die zur „Erreichung der Ausbildungsziele“ und „im unmittelbaren Zusammenhang mit der Ausbildung (...) stehen“ (BGBL II 1999/179, 868).

Jedoch muss die fachpraktische Ausbildung gesetzlich vorgeschrieben nur in einem Umfang von 2 Prozent der Gesamtpraktikumsstunden (vgl. BGBL II 1999/179, 868) von den Lehrpersonen durchgeführt werden. Die restlichen 98 Prozent übernehmen die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen vor Ort an den Praktikumsstellen der Auszubildenden. Diese müssen für diese Tätigkeit keine

speziellen pädagogischen oder didaktischen Zusatzqualifikationen erworben haben, da die „Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung“ (BGBL I 1997/108, 1285) laut Gesetz im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich verankert ist.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Pflegepersonen ihr normales Arbeitspensum des Tages erledigen müssen, da sie nicht ausschließlich für die praktische Ausbildung Lernender zuständig sind. Die SchülerInnen werden in den Arbeitsalltag der Station eingebunden und werden meist ohne Anleitungskonzept angeleitet. Die Qualität hängt somit einerseits von den Eigenschaften und Fähigkeiten der vermittelnden Pflegeperson ab, andererseits von den ihr zur Verfügung stehenden zeitlichen, örtlichen, personellen und materiellen Ressourcen.

Die Qualität der praktischen Ausbildung ist daher von den vorgegebenen Strukturen abhängig.

Die Stundenverteilung und Praktiskumsorte der praktischen Ausbildung ist im Bundesgesetzblatt II (BGBl II 1999/179, 891) folgend dargestellt:

Ausbildungseinrichtung	Fachbereich	Stunden
Abteilungen einer Krankenanstalt	Akutpflege im operativen Fachbereich	600
Abteilungen einer Krankenanstalt	Akutpflege im konservativen Fachbereich	600
Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen	Langzeitpflege/rehabilitative Pflege	400
Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten	Extramurale Pflege, Betreuung und Beratung	160
nach Wahl des Schülers	Wahlpraktikum	200
nach Wahl der Schule: <ul style="list-style-type: none"> • Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten einer Krankenanstalt • Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen • Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten 	Akutpflege, Langzeitpflege, rehabilitative Pflege, extramurale Pflege	360
nach Wahl der Schule	Diplomprüfungsbezogenes Praktikum	160
Gesamt		2480

Tabelle 2: Praktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. (BGBl II 1999/179, 891).

4.1.2.3. Der Kompetenz- und Qualifikationsnachweis

Die SchülerInnen sind verpflichtet, Aufzeichnungen über ihre Tätigkeiten während der Praktika zu führen, welche von Lehr- bzw. Fachkräften schriftlich mittels Unterschrift bestätigt werden müssen (BGBl II 1999/179, 891). Im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbundes hat eine Arbeitsgruppe hierfür den „Kompetenz- und Qualifikationsnachweis in der praktischen Ausbildung in der allgemeinen

Gesundheits- und Krankenpflege“, kurz QKN genannt, erarbeitet, der sowohl mit dem Beurteilungsbogen des Praktikums als auch mit dem Curriculum korreliert.

Der QKN umfasste zu Beginn ca. 80 Seiten. Die darin enthaltenen 46 Lernziele waren den Bereichen Selbstkompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz, methodische Fachkompetenz und instrumentell-technische Fachkompetenz zugeteilt. Die Lernziele ihrerseits waren in kleinere Teillernziele unterteilt. Jedem waagrecht angeführten Teillernziel waren 6 senkrechte Spalten zugeteilt, in denen – angelehnt an den stufenweisen Kompetenzerwerb nach Benner (1994) – die sichere Durchführung der Tätigkeit von der Fachkraft mittels Handzeichen (das sind die ersten 3 Buchstaben des Nachnamens) und Datumsangabe bestätigt werden musste. Erst wenn mindestens 50% der Teillernziele in einem Praktikum bestätigt worden sind, durfte das Lernziel am Ende des jeweiligen Praktikums beurteilt werden (vgl. o.A., 2002, Kompetenz- und Qualifikationsnachweis VI-VIII). Je nach Ausbildungsjahr war eine gewisse Mindestanzahl von zu erreichenden Lernzielen vorgegeben.

Zum besseren Verständnis ist hier eine vereinfachte Darstellung eines Lernzieles, entnommen dem QKN 2006, dargestellt:

Bereich Selbstkompetenz

Lernziel 4: Die Schülerin/ der Schüler geht verantwortungsbewusst mit der eigenen Gesundheit um.

K o m p e t e n z e r w e r b

Fertigkeiten Verhaltensweisen	Datum Hand- zeichen	Datum Hand- zeichen	Datum Hand- zeichen	Datum Hand- zeichen	Datum Hand- zeichen	Datum Hand- zeichen
Grenzt sich kompetenz- und aufgabenbezogen ab						
Arbeitet nach ergonomischen Prinzipien						
Ist sich der Vorbildwirkung in Bezug auf gesunde Lebensweise bewusst						
Reflektiert Gefühle wie Ekel, Angst, Wut, Trauer,..						
Nimmt Entlastungsangebote (Gespräche, Praxisreflexion, Supervision,..) in Anspruch						

Tabelle 3: Lernziel 4 (vgl. o.A., 2006, Kompetenz- und Qualifikationsnachweis, 4).

Der Kompetenz- und Qualifikationsnachweis wurde nach einer Erprobungsphase „über einen kompletten Ausbildungszyklus von 3 Jahren“ (o.A., 2006, kompetenz- und Qualifikationsnachweis, 2) überarbeitet und wird seit 2006 in gekürzter Version verwendet. Er umfasst nur mehr 38 Seiten und 32 Lernziele. Den Teillernzielen sind 12 senkrechte Spalten zum Nachweis des Kompetenzerwerbes gegenübergestellt worden. Jetzt muss nur mehr 1/3 der Teillernziele bestätigt werden, damit das übergeordnete Lernziel beurteilt werden kann. Die Mindestanzahl der zu erreichenden Lernziele je Ausbildungsjahr wurde ebenfalls reduziert (vgl. o.A., 2006, Kompetenz- und Qualifikationsnachweis, 7-8).

Der Beurteilungsbogen wurde nicht verändert, nur bzgl. der Anzahl der Lernziele adaptiert. Die Selbsteinschätzung der SchülerInnen ist obligat. Ein mündliches Zwischengespräch, optimal im Zusammenhang mit einer schriftlichen Zwischenbeurteilung soll cirka in der Halbzeit des Praktikums erfolgen, die Endbeurteilung am Ende des Praktikums.

Zum besseren Verständnis folgt ein Ausschnitt aus dem Qualifikationsnachweis 2006, dem sogenannten Beurteilungsbogen.

z.B: Qualifikationsnachweis: Vereinfachte Darstellung:

Bereich Selbstkompetenz: umfasst die Lernziele 1-4

	Lernziel / Punkte	3	2	1	0
1	Die Schülerin/ der Schüler übernimmt Verantwortung für das Praktikum in Bezug auf (...)				
2	..identifiziert sich mit dem Berufsbild und reflektiert Lernbedingungen				
3	...hält die Kompetenzbereiche gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ein (...)				
4	...geht verantwortungsbewusst mit der eigenen Gesundheit um.				
	SUMME:				

Tabelle 4: Ausschnitt aus dem Beurteilungsbogen (vgl. o.A., 2006, Kompetenz- und Qualifikationsnachweis, 16).

Die Beurteilung erfolgt anhand der Lernziele und der erlangten Leistungsdimension, die in „nicht ausreichen“, „mangelhaft“, „weitgehend“ und „in vollem Umfang“ unterteilt ist. Den Leistungsdimensionen sind die Punkten 0 bis 3 zugeordnet. Die errechneten Gesamtpunkte müssen durch die Anzahl der beurteilten Lernziele

dividiert werden. Die erhaltene Zahl zwischen 0 und 3 ist den jeweiligen Noten „Nicht bestanden“, „Bestanden“, „Gut bestanden“ und „Ausgezeichnet bestanden“ zugeordnet (vgl. o.A., 2002, Kompetenz- und Qualifikationsnachweis, XII-XIII; o.A., 2006, Kompetenz- und Qualifikationsnachweis, 10-11).

Derzeit wird der Kompetenz- und Qualifikationsnachweis wieder überarbeitet. Ziel ist es, einen gemeinsamen KQN für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, der speziellen Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege und der speziellen Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege zu gestalten. Lernziele bzw. Teillernziele, die nur einer bestimmten Ausbildung zuzurechnen sind, werden farblich hinterlegt werden. Der neue KQN soll bereits ab Herbst den neuen SchulanfängerInnen zur Verfügung stehen (vgl. Gruber, 2012).

4.1.3. Die Analyse des Curriculums der sekundären Ausbildungsebene

Die „Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung“ (BGBL I 1997/108, 1285) ist gesetzlich im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich verankert. Unter anleiten versteht man, wie etwas gemacht werden soll und beinhaltet einen lehrenden Aspekt (vgl. Bünting, Karatas, 1996, 73). Leiten wird auch mit Richtung weisen assoziiert (vgl. a.a.o., 711). Begleiten wird im musikalischen Sinne als Unterstützung interpretiert (vgl. dtv-Lexikon, 2006).

Die SchülerInnen sollen also während ihres Praktikums beim Erwerb von Fertigkeiten und Kompetenzen von Pflegepersonen angeleitet, unterstützt und kontrolliert werden. Deshalb ist zu erwarten, dass die Pflegepersonen im Rahmen ihrer Ausbildung auf dieses zukünftige Aufgabengebiet vorbereitet werden.

Daher möchte ich mir anhand des Curriculums (Rottenhofer, 2003) die Inhalte des Unterrichtsfaches „Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene“ näher ansehen.

Das Unterrichtsfach „Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene“ wird in allen drei Ausbildungsjahren unterrichtet und umfasst insgesamt ein Stundenausmaß von 90 Einheiten.

4.1.3.1. Erstes Ausbildungsjahr

Im ersten Ausbildungsjahr sind für die Themen der „Mensch als Individuum“ und „soziales Wesen“ (Rottenhofer, 2003, 469) 50 Unterrichtseinheiten vorgesehen.

Einen Überblick über die Themenschwerpunkte, die ich dem Curriculum 2003 (Rottenhofer, 2003, 469-473) entnommen habe, umfassen folgende Ziele bzw. Qualifikationen:

Thema:	Ziele/Qualifikationen
1. Ausbildungsjahr	Insgesamt 50 Unterrichtseinheiten
Mensch als Individuum	25 Unterrichtseinheiten
Psychologie als Wissenschaft	Grundbegriffe der Psychologie als Wissenschaft kennen, Richtungen der Psychologie, Berufe differenzieren,
Psychologische Grundlagen des Erlebens, Verhaltens, Wahrnehmung,	biologische Grundlagen des Erlebens, Verhaltens; Besonderheit der Wahrnehmungskompetenz
Emotionen	Bedeutung von Emotionen für Verhalten
Bedürfnisse und Motivation	Zusammenhang von Bedürfnissen und Motivation
Gedanken und Einstellungen	Einfluss von Gedanken und Einstellungen auf Verhalten erkennen
Psychologie des Unbewussten	Einfluss des Unbewussten auf Verhalten
Lernen von Verhalten: Nachahmung, Verstärkung, etc	Wege des Lernens von Verhaltensweisen kennen und Bezug zur Pflege herstellen
Lernen und Lernstrategien	Persönliche Lernstrategien entwickeln
Mensch als soziales Wesen	25 Unterrichtseinheiten
Entwicklung über die Lebensspanne	Entwicklung und Reifung des Individuums
Sozialpsychologie	Einfluss, den Menschen auf das Erleben und Verhalten anderer Menschen ausüben
Soziologie als Wissenschaft, Grundbegriffe	Grundbegriffe erläutern, Bedeutung für die Pflege herausarbeiten
Pädagogik als Wissenschaft, Grundbegriffe, Aufgaben, Anwendungsbereiche, pädagogische Haltungen und Prinzipien	Grundbegriffe erläutern, Anwendungsbereiche und deren Bedeutung für die Pflege herausarbeiten Rolle des Pädagogen
Erziehungs- und Führungsstile	Stile charakterisieren, daraus resultierendes Verhalten erarbeiten
Pädagogisches Handeln wie unterrichten, informieren, beraten, anleiten, arrangieren, animieren	Kennzeichen pädagogischen Handelns, Anwendungsmöglichkeiten in der Pflege demonstrieren

Tabelle 5: Themenschwerpunkte des 1. Ausbildungsjahres in Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene (vgl. Rottenhofer, 2003, 469-473).

Das erste Ausbildungsjahr umfasst die meisten Gesamtstunden. Ein großer Anteil der Zeit wird für die Darstellung der Aufgaben, Grundlagen und Anwendungsbereiche der einzelnen Wissenschaften gewidmet. Unter dem Thema „Lernen von Verhalten“ sind als Ziele die klassischen Lerntechniken angegeben. Im Thema „Lernen und Lernstrategien“ geht es um die Gedächtnisleistung, die Merkfähigkeit und die Möglichkeit, die beste eigene Lernstrategie zu entwickeln. Das Thema „Grundformen pädagogischen Handelns“ soll in erster Linie die Kennzeichen der verschiedenen Handlungsvarianten aufzeigen, damit diese differenziert werden können (vgl. a.a.o., 469-473). Durch das Aufzeigen von Anwendungsmöglichkeiten ist lediglich ein Praxisbezug hergestellt.

4.1.3.2. Zweites Ausbildungsjahr

Im zweiten Ausbildungsjahr liegt der Schwerpunkt auf den gesellschaftlichen Einfluss auf die Gesundheit, auf die Entstehung von Krankheit, Krankheitsbewältigung und Handlungsstrategien im professionellen Umfeld in einem Umfang von 20 Unterrichtseinheiten (vgl. Rottenhofer, 2003, 475).

Die didaktische Empfehlung besagt, dass die subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien mit dem Unterrichtsfach „Gesundheitsförderung“ verknüpft werden sollen. Folgende Themenschwerpunkte sind vorgesehen:

Thema:	Ziele/Qualifikationen
2. Ausbildungsjahr	Insgesamt 20 Unterrichtseinheiten
Krankheit, Belastungen und individuelle Bewältigungsstrategien	5 Unterrichtseinheiten
Gesundheit und Krankheit: Modelle, subjektive Krankheitstheorien, Lebensqualität	Unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsbegriffe kennen und subjektiven Einstellungen gegenüberstellen
Belastungsfaktoren, Ressourcen	Psychosoziale Belastungen und Ressourcen erkennen und deren Bedeutung für die Pflege kennen
Krankheitsverlauf, Bewältigungsstrategien (Coping, Compliance, Bewältigung), subjektiver Krankheitsgewinn	Psychosoziale Aspekte des Krankheitsverlaufes und verschiedene Bewältigungsstrategien kennen und erkennen, Konsequenzen für die Interaktion herleiten

Thema:	Ziele/Qualifikationen
Hospitalisation	Ursachen, Kennzeichen, Prophylaxe kennen
Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheitserhaltung, Krankheitsentstehung und Krankheitsverhalten	5 Unterrichtseinheiten
Gesellschaftliche Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit	Gesellschaftliche Einflussfaktoren darstellen
Krankheitsverlauf-Patientenrolle	Soziologische Aspekt kennen
Handlungsstrategien im professionellen System / Unterstützungssystem für Patienten	10 Unterrichtseinheiten
Kultur und Haltung	Patientenmündigkeit diskutieren, Handlungsstrategien besprechen, Konzepte wie Empowerment kennen lernen
Psychosoziale Unterstützungsformen	Bedeutung der verschiedenen psychosozialen Unterstützungsformen erkennen (Familie, medizinisches Personal, professionelle Unterstützung)
Psychologische Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten, Unterstützungsmöglichkeiten aus Sicht der Pflege	Möglichkeiten der psychosozialen Unterstützung kennen
Pädagogische Aufgaben in der Pflege: beraten, informieren, anleiten, schulen, etc.	Im Sinne des Empowerment pädagogische Handlungsleitlinien für die Pflege ableiten

Tabelle 6: Themenschwerpunkte des 2. Ausbildungsjahres in Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene (vgl. Rottenhofer, 2003, 475-479).

In 10 Unterrichtseinheiten sollen die Handlungsstrategien im professionellen System besprochen werden. Ein Unterpunkt ist das Thema der „Pädagogischen Aufgaben in der Pflege“ im „Sinne des Empowerments“ (Rottenhofer, 2003, 479). Empower ist das englische Wort für „ermächtigen“ (Pons, 1987) und Empowerment ist das englische Wort für „Bevollmächtigung, Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung (...)“ (Leo Dictionary Team, 2006). Empowerment zielt auf verschiedene Maßnahmen ab, durch die ein Individuum seine höchst mögliche Autonomie wieder erhält und selbstverantwortlich agieren kann (vgl. Mirza, Overmann, 2008, 568). Bei diesen Maßnahmen kann es sich natürlich um Beratungsgespräche, Schulungen, Informationsgabe und dergleichen handeln. Als Qualifikationsziel ist jedoch nur das Ableiten von Handlungsleitlinien angegeben (vgl. Rottenhofer, 2003, 478). Eine aktive Vermittlungs- und Übungsphase der pädagogischen Aufgaben geht daraus nicht hervor.

Allerdings wird im Glossar des Praxiskataloges ein Handlungsschema folgend definiert: „im Sinne einer Leitlinie zur systematischen Einübung einer Pflegeintervention“ (Rottenhofer, 2003, 76). Das würde bedeuten, dass die Leitlinie den theoretischen Ablauf einer systematischen Einübung beschreibt. Die Übungsphase soll anscheinend während des Praktikums stattfinden.

4.1.3.3. Drittes Ausbildungsjahr

Das dritte und letzte Ausbildungsjahr befasst sich 20 Stunden mit den gesellschaftlichen Entwicklungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen und den daraus resultierende Konsequenzen für die Pflege und ist unterteilt in folgende Themenschwerpunkte (vgl. Rottenhofer, 2003, 481-483):

Thema:	Ziele/Qualifikationen
3. Ausbildungsjahr	Insgesamt 20 Unterrichtseinheiten
Gesellschaftliche Entwicklungen und ihre Folgen für Gesundheit und Krankheit	10 Unterrichtseinheiten
Bevölkerungsentwicklung, -struktur, benachteiligte Gesellschaftsgruppen, Familienstruktur, Rollenbild der Frau, Angehörigenpflege (informelle Pflege), professionelle Pflege,	Schlussfolgerungen für den Pflegebedarf schließen, Zukunftsszenarien für den Pflegebedarf von informeller und professioneller Pflege entwerfen
Behinderung und chronische Erkrankungen	10 Unterrichtseinheiten
Gesellschaftliche Reaktionen, Integration, Lebensqualität	Stellung in der Gesellschaft, Unterstützungssysteme erörtern
Professionelle Hilfe, Laienhilfe, Selbsthilfegruppen	Soziale Rolle von Menschen mit Behinderung/chron. Erkrankung, Folgen für das Selbstverständnis diskutieren
Auswirkungen verschiedener Settings auf Menschen mit einer Behinderung, mit einer chronischen oder onkologischen Erkrankung	Unterschiedliche Settings: Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Pflegeheim, Arbeitsplatz, Familie, Peer Group
Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung, onkologischer Erkrankung, pflegerische Konsequenzen	Psychosoziale Situation verschiedener Menschengruppen verstehen, Konsequenzen auf psychischer, physischer, sozialer und kultureller Ebene

Tabelle 7: Themenschwerpunkte des 3. Ausbildungsjahres in Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene (vgl. Rottenhofer, 2003, 481-483).

Im letzten Ausbildungsjahr sind keine pädagogischen Themen ausgewiesen.

4.1.3.4. Ergebnis der Curriculumanalyse der sekundären Ebene

Ich konnte weder didaktische Themen noch einfache Anleitungsmodelle als Themenschwerpunkte im Curriculum ausfindig machen. Im zweiten Ausbildungsjahr werden zwar pädagogische Aufgaben angesprochen, doch sollen in insgesamt 10 Unterrichtseinheiten auch noch 3 weitere Themen bearbeitet werden. Somit können die pädagogischen Inhalte nur oberflächlich abgehandelt werden.

Aufgrund der Analyse der Themen und Ziele bzw. Qualifikationen im Curriculum kann ich keinen Hinweis finden, dass die SchülerInnen auf die in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallende Aufgabe der Ausbildung und Anleitung Auszubildender ausreichend vorbereitet werden.

4.2. Die Ausbildung auf der tertiären Ebene

Die Akademisierung der Pflegeausbildung ist in Österreich schon lange ein Thema, zählen wir doch diesbezüglich zu den europäischen Schlusslichtern (vgl. Forster, 2000, 55).

Die Bologna-Erklärung im Jahr 1999 hat den Akademisierungsprozess der Pflege vorangetrieben. In der Bologna-Erklärung haben 29 Bildungsminister der Europäischen Union für einen einheitlichen Hochschulraum bis zum Jahr 2010 plädiert. Zur leichteren Vergleichbarkeit der Abschlüsse, soll die Studienarchitektur an das dreigliedrige System – bestehend aus Bachelor, Master und Doktor – angeglichen werden. Erbrachte Leistungen sollen transparent in einem Leistungspunktesystem, dem European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) verglichen werden können (vgl. dtv-Lexikon, 2006; o. A., o.J: Bologna Prozess und Europäischer Hochschulraum; o.A., o.J: Zur Geschichte des Bologna Prozesses).

Des weiteren verfolgt die Bologna-Erklärung noch folgende Ziele: die Förderung der Mobilität der Studierenden, Lehrenden und Forschenden. Dadurch soll die internationale Wettbewerbsfähigkeit und die internationale Beschäftigungsfähigkeit gesteigert werden. Des weiteren soll eine Kooperation im Bereich der

Qualitätssicherung stattfinden (vgl. o.A., o.J: Bologna-Prozess und Europäischer Hochschulraum; o.A. o.J: Informationen zum Bologna-Prozess).

Im Rahmen der Umstrukturierungsprozesse ist das Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien durch ein Bachelorstudium an der Fachhochschule Wien abgelöst worden. Die Master- und Doktoratsstudien sind wieder an der Universität Wien angesiedelt (vgl. o.A., o.J: Studium und Lehre, Institut für Pflegewissenschaft).

Der Fachhochschul-Campus Wien bietet seit 2008 den Bachelor-Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ in Kombination mit einer Berufsberechtigung an (vgl. o.A., o.J: FH-Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege, Überblick).

Die Ausbildung dauert 6 Semester, umfasst 180 ECTS-Credits und wird nur als Vollzeitstudium angeboten. Es sind 18 Unterrichtswochen pro Semester vorgesehen mit festgelegten Unterrichtszeiten zwischen 8 Uhr und 16 Uhr (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege, Studienplan). Die berufspraktische Ausbildung erfolgt in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund und „durch Einverständniserklärungen KAV-externer Praktikumsstellen“ (Ludwig , Engel, 2010, 4). Die Praktika werden zu einem großen Teil in Häusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes absolviert, es sind aber auch Auslandspraktika möglich (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien. Gesundheits- und Krankenpflege, Schwerpunkte).

Ein Masterstudium kann angeschlossen werden (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien. Gesundheits- und Krankenpflege, Studienplan).

4.2.1. Die Aufnahmevoraussetzungen

Wie bei jedem Studium an der Universität ist ein Reifeprüfungszeugnis einer Allgemeinen oder Berufsbildenden Höheren Schule notwendig. Ebenso werden Studienberechtigungsprüfungen oder Berufsreifeprüfungen anerkannt.

Allfällige Zusatzprüfungen bei einer bereits abgeschlossenen einschlägigen Berufsausbildung wird von der Studiengangsleitung entschieden (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege, Bewerbung).

Das Auswahlverfahren muss positiv durchlaufen werden, welches neben der Bewerbung auch einen schriftlichen Aufnahmetest, eine Gruppendiskussion und ein

Aufnahmegespräch beinhaltet. Englischkenntnisse müssen ebenfalls nachgewiesen werden (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege, Bewerbung).

Für AbsolventInnen der Ausbildung zum Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege ist ein Aufbaumodul angedacht (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege, Überblick).

4.2.2. Das Curriculum der tertiären Ebene

Die AbsolventInnen der Ausbildung im tertiären Sektor schließen mit einem Bachelor of Science in Health Studies (Bsc) und der Berufsberechtigung ab und dürfen die Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/Krankenpfleger“ führen (Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 145).

Laut den gesetzlichen Vorgaben, muss auch der Fachhochschul-Bachelorstudiengang die Mindestanforderungen der Ausbildung entsprechen, die zu einer „Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege führen“ (Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 146).

Entsprechend der Richtlinie des europäischen Parlamentes und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen muss die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege „mindestens 3 Jahre oder 4600 Stunden theoretischen Unterricht und klinisch-praktische Unterweisung“ (Richtlinie 2005/36/EG, 40) umfassen, wobei die theoretische Ausbildung zumindestens auf ein Drittel der Stunden entfallen soll. Jedoch soll mindestens die Hälfte der Ausbildungszeit für die praktische Ausbildung verwendet werden (vgl. Richtlinie 2005/36/EG, 40). Die Theorie umfasst daher mindestens 1534 Stunden, wobei eine Stunde 45 Minuten Unterricht entspricht. Die Praxis ist mit mindestens 2300 Stunden vorgesehen, wobei eine Stunde 60 Minuten entspricht (vgl. BGBl II 2008/200, 2).

Durch die asymmetrische Stundenverteilung zwischen Theorie und Praxis, ist der hohe Stellenwert, der der fachpraktischen Bildung eingeräumt wird, klar zu erkennen.

4.2.2.1. Die theoretische Ausbildung

Die Ausbildung an der Fachhochschule soll neben der Fachkompetenz, der sozialkommunikativen Kompetenz und der Selbstkompetenz, die erforderlich sind, um den Beruf der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson auszuüben, auch eine wissenschaftliche Kompetenz vermitteln (vgl. BGBL II 2008/200, 1).

Dazu gehören Basiskenntnisse aus qualitativer und quantitativer Forschung, das Recherchieren, Verstehen, Beurteilen und Umsetzen von praxisrelevanten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Forschungsarbeiten ebenso wie die Formulierung von Hypothesen für pflegerelevante Fragen (vgl. Gesamte Rechtsvorschrift für FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, 2008, 9).

Als Grundvoraussetzung müssen alle lehrenden Personen über eine gewissen pädagogische Eignung verfügen (vgl. BGBL II 2008/200, 4).

An der Fachhochschule dürfen Personen, die über eine positiv abgeschlossene Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege verfügen und eine mindestens 2 jährige einschlägige Berufserfahrung aufweisen können (vgl. BGBL II 2008/200, 4) „berufs- und pflegespezifische“ (BGBL II 2008/200, 4) Themen unterrichten. Personen, die Themen aus dem psychiatrischen Bereich oder dem Kinder- und Jugendbereich vermitteln, müssen eine abgeschlossene Ausbildung in diesen Pflegebereich vorweisen können.

Die „pädagogisch-didaktische Eignung“ (BGBL II 2008/200, 4) ist obligat, eine pädagogische Ausbildung oder eine Sonderausbildung für Lehraufgaben jedoch nicht.

Für den theoretischen medizinischen Bereich werden Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin herangezogen, für den theoretischen pharmazeutischen Bereich auch ApothekerInnen. Des weiteren dürfen für spezielle Bereiche auch Personen mit entsprechender Qualifikation und Berufserfahrung unterrichten (vgl. BGBL II 2008/200, 4).

Die Ausbildung wird entsprechend dem «European Credit Transfer System» (ECTS) in Leistungspunkten ausgewiesen und umfasst 180 ECTS, also 60 ECTS pro akademischen Jahr (vgl. Europäische Gemeinschaften, 2009, 58). Die Europäische Gemeinschaft hat einen sogenannten „ECTS-Leitfaden“ herausgegeben, in dem 1

ECTS einem Arbeitsaufwand von 25 Stunden entspricht (vgl. Europäische Gemeinschaft, 2009, 61). Der Arbeitsaufwand wird dort folgend definiert: „Angabe der Zeit, die die Studierenden in der Regel benötigen, um alle Lernaktivitäten (wie Vorlesungen, Seminare, Projekte, praktische Arbeit, Selbststudium und Prüfungen) zu absolvieren, die sie zum Erzielen der zu erwartenden Lernergebnisse benötigen“ (a.a.o., 37).

Die Ausbildung umfasst 6 Semester zu je 18 Wochen Unterricht inklusive 59 Wochen Berufspraktikum, welches ab dem 1. Semester zu absolvieren ist (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Studienplan). Daraus ergeben sich 16 Wochen Ferien pro Jahr.

Die theoretische Ausbildung umfasst in 6 Semestern folgende Lehrveranstaltungen:

1. Semester

2. Semester

Lehrveranstaltungs- bezeichnung	ECTS	ent- spricht Std.	Lehrveranstaltungs- bezeichnung	ECTS	ent- spricht Std.
Einführung in ausgewählte Theorien, Modelle und Konzepte der Pflege	1,00	25	Gerontologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie	2,00	50
Einführung in den Pflegeprozess	1,00	25	Palliative Care	2,00	50
Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege	4,00	100	Grundlagen der Kommunikation, Gesprächsführung und Konfliktlösung	2,00	50
Pflege im Kontext mit Diagnostik und Therapie	1,00	25	Kommunikation in speziellen Settings	1,00	25
Biologie, Anatomie, Physiologie einschl. Ernährung und Diätetik	4,00	100	Psychologie	1,00	25
Angewandte Hygiene und Infektionslehre	2,00	50	Pädagogik	1,00	25
Allgemeine Pathologie	1,50	37,5	Soziologie	1,00	25
Erste Hilfe	1,50	37,5	Allgemeine Ethik und Ethik in der Pflege	2,00	50
			Geschichte der Pflege	1,00	25
			Allgemeine und berufsspezifische Rechtsgrundlagen	1,00	25
			Ausgewählte Erkrankungen, einschl. Diagnostik und Therapie	2,00	50
SUMME:	16	400	SUMME:	16	400

Tabelle 8a: Überblick über die Lehrveranstaltungen (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Studienplan)

3. Semester

4. Semester

Lehrveranstaltungs- bezeichnung	ECTS	ent- spricht Std.	Lehrveranstaltungs- bezeichnung	ECTS	ent- spricht Std.
Pflege in speziellen Situationen 1	3,00	75	Gesundheitsförderung und Prävention	2,00	50
Pflege im Kontext mit Diagnostik und Therapie 2	1,00	25	Pflegeepidemiologie	1,00	25
Pflegeklassifikations- systeme	1,00	25	Pflege in speziellen Situationen 2	3,00	75
Gesundheitsfördernde berufsspezifische Ergonomie	1,00	25	Fallstudien	1,00	25
Gerontologische Pflege ILV	2,00	50	Leben mit chronischer Krankheit	2,00	50
Pharmakologie und Toxikologie VO	1,50	37,5	Familien- und Gemeindepflege	2,00	50
Sexualität, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neugeborenenpflege ILV	1,00	25	EBN_Grundlagen (Bachelorarbeit 1)	3,00	75
Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten ILV	2,00	50	EBN-Projektarbeit	4,00	100
Einführung in die Pflegewissenschaft und Pflegeforschung VO	1,00	25	Statistik	1,00	25
Fachenglisch und engl. Fachliteraturarbeit UE	2,00	50	Quantitative und qualitative Forschung	2,00	50
Ausgewählte Erkrankungen, einschl. Diagnostik und Therapie 2	2,50	62,5	Ausgewählte Erkrankungen, einschl. Diagnostik und Therapie 3	3,00	75
SUMME:	18	450		24	600

Tabelle 8b: Überblick über die Lehrveranstaltungen (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Studienplan)

5. Semester

Das 5. Semester ist ein reines Praktikumsemester.

6. Semester

ohne Semesterzuordnung: Wahlpflicht- und Wahlfächer

Lehrveranstaltungs- bezeichnung	ECTS	ent- spricht Std.	Lehrveranstaltungs- bezeichnung	ECTS	ent- spricht Std.
Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens	1,00	25	Schulungs-, Vermittlungs- und Beratungsprogramme in der PatientInnen- und Familienedukation	4,00	100
Führung und Organisation in der Pflege, einschl. Case- und Caremanagement	2,00	50	Pflege spezifischer Patientengruppen mit Gesundheitsproblemen 2	4,00	100
Qualitäts- und Projektmanagement	1,00	25	Klinische Pflegeforschung	4,00	100
Informatik im Gesundheitswesen	1,00	25			
Grundlagen der Beratung	1,00	25			
Beratungstechniken und Methoden in der Pflege	3,00	75			
Beratungspraktikum	2,00	50			
Pflege spezifischer Patientengruppen mit Gesundheitsproblemen 1 (Bachelorarbeit 2)	5,00	125			
Summe:	16	400	SUMME:	12	300

Tabelle 8c: Überblick über die Lehrveranstaltungen (vgl. o.A. o.J: FH Campus Wien. Studienplan)

4.2.2.2. Die praktische Ausbildung

Entsprechend den Mindestanforderungen der europäischen Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG) müssen 2300 Stunden auf die praktische Ausbildung entfallen.

Zumindest 1060 Stunden davon sollen auf den Akutbereich (vgl. BGBL II 2008/ 200: FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – FH-GuK-AV. Anlage

5, 9) entfallen. In der folgenden Übersichtstabelle sind die Pflichtpraktika je Fachbereich aufgelistet:

Ausbildungseinrichtung	Schwerpunkt	Stunden
Akutkrankenanstalt	Akutpflege im operativen Fachbereich	mindestens 1060
Akutkrankenanstalt	Akutpflege im konservativen Fachbereich	
Akutkrankenanstalt	Akutpflege im gynäkologischen Fachbereich	
Akutkrankenanstalt	Akutpflege im pädiatrischen Fachbereich und/oder im psychiatrischen Fachbereich	
Einrichtungen, die der stationären/teilstationären Betreuung pflegebedürftiger, alter sowie psychisch kranker Menschen dienen	Langzeitpflege	maximal 780
Einrichtungen/Organisationen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste und soziale Dienste anbieten	Mobile Pflege	
Einrichtungen, die Gesundheitsvorsorge oder Rehabilitation anbieten	Prävention und Rehabilitation	
Öffentlicher Gesundheitsdienst		maximal 320
Freiberuflich tätige Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege		
Ordinationen und Praxisgemeinschaften im niedergelassenen Bereich		
Betreuungseinrichtungen oder dgl. sofern ein Bezug zur Gesundheits- und Krankenpflege gegeben ist		
Nach Wahl des Schülers/der Schülerin		mindestens 140

Tabelle 9: Übersicht der Vorgaben der Praktikumsplätze für praktische Ausbildung lt. den Mindestanforderungen (vgl. BGBL II 2008/200: FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – FH-GuK-AV. Anlage 5, 9).

Das Üben von fachpraktischen Fertigkeiten entsprechend dem Ausbildungsstand soll zur Gewährung der Patientensicherheit in Lehrstationen, Skillslabs oder dergleichen vorab trainiert werden (vgl. BGBL II 2008/200, 3).

Der FH-Campus Wien kann durch eine Kooperationsvereinbarung mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund und durch „Einverständniserklärungen KAV-externer Praktikumsstellen“ (Ludwig, Engel, 2010, 4) Ausbildungsstellen für die praktische Ausbildung anbieten.

Diese sollen strukturell geeignet sein: d.h. über „qualitative und quantitative Personal- und Sachausstattung“ verfügen „die für die Vermittlung der (...) Kompetenzen an die Studierenden“ (BGBL II 2008/200, 3) erforderlich sind.

In pflegespezifischen Praktika soll die anleitende Person dem gehobenen Dienst der der Gesundheits- und Krankenpflege angehören. Die Anleitende soll eine mindestens 2-jährige fachspezifische Berufserfahrung vorweisen können und über eine pädagogisch-didaktische Eignung für die Vermittlung der Kompetenzen verfügen (vgl. BGBL II 2008/200, 3-5). Des Weiteren sollen zur Sicherung der Ausbildungsqualität ausgebildete PraxisanleiterInnen am Praktikumsort zur Verfügung stehen (vgl. Ludwig, Engel, 2010, 5).

Die Praktika sollen so gestaltet sein, dass ein praxisorientiertes Lernen ermöglicht wird und der Theorie-Praxis-Transfer kontinuierlich unterstützt wird (vgl. BGBL II 2008/200, 3). Die Lehrpersonen der Fachhochschule begleiten die Auszubildenden vor, während und nach dem Praktikum in Form von Einführungsgesprächen, Praxisreflexion und Supervision, damit diese ihren eigenen „fachlichen und persönlichen Lernprozess“ (Engel, 2010, 4) analysieren können.

Für die kontinuierliche Umsetzung des theoretisch Erlernten in die Praxis, sind die Praktika gleichmäßig über alle 6 Semester aufgeteilt, wobei das 5. Semester ein reines Praxissemester (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Studienplan) ist.

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht der Praktika pro Semester inklusive Umrechnung der ECTS in Stunden:

Semester	Praktikum / Praktikumsreflexion	ECTS	entspricht Stunden
1	Praktikum 1	13,5	337,5
1	Einführung & Reflexion 1	0,5	12,5
2	Praktikum 2	13,5	337,5
2	Einführung und Reflexion 2	0,5	12,5
3	Praktikum 3	11,5	287,5
3	Einführung & Reflexion 3	0,5	12,5
4	Praktikum 4	5,5	137,5
4	Einführung & Reflexion 4	0,5	12,5
4	EBN-Projektarbeit	4	100,0
5	Praktikum 5	14,5	362,5
5	Einführung & Reflexion 5	0,5	12,5
5	Praktikum 6	14,5	362,5
5	Einführung & Reflexion 6	0,5	12,5
6	Praktikum 7	9,5	237,5
6	Einführung & Reflexion 6	0,5	12,5
6	Beratungspraktikum	2	50,0
SUMME:		92	2300

Tabelle 10. Übersicht über die Praktika (vgl. Engel, 2010, 1).

Obwohl es sich bei der Evidence Based Nursing (EBN) - Projektarbeit um eine schriftliche Auseinandersetzung mit einem Beispiel aus der Praxis handelt, anhand dessen die methodischen Schritte von EBN erarbeitet werden sollen, wird es stundenmäßig im Umfang von 100 Stunden der praktischen Ausbildung zugeordnet. Die Lehrveranstaltung „Praxisreflexion“ dient einerseits zur Vorbesprechung eines Praktikums, andererseits zur Besprechung während oder nach einem absolvierten Praktikumseinsatz. Im Vorfeld soll der Ablauf, die Ziele, die Dokumentation des Praxiseinsatzes besprochen werden. Die Besprechungen während oder nach dem Praktikum sollen zur Reflexion von bestimmten Praktikumssituationen dienen als auch lernfördernde oder lernhemmende Faktoren aufzeigen (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Studienplan. Link zur Lehrveranstaltung Praktikum 1 – Einführung und Reflexion SE). Die in 3 Jahren anfallenden 75 Stunden von „Einführung und Reflexion“ werden ebenfalls in die praktische Ausbildungszeit eingerechnet.

4.2.2.3. Der Praxiskompetenzkatalog, Handbuch für Studierende

Die Dokumentation des Kompetenzerwerbes ist auch für die tertiäre Ausbildungsebene verpflichtend. Angelehnt an den Kompetenz- und Qualifikationsnachweis des Wiener Krankenanstaltenverbundes, der zu Beginn des Studiums verwendet wurde, wurde im Sommer 2011 ein eigenes Praktikumshandbuch entwickelt (vgl. Engel, 2011, Vorwort).

Der Kompetenzkatalog umfasst circa 40 Seiten. Die darin enthaltenen Lernziele sind den Bereichen sozial-kommunikative Kompetenzen, Selbstkompetenzen und fachlich-methodische Kompetenzen zugeordnet (vgl. Ludwig, Mayer, 2011, 3, 7, 13). Der sozial-kommunikativen Kompetenz sind vier und der Selbstkompetenz sind fünf Lernziele zugeordnet. Die fachlich-methodische Kompetenz ihrerseits ist unterteilt in „Individuumsbezogene Kompetenzen gegenüber PatientInnen/KlientInnen/BewohnerInnen/Angehörigen“ (Ludwig, Mayer, 2011, 12), die zwölf Lernziele enthält, in „Organisationsbezogene Kompetenzen“ (a.a.o.:29), die drei Lernziele beinhaltet und in „Gesellschaftsbezogene Kompetenzen“ (a.a.o., 33), die in 5 Lernziele unterteilt sind. Die Wissenschaftlichen Kompetenzen enthalten nur ein Lernziel (vgl. Ludwig, Mayer, 2011, 38). Die Lernziele ihrerseits sind in kleinere Teillernziele von Fertigkeiten und Kompetenzen unterteilt. Jedem waagrecht angeführten Teillernziel sind 6 senkrechte Spalten zugeteilt, 3 davon sind für Handzeichen (Kurzform der Unterschrift) vorgesehen.

Zum besseren Verständnis folgt hier eine Darstellung eines Lernzieles aus dem Praxiskompetenzkatalog anhand des Beispiels „Selbstkompetenz“.

Bsp.: Selbstkompetenz

5. Der/die Studierende kennt die persönlichen Möglichkeiten und Grenzen und reflektiert erlebte Situationen

Fertigkeiten Verhaltensweisen	angeleitet	HZ	teilweise angeleitet	HZ	selbst- ständig	HZ
grenzt sich kompetenz- und aufgabenbezogen ab						
reflektiert Gefühle wie Ekel, Angst, Wut, Trauer,...						
Nimmte Entlastungsangebote (Gespräche, Praxisreflexion, Supervision,...) in Anspruch						
reflektiert Lernbedingungen						
erkennt den Unterschied zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung						

Tabelle 11 Selbstkompetenzen, Lernziel 5 (Ludwig, Mayer, 2011: Praxiskompetenzkatalog, 11).

Eine schriftliche Zwischenbeurteilung in Rahmen eines Gespräches soll nach der Hälfte des Praktikums stattfinden (vgl. Ludwig, Engel, 2010, 6), damit der/die StudentIn die eigenen Stärken und Schwächen kennen lernt und die Möglichkeit erhält, sich zu verbessern. Etwaige Ergänzungen zum Zwischengespräch können schriftlich direkt am Beurteilungsbogen vermerkt werden (vgl. Mayer, 2011, 5).

Die erworbenen Kompetenzen und Fertigkeiten werden anhand des Beurteilungsbogens bewertet. Es kommt hierbei das bereits aus der Schule bekannt Notensystem von 1 bis 5 zur Anwendung, die folgend definiert werden: Die Note „Sehr gut (1)“ soll gegeben werden, wenn „die Leistungen und Fähigkeiten unter geringer Anleitung den Anforderungen in besonderem Maße entsprechen“ (Mayer, 2011, 2). Entspricht der/die StudentIn den Anforderungen nur „voll“ (Mayer, 2011, 2), soll ein „Gut (2)“ gegeben werden. Sind zur Erreichung der gestellten Anforderung gezielte Hilfestellungen notwendig, soll die Note „Befriedigend (3)“ gewählt werden. Ein „Genugend (4)“ weist auf Mangels hin, doch der/die StudentIn entspricht unter erheblicher Hilfestellung den Anforderungen, falls das nicht zutrifft, soll ein „Nicht Genugend (5)“ erteilt werden (vgl. Mayer, 2011, 2).

Von den insgesamt 30 Lernzielen sind nur 28 am Beurteilungsblatt ausgewiesen. Der/die StudentIn soll sich im Rahmen der Endbeurteilung selbst einschätzen.

Zum leichteren Verständnis ist in der folgenden Tabelle das Beispiel der Selbstkompetenz dem Beurteilungsblatt (Mayer, 2011, 3) entnommen:

Bsp. Selbstkompetenzen

	Selbst- einschätzung	Fremd- einschätzung	
Schätzt den eigenen Wissensstand und die eigene Leistung ein	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	Fehleinschätzung des eigenen Wissensstandes und der eigenen Leistung
Ist aktiv bemüht, sich neues Wissen und Informationen anzueignen und findet dafür geeignete Strategien	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	Zeigt kaum Initiative und Engagement, sich aktiv Wissen und Informationen anzueignen und wendet inadäquate Strategien an
Erfüllt übertragene Aufgaben verantwortungsvoll, reflektiert und zuverlässig	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	Unreflektierte, verantwortungslose bzw. unzuverlässige Aufgabenerfüllung
Lernt aus eigenen Erfahrungen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	Lernt nicht aus eigenen Erfahrungen
Kennt die persönlichen Möglichkeiten und Grenzen und reflektiert erlebte Situationen	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	Verkennt die persönlichen Möglichkeiten und Grenzen und reflektiert erlebte Situationen nicht
Summe:			

Tabelle 12: Beurteilung der praktischen Ausbildung (Mayer, 2011, 3).

Bei jedem Lernziel ist eine Note zu ermitteln, sofern es als Praktikumsziel gewählt wurde. Leider konnte ich weder im Praxiskompetenzkatalog (Mayer, 2011) noch im Praxishandbuch 2 (Ludwig, Engel, 2012) nähere Erläuterungen finden, wie viele Ziele gewählt werden müssen oder sollen. Die Endnote wird durch die Division der Gesamtsumme der Noten durch die Anzahl der Praktikumsziele ermittelt (vgl. Mayer, 2011, 5). Wenn die erste Kommastelle auf eine Zahl größer als 5 endet, wird die bessere Note gewählt, wenn sie kleiner als 5 ist wird auf die schlechtere Note abgerundet (vgl. Mayer, 2011, 5). Insgesamt wirkt der Beurteilungsbogen durch das klassische Schulnotensystem einfacher. Im Praxishandbuch ist der Kompetenzzuwachs durch die Unterteilung „angeleitet, teilweise angeleitet“ und „selbstständig“ (Ludwig, Mayer, 2011, 3) sehr verkürzt dargestellt.

4.2.3. Die Analyse des Curriculums der tertiären Ausbildungsebene

Da die Absolventinnen der Fachhochschule für Gesundheits- und Krankenpflege laut dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich die nächste Generation an Pflegekräften anleiten muss, sollte sich diese Kompetenz im Ausbildungscurriculum abbilden.

Im BGBL I 2008/200 lautet es in der Anlage 1 folgend: „Der Absolvent/die Absolventin erfüllt die pädagogische Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege wie insbesondere Anleitung, Beratung und Schulung anhand von Erkenntnissen und Methoden der Erziehungs- und Bildungswissenschaft sowie der Sozial- und Humanwissenschaft“ (BGBL II 2008/200, Anlage 1, 1).

Die Aufgabe der Beratung und Schulung interpretiere ich als Präventionsmaßnahme und als Gesundheitsförderung, die normalerweise die PatientInnen erfahren. Ebenso kann die Anleitung im diesem Sinne ausgelegt werden.

Weiters heißt es dort: „Der Absolvent/die Absolventin kann Auszubildende unterschiedlicher Qualifikationsniveaus in der Gesundheits- und Krankenpflege zielorientiert sowie systematisch anleiten und die jeweiligen Lernergebnisse evaluieren“ (BGBL II 2008/200, Anlage 1, 2).

Daher möchte ich – genauso wie auf der sekundären Bildungsebene – die Ausbildungsinhalte der Fächer „Pädagogik“, „Psychologie“ und „Soziologie“ näher betrachten, die auf der Fachhochschule getrennt unterrichtet werden.

Leider war es mir trotz mehrerer Mailanfragen an die Fachhochschule Wien für Gesundheits- und Krankenpflege nicht möglich, das Curriculum zu erhalten. Ich wurde auf die Homepage des FH Campus Wien, Gesundheits- und Krankenpflege zum Studienplan verwiesen, der zu den jeweiligen Unterrichtsfächern einen Link anbietet, wodurch man einen kurzen Einblick auf die Ausbildungsinhalte erhalten kann.

Die Ziele und Inhalte der jeweiligen Lehrveranstaltung sind in den nachfolgenden Tabellen zur besseren Übersicht dargestellt.

4.2.3.1. Pädagogik

Pädagogik wird im 2. Semester unterrichtet und umfasst 1 ECTS, das 25 Stunden Arbeitsaufwand entspricht.

Ziele	Inhalte
Begriffsvielfalt von Erziehung, Bildung und Fachbereiche der wissenschaftlichen Pädagogik kennen	Begriffe klären, Strukturen der wissenschaftlichen Pädagogik
Erziehungsstile kennen und deren Auswirkung auf Erzieher und Heranwachsende kennen	Erziehungsstile und ihre Konsequenzen
Zusammenhänge zwischen Erziehungs-, Ausbildungszielen und beruflicher Handlungskompetenz reflektieren	Erziehungsziele, Ausbildungsziele, berufliche Kompetenzen
Pflegepädagogisches Aufgabengebiet der Pflege kennen	Pflegepädagogische Aufgaben aufzeigen, Erziehungsarbeit in der Pflege
Stressreaktionen und Burn out erkennen, Methoden der Stressbewältigung	Stress, Burn out, Stressbewältigung

Tabelle 13a: Übersicht über die Ziele und Inhalte des Unterrichtsfaches Pädagogik der FH (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Studienplan: Pädagogik VO).

4.2.3.2. Psychologie

Psychologie wird im 2. Semester unterrichtet und umfasst 1 ECTS, das 25 Stunden Arbeitsaufwand entspricht.

Ziele	Inhalte
Einführung in die Psychologie	Psychologie als Wissenschaft, Unterschiede zwischen Psychologie und Psychotherapie kennen; behavioristische, tiefenpsychologische und humanistische Konzepte; Wahrnehmung, Erleben und Verhalten
Einfluß und Möglichkeiten der Psychologie im Zusammenhang mit der Pflege und dem Krankheitsverlauf	Krankheitserleben (Gefühle) und -verhalten, Attributionen, Phasen des Krankheitsverlaufs, -verarbeitung, Coping, chronische Krankheit und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten,
Gesundheitspsychologische Interventionsformen akzeptieren	Psychoonkologie Psychotraumatologie präventive gesundheitspsychologische Interventionsformen und Forschungsansätze kennen

Tabelle 13b: Übersicht über die Inhalte des Unterrichtsfaches Psychologie der FH (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Studienplan: Psychologie VO).

4.2.3.3. Soziologie

Soziologie wird im 2. Semester unterrichtet und umfasst 1 ECTS, das 25 Stunden Arbeitsaufwand entspricht.

Ziele	Inhalte
Grundbegriffe der Soziologie (Werte, Normen, Rollen), Bezug zur Pflege herstellen	Arbeitssoziologie, Berufssoziologie, Berufsrolle, soziale Ressourcen, Einflussfaktor des sozialen Milieu,
Verknüpfung von Erfahrungen mit theoretischen Erkenntnissen und Bezug zur Pflege herstellen	Rolle und Status des Patienten, Umgang mit Macht, Hilfe und Kontrolle in der Pflege, Aufgaben der klinischen Sozialarbeit
Grundbegriffe der Medizinsoziologie und der Gesundheitssoziologie, Bedeutung für die Pflege kennen	Pflegeaspekte aus den Bereichen der Medizinsoziologie und Gesundheitssoziologie, Erkenntnisse aus den Forschungsbereichen der Sozialepidemiologie, Public Health und Gesundheitsökonomie
Einfluss der Gesellschaft auf die Gesundheit, Krankheit und den Krankheitsverlauf	Krankenhaus als Gesundheitsunternehmen, Ökologie, Bürokratie, Organisationskultur, Konzepte von Case- und Entlassungsmanagement, gesellschaftliche Steuerung, politische Eingriffe

Tabelle 13c: Übersicht über die Inhalte des Unterrichtsfaches Soziologie der FH (vgl. o.A., o.J: FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Studienplan: Soziologie VO).

4.2.3.4. Das Ergebnis der Curriculumanalyse der tertiären Ausbildungsebene

Ausschließlich im Unterrichtsfach Pädagogik werden pädagogische Aspekte erläutert. Den StudentInnen sollen pflegepädagogische Aufgabenbereiche näher gebracht werden, jedoch sind diese im Studienplan nicht näher aufgelistet worden. Da auch allgemeine pädagogische Inhalte in diesen 25 ECTS entsprechenden Lehrveranstaltung besprochen werden sollen, können diese Themen nicht sehr intensiv bearbeitet werden. Didaktik ist auch im Fachhochschulcurriculum nicht als Unterrichtsfach oder Thema ausgewiesen. Daher komme ich zum Schluss, dass auch die FachhochschulabsolventInnen nicht adäquat auf die in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallende Aufgabe der Ausbildung und Anleitung Auszubildender ausreichend vorbereitet werden.

4.3. Vergleich der sekundären mit der tertiären Ausbildungsvarianten

Die gesetzlichen Vorgaben bzgl. des Inhaltes, des Stundenumfanges der theoretischen und praktischen Ausbildung muss natürlich von beiden Ausbildungsstätten erfüllt werden.

Die Ausbildung auf der tertiären Bildungsebene hat im theoretischen Bereich mehr Stunden, die sich durch den Schwerpunkt der wissenschaftlichen Ausbildung erklären lässt. Im Gegensatz dazu ist die praktische Ausbildung sehr knapp bemessen und inkludiert insgesamt 175 Stunden, die nicht direkt in der Praxis absolviert werden. Diese stammen aus der EBN-Projektarbeit und der Praxisreflexion. Weitere 50 Stunden werden in Form eines Beratungspraktikums erworben, welches nicht getrennt zu absolvieren ist, sondern als „praktisches Training im Rahmen des Berufspraktikums“ (o.A., o.J: FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege: Studienplan: Beratungspraktikum PR) durchzuführen ist. Das bedeutet, dass diese Praxisstunden bereits im eigentlichen Praktikum inkludiert sind. Der Umfang von 2 ECTS (50 Stunden) ergibt sich aus der Aufgabenstellung, ein Beratungsgespräch als Bericht schriftlich zu dokumentieren. Das heißt, es werden maximal 1975 Stunden tatsächlich im Pflegebereich gearbeitet.

	Richtlinie d. Europäischen Parlaments	Sekundäre Ebene	Tertiäre Ebene
Gesetzliche Vorgaben insgesamt	4600		
Theoretische Ausbildung	mind.1534	2000	2250 exkl. Wahlfach
Praktische Ausbildung	mind. 2300	2480 inkl. 40 Stunden angeleitetes Praktikum	2300 inkl. Einführung & Praxisreflexion & EBN- Projektarbeit
Schulautonomer Bereich		120	

Tabelle 14: Vergleich der Ausbildungsstunden

Die Ausbildung auf der tertiären Ebene sieht kein angeleitetes Praktikum durch ausgebildete Lehrpersonen vor, sondern erwartet, dass am Praktikumsort fachlich und pädagogisch kompetentes Personal zur Verfügung steht (vgl. Ludwig, Engel, 2010, 5). Die Ausbildungsempfehlungen des europäischen Parlaments (vgl. Richtlinie 2005/36/EG, Artikel 31) über das Stundenausmaß der theoretischen Ausbildung werden um mehr als 1/3 überschritten.

Das Anleiten und Ausbilden der nächsten Generation von SchülerInnen ist in beiden Curricula nicht berücksichtigt. Daher ist die Qualität der fachpraktischen Ausbildung zu einem hohen Prozentsatz eine Glückssache, wie kompetent die anleitende Person am jeweiligen Praktikumsort ist.

Es ist davon auszugehen, dass ein einheitliches Qualitätsniveau der fachpraktischen Bildung so nicht gewährleistet werden kann.

4.4. Ausbildung zur/zum LehrerIn für Gesundheits- und Krankenpflege

Lehraufgaben fallen laut dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) §17 in den erweiterten Tätigkeitsbereich (vgl. BGBL I 1997/108, 1286), der eine Sonderausbildung erfordert. Die Übernahme von Lehraufgaben an einer Schule für

Gesundheits- und Krankenpflege bedarf einerseits einer mindestens 2-jährigen einschlägigen Berufspraxis bei Vollzeitbeschäftigung (vgl. BGBL I 1997/108, 1286) und andererseits einer Sonderausbildung für Lehraufgaben entsprechend §71 des GuKG oder einer gleichwertigen Ausbildung gemäß der Gleichhaltungsverordnung des §65a des GuKG (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 265-266).

Entsprechend der Gleichhaltungsverordnung sind inhaltlich gleichwertige Ausbildungen wie „Universitätslehrgänge gemäß Universitäts-Studiengesetz UniStG, BGBL I 1997/48 und gemäß Universitätsgesetz 2002, BGBL I 120 (...) der Sonderausbildung für Lehraufgaben (...) gemäß §65 Abs. 1 gleichzuhalten“ (Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 248-249).

Leider nimmt die Sonderausbildung für Lehraufgaben in der universitären Bildungslandschaft eine Sonderstellung ein. Sie umfasst 1600 Stunden, die umgerechnet cirka 64 ECTS – also etwas mehr als einem akademischen Jahr (vgl. Europäische Gemeinschaften, 2009, 11) – entsprechen und schließt daher mit keinem anerkannten akademischen Bildungsgrad ab, sondern mit einem Diplom.

Zu den Aufgaben von Lehrpersonen gehört nicht nur die Planung und Durchführung des theoretischen Unterrichtes in den jeweiligen Sachgebieten und die Abnahme von Prüfungen, sondern auch die praktische Ausbildung „in fachlicher, methodischer und didaktischer Hinsicht“ (BGBL II 2005/452, 3). Die Evaluierung des Unterrichtes und der Prüfungen gehören ebenso zum Aufgabengebiet als auch die Erstellung von Lehr- und Stundenplänen (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 136-137).

Die dafür nötigen Kompetenzen sollen im Rahmen der „Sonderausbildung für Lehraufgaben“ (BGBL II 2005/453, 2) erworben werden. Diese soll zumindestens 1 Jahr dauern und mindestens 1600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung umfassen (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 265) und schließt mit einem Diplom ab (vgl. BGBL II 2005/453, 3). Die erfolgreiche Absolvierung der Ausbildung berechtigt zum Tragen der Zusatzbezeichnung „LehrerIn für Gesundheits- und Krankenpflege“ (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2012, 82).

4.4.1. Die Curriculumanalyse der Sonderausbildung für Lehraufgaben

Die Inhalte der Ausbildung sind in verschiedene Themenbereiche gegliedert und sollen „in Form von Lernfeldern vermittelt“ (BGBL II 2005/453, 2) werden. Die Sonderausbildung soll allgemeine sozial-kommunikative und wissenschaftliche Kompetenzen vermitteln als auch Pädagogische, die in Theorie und Praxis erworben werden sollen.

Die Themenbereiche sind aus didaktischen Gründen in 7 Lernfeldern organisiert. Zur leichteren Übersicht sind diese in nachfolgender Tabelle zusammengefasst:

	Inhalt	Stunden
Lernfeld I	Person, Interaktion, Kommunikation	200
Lernfeld II	Gesundheit, Krankheit, Gesellschaft	100
Lernfeld III	Wissenschaft & Beruf	300
Lernfeld IV	Lehren & Lernen	370
Lernfeld V	Bildungsmanagement	150
Lernfeld VI	Einrichtungsautonomer Bereich	180
Lernfeld VII	Praktikum	300
SUMME:		1600

Tabelle 15: Vereinfachte Darstellung der Inhalte der Sonderausbildung und Stundenübersicht (vgl.: Gliederung der Sonderausbildungen für Lehraufgaben und für Führungsaufgaben, BGBL II 2006/456, Anlage 1, 1).

Aufgrund meines Themas interessiert mich insbesondere das Lernfeld IV, welches Lehren und Lernen zum Thema hat und das Lernfeld VII, das Praktikum.

Das Lernfeld Lehren und Lernen ist in 2 Teile aufgegliedert. Der erste Teil umfasst 220 Stunden mit einem pädagogischen und didaktischen Schwerpunkt. Der zweite Teil im Umfang von 150 Stunden beinhaltet die fachdidaktische Gestaltung von theoretischen und praktischen Unterricht.

Das Praktikum soll dazu dienen, erworbene Kenntnisse aus dem Unterricht in die Praxis umzusetzen (vgl. BGBL II 2006/456, Anlage 3, 6-9).

Die nachfolgende Tabelle soll die Inhalte und zu erwerbende Kompetenzen vereinfacht darstellen:

Lehren und Lernen Teil I (220 Stunden)

Lehren und Lernen Teil I (220 Stunden)	Kompetenzen
<p>Erschließung der Praxiswirklichkeit der Auszubildenden</p> <p>Qualifizierung für die wissenschaftliche Begründung, Planung, Durchführung und Auswertung des Unterrichts</p> <p>Lernprozesse organisieren</p> <p>Schwerpunkte: Grundlagen der Erziehungswissenschaft Einführung in die Pädagogik, Erwachsenenbildung, Berufspädagogik, Pflegepädagogik Didaktik und Methodik, Mediendidaktik Pädagogische Psychologie Soziologie Leistungsbeurteilung und die Rolle des/der Lehrers/Lehrerin im dualen Ausbildungssystem.</p>	<p>Aus beruflichen Anforderungen Qualifikationserfordernisse und Lernziele ableiten und in Unterrichtsinhalte nach didaktischen Gesichtspunkten bündeln, strukturieren und aufbereiten und einen Zusammenhang zwischen theoretischem Unterricht und praktischer Ausbildung herstellen.</p> <p>lernpsychologische Erkenntnisse zielgruppenorientiert im Lehr-/Lernprozess umsetzen</p> <p>Auf Basis eines didaktisch-methodischen Handlungsrepertoires Unterricht, Lehrauftritte und Leistungsbeurteilung in Theorie und Berufspraxis selbstständig planen, durchführen und evaluieren.</p>
Lehren & Lernen, Teil II (150 Stunden)	Kompetenzen
<p>sachlogischen Aufbau von Unterrichtsinhalten</p> <p>praxisnaher Unterricht</p> <p>Schwerpunkt: Planung, Durchführung und Evaluierung des theoretischen und praktischen Unterrichts (angeleitetes Praktikum) nach fachdidaktischen Prinzipien</p>	<p>Wissenschaftliche Erkenntnisse für den Pflegeunterricht nutzbar machen und inhaltliche Schwerpunkte sachlogisch aufbauen</p> <p>Lehrinhalte und Zieldimensionen vor dem Anforderungsprofil „Pflege“ auswählen und für den Unterricht in Theorie und Praxis legitimieren Für die Berufspraxis relevante Fertigkeiten lehren und trainieren Unterricht planen, durchführen und reflektieren.</p>
Praktikum (300 Stunden)	Kompetenzen
<p>Durch gezielte Aufgabenstellungen sollen die beruflichen und die schulbetrieblichen Rahmenbedingungen für LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege an verschiedenen Schularten kennen gelernt werden</p> <p>Beobachtung und Reflexion von Unterricht anhand pädagogisch-didaktischer Kriterien Planung, Gestaltung und Reflexion des eigenen Unterrichtes</p>	<p>Theoretisch erworbenes Wissen zur Unterrichtsgestaltung in die Praxis umsetzen</p> <p>Gewonnene Erfahrungen aus anderen Schuleinrichtungen anwenden</p> <p>Lerngruppen begleiten, experimentelles Lernen durchführen</p> <p>Praktika anleiten</p>

Tabelle 16: Vereinfachte Darstellung der Inhalte der Lernfelder IV und VII (vgl. BGBL II 2006/456, Anlage 3, 6-9).

4.4.2. Das Ergebnis der Curriculumanalyse

Mit insgesamt 670 Stunden ist dem Lehren und Lernen in Theorie und Praxis mehr als ein Drittel der Ausbildungszeit gewidmet. Die Schwerpunkte des Lernfeldes „Lehren und Lernen“ beinhaltet die Pflegepädagogik, Didaktik und Methodik mit dem Ziel, dass die zukünftigen LehrerInnen die erforderlichen Lernziele in einer didaktisch-methodisch geeigneten Form den Auszubildenden in Theorie und Praxis vermitteln. Es ist nach Durchsicht und Analyse der Themen des Curriculums davon auszugehen, dass sie auf diese Aufgabe gut vorbereitet werden, sofern sie während ihres eigenen Praktikums auf geeignete AusbilderInnen treffen.

4.5. Die Weiterbildung zum/zur PraxisanleiterIn

Die Ausbildung zum/zur Praxisanleiter/in fällt unter den gesetzlichen Begriff der Weiterbildung.

Laut dem §64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes haben Weiterbildungen einen Ausbildungszeitraum von mindestens 4 Wochen und zumindest 160 Stunden zu umfassen und sind mit einer Prüfung abzuschließen. Nach dem positiven Abschluss der Weiterbildung darf eine entsprechende Zusatzbezeichnung geführt werden. Der Aufgaben- und Tätigkeitsbereich bleiben unverändert, da die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten nur das Basiswissen, das bereits in der Grundausbildung erworben wurde, erweitern und die Qualität steigern (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 243-244; BGBL II 2006/453 Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung – GuK-WV, 4).

Im Gesetz sind weder Themen noch Sachgebiete der Weiterbildung genauer spezifiziert, sodass das Stundenausmaß als auch die Ausbildungsinhalte je nach Ausbildungsanbieter und Bundesland differieren.

4.5.1. Die Curriculumanalyse

Der Wiener Krankenanstaltenverbund bietet die Ausbildung disloziert von der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen in einem Umfang von 440 Stunden an.

Nach dem nachfolgenden Lehrplan wird seit dem Jahr 2007 unterrichtet:

LEHRPLAN	STUNDEN
Pädagogische Psychologie	26
Allgemeine und angewandte Berufspädagogik	46
Gesprächsführung	16
Gesundheits- und Krankenpflege	36
Fachliche Rechtskunde	6
Teamarbeit – Soziales Lernen	54
Praxisreflexion und Begleitung des Praktikums	16
Praktikum	240
SUMME:	440

Tabelle 17: Lehrplanübersicht der Weiterbildung zum/zur PraxisanleiterIn (vgl. o.A., 2007: Lehrplanübersicht).

Die Ausbildungsinhalte der Unterrichtsgegenstände „Allgemeine und angewandte Berufspädagogik“ und „Teamarbeit – Soziales lernen“ möchte ich näher darstellen. In nachfolgender Tabelle sind die wichtigsten Themen und Schwerpunkte ausgewiesen:

Allgemeine und angewandte Berufspädagogik (46 Stunden)	Soziales Lernen (54 Stunden)
Lerntheorien	Gruppendynamische Prozesse verstehen
Lerntypen & Lerntechniken – Gestaltung von Lernsituationen	Rollenverständnis als PraxisanleiterIn
Lernziele: Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, Transfer in die Praxis	Wahrnehmung: selektive Wahrnehmung, Fremdwahrnehmung
Handlungsorientierter Unterricht	Erfahrungsorientiertes Lernen
Unterrichtsformen und Methoden der Praxisanleitung kennen lernen (Skillslab), Lernorte	Lernen an konkreten Situationen
Koordinationsaufgaben der Praxisanleitung	Autorität und die Rolle d. PraxisanleiterIn
Beurteilungskriterien kennen lernen	Gesprächstechniken und-formen im Anleitungsprozess
Umgang mit dem Kompetenz- und Qualifikationsnachweis	Beurteilungsgespräch, Feedbackgespräch

Tabelle 18: Vereinfachte Darstellung der Unterrichtsinhalte der Gegenstände der Berufspädagogik und des sozialen Lernens (vgl. o.A., 2007: Weiterbildung für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter, disloziert von der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen, Unterrichtsgegenstand: Allgemeine und angewandte Berufspädagogik & Soziales Lernen).

4.5.2. Das Ergebnis der Curriculumanalyse

Der Wiener Krankenanstaltenverbund bietet die Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter in einem mehr als doppelten Stundenausmaß an, als es gesetzlich vorgeschrieben ist.

Die Weiterbildung zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter beinhaltet insgesamt 100 Stunden zum Thema Lernen. Im Rahmen der Berufspädagogik wird auch die Bedeutung der dualen Ausbildungsform erläutert als auch Inhalte des Gesundheits- und Krankenpflegecurriculums. Der Umgang mit dem Kompetenz- und Qualifikationsnachweis ist ebenfalls als Inhalt vorgesehen. Im Gegenstand „Soziales Lernen“ werden auch Themen der sozialen Kompetenz, Kommunikationsgrundlagen und Gesprächstechniken erarbeitet (vgl. o.A., 2007: Lehrplanübersicht). Somit können nicht alle Inhalte gleich intensiv behandelt und unterrichtet werden.

Der Stellenwert der praktischen Ausbildung ist auch hier sehr hoch, da in der Weiterbildung 240 Praktikumsstunden vorgesehen sind. Jedoch ist auch hier der

Lernerfolg von der Qualität der Ausbildungsstätten und den zuständigen Anleitungspersonen abhängig.

Die Weiterbildung zum Praxisanleiter/zur Praxisanleiterin kann aufgrund der geringen Stundenzahl nur geringe pädagogische Kompetenzen vermitteln und sich vor allem auf einfache Anleitungsmodele für die alltägliche Praxissituation konzentrieren. Da die PraxisanleiterInnen die Ausbildung und Anleitung von SchülerInnen zusätzlich zum normalen Arbeitspensum ihrer/s Arbeitsstelle verrichten müssen, ist die Qualität von den vorgegebenen Strukturen abhängig.

5. Ausbildungsort Schule – Ausbildungsort Praxis – Diskrepanz

Das neue Ausbildungscurriculum zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege basiert auf die Empfehlungen des beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission zur Verringerung der Kluft zwischen Theorie und Praxis (vgl. Kommission der europäischen Gemeinschaft, 1990, 1; Rottenhofer, 2003, 3, 7-8).

Auch in der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise, dass eine Theorie-Praxis-Diskrepanz besteht (vgl. Jong de, 1999, 69; Mandl, Gerstenmaier, 2000, 11; Sahmel, 2001, 21; Klafki, 2007, 51).

Im Folgenden möchte ich die verwendeten Begrifflichkeiten klären und mögliche Ursachen aus Sicht von Pädagogen, Pflegepersonen und dem beratenden Ausschuss der europäischen Kommission aufzeigen.

5.1. Definition der Theorie – Praxis – Diskrepanz

Die Schlagwortkette „Theorie-Praxis-Kluft“ wird zwar in der Literatur verwendet, jedoch wird von den Autoren nicht immer klar gestellt, was darunter zu verstehen ist (vgl. Jong de, 1999, 70). Um nicht denselben Fehler zu begehen, möchte ich hier die Begriffsklärung anschließen.

5.1.1. Theorie

Der Begriff Theorie stammt aus dem Griechischen und wurde im Zusammenhang mit der „Betrachtung kultischer Vorgänge, geistige Anschauung“ (dtv-Lexikon, 2006) verwendet.

Unter Theorie wird allgemein auch die Vermittlung von Fakten, Sach- und Fachwissen verstanden, also die Vermittlung von Ausbildungsinhalten (vgl. Rottenhofer, 2003, 17).

Die Wissenschaft und Forschung verwendet den Begriff in Form von Ursache-Wirkungs-Prinzipien als Erklärungsansatz, um Phänomene einordnen und Prognosen abgeben zu können. Durch Theorien sollen Phänomene in der Realität erklärt werden können (vgl. LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 797; dtv-Lexikon, 2006; Sahmel, 2001, 65).

5.1.2. Praxis

Der Begriff „Praxis“ wird oft als Gegenpol zur Theorie dargestellt (vgl. dtv-Lexikon, 2006). Dabei ergänzen sie sich gegenseitig. Wissen, Erfahrungswissen kann aus der Praxis heraus zu theoretischen Wissensansätzen führen (vgl. Rottenhofer, 2003, 17). Diese Erkenntnisse aus der Praxis werden zur Hypothesenformulierung und Bildung von Theorien herangezogen und anhand empirischer Untersuchungen verifiziert bzw. falsifiziert. Das generierte theoretische Wissen daraus kann wiederum in die Praxis rückgeführt werden und zu einer Beibehaltung oder Veränderung der Praxis führen (vgl. LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 6-8, dtv-Lexikon, 2006).

Unter Praxis wird auch die praktische Durchführung einer Tätigkeit (vgl. Bunting, 1996, 885) bzw. die praktische Anwendung von theoretische erlernten Wissen in Form einer Handlung verstanden (vgl. Rottenhofer, 2003, 17; Mandl, Gerstenmaier, 2000, 12; Zimbardo, 1995, 675).

Es werden also Begriffe wie Tun, Handeln, manuelle Geschicklichkeit damit assoziiert und erworbenes Wissen wird in Form einer Handlung sichtbar gemacht (Mandl, Gerstenmaier, 2000, 12).

5.1.3. Kluft und Diskrepanz

Eine Kluft ist im geologischen Sinne ein Riss oder Einschnitt in einem Stein, der durch die Verwitterung erweitert wurde (vgl. dtv Lexikon, 2006). Daraus leitet sich ab, dass der Defekt an der Oberfläche größer ist, als in der Tiefe und durch äußere Einflüsse verstärkt worden ist (vgl. Jong de, 1999, 69).

Unter dem Begriff Diskrepanz ist eine „Unstimmigkeit“, ein „Missverhältnis“ bzw. ein „Widerspruch“ (dtv-Lexikon, 2006) zu verstehen. Ich habe mich bewusst für den Begriff Diskrepanz entschieden, da sich Theorie und Praxis ergänzen sollen und nicht in Konkurrenz zueinander stehen sollten.

Auf die Pflegesituation übertragen bedeutet das, dass zwischen Theorie und Praxis eine gemeinsame Basis besteht, aber durch verschiedene Ursachen von Außen eine sukzessive Trennung voranschreitet (vgl. Jong de, 1999, 69-70). Dieses Missverhältnis sollte behoben werden. Daher möchte ich mögliche Ursachen, die in der Literatur beschrieben sind, aufzeigen.

5.2. Ursachen

Mögliche Ursachen können in den Strukturen der Ausbildungsstätten gefunden werden, andere im Lehr-Lernprozeß.

Der beratende Ausschuß der Europäischen Kommission sieht die Ursachen vor allem in der Ausbildungsqualität (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 1990, 1).

Ursachen im Lehr-Lernprozeß betreffen nicht nur die Ausbildung an sich, sondern auch lernpsychologische Aspekte, wie die Zusammenhänge zwischen Wissen und Handeln als auch zwischen Handeln und Wissen. Auf Grundlage der Handlungspsychologie sollen solche Lernumgebungen geschaffen werden, die den Transfer von Wissen in Handlungskompetenz ermöglichen (vgl. Wahl, 2006, 14).

5.2.1. Respekt und Anerkennung

Fehlende Kenntnisse und Respekt gegenüber den Aufgaben von Lehrpersonen und denen von in der Pflege arbeitenden Pflegepersonen kann zu Konflikten zwischen Theorie und Praxis führen (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 1990, 3).

5.2.2. Qualifikation der Pflegepersonen

Um in den Mitgliedsstaaten der europäischen Union das Ausbildungsniveau zu vereinheitlichen, wurde eine Empfehlung über die erforderliche Fachkompetenz einer „für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/Krankenpfleger“ (Europäische Kommission, 1998, 1) herausgegeben. Der beratende Ausschuss empfiehlt, dass Zugangsniveau der Ausbildung auf Universitätsebene anzuheben. Weiters empfehlen sie in der Ausbildung solche Kompetenzen zu vermitteln, dass die Pflegeperson eigenständig und eigenverantwortlich nach einem Pflegekonzept arbeiten kann und krankheitsverhütende als auch gesundheitsfördernde Maßnahmen integrieren kann. In Krisensituationen kompetent zu agieren und an Behandlungen, Untersuchungen und Forschungsarbeiten mitzuwirken, wird ebenfalls erwartet. Die Ausbildung soll auch die Fähigkeit vermitteln, Wissen in geeigneter Form an PatientInnen, KollegInnen und Auszubildende weiterzugeben (vgl. Europäische Kommission, 1998, 4-8).

Die Umsetzung des lebenslangen Lernens, damit die Pflegepersonen immer nach dem aktuellen Forschungsstand arbeiten können, soll in Form von Fort- und Weiterbildungen gesichert werden (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 1990, 5).

5.2.3. Fortbildungen

Ständig gibt es neue Forschungsergebnisse in der Medizin und in der Pflege. Der Erwerb dieser Kenntnisse ist jedoch zeit- und geldintensiv und ist dadurch nicht durchgängig gewährleistet.

Die Pflegepersonen in der Praxis als auch die Lehrkräfte sollten immer entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen arbeiten, anleiten und lehren. Der regelmäßige Besuch von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird empfohlen. Die Konsequenzen für die Ausbildung von Pflegepersonen bildet sich in Form von Adaptierungsmaßnahmen des Curriculums ab (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 1990, 3, 5).

5.2.4. Qualifikation der Lehrpersonen

Der beratende Ausschuss der europäischen Kommission äußert Bedenken, dass nicht genügend qualifizierte und motivierte Lehrpflegepersonen in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft zur Verfügung stehen. Die Lehrkräfte sollten über umfangreiche Fachkenntnisse, Erfahrungen und über eine Universitätsausbildung verfügen. Außerdem sollten alle Pflegepersonen, die für die theoretische oder die praktische Ausbildung Lernender zuständig sind, eine umfassende Ausbildung absolviert und eine entsprechende Qualifikation für das Unterrichten erworben haben (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 1990, 2, 4-5).

5.2.5. Rolle der Auszubildenden

Die Auszubildenden sollen in der Rolle als erwachsene Lernende (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 1990, 2) wahrgenommen und behandelt werden und nicht als Arbeitskräfte. Sie sollen zuerst Wissen, Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben, bevor sie die Rolle der Beobachterin/des Beobachters gegen die Rolle der/s unter Anleitung und Aufsicht arbeitenden SchülerIn/s in der Praxis tauschen. Die Auszubildenden sollen immer entsprechend ihres Ausbildungsniveaus eingesetzt werden (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 1990, 5).

5.2.6. Mangelnde Verknüpfung von Theorie & Praxis während der Ausbildung

Der beratende Ausschuss der europäischen Kommission kritisiert, dass in einige Ausbildungscurricula die Theorie nicht sinnvoll mit der Praxis verknüpft ist und sich die Lernabschnitte nicht ergänzen. Die theoretische und die praktische Ausbildung sollte nach einem strukturierten pädagogischen Konzept ablaufen.

Hinzu kommt, dass es manchmal nicht möglich ist, dass theoretisch erworbene Kenntnisse in der Praxis umgesetzt oder angewendet werden, da die geeignete

Lernsituation fehlt. Dadurch werden Lernprozesse verzögert oder sogar behindert (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 1990, 2, 4-5).

5.2.7. Idealbild

Während der theoretischen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule wird den Lernenden die Basisphilosophie der Pflege, die dem Curriculum zugrunde liegt, vermittelt. Der Mensch soll sowohl in seiner Einzigartigkeit als eigenverantwortliches Individuum als auch als ein Teil der Gesellschaft wahrgenommen und akzeptiert werden (vgl. Rottenhofer, 2003, 9, 26-27). Die Auszubildenden erfahren während des Schulunterrichtes ein Idealbild der Pflege, dem leider der Lernort Praxis nicht gerecht wird. Durch Stress, Wissensdefizite, fehlende Reflexion als auch durch organisatorische, systemimmanente Abläufe wird die tatsächlich geleistete Pflegequalität in der Praxis dem Idealbild nicht gerecht (vgl. Donabedian, 1966, 112; Bischoff, 1993b, 8: zit.n. Sahmel, 2001, 66).

Auszubildende erleben dadurch die Diskrepanz zwischen Theorie als „Soll-Zustand“ und der Praxis als „Ist-Zustand“ (vgl. Schwarz-Govaers, 1999, 46).

5.2.8. Praktikumsplanung

In Österreich hat die praktische Ausbildung gemäß der Ausbildungsverordnung in Langzeitpflegeeinrichtungen, auf operativen und konservativen Fachabteilung einer Krankenanstalt und im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich zu erfolgen (vgl. BGBL II 1999/179, 891).

Ein Praktikum an einer Ausbildungsstelle muss mindestens 160 Stunden umfassen und darf frühestens 2 Monate nach Ausbildungsbeginn angetreten werden (vgl. BGBL II 1999/179, 867). Die Planung und Organisation obliegt der Schuldirektion.

Bei der Curriculumsentwicklung mussten 61 Ausbildungsinstitutionen einen Konsens über die zeitliche Verteilung der Unterrichtsfächer innerhalb der 3 Ausbildungsjahre finden. Über die Ergebnisse gibt eine Zeitleiste im Curriculum Auskunft.

In der ersten 2 Monaten können folgende Fächer unterrichtet werden:

Unterrichtsfach	Stunden
Berufsethik & Berufskunde	40
Gesundheits- und Krankenpflege	240
Hygiene & Infektionslehre	60
Biologie & Anatomie & Physiologie	100
Allgemeine & spezielle Pathologie	120
Erste Hilfe, Katastrophen- & Strahlenschutz	30
Gesundheitserziehung & -förderung	20
Ergonomie	40
Soziologie & Pädagogik & Psychologie	50
Kommunikation	40
Einrichtungen des Gesundheitswesens	10
EDV & Statistik	20
Fachenglisch	40
Gesamtstunden	810

Tabelle 19: Mögliche Unterrichtsfächer der ersten 2 Ausbildungsmonate (vgl. Rottenhofer, 2003, 88).

Wenn ich davon ausgehe, dass 2 Monaten insgesamt ca. 9 Wochen zu je 40 Unterrichteinheiten umfassen, ergibt das eine Unterrichtskapazität von maximal 360 Stunden. Das bedeutet, dass mindestens die Hälfte der möglichen Lehrinhalte noch nicht vorgetragen bzw. bearbeitet wurden. Daher ist anzunehmen, dass die SchülerInnen ihr Praktikum absolvieren müssen, obwohl Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten im Schulunterricht noch nicht oder nicht im vollen Umfang vermittelt worden sind.

Der Übersichtstabelle des Curriculums ist zu entnehmen, dass Teilbereiche und Inhalte der Gegenstände wie Gesundheits- und Krankenpflege, Kommunikation, Palliativpflege, Gesundheitsförderung und Hauskrankenpflege innerhalb 33 Monaten von insgesamt 36 Monaten Ausbildungszeit unterrichtet werden können. Das lässt den Schluss zu, dass SchülerInnen ihre Praktika auch in Fachgebieten absolvieren müssen, deren Inhalte und Kenntnisse Ihnen nicht vollständig bekannt sind.

Auch Sahmel verweist in seinem Kapitel der „Empirischen Analyse der praktischen Ausbildungssituation“ (Sahmel, 2001, 69) auf die Ergebnisse von Maria Theobald. Sie hat bereits 1989 in der Deutschen Krankenpflegezeitschrift publiziert, dass die Auszubildenden in Fachgebieten eingesetzt werden, für die sie die erforderlichen Kenntnisse nicht oder nicht vollständig in der Theorie erworben haben (vgl. Theobald, 1989, 318: zit.n. Sahmel, 2001, 69).

5.2.9. Unterrichtsplanung

Der Pädagoge Anton Haas beschreibt in seinem Beitrag „Unterrichtsplanung im Alltag von Lehrerinnen und Lehrern“ (Haas, 2005, 15), die Theorielastigkeit der Didaktik als eine mögliche Ursache. Er hat festgestellt, dass LehrerInnen, den Unterricht ohne didaktische Konzepte planen, obwohl diese während ihrer Ausbildung Didaktik als Unterrichtsgegenstand hatten.

Eine Ursache dafür könnte sein, dass die didaktischen Konzepte weder theoretisches Wissen noch persönliche Merkmale berücksichtigen bzw. voraussetzen. Weiters wird anscheinend in den Konzepten zuwenig auf die Realsituation „Unterricht“ eingegangen, die Störfaktoren beinhaltet.

Daher wird das, was im theoretischen Unterricht in Didaktik vermittelt wurde, nicht angewendet, sondern nach eigenen praktischen, praxisnahen Erfahrungen und Vorstellungen, den Praxistheorien, das Wissen an die SchülerInnen vermittelt.

Durch Reflexion der eigenen Unterrichtsplanung und Orientierung an didaktischen Wissen könnte ein professionelles fachdidaktisches Wissen entstehen (vgl. Haas, 2005, 15-16).

5.2.10. Unterrichtsform

Der in pädagogischer Psychologie habilitierte Diethelm Wahl beschäftigt sich intensiv mit Lernvorgängen und Unterrichtsformen. Er ortet eine weitere Ursache der Theorie-Praxis-Diskrepanz in der „fragend-entwickelnden“ (Wahl, 2006, 13) Unterrichtsform. Dabei versucht der Lehrende durch gezielte Fragen an die Lernenden den

Unterrichtsinhalt zu erarbeitet. Da meist nur die Einstiegsfragen zum Thema vom Lehrenden vorbereitet wird und sich die weiteren Fragen durch den Unterrichtsverlauf und die Mitarbeit der Lernenden ergibt, rennt der Unterricht spontan ab, ebenso die Wissensvermittlung. Durch diese Unterrichtsmethode wird das Wissen oft unsystematisch vermittelt. Die wichtigen Lerninhalte bleiben den Lernenden oft unerkannt oder unverständlich. Da die Lehrenden während ihrer eigenen Schullaufbahn häufig diese Unterrichtsform kennen gelernt haben, ist diese Methode laut Wahl stark mit den subjektiven Theorien der Lehrenden verknüpft (vgl. Wahl, 2006, 12-13).

5.2.11. Forschungsthemen

Eine weitere Ursache der Theorie-Praxis-Diskrepanz könnte die Themenwahl und die Art der Forschungsfragen der TheoretikerInnen sein. Die TheoretikerInnen wollen Begründungen für Pflegehandlungen suchen und daraus eine Theorie ableiten. Die PraktikerInnen hätten gerne Ergebnisse, die für ihr praktisches Handeln relevant und anwendbar sind (vgl. Larsen, Adamsen, Bjerregaard, Madsen, 2002, 207; Geust, 1991, 399: zit.n. Sahmel, 2001, 66).

5.2.12. Sprache

Ein weiterer Punkt ist die Sprache, sowohl in Wort als auch in Schrift. Theorien bedienen sich häufig einer komplizierten Sprache, sodass eine Auseinandersetzung mit dem Thema viel Zeit in Anspruch nehmen würde (vgl. Geust, 1991, 399: zit.n. Sahmel, 2001, 65). Zeit, die PraktikerInnen in ihrem Arbeitsalltag nicht zur Verfügung steht.

Ein weiteres Problem ist, dass die Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum noch in den Kinderschuhen steckt. Somit stehen vor allem Publikationen aus dem anglikanischen Raum in Englischer Sprache zur Verfügung, die nicht allen verständlich bzw. zugänglich sind.

5.2.13. Subjektive Theorien

Diethelm Wahl hat bei seinen Untersuchungen an Lehrern eine Diskrepanz zwischen erlernten psychologischen Fachwissen und der praktischen Anwendung dieser Ausbildungsinhalte in der Praxis festgestellt (vgl. Wahl, 1991, 1). Er konnte aufzeigen, dass das Alltagswissen mit seinen Alltagstheorien eher zur Anwendung gelangte, als das auf wissenschaftliche Erkenntnisse fundierte, im Unterricht erworbene Fachwissen (vgl. Wahl, 2006, 1). Er führte das auf subjektive Theorien zurück, die ich im Folgenden näher darstellen möchte.

Definition des Begriffes „subjektive Theorie“:

Eine Theorie ist „im modernen Sinn eine durch Denken gewonnene Erkenntnis, eine Erklärung von Zusammenhängen und Tatsachen aus ihnen zugrunde gelegten Gesetzen (...)“ (dtv-Lexikon, 2006). Eine subjektive Theorie existiert daher ausschließlich im einzelnen Subjekt, wobei ein Subjekt ein „Träger von Eigenschaften“ (dtv-Lexikon, 2006) ist. Diese Eigenschaften setzen sich aus Erlernten, Erfahrenen, Erlebnissen und Emotionen zusammen und werden von der Kultur mitgeprägt. Dieses „erlebte Wissen“, diese Alltagserlebnisse werden vom Subjekt in einen kausalen Zusammenhang gebracht und bilden die subjektiven Theorien aus. Diese Theorien haben keine allgemeine Gültigkeit, sondern gelten nur für das individuelle Subjekt (vgl. Wahl, 1991, 1-25; Schwarz-Govaers, 2005, 21).

Das bedeutet, dass subjektive Theorien auf Alltagswissen basieren. Jeder Mensch bildet aufgrund von Erfahrungen, Erlebnissen, Beobachtungen und Reflexionsprozessen diverse Verknüpfungen, Konzepte und Argumentationsgefüge aus, die sein Bild von der Wirklichkeit darstellen. Diese individuellen Theorien beeinflussen unbewusst als implizites Wissen jede unserer Entscheidungen und Handlungen. Selbst erlernte objektive Theorien werden häufig in der Entscheidungshierarchieebene hinten angereiht und nicht angewendet (vgl. Zimbardo, 1995, 14; Wahl, 1991, 1; Schwarz-Govaers, 2005, 21).

Die subjektiven Theorien, die nicht nur die kognitive Ebene, sondern auch die emotionale Ebene umfassen, werden wie objektive Theorien für Erklärungen, Prognosen und Technologien (vgl. Wahl, 1991, 54) herangezogen.

Wahl hat bei seiner Untersuchung an Lehrern festgestellt, dass diese subjektive Theorien stark handlungsleitend sind. Er hat beobachtet, dass zur Lösung eines Problems überwiegend die subjektiven Theorien herangezogen werden, obwohl theoretisches Fachwissen, welches bereits erlernt wurde und zur Verfügung stehen sollte, besser dafür geeignet wäre. Es wurde also das Fachwissen nicht in sichtbare Handlungen umgesetzt, sondern es hat sich eine Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln aufgetan (vgl. Wahl, 1991 ,1; 2006, 7-12).

6. Anleitungskonzepte und -modelle der Arbeitspädagogik

Die Anleitungskonzepte und -modelle basieren auf Erfahrungen und Erkenntnissen der Arbeitspädagogik, die sich mit Lernvorgängen während des Arbeitsprozesses befasst.

6.1. *Entwicklungsgeschichtlicher Überblick*

6.1.1. Arbeitsschule

Die Arbeitspädagogik hat ihren Ursprung in der sogenannten Arbeitsschule genommen. Ein Befürworter war der Pädagoge Johann Heinrich Pestalozzi.

Bereits gegen Ende des 18. Jahrhunderts hat Pestalozzi die Selbstlernfähigkeit von Kindern betont. Jedes Kind hat die Gefühlskraft, die geistige Kraft und die handwerkliche Kraft angeboren, die sich nur durch Üben und Gebrauch entfalten können (vgl. Kuhlemann, Brühlmeier, 2010).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts hat die reformpädagogische Strömung der Arbeitsschule diesen Grundgedanken aufgegriffen. Die Reformer betonten den handlungsorientierten Aspekt des Unterrichtes und das aktive, selbstständige Lösen von Aufgaben im Sinne der Selbstlernfähigkeit (vgl. Dtv-Lexikon, 2006). Ein weiterer Begründer der Arbeitsschule war der Pädagoge Georg Kerschensteiner, der Schulstätten als Orte der Bildung zum Beruf betrachtet hat, den Vorläufern der heutigen Berufsschulen (vgl. dtv-Lexikon, 2006).

6.1.2. Arbeitspädagogik

Die Arbeitspädagogik befasst sich mit den handlungsregulatorischen Aspekten des Arbeitens und den notwendigen Qualifizierungsmaßnahmen für eine erfolgreiche Durchführung einer Arbeit (vgl. Schelten, 2005, 10).

In die Arbeitspädagogik fließen verschiedene Theorien der Psychologie, der Erziehungswissenschaften als auch der Naturwissenschaften ein.

Die Arbeitspädagogik nahm ihren Ausgangspunkt während der Industrialisierung. In Zeiten wirtschaftlicher Expansion war es Mitte des 20. Jahrhunderts notwendig, schnell und effizient neue Arbeitskräfte anzulernen. Durch den Produktionswandel trat das einfache Anlernen in den Hintergrund. Höhere Qualifizierungsmaßnahmen waren erforderlich, um mit den neuen Technologien und den veränderten „Produktions- und Arbeitsorganisationskonzepten“ (Schelten, 2005, 9) Schritt halten zu können. Die Arbeitspädagogik beschäftigt sich mit dem Thema, wie etwas Praktisch erlernt werden soll, welche Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen, dem Lernprozess an sich und den Ergebnissen, die zur gewünschten Qualifizierung führen (vgl. a.a.o., 17; Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 19) und wodurch Arbeitsabläufe optimiert werden (vgl. Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 19).

Die Arbeitspädagogik geht davon aus, dass jeder sichtbaren Handlung ein nicht sichtbarer Denkprozess voraus geht, denn Handeln soll ein aktiver, bewusster, kognitiv gesteuerter und zielgerichteter Prozess sein. Die Handlung soll daher geplant, durchgeführt, kontrolliert und reflektiert werden (vgl. Schelten, 2005, 22).

Meine Darstellung der „Theorie der Handlungsregulation“ basiert auf Schelten, der in seinem Buch „Grundlagen der Arbeitspädagogik“ (2005, 21-31) hinweist, dass die Theorie der Handlungsregulation auf Ausführungen von Hacker (1998) und Volpert (2003) basieren.

6.2. *Theoriedarstellung der Handlungsregulation*

Der Begriff „Handlungsregulation“ besteht aus den 2 Wortteilen „Handlung“ und „Regulation“.

Die Regulation ist „die Fähigkeit von Organismen, auf Störungen in der Umwelt und auf Veränderungen im Körperinnern so zu reagieren, dass die Lebensprozesse

dennoch unter annähernd konstanten Bedingungen ablaufen können“ (dtv-Lexikon, 2006).

Auf Störung von Außen reagiert unser Körper und das ursprüngliche Verhalten wird in Form einer Handlung gezielt abgeändert (vgl. Schelten, 2005, 31). Verhalten unterscheidet sich von einer Handlung durch die Intention (vgl. Zimbardo, 1995, 4), ist also gezielt gesteuert.

Die Theorie der Handlungsregulation beschäftigt sich mit diesen kognitiven, unsichtbaren Prozessen, die jeder Handlung voraus gehen. Sie will diese sichtbar machen und dadurch den manuellen Lernvorgang der Handlung um den kognitiven Prozess erweitern (vgl. Schelten, 2005, 31).

Je nach Umfang einer Arbeitsaufgabe wird diese oft unbewusst in Teilaufgaben unterteilt. Daraus ergibt sich eine hierarchische Ordnung von Grobzielen und Feinzielen, die eine bestimmte zeitliche Abfolge widerspiegeln (vgl. a.a.o., 23).

Die Handlungsregulation besagt, dass eine Handlung in Teilhandlungen mit dazugehörigen Teilzielen gegliedert wird und als „innere Vorstellungen (Abbilder)“ (Schelten, 2005, 22) zur psychischen Komponente der Handlungsregulation werden. Diese Abbilder spiegeln die Vorstellung über die Arbeitstätigkeit wider.

Unterschiede in der Arbeitseinstellung und der Arbeitsleistung von Menschen lassen sich auf Differenzen in diesem Bereich zurückführen (vgl. Schelten, 2005, 22).

Um die Arbeitsleistung zu verbessern, muss die psychische Komponente der Handlungsregulation verändert werden. D.h.: Wenn eine Arbeitsaufgabe gut durchdacht ist, in Teilziele und dazugehörige Handlungskomponenten unterteilt ist und das Erreichen der Teilziele fortlaufend kontrolliert wird, wird das Arbeitsergebnis besser ausfallen, als wenn die Strukturierungs- und Evaluierungs- bzw. Rückkopplungsprozesse nicht stattgefunden hätten (vgl. Schelten, 2005, 28-29).

Emotionen, Affekte oder Gedankensprünge bleiben bei dieser Theorie weitgehend unberücksichtigt (vgl. a.a.o., 30).

6.3. Grundlegende Methoden der Arbeitsunterweisung

Unterweisen bedeutet das Vermitteln von Fähigkeiten (vgl. Bünting, 1996, 1225). Synonym kann auch der Begriff unterrichten verwendet werden, der die „planmäßige Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten,, (dtv-Lexikon, 2006) beinhaltet. Eine Unterweisung kann theoretisch, praktisch oder gemischt erfolgen und kann der zu erlernenden Tätigkeit vorangestellt sein, begleitend oder abschließend stattfinden. Neben der zeitlichen Komponente ist ein weiteres Unterscheidungsmerkmal die Anzahl der Lernenden in einer Lernsituation. Der Unterricht kann hier als Einzel-, Partner- oder Gruppenunterweisung (vgl. Schelten, 2005, 92-93) erfolgen.

Zunächst möchte ich die zugrunde liegenden Konzepte von Arbeitsanweisung darlegen und im Anschluss daran einige Methoden vorstellen.

6.3.1. Arbeitsunterweisung

Die Begriffe Unterweisung und Anweisung werden meist synonym verwendet, jedoch unterscheiden sie sich ein wenig. Eine Arbeitsunterweisung soll einen Lernenden beim Erlernen einer neuen Tätigkeit anleiten und unterstützen (vgl. Schelten, 2005, 96). Der Begriff Anweisung wird auch mit den Begriffen „Befehl, Anordnung“ (Bünting, 1996, 83) gleichgesetzt, die eine ordnungsgemäße Durchführung erwarten lassen. Weiters wird eine Arbeitsanweisung auch Algorithmus genannt. Ein Algorithmus ist „ein Verfahren, bei dem aufgrund eines Systems von Regeln gegebene Größen (Eingabeinformationen Aufgaben) in andere Größen (Ausgabeinformationen, Lösungen) umgewandelt werden können“ (dtv-Lexikon, 2006). Das heißt, wenn nach klaren Vorgaben und Regeln gewisse Arbeitsschritte hintereinander gesetzt werden, führen diese zum erwünschten Ziel. Laut Schelten setzt eine Arbeitanweisung gewisse Grundkenntnisse über die durchzuführenden Tätigkeiten voraus (vgl. Schelten, 2005, 97) und kann aufgrund ihrer Übermittlungsart in theoretische, praktische oder gemischte Anweisung unterschieden werden, die ich nachher noch genauer darstellen werde.

6.3.1.1. Theoretische Arbeitsanweisung

Die theoretische Arbeitsanleitung kann auf die psychomotorische oder auf auf die kognitive Ebene (vgl. Schelten, 2005, 96) ausgerichtet sein und kann schriftlich oder mündlich erfolgen.

6.3.1.1.1. Schriftliche Arbeitsanweisung

Die Textform erfordert meist ein gutes Vorstellungsvermögen und/oder Erfahrungswerte in diesem Aufgabenbereich. Die Anweisung erfolgt schrittweise in linearer Form. Sie kann zur Erleichterung mit Bildern ergänzt werden. (Man denke nur an die Selbstmontageanleitung von Möbeln). Sollten während des Tätigkeitsprozesses Entscheidungen in ja/nein/oder Form erforderlich sein, bieten sich Flussdiagramme an (vgl. Schelten, 2005, 98-99).

6.3.1.1.2. Mündliche Arbeitsanweisung

Bei der mündlichen Arbeitsanweisung ist sicherzustellen, dass keine Sprachbarrieren bestehen und die Anweisung richtig vom Auszuführenden verstanden wird. Die Wiedergabe in eigenen Worten bietet sich dafür an (vgl. Schelten, 2005, 98).

Eine mündliche Arbeitsanweisung kann auf verschiedene Arten erfolgen, die ich im Anschluß kurz ausführen möchte.

6.3.1.1.2.1. Vortrag, Referat

Die mündliche Anweisung kann in Form eines Vortrages oder Referates erfolgen. Dieses soll kurz, auf das Wesentliche beschränkt, gut strukturiert und verständlich sein. Die Rolle der/des Lernenden ist hierbei eher passiv. Um die Aufmerksamkeit des Zuhörers zu halten, empfiehlt sich die Stimulans weiterer Sinne. Das kann durch eine abwechslungsreiche Sprachmelodie, in Form von Anschauungsmaterialien,

Anwendungsbeispielen, Einbindung der Zuhörer durch Fragen oder durch die Benutzung von Medien (z.B. Powerpointpräsentation) um nur einige zu nennen, erfolgen (vgl. Schelten, 2005, 102; Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 262).

6.3.1.1.2.2. Geführtes Gespräch

Damit der/die Lernende aktiv mehr eingebunden wird, bietet sich ein geführtes, sozusagen ein „geleitetes Gespräch“ (Schelten, 2005, 103) oder „Lehrgespräch“ (Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 264) an. Der Gesprächsleiter versucht durch gezielte Informationsgabe und Fragestellungen eine Diskussion anzuregen, in der die Gesprächsteilnehmer eigene Ideen einbringen können, aber dennoch alle wichtigen Aspekte des Lerninhaltes erörtert werden (vgl. a.a.o., 1999, 264; Schelten, 2005, 103).

6.3.1.1.2.3. Sprachakzentuierte Arbeitsanleitung

Die sprachakzentuierte Unterweisung kann als intensivierte Form der verbalen Unterweisung betrachtet werden, die den mentalen Lernprozess betont.

Dabei sollen von der Lernenden/vom Lernenden während der zu erlernenden Tätigkeit, die Arbeitsschritte mitgesprochen werden, zunächst laut und in den Worten des Unterweisers, später in eigenen Worten bis schließlich nur mehr ein gedankliches Mitsprechen stattfindet.

Die/der Lernende ist durch dieses Verfahren aktiv eingebunden und der Unterweiser hat durch die verbalen Beschreibungen Kontrolle über den Lernfortgang (vgl. Schelten, 2005, 140)

6.3.1.2. Praktische Arbeitsanweisung

Die praktische Arbeitsanweisung ist auf die psychomotorische Ebene ausgerichtet. Es erinnert an kleine Kinder, die zuvor beobachtete Verhaltensweisen nachahmen.

Der/die Lernende sieht aktiv bei der Durchführung einer Tätigkeit zu und schaut sich sozusagen Handlungsabläufe ab. Erklärungen fehlen, sodass kaum sinnvolle Verknüpfungen erstellt werden können. Der/die Lernende wird zum Mitmachen beziehungsweise Nachmachen angeregt, jedoch fehlt eine strukturierte Vorgabe. Der Lernerfolg ist gering und stellt sich eher zufällig ein (vgl. Schelten, 2005, 95).

6.4. Vorstellung einiger erweiterter, gemischter Methoden der Arbeitsunterweisung

Bei der gemischten Arbeitsanweisung werden theoretische und praktische Anweisungen vermischt.

Die praktische Arbeitsanleitung erfolgt entweder parallel oder im nachhinein zur theoretischen Anleitung. Nach Erhalt der Sachinformation kann das theoretisch Gehörte oder Gelesene praktisch umgesetzt und angewendet werden. Hierfür gibt es verschiedene Methoden, deren Schwerpunkte zwischen der psychomotorischen und kognitiven Ebene liegen (vgl. Schelten, 2005, 96).

6.4.1. Psychoregulativ akzentuierte Trainingsverfahren

Damit sich die inneren Abbilder einer Handlung ausbilden können, sind unzählige Wiederholungen der Tätigkeit notwendig. Dieses Training kann auf unterschiedliche Arten durchgeführt werden, die sich ergänzen (vgl. Schelten, 2005, 138).

- Observatives Training: aufmerksames Zusehen, wenn die zu erlernende Tätigkeit von anderen Personen ausgeführt wird.

- Mentales Training: die Durchführung der Tätigkeit stellt sich die/der Lernende selbst in einzelnen Arbeitsschritten vor, diese werden weiter durchdacht und imaginär durchgeführt.
- Verbales Training: parallel zur Durchführung der Tätigkeit werden die Handlungsschritte verbal beschrieben, entweder durch den Unterweiser oder durch die/den Lernenden selbst (Selbstinstruktion) (vgl. Schelten, 2005, 138-140).

Das observative und das mentale Training sollen den Carpenter-Effekt auslösen, der besagt, dass bereits „die Wahrnehmung oder die Vorstellung einer Bewegung (...) unwillkürlich dazu führen (kann), diese ansatzweise oder teilweise auszuführen“ (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 1990, 263).

6.4.2. Kognitive Unterweisung mit heuristischer Denkhilfe

Die kognitive Unterweisung mit heuristischer Denkhilfe hat ihre Wurzeln in der Psychologie und ist im Rahmen der Berufspädagogik weiterentwickelt worden.

Die Heuristik ist die „Kunst der Wahrheitsfindung“ (dtv-Lexikon, 2006). Sie arbeitet mit Regeln, aber auch mit Vermutungen und Arbeitshypothesen, die zu neuen Erkenntnissen führen sollen. „Zur Lösung von Problemen (...) können sowohl Gebote (positive Heuristik) wie Verbote (negative Heuristik) aufgestellt werden (...)“ (dtv-Lexikon, 2006).

Die Psychologie definiert es folgend: „Heuristiken sind kognitive „Eilverfahren“, die bei der Reduzierung des Bereichs möglicher Antworten oder Problemlösungen nützlich sind, indem sie „Faustregeln“ als Strategien anwenden.“ (Zimbardo, 1995, 371).

Dieses Unterweisungsverfahren soll also mit Hilfe von Regeln helfen, komplexe Arbeitsaufgaben selbstständig zu lösen, durchzuführen und abstrakte Arbeitskonzepte zu verinnerlichen.

Dieses Unterweisungsverfahren ist über einen längeren Zeitraum konzipiert und verläuft in zwei Phasen. In der ersten Phase werden die Regeln erklärt, in der zweiten Phase soll praktisch an der Umsetzung von Arbeitsaufgaben anhand der

Regeln gearbeitet werden. Die/der Lernende muss diesen Prozess in Form von Arbeitsprotokollen abbilden, die bei regelmäßigen Gesprächen mit dem Unterweiser als Kontrolle für erzielte Lernfortschritte dienen (vgl. Schelten, 2005, 141-144).

6.4.3. Die Vier Stufen Methode

Die Basis der Vier Stufen Methode war ein Industrieprogramm in Nordamerika während des 2. Weltkrieges, welches vom deutschen Verband für Arbeitsstudien und Betriebsorganisation (REFA) adaptiert wurde (vgl. Schelten, 2005, 109).

Die Vier Stufen Methode ist eine Kombination aus theoretischer Arbeitsanweisung in schriftlicher und/oder mündlicher Form und der praktischen Arbeitsanweisung.

Zunächst soll zur Vorbereitung eine schriftliche Unterweisungsgliederungen erstellt werden. Diese ist angelehnt an die Formalstufen des Unterrichtes, die folgend lauten: „Vorbereitung, Erarbeitung, Zusammenfassung, Anwendung“ (Schelten, 2005, 109) bzw. „vorbereiten, vormachen, nachmachen, üben“ (Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 284).

6.4.3.1. Unterweisungsgliederung

In der Unterweisungsgliederung werden zunächst die Lernziele festgelegt. Diese werden dem Arbeitsablauf entsprechend weiter unterteilt in Teilziele und in einzelne Lernabschnitte. Diese Unterteilung soll den Lernprozess und die Wiederholung einzelner Abschnitte erleichtern. Hinweise, wie die Arbeit ausgeführt werden soll und worauf unbedingt geachtet werden muss, werden ebenfalls angeführt. Begründungen, warum etwas so und nicht anders gemacht werden soll, soll helfen, Zusammenhänge zu erkennen und Verknüpfungen zu erstellen (vgl. Schelten, 2005, 109-111). Eine tabellarische Auflistung der Lernabschnitte mit den Leitfragewörtern „was“, „wie“ und „warum“ bietet sich für eine gute Übersicht an. Der Arbeitsablauf wird transparent und kann mit den für die Umsetzung benötigten Mitteln ergänzt werden. Hierbei kann es sich um bestimmte strukturelle Rahmenbedingungen wie

Raum und Zeit handeln, aber auch um notwendige Arbeitsmittel als auch um personelle Ressourcen (vgl. Schelten, 2005, 111).

6.4.3.2. Die Umsetzung der Vier-Stufen-Methode

Die Vier-Stufen-Methode ist vereinfacht ausgedrückt ein Nachahmen unter Anleitung und läuft, wie schon der Name sagt, in 4 Stufen ab. Obwohl dieses Schema einen bestimmten zeitlichen als auch parallel dazu einen organisatorischen Ablauf suggeriert, ist das Zusammenfassen der zweiten bis vierten Stufe möglich und erfordert keinen streng schematischen Ablauf (vgl. Schelten, 2005, 118). die nachfolgenden Ausführungen folgen Schelten (2005) und Arnold und Krämer-Stürzli (1999).

Stufe 1: Vorbereitungsphase des/der Lehrenden

Diese beinhaltet folgende Punkte:

- Unterweisungsgliederung erstellen
- räumliche Gegebenheiten klären, Lernort organisieren
- Zeitressource einplanen
- erforderlichen Arbeitsmittel organisieren und bereitstellen
- Vorkenntnisse und Vorerfahrungen des/der Lernenden erheben
- Lernziel und Arbeitsaufgabe erläutern

Stufe 2: Vorführungsphase/Vormachen durch den Lehrenden

- Vorführung der Arbeitsaufgabe mit Erklärungen
- je nach Komplexität der Aufgabe kann ein einzelner Lernabschnitt oder die gesamte Vorführung des Arbeitsablaufes mehrmals wiederholt werden
- parallel zur Vorführung sollen Erklärungen abgegeben werden, wie etwas gemacht wird und auch Begründungen, warum etwas auf eine bestimmte Art und Weise durchgeführt wird
- der/die Lernende selbst benennt die wichtigsten Arbeitsabläufe und erläutert sie parallel zur Vorführung

Stufe 3: Nachvollzug/Nachmachen

- Der/die Lernende führt die Arbeitsaufgabe selbst durch
- der/die Lernende selbst benennt die wichtigsten Arbeitsabläufe und erläutert sie parallel zur Vorführung
- auf Fehler wird durch die/den Lehrenden hingewiesen
- Lob und Motivation wird durch die/den Lehrenden gegeben

Stufe 4: Übungsphase/Anwendung/Beendigung

- Lernfortschritte besprechen und Nachbesprechung des Lernprozesses
- mögliche Schwierigkeiten oder Probleme des/der Lernenden klären
- weiteres Üben erfolgt selbstständig
- Ansprechperson für auftretende Fragen nennen
- Lernende soll die Qualität der Durchführung selbst beurteilen können

(vgl. Schelten, 2005, 109-117; Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 283-287)

6.4.4. Analytische Arbeitsunterweisung

Laut Schelten (2005, 123-135) ist die analytische Arbeitsunterweisung bereits eine Weiterentwicklung der klassischen Arbeitsanleitung und baut auf Teillernprozesse auf. Schelten bezieht seine Darstellung auf Seymours „Skills Analysis Training“ (1968). Zunächst muss die Arbeitsweise einer/eines erfahrenen Mitarbeiterin/Mitarbeiters dahingehend analysiert werden, wann, wie und warum bestimmte Arbeitsschritte durch- bzw. ausgeführt werden.

Dafür sollen nicht nur die Vorkenntnisse und die manuellen Fertigkeiten erfasst werden, sondern auch die Sinneswahrnehmungen der/des Durchführenden/Durchführenden. d.h.: Wann wird wohin gesehen, welche Geräusche, Gerüche oder dergleichen werden parallel dazu wahrgenommen, welche Rückmeldungen als auch Veränderungen werden während des Arbeitsprozesses registriert und beeinflussen die weiteren Arbeitsschritte (vgl. Schelten, 2005, 123-125). Die Analyse ist auf die Sensumotorik ausgerichtet. Unter Sensumotorik sind Vorgänge, die das Zusammenwirken von Sinneseindrücken und Muskelaktivität koordinieren, zu verstehen (vgl. dtv-Lexikon, 2006). Es sollen also in der Analyse

nicht nur die erforderlichen Bewegungsfertigkeiten aufgezeigt werden, sondern auch die ebenfalls notwendigen Sinneswahrnehmungsfertigkeiten dargestellt werden (vgl. Schelten, 2005, 125).

Qualitätskriterien, woran eine korrekte Durchführung der einzelnen Lernabschnitte bzw. der Arbeitstätigkeit erkannt werden können, sollen ebenfalls darin enthalten sein. Die Ergebnisse sollen in einer sogenannten Verfahrensvorschrift zusammengefasst werden, die das Erlernen einer bestimmten Tätigkeit erleichtern soll. Diese kann übersichtlich in einem Raster dargestellt werden.

Lernabschnitt einer manuellen Tätigkeit	Linke Hand	Wahrnehmungspunkte	Rechte Hand
1. Lernabschnitt			
2. Lernabschnitt			
3. Lernabschnitt			

Tabelle 20: schematische Darstellung einer Verfahrensvorschrift in der Rasterform (vgl. Schelten, 2005, 125).

Sollten besonders schwierige oder ungewöhnliche Bewegungsfertigkeiten oder Sinneswahrnehmungsfertigkeiten zur Erlernung einer Arbeitstätigkeit erforderlich sein, so werden Vorübungen zur Erlangung dieser Fähigkeiten empfohlen.

Die Lernabschnitte sollen so strukturiert sein, dass sie isoliert erlernt werden können und Zielvorgaben in Form von Qualitätskriterien enthalten. Dadurch ist eine beliebige Reihenfolge während des Übens möglich. Erst wenn die notwendigen Fertigkeiten in den einzelnen Abschnitten beherrscht werden, sollen Lernabschnitte der Arbeitstätigkeit entsprechend zusammengestellt werden bis sie schlussendlich zur gesamten Arbeitstätigkeit zusammengesetzt werden. Diese Form wird auch als progressiver Lernprozess bezeichnet. Eine klar formulierte analytische Arbeitsunterweisung, die auch Qualitätskriterien enthält, ermöglicht der/dem Lernenden Fehler selbst zu erkennen (vgl. Schelten, 2005, 125-128).

Zum leichteren Verständnis ist die beliebige Zusammensetzung der Lernabschnitte in nachfolgender Tabelle zusammengefasst.

Einzelübung / Kombination	Lernabschnitt A	Lernabschnitt B	Lernabschnitt C	Lernabschnitt D
Einzelübung	A	B	C	D
Kombination	A	B		
Kombination		B	C	
kombination			C	D
Kombination	A	B	C	
Kombination		B	C	D
Ziel: Arbeitstätigkeit	A	B	C	D

Tabelle 21: Einzelübungen und anschließende Kombinationsmöglichkeiten der einzelnen Lernabschnitte (vgl. Schelten, 2005, 127).

Wiederholungen der Einzelübungen als auch der verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten sollen solange gemacht werden, wie sie notwendig sind. Auch die zusammengesetzte fertige Arbeitstätigkeit soll geübt werden, damit Sicherheit und Routine erlangt wird und die Aufgabe in einer bestimmten Zeiteinheit erledigt und über einen länger andauernden Zeitraum angewendet werden kann (vgl. a.a.o., 130).

Der Schwerpunkt der analytischen Arbeitsunterweisung liegt in der Analyse der Wahrnehmungsfertigkeit, die in vier Schritten erfolgt:

Schritt 1: Sinneseinsatz optimieren

Je nach Arbeitsschritt kommen andere Sinneskanäle zum Einsatz. Diese sollen entsprechend der Notwendigkeit zur Durchführung des jeweiligen Arbeitsschrittes auf die Erkennung bestimmter Merkmale sensibilisiert werden. d.h. Wenn ich weiß, worauf ich mit welchem Sinnesorgan achten muss, kann ich diese bestimmten Dinge auch wahrnehmen.

Schritt 2: Sinneschärfe einstellen

Je nach Arbeitsschritt ist die Sensibilität der Sinne in unterschiedlicher Ausprägung notwendig.

Schritt 3: Tätigkeitsleitende Informationen bestimmen

Die sensibilisierten Sinne sollen nur mehr die für die korrekte Durchführung der Tätigkeit wichtigsten Informationen herausfiltern, die sogenannten Schlüsselinformationen.

Schritt 4: Sinnes-Aktionsschema strukturieren

Im letzten Schritt sollen die Schlüsselinformationen zur manuellen Arbeitstätigkeit in Einklang gebracht werden und ein klares, mit jeweils allen notwendigen Sinnen ergänztes, strukturiertes Vorgehen ermöglichen (vgl. Schelten 2005, 123-135).

Die Erstellung einer analytischen Arbeitsunterweisung erfordert viele Arbeitsschrittanalysen und pädagogische Kenntnisse. Sie ist nur dann zu empfehlen, wenn eine sehr komplizierte und schwierig zu erlernende Arbeitstätigkeit zu erlernen ist, die in den sensumotorischen Bereich fällt und andere Methoden unzureichend sind (vgl. Schelten, 2005, 134).

6.4.5. Projektmethode

Bei der Projektmethode steht die Selbstorganisation des Lernprozesses in den Vordergrund. Gleichzeitig wird das fächerübergreifende Denken angeregt und der Transfer von theoretischem Wissen in praktisches Handeln gefordert und gefördert. Anhand eines realen, praxisrelevanten Projektes soll die Zielsetzung, die Planung, die Durchführung beziehungsweise die Ausführung eines Projektes und die Beurteilung des Ergebnisses erfolgen. Die Projektmethode kann wie die Leittextmethode in 6 Phasen eingeteilt werden, die folgend lauten: Information, Planung, Entscheidung, Ausführung, Kontrolle, Bewertung. Sofern das Projekt einen handwerklichen/manuellen Aspekt beinhaltet, vereint diese Methode die kognitive, die psychomotorische und die affektive Ebene. Die affektive Ebene kommt im Sinne der Werthaltung, der Lernhaltung und der Organisation des Lernprozesses zum Vorschein (vgl. Schelten, 2005, 101; Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 290-293).

6.4.6. Fallmethode

Die Fallmethode setzt sowohl sachliches als auch praktisches Wissen voraus, mit dem Ziel, die Problemlösekompetenz zu stärken.

Anhand eines Falles aus der Praxis soll ein Problem erörtert und analysiert werden, dabei kann in der Gruppe auch ein Erfahrungsaustausch stattfinden. Mit Hilfe der Fallmethode soll theoretisches Wissen in die Praxis transferiert werden, Querverbindungen hergestellt werden, Regeln erkannt werden und Lösungen gefunden werden (vgl. Schelten, 2005, 105).

6.4.7. Simulationsmethode

Die Simulationsmethode stellt ein Training von bereits erworbenen Fähigkeiten in Ausnahmesituationen, wie zum Beispiel einer stressigen Arbeitssituation oder einem Notfall, dar. Die Durchführung der Arbeitstätigkeit soll trotzdem geregelt und sicher ablaufen. Durch das Simulationstraining können Fehler analysiert werden, neue Verknüpfungen erstellt werden und Handlungssicherheit erworben werden (vgl. Schelten, 2005, 99-100).

In der Form von Rollenspielen kann die simulierte Situation aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und reflektiert werden (vgl. Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 275-278).

6.4.8. Planspiel

Das Planspiel ist ursprünglich im militärischen Umfeld entstanden und soll die Entscheidungskompetenz fördern. Es ist ähnlich dem Simulationstraining und erfordert ein „methodisches Arbeiten, ganzheitliches, vorausschauendes, vernetztes und schlüssiges Denken“ (Schelten, 2005, 100). Anhand einer simulierten Realsituationen soll die Tragweite von Entscheidungen und die Auswirkung auf alle umliegenden Prozesse analysiert werden.

6.4.9. Leittextmethode

Die Leittextmethode wurde im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts in Produktionsbetrieben entwickelt, um Selbstlernprozesse anzuregen und Schlüsselqualifikationen wie Problemlösekompetenz, Selbstständigkeit, Eigeninitiative, Kommunikationsfähigkeit zu generieren. Anhand eines Textes und mit Hilfe von Leitfragen soll eine Aufgabe gelöst werden. Die Rolle des Unterweisers entspricht der eines Beraters, der Unterstützung und Konzeptionshilfe gibt (vgl. Schelten, 2005, 148; Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 287).

Die Methode basiert auf eine schriftliche Unterweisung in 6 Phasen oder Stufen, die Schelten (2005), Arnold und Krämer-Stürzl (1999) wie folgend beschreiben:

Stufe 1: Information

- die Aufgabenstellung bzw. das Lernziel wird dargelegt
- Leitsätze fassen Informationen zusammen
- Leitfragen sollen die Aufgabenstellung präzisieren

Stufe 2: Planung

- die Aufgabenbewältigung soll schriftlich in Form eines Arbeitsplanes festgelegt werden
- Leitfragen sichern die richtige zeitliche Abfolge von Prozessschritten
- Kontrollkriterien sollen erarbeitet werden, anhand derer die korrekte Durchführung der Aufgabe festgestellt werden kann und die in Form eines Kontrollbogens abgebildet werden
- Arbeitsraum, Lernmaterialien, Arbeitsmittel, Fachliteratur, Internetzugang und dgl. müssen bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden

Stufe 3: Entscheidung/Besprechung der Aufgaben

- Arbeitsplan, Durchführung und Arbeitsmittel werden festgelegt
- Fachgespräch mit dem Unterweiser
- Besprechung des Arbeitsplanes
- Besprechung des Kontrollbogens
- Fehlerquellen analysieren
- Leitfragen beantworten

- Wissenslücken schließen

Stufe 4: Ausführung

- Durchführung laut Arbeitsplan

Stufe 5: Kontrolle

- eigenständige Kontrolle des Arbeitsergebnisses anhand des Kontrollbogens
- Soll-Ist-Analyse
- Fehleranalyse

Stufe 6: Auswertung

- Fachgespräch mit Unterweiser anhand des Kontrollbogens (Fremdkontrolle)
- Fehleranalyse
- Feedback durch Unterweiser

(vgl. Schelten, 2005, 148-153; Arnold, Krämer-Stürzl, 1999, 287-290)

6.4.10. Skillslab

Das Wort Skillslab besteht aus den zusammengesetzten Worten „skills“ und „lab“. „Skill“ ist der englische Begriff für Geschicklichkeit, Fähigkeit, Fertigkeit (vgl. Pons, 1987, 1058). „Lab“ ist die Abkürzung von „laboratory“ und bedeutet soviel wie Labor, Praktikum (vgl. Pons, 1995, 612; Leo Dictionary Team, 2006).

Es handelt sich also um einen extra Raum, in dem Fertigkeiten eingeübt werden können.

6.4.10.1. Skillslab – ein entwicklungsgeschichtlicher Überblick

In der Schweiz gab es für das Üben von Fertigkeiten bereits vor den 70er Jahren sogenannte „Praxiszimmer“ (Ludwig, 2004, 90), die durch den „klinischen Unterricht am Krankenbett“ (a.a.o., 90) abgelöst worden sind. Aufgrund der Entwicklungen in Amerika griff man diese Konzept in den 90er Jahren wieder auf, jedoch war die

Namensgebung nicht einheitlich und dieser Lernort wurde auch als „Schulstation(en), Lerninsel(n), Lernwerkstätte(n)“ oder „Lernstudio(s)“ (Ludwig, 2004, 91) bezeichnet. Die Lernkonzepte und Materialien waren unterschiedlich, jedoch hatten alle das Üben pflegerischer Fertigkeiten in einem geschützten Rahmen als Ziel (vgl. a.a.o., 91).

Die ersten sogenannten Skillslabs wurden in den USA gegründet, um Basisfertigkeiten der Pflege zu trainieren. Das Konzept des geschützten Übens von Fertigkeiten wurde in den Niederlanden von der Universität Maastricht für das Medizinstudium aufgegriffen und wurde dann für die Pflege adaptiert. Das Skillslab ist parallel im Curriculum zur theoretischen Ausbildung angelegt und fixer Bestandteil der Ausbildung in den Niederlanden. Die Fertigkeiten werden in den Skillslab so lange geübt, bis sie zu einem sicheren Maße beherrscht werden, bevor sie in der Realsituation am Patienten angewendet werden müssen. Lern-Begleitmaterialien wie Kriterienkataloge oder CD-Roms werden den SchülerInnen zur Verfügung gestellt. Die SchülerInnen können damit ihr Lerntempo und ihre Lernstrategie selbst bestimmen und sind somit für ihren Lernfortschritt selbstverantwortlich. Soziale und kommunikative Kompetenzen werden durch das Arbeiten mit SimulationspatientInnen und durch Feedback über das Kompetenzniveau der Fertigkeiten von Lehrpersonen und SchulkollegInnen trainiert (vgl. Ludwig, 2006, 91-94).

6.4.10.2. Skillslab – Didaktischer Aufbau

Die Aneignung von Fertigkeiten ist folgend aufgebaut:

„Orientierung“ – „Demonstration“ – „Selbstständiges Üben“ – „Kontakt mit SimulationspatientInnen – „Prüfung und Selektion“ (Ludwig, 2006, 95), die ich nun anhand Ludwig (2006) näher erläutern möchte.

6.4.10.2.1. Orientierungsphase

In der Orientierungsphase wird die zu lernende Fertigkeit vorgestellt, demonstriert und wichtige Aspekte betont.

6.4.10.2.2. Übungsphase

Zu Beginn der Übungsphase soll die Fertigkeit nochmals demonstriert werden. Dies kann auch anhand einer Realsituation in Form eines Videos erfolgen. Anschließend soll die Möglichkeit bestehen, die zu lernende Fertigkeit in unterschiedlichen als auch in simulierten Situationen zu üben. Dafür eignen sich Fallbesprechungen und Rollenspiele mit anschließendem Feedback und Diskussionen.

Es soll solange geübt werden, bis sich eine bestimmte Sicherheit bei der Durchführung einstellt.

6.4.10.2.3. Beherrschungsphase

Das Üben soll im Praktikum, also in der Realsituation fortgesetzt werden bis die Durchführung der Fertigkeit verinnerlicht worden ist.

6.4.10.2.4. Prüfung

In der möglichst realitätsnahen Prüfungssituation soll die erlernte Fertigkeit demonstriert werden. Anhand eines Kriterienkataloges kann das erreichte Niveau festgestellt werden und die Lernenden erhalten dadurch ein klares Feedback über ihre praktische Leistung (vgl. Ludwig, 2006, 95-97).

Das didaktische Konzept der Skillslab basiert auf diverse Methoden der Arbeitspädagogik, die ich zuvor schon vorgestellt habe. Dazu gehören

- die gemischte Arbeitsanleitung,
- die sprachakzentuierte Unterweisung,
- die analytische Arbeitsunterweisung,
- die Vier-Stufen-Methode,
- die Leittextmethode,
- das Rollenspiel,
- das Planspiel,
- die Simulationsmethode und
- die Projektmethode.

Die Arbeitsanleitungen und Unterweisungen können in der Orientierungsphase angewendet werden. Die Anleitungssituation im Skillslab kann auch in Form der Vier-Stufen-Methode oder der Leittextmethode aufbereitet werden. In der Übungsphase können auch Rollenspiele, Planspiele oder die Projektmethode angewendet werden (vgl. Ludwig, 2004, 96).

6.4.11. Lernen aus Geschichten

Das Lernen aus Geschichten ist eine ähnliche Methode wie die Fallmethode, jedoch werden auch emotionale Aspekte berücksichtigt.

Beim Lernen aus Geschichten geht es darum, dass eine Person von ihren Erfahrungen in einer bestimmten Situation berichtet. Überlegungen die zu Handlungen geführt haben, gemachte Erfahrungen, erlebte Reaktionen und empfundene Gefühle in der erlebten Situation sollen geschildert werden. Durch die Erzählerperspektive in der Ich-Form setzen Reflexionsprozesse ein und Handlungsoptionen können mit der Gruppe der ZuhörerInnen diskutiert werden. Daraus sollen Erkenntnisse für die ZuhörerInnen selbst gewonnen werden und Muster erkannt werden (vgl. Mahrer, Imhofer, 2004, 60-61).

6.4.12. Sandwich

Das sogenannte Sandwich-Prinzip ist eine Lern- als auch eine Lehrmethode und soll den Wissenstransfer in die Praxis erleichtern, Handlungskompetenzen aufzeigen und die Entwicklung der Problemlösungskompetenz anregen (vgl. Wahl, 2006, 95-97).

Um die eigene Handlungskompetenz steigern zu können, müssen zunächst die „handlungssteuernden Strukturen“ (a.a.o., 95), die im Verborgenen liegen, sichtbar gemacht werden. Wahl nennt diese die subjektiven Theorien, die ich bereits im Kapitel 5, Ausbildungsort Schule – Ausbildungsort Praxis – Diskrepanz näher erläutert habe. Danach müssen neue Handlungskompetenzen mittels Sandwich-Methode kennen gelernt werden und diese sollen schließlich in der Praxis erprobt werden.

6.4.12.1. Sichtbarmachung von Subjektiven Theorien

Wahl hat verschiedene Verfahren entwickelt, um diese unbewussten Prozesse sichtbar zu machen und der Reflexion zuzuführen. Die Verfahren sind unterschiedlich aufwendig und wirkungsvoll und sollten entsprechend der Zielgruppe ausgewählt werden. Ich möchte nun verschiedene Methoden der Bearbeitbarmachung oder Sichtbarmachung, der Problemlösung und der Umsetzung der neuen Handlung anhand Wahl's Buch „Lernumgebungen erfolgreich gestalten“ vorstellen und einige genauer beschreiben (vgl. Wahl, 2006, 29-248).

Das Ziel aller Techniken ist es, die handlungsleitenden Strukturen und die eigene Handlungskompetenz sichtbar zu machen.

Wahl hat dafür 7 Möglichkeiten beschrieben:

- die Selbstreflexion,
- die Selbstbeobachtung,
- den Wechsel der Perspektiven,
- den Pädagogischen Doppeldecker,
- die Szene-Stopp-Reaktion,
- die Weingartener Appraisal Legetechnik (WAL) und
- das Feedback durch Tandemperson, Experten oder Betroffene.

Die Motivation, das eigene Handeln zu verändern, soll bei allen Methoden erhalten bzw. gesteigert werden. Ich möchte nun kurz einige Möglichkeiten anhand Wahl (2006, 41-94) vorstellen, da sie auch in Kombination mit anderen Anleitungsmodellen angewendet werden können.

6.4.12.1.1. Die Selbstreflexion

Die Person soll über Situationen nachdenken, in denen sie mit der eigenen Handlungsweise nicht zufrieden war und diese gerne verändern würden (a.a.o., 44).

6.4.12.1.2. Die Selbstbeobachtung

Die Selbstbeobachtung soll während einer realen Situation stattfinden. Die Person soll sich ihrer Gedanken und Gefühle während der Situationsauffassung und der Aktion bewusst werden, was wiederum die laufende Handlung beeinflusst und meist deren Ablauf verlangsamt. Dieser Zugang entspricht der Selbstbeobachtung aus der „Innensicht-Perspektive“ (Wahl, 2006, 52). Die „Außensicht-Perspektive“ (hic: Originalrechtschreibung, Wahl, 2006, 54) kann durch Beobachtung der eigenen Aktion – die Selbstwahrnehmung der eigenen Stimme oder der Handlung – und der Reaktion der Umwelt eingenommen werden.

6.4.12.1.3. Der Wechsel der Perspektiven

Jeder Mensch bildet aufgrund von Erfahrungen, Erlebnissen, Beobachtungen und Reflexionsprozessen diverse Verknüpfungen, Konzepte und Argumentationsgefüge aus, die sein Bild von der Wirklichkeit darstellen. Das führt dazu, dass ein und die selbe Situation von verschiedenen Personen unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert wird und dementsprechend anders agiert wird. Beim Wechsel der Perspektiven soll nun die Person versuchen, die Situation bewusst aus der Sicht des Interaktionspartners wahrzunehmen. Eine weitere Möglichkeit bietet die Perspektive einer neutralen Person, die nicht in die Aktion involviert war. Diese hört sich die Innensicht-Perspektive an und stellt die eigene Sicht der Dinge dar (vgl. a.a.o., 56-61).

6.4.12.1.4. Die Szene-Stopp-Reaktion

Eine bestimmte Situation wird illustrativ z.B in Form eines Rollenspieles oder eines Videos dargestellt. Die Szene wird überraschend angehalten und die Zuseher müssen sofort sagen oder aufschreiben, wie sie selbst in dieser Situation reagieren bzw. agieren würden. Die Reaktion muss rasch erfolgen, damit die subjektiven handlungsleitenden Theorien nicht durch kognitive Prozesse verzerrt werden (vgl. a.a.o., 67-79).

6.4.12.1.5. Die Weingartener Appraisal Legetechnik

Bei dieser Legetechnik ist die Selbstbeobachtungsgabe und die Selbstreflexion in bestimmten Situationen gefordert. In mehreren konkreten Situationen sollen die auftretenden Gedanken, Gefühle und Reaktionen auf Kärtchen geschrieben werden. Durch die Anordnung und Strukturierung der Kärtchen und die Reflexion über Gesetzmäßigkeiten in den Handlungen sollen typische Handlungsmuster aufgedeckt werden und ein Änderungsprozess eingeleitet werden (vgl. a.a.o., 80-88).

6.4.12.1.6. Das Feedback durch Tandemperson, Experten oder Betroffene

In einer realen Situation wird die sich ändern wollende Person beobachtet und erhält im Anschluss daran ein Feedback. Diese erfolgt entweder vom gewählten Partner, dem Tandempartner, vom Experten oder von den Betroffenen. Die Annahme der Rückmeldung kann durch Emotionen und hierarchisches Gefälle erschwert werden (vgl. a.a.o., 89-94).

6.4.12.2. Das Sandwich-Prinzip

Die „Sandwich-Prinzip“ (Wahl, 2006, 97) soll die Problemlösekompetenz steigern. Dabei sollen Aneignungsphasen helfen, dass das Expertenwissen verinnerlicht und mit den subjektiven Theorien verknüpft wird und bei Bedarf neue Handlungsstrategien zur Verfügung stehen (vgl. Wahl, 2006, 95-96).

Der Name leitet sich vom abwechselnden Prinzip der Wissensvermittlung mit der Bearbeitung der Inhalte ab, die mit dem unterschiedlichen Belag eines Sandwiches verglichen werden kann. Die Anzahl der Lagen kann variieren die mittels „Übergänge“ verbunden werden. Der Beginn und das Ende sind die Begrenzungen auf beiden Seiten und mit dem Deckel bzw. dem Boden gleichzusetzen.

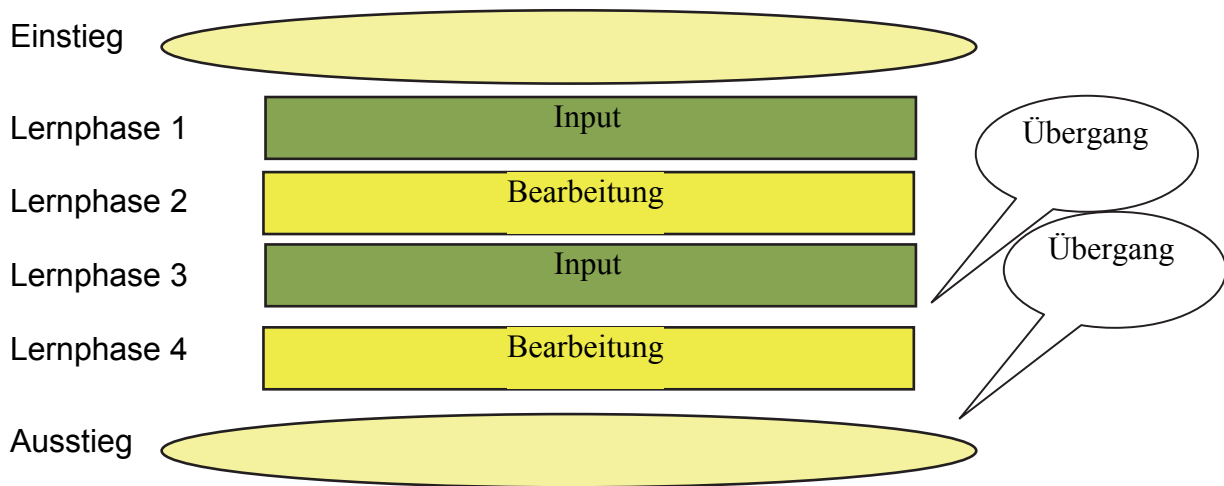


Abbildung 1: Das Sandwich-Prinzip (vgl. Wahl, 2006, 97)

Der Sandwichdeckel

Der „Sandwichdeckel“ entspricht dem Einstieg ins Lerngeschehen, der Einleitung. Diese soll klare zeitliche und organisatorische Informationen beinhalten und einen Einblick in den Aufbau des folgenden Lernprozesses geben. Der Einstieg kann ebenfalls als „Sandwich“ strukturiert werden (vgl. Wahl, 2006, 103-104).

Der Belag

Der dazwischenliegende Belag besteht abwechselnd aus der Informationsvermittlungsphase und der subjektiven Verarbeitungsphase. Diese beiden Phasen können beliebig oft dupliziert werden, sind jedoch immer zeitlich begrenzt.

Zunächst erfolgt die Informationsvermittlungsphase. Dieser Input an Information und Wissen durch die/den Vortragenden oder ExpertIn kann zum Beispiel in Form eines Vortrages oder dgl. erfolgen. Danach folgt die subjektive Verarbeitungsphase. Die erhaltenen Informationen sollen mit den eigenen Wissenbeständen abgeglichen und verknüpft werden. Des weiteren soll geprüft werden, ob dieses Wissen zur Lösung des subjektiven Problems herangezogen und tranferiert werden kann. Da in einer Gruppe die Wissensbestände der TeilnehmerInnen niemals ident sind, da jede/r Lernende unterschiedliche Vorkenntnisse und subjektive Theorien zu einem spezifischen Thema mitbringt, bietet es sich an, sich individuell mit dem erlernten Fachgebiet auseinanderzusetzen und es zu bearbeiten. Das kann durch eine Arbeitsanweisung in einer Einzelarbeit oder in einer Kleingruppen erfolgen. Der

Vorteil der subjektiven Verarbeitungsphase ist, dass jede/r TeilnehmerIn weitgehend ihr/sein persönliches Lerntempo und die bevorzugte Lernstrategie anwenden kann. Das selbstgesteuerte Lernen erfolgt zwar individuell, ist aber für die gesamte Gruppe zeitlich begrenzt. Im Anschluss daran erfolgt entweder wieder eine Informationsvermittlungsphase oder die Beendigung der Lerneinheit (vgl. Wahl, 2006, 105-112).

Der Sandwichboden

Der „Sandwichboden“ demonstriert den Ausstieg, das Ende der Lerneinheit. In dieser Phase sollten noch offene Fragen oder Wissenslücken bearbeitet und geklärt werden. Die Lerneinheit kann je nach Zeitressourcen einer Schulunterrichtsstunde entsprechen genauso wie einem mehrtägigen Seminar (vgl. Wahl, 2006, 96, 112).

Ausstieg

Der Ausstieg soll das bearbeitete Thema inhaltlich abschließen. Reflexionsprozesse sollen angeregt werden. Unklarheiten oder Wissenslücken sollen geschlossen werden und der Transferprozess soll nachhaltig unterstützt werden (vgl. Wahl, 2006, 96).

Übergänge

Die Planung eines Lernprozesses anhand eines Sandwiches ist aufwendig, da die Länge der einzelnen Phasen abgeschätzt werden muss. Dabei ist die Gestaltung der Übergänge besonders schwierig.

Zu Beginn soll der Übergang die Aufmerksamkeit der TeilnehmerInnen sichern. Nach der Inputphase soll der Übergang anregen, sich aktiv mit dem zuvor vermittelten Wissen auseinanderzusetzen. Arbeitsaufträge sollen in die Verarbeitungsphase eventuell in Kleingruppen bearbeitet werden. Da diese Phase ebenfalls zeitlich begrenzt ist und das Lern- und Arbeitstempo der Gruppenmitglieder unterschiedlich ist, sind die Lernfortschritte nicht einheitlich. Trotzdem soll jetzt wieder in einer Vermittlungsphase gemeinsam weitergearbeitet werden. Dadurch ist der Übergang hier besonders schwierig. Hier könnte Feedback über den Fortschritt des Arbeitsauftrages von einigen ausgewählten Gruppenmitgliedern eingeholt werden. Daher sollen bei der Planung des Lernprozesses auch die Übergänge mitgeplant

werden, jedoch ist auf Feedback aus der Gruppe in den Übergangsphasen flexibel zu reagieren (vgl. Wahl, 2006, 103-113).

6.4.12.3. Neue Handlungen generieren

Nachdem die handlungsleitenden subjektiven Theorien sichtbar gemacht worden sind und neue Lösungsansätze entwickelt worden sind, müssen diese nun als Handlungen in die Realsituation transferiert, erprobt und eingeübt werden.

Die Ausführung der Handlung sollte genau geplant werden und passend für die übergeordneten Ziele und Pläne sein. Ebenso muss die Situation geklärt werden, in welcher der neue Reaktionsprototyp angewendet werden soll. Dafür kann das sogenannte Situationsorientierung-Aktionsplan-Modell (SOAP-Modell) (Wahl, 2006, 26) herangezogen werden. Erst wenn der Situationsprototyp festgelegt ist, können die charakteristischen Merkmale in der Realsituation erkannt werden und Handlungen entsprechend dem neuen Reaktionsprototypen ausgeführt werden (vgl. Wahl, 2006, 213-215).

6.4.12.3.1. Das Situations-Orientierung-Aktionsplanung-Modell

Wahl hat ein Arbeitsmodell der Handlung entwickelt, anhand dessen sich die Abläufe zwischen Erkennen der Situation bis zur tatsächlichen Handlung leichter darstellen und in weiterer Folge analysieren lassen und das er in seinen Büchern „Handeln unter Druck“ (1991, 54-64) und „Lernumgebungen erfolgreich gestalten (2006, 17-28) folgend beschreibt:

Das sogenannte Situations-Orientierung-Aktionsplanung-Modell (SOAP-Modell) (Wahl, 2006, 26) verläuft spiralförmig in 2 bzw. 3 Phasen: die Situationsorientierung, auch Situationsauffassung genannt, die Aktionsplanung, auch Handlungsauffassung genannt, und die Ergebnisauffassung. Die letzte Phase entspricht im Grunde wieder der Situationsauffassung (vgl. Wahl, 1991, 62-63; 2006, 26).

Situationsauffassung

Die Situationsauffassung entspricht einer Orientierungsphase. Diese beinhaltet den Wahrnehmungsprozess, eine grobe Situationseinschätzung und endet in der Situationsbewertung.

Der Wahrnehmungsprozess läuft aufgrund der Informationsflut selektiv ab. In die Situationseinschätzung fließen Vorerfahrungen und subjektive Theorien, aber auch die emotionale Einschätzung ein, die wiederum die weiteren kognitiven Prozesse in Form von Hypothesen über den möglichen Verlauf der Situation beeinflussen. Am Ende der Phase der Situationsauffassung, wird die Situation bewertet, Ursachen und Verantwortlichkeiten werden zugeordnet (vgl. Wahl, 1991, 58-60; 2006, 17).

Handlungsauffassung

In der Phase der Aktionsplanung oder der Handlungsauffassung laufen mehrere Prozesse parallel ab. Handlungsziele müssen eventuell in Teilziele unterteilt werden und die Priorität, die hierarchische Ordnung der Ziele muss festgelegt werden. Handlungsmöglichkeiten werden gegeneinander abgewogen und mit Erfahrungswissen abgeglichen. Das soll helfen, die Auswahl der Handlungsmöglichkeiten und die Hypothesenbildung im Sinne der Erfolgswahrscheinlichkeit zu reduzieren. Emotionen können auch hierbei die Entscheidung beeinflussen. Dann wird die Aktion, d.h. die Handlung gesetzt (Wahl, 1991, 60-6, 2006, 18).

Ergebnisauffassung

In der Ergebnisauffassung wird die gesetzte Handlung nach ihrem Ergebnis beurteilt. Informationen über den Verlauf der Handlung und Folgen der Handlung fließen ebenfalls in die Ergebnisbeurteilung ein. Die Situation wird neuerlich eingeschätzt und der Prozess der Situationsauffassung setzt wieder ein.

(vgl. Wahl, 1991, 61-62; 2006; Schwarz-Govaers, 2005, 24-25)

Anhand des Modelles können neue Handlungsoptionen entwickelt werden und sollen in diversen Übungssettings eingeübt werden, damit sie schlußendlich in der Realsituation angewandt werden können. Wahl hat dafür die Verfahren zur Sichtbarmachung von subjektiven Theorien herangezogen und entsprechend adaptiert, die ich kurz vorstellen möchte.

6.4.12.3.2. Rollenspiele

In Form von Rollenspielen kann die Handlung entsprechend dem SOAP-Modell eingeübt werden. Kleingruppen bestehend aus 3 Personen, nehmen abwechselnd die Rolle des Akteurs, des Gegenübers und des Beobachters ein. Der Beobachter gibt im Anschluss daran ein Feedback, wie weit die Handlungsplanung in dieser Situation realisiert wurde (vgl. Wahl, 2006, 222-224).

6.4.12.3.3. Praxisberichte

Eine weitere Variante Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, bieten Praxisberichte. Diese können schriftlich, mündlich oder visuell erfolgen. In der schriftlichen und mündlichen Form berichten Experten über ihre Erfahrungen in der Realsituation. In der visuellen Form als Video kann das Agieren der Experten in der Realsituation beobachtet werden und zum Nachahmen anregen. Auch hier müssen die Handlungen vor der Umsetzung geplant werden (vgl. Wahl, 2006, 216-218).

6.4.12.3.4. Szene Stopp

Die Szene-Stopp-Reaktion-Methode erfordert ebenfalls eine konkrete Vorstellung von der Situation und der neuen Handlungsoption. Im Übungssetting soll das Handlungsmuster so verdichtet werden, dass sie in der Realsituation sofort zur Verfügung steht. Da jede Übungsszene ein wenig von der vorherigen abweicht, verläuft die Situationsorientierungsphase sehr realitätsnahe.

Nach der Übungssituation muss der/die Akteur/in die Gedanken und Gefühle, die er/sie während der Durchführung hatte, verbalisieren und anhand des Handlungsplanentwurfes abgleichen. Der weitere Trainingsbedarf kann daraus abgeleitet werden (vgl. Wahl, 2006, 224-226).

Wenn die neue Handlungsform bereits in diversen Übungssettings trainiert worden ist, sollte sie zuerst in einer einfachen, alltäglichen Realsituation angewendet werden, erst danach in schwierigeren (vgl. Wahl, 2006, 233-236).

Der Änderungsprozess kann durch begleitende Maßnahmen, wie „inneres Sprechen“ (Wahl, 2006, 236) unterstützt werden. Das gedankliche Sprechen entspricht einer Selbstanweisung, wann was zu tun ist. Durch ein gedankliches „Stopp-sagen“ kann ein altes typisches Handlungsmuster gestoppt werden und durch eine neue Handlung ersetzt werden (vgl. Wahl, 2006, 236-241).

6.5. Vergleich der verschiedenen Anleitungsmethoden

Zum besseren Vergleich möchte ich die Methoden nochmals tabellarisch nach dem Grundprinzip/Lernkonzept, dem geeigneten Aufgabenbereich und wie es erlernt wird auflisten. Erforderliche pädagogische Kenntnisse sind in der Literatur nicht explizit angegeben, allerdings lässt sich anhand der Komplexität einiger Methoden ableiten, dass diese erforderlich sind. Weiters ist es empfehlenswert, dass der Trainer/die Trainerin bereits Erfahrungen in der jeweilig gewählten Anleitungsmethoden hat.

Da in der Literatur weder räumliche, zeitliche, strukturelle noch personelle Voraussetzungen oder notwendige Ressourcen angegeben sind, habe ich mich dazu entschlossen, die beschriebenen Vorbereitungsarbeiten bzw. Umsetzungsleistungen als Gesamtaufwand in der letzten Spalte darzustellen.

Methode	Grundprinzip Lernkonzept	Aufgabenbereich: für welche Tätigkeiten geeignet	Wie	X = geringer Aufwand XXX = großer Aufwand
Psychoregulativ akzentuierte Trainingsverfahren	Wiederholung	Sensumotorisch, einfache Aufgabenstellungen	Zuhören, zusehen, üben	X
Kognitive Unterweisung mit heuristischer Denkhilfe	Teilziele planen, abstrakte Arbeitskonzepte verinnerlichen	Komplexe Aufgabenstellung	Anweisung und Umsetzung	XXX
4 Stufen Modell	Ganzheitl. + Teilschritte	manuell	Anweisung und üben, Selbstlernprozess	XX (je nach Komplexität)
Analytische Arbeitsunterweisung	Systematisch, Grundkonzept: Teilschritte lernen	Manuell und sensumotorisch	Anweisung und üben, Selbstlernprozess, Qualitätskriterien erkennen	XXX
Projektmethode	Realitätsnahe, langfristig, begleitend	Kognitiv, psychomotorisch, manuell je nach Projekt	Selbstlernprozess anhand Umsetzung	XXX
Fallmethode	Analytisches Denken Problemerkennung und -lösung	Wissen soll in die Praxis transferiert und angewendet werden	Stark selbstlernend	XX
Simulationsmethode	Routine erwerben, Analyse	Manuell, psychomotorisch, sensumotorisch	Übung + Fehleranalyse	XX
Planspiel	Routine + vernetztes Denken	Kognitiv,	Entscheidung – Konsequenzen – Analyse	XXX
Leittextmethode	Problemlösekompetenz	Prozessorientiert, Durchführen der Aufgabenstellung	Selbstlernprozess anhand eines Kriterienkatalogs	XXX
Skillslab	Fertigkeitentraining	manuell	üben	XX
Lernen aus Geschichten	Hanldungsoptionen und Muster erkennen	Kognitiv, emotional	Zuhören + Reflexion	XX
Sandwich	Wissenstransfer, Handlungskompetenz	kognitiv	Reflexion, Wissen in die Praxis transferieren	XXX

Tabelle 22: Übersicht über die erweiterten Anleitungsmethoden und deren Gesamtaufwand

6.6. Übertragbarkeit auf das österreichische Ausbildungsmodell

Wie aus der Tabelle ersichtlich, sind alle Methoden sehr aufwendig und zeitintensiv und in den normalen Arbeitsalltag - bis auf das psychoregulative Trainingsverfahren - nicht zu integrieren. In der Literatur sind die positiven Ergebnisse der angewandten Methoden durchaus gut beschrieben, wie das Beispiel der Skillslab zeigt.

In den Niederlanden ist das Konzept der Skillslabs soweit ausgebaut worden, dass häufige und beachtenswerte Basisfertigkeiten standardisiert worden sind. Das bedeutet, dass bestimmte Fertigkeiten von allen Pflegepersonen gleich ausgeführt werden. Das vermittelt den PatientInnen eine Kontinuität der Pflegeleistung und macht diese transparenter und die Fertigkeiten überprüfbarer (vgl. Ludwig, 2004, 94).

Die verschiedenen Anleitungsmethoden scheinen in die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson durchaus integrierbar und sollten je nach Lerninhalt und Ausbildungsstand ausgewählt und angewendet werden. Als Grundvoraussetzung sollte die Anleitung von Auszubildenden nur von pädagogisch ausgebildeten Personal durchgeführt werden. Außerdem sollten diese mit der jeweiligen Anleitungsmethoden vertraut sein. Zusätzlich müssen sowohl räumliche als auch ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

7. Theoretischer Hintergrund

Die fachpraktische Ausbildung ist von mehreren Faktoren abhängig: von personenbezogenen Eigenschaften, von Lerninhalten und von den Lernorten. Die personenbezogenen Eigenschaften beziehen sich auf die LehrerInnen in der Schule, auf die SchülerInnen und auf das anleitende Pflegepersonal in der Praxis. Die Lerninhalte sind durch Zielformulierungen und inhaltlicher Themengruppen im Curriculum grob vorgegeben. Die Lernorte Schule und Praxis sind durch strukturelle Gegebenheiten geprägt.

Den konzeptionellen Bezugsrahmen der systematischen Übersichtsarbeit und der Metaanalyse basieren auf die Struktur-Prozess-Analyse von Donabedian (1966). Er hat Evaluationsmethoden von Studien zur Einschätzung der Qualität medizinischer Leistung untersucht und festgestellt, dass dafür sehr unterschiedliche Kriterien herangezogen worden sind.

„As such, the definition of quality may be almost anything anyone wishes it to be, although it is, ordinarily, a reflection of values and goals current in the medical care system and in the larger society of which it is part“ (Donabedian, 1966, 692).

Er zeigt in seinem Artikel „Evaluating the Quality of Medical Care“ auf, dass es schwierig ist, die Qualität einer Sache zu definieren, da automatisch die Werterhaltung der Gesellschaft einfließt und repräsentiert wird. Was die Gesellschaft für gut befindet, muss jedoch nicht von der Einzelperson so bewertet werden, da jedes Individuum seine eigenen Werte festlegt. Außerdem könnte die Qualität auch unter einem ökonomischen Aspekt betrachtet werden, wo Kosten und Nutzen nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Gesellschaft abgewogen werden (vgl. a.a.o., 717).

„Another approach to assessment is to examine the process of care itself rather than its outcomes“ (Donabedian, 1966, 694). Eine weitere Möglichkeit wäre es, den Prozess an sich als Beurteilungskriterium heranzuziehen. Während des Ablaufens eines Prozesses müssen anhand verschiedener Kriterien Entscheidungen getroffen werden. Nun stellt sich bei der Prozessevaluierung die Frage, ob die richtigen Kriterien für Entscheidungszwecke herangezogen worden sind oder ob diese vielleicht falsch eingeschätzt wurden (vgl. a.a.o., 694).

„A third approach to assessment is to study not the process of care itself, but the settings in which it takes place and the instrumentalities of which it is the product. This may be roughly designated as the assessment of structure, although it may include administrative and related processes that support and direct the provision of care“ (Donabedian, 1966, 694-695). Ein weitere Zugang wäre, den Ort der Entscheidung zu analysieren. Jede Person, die aufgrund eines vorgegebenen Prozesses Entscheidungen fällt, ist in eine umliegende Struktur eingebettet. Diese umfasst die Organisationsstruktur des Unternehmens, hierarchische Aspekte, örtliche und räumliche Gegebenheiten, die Ausrüstung und das Equipment das zur Verfügung steht und zeitliche Ressourcen. Personelle Ressourcen umfassen neben der Anzahl der MitarbeiterInnen auch den Ausbildungsstand des Personals. Die Strukturqualität kann somit die Ergebnisse ebenfalls beeinflussen (vgl. a.a.o., 694-695).

Er empfiehlt daher, die Struktur, den Prozess und die Ergebnisse aufeinander zu beziehen (vgl. Donabedian, 1966, 721).

8. Methodische Vorgehensweise

Schriftliche Literaturübersichtsarbeiten, Reviews, ermöglichen einen raschen Überblick über den Forschungsstand zu einem bestimmten Thema und fassen die wichtigsten Erkenntnisse aus Studienergebnissen zusammen (vgl. Kunz, Khan, Kleijnen, Antes, 2009, 2; Polit, Beck, Hungler, 2004, 144-147).

In der Pflege hat das Interesse an Forschung erst Mitte des 19. Jahrhunderts eingesetzt.

Sie hat ihren Ursprung im anglikanischen Raum, wo der Grundgedanke – der/dem PatientIn die beste Pflege zukommen zu lassen – von Florence Nightingale aufgegriffen wurde und als „Evidence-based Nursing“, kurz EBN genannt, in die Pflegeforschung Einzug genommen hat (vgl. Behrens, Langer, 2004, 21). Pflege soll jedoch nicht nur aus Tradition oder Erfahrungen der Pflegeperson heraus stattfinden, sondern soll mit den Erfordernissen und Erwartungen des Pflegebedürftigen als auch mit wissenschaftlichen Erkenntnissen verknüpft werden (vgl. a.a.o., 22, 51).

In der Evidenz basierten Medizin sind systematische Übersichtsarbeiten über quantitative Studien schon lange üblich. Diese ermöglichen einerseits einen guten Überblick über den Stand der Forschung, die Evidenz und deren Ergebnisse und andererseits eröffnen sie die Möglichkeit, weitere Erkenntnisse zu erlangen, um diese in die Gesundheitsversorgung einfließen zu lassen (vgl. Hasseler, 2007, 297; Kunz et al., 2009, 2).

Eine systematische Übersichtsarbeit unterscheidet sich von einer einfachen Übersichtsarbeit durch die zugrunde gelegten Prinzipien. Nach Kunz et al. (2009) stellt ein systematisch erstellter Review eine eigene Forschungsarbeit dar, „in dem relevante Studien identifiziert, ihre Qualität bewertet und ihre Ergebnisse nach wissenschaftlichen Methoden zusammengefasst werden“ (Kunz et al., 2009, 2).

Laut Behrens und Lang (2004) müssen bei einem systematischen Review die Ergebnisse aller relevanten Studien zusammengefasst, aber gleichzeitig die Kriterien der quantitativen Forschung erfüllt werden. Dazu gehört eine klar formulierte Fragestellung, eine nachvollziehbare, systematische Literaturrecherche anhand

eines Suchprotokolls inklusive Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien der Studien unter Angabe der Literaturdatenbanken und die Beurteilung der Studienqualität. In einem nächsten Schritt sollen die gefundenen Daten extrahiert und systematisch zusammengeführt werden, wobei die persönliche Meinung des Forschers unberücksichtigt bleiben muss (vgl. Behrens, Lang, 2004, 147; Hasseler, 2007, 298; Kunz et al., 2009, 2).

8.1. Annäherung an die Methode der systematischen Übersichtsarbeit in der qualitativen Forschung

Gesundheitspolitische Entscheidungen nur anhand ausschließlich quantitativer Daten zu treffen, ist heutzutage ungenügend. Die Auswirkungen sind nicht nur auf der politischen Ebene zu spüren, sondern auch auf der individuellen. Daher sollten Ergebnisse aus der qualitativen Forschung sowohl in die Praxis als auch in die Politik einfließen (vgl. Sandelowski, Docherty, Emden, 1997, 365; Hasseler, 2007, 298).

Die quantitative Forschung hat zum Ziel, verallgemeinerbare Ergebnisse zu liefern. Geleitet durch eine Forschungsfrage oder eine Hypothese soll anhand von Variablen die Ursache-Wirkungs-Beziehung, die Wechselbeziehungen und Interaktionen dargestellt werden (vgl. LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 297, 793).

Die qualitative Forschung hat zum Ziel, ein Phänomen aus der emischen Perspektive, das heißt aus der Sicht der erlebenden Person zu beschreiben. Da das ausschließlich subjektive Erfahrungen und Empfindungen sind, fließen darin persönliche und kulturspezifische Wertesysteme ein (vgl. LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 262). Dadurch können diese Ergebnisse nicht einfach verallgemeinert werden.

Ein weiteres Problem stellen die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden und Forschungszugänge benachbarter Disziplinen dar, die ein gewähltes Studiendesign unterschiedlich gut bewerten (vgl. Sandelowski et al., 1997, 366). Weiters herrscht Unklarheit, ob qualitative Forschungsergebnisse zusammengefasst werden dürfen, da es durch die Synthese zu einem Verlust der Individualität und des spezifischen

Kontextes kommt (vgl. Sandelowski et al., 1997, 366; Hasseler, 2007, 298-299). Allerdings ist es wichtig, auch qualitative Forschungsergebnisse in einem größeren Kontext zu sehen und einzubetten. Die Synthese mehrerer qualitativer Ergebnisse könnte die Generalisierbarkeit erhöhen (vgl. Sandelowski et al., 1997, 367).

Da Übersichtsarbeiten in der qualitativen Forschung noch ein recht junges Forschungsgebiet darstellen (vgl. Hasseler, 2007, 298) gibt es in den Begriffsbezeichnungen Uneinigkeit (vgl. Meißner, 2008, 31).

Meißner (2008) beschäftigt sich im Methodenteil ihrer Arbeit mit den Begrifflichkeiten Meta-Studien, Literaturreview, Meta-Analyse, Meta-Synthese, systematischer Review um nur einige zu nennen. Diese Begriffe werden häufig synonym verwendet, welches die Gefahr einer Verwirrung birgt. Damit sich die Wissenschaft einer einheitlichen Sprache bedienen kann, empfiehlt sie Ordnungskriterien und klare Begrifflichkeiten für metainterpretative Studien anzuwenden (vgl. a.a.o., 31-32).

Sie konnte als Ordnungskriterien die Art des Datenmaterials und die Art der Durchführung, die systematisch oder unsystematisch erfolgen kann, identifizieren. Systematisch bedeutet, dass etwas „planmäßig und konsequent einem bestimmten System entsprechend, durchgeführt wird“ (Meißner, 2008, 34).

Die Methoden und Kriterien der quantitativen Forschung lassen sich jedoch nicht komplett auf die qualitative Forschung übertragen. Hinzu kommt, dass die qualitativen Forschungsgebiete praxisnahe ausgerichtet sind und Phänomene in ihrer natürlichen Umgebung untersucht werden (vgl. Hasseler, 2007, 298; LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 197).

Es werden verschiedene Methoden wie Fallstudien, Ethnografien oder die Grounded Theory aufgrund ihrer Absicht, ihrer zugrunde liegenden philosophischen Haltung und ihrer Ergebnisse unterschieden. Die Datenerhebung kann mittels Interviews, Erzählungen oder niedergeschriebenen Beobachtungen erfolgen und liegt daher immer in Textform vor. Die erlangten Erkenntnisse über menschliche Erfahrungen in bestimmten Situationen oder mit speziellen Phänomenen müssen daher weiters einer Inhaltsanalyse unterzogen werden (vgl. LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 197).

Unter Analyse ist ein zerlegen, eine „Auflösung eines Zusammengesetzten in seine Bestandteile“ oder eine „genaue Untersuchung der Einzelheiten“ (dtv-Lexikon, 2006) zu verstehen.

Nach der Analyse müssen die Ergebnisse aller identifizierten Studien synthetisiert werden. Eine Synthese ist das Gegenteil einer Analyse und entspricht einer Zusammensetzung einzelner Teile zu einem Ganzen oder beinhaltet „gedankliche Verknüpfungen einzelner Aussagen in einem Ganzen“ (dtv-Lexikon, 2006).

Behrens und Langer beschreiben folgend, dass „eine Systematische Übersichtsarbeit oder eine Meta-Analyse eine Forschungsmethode (ist), um die Ergebnisse von Studien auf einem Gebiet zusammenzufassen und übergreifende Schlüsse zu ziehen“ (Behrens, Langer, 2004, 147).

Sandelowski, Dochety und Emden (1997, 370) weisen jedoch darauf hin, dass die Integrität der einzelnen Studien gewahrt werden muss und dass die Synthese durch ein Verlieren in Details behindert werden kann.

Zimmer (2006, 312) beschreibt die Vorteile einer qualitativen Meta-Synthese folgend: „It brings individual qualitative studies together with one another at a more abstract level through a process of translation and synthesis“.

Das heißt, die Einzelergebnisse werden nicht nur aufgelistet oder zusammengefasst, sondern sollen auf eine höhere Abstraktionsebene gehoben werden.

Da Metastudien bereits mit interpretierten Daten aus Primärstudien arbeiten und diese Ergebnisse erneut analysieren und synthetisieren, ist ein systematisches vorgehen obligat (vgl. Meißner, 2008, 34; Hasseler, 2007, 300).

Die Qualitätskriterien der quantitativen Forschung können hier nur eingeschränkt angewendet werden. Hinzu kommt, dass ein systematischer quantitativer Review zum Ziel hat, alle relevanten Studien zu einem bestimmten Thema zu finden, die Qualität dieser einzuschätzen und die Ergebnisse systematisch zusammenzufassen (vgl. Hasseler, 2007, 298).

Bei einer qualitativen Übersichtsarbeit zu einem bestimmten Thema geht es nicht darum, alle publizierten oder nicht publizierten Studien zu finden, sondern es sollen die „spezifischen Phänomene, Gruppen, Charakteristika und Schlüsselinformationen“ der „einbezogenen Studien“ (Hasseler, 2007, 300) herausgearbeitet, dargestellt und

zusammenfasst werden. Daher soll die Literaturrecherche und die Datenanalyse solange durchgeführt werden, bis das für qualitative Forschung gültige Kriterium der Datensättigung erfüllt ist (vgl. Hasseler, 2007, 300). Sandelowski, Docherty und Emden (1997, 368) schränken die Studienanzahl dezidiert ein und empfehlen, nicht mehr als 10 Studien zu synthetisieren und bei Bedarf die Einschlusskriterien nochmals zu überarbeiten.

Ziel einer Metaanalyse ist es nicht nur den Forschungsstand darzulegen, sondern auch den weiteren Forschungsbedarf offenzulegen (vgl. LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 369). Die Forschungsergebnisse können für die Generierung von Theorien mittlerer Reichweite herangezogen werden (vgl. a.a.o., 181; Hasseler, 2007, 298).

Die Ergebnisse der Metaanalyse können Erkenntnisse aus quantitativen Forschungen ergänzen und für gesundheitspolitischen Entscheidungen und Entwicklungen herangezogen werden (vgl. Hasseler, 2007, 298; Zimmer, 2006, 314).

Eine Metaanalyse zeichnet sich durch induktives Vorgehen aus. Die Datenanalyse hängt natürlich vom Forschungsinteresse, der Forschungsfrage und dem theoretischen Bezugsrahmen ab. Die Literaturrecherche für eine Metaanalyse muss genau dargelegt werden, systematisch erfolgen und reproduzierbar sein. Ein- bzw. Ausschlusskriterien der Studien sollen zu Beginn festgelegt werden. Anhand von festgelegten Suchbegriffen oder Schlagwörtern sollen relevante Studien gefunden, die Qualität eingeschätzt und die Ergebnisse festgehalten werden. Um möglichst verschiedene Perspektiven zu erhalten, soll in unterschiedlichen Disziplinen recherchiert werden und auch nicht bestätigte Ergebnisse berücksichtigt werden (vgl. Hasseler, 2007, 300; Sandelowski et al., 1997, 368-369).

8.2. Darstellung der Literaturrecherche und Auswahl der Studien

Da eine systematische Übersichtsarbeit möglichst viele Perspektiven enthalten soll, soll in unterschiedlichen Disziplinen recherchiert werden und auch nicht bestätigte Ergebnisse sollen berücksichtigt werden (vgl. Hasseler, 2007, 300; Sandelowski et

al., 1997, 368-369). Daher habe ich die Literaturrecherche für meine Arbeit in der Universitätsbibliothek, in wissenschaftlichen und nicht wissenschaftlichen Datenbanken wie Cinahl, IBZ und Medline durchgeführt. Diese fand im Zeitraum von Dezember 2011 bis Jänner 2012 statt.

Bezug nehmend auf meine Forschungsfrage „Welche Voraussetzungen sind für eine zeitgemäße fachpraktische Bildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege notwendig?“, habe ich mit unterschiedlichen Begriffen und Schlagwörtern nach passenden Publikationen und Studien gesucht. Eine genaue Auflistung der Suchbegriffe und der Treffer sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet. Um die Fülle der Daten zu reduzieren, wurden die Suchbegriffe mit „und/and“ verknüpft bzw. durch ein „nicht/not“ bestimmte Begriffe ausgeschlossen. Die Studien wurden anhand des Titels, des Abstracts und der Erhältlichkeit über die Universitätsbibliothek ausgewählt.

Die deutschsprachigen Begriffe wurden mit dem „Leo Dictionary Team“ (Online-Wörterbuch) und dem „dict.cc Deutsch-Englisch-Wörterbuch“ (Online-Wörterbuch) ins Englische übersetzt.

Tabellarische Darstellung der Literaturrecherche:

Datenbank	Suchbegriff	Suchbegriff	Suchbegriff	Suchbegriff	A or German* or Swiss	Ergebnisse	relevant
CINAHL	preceptorship					1627	
	preceptorship	problem				58	
	preceptorship	problem	study*			22	
	preceptorship	problem	sudy*		x	0	
	preceptorship	nurs*				1227	
	preceptorship	nurs*	study			248	
	preceptorship	nurs*	study*		x	1	0
	theory	practice				10614	
	theory	practice	nurs*			5590	
	theory	practice	nurs*	study		2322	
	theory	practice	nurs*	study	x	20	1
	education	nurs*				71709	
	education	nurs*	study			15243	
	education	nurs*	study	practic*		6810	
	education	nurs*	study	practic*	x	69	2

Tabelle 23a: Suchverlauf

Datenbank

Datenbank	Suchbegriff	Suchbegriff	Suchbegriff	Ergebnisse	relevant
IBZ	Krankenpflege			477	
	Krankenpflege	Ausbildung		6	0
	Krankenpflege	Praxis*		0	
	Krankenpflege	Transfer*		0	
	Krankenpflege	Studie*		2	0
	Ausbildung			4433	
	Ausbildung	*pflege*		50	
	Ausbildung	*pflege*	*studie*	0	
	Theorie	Praxis		1	0
	Theorie	Transfer		1	
	Theorie	Anwendung		0	
	Theorie	Praktisches Lernen		0	
	Wissen*			39284	
	Wissen*	Transfer		271	
	Wissen*	Transfer	Studie	0	
	Pflege			7626	
	Pflege	Pädagogik		33	
	Pflege	Pädagogik	Studie	0	
	Praxisanleitung*			0	

Tabelle 23b: Suchverlauf

Datenbank

Datenbank	Suchbegriff	Suchbegriff	Suchbegriff	Suchbegriff	A or D or CH	nicht	Ergebnisse	relevant
MEDLINE	preceptorship						2098	
	preceptorship	problem					173	
	preceptorship	problem	study				50	
	preceptorship	problem	Study		x		1	0
	preceptorship	nurs*					1202	
	preceptorship	nurs*	study				327	
	preceptorship	nurs*	study		x		1	0
	theory	practice					12589	
	theory	practice	nurs*				4145	
	theory	practice	nurs*	study			1832	
	theory	practice	nurs*	study	x		22	2
	education	nurs*					63808	
	education	nurs*	study				21188	
	education	nurs*	study		x		463	
	education	nurs*	study	practic*	x		210	
	education	nurs*	study	practic	x	Cancer, pediatric* midwife, midwife*	4	2

Tabelle 23c: Suchverlauf

Zusätzlich habe ich eine Handrecherche in den Fachzeitschriften „Pfleger, die wissenschaftliche Zeitung“, „Padua. Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik“ und „Die Schwester Der Pfleger“ durchgeführt.

Da meine Forschungsfrage folgend lautet: „Welche Voraussetzungen sollten für eine zeitgemäße fachpraktische Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich gegeben sein?“ wurden Studien eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllt haben:

- Thema: Die fachpraktische Bildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege
- Fokus: Erfahrungen in der fachpraktischen Ausbildung: hemmende oder fördernde Faktoren
- mindestens ein Faktor wurde identifiziert
- qualitative Studien und gemischte Studien (d.h. mit qualitativer und quantitativer Datenerhebung)
- keine Einschränkung bzgl. der methodischen Durchführung
- Studienpublikation zwischen Jänner 2000 und Dezember 2011
- Publikationssprache Deutsch oder Englisch

Aufgrund der Fülle der Daten habe ich entsprechend Sandelowski et al. (1997, 368), die empfiehlt, nicht mehr als 10 Studien zu synthetisieren, die Einschlusskriterien nochmals überarbeitet und folgenden Punkt hinzugefügt:

- Publikationen aus Deutschland, Schweiz und Österreich, da sei ein ähnliches Ausbildungssystem haben.

8.3. Systematische Darstellung der Studieninhalte

Es waren insgesamt sieben Studien, die die Einschlusskriterien erfüllt haben. Ich möchte diese in einer Übersichtstabelle, gegliedert nach der/den AutorInnen, den Titel der Arbeit, der Fragestellung, der Methode, der Ergebnisse und meiner Erkenntnisse darstellen.

Autor, Jahr, Land Titel	Problem, Fragestellung Evidenzgrad (nach dem GRADE-System)	Forschungsdesign, Methode Art der Stichprobe, n	Ergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	Neue Erkenntnisse Kommentare
<p>1. Schwarz-Govaers, Renate</p> <p>2005</p> <p>Schweiz</p> <p>Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell</p> <p>Dissertation</p>	<p>Kluft zwischen Wissen und Handeln beleuchten</p> <p>Subjektive Theorien aufdecken</p> <p>Pflegeverständnis- Handlungsverständnis bei Anfänger & Fortgeschrittene</p> <p>EG: III (neg.: kleine Stichprobengröße pos.: Bestätigung der Ergebnisse der Feldbeobachtung durch Interviews & Inhaltsanalyse)</p>	<p>Qualitativ</p> <p>n=10</p> <p>(je 5 Anfänger & Fortgeschrittene)</p> <p>Feldbeobachtung: Videoaufzeichnung einer Real-Pflegesituation, anschl. Interview: Halbstandardisiertes, klientenzentriertes Interview mit Schüler geführt, zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, anschl.: Struktur-lege-Technik (dialog-hermeneutisches Vorgehen) angewendet und nochmaliges Gespräch und Vergleich der Strukturierung der SLT</p>	<p>Anfänger & Fortgeschrittene unterscheiden sich wenig bei Pflege-theorien, viel bzgl. Kompetenzstufen</p> <p>A mehr auf Handlung konzentriert (knowing how)</p> <p>F hinterfragen Handlung (knowing why);</p> <p>gelernte theoretisch Konzepte durch Theorie-Praxis-Transfer nicht gesichert -->Modell d Praxis verstärkt mehr als Modelle der Theorie</p> <p>Empfehlung: Lehrerausbildung adaptieren, Konzeptentwicklung für Lehrerfortbildung um subjektive Theorien zu verändern</p>	<p>Unbewusst sind subjektive Theorien handlungsleitend</p> <p>Praxis arbeitet aus „Tradition“ heraus</p> <p>Lehrerausbildung adaptieren</p>

Autor, Jahr, Land Titel	Problem, Fragestellung Evidenzgrad (nach dem GRADE-System)	Forschungsdesign, Methode Art der Stichprobe, n	Ergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	Neue Erkenntnisse Kommentare
<p>2. Roes, Martina 2004</p> <p>Deutschland</p> <p>Wissenstransfer in der Pflege. Neues Lernen in der Pflegepraxis</p> <p>Dissertation</p>	<p>Hemmende bzw. fördernde Faktoren des Theorie-Praxis-Transfer</p> <p>EG: IV</p> <p>(neg.: kleine Stichprobengröße für Fragebogen; tlw. geringe Anzahl von Antworten nur auswertbar; Gruppendiskussion entspricht Gruppenmeinung)</p> <p>Umsetzungsmöglichkeit innovativer Ausbildungsinhalte abbilden 2 verschiedene Varianten implementiert mit Begleitmaßnahmen</p>	<p>Quantitative Ist-Analyse & qualitative Evaluationsstudie</p> <p>Fragebogen, standardisiert, offene & geschlossene Fragen n=53 (Lehrpersonen, inkl. Schulleitung) Rücklauf: n=40</p> <p>Qualitative Gruppendiskussionen (anhand 8 Fragen) mit insgesamt n=57 (Lernende n=32, PraxisanleiterInnen & MentorInnen n=14, Klinikpflegeleitungen, Stationspflegeleitungen & Pflegenden n=11)</p> <p>Qualitativ, Evaluationsstudie Interview m MitarbeiterInnen n=47 und qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring(1996)</p> <p>Feldbeobachtung anhand von</p>	<p>neg. Faktoren: PflegelehrerInnen: zu wenig Zeit, um Lernende in der Praxis anzuleiten, vor allem für theoretische Ausbildung zuständig klinischer Unterricht stellt keine Realsituation dar,</p> <p>zu geringe Lernortverknüpfung zwischen Schule & Praxis</p> <p>Konkurrenzdenken</p> <p>pos. Faktoren: Innovationspotentiale in pädagogischen, strukturellen und inhaltlichen Bereichen werden wahrgenommen Rahmenbedingungen des Lernortes nicht optimal (Zeitmangel, Personalmangel, Kompetenz der Anleitenden, Auszubildende als Arbeitskraft nicht als Lernende, etc.)</p> <p>Kommunikationsstrukturen zwischen Schule & Praktikumsort</p> <p>pädagogische Qualifikation ungenügend (Frontalunterricht; Imitationsverhalten in der Pflegepraxis)</p> <p>Einsatz gemäß dem Ausbildungsstand am Praxisort (Über- bzw. Unterforderung)</p> <p>Ausbildungskonzept Praxisanleiterkonzept (Modellhaus A) : arbeitsplatzverbundenes Lernen und das Lerninselkonzept (Modellhaus B): Lernsituation entsteht in und aus der Realsituation</p> <p>dezentraler Lernraum = 3. Lernort</p>	<p>Praktische Ausbildung an Lernort Praxis abgegeben („Realsituation“)</p> <p>Lernortkooperation</p> <p>Zeitfaktor</p> <p>geringe Wertschätzung der Praxis</p> <p>optimale organisatorische, strukturelle, personelle Rahmenbedingungen schaffen</p> <p>Schule und Praxisort als gleichwertige Partner</p> <p>Qualifikation / pädagogische Ausbildung aller Lehrenden /Ausbildner</p> <p>Ausbildungs- und Anleitungskonzepte in der Pflegepraxis</p> <p>Abstimmung und Einsatz der Lernorte entsprechend dem</p>

Autor, Jahr, Land Titel	Problem, Fragestellung Evidenzgrad (nach dem GRADE-System)	Forschungsdesign, Methode Art der Stichprobe, n	Ergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	Neue Erkenntnisse Kommentare
	<p>(Gespräche, Feldbeobachtungen..)</p> <p>Ziel: Steuerungsmodelle für Wissenstransfer zw. Schule und Praxis überprüfen Ausbildung mit der Praxis vernetzen Professionalisierungs- strategien einzuleiten</p> <p>EG: IV</p> <p>(Modellhaus A, geringe Teilnehmeranzahl, Ursache-Wirkungs- Beziehung)</p>	<p>Formblättern: systematisch strukturiert zur Erfassung von Lehr- /Lernsituationen in der Projektphasen n=30 Sequenzen</p> <p>Fragebogen an die Lernenden n=54 (Modellhaus A n= 10, B n=44) (an allen Projektphasen haben insgesamt 118 Lernende teilgenommen)</p> <p>Gruppengespräche mit den Lernenden Interviews anhand eines Interviewleitfadens, zu Beginn und am Ende des Projektes n= 31</p> <p>Ergebniseinspeisung (responsiver Evaluationsansatz): Interviews n=47 (ohne Lernende) anschl. qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring</p>	<p><u>Erkenntnisse:</u> zur Verbesserung der pflegepraktischen Ausbildung greifen alleinige innovative Ausbildungskonzepte zu kurz -> Klärung des Ausbildungs- und Pflegerverständnisses, des Rollenverständnisses und Anerkennungsverhältnisse</p> <p>klare Kommunikationsstrukturen und Informationskultur Lernortkooperation Schule & Praxis</p> <p>Ermöglichung von Lernprozessen – aktive Mitgestaltung durch den Lernenden</p> <p>Entwicklung & Umsetzung von Ausbildungskonzepte nur in Kooperation mit Schule & Pflegepraxis gemeinsam sinnvoll</p> <p>strukturelle, organisatorische und personelle Ressourcen einplanen bzw. berücksichtigen</p>	<p>Ausbildungsstand</p> <p>-> eindeutige Ausbildungs- zuständigkeiten und - verantwortlichkeiten darlegen</p>

Autor, Jahr, Land Titel	Problem, Fragestellung Evidenzgrad (nach dem GRADE-System)	Forschungsdesign, Methode Art der Stichprobe, n	Ergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	Neue Erkenntnisse Kommentare
<p>3. Jordan, Silvia; Brauner, Elisabeth</p> <p>2008</p> <p>Österreich</p> <p>Rotation in der Anästhesiepflege – Eine Analyse der Wirkungen auf Wissens- und Lernprozesse</p>	<p>Auswirkung der Jobrotation auf Wissens- und Lernprozesse Wie wird Wissen erworben und weitergegeben Fokus auf organisatorische/ organisationale Aspekte und deren Einflussfaktor auf die Lernbedingungen</p> <p>EG: III (spezielles Setting,</p>	<p>Quantitativ & qualitativ Fragebogen & Beobachtung & Interview</p> <p>n = 32: Narratives Interview (davon n = 6 Neulinge - auch teilnehmende Beobachtung – insg 42 Beobachtungstage) zusätzlich 36 semistrukturierte Interviews nach monatlicher Rotation mit den Neulingen & ins.g 26 narrative Interviews mit erfahrenen PP nach d Beobachtungstagen)</p> <p>n = 50: quantitative Datenerhebung (unterschiedliche Berufserfahrung, Hierarchieebene, Geschlecht, 25 PP & 25 ÄrztInnen)</p>	<p>Ergebnisse der qualitativen Untersuchung: Fachwissen (Gerätebedienung, medizinische Kenntnisse & Zusammenhänge, Wirkung) aber auch Kenntnisse über räumliche & personelle Gegebenheiten wichtig (was, wo, wer, Berufsgruppenzugehörigkeit)</p> <p>Metawissen (Wissen über Wissen): Wissensinhalte --> in unterschiedlichen Situationen verschiedene Wissensinhalte relevant -> Wissenserwerb in einem Neuen Bereich -> Jobrotation - wichtigsten Punkte kennen, Kompetenz erwerben</p> <p>Hemmfaktoren: Einschulende kennen nicht den Wissenstand der Lernenden Doppelbelastung: einschulen und normales Arbeitspensum erfüllen Neuling kennt eigene Grenzen des Wissens nicht -> Gefahr der Selbstüberschätzung</p> <p>pos. Auswirkung der Rotation aus der Sicht erfahrener PP: Perspektivenwechsel eigenen Wissensgrenzen erkennen neg. Auswirkung der Rotation: hemmt Bildung von transaktiven Wissen (geteiltes Wissen zw. Mitgliedern, spezifisches Wissen, Wissen über Wissen der anderen Mitglieder und dieses nutzen, gegenseitige Abhängigkeit)</p> <p>Ergebnisse des quantitativen Fragebogens: Verhaltensänderung im Sinne der berufsgruppenübergreifenden Einschulung: OberärztInnen verändern ihr Verhalten</p>	<p>Kompetenzverteilung muss klar sein</p> <p>Verteilung und Wissen über Verantwortlichkeiten</p> <p>Kontinuität der Bezugsperson / der Einschulenden PP</p> <p>mangelnde pädagogische Ausbildung der Einschulenden /Anleitenden</p> <p>Doppelbelastung</p>

Autor, Jahr, Land Titel	Problem, Fragestellung Evidenzgrad (nach dem GRADE-System)	Forschungsdesign, Methode Art der Stichprobe, n	Ergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	Neue Erkenntnisse Kommentare
			<p>gegenüber einem Pflegeneuling mehr, als wenn erfahrene PP mit unerfahrener/n ÄrztIn zusammen arbeitet</p> <p>soziales Metawissen (Wissen um Wissen bzw. Nicht-Wissen anderer): ist einerseits durch Rotation gestört, andererseits werden Wissenslücken offensichtlich und das soll Lernprozesse anregen</p>	
<p>4. Regitschnig, Annemarie 2003 Österreich Die Praxis ist dann ganz anders... Artikel über Inhalt der Dissertation</p>	<p>Motivationsreduzierende Faktoren während der Krankenpflegeausbildung (Berufswahlmotive)</p> <p>EG: III (1 Jahrgang an einer Schule)</p>	<p>Quantitativ, empirisch (7-stufige Schätzskala)</p> <p>Längsschnittstudie</p> <p>n=106</p>	<p>Idealismus muss dem Realismus weichen – Patient als „Kunde“ und Pflege als Dienstleistung</p> <p>Berufsfeld/Arbeitssituation wird im Praktikum als unbefriedigend erlebt, gezeichnet durch hohe Anforderungen, hoher Arbeits- und Verantwortungsdruck, Personalmangel</p> <p>SchülerInnen als Arbeitskraft eingesetzt und nicht als Lernende -> dadurch sinkt Ausbildungsqualität mangelhafte Informationen bei glz. hohen Wissens- und Informationsbedarf</p> <p>fehlende Wertschätzung (von ÄrztInnen)</p>	<p>Gefahr: Ökonomisierung und Marktorientierung auf Kosten der Qualität</p> <p>Doppelbelastung & Zeitmangel</p> <p>Rollenkonflikt der PP (Anleitung im Gesetz verankert, jedoch hat Patientenversorgung Vorrang) fehlende Wertschätzung / Anerkennung</p>

Autor, Jahr, Land Titel	Problem, Fragestellung Evidenzgrad (nach dem GRADE-System)	Forschungsdesign, Methode Art der Stichprobe, n	Ergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	Neue Erkenntnisse Kommentare
<p>5. Arnold, Doris</p> <p>2000</p> <p>Deutschland</p> <p>Aber in die Praxis umzusetzen ist es dann halt schwierig</p>	<p>Was beeinflusst die Umsetzung von Kinästhetik in die Pflegepraxis?</p> <p>Beeinflussungsfaktoren für die Umsetzung von erlerntem Wissen in die Praxis.</p> <p>EG: III (spezifisches Setting)</p>	<p>Qualitativ</p> <p>Grounded Theory</p> <p>Interviews, parallele Feldnotizen, Feldbeobachtungen</p> <p>offenes, axiales und selektives Kodieren nach Strauss & Corbin (1996)</p> <p>n=23 FortbildungskursteilnehmerInnen (inkl. n=2: Feldbeobachtung)</p>	<p>Persönliche Charakteristika der PP Bedingungen des Arbeitsortes Pflegeverständnis: arbeitsablaufbezogen oder patientenbezogen oder personenbezogen oder professionell: bei jeder Person unterschiedlich gewichtet neg.: Transfer von Wissen erfordert Motivation, da damit eine Arbeit verbunden ist Vermittlung abstrakter Prinzipien – Übertragbarkeit allgemeiner Konzepte organisatorische Elemente (Lagerungshilfsmittel / zweite Kollegin organisieren, Platzangebot etc.) Zeitfaktor Neues unterbricht die Gewohnheit, die Routine und die Norm Erwartungshaltung, Angst vor Ablehnung, Begründungen und Erklärungen abgeben zu müssen</p> <p>pos: Erlerntes erscheint nützlich und Anwendung hat sichtbare Auswirkungen</p> <p>Anwendung von Methoden der Erwachsenenbildung</p>	<p>Wissenstransfer entspricht einer Arbeitsleistung</p> <p>Grundhaltung und Pflegeverständnis</p> <p>begreifen abstrakter Prinzipien ermöglicht flexible Anwendung in anderen Situationen</p> <p>positive Lernerfahrung = Positiver Verstärker</p> <p>Nutzenabwägung</p> <p>Zeitressourcen</p> <p>strukturelle Ressourcen & personelle Ressourcen</p> <p>Wissensdefizit</p> <p>Kommunikationsfertigkeiten</p> <p>zielgruppenorientierte Wissensvermittlung nach pädagogischen & didaktischen Kenntnissen</p>

Autor, Jahr, Land Titel	Problem, Fragestellung Evidenzgrad (nach dem GRADE-System)	Forschungsdesign, Methode Art der Stichprobe, n	Ergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	Neue Erkenntnisse Kommentare
<p>6. Brinker-Meyendriesch, Elfriede</p> <p>2002</p> <p>Deutschland</p> <p>Theorie-Praxis-Vernetzung Eine mehrperspektivische, formative Evaluation des Studiengangs Pflegepädagogik an der Fachhochschule Münster</p> <p>Dissertation: 2001</p>	<p>Studiengang Pflegepädagogik (Lehrerbildung für Pflegeberufe): Konnte das intendierte curriculare Element der „Theorie-Praxis-Vernetzung“ wirksam umgesetzt werden?</p> <p>EG: IV (Stichprobengröße nicht klar angegeben!) (Pre-Test, Fragebogen, Protokoll von Lernortkooperationsveranstaltung & Auswertungsveranstaltung, Plakate, Berücksichtigung der Biografie der Teilnehmer, Gespräche mit den Untersuchungspersonen in Form der Moderationsmethode)</p>	<p>Triangulation qualitativer und quantitativer Daten unter Berücksichtigung mehrerer Perspektiven (Teilnehmerauswahl) und Fragebogen zu 2 unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben - vor und nach dem Praktikum (Fragebogen mit halboffenen Fragen und offenen/geschlossenen Statements, 1x Fragebogen mit geschlossenen Fragen)</p> <p>formative Evaluation: Ergebnisse der Befragung werden nach der Auswertung an die Befragten rückgekoppelt</p> <p>n= nicht klar angegeben</p> <p>(Pre-Test: Gruppenstatements n = ca. 20 Studierende und halboffener Fragebogen n=12 Studenten und n =9 Mentorinnen Hauptuntersuchung: ca. n=20 Studierende, MentorInnen durchschnittlich n=15, Lehrende und Lehrbeauftragte in wechselnder Anzahl)</p>	<p>Tlw. mangelnde Koordination der Praktikumseinsätze tlw. unzureichende Theorie-Praxis-Vernetzung in der Ausbildung der zukünftigen Lehrer tlw. unzureichende Berücksichtigung der pflegerischen Berufsbiografie der Studierenden (Vor- und Nachbereitung der Praktika) Praxiserfahrungen der Studierenden sollen einer theoretischen Klärung zugeführt werden (Vernetzung) Studierende haben pflegewissenschaftliche Erkenntnisse noch nicht mit ihren beruflichen Erfahrungen gekoppelt und stehen daher als Anknüpfungspunkte nicht zur Verfügung MentorInnen: selbst nach einem alten Konzept ausgebildet, vernachlässigen neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse Lehrer als Vor- und Rollenmodell unzureichend</p> <p>dauerhafte Lernortkooperationen mit Erfüllung der Praktikumsaufgaben Schwerpunktsetzung und Stärkung des Handlungsfeldes & Praktikums „Ausbildung“ - Verknüpfung von Theorie & Praxis intensivieren</p>	<p>Zeitgemäße Ausbildung der Lehrbeauftragten an den Lernorten Universität und Praxis</p> <p>Organisatorische Strukturen verbessern</p> <p>geeignete Lernangebote am Lernort Praxis</p> <p>Theorie-Praxis-Vernetzung in der Ausbildung der Lehrer erforderlich</p>

Autor, Jahr, Land Titel	Problem, Fragestellung Evidenzgrad (nach dem GRADE-System)	Forschungsdesign, Methode Art der Stichprobe, n	Ergebnisse, Empfehlungen für die Praxis	Neue Erkenntnisse Kommentare
<p>7. Darmann-Finck Ingrid</p> <p>2006</p> <p>Deutschland</p> <p>„Und es wird immer so empfohlen“ - Bildungskonzepte und Pflegekompetenz</p>	<p>Lernfördernde bzw. restriktive Potentiale des Pflegeunterrichtes identifizieren und prüfen, ob der Unterricht eine angemessene Vorbereitung auf die Praxis darstellt</p> <p>EG: III (4 Klassen aus 3 verschiedenen Schulen, Unterricht von 9 verschiedenen LehrerInnen)</p>	<p>Qualitativ</p> <p>Grounded Theory</p> <p>Konversationsanalyse, Kategorienbildung anhand von Bildungskonzepten nach dem Konzept-Indikator-Modell der GT</p> <p>n=50 (Unterrichte: Feldnotizen und tlw. Protokolle, n=28 Tonbandaufnahmen des Unterrichtes, davon 16 transkribiert)</p>	<p>SchülerInnen erhalten im Unterricht auf ihre Frage unzureichend begründete Informationen bzw. Regeln</p> <p>3 Bildungskonzepte identifiziert:</p> <p>*Fallorientierung: komplexe Pflegesituation - soll Lösungen finden, jedoch „richtige“ Lösung hinderlich</p> <p>*Meinungsorientierung: Diskussion wertbezogener Fragen</p> <p>*Regelorientierung = am häufigsten beobachtet worden; Handlungsregeln für typische Pflegesituationen – Maßstab für die berufliche Praxis, Grenzen des Bildungskonzeptes: * vermittelte Regeln sind mangelhaft wissenschaftsbasiert begründet * fehlende situationsspezifische Urteilsbildung, stattdessen Standards und „Rezepte“ * einseitige Auflösung widersprüchlicher Anforderungen an die Pflegepraxis SchülerInnen können erlerntes Wissen nicht situationsspezifisch adaptieren und patientenorientiert anwenden</p>	<p>Unterricht vermittelt nicht ausreichende Kenntnisse, somit kann Erlernes nicht situationsspezifisch in der Praxis angewendet werden</p> <p>LehrerInnen sind nicht auf dem Stand der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse</p> <p>Kompetenzniveau der SchülerInnen</p>

Tabelle 24: Übersicht über die Studieninhalte

9. Ergebnisse

Behrens und Langer beschreiben eine Meta-Analyse als „eine Forschungsmethode, um die Ergebnisse von Studien auf einem Gebiet zusammenzufassen und übergreifende Schlüsse zu ziehen“ (Behrens, Langer, 2004, 147). Die Einzelergebnisse sollen entsprechend Zimmer nicht nur aufgelistet werden, sondern auf eine höhere Abstraktionsebene gehoben werden (vgl. Zimmer, 2006, 312). Diesem Prinzip folgend haben sich folgende Punkte als hemmende bzw. fördernde Faktoren herauskristallisiert:

- geeignetes Lern- und Arbeitsumfeld mit entsprechender Ausstattung
- die wissenschaftlich fundierte und pädagogische Qualifikation der Ausbilder an den Lernorten der Theorievermittlung und der Praxisvermittlung
- Zeitressourcen, um die notwendigen Qualifikationen zu vermitteln

Die Themen, die sich aus den Studieninhalten ergeben, lassen sich angelehnt an Donabedian's Struktur-Prozess-Ergebnis-Analyse (1966) in Rahmenbedingungen einteilen.

9.1. Strukturelle Rahmenbedingungen

Die strukturellen Rahmenbedingungen können sozusagen von ganz oben, von der Makroebene, bis hinunter ins Detail, in die Mikroebene, betrachtet werden.

Zur Makroebene zählen die politischen Strukturen eines Landes, die wirtschaftlichen, ökonomischen und sozialen Verhältnisse. Diese beeinflussen sich gegenseitig und hängen wiederum mit den Werten und Normen der Gesellschaft zusammen. In Richtung Mikroebene repräsentiert jede Organisation und die darin agierenden Akteure (vgl. Roes, 2004, 111) diese Normen. Gesetze regeln das Leben untereinander und miteinander. Die gesetzlich fixierten Bildungskonzepte und Arbeitsbedingungen zählen ebenfalls dazu.

In den Studien wurden strukturellen Rahmenbedingungen durch Begriffe wie „Anerkennung, Wertschätzung, Kommunikationsstrukturen, Arbeitsplatzausstattung“ zum Ausdruck gebracht.

- Die gesellschaftlichen Normen der Wertschätzung und der Anerkennung können sich auf das Ansehen eines Berufes oder das Respektieren der Mitmenschen beziehen. Die Wichtigkeit der Anerkennung von Arbeitsleistung hat Roes in Form von Verbesserungsvorschlägen im Bereich des „Ausbildungsverständnisses“ (Roes, 2004, 188) betont.
- Auch in Regitschnigs Studienergebnissen ist die fehlende Wertschätzung und Akzeptanz zwischen den Berufsgruppen ein Grund dafür, dass die Lernenden die Ausbildungssituation als mangelhaft erleben (Regitschnig, 2003, 343).
- Roes (2004) betont „das Vorhandensein von Kommunikationsstrukturen und Kooperationsverhalten als wichtige Voraussetzung einer Verknüpfung der verschiedenen Lernorte (...)“ (a.a.o., 179).
- Den Nachteil von gesellschaftlichen Normen haben Darmann-Finck (2006) und Arnold (2000) aufgezeigt, da die Normen stark leitend und handlungsregulierend wirken können und sich dadurch der Reflexion entziehen (vgl. Darmann-Finck, 2006, 190, 193; Arnold, 2000, 59).

Die Ausstattung und Bedingungen des Arbeitsumfeldes sind für das Arbeits- und Lernklima mitbestimmend. Erst durch die vorgegebenen Strukturen der Lernorte können gewisse Fertigkeiten erlernt und angewendet werden. In den Studienergebnissen wurde dieser Aspekt unter folgenden Punkten angesprochen:

- Brinker-Meyendriesch (2002) hat diese Erkenntnis unter dem Punkt „Lernangebote der Praxisstätten“ (a.a.o., 247) zusammengefasst.
- Arnold (2000) greift dieses Thema mit der Aussage „(...), zusammen mit den Bedingungen der Station, auf der die jeweilige TeilnehmerIn arbeitet“ (a.a.o., 57) auf und führt etwas später die Aspekte der „Organisation von Lagerungsmitteln“ und das Platzangebot an (vgl. a.a.o., 58).

- Jordan und Brauner (2008) fassen die „Kenntnisse zur räumlichen wie personellen Orientierung“ (a.a.o., 118), die Ausstattung des Lernortes inklusive der Gerätebedienung und „Wissen über die Verteilung von Kompetenzen unter den Mitarbeitern“ (a.a.o., 118) unter dem Ergebnis „Metawissen in der Anästhesiepflege“ (a.a.o., 118) zusammen.

9.2. Organisatorische Rahmenbedingungen

Diese Rahmenbedingungen umfassen sowohl die Organisation der Ausbildung, die Organisation der Lerninstitution, die Organisation der Lernorte, die dort herrschenden organisatorisch verursachten Arbeitsbedingungen als auch die theoretische und praktische Ausrichtung und Umsetzung von Lehr- und Lernprozessen.

Die Inhalte des Curriculum für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ist gesetzlich geregelt (in Österreich im BGBL II 1999/179, 885-890; Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 203-204).

Die Organisation des Praktikums obliegt der Schule (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2010, 220; Roes, 2004, 175;). Die Schule wird als ausschließlicher Lernort für die „Theorie“ wahrgenommen, was nicht verwundern darf, da das Vermitteln von Pflege-theorien und Konflikttheorien bereits gesetzlich als theoretischer Unterricht verankert ist (vgl. BGBL II 1999/179, 861, 885, 889). Der Lernort im Praktikumseinsatz wird als „Praxis“ (vgl. Roes, 2004, 179) wahrgenommen.

Die Ausbildung von SchülerInnen und neuen MitarbeiterInnen obliegt in der Praxis den Pflegepersonen des jeweiligen Lernortes. Damit die Auszubildenden entsprechend ihren Kenntnissen gefördert und unterstützt werden können, ist es unumgänglich, dass die anleitenden Pflegepersonen über den Wissensstand der Lernenden informiert sind. Leider entspricht das in den Studien nicht der Realität, da bessere Kommunikationsstrukturen ein Thema waren:

- Die mangelnde Verknüpfung und Zusammenarbeit der beiden Lernorte wird als hemmend empfunden und wurde von Roes unter dem Punkt „Kooperation und Kommunikation zwischen den Lernorten Schule und Praxis“ (Roes, 2004,

179) dargestellt. Das Fehlen von „Ausbildungskonzepten für die Ausbildung von Pflegepraxis“ (a.a.o., 183) hat Roes im Kapitel der „Methodisch-didaktischen Lernorganisation“ kritisiert (a.a.o., 181).

- Unter dem Begriff „Lernortkooperation“ fasst Brinker-Meyendriesch die Notwendigkeit zusammen, Kommunikationsstrukturen zwischen den Lernorten Schule und Praktikum zu schaffen und die Praktikumseinsätze zu planen (vgl. a.a.o., 2002, 249), ebenso wie Roes im Kapitel „Ausbildungsverständnis“ (Roes, 2004, 183-185).
- Jordan und Brauner fassen die Organisationsstrukturen unter dem Begriff „Rotation und Metawissen“ (2008, 118) zusammen: Anästhesiepflegepersonen müssen im Rahmen ihrer Ausbildung an verschiedenen Ausbildungsorten arbeiten, das diese als „bedrohlich“ (a.a.o., 2008, 119) wahrgenommen haben, verursacht durch das mangelnde Wissen der Einschulenden über den Wissensstand der Auszubildenden.
- Arnold (2000) erwähnt die „Arbeitsorganisation auf der Station“ (a.a.o., 58) als möglicher fördernder bzw. hemmender Faktor für die Möglichkeit, Wissen fachpraktisch umzusetzen.

Da die Pflegepersonen auch ihrer normalen alltäglichen Arbeit nachgehen müssen, wird die Aufgabe der Anleitung und Ausbildung als belastend wahrgenommen bzw. können sie aufgrund von Zeitmangel dieser Aufgabe nicht im erforderlichen Ausmaß nachkommen.

Die fehlende Zeit ist einerseits durch die Anzahl der gleichzeitig Auszubildenden charakterisiert, andererseits durch die zur Verfügung stehenden Zeit für die aktive fachpraktische Anleitung während des Praktikums.

- Dieses Problem trifft sowohl auf die Lehrkräfte als auch auf die Pflegeperson in der Praxis zu (vgl. Roes, 2004, 174-177).
- Die Einschulung neuer Mitarbeiter haben erfahrene Pflegepersonen als belastend empfunden, da sie keine Kenntnisse über den Wissensstand der Lernenden haben und nebenbei ihre normale Arbeit auch noch ausführen müssen (vgl. Jordan, Brauner, 2008, 118).

- Auch Brinker-Meyendriesch (2002) weist in ihren Ergebnissen „Lernangebote der Praxisstätten“ (a.a.o., 247-248) auf keine kontinuierliche Begleitung der Lernenden hin.
- Regitschnig (2003) fasst unter „Praktische Ausbildung wird als defizitär erlebt“ (a.a.o., 343) sowohl den Zeitmangel als auch die fehlende Informationsgabe zusammen.

9.3. Personelle Rahmenbedingungen

Unter den personellen Rahmenbedingungen sind die Begriffe der Ausbildung und der pädagogischen Kenntnisse der Lehrpersonen, der Pflegepersonen in der Praxis und die Vorbildwirkung der Pflegepersonen in der Praxis zusammengefasst.

Wissensdefizite auf beiden Seiten erschweren eine fachlich kompetente Ausbildung, wie bei allen inkludierten Studien aufgezeigt wurde.

- Jordan und Brauner (2008) weisen in ihrem Artikel über die Rotation im Anästhesiebereich darauf hin, dass unzureichendes Fachwissen und die Selbstüberschätzung der Auszubildenden die Anleitung in der Praxis erschweren, ebenso die mangelnde fachliche Kompetenz der Anleiter (vgl. a.a.o., 119).
- Darmann-Finck (2006) kritisiert, dass die Lehrpersonen den SchülerInnen statt „situationsspezifischer Urteilsfindung“ (a.a.o., 190) unspezifische Handlungsnormen ohne wissenschaftlicher Basierung vermitteln (vgl. a.a.o., 190-191).
- Arnold (2000) macht auf die falsche Erwartungshaltung von Lernenden aufmerksam, die erstaunt sind, dass sie ihr erlerntes Wissen flexibel und selbstständig auf eine spezielle Situation übertragen sollen (vgl. a.a.o., 57-58).
- Die Vermittlung der Vernetzung von Theorie und Praxis wird auch von Lehrpersonen nicht immer erfolgreich umgesetzt (vgl. Brinker-Meyendriesch, 2002, 243), wie Brinker-Meyendriesch in ihren Evaluationsergebnissen feststellen musste.

- Schwarz-Govaers (2005) empfiehlt die Lehrerausbildung zu adaptieren, damit diese ihrer eigenen handlungsleitenden subjektiven Theorien bewusst werden und Methoden zur Sichtbarmachung dieser erlernen (a.a.o., 586-599).
- Die unterrichtenden Personen an der Schule sollen über „pädagogische Qualifikationen verfügen“ (Roes, 2004, 181).

Die Lehrpersonen und Ausbilder in der Theorie und Praxis werden als Rollenmodell wahrgenommen. Daher sollten sich alle Berufsgruppen ihrer Vorbildwirkung bewusst sein.

- Gerade Schwarz-Govaers (2005) konnte in ihrer Studie darstellen, dass sowohl subjektive Theorien als auch die „Anforderungen oder Theorien der Institution sehr viel stärker das Handeln“ (a.a.o., 440) beeinflussen, als zuvor im Unterricht erworbenes Wissen.
- Roes (2004) hat in ihrer Ist-Analyse erhoben, dass in der Praxis das „Imitations- und Beobachtungslernen“ (a.a.o., 182) dominieren.
- Brinker-Meyendriesch (2002) verweist in den Ergebnissen der „Lernorte als berufliche Praxis“ (a.a.o., 246) darauf hin, dass die Pflegepersonen das realistische „Arbeitsfeld und Arbeitsleben für die Studierenden“ (a.a.o., 246) repräsentieren.
- Regitschnig (2003) zeichnet unter dem Ergebnis „Idealismus weicht Realismus“ (a.a.o., 342) ein sehr negatives Bild, das nicht nur das Rollenverständnis sondern auch die Arbeitsanforderungen und die Arbeitsbedingungen des zukünftigen Berufsfeldes der SchülerInnen beinhaltet und weist so indirekt auf die Vorbildfunktion hin.
- Die Gestaltung und Umsetzung des theoretischen Unterrichtes nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen findet nicht statt (vgl. Darmann-Finck, 2006, 192-194), sondern es werden tradierte Normen vermittelt (vgl. a.a.o., 190)

10. Diskussion

Die Aufgabengebiete in der Pflege werden immer vielfältiger und spezialisierter. Um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden, sollen die Pflegekräfte im Rahmen ihrer Ausbildung die Kompetenzen, Qualifikationen, Fertigkeiten und Fähigkeit erlangen, selbstständig Entscheidungen mit und für die PatientInnen zu treffen und den Problemlösungsprozess eigenständig und eigenverantwortlich durchführen zu können (vgl. Rottenhofer, 2003, 29-31; o.A., 2010, Wiener Krankenanstaltenverbund: Pflege ist Verantwortung und Engagement). Die Erlangung einer umfassenden Pflegekompetenz ist die Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige PatientInnenbetreuung und -versorgung. Bereits Benner (1994) hat festgestellt, dass der Kompetenzerwerb nur durch tatsächliches praktisches Tun und Handeln erfolgen kann. Das zu Beginn „regelgeleitete Verhalten“ (Benner, 1994, 41) verändert sich aufgrund von Übung, Erfahrung und Reflexion zu einem ganzheitlichen Erfassen der Situation und ermöglicht die spontane Ableitung umfassender Pflegemaßnahmen (a.a.o., 47). Auch Olbrich hat sich intensiv mit dem Thema Kompetenz, Definitionen dieser und dem Kompetenzerwerb auseinandergesetzt. Sie betont in ihrer Kompetenztheorie, dass Kompetenz nicht nur von der Pflegeperson allein ausgeht, sondern auch vom Kontext, also den PatientInnen und dem Umfeld (vgl. Olbrich, 1999, 169) abhängig ist.

Blessing (2010) beschreibt in einem Artikel seine positiven Erfahrungen des Theorie-Praxis-Transfers von Fachwissen und von Handlungswissen anhand von computerunterstützten Patientensimulatoren. Eine vorgegebene Pflegesituation kann am Simulator in einem geschützten Rahmen geübt und wiederholt werden und so Sicherheit und Kompetenz erworben werden (vgl. Blessing, 2010, 295). Einen geschützten Lernort stellen ebenfalls die Skills Labs dar. Das sind nachgebaute Krankenzimmer, damit die Übungszimmer möglichst realitätsnahe wirken. Lernmaterialien und -werkzeug werden zur Verfügung gestellt und die Auszubildenden können einerseits unter Anleitung andererseits auch selbstständig praktische Fertigkeiten durchführen und einüben. In Deutschland werden diese Räumlichkeiten schon seit einigen Jahren den MedizinstudentInnen als Attraktion geboten. Inzwischen werden diese Übungsräume auch in der Pflegeausbildung zum Beispiel am Krankenhaus Freiburg angeboten (vgl. o.A., 2011, Katholische

Hochschule Freiburg: Skills-Labs Pflege und Physiotherapie; Schroeder, 2011, 49-50; Ludwig, 2004, 96).

Der auch als 3. Lernort bezeichnete „Lernbereich Training & Transfer“ (Meyer-Hänel, Umbescheidt, 2006, 276) stellt neben den Lernorten Schule und Praxis ebenfalls einen geschützten Raum dar, in dem zuvor theoretisch erworbenes Wissen praktisch angewendet werden soll.

Der Versuch eine Ausbildungsstation zu etablieren, hat die Universität Greifswald gestartet und positive Erfahrungen gemacht, jedoch sind die erforderlichen Begleitmaßnahmen sehr umfangreich (Sochert, Ryll, 2008, 180-182).

Viele Autoren beschäftigen sich auch mit den didaktischen Möglichkeiten zur Überwindung der Theorie-Praxis Kluft (Schwarz-Govaers, 2004; Ludwig, 2004; Wittneben, 1999; Obermayr, 2009). Um diese Diskrepanz zu überwinden, hat Renate Schwarz-Govaers versucht, mögliche Ursachen aufzuzeigen und Lösungsansätze vorzustellen (Schwarz-Govaers, 2005). Mit ihrer Entwicklung eines Fachdidaktikmodells Pflege in der Deutschschweiz hat sie neue Ausbildungsimpulse gesetzt. Iris Ludwig (2004) beleuchtet verschiedene Konzepte zur Vermittlung von fachpraktischen Fertigkeiten in den Niederlanden und beschäftigt sich mit der möglichen Übertragbarkeit dieser Konzepte auf die Schweiz (Ludwig, 2004, 98-103). Mit den didaktischen Möglichkeiten, wie Pflege am besten gelehrt wird, beschäftigen sich viele PflegepädagogInnen. Die meisten Konzepte setzten bereits bei der theoretischen Wissensvermittlung als klassischer Unterricht im Klassenzimmer an (Haas, 2005; Schwarz-Govaers, 2005; Sahmel, 2001) und machen Vorschläge zur praxisnahen und praktischen Wissensanwendung.

Martina Roes benennt die Kluft als Theorie-Praxis-Diskrepanz (vgl. Roes, 2004, 13) und begleitete zwei Modellprojekte zur „Verbesserung der pflegepraktischen Ausbildung“ (a.a.o.) über mehrere Jahre in Norddeutschland. Sie kommt zum Ergebnis, dass eine nicht ausreichende Verknüpfung der Lernorte Schule und Praxis den Wissenstransfer behindern und konnte zahlreiche weitere Störfaktoren herausarbeiten.

In der Schweiz wurden in den vergangenen Jahren zunehmend Advanced-Nursing-Practice-Teams aufgebaut (Ullmann-Bremi, Schlüer, Finkbeiner, Huber, 2011; Spirig et al., 2010) und deren Kompetenzen und Aufgaben definiert, damit die Versorgungsqualität bestimmter Patientengruppen gesichert ist. Die Solothurner Spitäler AG hat PflegeexpertInnen etabliert, die auf Basis der Advanced Nursing

Practice, der Praxisentwicklung und des Transformationalen Leadership nicht nur die Pflegemethoden und die Expertenpflege zu verbessern trachten, sondern auch die Pflegepraxis für spezielle Patientengruppen (vgl. Barandun Schäfer et al., 2011, 7). Viele kleinere Projekte finden in Spezialbereichen wie Anästhesiepflege (Jordan, Brauner, 2008) oder in der Psychiatrie (Richter, Hahn, 2009) statt, da diese eine Sonderstellung in der Pflege einnehmen. Diese Bereiche sind durch ihr Patientengut und ihr ähnliches Aufgaben- und Tätigkeitsgebiet leichter vergleichbar und daher können Konzepte und Erfahrungen von anderen Krankenhäusern leichter erprobt und umgesetzt werden. Die Ergebnisse können eventuell nur eingeschränkt auf allgemeine Pflegebereiche umgelegt werden.

Da die erfolgreiche Transferierung der Theorie in die Praxis von unzähligen Faktoren abhängig ist, konnte noch kein einheitliches Ausbildungskonzept für den fachpraktischen Bereich etabliert werden.

Ziel der Diplomarbeit war es, Voraussetzungen für eine zeitgemäße fachpraktische Bildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege aufzuzeigen.

Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege kann in Österreich sowohl an einer Krankenpflegeschule als auch an einer Fachhochschule absolviert werden. Die Analyse der Ausbildungscurricula der Unterrichtsgegenstände Soziologie, Psychologie und Pädagogik der sekundären und der tertiären Bildungsebene haben ergeben, dass die SchülerInnen und StudentInnen im Rahmen ihrer theoretischen Ausbildung nicht auf die gesetzlich im eigenverantwortlichen Bereich verankerte Aufgabe „Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung“ (Weiss-Faßbinder, Lust, 2009, 88) vorbereitet werden.

Weiters war das Ziel der Metaanalyse, hemmende und fördernde Faktoren in der fachpraktischen Ausbildung herauszuarbeiten. Die Limitierung der im Anschluss daran durchgeführten systematischen Übersichtsarbeit ergibt sich aus der relativ geringen Anzahl an inkludierten Publikationen, obwohl einige Vertreter der Metasynthese gerade das als Vorteil sehen (Sandelowski et al., 1997, 368).

Die Empfehlung, dass alle Pflegepersonen, die in die Betreuung und Begleitung der SchülerInnen und StudentInnen in Theorie und Praxis involviert sind, eine wissenschaftlich fundierte, pädagogische Ausbildung haben sollen, deckt sich mit den Ergebnissen aus Studien aus dem anglikanischen (vgl. Swain, 2003; Corlett,

2003; Hope, Garside, Prescott, 2011) und dem nordeuropäischen (Öhring, Hallberg, 2001) Raum.

Der Rollenkonflikt der Pflegepersonen, verursacht durch die zeitgleiche Betreuung von PatientInnen und Auszubildenden, geht auf die Kosten der Qualität und wird als sehr belastend empfunden. Die Problemdarstellung der Doppelbelastung und die fehlenden Zeitressourcen decken sich mit anderen Studien (Spouse, 2001; Corlett, 2000; Leners, Sitzmann, Hessler, 2006; McCarthy, 2006), die sich mit dem Theorie-Praxis-Transfer auseinandergesetzt haben.

10.1. Empfehlungen für die Praxis

In den analysierten Studien wurde die fehlende beziehungsweise mangelhafte pädagogische und wissenschaftliche Ausbildung der lehrenden Pflegepersonen, sowohl in der Vermittlung der Theorie als auch der Praxis, als hemmender Faktor wahrgenommen.

Die Sonderausbildung für Lehraufgaben hat zwar universitären Charakter und wird mit einigen Universitätslehrgängen gleichgehalten (vgl. BGBL II 2009/59, Anlage 6), schließt jedoch mit keinem akademischen Titel sondern mit einem Diplom ab (vgl. BGBL II 2005/453, 3). Die Zuführung der Ausbildung in den tertiären Bildungssektor mit entsprechendem universitärem Abschluss wäre sinnvoll und würde dem Lehrpersonal weitere Bildungswege öffnen. Das gleiche gilt für die Weiterbildung nach § 64 zur/zum PraxisanleiterIn. Eine Umrechnung der Ausbildungszeit in das European Credit Transfer System (ECTS) und Anerkennung der erworbenen ECTS für weitere einschlägige universitäre Ausbildungen könnte ein Anreiz sein, ein weiterführendes Studium zu absolvieren. Die Anzahl akademischer Pflegekräfte könnte dadurch erhöht werden, das wiederum die Möglichkeit bietet, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die Pflegepraxis und in die Lehre einfließen (vgl. Schrems, 2000, 98).

Laut der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung umfasst die Ausbildung mindestens 4600 Stunden, wovon 2480 Stunden für die praktische Ausbildung verwendet werden sollen (vgl. BGBL II 1999/179, 866-867).

Die fachpraktische Ausbildung erfolgt an den Praktikumsstellen durch die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Diese müssen für diese Tätigkeit keine speziellen pädagogischen oder didaktischen Zusatzqualifikationen erworben haben, da die „Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung“ (BGBL I 1997/108, 1285) laut Gesetz im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich verankert ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die Pflegepersonen ihr normales Arbeitspensum des Tages erledigen müssen, da sie nicht ausschließlich für die praktische Ausbildung Lernender zuständig sind. Die SchülerInnen werden in den Arbeitsalltag der Station eingebunden und werden meist ohne Anleitungskonzept angelernt. Die Qualität hängt somit einerseits von den Eigenschaften und Fähigkeiten der vermittelnden Pflegeperson ab, andererseits von den ihr zur Verfügung stehenden zeitlichen, örtlichen, personellen und materiellen Ressourcen.

Ein erster Schritt, die fachpraktische Ausbildungsqualität anzuheben, wäre die Abänderung des Gesetzes, indem die „Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung“ (BGBL I 1997/108, 1285) aus dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich gestrichen wird.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Zeitpunkt des ersten Praktikumseinsatzes. Entsprechend der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung darf frühestens 2 Monate nach Ausbildungsbeginn das erste Praktikum angetreten werden (vgl. BGBL II 1999/179, 867). Zu diesem Zeitpunkt sind noch nicht die wichtigsten Grundkenntnisse und Fertigkeiten im Schulunterricht vermittelt worden. Die Qualität der fachpraktischen Ausbildung leidet unter der fehlenden theoretischen Vermittlung von Wissen.

Daher wäre die Verlegung des ersten Praktikums in das zweite Ausbildungsjahr auf der sekundären Bildungsebene bzw. in das 3. Semester auf der tertiären Ebene eine qualitätssichernde Maßnahme.

10.2. Empfehlungen für die Forschung

Durch die demographische Entwicklung einer immer älter werdenden Bevölkerung verändern sich die Anforderungen an die Pflege.

Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege soll Pflegepersonen dazu qualifizieren, sowohl in Akutpflegebereichen, Langzeitpflegeeinrichtungen und im extramularen Bereich arbeiten zu können, als auch in der Krankheitsprävention, Beratung, Pflegeforschung oder im Rahmen des Qualitätsmanagements tätig zu werden (vgl. o.A., o.J.: FH-Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Ihr Studium im Überblick; Rottenhofer, 2003, 5).

Ziel des Ausbildungscurriculums ist es, neben der Vermittlung von fachlich-medizinischen und pflegerischen Wissen die Vermittlung von Kompetenzen. Dazu zählen neben der Fach-, Methoden-, sozialkommunikativen- und Selbstkompetenz (vgl. Rottenhofer, 2003, 16) auch die Problemlösekompetenz, Urteilsfähigkeit, Reflexionsfähigkeit und die Befähigung, wissenschaftlich zu arbeiten (vgl. FH-Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Schwerpunkte; Rottenhofer, 2003, 22; Darmann-Finck, 2006, 195).

Ob die Curricula auf der sekundären und auf der tertiären Ebene ihre Ausbildungsziele erreichen und ob das erworbene Wissen in die Praxis transferiert und angewendet werden kann, gehört noch erforscht.

Weiters gehört untersucht, ob bestimmte Anleitungskonzepte die Qualität der fachpraktischen Ausbildung tatsächlich verbessern. Studien aus Großbritannien (Corlett, 2003; Hope, Garside, Prescott, 2011; Hancock, Campbell, Turnrock, Craig, 2007; Williamson, Webb, 2001) kommen zu konträren Ergebnissen.

11. Literaturverzeichnis

- Arnold D. (2000): Aber in die Praxis umzusetzen ist es dann halt schwierig. *Pflege*, 13, 53-63.
- Arnold R., Krämer-Stürzl A. (1999): *Berufs- und Arbeitspädagogik. Leitfaden der Ausbildungspraxis in Produktions- und Dienstleistungsberufen*. Cornelsen Verlag, Berlin.
- Barandun Schäfer U., Hirsbrunner T., Jäger S., Näf E., Römmich S., Horlacher K. (2011): Pflegeentwicklung der Solothurner Spitäler. Unterwegs zu klinisch orientierter Pflegeexpertise und Praxisentwicklung. *Pflege*, 24, 1, 7-14.
- Behrens J., Langer G. (2004): *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*. Hans Huber Verlag, Bern.
- Benner P. (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege (1990): *Leitlinien über die Verringerung der Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Ausbildung von Krankenschwestern/Krankenplegern für die allgemeine Pflege*. Brüssel.
- Blessing C. (2010): Lernen am Patientensimulator. *Simulation in der Pflegeausbildung. Die Schwester Der Pfleger*, 49, 09/10, 924-926.
- Bischoff C. (1993): Theorie und Praxis – Konflikt in jeder Ausbildung? *PflegePädagogik*, 2, 8-15.
- Brinker-Meyendriesch E. (2002): *Theorie-Praxis-Vernetzung. Eine mehrperspektivische, formative Evaluation des Studiengangs Pflegepädagogik an der Fachhochschule Münster*. Europäische Hochschulschriften, Reihe 11, Pädagogik, Band 834. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 1973, 53. *Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von diplomierten Krankenpflegepersonen samt Anlage und Empfehlungen*. ausgegeben am 7. Feber 1973. http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1973_50_0/1973_0.pdf (28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 1997, 108, Teil I: *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltesgesetzes und des Ärztegesetzes 1984*.

- http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf
(28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 1999, 179, Teil II: Verordnung:
Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung - GuK-AV.
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1999_179_2/1999_179_2.pdf
(28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 1998, 72, Teil I: Änderung des
Gesetzes für Fachhochschul-Studiengänge (FHStG) http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1998_72_1/1998_72_1.pdf (28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2005, 452, Teil II: Gesundheits- und
Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung – GuK-SV.
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2005_II_452/
BGBLA_2005_II_452.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2005_II_452/BGBLA_2005_II_452.pdf) (28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2005, 453, Teil II: Gesundheits- und
Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV.
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_II_453/
BGBLA_2006_II_453.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_II_453/BGBLA_2006_II_453.pdf) (28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2006, 453, Teil II: Gesundheits- und
Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung – GuK-WV.
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/
BGBLA_2006_II_453/BGBLA_2006_II_453.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_II_453/BGBLA_2006_II_453.pdf) (28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2006, 456, Teil II: Änderung der
Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgabenverordnung –
GuK-LFV. [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/
BGBLA_2006_II_456/BGBLA_2006_II_456.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_II_456/BGBLA_2006_II_456.pdf) (28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2006, 456, Teil II, Anlage 1-8:
Gliederung der Sonderausbildung für Lehraufgaben und für
Führungsaufgaben. [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/
BGBLA_2006_II_456/COO_2026_100_2_305569.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_II_456/COO_2026_100_2_305569.pdf) (28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2008, 200, Teil II: FH-Gesundheits-
und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung - FH-GuK-AV.
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2008_II_200/
BGBLA_2008_II_200.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2008_II_200/BGBLA_2008_II_200.pdf) (28.03.2011).

- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2008, 200, Teil II: FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – FH-GuK-AV, Anlagen 1-5. http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2008_II_200/COO_2026_100_2_450752.pdf (28.03.2011).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2009, 59, Teil II: Änderung der Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV, Anlagen. http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2009_II_59/COO_2026_100_2_513026.pdf (23.10.2012).
- Bünting K., Karatas R. (Hrsg.)(1996): Deutsches Wörterbuch. Isis Verlag, Schweiz.
- Carlson E., Pilhammar E., Wann-Hansson C. (2010): „This is nursing“: Nursing roles as mediated by precepting nurses during clinical practice. *Nurse Education Today*, 30, 763-767.
- Cheek J., Jones J. (2003): What nurses say they do and need: implications for the educational preparation of nurses. *Nurse Education Today*, 23, 40-50.
- Corlett J. (2000): The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*, 20, 499-505.
- Corlett J., Palfreyman J. W., Staines H. J, Marr H. (2003): Factors influencing theoretical knowledge and practical skill acquisition in student nurses: an empirical experiment. *Nurse Education Today*, 23, 3, 183-190.
- Courtney-Pratt H., Fitz Gerald M., Ford K., Marsden K., Marlow A. (2012): Quality clinical placements for undergraduate nursing students: a cross-sectional survey of undergraduates and supervising nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1380-1390.
- Danbjørg D., Birkelund R. (2011): The practical skills of newly qualified nurses. *Nurse Education Today*, 31, 2, 168-172.
- Darmann-Finck I. (2006): „Und es wird immer so empfohlen“ - Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. *Pflege*, 19, 188-196.
- Donabedian A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: *The Milbank Quarterly*. Vol 83, No.4, 2005 (pp.691-729) © 2005 Milbank Memorial Fund, Published by Blackwell Publishing. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol.44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166-203), Style and usage are unchanged.

- Dtv-Lexikon in 24 Bänden (2006): Deutscher Taschenbuch Verlag, München, CD-ROM.
- Ehrenberg A., Häggblom M. (2007): Problem-based learning in clinical nursing education: Integrating theory and practice. *Nurse Education in Practice*, 7, 67-74.
- Engel R. (2010): Berufspraktikum – Allgemeine Richtlinien.
- Engel R. (2011): Vorwort. In: Ludwig G., Mayer M. (2011): *Praxiskompetenzkatalog*.
- Europäische Gemeinschaften (2009): ECTS-Leitfaden. http://www.bmwf.gv.at/fileadmin/user_upload/Bologna/ECTS/ECTS_Leitfaden.pdf (20.07.2012).
- Europäische Kommission: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege (1998): Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/Krankenpfleger in der europäischen Union. XV/E/8481/4/97-DE. Brüssel.
- Forster R. (2000): Der Wandel der Pflege und die Bedeutung der Pflegewissenschaft – eine soziologische Perspektive. In: Kozon V., Seidl, E., Mayer, H. (2001)(Hrsg.): *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Facultas-Universitäts-Verlag, Wien, 55-71.
- Fürstler G. (1992): Die Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung in Österreich. Diplomarbeit, Wien.
- Gesamte Rechtsvorschrift für FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung. Langtitel: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – FHGuK-AV) [CELEX-Nr.: 32005L0036, 32006L0100], StF: BGBl II 2008/200). <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20005853/FH-GuK-AV%2c%20Fassung%20vom%2027.10.2012.pdf?FassungVom=2012-10-27> (27.10.2012).
- Geust B. (1991). Die Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 30, 5, 398ff.
- Gruber A. (2012): Eröffnungsvortrag im Rahmen des Evaluierungworkshops des Kompetenz- und Qualifikationsnachweises. *Schule für allgemeine*

- Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Süd, Wien, handschriftliche Mitschrift, 17.01.2012.
- Haas A. (2005): Unterrichtsplanung im Alltag von Lehrerinnen und Lehrern. In: Huber A. (Hrsg.): Vom Wissen zum Handeln – Ansätze zur Überwindung der Theorie-Praxis-Kluft in Schule und Erwachsenenbildung. Verlag Ingeborg Huber, Tübingen, 5-19.
- Hacker W. (1998): Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Hans Huber Verlag, Bern.
- Hancock H., Lloyd H., Campbell S., Turnock C., Craig S. (2007): Exploring the challenges and successes of the Lecturer Practitioner role using a stakeholder evaluation approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 758-764.
- Hasseler M. (2007): Qualitative Methoden: Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheitsforschung als Grundlage evidenz-basierter Praxis. *Gesundheitswesen*, 69, 297-302.
- Hope A., Garside J., Prescott S. (2011): Rethinking theory and practice: Pre-registration student nurses experiences of simulation teaching and learning in the acquisition of clinical skills in preparation for practice. *Nurse Education Today*, 31, 7, 711-715.
- Huber A. (Hrsg.)(2005): Vom Wissen zum Handeln – Ansätze zur Überwindung der Theorie-Praxis-Kluft in Schule und Erwachsenenbildung. Verlag Ingeborg Huber, Tübingen.
- Jong de A. (1999): Wie kommt theoretisches Wissen in die Praxis? In: Koch V. (Hrsg.): *Bildung und Pflege. 2. europäisches Osnabrücker Kolloquium*. Verlag Hans Huber, Bern, 69-76.
- Jordan S., Brauner E. (2008): Rotation in der Anästhesiepflege – eine Analyse der Wirkung auf Wissens- und Lernprozesse. *Pflege*, 21, 114-124.
- Klafki W. (2007): *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik*. Beltz Verlag, Weinheim.
- Koch V. (Hrsg.)(1999): *Bildung und Pflege. 2. europäisches Osnabrücker Kolloquium*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege (1990): Leitlinien über die Verringerung der Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Ausbildung von Krankenschwestern/ Krankenpflegern für die allgemeine Pflege. III/D/5044/1/89-DE. Brüssel.

- Kozon V., Fortner N. (Hrsg.)(1999): Bildung und Professionalisierung in der Pflege. Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien.
- Kuhlemann G., Brühlmeier A. (2010): Pestalozzi, Die umfassende Dokumentation. Grundgedanken: Erziehung / Bildung. <http://www.heinrich-pestalozzi.info/> (7.10.2011).
- Kunz R., Burnand B., Schünemann H.J. (2008): Das GRADE-System. Ein internationaler Ansatz zur Vereinheitlichung der Graduierung von Evidenz und Empfehlungen in Leitlinien. *Der Internist*, 49, 673-680. (http://www.gradeworkinggroup.org/_DE/docs/Schunemann_GRADE_Internist2008.pdf 29.05.2012).
- Kunz R., Khan K., Kleijnen J., Antes G.I (2009): Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Hans Huber Verlag, Bern.
- Larsen K., Adamsen I., Bjerregaard L., Madsen J. (2002): There Is No Gap 'Per Se' Between Theory and Practice: Research Knowledge and Clinical Knowledge Are Developed in Different Contexts and Follow Their Own Logic. *Nursing Outlook*, 50, 5, 204-212.
- Leners D., Sitzman K., Hessler K. (2006): Perceptions of Nursing Student Clinical Placement. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3, 1, Article 24, 1-17.
- Leo Dictionary Team (2006): Englisch-Deutsch. <http://dict.leo.org/> (10.11.2011).
- LoBiondo-Wood G., Haber J. (2005): Pflegeforschung. Methoden Bewertungen Anwendungen. Urban & Fischer, München.
- Ludwig G., Engel R. (2010): *Praktikumshandbuch 2. Ein Leitfaden für PraxisanleiterInnen*.
- Ludwig G., Mayer M. (2011): *Praxiskompetenzkatalog. Handbuch für Studierende. FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Bachelorstudium*.
- Ludwig I. (2004). Das Skillslab im Lichte aktueller Entwicklungen im Bereich Pflege und Betreuung der Schweiz. In: Ludwig I., Mahrer R., Imhof L., Mühlherr L., Neuhaus U., Schäfer M., Schwarz-Govaers R., WE´G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (Hrsg.): *Pflege lehren und lernen. Pädagogische und fachdidaktische Impulse zur Ausbildung im Gesundheitswesen*. h.e.p. Verlag AG Bildung.Medien.Kommunikation, Bern, 89-104.
- Mahrer R., Imhofer L. (2004): Pflegegeschichten – Erfahrungslernen im pflegerischen Alltag. In: Ludwig I., Mahrer R., Imhof L., Mühlherr L., Neuhaus U., Schäfer M.,

- Schwarz-Govaers R., WE´G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (Hrsg.): Pflege lehren und lernen. Pädagogische und fachdidaktische Impulse zur Ausbildung im Gesundheitswesen. h.e.p. Verlag AG Bildung.Medien.Kommunikation, Bern, 53-63.
- Mandl H., Gerstenmaier J. (Hrsg.)(2000): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln, Empirische und theoretische Lösungsansätze. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Mayer M. (2011): Beurteilung der praktischen Ausbildung. (Praxisbeurteilungsbogen des FH Campus Wien, Bachelorstudium: Gesundheits- und Krankenpflege).
- McCarthy B.(2006): Translating person-centred care: a case study of preceptor nurses and their teaching practices in acute care areas. *Journal of Clinical Nursing*,15, 629-638.
- Meißner A. (2008). Meta-Studien und ihre Synonyme. *Pflege*, 21, 31-36.
- Meyer-Hänel P., Umbescheidt R. (2006): Der Lernbereich Training & Transfer. Antworten auf die Transferproblematik durch den 3. Lernort in der Ausbildung dipl. Pflegefachfrau/dipl. Pflegefachmann HF. *PrInterNet 05/06*, 276-286.
- Mirza A., Overmann S. (2008): Modulares Lernen. Lernen nach Baukastenprinzip. *Die Schwester Der Pfleger*, 47, 6, 568-570.
- Myrick F., Yonge O., Billay D. (2010): Preceptorship and practical wisdom: A Process of engaging in authentic nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 10, 82-87.
- Obermayr A. (2009): Spannungsfeld der Verantwortung in der Berufsausbildung. Beleuchtung der Thematik anhand der Ausbildung zu diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger im Bereich der Palliativpflege. Diplomarbeit, Wien.
- Ohne Autor (2002): Kompetenz- und Qualifikationsnachweis in der praktischen Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. Wiener Krankenanstaltenverbund.
- Ohne Autor (2006): Kompetenz- und Qualifikationsnachweis in der praktischen Ausbildung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. Wiener Krankenanstaltenverbund.
- Ohne Autor (2007): Lehrplanübersicht. Fortbildungsakademie des KAV, Wien.
- Ohne Autor (2007): Weiterbildung für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zum Praxisanleiter/zur Praxisanleiterin disloziert von der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen.

Unterrichtsgegenstand: Allgemeine und angewandte Berufspädagogik. KAV, Wien.

Ohne Autor (2007): Weiterbildung für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zum Praxisanleiter/zur Praxisanleiterin disloziert von der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen.

Unterrichtsgegenstand: Soziales Lernen. KAV, Wien.

Ohne Autor (2008): Gesundheit Österreich GmbH (GÖG): Berichte: Offenes Curriculum Ausbildung allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (2003).

<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Offenes-Curriculum-Ausbildung-allgemeine-Gesundheits-und-Krankenpflege-2003.html> (27.10.2011).

Ohne Autor (2011): Katholische Hochschule Freiburg, Skills-Labs Pflege und Physiotherapie. <http://www.kh-freiburg.de/studium/studiengaenge/bachelorstudiengaenge/pflege/skills-lab/> (9.01.2012).

Ohne Autor (o.J.): Bologna Prozess und Europäischer Hochschulraum. <http://bologna.univie.ac.at/fakten/> (11.10.1011).

Ohne Autor (o.J.): Zur Geschichte des Bologna Prozesses. <http://bologna.univie.ac.at/fakten/geschichte/> (11.10.2011).

Ohne Autor (o.J.): Informationen zum Bologna-Prozess. <http://bologna.univie.ac.at/fakten/ziele/> (11.10.2011).

Ohne Autor (o.J.): Studium und Lehre. Institut für Pflegewissenschaft. Universität Wien. (25.10.2012).

Ohne Autor (o.J.): FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Überblick. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/ueberblick/ (15.09.2010).

Ohne Autor (o.J.): FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Bewerbung. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/bewerbung/ (15.09.2011).

Ohne Autor (o.J.): FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Schwerpunkte. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/schwerpunkte/ (15.09.2010).

Ohne Autor (o.J.): FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Studienplan. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/studienplan/ (15.09.2010).

- Ohne Autor (o.J.): FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Studienplan: Pädagogik VO. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/studienplan/?LvId=7464 (14.03.2012).
- Ohne Autor (o.J.): FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Studienplan: Psychologie VO. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/studienplan/?LvId=7463 (14.03.2012).
- Ohne Autor (o.J.): FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Studienplan: Soziologie VO. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/studienplan/?LvId=7465 (14.03.2012).
- Ohne Autor (o.J.): FH Campus Wien: Gesundheits- und Krankenpflege. Studienplan: Beratungspraktikum PR. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/studienplan/?LvId=7507 (14.03.2012).
- Ohne Autor (o.J.): Wiener Krankenanstaltenverbund: Gesundheitsberufe: Pflege ist Verantwortung und Engagement. http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=391 (15.09.2010).
- Ohne Autor (o.J.): Wiener Krankenanstaltenverbund: Praktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/allgemein/kfj/texte_anzeigen.asp?id=445 (9.05.2011).
- Ohne Autor (o.J.): Wiener Krankenanstaltenverbund: Schritte zur Ausbildung. http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/allgemein/kfj/texte_anzeigen.asp?ID=3761 (9.05.2011).
- Ohne Autor (o.J.): Wiener Krankenanstaltenverbund: Theoretische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=447 (9.05.2011).
- Öhrlich K., Hallberg I. (2001): The meaning of preceptorship: nurses' lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 4, 530-540.
- Olbrich C. (1999): Pflegekompetenz. Verlag Hans Huber, Bern.
- Online Wörterbuch Deutsch-Englisch: <http://www.dict.cc/>.
- Peter M. (2005). Die Begründung aus dem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit im Rahmen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Kemetmüller E. (Hrsg.)(2005): Zukunftsperspektiven in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Positionierung der

- Ausbildung im tertiären Sektor des österreichischen Bildungssystems.
 Facultas Verlag, Wien.
- Polit D., Beck C., Hungler B. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik,
 Beurteilung und Anwendung. Verlag Hans Huber, Bern.
- Pons (1987): Englisch-Deutsch Globalwörterbuch. Österreichischer Bundesverlag.
 Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (1990), Walter de Gruyter Verlag, Berlin.
- Rauch-Kallat M. (2003): Vorwort. In: Rottenhofer, I. (2003): Curriculum.
 Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen/ÖBIG, Wien.
 (CD-Rom).
- Regitschnig A. (2003): Die Praxis ist dann ganz anders. Motivationsreduzierende
 Faktoren während der Ausbildung – eine Längsschnittstudie aus Österreich.
 Die Schwester Der Pfleger, 42, 5, 342-344.
- Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7.
 September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:de:PDF> (18.07.2012).
- Richter D., Hahn S. (2009): Formelles und informelles Aufgabenprofil in der
 ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-
 Synthese. Pflege, 22, 129-142.
- Roes M. (2004): Wissenstransfer in der Pflege. Neues Lernen in der Pflegepraxis.
 Hans Huber Verlag, Bern.
- Rottenhofer I. (2003): Curriculum. Österreichisches Bundesinstitut für
 Gesundheitswesen/ÖBIG, Wien. (CD-Rom).
- Sahmel K. (Hrsg.)(2001): Grundfragen der Pflegepädagogik. Verlag W. Kohlhammer,
 Stuttgart.
- Sandelowski M., Docherty S., Emden C. (1997): Focus on Qualitative Methods.
 Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. Research in Nursing &
 Health, 20, 365-371.
- Schaeffer D. (1995): Modernisierung oder Professionalisierung in der Pflege. In:
 Grossmann R., Heller A. (Hrsg.): IFF-Beiträge zu „Gesundheitswissenschaft
 und Organisationsentwicklung“, Nr. 156. IFF-Print, Wien.
- Schelten A. (2005): Grundlagen der Arbeitspädagogik. Franz Steiner Verlag,
 Stuttgart

- Schrems B. (2000): Österreich – ein Nachzügler in der Akademisierung der Pflege.
In: Kozon V. et al. (2001)(Hrsg.): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich.
Facultas Verlag, Wien, 86-100.
- Schroeder G. (2011): Skills-Training mit Simulationspatienten im problembasierten Lernen. In: Sittner E. (Hrsg.): Wie wird Wissen zum Können? Die praktische Ausbildung in der Pflege als gemeinsamer Auftrag von Theorie und Praxis.
Facultas Verlag, Wien, 43-60.
- Schünemann H.J. (2009): GRADE. Von der Evidenz zur Empfehlung. Beschreibung des Systems und Lösungsbeitrag zur Übertragbarkeit von Studienergebnissen. http://www.gradeworkinggroup.org/_DE/docs/Schunemann_GRADE_Zefq2009.pdf (17.09.2012).
- Schwarz-Govaers R. (1999): Praxiswissen der Pflege und Fachdidaktik. Wie kann das Praxiswissen der Pflege für eine Pflegedidaktik nutzbar gemacht werden?
In: Koch V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. Verlag Hans Huber, Bern, 45-68.
- Schwarz-Govaers R. (2005): Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell. Hans Huber Verlag, Bern.
- Schwarz-Govaers R. (2005): Wissen und Handeln in der Berufsausbildung von Pflegekräften. In: Huber A. (Hrsg.): Vom Wissen zum Handeln – Ansätze zur Überwindung der Theorie-Praxis-Kluft in Schule und Erwachsenenbildung.
Ingeborg Huber Verlag, Tübingen, 21-36.
- Seymour W. D. (1968): Skills Analysis Training. A Handbook for managers, supervisors and instructors. Pitman Publishing, London.
- Sieger M. (Hrsg.)(2001): Pflegepädagogik, Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung.
Hans Huber Verlag, Bern.
- Sittner E. (Hrsg.)(2011): Wie wird Wissen zum Können? Die praktische Ausbildung in der Pflege als gemeinsamer Auftrag von Theorie und Praxis. Facultas Verlag, Wien.
- Sochert G., Ryll S. (2008): Etablierung einer Ausbildungsstation. Die Schwester Der Pfleger, 47, 02/08, 178-182.
- Spirig R. et al. (2010): 10 Jahre Advanced Nursing Practice in der Schweiz: Rückblick und Ausblick. Pflege, 23, 6, 363-373.

- Spouse J. (2001): Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 4, 512-522.
- Swain J., Pufahl E., Williamson G. (2003): Do they practice what we teach? A survey of manual handling practice amongst student nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 297-306.
- Theobald M. (1989): Zur Situation der praktischen Ausbildung in der Krankenpflege. Ergebnisse einer Forschungsarbeit. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 42, 5, 318-321.
- Volpert W. (2003): *Wie wir handeln – was wir können: ein Disput als Einführung in die Handlungspsychologie*. Weber Artefact Verlag, Sottrum.
- Wahl D. (1991): *Handeln unter Druck. Der weite Weg vom Wissen zum Handeln bei Lehrern, Hochschullehrern und Erwachsenenbildern*. Deutscher Studien Verlag, Weinheim.
- Wahl D. (2006): *Lernumgebungen erfolgreich gestalten. Vom trägen Wissen zum kompetenten Handeln*. Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Weiss-Faßinder S., Lust A. (Hrsg.)(2010): *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG. 6. Auflage, Sonderausgabe*, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien.
- Williamson G., Webb C. (2001): Supporting students in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 284-292.
- Wittneben K. (1999): Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik. In: Koch V. (Hrsg.): *Bildung und Pflege. 2. europäisches Osnabrücker Kolloquium*. Verlag Hans Huber, Bern, 1-13.
- Yeh M., Rong J., Chen M., Chang S., Chung U. (2009): Development of a New Prototype for an Educational Partnership in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 48, 1.
- Zimbardo P. G. (1995): *Psychologie*. Springer Verlag, Berlin.
- Zimmer L. (2006): Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 3, 311-318.

12. Curriculum Vitae

persönliche Daten: Name: Mohideen-Zorn Doris

(geb. Nindler)

Geburtsdatum: 12.09.1971

Geburtsort: Wien

Familienstand: verheiratet

2 Töchter: Sarah (*1995)

Alina (*1997)



Ausbildung: VS Mittelgasse, 1060 Wien: 1977-1981

BRG Marchettigasse, 1060 Wien: 1981-1990, Matura: 1990

Krankenpflegeschulen an der Krankenanstalt Rudolfstiftung,

Wien: 1990-1993, Diplom: 1993

seit 2001: berufsbegleitendes Studium des IDS Pflegewissenschaft

berufliche Tätigkeit: seit 1993 bis jetzt tätig als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester an der Krankenanstalt Rudolfstiftung