



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Zur Situation der fachpraktischen Ausbildung in der
Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege –
Eine Analyse aus Sicht von PraxisanleiterInnen**

Verfasser

Martin Sodar

Angestrebter akademischer Grad

Magister (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studieneinrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD.

Vorwort

Zusätzlich zu meiner Funktion als Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger bin ich seit 2001 auch als Praxisanleiter tätig. Die Veränderungen des Pflegeberufes und die damit verbundenen Auswirkungen auf die fachpraktische Ausbildung konnte ich während dieser Zeit hautnah miterleben. Beeinflusst durch mein Studium und um dem Ziel einer optimalen praktischen Ausbildung für unsere zukünftigen Kolleginnen und Kollegen näherzukommen, war es mir wichtig, einen pflegewissenschaftlichen Fokus auf dieses Thema zu legen.

In der Arbeit soll – unter besonderer Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung der für die Ausbildung verantwortlichen PraxisanleiterInnen – der Ist-Stand der fachpraktischen Ausbildung am Beispiel Niederösterreich analysiert und dargestellt werden, um darauf basierend ein zeitgemäßes, innovatives und umsetzbares Rahmenkonzept für die praktische Anleitung zu skizzieren.

Nicht nur während meiner Arbeit, sondern auch schon während des Studiums wurde ich von Univ.-Doz. Dr. Kozon unterstützt und begleitet. Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich dafür bedanken.

Mein besonderer Dank gilt meiner Lebensgefährtin und meinen Eltern die mich immer nach Kräften unterstützt haben.

Außerdem möchte ich an dieser Stelle all jenen danken die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Allen voran meinem Freund Thomas, den LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Horn Herrn Adelhofer, Frau Drautz und Herrn Nowotny. Danke für die Zeit, die Tipps und die Geduld die sie mir gegenüber aufgebracht haben.

Bei Frau Lehner möchte ich mich für die Hilfe bei der Verschriftlichung der Arbeit bedanken.

Nicht zuletzt möchte ich mich für die Zusammenarbeit bei all meinen InterviewpartnerInnen bedanken, ohne die diese Arbeit so nicht hätte durchgeführt werden können. Herzlichen Dank für die Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
0. Zusammenfassung	7
0.1. Summary	8
1. Einleitung	9
1.1. Problemdarstellung	9
1.2. Ziel und Fragestellung der Arbeit	11
1.3. Struktur und Aufbau der Arbeit	12
2. Gesetzliche Grundlagen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege	13
Allgemeine Berufspflichten	13
Berufsbild	13
2.1. Tätigkeitsbereiche der Pflege	14
2.1.1. Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich	15
2.1.2. Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich	16
2.1.3. Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich	17
3. Gesetzliche Grundlagen der professionellen Pflegeausbildung	18
4. Didaktische Grundsätze	21
5. Offenes Curriculum für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege	25
5.1. Pflegeverständnis	26
5.2. Bildungsverständnis	27
5.3. Didaktische Grundsätze	27
5.4. Kompetenzerwerbsstufen	28
6. Die praktische Ausbildung	30
6.1. Die praktische Ausbildung an den Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	30
6.2. Die praktische Ausbildung im Rahmen der Fachhochschule	34
6.3. Didaktische Grundsätze und Zielsetzung der Ausbildung	38
6.4. Angeleitetes Praktikum	39
6.4.1. Effektivität des Angeleiteten Praktikums	41
7. Praxisanleitung in Niederösterreich	43
7.1. Schlüsselbegriffe	43
7.1.1. Praxisanleitung	43
7.1.2. Anleitung	45
7.2. Qualifikationsprofil	45
7.3. Tätigkeitsbereich	52
7.3.1. Praktische Lernsequenz	53
7.3.2. Beurteilung	55
7.4. Stellenbeschreibung – Praxisanleitung	57
7.4.1. Zweck der Stelle	57
7.4.2. Organisation und Planung	58
7.4.3. Kontakt zu Schulen	58
7.4.4. SchülerInnenanleitung / SchülerInnenbegleitung	58
7.4.5. Anleitung und Begleitung neuer Mitarbeiter im eigenen Bereich	59
7.4.6. Informations- und Erfahrungsaustausch	59
7.4.7. Erstellung und Anpassung von Anleitungsinstrumenten	59

7.4.8.	Zusammenarbeit und Schnittstellen	59
7.4.9.	Fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten	60
7.5.	Stellenbeschreibung – Kontaktperson für Praxisanleitung	60
7.5.1.	Zweck der Stelle	60
7.5.2.	Organisation und Planung.....	61
7.5.3.	SchülerInnenanleitung / SchülerInnenbegleitung.....	61
7.5.4.	Anleitung und Begleitung neuer Mitarbeiter im eigenen Bereich.....	62
7.5.5.	Informations- und Erfahrungsaustausch.....	62
7.5.6.	Mitarbeit bei der Erstellung und Anpassung	
	von Anleitungsinstrumenten.....	63
7.6.	Allgemeine Rahmenbedingungen	63
7.7.	Praxisanleitung vor dem Hintergrund einer tertiären Primärqualifizierung...	65
7.8.	Innovatives Lehren und Lernen in der Praxisanleitung.....	66
7.8.1.	LTT / 3. Lernort	66
7.8.1.1.	PraxisanleiterInnen im 3. Lernort.....	68
7.8.2.	ZETT – Zentrum für Entwicklung-Training-Transfer	69
	Empirischer Teil.....	72
8.	Wahl der Forschungsmethode	73
8.1.	Gütekriterien.....	73
8.2.	Erhebungsinstrument	75
8.2.1.	ExpertInneninterviews.....	77
8.2.1.1.	Interviewleitfaden	79
8.2.1.2.	Stichprobe und Interviewsituation.....	80
8.2.1.3.	Datenauswertung	81
9.	Darstellung der Ergebnisse	86
9.1.	Strukturkriterien	87
9.1.1.	Stellenbeschreibung.....	87
9.1.2.	Personelle und strukturelle Ausstattung	88
9.1.3.	Zeit	91
9.2.	Tätigkeitsbereich	93
9.2.1.	Einführung in das Praktikum.....	93
9.2.2.	Anleitungssituation	94
9.2.3.	Beurteilung.....	95
9.3.	Ausbildungssituation.....	96
9.3.1.	Aus- und Fortbildung für PraxisanleiterInnen.....	96
9.3.2.	Tertiäre Grundausbildung.....	97
9.3.3.	Auszubildende.....	98
9.4.	Lehr- und Lernkonzepte	99
9.4.1.	Stellenwert der PraxisanleiterInnen.....	102
10.	Diskussion	103
11.	Empfehlungen für die Praxis.....	109
12.	Literaturverzeichnis.....	116
13.	Curriculum Vitae	122

0. Zusammenfassung

In Österreich ist die Ausbildung im gehobenen Fachdienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch ein duales Ausbildungssystem gekennzeichnet. Die theoretische Ausbildung erfolgt am Lernort Schule, die fachpraktische in Krankenanstalten, Langzeiteinrichtungen, sowie im extramuralen Bereich.

Durch die kontinuierlichen Neuerungen und Veränderungen im Bereich der theoretischen Ausbildung haben sich auch die Rahmenbedingungen für die fachpraktische Ausbildung für den gehobenen Fachdienst für Gesundheits- und Krankenpflege verändert.

In der Arbeit wird der Ist-Stand der fachpraktischen Ausbildung am Beispiel Niederösterreich analysiert und dargestellt, wobei dabei die subjektive Wahrnehmung der für die fachpraktische Ausbildung verantwortlichen PraxisanleiterInnen besondere Berücksichtigung findet.

Aus diesem Grund wurde für die Arbeit ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Entsprechend dem Forschungsinteresse werden für die Arbeit 15 leitfadenorientierte ExpertInneninterviews mit neun Praxisanleiterinnen und sechs Praxisanleitern der Niederösterreichischen Landeskliniken geführt und entsprechend der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse werden zwölf Kategorien herausgearbeitet und in die Themenbereiche Strukturkriterien, Tätigkeitsbereich, Ausbildungssituation sowie Lehr- und Lernkonzepte zusammengefasst.

Auf Grundlage der gewonnenen Daten erfolgt in Folge die Überarbeitung des derzeit bestehenden Modells der Praxisanleitung in Niederösterreich.

Darauf aufbauend erfolgt im Rahmen der Empfehlungen für die Praxis die Darstellung eines neu konzipierten Rahmenkonzeptes für die fachpraktische Ausbildung am Beispiel der Region Waldviertel.

0.1. Summary

The Austrian system offers a dual path for higher health care and nursing education. Theory is taught at special colleges or schools, practice is provided in clinics, longer-term care establishments, as well as at extramural and off-clinic premises.

Continual change and innovation in theoretical research and education have also led to an adaptation of the practical aspects in the framework for tertiary health-care and nursing education.

In this paper the actual situation of professional education and training has been analysed using the situation in Lower Austria as an example. In this, special consideration is given to the individual perception of educators/trainers responsible for this special educational aspect.

It was exactly for this reason that a qualitative research approach has been chosen. In line with the research focus 15 guided expert interviews including nine practice educators (women) and six educators (male) in the Lower Austrian Clinics system have been carried out and were analysed according to Mayring's Qualitative Contents Analysis.

The approach resulted in twelve contentual categories, summarized into the thematic fields of criteria of structure, areas of activity, current educational/training stage, and teaching and learning concepts.

Based on the data found the current model of practical guidance of students in the Lower Austria system is being revised.

Based on this, a newly conceived comprehensive approach to professional practical education is laid out by way of recommendations for the Waldviertel region as a part of the Lower Austrian Clinical Health System.

1. Einleitung

In Österreich ist die Ausbildung im gehobenen Fachdienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch ein duales Ausbildungssystem gekennzeichnet. Dabei erfolgt die theoretische Ausbildung am Lernort Schule, die fachpraktische in Krankenanstalten, Langzeiteinrichtungen, sowie im extramuralen Bereich. Außerdem wurde in den letzten Jahren im Rahmen der Akademisierungsbestrebungen des Pflegeberufes vermehrt Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im tertiären Bildungsbereich geschaffen. Beispielhaft sei hier die seit 2008 in Wien bestehende Möglichkeit erwähnt, die Pflege-Grundausbildung an der FH Wien zu absolvieren. In Niederösterreich ermöglicht seit 2010 eine Kooperation der FH Wiener Neustadt mit dem Rudolfinerhaus in Wien Auszubildenden in nur 6 Semestern sowohl die Berufsberechtigung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, als auch den „Bachelor of Science in health studies“ zu erlangen. Die FH Krems startet mit der Pflegegrundausbildung im Herbst 2012. Daneben existiert noch eine Vielzahl anderer unterschiedlicher Ausbildungen und Universitätslehrgänge.

1.1. Problemdarstellung

Durch die Neuerungen und Veränderungen im Bereich der theoretischen Ausbildung haben sich auch die Rahmenbedingungen für die fachpraktische Ausbildung für den gehobenen Fachdienst für Gesundheits- und Krankenpflege verändert. Der Praxisvermittlung wird laut Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung mit mindestens 2480 Stunden ein beachtlicher Stellenwert zugeschrieben (vgl. GuK-AV, § 18, Abs. 1).

Obwohl die praktische Pflege-Ausbildung schon immer den Aufgaben des diplomierten Pflegepersonals zugeordnet war, wurden die betroffenen Pflegepersonen erst spät für diese Tätigkeit gezielt ausgebildet. Dieser Umstand ist vor allem deshalb bemerkenswert, da seit Langem in Publikationen die mangelnde Transferwirksamkeit des Lernens beklagt wird, „Das in der Schule Gelernte ist für die Bewältigung der beruflichen Anforderungen teils nicht verfügbar, teils wird es als zu praxisfern empfunden und daher gar nicht erst mit dem beruflichen Kontext in Verbindung gebracht. Auf der anderen Seite wird das im Betrieb gelernte Wissen und Können oft ohne vertiefende Reflexion angeeignet, was eine adäquate Anwendung

in veränderten Situationen beeinträchtigt und der geforderten Flexibilität der beruflichen Kompetenzen widerspricht“ (Landwehr, 2003, 254).

Oder wie es Bienstein in ihrer Analyse der praktischen Ausbildung in Deutschland bereits 1983 ausdrückte, „...die fachpraktische Ausbildung ist nicht geplant und strukturiert; Routinetätigkeiten werden eingeübt, weitere Lernmöglichkeiten sind zufällig und werden nicht initiiert; die fachpraktische Ausbildung erfolgt hauptsächlich von Pflegepersonen, die keine Qualifikation für den fachpraktischen Unterricht vorweisen können“ (Bienstein, 1983, 6-7).

In Österreich werden mittlerweile verschiedene Weiterbildungen für das auf den Stationen als PraxisanleiterInnen tätige diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angeboten, doch sind diese weder gesetzlich verpflichtend noch Österreichweit harmonisiert. In Niederösterreich wurde 2009 im Auftrag der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding ein Konzept für die Praxisanleitung in den Niederösterreichischen Landeskliniken entwickelt, welches sowohl eine spezifische Stellenbeschreibung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet, als auch die Rahmenbedingungen für die Weiterbildung zum Praxisanleiter / Praxisanleiterin festlegt.

Diese Gegebenheiten und Statements wichtiger VertreterInnen aus Pflege, Politik und Verwaltung, wie - „die Praxisanleiterin und der Praxisanleiter sind ein wichtiges Bindeglied zwischen Theorie und Praxis. Durch die Praxisanleitung erfahren die Auszubildenden in einem kontrollierten Umfeld, wie theoretisches Wissen mit praktischem Handeln zu vernetzen und anzuwenden ist“ (Köckeis, Lang, 2009, 5).

„Mit dem Praxisanleiter der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding wollen wir der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und -schülern ganz besonderes Augenmerk schenken“ (Pröll, Sobotka, 2009, 3).

„An Fachhochschulen Gesundheits- und Krankenpflege-Studierende werden ihr Praktikum nur durch professionell gestaltete fachpraktische Anleitung, (das heißt durch initiierte Lernsituationen im Pflegealltag, deren Durchführung und Evaluation mit der/dem Auszubildenden) und klinischem Unterricht absolvieren können. Ausschließlich dadurch kann sichergestellt werden, dass das Erworbene dem Beruf des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und seinen Aufgabenstellungen zukünftig entspricht“ (Maier-Wagrandl, 2008, 16).

„Ohne Zweifel bedarf es für die Implementierung der Praxisanleitung umfassender organisatorischer Planungsarbeiten, eines einheitlichen Umsetzungskonzeptes und ausreichend spezifischer Qualifikationen für die Anleitungstätigkeit“ (Krenn, Griessner, 2009, 4).

- haben dazu geführt, unter dem Thema „zur Situation der fachpraktischen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege eine Analyse aus Sicht von PraxisanleiterInnen“ die derzeitige fachpraktische Ausbildungssituation in Niederösterreich aus Sicht der für die praktische Anleitung zuständigen Personengruppe, pflegewissenschaftlich zu beleuchten.

1.2. Ziel und Fragestellung der Arbeit

Die fachpraktische Ausbildung ist mit mindestens 2300 Stunden (GuKG, § 41 Abs. 2) wesentlicher Bestandteil der Grundausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und dient einer umfassenden, gezielten und individuellen Unterstützung und Anleitung der Auszubildenden in ihrem Bestreben, die theoretischen Ausbildungsinhalte in der Praxis umzusetzen und die ihnen vorgegebenen Ausbildungsziele zu erreichen. Pflegende haben im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches die Aufgabe, SchülerInnen im Rahmen der Ausbildung anzuleiten und zu begleiten (GuKG, § 14 Abs. 2, Ziffer 11), an der Pflegeforschung mitzuwirken (GuKG, § 14, Abs. 2, Ziffer 12) und ihren Beruf entsprechend den allgemeinen Berufspflichten unter Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen auszuüben (GuKG, § 4, Abs.1). Das diplomierte Pflegepersonal spielt also im Rahmen der fachpraktischen Ausbildung schon auf Grund der Gesetzeslage eine entscheidende Rolle. Somit scheint auch klaggestellt, dass sich die Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft in Zukunft vermehrt dem Thema „Ausbildung“ wird widmen müssen. Vor allem auch deshalb, weil es gilt, im Rahmen der Professionalisierungsbestrebungen, als Berufsgruppe, Synergien mit PädagogInnen und SoziologInnen zum Wohle der Auszubildenden zu finden und zu nützen. Um den gesetzlich geforderten Vorgaben adäquat nachkommen zu können, benötigen PraxisanleiterInnen neben den entsprechenden strukturellen und personellen Rahmenbedingungen nicht zuletzt eine fundierte Qualifikation.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den gegenwärtigen Ist-Stand der fachpraktischen Ausbildung am Beispiel Niederösterreich zu analysieren, diesen darzustellen und dabei auch die subjektive Wahrnehmung der für die fachpraktische Ausbildung verantwortlichen PraxisanleiterInnen einfließen zu lassen und zur berücksichtigen. Das so gewonnene Wissen soll in der Folge dazu dienen, ein zeitgemäßes und umsetzbares Rahmenkonzept für die fachpraktische Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu skizzieren. Die zu untersuchende Fragestellung lautet:

- Ist die fachpraktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zeitgemäß und zukunftsorientiert?

Zur Eingrenzung des Themas enthält die Arbeit folgende vier Fragestellungen:

- Unter welchen strukturellen Rahmenbedingungen findet die fachpraktische Ausbildung derzeit statt?
- Können PraxisanleiterInnen ihre Aufgaben im Berufsalltag entsprechend den vorgegebenen Stellenbeschreibungen erfüllen?
- Fühlen sich PraxisanleiterInnen genügend ausgebildet?
- Welche Veränderungen wären gegebenenfalls nötig, um Praxisanleitung professioneller und zukunftsorientierter zu gestalten?

1.3. Struktur und Aufbau der Arbeit

Im theoretischen Teil der Arbeit werden die gesetzlichen und curricularen Grundlagen der Ausbildung der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dargestellt. Außerdem werden die derzeitigen Rahmenbedingungen durch die praktische Anleitung am Beispiel der Niederösterreichischen Landeskliniken aufgezeigt und dargestellt.

Für den empirischen Teil der Arbeit wurden leitfadenorientierte ExpertInneninterviews mit PraxisanleiterInnen der Landeskliniken in Niederösterreich durchgeführt und die Ergebnisse daraus erläutert und dargestellt. Es erfolgt die Zusammenführung der gewonnenen Daten und auf deren Grundlage die Überarbeitung des bestehenden Modells der Praxisanleitung in Niederösterreich. In Form der Empfehlungen für die Praxis wird infolge ein neu konzipiertes Rahmenkonzept für die fachpraktische Ausbildung skizziert.

2. Gesetzliche Grundlagen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist im Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG) geregelt. Als Schwerpunkt des Gesetzes gelten unter anderem

- Die Berufspflichten
- Die Neuformulierung der Berufsbilder
- Die detaillierte Beschreibung der Tätigkeitsbereiche
- Die Festlegung der Ausbildungsbedingungen
- Die Regelung der Grund-, Fort- und Weiterbildung sowie
- Die verpflichtenden Sonderausbildungen

(vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 20)

Allgemeine Berufspflichten

Die allgemeinen Berufspflichten für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe werden im § 4 Abs. 1-3 GuKG angeführt, wobei vor allem Absatz 2 für die Arbeit von Bedeutung ist. Darin wird explizit festgehalten, dass sich Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe durch laufende Fort- und Weiterbildung am aktuellen Stand der berufsrelevanten Wissenschaften zu halten haben (vgl. Schwamberger, 2006, 29).

Dies ist für die Praxis vor allem deshalb relevant, weil es für Diplomierte Pflegepersonen bedeutet, dass sie sich, „...über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden“ (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 37) haben.

Berufsbild

Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wird im § 11 Abs. 1-3 GuKG definiert.

§ 11 (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

(2) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

(3) Die in Absatz 2 angeführten Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung. (Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 52)

Es umfasst also alle auf pflegerisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründeten Tätigkeiten, welche an dem oder für den Menschen durchgeführt werden, schafft die Grundlage für den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (§15) und ist sehr umfassend formuliert.

Somit hat das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auch Auswirkungen auf die praktische Ausbildung, welche sich mit ihren inhaltlichen Schwerpunkten an eben diesem orientiert. Das Berufsbild legt sozusagen die Richtlinien bzw. den Rahmen für die Ausbildung fest.

2.1. Tätigkeitsbereiche der Pflege

Die differenziert formulierten Tätigkeitsbereiche, die der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich Handlungsautonomie im eigenverantwortlichen Bereich garantieren, sind ein großer Schritt in Richtung Professionalisierung des Berufes (ÖBIG, 2003, 4).

Sie umfassen eigenverantwortliche, mitverantwortliche und interdisziplinäre Tätigkeiten (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 57).

Da diese Felder für die praktische Ausbildung von besonderer Bedeutung sind und sich diese an eben diesen Bereichen orientiert, werden sie in Folge kurz beschrieben.

2.1.1. Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

In eigener Verantwortung setzt die diplomierte Pflegeperson Maßnahmen, die die PatientIn/KlientIn bei der Förderung der Gesundheit und bei der Ausübung der Lebensaktivitäten unterstützen, wenn diese wegen Alter, Krankheit, geistiger oder körperlicher Behinderung oder sozialer Umstände dazu nicht selber in der Lage ist. Sie sorgt im Rahmen ihres Kompetenzbereichs dafür, dass die Pflege-Interventionen je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit der PatientInnen/KlientInnen bzw. der Komplexität der Pflege-Interventionen von entsprechend qualifiziertem Pflegepersonal ausgeführt wird (ÖGKV, 2004, 6).

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich wird in § 14 Abs. 1 GUKG geregelt und lautet wie folgt:

Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege (Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 57).

Konkret wird in Absatz 2 des § 14 GuKG beschrieben, welche Tätigkeiten in diesen Bereich fallen und was darunter zu verstehen ist. Unter anderem definiert Absatz 2 also auch die Stufen des Pflegeprozesses.

- Pflege-Anamnese: Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit der PatientInnen oder KlientInnen sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen.
- Pflegediagnosen: Feststellung der Pflegebedürfnisse.
- Pflegeplanung: Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen.
- Durchführung der Pflegemaßnahmen.
- Pflegeevaluation: Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen.
- Information: über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen.

- Psychosoziale Betreuung
- Dokumentation des Pflegeprozesses
- Organisation der Pflege
- Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals
- Anleitung und Begleitung der SchülerInnen im Rahmen der Ausbildung.
- Mitwirkung an der Pflegeforschung (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 58).

Besonders diese in Absatz 2 formulierten Anforderungen an das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches implizieren gleichzeitig die Wichtigkeit einer profunden Ausbildung. Denn nur durch eine auf dem neuesten Stand befindliche theoretische und praktische Ausbildung und Anleitung der Auszubildenden kann letztendlich gewährleistet werden, dass sich diese die für die genannten Tätigkeiten erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen auch aneignen können.

2.1.2. Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Der anordnende Arzt trägt dabei die Anordnungsverantwortung, das diplomierte Pflegepersonal die Durchführungsverantwortung der angeordneten Tätigkeit. Dabei hat jede ärztliche Anordnung vor der Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen, wobei diese in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch mündlich erfolgen kann. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege jedenfalls durch deren Unterschrift zu bestätigen (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 62).

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst, wie im § 15 Absatz 5 erwähnt, insbesondere

1. Verabreichung von Arzneimitteln
2. Vorbereitung und Verabreichung von subcutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen
4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren

5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung
6. Durchführung von Darmeinläufen und
7. Legen von Magensonden (Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 63).

Die Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches dürfen von den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nach ärztlicher Anordnung an Auszubildenden im Rahmen der praktischen Ausbildung übertragen werden. Die Tätigkeiten dürfen alsdann unter Aufsicht einer diplomierten Pflegekraft von den Auszubildenden durchgeführt werden (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 63).

2.1.3. Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson hat dabei das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 81).

Der interdisziplinäre Aufgabenbereich umfasst insbesondere:

1. Die Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Die Vorbereitung der PatientInnen oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Die Gesundheitsberatung und
4. Die Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physikalischen oder psychischen Erkrankung (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, 81).

3. Gesetzliche Grundlagen der professionellen Pflegeausbildung

Die Gesetzlichen Grundlagen der professionellen Pflegeausbildung in Österreich entwickelten sich wie nachstehend beschrieben.

Die Krankenpflege-Ausbildung wurde in Österreich 1914 erstmals gesetzlich geregelt und dauerte damals zwei Jahre. Die Ausbildungszeit setzte sich aus einem Lehrjahr als PflegeschülerIn und einem Probejahr als ProbepflegerIn zusammen. Die Ausbildung endete wie heute mit einem Diplom (vgl. Kozon, 2006, 11).

Nach dem 2. Weltkrieg erfolgte die Regelung der Ausbildung durch die Krankenpflegegesetze von 1949 und 1961, welche durch Ausbildungsverordnungen ergänzt wurden (ebd., 12).

Die derzeitige Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich erfolgt in Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege bzw. im Rahmen von Fachhochschul- und Bachelor-Studiengängen, basiert auf dem GuKG von 1997 (Bundesgesetzblatt I Nr. 1997/108) und wird durch die darauf aufbauende Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsverordnung (GuK-AV) (Bundesgesetzblatt II Nr. 1999/179) einerseits, sowie der FH-Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsverordnung (FH-GuK-AV) (Bundesgesetzblatt II Nr. 2008/200) andererseits, präzisiert.

Erstere setzt neben dem Abschluss von mindestens 10 Schulstufen, die für die Berufsausbildung notwendige körperliche und geistige Eignung, die Vertrauenswürdigkeit, die Absolvierung eines Aufnahmetests, sowie eines Aufnahmegespräches voraus. Sie dauert drei Jahre und umfasst mindestens 4600 Stunden in Theorie und Praxis.

Im Vergleich dazu erfordern die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung an der Fachhochschule die allgemeine Universitätsreife oder eine einschlägige berufliche Qualifikation, sowie die berufsspezifische und gesundheitliche Eignung des Auszubildenden.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die FH Bachelor-Studiengänge wurden durch die Änderungen des GUKG im April 2008 geschaffen und so der erste Schritt

zur Akademisierung der Ausbildung, sowie zur Angleichung der österreichischen Ausbildungssituation an internationale Ausbildungsstandards gesetzt.

Es handelt sich also um Studiengänge, welche eine wissenschaftlich fundierte Berufsausbildung und eine praxisbezogene Ausbildung auf Hochschulebene gewährleisten sollen, wobei besonderes Augenmerk auf die Vermittlung jener Fähigkeiten gelegt wird mit welchen sich die Aufgaben des jeweiligen Berufsfeldes dem Stand der Wissenschaft und den Anforderungen der Praxis entsprechend lösen lassen (vgl. § 3 Abs.1 FHStG).

Die Gesamtdauer der theoretischen und praktischen Ausbildung des Bachelor-Studiums Gesundheits- und Krankenpflege hat mindestens drei Jahre und ein Stundenausmaß von mindestens 4600 Stunden zu betragen. Die praktische Ausbildung hat mindestens 2300 Stunden zu betragen (vgl. § 2 Absatz 1 FH-GuK-AV).

Das Berufsfeld im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bleibt dabei unverändert bestehen (vgl. FHR, 2010, 4).

Die grundlegenden Ziele der theoretischen und praktischen Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege werden in § 2 GUK-AV determiniert und lauten wie folgt:

- Die Befähigung zur Übernahme und Durchführung sämtlicher Tätigkeiten, die in das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege fallen,
- Die Vermittlung von Kenntnissen über den Aufbau, die Entwicklung und die Funktionen des menschlichen Körpers und der menschlichen Psyche,
- Die Vermittlung einer geistigen Grundhaltung, der Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, des Geschlechts, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit, und eines verantwortungsbewussten, selbstständigen und humanen Umganges mit gesunden, behinderten, kranken und sterbenden Menschen,

- Die Vermittlung von Kenntnissen und die Anwendung von Methoden zur Erhaltung des eigenen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitspotentials,
- Die Ausrichtung der Pflege nach einer wissenschaftlich anerkannten Pflegetheorie und deren Erkennung als einen analytischen Problemlösenden Vorgang sowie zielgerichtetes und eigenverantwortliches pflegerisches Handeln unter Bedachtnahme auf die beruflichen Kompetenzen und ethischen Grundprinzipien,
- Die Vermittlung von Kenntnissen für die Planung, Ausführung, Dokumentation und Evaluierung einer optimalen Pflege unter Berücksichtigung der physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens, sofern sie Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben betreffen und
- Die Förderung kreativer Arbeit, Kommunikation und Kooperation in persönlichen, fachspezifischen und anderen gesellschaftlich relevanten Bereichen zur Sicherung der Pflegequalität und Unterstützung der Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch forschungsorientiertes Denken (vgl. § 2 Abs. 1 GuK-AV).

Analog der formulierten Ausbildungsziele in § 2 GuK-AV wird von den Absolventen im Rahmen der FH- Studiengänge der Erwerb eines entsprechenden Qualifikationsprofils in Form von Fachkompetenz, sozialkommunikativer und Selbstkompetenz, sowie wissenschaftlicher Kompetenz erwartet (vgl. § 1 Abs. 1 FH-GuK-AV).

4. Didaktische Grundsätze

Der Begriff Didaktik stammt aus dem Griechischen und bedeutet die „Lehre vom Lehren und Lernen; Unterrichtslehre, Methode des Unterrichtens, ...“ (vgl. Duden online, 10.9.2012).

Grundlage für das Vorgehen in Theorie wie Praxis während der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bilden die in der jeweiligen Ausbildungsverordnung formulierten didaktischen Grundsätze. Für die Ausbildung an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege sind diese in § 3 Abs. 1-9 GuK-AV formuliert und lauten wie folgt:

1. Dem Unterricht sind die Prinzipien der Methodenvielfalt, der Lebensnähe, der Anschaulichkeit, der SchülerInnenselbständigkeit und Selbstverantwortung zugrunde zu legen, wobei dem Erarbeiten und Verstehen von grundlegenden Lehrinhalten gegenüber einer vielfältigen oberflächlichen Wissensvermittlung der Vorzug zu geben ist.
2. In allen Unterrichtsfächern ist das „soziale Lernen“ zu fördern, wobei die SchülerInnen zur Kommunikation, Eigenständigkeit und zu tolerantem Verhalten sowie zum Anwenden vorhandener Hilfsmittel und Erarbeiten neuer Lösungsmodelle zu befähigen sind. Hierzu ist eine Unterrichtsform zu wählen, die den SchülerInnen während der gesamten Ausbildung aktiv am Unterrichtsgeschehen und –ablauf teilhaben lässt.
3. Die SchülerInnen sind zu einem partnerschaftlichen, verantwortungsvollen Umgang miteinander anzuhalten, um sie zu einem ebensolchen Umgang mit anderen Menschen unter Beachtung der Gleichstellung von Mann und Frau zu befähigen.
4. Aus der Struktur des Berufsfeldes auftretende Spannungen und Widerstände sind aufzuzeigen, um die SchülerInnen bei der konstruktiven Bewältigung beruflicher Belastungen zu unterstützen.
5. Die SchülerInnen sind für die Bildung der eigenen Persönlichkeit zu sensibilisieren, um ihnen für die Berufsausübung der Gesundheits- und Krankenpflege ein höchstmögliches Maß an Innovation, Offenheit, Toleranz und Akzeptanz gegenüber der Vielfalt an soziokulturellen Hintergründen von Menschen zu vermitteln.

6. Der Unterricht ist durch zusätzliche Schulveranstaltungen, wie Lehrausgänge und Exkursionen, zu ergänzen, um den SchülerInnen Einblick in umfassende Zusammenhänge auf gesundheitlichen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Gebieten zu geben.
7. In der praktischen Ausbildung ist den SchülerInnen Gelegenheit zu geben, Kontinuität und Erfolg ihrer Pflege und Betreuung zu erleben, wobei eine positive Verarbeitung der Erlebnisse in der Praxis im Rahmen von Gesprächsführung und Praxisreflexion zu ermöglichen ist.
8. Der Unterricht ist auch fächerübergreifend sowie in Form von Seminaren oder Projektunterricht unter Berücksichtigung aktueller Fragen und Tagesereignisse mit verschiedenen Lehrmitteln, einschließlich ergänzender und weiterführender Literatur, durchzuführen, um spezielle Neigungen und Interessen der SchülerInnen zu fördern und ihnen zu helfen, komplexe Probleme zu erfassen, eigenständig zu bearbeiten und lösen zu lernen.
9. Der Lehrplan ist dem Unterricht als Rahmen, der es ermöglicht, Veränderungen und Neuerungen in der Pflege und Medizin, in Gesellschaft, Wirtschaft und Kultur zu berücksichtigen, zugrunde zu legen (vgl. § 3 Abs. 1-9 GuK-AV).

Im Rahmen der FH-Bachelor-Studiengänge werden die didaktischen Grundsätze im § 4 Absatz 1 und 2 FH-GUK-AV geregelt, wobei sich Absatz 1 der allgemeinen Gestaltung der Ausbildung, Absatz 2 auf die Grundsätze, Ausbildungs- und Lernstrategien für die praktische Ausbildung richtet. § 4 Abs. 1 FH-GUK-AV lautet:

Bei der Gestaltung der Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ist sicherzustellen, dass das wissenschaftlich- und praxisorientierte Lernen im Rahmen der Ausbildung ein offener Prozess ist, dem insbesondere folgende Grundsätze, Ausbildungs- und Lernstrategien zugrunde zu legen sind:

1. Situations- und Handlungsorientierung, damit die Gesundheits- und Krankenpflege sowie deren Berufs- und Handlungsfeld in der Ausbildung Ausgangs- und Bezugspunkt für die Bearbeitung der Themen-, Frage- und Problemstellung wird.
2. Problembasiertes Lernen, damit theoriegeleitete Analyse und individuelles Fallverstehen bei der Problembearbeitung in der Pflege ermöglicht und gefördert wird.

3. Selbstorganisiertes, selbstgesteuertes und eigenverantwortliches Lernen, damit ein Beitrag zur Eigenverantwortung in der Pflege, zum eigenständigen Wissenserwerb und dem Prinzip des lebenslangen Lernens geleistet wird.
4. Exemplarisches Lernen, um dem Erarbeiten und Verstehen von grundlegenden Prinzipien und grundlegendem Wissen gegenüber der vielfältigen oberflächlichen Wissensvermittlung den Vorzug zu geben.
5. Förderung von Schlüsselqualifikationen in den Bereichen sozialkommunikative und methodische Kompetenz sowie Selbstkompetenz als Voraussetzung für die situationsadäquate Anwendung von fachlichem und fächerübergreifendem Wissen in den beruflichen Handlungsfeldern einschließlich situative Handlungskompetenz in zwischenmenschlichen Beziehungen.
6. Arbeiten in Teams und Kleingruppen, damit insbesondere Fertigkeiten und Techniken geübt sowie Haltungen, Einstellungen, Sichtweisen, Handlungsmuster und Erfahrungen reflektiert und für den weiteren Lernprozess nutzbar gemacht werden können.
7. Der praktischen Ausbildung hat ein dem Ausbildungsfortschritt entsprechendes Fertigkeitentraining (z.B. Skills-Lab, Lehrstation) voranzugehen, um grundlegende praktische Fertigkeiten im Sinne der PatientInnensicherheit zu gewährleisten.
8. Aufeinander aufbauende Verschränkungen von theoretischer und praktischer Ausbildung unter Berücksichtigung des didaktischen Prinzips „vom Einfachen zum Komplexen“.
9. Implementierung von praktikumsbegleitenden Maßnahmen zur Unterstützung des Theorie-Praxis-Transfers sowie zur Reflexion und Bearbeitung von Praxiserfahrungen, insbesondere in Form von Lerngruppen vor Ort, Intervention, Supervision oder Fachsupervision.
10. Bewertungsmethoden, die mit den gewählten Ausbildungs- und Lernstrategien in Einklang stehen und die individuelle Kompetenzerreichung beurteilen und überprüfen lassen (§ 4 Abs. 1 FH-GuK-AV).

Auf den für die praktische Ausbildung besonders relevanten Absatz 2 des § 4 FH-GuK-AV wird in Folge in Punkt 7.3. näher eingegangen.

Auffallend im direkten Vergleich der beiden Ausbildungsverordnungen erscheint vor allem, dass die didaktischen Grundsätze der GuK-AV zwar alle typischen

Handlungsrichtlinien der Lehrform des PBL enthalten (vgl. Wallner, 2007, 30), in der FH-GuK-AV unter § 4 Absatz 1 hingegen explizit Erwähnung finden.

Für die fachpraktische Ausbildung von besonderer Bedeutung ist das in Punkt 7 des § 4 Abs. 1 genannte Fertigkeitentraining im Rahmen eines Skills-Lab bzw. einer Lehrstation. Dieses hat, unter Berücksichtigung des Ausbildungsstandes, dem Praktikum voranzugehen. Eine ähnlich klar formulierte Forderung findet sich in der GuK-AV nicht.

5. Offenes Curriculum für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege

Die Veränderungen und Entwicklungen der letzten Jahre im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege vom medizinischen Hilfsberuf zu einer eigenständigen Profession bedingen auch Veränderungen, Neuorientierungen und Weiterentwicklungen im Rahmen der Ausbildung. Um den geänderten Anforderungen zu genügen, bedarf es einer strukturierten, organisierten und inhaltlich ausgereiften Ausbildung in Theorie und Praxis. Diesem Umstand soll das Curriculum des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) Rechnung tragen.

Der Begriff „Curriculum“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „auf einer Theorie des Lehrens und Lernens aufbauender Lehrplan“ (vgl. Duden online, 10.09.2011).

Als Grundlage des Curriculums dienen die Vorgaben und Empfehlungen der Europäischen Kommission zur Pflegeausbildung, das GuKG, die darauf aufbauende GuK-AV sowie das Berufsbild hinsichtlich der Aufgaben, Tätigkeitsbereiche und Anforderungen. Neben den für die Ausbildung relevanten Punkten aus diesen Bereichen enthält das offene Curriculum weiters Angaben und Informationen zu den Bereichen Pflege- und Bildungsverständnis, dem konzeptionellen Rahmen, dem Praxiskatalog und den Unterrichtsfächern.

Zusammengefasst ergibt sich in Anlehnung an Ölke (1999), Roberts (1997) und Stratmeyer (1999), die Grundlagen, Elemente und Merkmale des Curriculum betreffend folgendes Bild (vgl. ÖBIG, 2003, 3):

Das Curriculum stellt sich in Bezug auf die Unterrichtsplanung, die Begleitung der Auszubildenden, die Unterrichtsinhalte und Ziele, die Methoden- und Handlungsziele des Unterrichts sowie der Pflegetheorien sehr offen dar. Es wurden keine Theorien oder standardisierten Klassifikationssysteme verankert. Lediglich eine theorieorientierte Klärung der Schlüsselbegriffe der Pflege sowie des Pflegeverständnisses wurden seitens der Verfasser vorgenommen. Es ergibt sich folgender Konzeptionsrahmen für das offene Curriculum,

Teil II Theoretische Grundlagen und Begrifflichkeiten

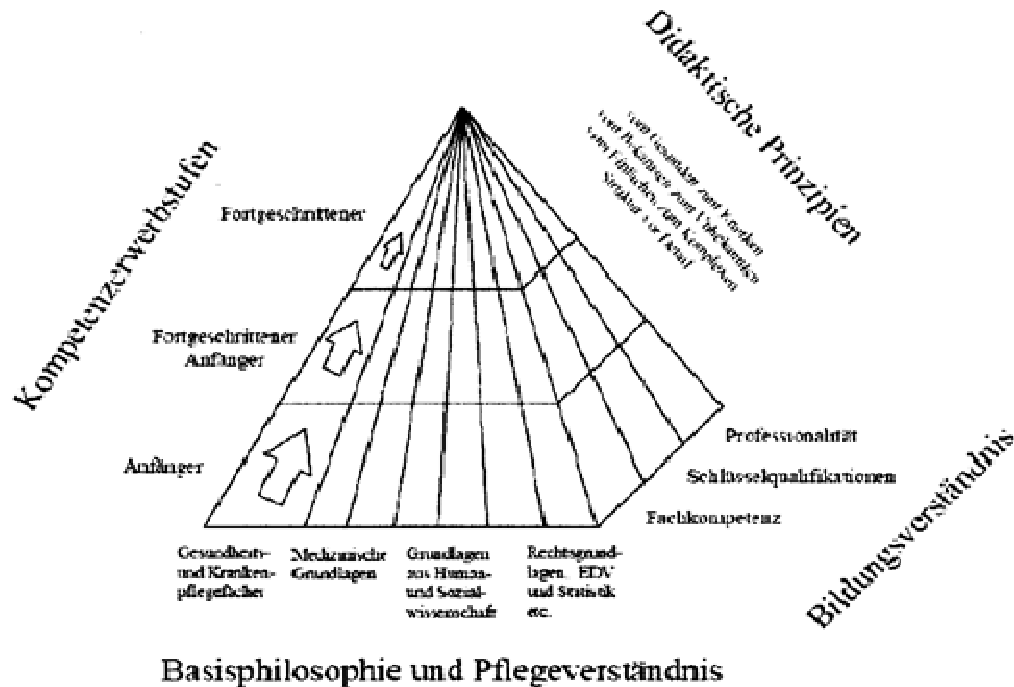


Abbildung 1: Konzeptionsrahmen für das Curriculum (ÖBIG, 2003, 26)

dessen zentrale Begriffe, im Sinne der Autoren, in Folge kurz erläutert werden.

5.1. Pflegeverständnis

Das Pflegeverständnis beschreibt im weitesten Sinne, was Pflegepersonen als Berufsgruppe unter Pflege verstehen.

Pflege wird als eigenständiger Beruf und selbstständiger Teil des Gesundheitswesens der eigenverantwortlich, mitverantwortlich und interdisziplinär tätig ist, definiert. Sie hat das Ziel, die Gesundheit und Autonomie von Personen unter Berücksichtigung ihrer physischen, psychischen, mentalen und sozialen Bedürfnisse und Funktionen zu schützen, aufrecht zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen. Weiters ist das Ziel der Pflege die Unterstützung des Menschen und seines sozialen Umfeldes, um ein Leben mit Krankheit bzw. Behinderung und ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Das pflegerische Handeln orientiert sich dabei an Ressourcen, Einschränkungen sowie Veränderungen. Es ist zielgerichtet und basiert auf pflegetheoretischen Grundlagen.

5.2. **Bildungsverständnis**

Das Bildungsverständnis beschreibt, was lehrende Personen in Theorie und Praxis unter Bildung verstehen. Laut den Autoren impliziert das Pflegeverständnis in der Praxis bestimmte Normen und Werte mit Auswirkungen für die Ausbildung, wobei dabei Kongruenz als erstrebenswert erachtet wird. Dies hieße, dass die Haltung der LehrerInnen gegenüber dem Auszubildenden jener Haltung der Pflegepersonen gegenüber der PatientIn entsprechen sollte. Bildung wird nach Müller als „.....das auf erworbenem Wissen und Erziehung gründende persönliche Geprägt sein“ definiert. Der für die Bildung notwendige Interaktionsprozess des Lehrens und Lernens wird von den Autoren entsprechend Schwarz-Govaers als sozialer, selbstgesteuerter, konstruktiver und ganzheitlicher Prozess beschrieben. Entsprechend dem für die praktische Ausbildung besonders wichtigen Theorie – Praxisverständnis beeinflussen sich Theorie und Praxis gegenseitig.

Theoretisches Wissen ist Grundvoraussetzung für praktisches Handeln. Die in der Praxis getätigten Erfahrungen wirken auf das Theoriewissen zurück, wodurch eine wechselseitige Dynamik gegeben ist. In Verbindung mit dem dualen Ausbildungssystem lassen sich daraus drei sowohl für den Lernprozess als auch für die weitere Arbeit wesentliche Rollen ableiten:

Die der LehrerIn, die des Lernenden und die der PraxisanleiterIn

Ziel der Pflegeausbildung ist es, Menschen professionell auszubilden, lebenslanges Lernen anzuregen und die berufliche Weiterentwicklung zu fördern, indem die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Auszubildenden erkannt, genutzt und weiterentwickelt werden. Dabei soll das selbstständige, vernetzte Denken und Handeln ebenso angestrebt werden wie Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Selbstvertrauen.

5.3. **Didaktische Grundsätze**

Die Überlegungen hierzu basieren auf verschiedenen Lerntheorien. Die für die Pflegeausbildung relevanten didaktischen Ansätze und deren Ursprung werden mittels folgender Abbildung skizziert.

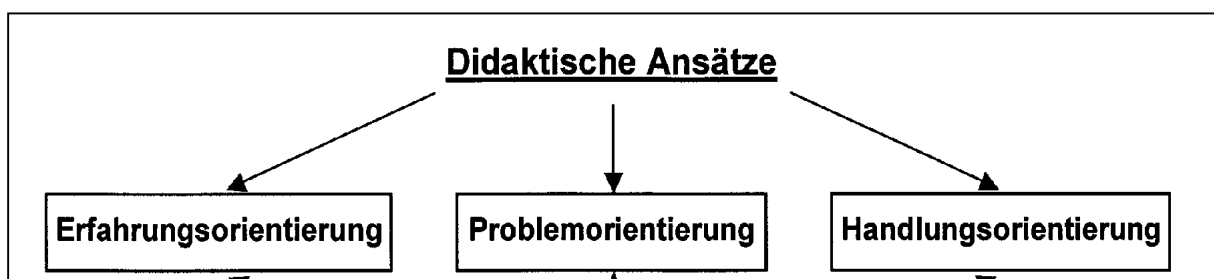


Abbildung 2: Zusammenhang zwischen didaktischen Ansätzen u. klassischen Lerntheorien (ÖBIG, 2003, 20)

Das Curriculum ist folglich zusammengefasst nach nachstehenden didaktischen Strategien aufgebaut:

- Vom Gesunden zum Kranken
- Vom Einfachen zum Komplexen
- Vom Bekannten zum Unbekannten
- Vom Ich über das Du zum Wir
- Struktur vor Detail.

5.4. Kompetenzerwerbsstufen

Die Autoren legen dem Curriculum kein Pflegemodell bzw. keine spezifische Pflege Theorie zugrunde. Den konzeptionellen Rahmen bilden die Pflegekompetenzstufen nach Patricia Benner. Benner beschreibt darin fünf Stufen des Kompetenzerwerbs, die ein Auszubildender beim Erwerben einer Fähigkeit zu durchlaufen hat. Die Entwicklung reicht dabei, ausgehend vom Neuling über den fortgeschrittenen Anfänger, den kompetenten Pflegenden, den erfahrenen Pflegenden bis hin zu PflegeexpertInnen.

Auf Grundlage dessen und unter Berücksichtigung der vorangegangenen Prinzipien und Überlegungen ergibt sich folgendes Stufenmodell mit Konzeptionsrahmen für das offene Curriculum:

STUFENMODELL mit KONZEPTIONSRAHMEN					
Didaktik	VOM GESUNDEN ZUM KRANKEN VOM BEKANNTEN ZUM UNBEKANNTEN VOM ICH ÜBER DAS DU ZUM WIR				Leitlinie
	Stufen des Lernens	Anfänger	fortgeschrittener Anfänger	Fortgeschrittener	
P R I N Z I P I E N		„Es ist so!“	„Warum ist es so?“	„Wenn, dann?!“	P F L E G E R S T U F E
		VOM	ÜBER	ZUM	

Abbildung 3: Stufenmodell mit Konzeptionsrahmen für das „Offene Curriculum der Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege“ (ÖBIG, 2003, 26)

6. Die praktische Ausbildung

Die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung basiert auf einem dualen System von theoretischer und praktischer Ausbildung. Dies bedeutet, es handelt sich dabei um einen reziproken, sich ergänzenden Bezug zwischen einer schulischen Ausbildung auf der einen und einer betrieblichen Ausbildung auf der anderen Seite. In der dualen Ausbildungsform stehen dem Auszubildenden drei Lernquellen zur Verfügung, der Lernort Schule, in welchem theoretisches Handlungswissen vermittelt wird, der Lernort Betrieb, wo praktische Erfahrungen gesammelt werden können und die PraxisanleiterInnen als eine Art „Berufsmodell“ (vgl. Hofmann, 2011, 119). In Folge werden die Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung entsprechend den beiden unterschiedlichen Ausbildungsstätten Krankenpflegeschule bzw. Fachhochschule dargestellt.

6.1. Die praktische Ausbildung an den Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildung zum gehobenen Fachdienst für Gesundheits- und Krankenpflege dauert drei Jahre oder mindestens 4600 Stunden an Theorie und Praxis. Auf die praktische Ausbildung entfallen davon mindestens 2480 Stunden (vgl. Weiß-Fassbinder, Lust, 2006, 154). Sie ist damit ein wesentlicher Bestandteil der Gesamtausbildung. Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind die theoretischen Lehrinhalte in die berufliche Praxis umzusetzen, wobei eine umfassende Anleitung, Unterstützung und Kontrolle der SchülerInnen gewährleistet sein muss (vgl. GuK-AV § 18, Abs. 6).

Die Praktische Ausbildung erfolgt dabei in folgenden Fachbereichen:

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: – 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		2 480

Abbildung 4: Fachbereiche mit zugehörigem Stundenausmaß gemäß GuK-AV (Anlage 1 GuK-AV)

Zu den Lernorten in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zählen neben den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege die verschiedenen stationären und mobilen Einrichtungen.

Entsprechend dem dualen Ausbildungssystem findet die theoretische Wissensvermittlung am Lernort Schule statt, während die praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten an Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten einer Krankenanstalt, Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, sowie Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder sozialen Dienst anbieten (vgl. ÖGKV, 2001, 6).

Gesundheits- und Krankenpflegeschulen bedürfen der Bewilligung des Landeshauptmannes und entsprechender Voraussetzungen. So dürfen sie nur an oder in Verbindung mit Krankenanstalten errichtet werden, welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Fachabteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten besitzen (vgl. Weiß-Fassbinder, Lust, 2006, 170).

Daneben müssen die für die Abhaltung des theoretischen und praktischen Unterrichts erforderlichen Räumlichkeiten und Lehrmittel sowie Sozialräume zur Verfügung stehen und die für die Ausbildung erforderlichen Lehr- und Fachkräfte, welche hierzu fachlich und pädagogisch geeignet sind und über die notwendige Berufserfahrung verfügen, vorhanden sein (vgl. ebd., 2006, 172).

Für die Auswahl der Ausbildungseinrichtungen und Praktikumsstellen sowie die Sicherung der Qualität der praktischen Ausbildung sind die Direktoren der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen verantwortlich. Ihnen obliegt nach §4 GuK-AV unter anderem die Planung, Organisation, Koordination und Kontrolle der praktischen Ausbildung, die Auswahl der Einrichtungen, an denen die praktische Ausbildung durchgeführt wird, sowie die Kontrolle und Sicherung der Qualität der praktischen Ausbildung (vgl. § 4 GuK-AV). Die Anforderungen an die einzelnen Praktikumsstellen können wie folgt formuliert werden:

- Die Fachkräfte sind am neuesten Stand der Pflege, arbeiten nach vorhandenen Pflegestandards und gültigen Hygienevorschriften und nehmen an Fortbildungsveranstaltungen teil.
- Die Pflege der PatientInnen erfolgt nach fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen.

- Die gesetzlichen Grundlagen der Ausbildung und Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege sind einzuhalten.
- Die fachbereichsspezifischen praktischen Ausbildungsziele der Praktikumsstelle liegen auf.
- Die vom jeweiligen Lernenden zu erreichenden Ausbildungsziele sind der Praktikumsstelle bekannt, dieser wird beim Erreichen derselben unterstützt.
- Der Lernende wird entsprechend dem Ausbildungsstand eingesetzt und nur zu Tätigkeiten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege stehen und die zur Erreichung der Ausbildungsziele erforderlich sind, herangezogen.
- Es wird ein Stundenplan für die praktische Ausbildung unter Einbeziehung der Lernenden erstellt.
- Der Lernende hat Zugang zu Fachliteratur und Lehrmaterial an der Praktikumsstelle.
- Die Praktikumsstelle verfügt über eine ausreichende Anzahl an diplomierten Pflegepersonen, Ärzten oder sonstigen qualifizierten Angehörigen von Gesundheits-, Sozial- oder anderen einschlägigen Berufen, die über eine erforderliche fachliche und pädagogische Eignung verfügen, um die Aufsicht und Anleitung der Lernenden während ihres Praktikums gewährleisten zu können.
- Die Praktikumsstelle verfügt über eine ausgebildete PraxisanleiterIn und/oder eine verantwortliche Bezugsperson.
- Die Führung von Vor-, Zwischen- und Endgespräch / Beurteilung nach Zeitvereinbarung zwischen der verantwortlichen Fachkraft und dem Lernenden ist gesichert.
- Der Ausbildungsverlauf des Lernenden wird in geeigneter Form als Grundlage für die Bewertung dokumentiert (Kriegel, 2008, 24).

Das breite Spektrum an möglichen Praktikumsstellen ermöglicht es dem Auszubildenden, umfangreiche Erfahrungen in den diversen Aufgabenbereichen der Pflege zu sammeln. Die Mindeststundenanzahl pro Praktikum ist in der § 18 Abs. 4 GuK-AV geregelt. Sie beträgt 160 Stunden, das heißt mindestens 4 Wochen pro

Praktikum, wobei eine Ausbildungsstunde im Rahmen der praktischen Ausbildung 60 Minuten dauert. Auch ist es erst nach dieser Zeit möglich, den Auszubildenden zu beurteilen.

Die Dauer der theoretischen und praktischen Ausbildung darf 40 Wochenstunden nicht überschreiten. Die Tagesarbeitszeit und Wochenarbeitszeit ist gemäß Kinder- und Jugendschutzgesetz zu gestalten.

Für die praktische Ausbildung während der Nachtzeit gilt, dass SchülerInnen im ersten Ausbildungsjahr nicht zur Ausbildung während der Nachtzeit herangezogen werden dürfen. Im zweiten Ausbildungsjahr dürfen SchülerInnen nur bei Volljährigkeit und nach erfolgreicher Absolvierung von Praktika in Abteilungen einer Krankenanstalt in der Dauer von mindestens 320 Stunden zur Ausbildung während der Nachtzeit herangezogen werden. Im dritten Ausbildungsjahr sind SchülerInnen mindestens fünfmal zur praktischen Ausbildung während der Nachtzeit heranzuziehen.

Eine SchülerIn darf insgesamt höchstens fünfmal im Monat, höchstens 30 mal während des dritten Ausbildungsjahres und nicht in zwei aufeinanderfolgenden Nächten zur praktischen Ausbildung während der Nachtzeit eingesetzt werden (vgl. § 20 Abs. 1, 2 und 4 GuK-AV).

Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind neben ein oder zwei Praktika nach „Wahl der Schule“ (vgl. § 22 Abs. 1 GuK-AV) als mögliche Schwerpunktsetzung, auch ein „Praktikum nach Wahl der SchülerIn“ im Ausmaß von 200 Stunden vorgesehen (vgl. § 21 Abs. 1 GuK-AV).

Die Wahlpraktika sind unter Bedachtnahme auf die Erreichung der Ausbildungsziele, der zur Verfügung stehenden Praktikumsplätze sowie des laufenden Ausbildungsbetriebes durchzuführen (vgl. § 21 Abs. 2 und 3 GuK-AV).

Das diplomprüfungsbezogene Praktikum ist entsprechend § 23 GuK-AV seitens der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege festzulegen. Das Praktikum mit einer Dauer von 160 Stunden dient der Vorbereitung auf die praktische Diplomprüfung und ist frühestens fünf Monate vor Ende der Ausbildung und spätestens vor dem 2. Termin der mündlichen Diplomprüfung durchzuführen. Vorschläge der SchülerInnen sind dabei nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

Die Beurteilung der praktischen Ausbildung wird in § 27 GuK-AV geregelt. Demnach haben die Fachkräfte die Kenntnisse und Fertigkeiten der SchülerInnen im betreffenden Fachbereich laufend zu überprüfen und über die Leistungen der SchülerInnen schriftliche Aufzeichnungen als Grundlage für die Beurteilung zu führen.

Die Leistungen der SchülerInnen in den Praktika der Fachbereiche sind mit

- „ausgezeichnet bestanden“,
- „gut bestanden“,
- „bestanden“ oder
- „nicht bestanden“

zu beurteilen.

Werden die Leistungen einer SchülerIn im Verlauf eines Ausbildungsjahres in einem Praktikum mit „nicht bestanden“ beurteilt, muss das Praktikum zum ehest möglichen Termin wiederholt werden, wobei das zu wiederholende Praktikum nach Möglichkeit an einer anderen Organisationseinheit durchzuführen ist und nicht von den selben Lehr- und Fachkräften beurteilt wird wie das negativ beurteilte.

Insgesamt darf während eines Ausbildungsjahres höchstens ein Praktikum einmal wiederholt werden (vgl. § 31 Abs. 1 und 4 GuK-AV).

6.2. Die praktische Ausbildung im Rahmen der Fachhochschule

Die Möglichkeit, die Ausbildung zum gehobenen Fachdienst für Gesundheits- und Krankenpflege im tertiären Bildungsbereich an einer Fachhochschule zu absolvieren besteht seit 2008 und entspricht der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom September 2005. Zur Durchführung wurde vom Gesetzgeber entsprechend der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsverordnung die FH- Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV, Bundesgesetzblatt Nr. 2008/200) erlassen, in welcher unter anderem die Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung geregelt werden. Entsprechend § 2 Abs.1, 2 FH-GuK-AV beträgt die Gesamtdauer der theoretischen und praktischen Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege mindestens drei Jahre und hat ein Stundenausmaß von 4600

Stunden. Die praktische Ausbildung hat mindestens 2300 Stunden zu betragen, wobei ein Praktikum mindestens 160 Stunden in einem Praktikumsbereich zu umfassen hat.

Die Mindestanforderungen an die praktische Ausbildung lauten wie folgt:

- Die praktische Ausbildung an den Praktikumsstellen hat in nachstehend angeführten Versorgungs- und Fachbereichen zu erfolgen. Dabei ist sicherzustellen, dass mindestens 1840 Stunden der praktischen Ausbildung in den folgenden Bereichen absolviert werden, wobei in jedem der angeführten Bereiche ein Praktikum zu absolvieren ist und mindestens 1060 Stunden auf die Akutpflege zu entfallen haben:
- Akutpflege: Akutkrankenanstalt mit operativen, konservativen, geburtshilffichen, pädiatrischen und/oder psychiatrischen Fachbereichen der Medizin;
- Langzeitpflege: Einrichtungen, die der stationären / teilstationären Betreuung pflegebedürftiger, alter sowie psychisch kranker Menschen dienen;
- Mobile Pflege: Einrichtungen / Organisationen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten;
- Prävention und Rehabilitation: Einrichtungen, die Gesundheitsvorsorge oder Rehabilitation anbieten (vgl. FH-GuK-AV, Anlage 5).

Höchstens 320 Stunden der praktischen Ausbildung können auch in folgenden Bereichen stattfinden:

- Bei freiberuflich tätigen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
- Öffentlicher Gesundheitsdienst (auf Gemeinde-, Bezirks-, Landes- oder Bundesebene);
- Ordinationen und Praxisgemeinschaften im niedergelassenen Bereich;

Betreuungseinrichtungen und sonstige Einrichtungen, sofern der Bezug zur Gesundheits- und Krankenpflege gegeben ist.

Dem/der Studierenden ist ein Praktikum nach freier Wahl zu ermöglichen (vgl. Anlage 5 FH-GuK-AV).

Bei der Gestaltung der praktischen Ausbildung sind die in den Paragraphen 3 und 4 FH-GuK-AV formulierten fachlichen und didaktischen Grundsätze umzusetzen.

Neben den für das wissenschaftlich- und praxisorientierte Lernen im Rahmen der Ausbildung relevanten Strategien, beschreibt die FH-GuK-AV im Gegensatz zur GuK-AV unter § 4 Abs. 2 explizit die der praktischen Ausbildung zugrunde liegenden Grundsätze, Ausbildungs- und Lernstrategien.

§ 4 Abs. 2 lautet wie folgt:

Die Planung, Organisation, Durchführung und Evaluation der praktischen Ausbildung an den Praktikumsstellen sind insbesondere folgende Grundsätze, Ausbildungs- und Lernstrategien zugrunde zu legen:

1. Die Studierende ist als PraktikantIn in das Pflorgeteam zu integrieren und hat unmittelbaren Kontakt mit der jeweiligen Zielgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege.
2. Der Theorie-Praxistransfer wird kontinuierlich und aufbauend begleitet, unterstützt, reflektiert, gefestigt und vertieft.
3. Der Kompetenzerwerb im Rahmen der praktischen Ausbildung gemäß Anlage 5 wird von den Studierenden in einem standardisierten Ausbildungsprotokoll dokumentiert. Dabei werden personenbezogene Daten vermieden und die erlangten Kompetenzen in anonymisierter Form dokumentiert.
4. Der Kompetenzerwerb im Rahmen der einzelnen Praktika und dessen Dokumentation sind zu beurteilen.
5. Die erfolgreiche Absolvierung sämtlicher Praktika ist Voraussetzung für die Zulassung zur kommissionellen Bachelor-Prüfung.
6. Eine ausreichende Anzahl an fachlich geeigneten Praktikumsstellen im stationären, teilstationären, ambulanten und mobilen Bereich ist durch entsprechende Vereinbarungen (Kooperationsabkommen) sicherzustellen.
7. Die fachliche Eignung der Praktikumsstelle ist gegeben, wenn die für das jeweilige Praktikum vorgesehene Kompetenzvermittlung sichergestellt ist.

8. Die strukturelle Eignung einer Praktikumsstelle ist gegeben, wenn diese über die erforderliche qualitative und quantitative Personal- und Sachausstattung für die Vermittlung der erforderlichen Kompetenzen an die Studierenden verfügt. Insbesondere hat sichergestellt zu sein, dass ein/eine Angehörige/r des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder eine andere fachkompetente Person gemäß § 7 während des gesamten Praktikums höchstens zwei Auszubildende gleichzeitig anleitet und kontinuierlich betreut (Ausbildungsschlüssel 1:2).

9. Die Eignung einer Praktikumsstelle im Hinblick auf Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit ist gegeben, wenn die dem neuesten Stand der Technik und der Erkenntnisse auf dem Gebiet der Arbeitsgestaltung entsprechende Ausstattung vorhanden und dementsprechende Maßnahmen getroffen sind, um Gesundheitsrisiken und Unfallgefahren bei der Arbeit zu verhüten.

10. Die Anleitung im Rahmen der praktischen Ausbildung an den Praktikumsstellen erfolgt im Einvernehmen und unter kontinuierlicher Rückkoppelung mit den jeweiligen Lehrenden des Fachhochschul-Bachelorstudiengangs. Sie bedarf einer pädagogisch-didaktischen Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, Reflexion und Evaluation.

11. Die Qualitätssicherung für jeden an der praktischen Ausbildung beteiligten Bereich obliegt der Studiengangsleitung in Zusammenarbeit mit den Praktikumsstellen.

Die Auswahl der Praktikumsstellen obliegt seitens der Fachhochschulen dem Studiengangsleiter als Hauptverantwortlichen. Es wird im Prinzip wie auch bei den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, mit Ausbildungseinrichtungen kooperiert, geeignete Praktikumsstellen definiert und gemäß dem Ausbildungsplan sichergestellt, dass die Pflichtstunden auch in den entsprechenden Abteilungen gewährleistet werden können. Die Möglichkeit, die Praktika zu absolvieren, gilt dann prinzipiell für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens in ganz Österreich (Schulze, Telefoninterview vom 18.09. 2012).

Die im Bachelor-Studium Gesundheits- und Krankenpflege kombinierten Theorie / Praxissemester umfassen jeweils einen Zeitraum von 18 Wochen. 9 bis 14 Wochen finden Lehrveranstaltungen statt, 4-9 Wochen sind den Berufspraktika gewidmet.

Während des gesamten Studiums werden somit 58 Wochen Praktikum à 40 Stunden absolviert.

Semester 1: 4 Wochen Semester 4: 22 Wochen (Hauptpraktikum)

Semester 2: 9 Wochen Semester 5: 8 Wochen

Semester 3: 9 Wochen Semester 6: 6 Wochen (vgl. www.fh-krems.ac.at, 10.08.2012)

Die Praktikumsbeurteilung erfolgt basierend auf dem offenen Curriculum für Gesundheits- und Krankenpflege, das es auf Bundesebene schon gibt und nach dem die FH-Studiengänge auch akkreditiert sind, mittels Praxisanleitungskatalog. (Schulze, Telefoninterview vom 18.09.2012).

Beurteilungskriterien bzw. ein solcher Praxiskatalog waren zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit nicht zu erhalten, da „...diese, auf der Ebene des Landes Niederösterreich mit verschiedenen Interessenspartnern auf unser Curriculum hin noch optimiert und adaptiert werden“ (Schulze, Telefoninterview vom 18.09.2012).

6.3. Didaktische Grundsätze und Zielsetzung der Ausbildung

Die im § 3 GuK-AV formulierten didaktischen Grundsätze gelten als Grundlage für das Vorgehen der Lehr- und Pflegekräfte in Theorie und Praxis und können als allgemeine Richtlinien angesehen werden.

Ausschließlich für die praktische Ausbildung formulierte Grundsätze finden sich im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsverordnung nicht. Die Inhalte der jeweiligen Punkte können aber mit mehr oder weniger großer Relevanz auch auf die praktische Anleitung umgelegt werden. Beispielhaft seien hier vor allem auf die in § 3 Abs. 1, 5 und 7 formulierten Inhalte nochmals hingewiesen.

So gelten die Prinzipien der Methodenvielfalt, der Anschaulichkeit, der SchülerInnenselbsttätigkeit und Selbstverantwortung selbstverständlich auch als Grundlage für die Praxisanleitung. Auch die Persönlichkeitsbildung der SchülerInnen hin zu Offenheit und Toleranz muss das Anliegen jeder praktischen Anleitungssituation und jeder PraxisanleiterIn sein. Auch sind gerade die Kontinuität und Erfolgskontrolle der Pflegehandlungen von SchülerInnen wichtige Grundlage

jeder Anleitungssequenz, welche in Folge zwischen SchülerInnen und PraxisanleiterInnen entsprechend reflektiert und aufgearbeitet werden muss.

Für die Ausbildungsziele die Praxis betreffend gilt Ähnliches wie für den Bereich der didaktischen Grundsätze. Sie werden in § 2 Punkt 1-7 festgelegt, gelten grundsätzlich sowohl für die praktische wie auch theoretische Ausbildung und sind vom Auszubildenden im Laufe der drei Ausbildungsjahre zu erreichen.

Dabei können die Befähigung zur Übernahme und Durchführung sämtlicher Tätigkeiten das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege betreffend, die Vermittlung von Methoden zur Erhaltung des eigenen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitspotentials, die Ausrichtung der Pflege nach wissenschaftlich anerkannten Theorien, das zielgerichtete und eigenverantwortliche pflegerische Handeln, die Vermittlung von Kenntnissen für die Planung, Ausführung, Dokumentation und Evaluierung einer optimalen Pflege, sowie die Sicherung der Pflegequalität und Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch forschungsorientiertes Denken als die bedeutendsten angesehen werden (vgl. § 2 Pkt. 1-7 GuK-AV).

Andere, ausschließlich die praktische Ausbildung betreffende Ziele werden nicht formuliert.

6.4. Angeleitetes Praktikum

Bei der Gestaltung der fachpraktischen Ausbildung sind in Österreich im Wesentlichen zwei Vorgehensweisen zu unterscheiden. Die Anleitung und Unterweisung durch PraxisanleiterInnen einerseits und die praktische Ausbildung der Auszubildenden durch LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen des sogenannten „Angeleiteten Praktikums“ andererseits. Ihnen obliegt es, die Lernenden in mindestens 2% des Gesamtpraktikums Stundenumfanges anzuleiten, was einer Anleitungszeit von ca. 50 Stunden pro Auszubildenden innerhalb von 3 Ausbildungsjahren entspricht. Dabei dürfen höchstens vier SchülerInnen gleichzeitig unterwiesen werden (vgl. § 19 Abs. 2, 3 GuK-AV).

„Das Angeleitete Praktikum durch Pflegekräfte versteht sich als praxisbezogene Anleitung und Wissensvermittlung in fachlicher, methodischer und didaktischer Hinsicht an den Lernorten Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim bzw. Sozialsprengel“ (Them, 2003, 9).

Die besondere Zielsetzung liegt dabei in der Gestaltung einer berufspädagogischen Lernsituation, in welcher es den Lehrenden möglich ist, die SchülerInnen aus dem Stationsalltag herauszunehmen, praktische Situationen theoretisch zu fundieren und Verknüpfungen herzustellen (vgl. ÖGKV, 2001, 15), womit die Verknüpfung praxisorientierter Anleitung und theoretisches Wissen erhöht und der Fokus der Lernenden erweitert werden soll.

Das Angeleitete Praktikum kann zu jedem Zeitpunkt der praktischen Ausbildung erfolgen. Die Durchführung des Angeleiteten Praktikums erfolgt nach Absprache mit dem Stationsteam. Die Dauer des Angeleiteten Praktikums und die Anzahl der Lernenden richten sich nach den Zielen und der Unterrichtsform. Zur Objektivierung des Angeleiteten Praktikums wird ein Zielkatalog verwendet. Die Ziele und Bewertungskriterien für das Angeleitete Praktikum werden dem Lernenden bekanntgegeben. Die Qualität des Angeleiteten Praktikums wird durch die entsprechende Vor- und Nachbereitung gesichert.

Die Analyse des Angeleiteten Praktikums erfolgt im Anschluss im Rahmen eines Gespräches zwischen dem Lernenden und der LehrerIn und umfasst das Feedback und Ausmaß der Zielerreichung, das Feedback über unvorhergesehene Lernsituationen, sowie die Analyse der Rahmenbedingungen und Rückmeldung an das Stationsteam.

Jede LehrerIn hat Aufzeichnungen über den Ablauf eines Angeleiteten Praktikums zu führen. Die Protokollierung stellt eine wichtige Grundlage für das Auswertungsgespräch dar und gibt einen Einblick über den Ist-Stand der Lernenden. Auf Grund dieser Aufzeichnungen soll eine individuelle und aufbauende Förderung der Lernenden gewährleistet werden.

Das Auswertungs- oder Nachgespräch dient der Lernerfolgskontrolle. Dadurch kann der Lernprozess individuell initiiert, bewusst gesteuert und aufgebaut werden. Der Lernende soll verstärkt zur Verbalisierung angehalten werden. Die für das Angeleitete Praktikum festgelegten Ziele dienen dabei als Orientierung.

Ein ähnlich gearteter klinischer Unterricht ist im Rahmen der Fachhochschul-Bachelor-Studiengänge „Gesundheits- und Krankenpflege“ nicht vorgesehen.

Stattdessen finden während der Praktikumsblöcke in regelmäßigen Abständen Praxisreflexionen zwischen Studierenden und Lehrpersonen statt. Damit werden die

Praxiserfahrungen der Studenten reflektiert und ihr fachlicher und persönlicher Lernprozess analysiert (vgl. Engel, 2009, 25).

Darüber hinaus werden folgende Ziele verfolgt:

- Reflexion eigener und fremder Arbeitsprozesse einschließlich konstruktiver Rückmeldung
- Herausarbeitung von Ressourcenanteilen und gegebenenfalls Problemstellungen,
- Miteinbezug von Ideen und Denkanstößen der Gruppenmitglieder zur Gestaltung der eigenen Arbeit und
- Erarbeitung von Coping-Strategien für Belastungsfaktoren des Berufsfeldes (vgl. Mutzek, 2002, zitiert nach ebd.).

6.4.1. Effektivität des Angeleiteten Praktikums

Fragt man nach der Sinnhaftigkeit und Effektivität des Angeleiteten Praktikums durch Lehrpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege, erhält man die unterschiedlichsten Antworten. Die Standpunkte der Befragten liegen dabei oftmals weit auseinander. Diesen Eindruck bestätigen auch durchgeführte Untersuchungen zum Thema (vgl. Them, 2003, Frauenlob, 2001).

In dieser Frage vertritt der deutsche Bildungsrat (DBR für Pflegeberufe) die Position, dass Lehrende ihrer pflegerischen Handlungskompetenz angesichts der Anforderungen an qualitativ hochwertigen Unterricht nicht nachkommen können. Ihre Stärke im Rahmen ihrer Tätigkeit liegt dabei im pflegepädagogischen und nicht im primär pflegerischen Bereich (vgl. Fichtmüller, Walter, 2005, 63).

Die wesentlichen Aufgaben der Lehrenden in der pflegerischen Praxis liegen daher in der (Lern)Beratung von Lernenden, der gezielten Reflexion der pflegepraktischen Erfahrungen und in der Beratung der PraxisanleiterInnen, vor allem in pädagogisch-didaktischer Beratung und Fortbildung.

Frauenlob kritisiert im Rahmen ihrer qualitativen Studie zum beruflichen Erleben von PflegelehrerInnen vor allem die ungünstigen bzw. fehlenden Rahmenbedingungen im Sinne fehlender Zeit und der fehlenden Kompetenz der LehrerInnen in Bezug auf das pflegepraktische know how.

Sie weist in diesem Zusammenhang auf die Unmöglichkeit hin, in zwei unterschiedlichen Arbeitsfeldern professionell tätig sein zu können und analysiert die Problemlage anhand der Pflegekompetenzstufen nach Benner. Dabei kommt sie zu dem Schluss, dass LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege vor ihrem Wechsel in die Pflegeschule (mindestens zweijährige Tätigkeit in der Praxis) ExpertInnen im Sinne Benners gewesen sein mögen, es aber dann durch die Praxisferne der Lehrpersonen der Schule in Bezug auf gewisse Methoden und Techniken unwahrscheinlich erscheint, als nicht (mehr) kompetente Pflegepersonen kompetenten klinischen Unterricht auf ExpertInnenniveau durchführen zu können (vgl. Frauenlob, 2003, 8).

Ein anderes Bild zeichnet dazu ein Projekt zur Sinnhaftigkeit des Angeleiteten Praktikums am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK- Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. In einer dabei durchgeführten Befragung von mehr als der Hälfte der österreichischen PflegelehrerInnen zum Thema „praktische Anleitung“ von SchülerInnen, wird die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Durchführung eines eben solchen Praktikums von den meisten Lehrkräften als „sehr sinnvoll“ eingestuft. Dieser positiven Beurteilung widerspricht lediglich die Region Wien, deren Lehrkräfte die praktische Anleitung durch Mentoren favorisieren. Lehrkräfte stufen sich dabei in der Befragung auch für Tätigkeiten wie die Vermittlung des Pflegeprozesses, der Kommunikation mit PatientInnen, die Durchführung grundpflegerischer Tätigkeiten, die Einführung vor dem ersten Praktikum und Anderem im Vergleich zu den Praktikern als „sehr“ bzw. „eher geeignet“ ein.

Dennoch wird den Pflegepersonen der Praxis auch hier attestiert, über aktuelleres praxisrelevantes Wissen zu verfügen. Des Weiteren wird festgestellt, dass Lehrkräfte mit längerer Lehrtätigkeit für die Durchführung der Anleitung durch Mentoren plädieren (vgl. Them, 2003, 9).

7. Praxisanleitung in Niederösterreich

In den Spitälern der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding sind mit Oktober 2012 13011 Arbeitskräfte als nicht ärztliches Fachpersonal tätig, darunter 8612 Personen in der Dienstsparte gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, und 1241 Pflegehelfer (vgl. www.statistik.at, 10.10.2011).

An 13 von 27 Standorten sind den Kliniken Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege angeschlossen, in welchen zum Zeitpunkt der Erhebung [2009 / 2010, Anm. des Autors] 2255 SchülerInnen in Ausbildung stehen (vgl. www.statistik.at, 10.10.2011) 520 SchülerInnen schließen zum selben Zeitpunkt ihre Ausbildung ab.

Im Rahmen deren Ausbildung sind nicht zuletzt die PraxisanleiterInnen in den Kliniken für die Durchführung und Qualität der fachpraktischen Ausbildung verantwortlich.

Bevor in diesem Teil der Arbeit näher auf die Situation der Praxisanleitung in Niederösterreich eingegangen wird, sollen die für die Arbeit relevanten Schlüsselbegriffe in Folge kurz dargestellt werden.

7.1. Schlüsselbegriffe

Wie bereits erläutert, regelt das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sowie die zugehörigen Verordnungen die Zuständigkeit des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals für die SchülerInnenanleitung und –begleitung. Daraus ergibt sich die Pflicht jeder diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, im Rahmen ihrer Tätigkeit der Anleitung und Betreuung von SchülerInnen nachkommen zu müssen. Trotz dieser Festlegung kristallisierte sich daraus eine Personengruppe heraus, die am Lernort Praxis im Besonderen für die fachpraktische SchülerInnenausbildung verantwortlich zeichnet – die PraxisanleiterInnen.

7.1.1. Praxisanleitung

Abgesehen von oben genannten allgemeinen Bestimmungen existieren für PraxisanleiterInnen keine rechtlichen Vorgaben. Lediglich die in der Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildungsverordnung geforderte fachliche und pädagogische Eignung differenzieren die Anforderungen (vgl. § 7 Abs. 1 GuK-AV). Davon abgeleitet können „PraxisanleiterInnen als Diplomierte Gesundheits- und

Krankenpflegepersonen bezeichnet werden, die für die fachpraktische Anleitung der Auszubildenden verantwortlich zeichnen und über die dazu notwendige fachliche und pädagogische Kompetenz verfügen.

Im Duden findet sich zum Begriff „Praxis“ folgende Bedeutungsübersicht:

1.a: Aufführung, Anwendung von Gedanken, Vorstellung, Theorien oder Ähnliches in der Wirklichkeit.

1.b: Bestimmte Art und Weise, etwas zu tun, zu handeln.

2.: Erfahrung, die durch eine bestimmte praktische Tätigkeit gewonnen wird (vgl. www.duden.de, 11.10.2011).

Der Begriff „Anleiter“ wird mit der Bedeutung „jemand, der andere anleitet“ erklärt. Als Synonym dazu werden Ausbilder, Lehrer, Mentor und Ratgeber genannt (vgl. www.duden.de, 11.10.2011).

In diesem Sinn findet sich auch in der Literatur für den Begriff PraxisanleiterIn keine eindeutige Definition. Es zeigt sich, dass auch hier die Begriffe Anleiter, Tutor und Mentor häufig synonym verwendet werden (vgl. Riedler 2011, Roes 2004, Schalk 2007).

Unterscheidungen begründen sich beispielsweise an der Anzahl der Fortbildungsstunden oder an der (nicht) Freistellung der betrieblichen Ausbilder (vgl. Roes, 2004, 50).

Auch Ewers beklagt die fehlende Abgrenzung der verwendeten Terminologien und spricht in diesem Zusammenhang von einem „Definitions-Sumpf“. Trotz langjähriger Definitionsversuche der Bezeichnung „PraxisanleiterIn“ in der deutschen Pflegeliteratur sei eine einheitliche Verwendung bis heute nicht erkennbar (vgl. Ewers, 2001,9).

Für die weitere Arbeit basiert die Differenzierung der im Bereich fachpraktischer Ausbildung Tätigen auf den Stellenbeschreibungen der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding für „Praxisanleitung“ und „Kontaktperson für Praxisanleitung“.

Bei Praxisanleiter handelt es sich folglich um Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit mindestens dreijähriger Erfahrung als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, davon mindestens 2 Jahre an der

jeweiligen Ausbildungsstelle und abgeschlossenem Weiterbildungslehrgang für Praxisanleitung in einem Ausmaß von 200 Stunden.

„Kontaktperson für Praxisanleitung“ bezeichnet Diplompflegepersonal mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung, davon mindestens ein Jahr an der jeweiligen Ausbildungsstelle, ohne absolvierter Weiterbildung (vgl. NÖ Landeskliniken-Holding, 2009, 16).

7.1.2. Anleitung

Anleitung bedeutet, Auszubildenden etwas zu zeigen, etwas beizubringen oder sie zu unterweisen bzw. zu leiten und zu führen (vgl. Quernheim, 2004, 7).

Nach Ewers bezeichnet „Anleitung“ einen geplanten und reflektierten Lernprozess, mit unterschiedlichen Zielgruppen, welcher abhängig davon spezifischen Lehr- und Lernzielen folgt und die erfolgten Lernfortschritte kontrolliert (Ewers, 2001, 6).

Dabei identifiziert er zwei Verwendungszusammenhänge des Anleitungsbegriffs. Einerseits die Anleitung im Rahmen pflegerischer Aus-, Fort- und Weiterbildung, andererseits Anleitung als pflegerisches Leistungsangebot. Während erstere Form der Anleitung in Ausbildung befindliche oder bereits ausgebildete Pflegepersonen und Studierende zur Zielgruppe hat (Praxisanleitung), fokussiert zweite hauptsächlich auf PatientInnen, deren Angehörige und andere informelle Helfer (ebd., 6).

In der Arbeit liegt das Augenmerk auf der Anleitung im Bereich der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung im Sinne beruflicher Qualifizierung.

7.2. Qualifikationsprofil

Wenngleich formal nach den derzeit geltenden rechtlichen Bestimmungen jede diplomierte Pflegeperson für die praktische SchülerInnenausbildung verantwortlich ist (vgl. § 14 (2) GuKG), zeichnen im Stationsalltag vor allem PraxisanleiterInnen vermehrt für die Ausbildung von SchülerInnen am Lernort Praxis verantwortlich und können so als Stützpfiler der Ausbildung betrachtet werden.

Dieser Wandel vom „alle sind zuständig - Prinzip“ hin zu einem „Bezugspersonen-Modell“ in der praktischen Anleitung von SchülerInnen, aber auch von neuen Mitarbeitern und Kursteilnehmern auf den Stationen bedeutet eine wesentliche

Verbesserung und Qualitätssteigerung der fachlichen Ausbildung (vgl. Wiener WHO - Modellprojekt Gesundheit und Krankenhaus, 1996, 7).

Um der Herausforderung, eine den geforderten Qualitätskriterien entsprechende fachpraktische Ausbildung auch gewährleisten zu können, bedarf es einer entsprechend qualitativ hochwertigen Ausbildung. SchülerInnenanleitung bedeutet nämlich nicht nur das Einführen Auszubildender in rein technisch-funktionale Arbeitsabläufe, sondern beinhaltet gleichzeitig das Überwachen und Korrigieren, das Definieren des Lernangebotes der Station, die Planung des SchülerInneneinsatzes, die Berücksichtigung pädagogischer Lernaspekte oder die soziale Integration der SchülerInnen ins Pflorgeteam (vgl. ebd., 5).

Daneben werden auch Pflegekräfte beim Wiedereinstieg in den Pflegeberuf angeleitet, unterstützt und mit den stattgefundenen Veränderungen vertraut gemacht.

Trotz dieser enormen Herausforderungen kommt Ewers im Rahmen seiner Analyse zu dem Schluss, dass die qualifikatorischen Anforderungen, die diese Pflegekräfte (PraxisanleiterInnen, Anm. des Autors) erfüllen müssen, nicht eindeutig definiert und in der Regel auch nicht rechtlich geordnet sind (vgl. Ewers, 2001, 9). So existieren auch in Österreich keine einheitlichen, gesetzlich geregelten Rahmenbedingungen für die Ausbildung zur PraxisanleiterIn.

Es bestehen sehr unterschiedliche Qualifizierungsangebote nebeneinander. Dieser Umstand führt dazu, dass unterschiedliche Ausbildungsformen für die PraxisanleiterInnenausbildung, welche in Dauer und Inhalt und damit auch in der Qualität stark divergieren, angeboten werden (vgl. Voraberger, 2007, 28).

In Niederösterreich wird versucht, dieser unstrukturierten Dynamik in der Ausbildung seitens der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding mit der Vereinheitlichung der PraxisanleiterInnenausbildung in den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zu begegnen. Die Weiterbildung, entsprechend § 64 GuKG, der PraxisanleiterInnen für die Niederösterreichischen Landeskliniken und Pflegeheime erfolgt seither an folgenden Standorten:

Krankenpflegeschule Amstetten, Horn, Krems, Hollabrunn, Baden und Wiener Neustadt. Für die Weiterbildung wurde ein Stundenausmaß von 200 Stunden sowie nachstehender Rahmenlehrplan festgelegt.

2.8 Rahmenlehrplan/Ausbildungsinhalte

RAHMENLEHRPLAN Soll 200

Fach und Methodenkompetenz	UE	
Pädagogische und didaktische Grundlagen	30	30
Einführung in wissenschaftl. Arbeiten, Literaturrecherche	6	6
Methodik der Beratung, Anleitung und Schulung	30	30
Berufskunde	26	26
Entwicklungen der Pflege		
Pflegetechniken		
Pflegequalität		
Rechtliche Grundlagen	12	12
Berufs- und Dienstrecht		
Methoden der Organisationsentwicklung	12	12
Selbst-, Zeit- und Stressmanagement		
Öffentlichkeitsarbeit		
Schnittstellenmanagement		
Problemlösungsorientiertes Lernen		
Fallorientierter Umgang mit Dokumentationssystemen		
		116
Soziale, persönliche und kommunikative Kompetenz		
Kommunikation und Interaktion	40	40
Fallbasierte Gesprächsanalyse und Entscheidungsfindung		
Präsentations- und Moderationstechnik		
Rollendefinition und Konfliktmanagement	20	20
Standortbestimmung, Feedback, Beurteilung		
Motivation und Anleitung	16	16
Coaching		
		76
Mündliche Abschlussprüfung	8	
		200

Abbildung 5: Rahmenlehrplan Teil 1 (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 10)

Fach und Methodenkompetenz	116
Pädagogische und didaktische Grundlagen	30
● Wahrnehmungs- und Lernpsychologie ● Persönlichkeitstheorien, Typologien und Führungsstile • Lernerfahrungen • Lerntechniken • Lernmotivation ● Erwachsenenbildung ● Formen der Leistungsbeurteilung	
Einführung in wiss. Arbeiten; Literaturrecherche	6
Methodik der Beratung, Anleitung und Schulung	30
● Rahmenbedingungen für Lernsituationen Bedingungsfeldanalyse • Intrinsische Faktoren • Extrinsische Faktoren ● Lernzieldefinition ● Handlungsorientiertes Lernen ● Problemlösungsorientiertes Lernen ● Zielorientiertes Lernen	
Berufskunde	26
● Entwicklungen der Pflege ● Pflegeprozess ● Pflegemodelle ● Pflegequalität	
Rechtliche Grundlagen	12
● Berufsrecht und weitere relevante gesetzliche Bestimmungen • Freiheitsbeschränkende Maßnahmen • Haftungsrecht • Strafrecht ● Dienstrecht	
Methoden der Organisationsentwicklung	12
● Selbst-, Zeit- und Work/Life-, Balancemanagement ● Schnittstellenmanagement • Stellenbeschreibung ● Öffentlichkeitsarbeit; Kooperationsmodelle ● Fallorientierter Umgang mit Dokumentationssystemen	

Abbildung 6: Rahmenlehrplan Teil 2 (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 11)

Soziale, persönliche und kommunikative Kompetenz	76
Kommunikation und Interaktion	40
● Kommunikationsmodelle anhand des eigenen Gesprächsverhaltens ● Fallbasierte Gesprächsanalyse und Entscheidungsfindung • Praxisreflexion ● Präsentationstechniken ● Moderationstechniken ● Kreativitätstraining	
Rollendefinition und Konfliktmanagement	20
● Vorbildwirkung ● Standortbestimmung - Beurteilungsgespräch ● Feedback	
Motivation und Anleitung	16
● Coaching	
Mündliche Abschlussprüfung	8

Abbildung 7: Rahmenlehrplan Teil 3 (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 12)

Als Qualifikationsziele werden neben der qualifizierten, strukturierten Anleitung und Betreuung von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Einführung neuer Mitarbeiter auch die Förderung der Stations-, Konflikt- und Problembewältigung in der Zusammenarbeit sowie die Qualitätsverbesserung und -sicherung durch Arbeiten mit Ausbildungskonzepten, Richtlinien und Standards genannt.

Neben der Möglichkeit der Weiterbildung zur PraxisanleiterIn im Rahmen der Niederösterreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen besteht in Niederösterreich des Weiteren die Möglichkeit einer universitären Ausbildung in diesem Bereich. So bietet die Fachhochschule Krems den Bachelor-Studiengang „advanced nursing practice“ mit Schwerpunkt Pflege-Entwicklung und PatientInnen-education an, im Zuge dessen Studierende erweiterte Kenntnisse entsprechend einer „Weiterbildung“ (gemäß § 64 GuKG) unter anderem im Bereich Praxisanleitung erwerben können.

Auch die Donau-Universität Krems bietet den in 3 Studienabschnitte

1. Certified programm (Praxislehre in der Pflege CP)

2. ExpertInnen-Programm (Praxislehre in der Pflege AE)

3. Master-Programm (MSc Gesundheit und Pflegepädagogik)

unterteilten Universitätslehrgang „Anleitung Praxislehre in der Pflege“ zur Erweiterung und Vertiefung der Fachkompetenz an (vgl. DUK, 2012, 4).

Der Abschluss des zweisemestrigen certified program ist dabei der Weiterbildung „Praxisanleitung“ gemäß GuKG § 64 gleich gehalten. Darauf aufbauend kann ein weiterführendes Semester im Sinne des ExpertInnen-Programms absolviert werden. Danach besteht die Option, ein fünfsemestriges Masterstudium anzuschließen.

Das vollständige ExpertInnen-Programm umfasst dabei folgende Module:

Certified Program		LV-Art	UE	SS	ECTS	WL
Modul 1	Gesprächsführung und Konfliktmanagement für Pädagog/inn/en	UE	30	2	3	75
Modul 2	Grundlagen der Pädagogik/ Andragogik	SE	45	3	3	75
Modul 3	Grundlagen der Didaktik Planung, Inszenierung und Evaluation des	SE	30	2	4	100
	Lehr-/Lernprozesses Lernerfolgsüberprüfung und didaktische Handlungsfelder in der Erwachsenenbildung	SE	30	2	4	100
Modul 4	Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen in der Berufsausübung	SE	30	2	2	50
Modul 5	Lernort Pflegepraxis	SE	15	1	2	50
Modul 6	Fach- und Berufsdidaktik I	PS	45	3	4	100
Modul 7	wissenschaftliches Arbeiten	UE	30	2	2	50
Modul 8	Praktikum	PR	45	3	3	75
Modul 9	Praxislehrarbeit				7	175
Gesamt			300	20	34	850

Akademische Expertise		LV-Art	UE	SS	ECTS	WL
Modul 10	Wissenschaftstheorie, Forschung und Evidence Based Care	SE	45	3	6	150
Modul 11	Führen und Entscheiden	SE	45	3	6	150
Modul 12	Fach- und Berufsfelddidaktik II	SE	30	2	4	100
Modul 13	Projekt- und Qualitätsmanagement im Bildungswesen	SE	30	2	4	100
Modul 14	Projektarbeit	SE			6	150
Gesamt			450	30	60	1500

Abbildung 8: Praxislehre in der Pflege, Donau-Universität Krems, Studienhandbuch 2012

Unabhängig von den Weiterbildungsmaßnahmen muss an dieser Stelle in Anbetracht des in Folge unter Punkt 8.3. beschriebenen umfassenden Tätigkeitsspektrums auf die Wichtigkeit einer spezifischen PraxisanleiterInnenausbildung hingewiesen werden, zumal „die Notwendigkeit einer praktischen Anleitung (...) eine unabdingbare Voraussetzung, um die Qualität der Pflegepraxis sicherzustellen, darstellt (vgl. Staudinger, 2008,5).

7.3. Tätigkeitsbereich

Praxisanleitung umfasst nicht nur das Einführen in technisch funktionale Abläufe (vgl. Wiener WHO - Modellprojekt Gesundheit und Krankenhaus, 1996,5), sondern PraxisanleiterInnen wird eine Schlüsselrolle bei der Verknüpfung theoretischer und praktischer Ausbildungsinhalte zugewiesen (vgl. Ewers, 2001, 13). Das Aufgabenfeld der PraxisanleiterInnen ist umfangreich und vielfältig. Zu den charakteristischen Aufgaben gehört es nach Ewers:

- Den praktischen Ausbildungseinsatz mit den Lernenden zu planen und zu strukturieren, das heißt zum Beispiel, Einführungs-, Zwischen- und Abschlussgespräche mit ihnen durchzuführen.
- Lernsequenzen zu planen, durchzuführen und zu überprüfen, das heißt, die Lernenden hinsichtlich ihrer individuellen Lernvoraussetzungen einzuschätzen, mit ihnen bzw. für sie Lernziele zu formulieren, Lerninhalte, - Methoden und Medien auszuwählen sowie den Lernerfolg zu überprüfen und neue Lernschritte festzulegen.
- Die Lernenden zu beraten und zu begleiten, sie mündlich und schriftlich zu beurteilen und bei praktischen Prüfungen mitzuwirken, sowie
- Arbeitskreise zur praktischen Ausbildung einzurichten und daran teilzunehmen (vgl. Ewers, 2001, 10).

Als spezifische Aufgaben gelten allgemein formuliert das Definieren von Lernzielen, das Systematisieren erlernter Handlungsabläufe, das Erarbeiten von Lernhilfen sowie entsprechende organisatorische und didaktische Anleitungsprogramme im Rahmen der SchülerInnenanleitung. Des Weiteren die Abstimmung zwischen Stationsarbeit und Fachunterricht an der Schule. Dazu zählt vor allem das Aufzeigen und Thematisieren von Widersprüchen zwischen routinemäßig praktizierten Arbeitsabläufen im Stationsalltag und deren theoretischer Darstellung im Fachunterricht an der Schule (vgl. Wiener WHO - Modellprojekt Gesundheit und Krankenhaus, 1996, 9).

Als wichtiges Bindeglied zwischen den Ausbildungseinrichtungen und der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, mit Aufgaben im Rahmen der praktischen Ausbildung, sowie der Unterstützung der Lehrkräfte im Rahmen des theoretischen Unterrichts, bezeichnet Kriegl die PraxisanleiterInnen. Dabei plant und koordiniert er

die Anleitung der Lernenden während des Praktikumseinsatzes und steht als Ansprechpartner zur Verfügung. Die PraxisanleiterIn gibt den Lernenden in konkreten Lernsituationen Feedback über Fähigkeiten, Stärken und Schwächen, pflegt den Kontakt zur Schule, hat Kenntnisse über den Ablauf der Ausbildung, beteiligt sich an der Erstellung und laufenden Anpassung von Praktikumszielen und ist interessiert an Neuerungen und Entwicklungen in der Pflege (vgl. Kriegl, 2008, 27).

In diesem Zusammenhang wird schon im Jahr 1996, im Rahmen des Wiener WHO-Modellprojekts „Gesundheit und Krankenhaus“ auf die Notwendigkeit der Entwicklung einer Stellenbeschreibung für PraxisanleiterInnen hingewiesen, in der deren Aufgaben, Rechte und Pflichten formuliert werden (vgl. Wiener WHO - Modellprojekt Gesundheit und Krankenhaus, 1996, 9, 16).

In diesem Sinne werden auch Seitens der NÖ Landeskliniken-Holding zwei Stellenbeschreibungen [Praxisanleitung und Kontaktperson für Praxisanleitung, Anm. des Autors] formuliert. Sie werden in Bezug auf Zweck, Aufgabenbereich sowie fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten unter Punkt 8.4. dargestellt.

7.3.1. Praktische Lernsequenz

Anleitung bedeutet, Auszubildenden etwas zu zeigen, etwas beizubringen, sie zu unterweisen, zu leiten und zu führen (vgl. Quernheim, 2004, 7). Sie verläuft geplant, systematisch und prozessorientiert und wird individuell auf jede SchülerIn entsprechend seinem Ausbildungsstand abgestimmt.

Die Anleitungssequenz orientiert sich in ihrem Ablauf, dabei dem ÖBIG-Curriculum folgend, an den Phasen des Pflegeprozesses (vgl. ÖBIG, 2003, 34). Dazu gehören nach Fichtner und Maier folgende Schritte:

1. Informationssammlung
2. Erkennen von Problemen und Ressourcen
3. Festlegung der Ziele
4. Planung der Maßnahmen
5. Durchführung der Maßnahmen
6. Beurteilung der durchgeführten Pflege (vgl. Fichtner, Maier, 1998, 30).

Der Pflegeprozess hilft den Pflegenden unter anderem, ihr Wissen und Können zielgerichtet einzusetzen, die pflegerischen Fähigkeiten zu steigern, die

Pflegesicherheit zu stärken, die Kommunikation mit der PatientIn zu verbessern, sowie mit Neuerungen Schritt zu halten (vgl. Graudenz, 2008, 17).

Die praktische Anleitung orientiert sich demnach ebenso an den Problemen, Fähigkeiten und Ressourcen der Pflegebedürftigen wie der Pflegeprozess. Darauf aufbauend ergibt sich nach Josuks folgende Struktur der praktischen Anleitung.

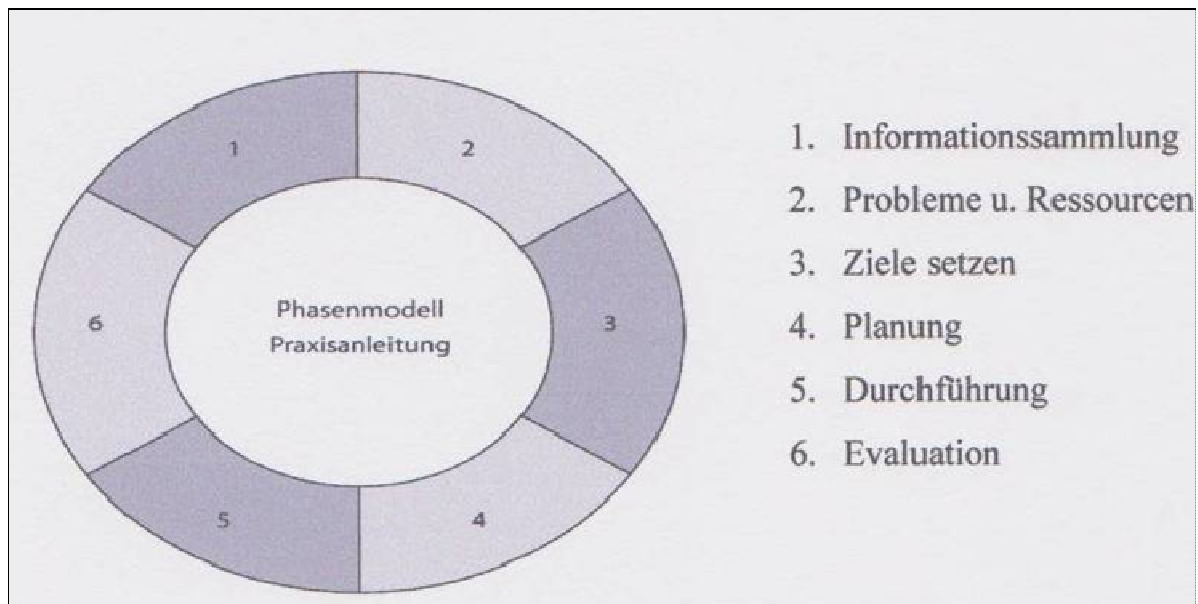


Abbildung 9: Regelkreis der Praxisanleitung (Josuks, 2002, 29)

1. Informationssammlung:

Im Vorgespräch informiert sich die PraxisanleiterIn über den Auszubildenden und den PatientInnen. Auch das Umfeld, in dem die Anleitung stattfindet, wird berücksichtigt.

2. Probleme / Ressourcen:

Auch hier sind Auszubildender, PraxisanleiterIn und PatientIn zu berücksichtigen. Je klarer die Probleme definiert werden, umso zielgerichteter und effektiver die Lösungen. Problemformulierungen sollen dabei entsprechend den Kriterien im Pflegeprozess kurz und knapp, objektiv, präzise und spezifisch formuliert sein.

3. Zielformulierung:

Beschreibt immer ein gewünschtes Ergebnis. In der Praxisanleitung soll sie die angestrebte Veränderung im Wissen, Fühlen, Denken oder Handeln des Auszubildenden beschreiben. Die Ziele müssen dazu realistisch formuliert, erreichbar und überprüfbar sein.

4. Planung der Anleitung:

Auf Grund des direkten PatientInnenkontaktes ist eine intensive Planung unabdingbar. Dabei gilt es je nach Komplexität der Anleitungssituation zu entscheiden, ob die Aufteilung der Gesamthandlung in Teilschritte einer ganzheitlich analytischen Durchführung nicht vorzuziehen ist.

Nachfolgend werden exemplarisch einige Varianten der Anleitung angeführt:

- Punktuell geplante Anleitung – häufigste Anleitungsfom. Im Fokus der Anleitung ist ein spezifischer Pflegeaspekt oder Pflegestandard.
- Fallbesprechung – theoretische Betrachtung der PatientInnensituation unter Berücksichtigung der patientInnenorientierten Gegebenheiten.
- Pflegevisite – Gespräch mit der PatientIn über seinen weiteren Pflegebedarf.
- Praxisaufgabe – spezielle Arbeitsaufträge für den praktischen Einsatzbereich.
- Impulsanleitung – spontane Anleitung aus der praktischen Arbeit heraus-

5. Durchführung:

dabei ist eine exakte Festlegung der Aufgaben, die Vereinbarung von Notsignalen sowie mentales Training im Sinne einer geplanten Vorgehensweise zu berücksichtigen.

6. Evaluation der Anleitung:

Hier steht der Auszubildende im Mittelpunkt. Nach der Schilderung seiner persönlichen Einschätzung und Bewertung der Situation erfolgt die Feedbackgabe durch die PraxisanleiterIn (vgl. ebd., 2002, 30 f).

7.3.2. Beurteilung

Die Gestaltung der Lehr- und Lernprozesse im Sinne der direkten Anleitungssituation an der PatientIn erfolgt dabei nicht willkürlich, sondern entlang vorgegebener Lehr- und Lernziele, zusammengefasst im Praxiskatalog zur Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, unter besonderer Berücksichtigung des Ausbildungsstandes der Auszubildenden. Für Niederösterreich wurde dieser vom Arbeitskreis der LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege herausgegeben. Der Praxiskatalog ist somit „als zentrale Grundlage der Ausbildung zu sehen und stellt eine Qualitätssicherung dar (Voraberger, 2007, 64). In diesem Sinne kann der

Praxiskatalog als gesetzlich vorgeschriebener Leitfaden, „die Schüler haben im Rahmen der praktischen Ausbildung Aufzeichnungen über die durchgeführten Tätigkeiten zu führen. Diese sind von der betreffenden Lehr- und Fachkraft zu bestätigen. (§ 19 (6) GuK-AV), für Mindestanforderungen der praktischen Ausbildung (vgl. ebd., 64) betrachtet werden. Er basiert auf dem offenen ÖBIG-Curriculum für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege einerseits und dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz andererseits (vgl. Punkt 2 und 4).

Die Endbeurteilung selbst erfolgt mittels Beurteilungsbogen, welcher nur in Kombination mit dem Praxiskatalog anzuwenden ist, anhand nachstehender Beurteilungsmatrix und unter Berücksichtigung der in Punkt 5.4 dargestellten Kompetenzerwerbsstufen.

PRAKTISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG 1. AUSBILDUNGSJAHR für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege			
NAME: _____		ABJ. / JAHRGANG: _____	
AUSBILDUNGSSTÄTTE: _____			
PRAKTIKUMSDAUER:	vom _____	bis _____	
ERSTGESPRÄCH:		am: _____	
ZWISCHENGESPRÄCH:		am: _____	
ENDGESPRÄCH:		am: _____	
ENDBEURTEILUNG:		am: _____	
Bewertungsmatrix			
beurteilte Kriterien:		Anmerkung:	
erreichte Punkteanzahl:			
Praktikumsbeurteilung:			
100% - 84% ausgez. bestanden	83% - 67% gut bestanden	66% - 51% bestanden	50% - 0% nicht bestanden

Abbildung 10: Beurteilungsmatrix (GuKPS Amstetten)

Die erreichte Punktezahl ergibt sich aus folgender Punktevergabe:

3 Punkte: die Leistung entspricht den Anforderungen der drei Kompetenzbereiche und die Lernenden sind gegebenenfalls in der Lage, durch nochmalige Anleitung Fehler zu korrigieren.

2 Punkte: Die Leistung entspricht in einem der Kompetenzbereiche nicht. Die Lernenden sind trotz wiederholter Anleitung nicht oder nur teilweise in der Lage, die Anforderungen zu erfüllen.

1 Punkt: Die Leistung entspricht in zwei Kompetenzbereichen nicht. Die Lernenden sind trotz wiederholter Anleitung nicht oder nur teilweise in der Lage, die Anforderungen zu erfüllen.

0 Punkte: Die Leistung entspricht in keinem Kompetenzbereich. Die Lernenden sind trotz wiederholter Anleitung nicht oder nur teilweise in der Lage, die Anforderungen zu erfüllen.

Die Praktikumsnote berechnet sich prozentuell entsprechend nachfolgendem Beispiel:

100 Prozent = die zu erreichenden Höchstpunkte der beurteilten Kriterien.

15 Kriterien werden beurteilt = 45 Punkte = 100 Prozent. Die SchülerIn erreicht beispielsweise in diesen Kriterien 40 Punkte. So ergibt sich:

$40 : 0,45 = 88,9 = 89\% = \text{ausgezeichnet bestanden.}$

7.4. Stellenbeschreibung – Praxisanleitung

Folgend werden die für die Thesis relevante Inhalte der Stellenbeschreibung der NÖ Landeskliniken-Holding dargestellt.

7.4.1. Zweck der Stelle

Die Stelle dient der praktisch fachlichen und pflegerischen Ausbildung und der Wissensvermittlung der Auszubildenden der Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, sowie der PraktikantInnen der Ausbildungsstätten für Pflegehilfe und der Sonderausbildungsbereiche gemäß GuKG. Ebenso wird auf die Einschulung neuer Mitarbeiter im Tätigkeitsfeld der Praxisanleitung verwiesen.

7.4.2. Organisation und Planung

Auf folgende Teilbereiche der Organisation und Planung in Zusammenhang mit der fachpraktischen Ausbildung wird insbesondere abgezielt:

- Organisation der SchülerInnenanleitung mit dem PraxisanleiterInnenteam.
- Organisation und Planung der Anleitung neuer Mitarbeiter mit dem PraxisanleiterInnenteam und der Stationsleitung / Bereichsleitung
- Mitwirkung bei der Arbeitsplanung der Station / des Bereiches und des Tagesablaufes und der Arbeitsaufteilung in Absprache mit der Stationsleitung / Bereichsleitung.
- Planung von Gesprächen mit SchülerInnen und PraktikantInnen, Ausbildungsstätten, PraxisanleiterInnenteam im eigenen Bereich (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 17).

7.4.3. Kontakt zu Schulen

Um dem Theorie-Praxis-Transfer zu unterstützen, ist ein regelmäßiger Informationsaustausch der Praxisanleitung mit den Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege vorgesehen. Gemeinsame Lösung bei Problemen und das Erarbeiten von Instrumenten liegen ebenfalls im Fokus der Organisation.

Die Zusammenarbeit im Rahmen der praktischen Diplomprüfung und des klinischen Unterrichts mit den Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege sollen den Auszubildenden bestmögliche Unterstützung bieten.

7.4.4. SchülerInnenanleitung / SchülerInnenbegleitung

Die Detailbeschreibung der Anleitung und Begleitung der Auszubildenden gibt in der Stellenbeschreibung folgendes wieder.

- Ansprechpartnerinnen für SchülerInnen / PraktikantInnen des eigenen Bereiches.
- Einführung der SchülerInnen / PraktikantInnen an den Ausbildungsstellen in Zusammenarbeit mit dem Team.
- Adäquate, dem neuesten Wissensstand entsprechende Praxisanleitung und entsprechende Dokumentation.

- Standortbestimmungen und Beurteilungen in Zusammenarbeit mit der Stationsleitung / Bereichsleitung. (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 17)

7.4.5. Anleitung und Begleitung neuer Mitarbeiter im eigenen Bereich

Die in der Praxisanleitung Tätigen sollen auch in der Einarbeitungsphase neuer Mitarbeiter für die Betriebsführung in der NÖ Landeskliniken-Holding ihre fachliche Kompetenz einbringen:

- Einführung der neuen Mitarbeiter im eigenen Bereich in Zusammenarbeit mit dem Team und der Stationsleitung / Bereichsleitung.
- Adäquate, dem neuesten Wissensstand entsprechende Praxisanleitung.
- Standortbestimmung und Beurteilung in Zusammenarbeit mit der Stationsleitung / Bereichsleitung. (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 17)

7.4.6. Informations- und Erfahrungsaustausch

Bei Teamsitzungen sind relevante Informationen zur Praxisanleitung an die Teammitglieder der jeweiligen Organisationseinheit zu kommunizieren. Sowohl organisatorisch relevante als auch didaktische Änderungen sollen weitergegeben werden.

PraxisanleiterInnenbesprechungen dienen dem Erfahrungsaustausch zwischen den Organisationseinheiten der Gesundheitseinrichtungen und gewährleisten somit Informationssymmetrie und die Abstimmung zwischen den Nahtstellen der praktischen Ausbildungsstellen.

7.4.7. Erstellung und Anpassung von Anleitungsinstrumenten

Neben der fachlichen Qualifikation der Praxisanleitung wird von den ausgebildeten Praxisanleitern erwartet, entsprechende Arbeitsinstrumente zu erstellen, zu adaptieren bzw. weiterzuentwickeln.

7.4.8. Zusammenarbeit und Schnittstellen

Ebenso werden in der Stellenbeschreibung die Schnitt- und Nahtstellen der Praxisanleiter angeführt.

- Mit dem Team / Stationsleitung / Bereichsleitung des eigenen Bereichs.

- Mit dem Praxisanleiterteam des Klinikums
- Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und anderer Ausbildungsstätten (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 18).

Schnitt- und Nahtstellen zu den Nicht Pflegerischen Berufsgruppen des intra- und extramuralen Bereiches (Verwaltungsbereich, Rettungsdienst usw.) finden ebenso Erwähnung in der Stellenbeschreibung.

7.4.9. Fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten

Im Sinne qualitativer Strukturkriterien sind folgende Kenntnisse und Fertigkeiten Voraussetzung für die Ausübung bzw. die Besetzung der Stelle „Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege Praxisanleitung“ an den NÖ Landeskliniken vorzuweisen:

- Abgeschlossene Ausbildung nach den Bestimmungen des 2. Hauptstückes des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes.
- Absolvierung der Weiterbildung für Praxisanleiter
- Fachspezifische Sonderausbildung bei Einsatz in Spezialbereichen.
- Mindestens dreijährige Erfahrung als DGKS/P, davon mindestens 2 Jahre an der jeweiligen Ausbildungsstelle.
- Einhaltung der Stellenbeschreibung „gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ oder der „Stellenbeschreibung des jeweiligen Funktionsbereiches“; Fassung vom 31.10.2009 (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 18).

7.5. Stellenbeschreibung – Kontaktperson für Praxisanleitung

Folgend werden die für die Thesis relevante Inhalte der Stellenbeschreibung der NÖ Landeskliniken-Holding dargestellt.

7.5.1. Zweck der Stelle

Die Stelle dient der praktischen fachlichen und pflegerischen Ausbildung und der Wissensvermittlung an die Auszubildenden der Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, sowie der PraktikantInnen der Ausbildungsstätten für Pflegehilfe

und der Sonderausbildungsbereiche gemäß GuKG. Ebenso wird auf die Einschulung neuer Mitarbeiter im Tätigkeitsfeld der Praxisanleitung verwiesen.

7.5.2. Organisation und Planung

Auf folgende Teilbereiche der Organisation und Planung in Zusammenhang mit der fachpraktischen Ausbildung wird insbesondere abgezielt:

- Bindeglied zwischen Theorie und Praxis, Pflegegruppen und Schulen der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege.
- Mitwirkung an Organisation und Planung der Anleitung neuer Mitarbeiter mit dem PraxisanleiterInnenteam und der Stationsleitung/ Bereichsleitung.
- Mitwirkung bei der Arbeitsplanung der Station / des Bereiches und des Tagesablaufes und der Arbeitsaufteilung in Absprache mit der Stationsleitung / Bereichsleitung.
- Planung von Gesprächen mit SchülerInnen und PraktikantInnen.
- Planung und Ausführung der praktischen Anleitung gemäß Ausbildungsstand und Lernzielkatalog (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 21).

7.5.3. SchülerInnenanleitung / SchülerInnenbegleitung

Die Detailbeschreibung der Anleitung und Begleitung der Auszubildenden gibt in der Stellenbeschreibung folgendes wieder.

- Führen von Erst-, Zwischen-, Nachgesprächen mit SchülerInnen und PraktikantInnen und Mitarbeit bei der Leistungsbeurteilung in Zusammenarbeit mit der Stationsleitung / Bereichsleitung und entsprechende Dokumentation.
- Führen des Verlaufsbogens in Zusammenarbeit mit allen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen des eigenen Bereiches;
- Ansprechpartnerinnen für SchülerInnen/PraktikantInnen des eigenen Bereiches und Unterstützung bei der Bewältigung von Konfliktsituation.
- Beratung, Betreuung und Begleitung der SchülerInnen/PraktikantInnen an den Ausbildungsstellen in Zusammenarbeit mit dem Team.

- Erteilen von praxisbezogenem Unterricht – besonders von bereichsspezifischen Lernangeboten – einschließlich Vor- und Nachbereitung; punktuelle Unterweisung.
- Adäquate, dem neuesten Wissensstand entsprechende Praxisanleitung und entsprechende Dokumentation.
- Unterstützung bei der praktischen Diplomprüfung (NÖ Landeskliniken-Holding, 2010, 21).

7.5.4. Anleitung und Begleitung neuer Mitarbeiter im eigenen Bereich.

Die in der Praxisanleitung Tätigen sollen auch in der Einarbeitungsphase neuer Mitarbeiter für die Betriebsführung in der NÖ Landeskliniken-Holding ihre fachliche Kompetenz einbringen:

- Beratung, Betreuung und Begleitung der neuen Mitarbeiter während der Anleitung – und Einschulungsphase im eigenen Bereich in Zusammenarbeit mit dem Team und der Stationsleitung / Bereichsleitung.
- Adäquate, dem neuesten Wissensstand entsprechende Praxisanleitung; punktuelle Unterweisung.
- Standortbestimmung und Beurteilung in Zusammenarbeit mit der Stationsleitung/Bereichsleitung.

7.5.5. Informations- und Erfahrungsaustausch

Bei Teamsitzungen sind relevante Informationen zur Praxisanleitung an die Teammitglieder der jeweiligen Organisationseinheit zu kommunizieren. Sowohl organisatorisch relevante als auch didaktische Änderungen sollen weitergegeben werden.

PraxisanleiterInnenbesprechungen dienen dem Erfahrungsaustausch zwischen den Organisationseinheiten der Gesundheitseinrichtungen und gewährleisten somit Informationssymmetrie und die Abstimmung zwischen den Nahtstellen der praktischen Ausbildungsstellen.

7.5.6. Mitarbeit bei der Erstellung und Anpassung von Anleitungsinstrumenten

Wie beschrieben wird von den ausgebildeten PraxisanleiterInnen erwartet, entsprechende Arbeitsinstrumente zu erstellen, zu adaptieren bzw. weiterzuentwickeln. Von den Kontaktpersonen für Praxisanleitung wird lediglich die Mitarbeit, jedoch nicht die Federführung bei der Erstellung und Anpassung der Anleitungsinstrumente erwartet (vgl. Niederösterreichische Landeskliniken-Holding, 2010, 20).

7.6. Allgemeine Rahmenbedingungen

Zur Erfüllung des umfassenden Aufgabenspektrums erscheint es unter Anderem besonders wichtig, dass PraxisanleiterInnen Rahmenbedingungen vorfinden, die die Umsetzung der Anleitungsaufgaben ermöglichen (vgl. Voraberger, 2007, 31).

Auch Mamerow meint dazu dass die Qualität der praktischen Ausbildung u.a. mit den Rahmenbedingungen für diese Tätigkeit steht und fällt (vgl. Mamerow, 2008, 8).

Wenn man sich die Aufgaben der PraxisanleiterInnen vor Augen hält, dann wird deutlich, dass für gezielte Anleitung vor allem entsprechende Zeitressourcen notwendig sind. Bei der Ermittlung des Zeitbedarfs müssen wesentliche Eckpfeiler der Anleitung berücksichtigt werden, nämlich Beispielsweise

- Vorgespräch und Ausbildungsplanung
- Planung und Terminisierung der Anleitungssituation
- Einführung in die Einrichtung, Dokumentation, Beziehungspflege und Integration ins Stationsteam
- Zwischen und Beratungsgespräche
- Zusammenarbeit mit LehrerInnen und Schule
- Arbeitstreffen
- Beurteilung und Endgespräche (vgl. Völkel, 2008, 8).

Dazu benötigen PraxisanleiterInnen auch adäquate Materielle und Räumliche Rahmenbedingungen. In anbetracht der Tätigkeiten wird deutlich, dass

- ein eigenes Büro oder die Mitbenutzung eines Raumes,

- ein Arbeitsplatz mit Schreibtisch und Schrank zum verschlossenen Aufbewahren der Unterlagen und
- ein Telefonanschluss, die Anbindung an das Hausinterne EDV-Netz sowie Internet

Voraussetzungen für effektives Arbeiten sind (vgl. Völkel, 2008, 21).

Daneben sollten Bücher und Fachzeitschriften, ein PC, ein Kopierer sowie die nötigen Formulare und Unterlagen für die Anleitung zur Standardausrüstung jeder PraxisanleiterIn gehören (ebd. 2008, 21).

Im Zuge der Recherche zu dieser Arbeit wurde dahingehend festgestellt, dass Österreichweit keine einheitlichen Rahmenbedingungen für die Aufgaben und Tätigkeiten der PraxisanleiterInnen existieren. Die Situation gestaltet sich hierbei ähnlich wie die Rahmenbedingungen für die Ausbildung zur PraxisanleiterIn betreffend.

Auch Auböck merkt, die Rahmenbedingungen betreffend, in ihrer Arbeit an, dass PraxisanleiterInnen in Österreich zumeist keine ausgewiesene Funktionsstelle innehaben um anleitungsbezogenen Aufgaben nachkommen zu können (vgl. Auböck, 2009, 21), womit sich auch das weitgehende Fehlen adäquater Rahmenbedingungen erklären lässt. In weiten Bereichen ident dazu die Situation in Niederösterreich.

PraxisanleiterInnen in den Niederösterreichischen Landeskliniken erfüllen ihre Aufgaben in der Regel zusätzlich zu ihrer normalen Tätigkeit als diplomierte Pflegepersonen in den jeweiligen Arbeitsbereichen, da sie trotz dieser Mehrbelastung in der Regel voll in den Routinebetrieb integriert bleiben.

Offizielle Zahlen und Informationen zum Thema im Sinne einer zentralen Datenbank o.ä., Beispielsweise über die Zahl der PraxisanleiterInnen, deren Ausbildung oder Einsatzbereich, die PraxisanleiterInnen in Niederösterreich betreffend existieren nur lückenhaft oder fehlen in diesem Zusammenhang ebenso, wie einheitliche adäquate Rahmenbedingungen.

7.7. Praxisanleitung vor dem Hintergrund einer tertiären Primärqualifizierung

Das zentrale Anliegen der Fachhochschulstudiengänge ist die Heranbildung handlungskompetenter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die auf die Anforderungen des Berufsfeldes entsprechend vorbereitet werden. Die Handlungskompetenz stellt die erfolgreiche Verknüpfung von Fach- und Methodenkompetenz, sozialkommunikativer und wissenschaftlicher Kompetenz sowie Selbstkompetenz dar (vgl. Engel, 2009, 24). Dies stellt auch das in der Praxis tätige Fachpersonal vor neue Herausforderungen. Im Zuge einer ExpertInnenbefragung zum Thema „die praktische Ausbildung unter dem Aspekt einer zukünftigen tertiären Primärqualifizierung“ werden folgende zukünftige ausbildungsspezifische Aufgaben für Anleitende von Bachelor-Studierenden identifiziert:

- Die Funktion als Rollenvorbild zur umfassenden Kompetenzentwicklung der Studierenden.
- Die Implementierung von Forschung und Wissenschaft in der Praxis.
- Theorie-Praxistransfer
- Die intensive Zusammenarbeit mit den universitären Ausbildungsstellen, sowie die Durchführung
- koordinativer, reflektiver und delegativer Aufgaben an die Teams der Praktikumsstellen (vgl. Auböck, 2011).

Dies verlangt von den PraxisanleiterInnen ein vertieftes Bildungsverständnis im Sinne der Kenntnis über Lerntechniken und -strategien, dem Schaffen adäquater Lehrsituationen und der Evaluation, ein vertieftes und erweitertes Fachwissen sowie Einblick in wissenschaftliche Grundlagen und Methoden. Im Sinne einer adäquaten Anleitung Pflegestudierender wird von den PraxisanleiterInnen unter anderem erwartet mit den Studierenden gemeinsam Literatur zu recherchieren, die individuell geplanten und systematisch aufbereiteten Lernsituationen in die theoretische Ausbildung einzupassen, die theoretische und praktische Lösung pflegerischer Problemstellungen sowie die Anwendung geeigneter Lehrmethoden, wie PPL, POL oder erfahrungsbezogenes handlungsorientiertes Lernen. Um diesen Aufgaben entsprechend nachkommen zu können, wäre laut den ExpertInnen eine Ausbildung

der PraxisanleiterInnen auf Bakkalaureatsniveau anzustreben, für PraxisanleiterInnen mit koordinativen Aufgaben die Qualifizierung auf Masterebene.

7.8. Innovatives Lehren und Lernen in der Praxisanleitung

Die beruflichen Aufgaben und Anforderungen im Pflegeberuf verändern sich zunehmend. Verwissenschaftlichung und Akademisierung schreiten stetig voran und der Ruf nach evidenzbasierter Pflege wird immer laut. Damit steigen nicht nur die Anforderungen an die theoretische Ausbildung, sondern in gleicher Weise auch die an die praktische und damit auch an die PraxisanleiterInnen. Vor diesem Hintergrund kommt der Zusammenarbeit der Lernbereiche Schule und Praxis eine noch höhere Bedeutung zu. Die derzeitige einzige Form, Theorie und Praxis zu vernetzen, erfolgt seitens der Schule durch das in 7.4. beschriebene Angeleitete Praktikum.

Im Schweizer Berufsbildungssystem hingegen existiert schon seit Langem ein gesetzlich verankertes Ausbildungsgefäß, das die beiden Lernorte ergänzt und als Lernbereich Training und Transfer (LTT) oder „3. Lernort“ mit einer Theorie-Praxis-verbindenden Intention bezeichnet wird (vgl. Landwehr, 2003, 254). Der 3. Lernort und seine Bedeutung seien in Folge kurz beschrieben.

7.8.1. LTT / 3. Lernort

Ein ungelöstes Problem des dualen Ausbildungssystems, wie es auch in Österreich besteht, liegt allgemein in der mangelhaften Verbindung von schulischem und betrieblichem Lernen. Oft werden die beiden Lernorte als zwei Welten mit nur wenigen gemeinsamen Berührungspunkten empfunden (vgl. Landwehr, 2003, 254).

Während es am Lernort Schule um die Vermittlung erforderlicher theoretischer Grundlagen und Zusammenhänge aus der Pflegewissenschaft, der Bezugswissenschaft, sowie aus der Allgemeinbildung und das Erlernen von Grundlagen und Prinzipien geht, steht am Lernort Praxis die Entwicklung beruflicher Kompetenzen zur Bewältigung von Pflegeaufgaben im Vordergrund (vgl. Meyer-Hänel, Umbescheidt, 2006, 276).

Deshalb wird im Zusammenspiel der beiden Lernorte häufig die mangelnde Transferwirksamkeit des Lernens beklagt. Als „Transfer“ bezeichnet Landwehr die Übertragung des Gelernten auf neue Situationen (vgl. Landwehr, 2003, 257). Das

bedeutet einerseits, dass das in der Schule Gelernte für die Bewältigung der beruflichen Anforderungen teils nicht verfügbar ist oder als zu praxisfern empfunden wird und damit nicht mit dem beruflichen Kontext in Verbindung gebracht wird und auf der anderen Seite, dass das im Betrieb erlernte Wissen und Können oft ohne vertiefende Reflexion angeeignet wird, was eine adäquate Anwendung in veränderten Situationen beeinträchtigt (vgl. ebd. 254). In Bezug auf die Übertragung des Gelernten auf neue Situationen gilt nach Landwehr, dass, je mehr die Lernsituation von der Übertragungssituation abweicht und umgekehrt, desto größer bzw. desto anspruchsvoller ist die zu erbringende Transferleistung (vgl. ebd. 256).

Die Intention des 3. Lernortes ist es nun, die Verbindung von Theorie und Praxissituation zu gewährleisten. Er wird als ein von den beiden anderen Lernorten abgegrenzter Teil des beruflichen Lernens bezeichnet, der bewusst zwischen dem schulischen und betrieblichen Lernen angesiedelt ist. Damit wird das Ziel verfolgt, eine Integration des theoretischen (schulischen) und des praktischen (betrieblichen) Lernens herzustellen (vgl. Landwehr 2003, 256).

Der 3. Lernort basiert auf der Idee des transferorientierten Lernens und ist auf die Verbindung von explizitem Regelwissen und implizitem Kontextwissen ausgerichtet (vgl. ebd. 263). Explizites Wissen bezeichnet leicht kommunizierbares und leicht transferierbares Faktenwissen, während im Vergleich dazu das implizite Wissen als den Individuen inhärentes und somit als schwer kommunizierbares beschrieben wird. Implizites Wissen fasst alle Inhalte zusammen, die eng mit einer Person oder dem Kontext der Wissensgenerierung verknüpft ist und daher nicht direkt transferiert werden kann (vgl. Mayr, 2009, 82-83).

Der 3. Lernort berücksichtigt in diesem Zusammenhang die individuellen Lernvoraussetzungen im besonderen Maße. Individuelle Stärken und Defizite, individueller Lernbedarf und nicht zuletzt individuelle Lerninteressen sind ausschlaggebend für die Planung und Gestaltung der Lernprozesse. Außerdem orientiert sich der 3. Lernort an der Situation der betrieblichen Praxis. Sie bildet den Ausgangspunkt und den Zielpunkt des Lernens. Der 3. Lernort bietet den Auszubildenden damit vielfältige Möglichkeiten zum selbstgesteuerten Lernen (vgl. Landwehr, 2003, 263).

Seinen Nutzen bzw. die Sinnhaftigkeit desselben belegen Untersuchungsergebnisse wie Beispielsweise jene im Rahmen des Projektes EU in Motion – Qualifying for better health care by using the EQF erhobenen.

Nach Abschluss eines Probelaufs und durchgeführter Evaluation wurden u.a. folgende Ergebnisse festgestellt:

- Die Lernenden bestätigen ihr breiteres Fachwissen und höheren Wissensstand.
- Die Lernenden geben an, gelernt zu haben komplexe Zusammenhänge zu erkennen.
- Es konnten positive Tendenzen in Bezug auf das selbständige Lernen beobachtet werden.
- Es zeigt sich deutlich eine Förderung der kommunikativen Kompetenz.
- Verbesserung der sozialen Kompetenz und Teamfähigkeit (vgl. EU in Motion, 2007, 4).

Somit wird aus dem primär dualen Ausbildungssystem ein triales Berufsbildungskonzept, wobei die nunmehr drei Lernorte in ein konzeptionell sinnvolles Gleichgewicht gebracht werden.

7.8.1.1. PraxisanleiterInnen im 3. Lernort

PraxisanleiterInnen haben im Rahmen des dritten Lernortes verschiedene Rollen zu erfüllen. Folgende Autoren haben dies in folgender Form beschrieben.

Die Rolle der PraxisanleiterIn im derzeitigen Ausbildungssystem ist durch das Bild des Anleitens und Vorzeigen-Nachmachens geprägt. Die PraxisanleiterIn zeigt eine Tätigkeit vor, erklärt das Vorgehen, macht auf wichtige Aspekte aufmerksam, lässt anschließend den Lernenden die Tätigkeit unter Beobachtung selber ausführen, um auf die Handlung mittels Anleitung, Anerkennung, Korrektur und praktischen Hinweisen Einfluss zu nehmen (vgl. Landwehr, 2003, 261).

Im trialen System werden PraxisanleiterInnen zu Lernberatenden, Beobachtenden, Moderierenden und stehen vermehrt im Hintergrund und fördern bewusst den konstruktiven Lernprozess. Im Vordergrund steht nicht die Stoffdarbietung oder Instruktion, sondern prozessorientierte Unterstützungsaktivitäten und die Balance zwischen notwendigen Konstruktionsprozessen seitens der Lernenden und wohl

gewählten und organisierten Instruktionsformen. (vgl. Meyer-Hänel, Umbescheidt, 2006, 283).

Damit verändert sich die Rolle der PraxisanleiterInnen beträchtlich. Es verändert sich nicht nur das Auszubildende-PraxisanleiterInnen-Verhältnis, sondern die Rolle der PraxisanleiterInnen bekommt im Rahmen der Anleitung insgesamt mehr Gewicht bei.

7.8.2. ZETT – Zentrum für Entwicklung-Training-Transfer

Um den Anforderungen im Bereich der Ausbildung im Gesundheitswesen in Niederösterreich auch zukünftig gerecht zu werden, wurde vom Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) eine Plattform gegründet, die sich mit der Konzeption vom ZETT in Niederösterreich auseinandersetzt.

ZETT soll als pädagogisiertes praktisches Lernfeld, die Lernorte Theorie und Praxis mit dem Ziel der Verbesserung des Zusammenspiels derselben, zu einem trialen Ausbildungssystem entsprechend dem 3. Lernort verbinden.

Mit der Einrichtung vom ZETT sollen folgende Ziele verfolgt werden:

- Das Zusammenspiel der einzelnen Lernorte (theoretische Ausbildung, praktische Ausbildung und Entwicklung – Training – Transfer erfolgt geplant und abgestimmt.
- Ein pädagogisiertes praktisches Lernfeld in einem geschützten Rahmen für alle Ausbildungsformen erhöht die Lernergebnisse.
- Wechselseitiges Lernen (interdisziplinär) intensiviert das Lernen und verbessert die Kooperation in der Praxis.
- Fähigkeiten, Fertigkeiten, Analyse führt zielgerichtet zu höherer Handlungs- und Entscheidungskompetenz.
- Reflektiertes Lernen (lösungsorientiert, argumentiert) legt die Basis für Professionalität.
- Sicherheit beim Ausführen von Pflegeinterventionen wird erreicht.
- Professionelles Agieren im Umgang mit der PatientIn als auch innerhalb des interdisziplinären Teams wird gefördert.
- Risikovermeidung durch Ausführungssicherheit und Professionalität.

- Standardisierung zur Unterstützung der Qualitätssicherung und des kontinuierlichen Verbesserungsprozess.
- Motivationssteigerung führt zu Leistungssteigerung und Berufszufriedenheit (vgl. NÖGUS, 2012, 8).

Dadurch ließe sich für alle Beteiligten, PatientInnen, Rechtsträger, Gesundheitsinstitutionen, das anleitenden Fachpersonal, die Auszubildenden und Lehrenden, ein bedeutender Mehrwert erzielen. Dieser wird für das anleitende Fachpersonal auf den Stationen, die Lernenden und die Lehrenden, wie folgt angegeben:

- Für (anleitendes) Fachpersonal auf den Stationen
 - Entlastung der Praxis durch bereits vorhandene trainierte Basisfertigkeiten, die mehr Zeit für die Praxisanleitung in jenen Bereichen schafft, die ausschließlich an realen PatientInnen erlernt werden können
 - Riskmanagement im Sinne kritischer Prozesse werden systematisch trainiert, um menschliches Versagen weitgehend zu vermeiden
 - Kompetenzerweiterung und Festigung
 - Eigene Reflexion – Wissen transferierbar
 - Vernetzung Theorie und Praxis
 - Beitrag zur Professionalisierung
 - Bessere fachliche Zusammenarbeit des unterschiedlichen Fachpersonals
 - Optimierung von Prozessen
 - Ziele, die der Lernende bereits erreicht hat / die er noch erreichen muss, sind transparent und nachvollziehbar
- Für Lernende
 - Riskmanagement im Sinne kritischer Prozesse wird systematisch trainiert, um menschliches Versagen weitgehend zu vermeiden
 - Handlungsautonomie, Handlungskompetenz
 - Beitrag zur Professionalisierung

- Vernetzung Theorie und Praxis
- Bessere fachliche Zusammenarbeit des unterschiedlichen Fachpersonals
- Optimierung von Prozessen
- Strukturierung der Ausbildung
- Lernende kommen mit abgeprüfem qualifiziertem Niveau souveräner und sicherer in die Praxis, Lernprozess ist entspannter
- Für Lehrende
 - Eigene Reflexion – Wissen transferierbar
 - Vernetzung Theorie und Praxis
 - Beitrag zur Professionalisierung
 - Bessere fachliche Zusammenarbeit des unterschiedlichen Fachpersonals
 - Optimierung von Prozessen und dadurch Erhöhung der Ausbildungsqualität (vgl. NÖGUS, 2012, 13-14).

Empirischer Teil

Den bisherigen Ausführungen folgend soll mit diesem Teil die der Arbeit zugrunde liegende Frage – „ist die fachpraktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zeitgemäß und zukunftsorientiert“ – Beantwortung finden. Im Mittelpunkt stehen dabei die für die fachpraktische Ausbildung in der Praxis zuständigen PraxisanleiterInnen, ihre objektiven Sichtweisen und Einschätzungen der Ausbildungssituation.

8. Wahl der Forschungsmethode

Die erste Frage, die sich bei der Durchführung einer Untersuchung stellt, ist die, welchen Ansatz man dafür wählt (vgl. LoBiondo - Wood, 2005, 197). Da im Rahmen quantitativer Untersuchungen versucht wird, die Subjektivität des Forschers wie der Befragten möglichst auszuschalten (vgl. Flick, 2004, 14) und es sich der Autor zum Ziel gesetzt hat, die zur Beantwortung der Forschungsfrage persönlichen Meinungen und Erfahrungen von diplomierten Pflegepersonen in die Untersuchung einfließen zu lassen, um damit Meyer folgend „...ein Phänomen aus der Perspektive der Betroffenen zu erkunden und von innen heraus zu verstehen...“, (vgl. Mayer, 2007, 87), wurde eine qualitative Vorgehensweise gewählt. Während sich also quantitative Forschung einer deduktiven Vorgehensweise bedient und die Realität als sinnlich wahrnehmbar, objektiv und vom Menschen unabhängig betrachtet, geht qualitative Forschung von einem anderen Wahrheits- und Wirklichkeitsbegriff aus. Man geht davon aus, dass die Wirklichkeit nicht unabhängig vom Menschen besteht. Die Wahrheit ist der subjektive Ausdruck der Realität, so wie sie von den Betreffenden wahrgenommen wird. Objektivität im Sinne naturwissenschaftlicher Forschung hat somit also keine Bedeutung, da immer die subjektive Sichtweise des Individuums im Vordergrund steht.

Ziel qualitativer Forschung ist es folglich, aus den subjektiven, individuell gefärbten Daten Konzepte und Theorien zu entwickeln. Die Theoriebildung verläuft induktiv (vgl. Mayer, 2007, 83-89).

8.1. Gütekriterien

Im Gegensatz zu den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität quantitativer Forschung heißen die Kriterien für qualitative Forschung nach Mayring

- Verfahrensdokumentation (Beschreibung des Vorgehens)
- Argumentative Interpretationsabsicherung (Begründung der Interpretationen)
- Regelgeleitetheit (Einhaltung einer bestimmten Systematik)
- Nähe zum Gegenstand (Forschung im Feld)
- Kommunikative Validierung (Diskussion der Forschungsergebnisse)

- Triangulation (Betrachtung aus mehreren Perspektiven) (vgl. Mayring, 2010, 118)

Mayer beschreibt oben genannte Gütekriterien wie folgt:

- Verfahrensdokumentation:

In der qualitativen Forschung ist das Vorgehen meist sehr spezifisch und individuell. Meist werden die Untersuchungsmethoden für den Gegenstand speziell entwickelt oder abgeändert. Verfahrensdokumentation meint, dass dies detailliert beschrieben (dokumentiert) werden muss, damit der Forschungsprozess für Andere nachvollziehbar wird und nicht als willkürlicher und unüberprüfbarer Akt erscheint.

- Argumentative Interpretationsabsicherung:

Interpretationen spielen in der qualitativen Forschung eine entscheidende Rolle. Sie lassen sich aber nicht beweisen wie Rechenoperationen. Daher dürfen Interpretationen nicht nur gegeben, sondern sie müssen auch argumentativ begründet werden. Die Argumentation wiederum muss in sich schlüssig sein.

- Regelgeleitetheit:

Die Offenheit bezüglich Fragestellung und Vorgehensweise, die in der qualitativen Forschung herrscht, bedeutet natürlich nicht, dass willkürlich gearbeitet werden darf. Das Gütekriterium Regelgeleitetheit verlangt, dass bestimmte Regeln eingehalten werden. Das Material muss systematisch bearbeitet werden.

- Nähe zum Gegenstand:

Unter Nähe zum Gegenstand versteht man die Forderung, sich in die Lebenswelt der Betroffenen zu begeben. Wenn man wissen möchte, wie jemand ein bestimmtes Ereignis erlebt, kann man das nicht am Schreibtisch oder im Labor herausfinden, sondern muss zu der Betreffenden hingehen.

- Kommunikative Validierung:

Die Gültigkeit qualitativer Forschungsergebnisse kann man überprüfen, indem man sie dem Beforschten vorlegt und mit ihnen darüber diskutiert. Mit kommunikativer Validierung kann aber auch gemeint sein, dass die Überprüfung der Ergebnisse innerhalb des Forscherteams stattfindet, in dem die Forscher darüber diskutieren.

- Triangulation:

Die Verbindung verschiedener Erhebungsmethoden (zum Beispiel Interview und Beobachtung) kann die Qualität der Ergebnisse erhöhen, weil die Betrachtung eines Phänomens aus mehreren Perspektiven oft ein klareres Bild erzeugt. Auch unterschiedliche Interpretationen der Forschungsergebnisse (zum Beispiel, indem man die Interpretation der Daten von mehreren Forschern vornehmen lässt) oder der Vergleich, wie sich Wege der Datenanalyse auf die Ergebnisse auswirken, sind Möglichkeiten, um verschiedene Perspektiven zu gewinnen (vgl. Mayer, 2007, 102-103).

Die Verfahrensdokumentation betreffend orientiert sich der Autor an den klassischen Kriterien der qualitativen Forschung. Nach der Formulierung der der Arbeit zugrunde liegenden Fragestellung, steht eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, PUBMED und SCORPUS am Beginn der Arbeit. Um weitere themenrelevante Quellen zu ermitteln, wird auch in den Online-Bibliothekskatalogen der Universität Wien, der Medizinischen Universität Wien, dem Karlsruher virtuellen Katalog sowie in Google scholar und im world wide web recherchiert. Nach einer ersten Sichtung und dem Lesen der Abstracts erfolgt die gezielte Auswahl der für die Arbeit relevant erscheinenden Literatur.

Das so gewonnene Datenmaterial wird entsprechend den Gütekriterien der Regelgeleitetheit anhand der Regeln zur Auswertung von Daten im Rahmen der Inhaltsanalyse nach Mayring bearbeitet und interpretiert. Der Forderung nach der Nähe zum Gegenstand wird im Rahmen der Interviewführung nachgekommen, indem zur Datenerhebung die PraxisanleiterInnen in ihrem Arbeitsfeld aufgesucht werden. Die kommunikative Validierung erfolgt im Rahmen der Arbeit nicht mit allen Befragten, sondern wurde auf Grund mangelnder Möglichkeiten lediglich bei den beiden Probe-Interviews berücksichtigt. Um andere Perspektiven auf die Ergebnisse der Untersuchung zu bekommen, wurde diese im Anschluss an zwei ExpertInnen weitergeleitet und reflektiert.

8.2. Erhebungsinstrument

Nach der Festlegung des Autors für ein qualitatives Vorgehen erfolgt die Entscheidung über die Erhebungs- und Auswertungsmethode. Die Entscheidung, die Erhebungsmethode betreffend, fällt auf die mündliche Befragung, eine Methode der Datensammlung, bei der der Datensammler einen Untersuchungsteilnehmer

mündlich befragt (vgl. LoBiondo - Wood, 2005, 477). „Interviews haben in der qualitativen Forschung eine lange Tradition. In ihnen ist der Grundgedanke der qualitativen Forschung verwirklicht, nämlich die Betroffenen selbst zur Sprache kommen zu lassen und ihre eigene subjektive Deutung von Ereignissen und Erlebnissen kennenzulernen“ (Mayer, 2007, 177). Es wird häufig im Rahmen qualitativer Forschungsprojekte eingesetzt, um Erlebnisse, Erfahrungen, Meinungen oder Gefühle der Teilnehmerinnen in Erfahrung zu bringen (vgl. ebd., 173). Es gibt unzählige Bezeichnungen für Interviews. In der Literatur finden sich fokussierte, biographische, narrative, qualitative, problemzentrierte, standardisierte, halbstandardisierte, leitfadengestützte, offene und andere (vgl. Gläser. Laudel, 2009, 40). Auf Grund der Interessenslage und des damit verbundenen qualitativen Vorgehens fiel die Entscheidung im Rahmen der Arbeit halbstandardisierte Leitfadeninterviews im Sinne von ExpertInneninterviews durchzuführen.

Qualitative Interviews können unter anderem als ExpertInneninterviews, in denen die Befragten als Spezialisten für bestimmte Konstellationen befragt werden, oder als Interviews, in denen es um die Erfassung von Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen der Befragten selbst geht, geführt werden (vgl. Hopf, 1993, 15, zitiert durch Gläser). Bevor auf das ExpertInneninterview selbst näher eingegangen wird, soll an dieser Stelle der Begriff Experte kurz umrissen werden. Im alltäglichen Sprachgebrauch ist die Bedeutung des Begriffes „Experte“ relativ klar. Er würde als eine Person mit speziellen Fachkenntnissen in einem Bereich angesehen werden.

Der Duden schreibt den Begriff „Experte“ in diesem Sinne auch die Bedeutung von Sachverständiger, Fachmann, Kenner (vgl. www.duden.de, 04.02.2011) zu.

Analysiert man hingegen wissenschaftliche Literatur, scheint der Begriff „Experte“ bzw. „ExpertInneninterview“ weniger eindeutig. Meuser, Nagel bezeichnen den in der Literatur beschriebenen Kreis von ExpertInnen als breit gefächert (vgl. Meuser, Nagel, 1991, 442). Für Bogner und Menz sind ExpertInnen Personen, welche sich von spezifischem Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht, ausgehend, die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren (vgl. Bogner, Littig, Menz, 2005, 45). Nach Mayer kann die Frage, wer als Expertin gilt, nicht generell beantwortet werden, da es immer vom Thema abhängig ist (vgl. Mayer, 2007, 183). Auch Meuser, Nagel formulieren sinngemäß

gleich. „Ob jemand als Experte angesprochen wird, ist in erster Linie abhängig vom Forschungsinteresse. Experte ist ein relationaler Status (Meuser, Nagel, 1991, 443). Laut Gläser, Laudel haben ExpertInnen zwei Merkmale gemeinsam. Sie bezeichnen Expertinnen als Medium, durch die der Wissenschaftler Wissen über einen ihn interessierenden Sachverhalt erlangen will, und sie beschreiben eine besondere, mitunter exklusive Stellung der ExpertInnen im zu untersuchenden sozialen Kontext (vgl. Gläser, Laudel, 2009, 12-13).

Zusammengefasst kann also festgehalten werden, dass die Frage, ob jemand als Experte bezeichnet werden kann, in erster Linie vom Forscher und seinem Forschungsinteresse abhängig ist. Dies bedeutet letztendlich, dass der ExpertInnenstatus in gewisser Weise vom Forscher verliehen bzw. zugeschrieben wird.

Im Hinblick auf die Position der PraxisanleiterInnen im zu untersuchenden Handlungsfeld, deren Aufgabenbereich im Rahmen der fachpraktischen Ausbildung und deren spezifischen Praxis- und Erfahrungswissen, werden die PraxisanleiterInnen der niederösterreichischen Landeskliniken im Rahmen dieser Arbeit vom Autor als ExpertInnen für die fachpraktische Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege angesehen.

8.2.1. ExpertInneninterviews

Das ExpertInneninterview ist eine gute Methode, um komplexe Wissensbestände zu erforschen und zu rekonstruieren. Es ist dort angezeigt, wo das Wissen von Menschen gefragt ist, die in der Praxis in einem bestimmten Umfeld tätig sind (Mayer, 2007, 183).

Bogner und Menz differenzieren dabei drei Formen des ExpertInneninterviews:

- Das Explorative, welches in noch kaum bekannten Forschungsfeldern eingesetzt wird;
- Das systematisierende, bei dem es um die Reduktion „objektiven“ Wissens in einem speziellen Feld geht; und
- Das theoriegenerierende ExpertInneninterview, welches nicht nur auf das explizite Sonderwissen der ExpertInnen abzielt, sondern auch auf das

implizite Handlungs- und Deutungswissen, das in der Praxis erworben wird (vgl. Bogner, Littig, Menz, 2005, 36-40).

Im Vergleich dazu differenzieren Meuser, Nagel in einer Untersuchung ExpertInneninterviews mit zentraler und mit Randstellung. Als Randstellung gilt dabei „...wo ExpertInneninterviews zum Beispiel explorativ, felderschließend eingesetzt werden, wo sie zusätzliche Informationen wie Hintergrundwissen und Augenzeugenberichte liefern und zur Illustrierung und Kommentierung der Aussagen der Forscher zum Untersuchungsgegenstand dienen (vgl. Meuser, Nagel, 1991, 445).

Ersteres wird von den beiden Autoren wiederum in zwei Formen unterteilt. Einmal bilden die ExpertInnen selbst die Zielgruppe der Untersuchung, wobei sie in den Interviews Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld geben. Das in dieser Form explorierte ExpertInnenwissen wird als Betriebswissen bezeichnet. Im anderen Fall repräsentieren ExpertInnen eine zur Zielgruppe komplementäre Handlungseinheit. Die Interviews dienen dabei dazu, Informationen über die Kontextbedingungen des Handelns der Zielgruppe zu liefern. ExpertInneninterviews bilden eine Datenquelle neben anderen, auf die nicht verzichtet werden kann. Die Informationen, die erhalten werden, werden als Kontextwissen bezeichnet. Während dieser Umstand für die befragten ExpertInnen als unwesentlich erachtet wird, wirkt sich oben genannte Unterscheidung auf die Auswertung der Daten dahingehend aus, dass Betriebswissen detailliert ausgewertet und interpretiert werden muss, während Kontextwissen bei Zielerreichung gestoppt wird (vgl. Meuser, Nagel, 1991, 446-449).

Für diese Arbeit werden die PraxisanleiterInnen der niederösterreichischen Landeskliniken vom Autor ins Zentrum des Interesses gerückt. Ihre Interviews sollen dazu dienen, spezifische Informationen zu ihrer aktuellen Arbeitssituation, den Rahmenbedingungen, ihren Ideen und Vorstellungen zu, sowie Problemen in ihren Tätigkeitsbereichen zu liefern.

Nicht unerwähnt soll in diesem Zusammenhang bleiben, dass, obwohl sich ExpertInneninterviews im Rahmen der empirischen Forschung großer Beliebtheit erfreuen und mittlerweile eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen (vgl. Meuser, Nagel, 1991, Gläser, Laudel, 2009), dennoch die theoretische Fundierung betreffend, ähnlich der bereits erläuterten fachlichen Debatte um die Begrifflichkeit von ExpertInnen, auch hier keine wissenschaftliche Einigkeit herrscht. Besonders die

Frage, ob es sich bei einem ExpertInneninterview um eine, wie es Meuser, Nagel vertreten, eigenständige oder lediglich um eine Sonderform einer bereits bestehenden Interviewform handelt wird kontroversiell diskutiert und ist noch nicht abgeschlossen.

8.2.1.1. Interviewleitfaden

Gläser, Laudel folgend kommen ExpertInneninterviews nicht ohne Untersuchungsfragen aus. Wer eine ExpertIn interviewen möchte, muss ihm Fragen stellen. Diese werden aus dem Erkenntnisinteresse des Forschers abgeleitet. Nur wer weiß, was er herausbekommen möchte, kann auch danach fragen (vgl. Gläser, Laudel, 2009, 63). Da die ExpertInneninterviews im Rahmen der Arbeit einen zentralen Stellenwert einnehmen und der Generierung von Betriebswissen dienen, wird vom Autor in diesem Zusammenhang, wie in der Literatur empfohlen, eine leitfadengestützte Interviewtechnik eingesetzt.

Mayer bemerkt dazu: „meist handelt es sich dabei [das ExpertInneninterview Anm. d. Verf.] um halbstandardisierte Interviews mit einem sehr konkreten Leitfaden (Mayer, 2007, 183). Meuser, Nagel erklären in diesem Zusammenhang: „...dies scheint uns die technisch sauberste Lösung der Frage nach dem Wie der Datenerhebung zu sein.“ (vgl. Meuser, Nagel, 1991, 448). Ebenso argumentieren Gläser, Laudel, wenn sie meinen „unter den nicht standardisierten Interviews ist das Leitfadeninterview aus verschiedenen Gründen vorzuziehen“ (Gläser, Laudel, 2009, 43).

Bei der Erstellung des Interview-Leitfadens stehen Thema und Fragestellung der Arbeit bereits fest. In Folge werden zur Erörterung der Fragestellung interessante Fragen im Sinne eines Brainstormings formuliert, welche des Weiteren konkretisiert, zusammengefasst und den Themenbereichen strukturelle Rahmenbedingungen, Aufgaben der Praxisanleitung, Ausbildung und Zukunftsvisionen zugeordnet werden.

Dem Vorschlag Meuser, Nagels folgend, die Interviewführung möglichst offen und flexibel zu gestalten (vgl. Meuser, Nagel, 1991, 449) enthält der Leitfaden zu jedem Themenbereich eine weitest möglich offen formulierte Leitfrage, welche dem Interviewten die Möglichkeit gibt, frei zu antworten.

Um den Intervieweinstieg für die zu Interviewenden möglichst angenehm zu gestalten wird dieser vom Autor dahingehend gestaltet, dass, im Sinne einer

Aufwärmfrage, die für die Interviewpartner leicht zu beantworten ist, allgemeine, soziodemographische Fragen an den Interviewanfang gestellt werden.

Zur Überprüfung des Interviewleitfadens werden nach Erstellung desselben zwei Probe-Interviews geführt. Darauf basierend wird der Leitfaden modifiziert.

8.2.1.2. Stichprobe und Interviewsituation

Der Inhalt eines Interviews wird neben dem eigenen Erkenntnisinteresse vor allem durch den Interviewpartner bestimmt. Um Interviewpartner auswählen zu können, muss man sich zunächst vergegenwärtigen, wer über themenrelevante Informationen verfügt (vgl. Gläser, Laudel, 2009, 117).

Die Frage, wer interviewt werden soll, fällt bereits im Rahmen der Festlegung der Erhebungs- und Auswertungsmethode für diese Arbeit. Da in der qualitativen Forschung die Fallauswahl keine Repräsentativität voraussetzt, sondern nach bestimmten Kriterien gebildet wird, (vgl. Bogner, Littig, Menz, 2005, 39), wird festgelegt, dass alle Interviewpartner dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege angehören, die Weiterbildung für Praxisanleitung absolviert haben und über mehrjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Praxisanleitung verfügen müssen. Außerdem besteht die Vorgabe, dass alle Interviewpartner in einem der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding zugehörigen Krankenhaus beschäftigt sein müssen. In diesem Zusammenhang werden ExpertInnen [die PraxisanleiterInnen, Anmerkung des Autors] als Kristallisationspunkte stellvertretend für eine Vielzahl zu befragender Akteure interviewt (vgl. Bogner, Littig, Menz, 2005, 8), um ein umfassendes Meinungsbild zu erheben.

Das unter diesen Vorgaben gewonnene Sample besteht aus neun Frauen und sechs Männern. Der Altersdurchschnitt beträgt 39,6 Jahre. Einer durchschnittlichen Verweildauer im Beruf von 16,3 Jahren steht eine durchschnittliche Tätigkeit im Bereich der Praxisanleitung von 7,9 Jahren gegenüber. Als höchster Schulabschluss wird von drei der Befragten die Matura, von sieben die Berufsbildende mittlere Schule, von vier die Pflichtschule und von einem eine abgeschlossene Lehrausbildung angegeben. Elf der interviewten PraxisanleiterInnen üben ihre Tätigkeit derzeit auf bettenführenden Stationen, vier im Ambulanz- bzw. Spezialbereich aus.

Um die Interviews durchführen zu können, wird in einem ersten Schritt die Erlaubnis zur Rekrutierung und Durchführung derselben in der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding eingeholt. Um aus allen Teilen Niederösterreichs Informationen für die Arbeit zu erhalten, wird weiters auf eine gleichmäßige Verteilung der Interviewpartner innerhalb der Regionen Niederösterreichs geachtet. Entsprechend den Vorgaben der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding wird im nächsten Schritt mit den Pflegedienstleitungen der Kliniken mit der Bitte Kontakt aufgenommen, mögliche Interviewpartner zu nennen. Nach Bekanntgabe der persönlichen Daten durch die Pflegedienstleitungen erfolgt die direkte Kontaktaufnahme. Die Interviewpartner werden telefonisch kontaktiert, über Zweck und Ziel der Arbeit informiert und ein Termin für das Interview fixiert.

Dem eigentlichen Interview wird zur Erhebung soziodemographischer Daten ein standardisierter Kurzfragebogen vorangestellt.

Mit Ausnahme dreier Interviews werden die Befragungen face to face durchgeführt.

Um eventuelle Spannungen zu lösen, sollte als erste Frage immer eine „Aufwärmfrage“ gestellt werden (vgl. Gläser, Laudel, 2009, 147). Neben der Erfassung persönlicher Daten dient der Fragebogen gleichzeitig als ein ebensolcher Stimulus und soll damit den Intervieweinstieg erleichtern.

Im Zuge dessen wird auch die Zustimmung der Interviewpartner zur digitalen Aufzeichnung der Gespräche eingeholt. Des Weiteren wird auf die freiwillige Teilnahme und die Möglichkeit, das Interview ohne Angabe von Gründen jederzeit zu beenden, hingewiesen. Außerdem wird den Gesprächsteilnehmern auch Anonymität und Vertraulichkeit bezüglich aller Informationen zugesichert.

Im Anschluss an jedes Interview wird vom Autor ein post scriptum mit allen wichtig erscheinenden Details erstellt.

Die Interviewdauer beträgt durchschnittlich 1 Stunde.

8.2.1.3. Datenauswertung

Wie bereits erwähnt erfolgt mit Zustimmung der Interviewteilnehmer die digitale Aufzeichnung der Gespräche. Im Anschluss werden die Interviews vollständig und wortgetreu transkribiert, sowie soweit anonymisiert, dass weder Rückschlüsse auf die interviewte Person noch ein Klinikum gezogen werden können. Im Rahmen der Transkription wird starke Dialektfärbung in normales Schriftdeutsch übertragen und

der Stil geglättet. Floskeln, „Ahs“ oder sonstige den Inhalt nicht verändernde und überflüssige Äußerungen werden nicht transkribiert. Die Transkription der Interviews erfolgt nach folgenden Regeln:

- Kodierung der Gesprächsteilnehmer

I.: = Interviewer

IP.: = Interviewpartner mit entsprechender Nummerierung (kursiv)

- Leerzeile zwischen Fragen – Antwort
- Bei Sprecherwechsel Leerzeile einfügen
- Wörter, die lauter ausgesprochen wurden, fett: mutige Tat
- Wörter mit sehr deutlicher Betonung unterstreichen: mutige Tat
- Etwas unverständliche Worte in Klammer setzen: (mutige) Tat
- wenn man Passagen in der Transkription auslässt: (...)
- Wenn Satz abgebrochen wird: //
- Nicht sprachliche Vorgänge in doppelte Klammern: ((räuspert sich))
- Bei Pausen: ((Pause))
oder Angabe von Sekunden: (3)
- Personennamen und eindeutige Kennmerkmale werden anonymisieren
- die=die=die Stottern, Wiederholung, schnell gesprochen, Verschleifung
- g e d e h n t e Sprechweise mit Leezeichen zwischen den Buchstaben
- >fällt ins Wort< Interviewer/Gesprächspartner fällt ins Wort

Die Auswertung der Interviews erfolgt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, da sich die Inhaltsanalyse generell für rekonstruierende Untersuchungen und speziell für die Auswertung von ExpertInneninterviews eignet (vgl. Gläser, Laudel, 2009, 47). Das Prinzip dieses Analyseverfahrens stellt sich wie folgt dar:

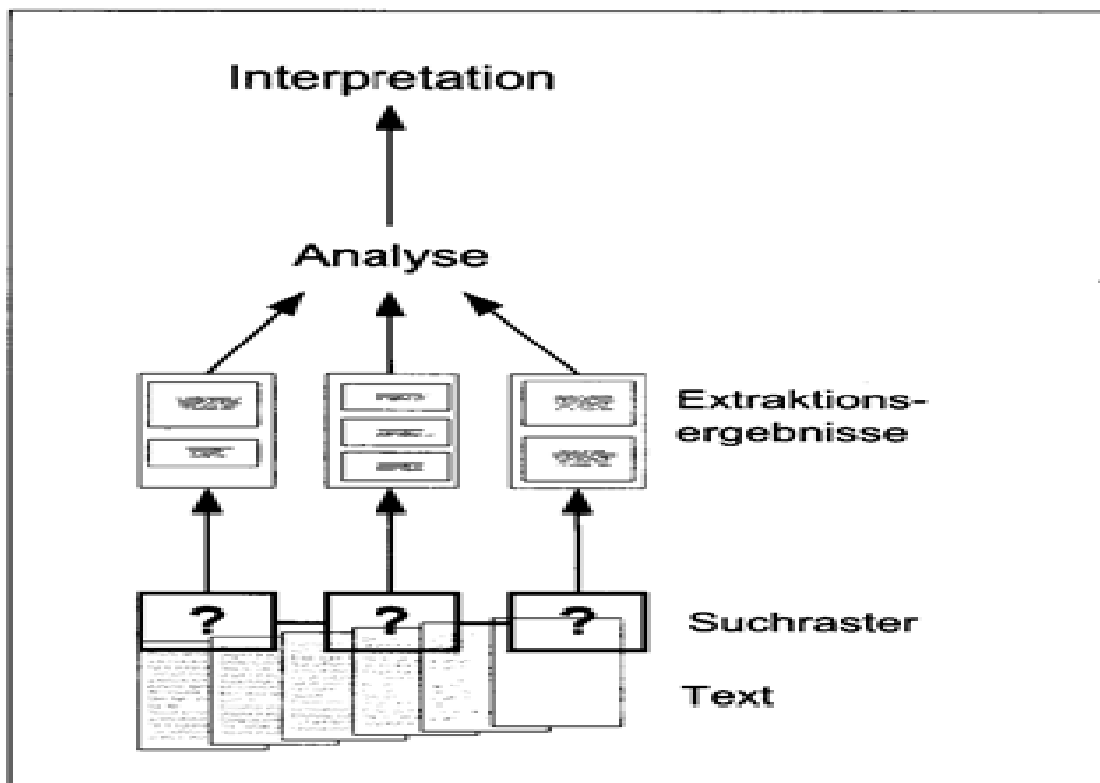


Abbildung 11: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (Gläser, Laudel, 2009, 200)

Die Stärke dieses Verfahrens gegenüber anderen Interpretationsverfahren liegt laut Mayring darin begründet, dass die Analyse in einzelne vorher festgelegte Interpretationsschritte zerlegt wird und somit für Andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar wird (vgl. Mayring, 2010, 59).

Mayring beschreibt dabei drei mögliche Vorgehensweisen bzw. Techniken.

- Die Zusammenfassung, deren Ziel es ist, das vorhandene Datenmaterial so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion ein überschaubarer Corpus geschaffen wird, der immer noch das Abbild des Grundmaterials darstellt.
- Die Explikation, deren Ziel es ist, im Rahmen der Analyse zusätzliches Material zu einzelnen Textstellen hinzuzufügen, um die Textstellen zu erklären, zu erläutern und das Verständnis dazu zu erweitern.
- Und schließlich die Strukturierung, deren Ziel es ist, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, um anhand vorher festgelegter Kriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen bzw. es auf Grund bestimmter Kriterien einzuschätzen (vgl. Mayring, 2010, 65).

Für die Interviewauswertung im Rahmen der Arbeit wird vom Autor die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt. Dieses Ablaufmodell beruht nach Mayring auf sieben Stufen.

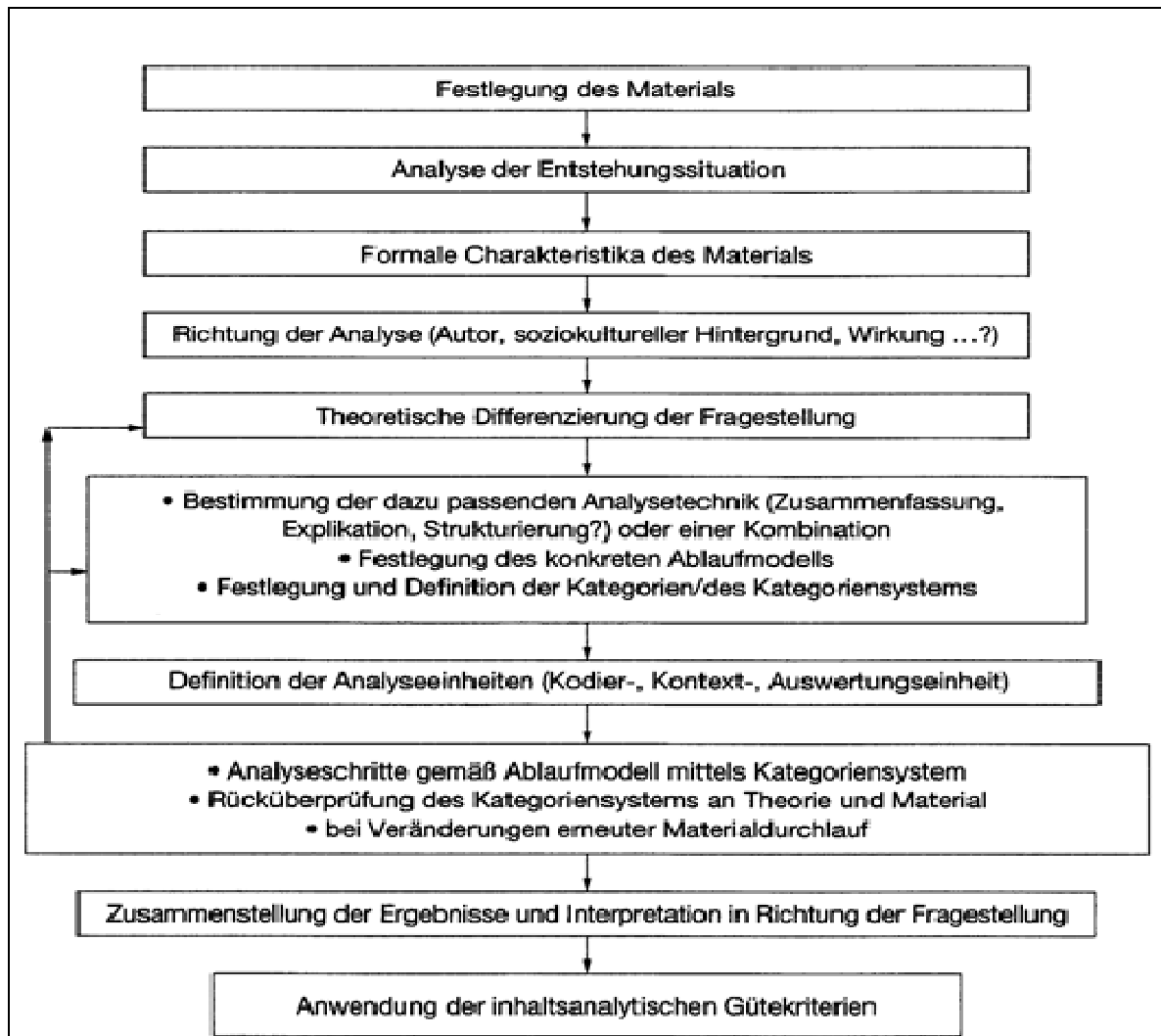


Abbildung 12: allgemeines Ablaufmodell (Mayring, 2010, 60)

Im ersten Schritt muss definiert werden, welches Material der Analyse zugrunde liegen soll (vgl. Mayring, 2010, 52).

Im nächsten Schritt werden die inhaltstragenden Stellen auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt, wobei ausschmückende und sich wiederholende Textbestandteile gestrichen und Textstellen ohne inhaltliche Relevanz fallen gelassen werden (vgl. ebd., 69).

Nun folgt die Generalisierung. Die Paraphrasen werden auf einem Abstraktionsniveau verallgemeinert, das heißt, sie sind so zu generalisieren, dass ein direkter Bezug auf die zu untersuchenden Annahmen hergestellt wird.

Im nun folgenden Schritt werden alle inhaltstragenden Paraphrasen übernommen und bedeutungsgleiche innerhalb eines Abstraktionsniveaus, im Sinne der ersten Reduktion, gestrichen. Das so zustande kommende Material wird neuerlich einer, der zweiten Reduktion, durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen unterworfen. Dabei werden gleiche oder ähnliche Paraphrasen zu einer neuen Paraphrase formuliert (vgl. ebd., 69).

Inhaltstragende Paraphrasen können nun zu Kategorien zusammengefasst werden.

Bedeutend ist schließlich noch die im letzten Schritt erfolgende Rücküberprüfung, ob alle Aussagen der ersten Paraphrasierung in den neuen auch enthalten sind (vgl. ebd., 70).

9. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews.

Im Rahmen der Analyse konnten entsprechend der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring die inhaltstragenden Paraphrasen im ersten Schritt auf 148 Kategorien reduziert werden. Im Zuge der zweiten Reduktion wurden diese weiter auf 12 Kategorien reduziert und in 4 Themenbereiche zusammengefasst.

Die 4 Themenbereiche mit den jeweiligen Kategorien lauten wie folgt:

1. Strukturkriterien:

- Personelle und strukturelle Ausstattung
- Zeit
- Stellenbeschreibung
- Stellenwert der Praxisanleitung

2. Tätigkeitsbereich:

- Einführung ins Praktikum
- Anleitungssituation
- Beurteilung

3. Ausbildungssituation

- Aus- und Fortbildung für PraxisanleiterInnen
- Tertiäre Grundausbildung
- Auszubildende

4. Lehr- und Lernkonzepte

- 3. Lernort
- SimulationspatientInnen

In Folge werden die Themenbereiche anhand von Zitaten der interviewten PraxisanleiterInnen beschrieben, dargestellt und interpretiert.

Zur Aussagekraft der gewonnenen Daten argumentieren quantitativ Forschende dass die Verwendung kleiner Stichproben die Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse unterbinde. (vgl. Frauenlob, 2003, 9).

Obwohl die Größe der Stichprobe keine generelle Übertragbarkeit auf die Gesamtpopulation zulässt, gibt die Arbeit, auf Grund der beabsichtigten breiten Streuung der Interviewpartner im Hinblick auf Region und Klinikengröße dennoch Auskunft über typische Faktoren der Praxisanleitung die nicht nur einmalig vorkommen.

9.1. Strukturkriterien

Praxisanleitung wird von gesetzlichen Vorgaben und strukturellen Bedingungen beeinflusst. Die Qualität der praktischen Ausbildung in der Pflege steht und fällt mit der Qualifikation der PraxisanleiterInnen und den Rahmenbedingungen für diese Tätigkeit (vgl. Mamerow, 2008, 8).

9.1.1. Stellenbeschreibung

Ein Schritt Richtung einheitliches Umsetzungskonzept und Verbesserung der Anleitungssituation wurde seitens der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding mit der Erstellung einer Stellenbeschreibung für „Praxisanleitung“, sowie „Kontaktperson für Praxisanleitung“ gesetzt, bilden Stellenbeschreibungen doch die Grundlage für eine Tätigkeit (vgl. Völkel, 2005, 7).

In den Interviews zeigt sich, dass knapp der Hälfte der PraxisanleiterInnen die Stellenbeschreibung seitens der Pflegedienstleitung zur Kenntnis gebracht wurde.

„Die Stellenbeschreibung die kenn ich, ja, die haben wir“ (IPI, 253)

„Die haben wir unterschrieben, eine Stellenbeschreibung für den Praxisanleiter und eine Stellenbeschreibung für den Gesundheits- und Krankenpflegeberuf, das auch noch. Aber das haben wir, ja. Die bekommen die fertigen Praxisanleiter“ (IPI, 257).

„Ja, die werden jedem überreicht, ja, sobald sie die Ausbildung haben und die müssen sie immer unterschreiben“ (IPD, 227).

Bemerkenswert erscheint aber, dass der Mehrheit der Gesprächspartner die Stellenbeschreibungen seitens der Pflegedienstleitungen entweder gar nicht weitergegeben wurden,

„Nein, kenn ich nicht“ (IPE, 224).

„Also offiziell kenn ich die Stellenbeschreibung nicht, also wir haben sie offiziell über die Pflegedienstleitung nie erhalten. Ich habe sie bei einer Praxisanleitersitzung in der Schule einmal gesehen, weil da haben wir sie gezeigt bekommen, weil die wissen wollten, ob wir sie bekommen haben und da haben wir darüber diskutiert. Aber bekommen, also offiziell oder unterschrieben haben wir sie nicht“ (IPO, 301).
oder aber vorgelegt, aber nicht unterschrieben wurden

„Ja, die haben wir bekommen, alle... unterschrieben, nein“ (IPC, 150).

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sind die Praxisanleiter, die Stellenbeschreibungsinhalte betreffend, bemüht diese auch umzusetzen.

„Die Vorgaben werden so gut wie möglich im Rahmen, in dem geringen Spielraum, den der Praxisanleiter auf der Station hat, umgesetzt. Und ich muss eh sagen, Hut ab, weil es wird wirklich sehr gut umgesetzt bei uns und die Praxisanleiter hier im Haus sind auch sehr engagiert ... ja, das mit dem Umsetzen ist eine schwierige Geschichte“ (IPL, 370).

9.1.2. Personelle und strukturelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung betreffend zeigt sich niederösterreichweit kein einheitliches aber dennoch gleichartig zusammengesetztes Bild. Allen Niederösterreichischen Landeskliniken gemein ist, dass zum Zeitpunkt der Erhebung nicht für alle Stationen bzw. Bereiche ausgebildete PraxisanleiterInnen zur Verfügung stehen, auch wenn dies im Sinne der Vorgaben bezüglich der Organisation der Praxisanleitung in den Kliniken angestrebt wird.

„Also die aktuelle Situation ist so, dass wir derzeit 17 Praxisanleiter, ausgebildete Praxisanleiter, im Haus haben, ja, wir schauen, dass wir auf jeder Abteilung, auf jeder Station einen ausgebildeten eben haben, aber das ist noch nicht ganz so“ (IPD, 6)

„Nein, also die Pflegedienstleitung wünscht sich einen Praxisanleiter pro Station, was ja optimal wäre und eine Person die Ansprechpartner ist, ja, nur die Kolleginnen müssen sich halt auch bereit erklären“ (IPC, 50)

„Das ist erst im Umsetzen, das haben bis jetzt vom ganzen Haus acht Personen, diese Ausbildung, diese mit Zertifikat abgeschlossene. Das ist noch im Aufbau, das ist noch nicht so, dass das quer über das Haus verteilt ist“ (IPF).

Das Verhältnis zwischen der Anzahl an PraxisanleiterInnen und der von Kontaktpersonen stellt sich regional unterschiedlich dar. Während sich beispielsweise im Mostviertel fast gleich viele PraxisanleiterInnen wie Kontaktpersonen für Praxisanleitung (20:22) um die fachpraktische Anleitung der Auszubildenden bemühen, kommt das Weinviertel bei 64 ausgebildeten PraxisanleiterInnen gänzlich ohne Kontaktpersonen aus. Ursachen dafür konnten im Rahmen der Interviews nicht exploriert werden.

Der personelle Aufbau innerhalb einzelner Kliniken zeigt in der Regel dass da

„...ein Hauptverantwortlicher ist und ein Vertreter da ist bzw. ist es meistens schon so, dass sich zu dem Vertreter zwei bis drei Personen dazugesellen, also es ist ein zwei bis vierköpfige Mannschaft pro Station“ (IPF 49) und dass dann

„...aus dieser ganzen Gruppe ist einer der Leiter von den PraxisanleiterInnen, der alles koordiniert“ (IPB 72).

Die Agenden innerhalb eines Hauses regelt im Normalfall ein sogenannter PraxisanleiterInnen-Koordinator.

„Ja, also ich bin wenn man so will der Chef der Praxisanleiter, ja, nein, eher das Mädchen für alles (lacht). Ich bin der Ansprechpartner für alle, vertrete die Gruppe und organisiere die Treffen und all so was“ (IPN 86).

Nur in Ausnahmefällen wird die Koordination nicht von den PraxisanleiterInnen selbst übernommen.

„Nein, gibt es eigentlich nicht. Es ist so: Im Haus übernimmt quasi die Koordinatorenstelle die Direktion, das ist bis jetzt immer so gewesen, irgendeine Dame die die Personalabrechnung gemacht hat oder Personalmanagement in der Direktion gemacht hat, die ist irgendwie so mit der Praxisanleitung beauftragt (IPH, 60).

Die strukturelle Ausstattung betreffend zeichnen die interviewten PraxisanleiterInnen ein relativ einheitliches Bild. So steht den PraxisanleiterInnen für die Durchführung ihrer Aufgaben auf den Stationen kaum Infrastruktur zur Verfügung.

„...auf den Stationen sind die Platzverhältnisse leider nicht so optimal... eigens definierte Räume für Praxisanleiter in dem Sinn gibt es nicht, das heißt der Praxisanleiter muss sich auf den Stationen irgendwo ein Platzl halt suchen, nicht, also das ist platzmäßig eher schwierig“ (IPG, 183).

„Also mit den Räumlichkeiten das ist unser größtes Problem eigentlich. Die Stationen sind nicht dafür ausgerichtet, dass es da jetzt ein Rückzugsgebiet gibt oder ein Zimmer für den Praxisanleiter alleine. Der Praxisanleiter ist immer gefordert sich etwas zu suchen auf der Station. Entweder bespricht er das eben mit der Stationsleitung, die dann ihr eigenes Büro hat, dass man das verwenden darf, oder, ja, irgendwo anders schlüpft er rein, also mit dem Schüler, das ist manchmal sehr, sehr schwierig. Also auf manchen Stationen ist es enorm schwierig sich wirklich unter vier Augen mit dem Schüler zu unterhalten, weil es wäre einfach notwendig, weil Erstgespräch, Zwischengespräch und die Endbeurteilung und Gespräche müssen ja geführt werden“ (IPL, 109).

Ähnlich, wenngleich etwas besser ist die Situation im Bereich der Informations- und Datenverarbeitung.

„Ja, jeder Praxisanleiter hat einen Computerzugang, hat auch eine eigene Mail-Adresse, im gesamten Haus, das hat jeder bekommen, also das haben wir durchgesetzt. Das passt alles jetzt und funktioniert auch recht gut (IPL, 129).

Allerdings nicht überall.

„Internetzugang gibt es schon auf der Station wenn zufällig ein Computer frei ist, kann ich den benutzen, das war's aber auch schon. Kontakt halten muss ich über meinen privaten Laptop, weil Mail-Adresse habe ich keine bekommen. Ich hab es ein paar Mal probiert, aber jetzt hab ich es aufgegeben“ (IPM, 104).

Der Zugang zu einschlägiger Fachliteratur wird von den PraxisanleiterInnen in acht Interviews als unzureichend beschrieben.

„Eine Bibliothek gibt es nicht im Haus“ (IPH, 110).

Auch wenn es *„...eben auf den Stationen einiges gibt, jede Station hat ihre eigenen Fachbücher“ (IPG, 195)* so ist es doch so, dass

„...für die Pflege ist, also die Praxisanleitung, ist da nichts dabei“ (IPM, 251).

Als eine echte Ausnahme kann die folgende Schilderung der Situation gewertet werden.

„Die Bibliothek haben wir auch angelegt. Auf jeder Station hat ein Praxisanleiter seine Bibliothek. Wir haben sehr wohl Bücher, die habe ich besorgt, das ist einmal das Krankenpflegegesetz, das hat jetzt jede Station aufliegen, und ja, dann halt verschiedene Praxisanleiterbücher, die ich besorgt habe, wo ich mir gedacht habe, das ist gut, die haben wir uns dann angeschaut und dann haben wir sie bestellt und das haben wir dann auch bezahlt bekommen... also ich hab die Praxisanleiter auch dazu angehalten, dass interessante Unterlagen, eventuell Bücher, wenn ihnen was auffällt, das was interessant sein könnte, es eben uns allen mitgeteilt wird, dann kann ich es besorgen“ (IPL, 146).

9.1.3. Zeit

Innerhalb des Themenbereichs Strukturkriterien nimmt der Faktor Zeit einen besonderen Stellenwert ein. In keiner anderen Kategorie außer dieser lassen sich die Aussagen der PraxisanleiterInnen unter einem einzigen Begriff subsummieren, nämlich „zu wenig“. Dieses zu wenig an Zeit bezieht sich nicht nur allgemein auf die Zeit mit der SchülerIn,

„die Zeit ist einfach das Problem, also die Zeit auf der Station, die Zeit mit dem Schüler verbringen zu können... man macht ja Praxisanleitung auch deshalb, dass man mehr mit ihm zusammenarbeiten kann bzw. anleiten kann. Das ist auch sicher zwecks Zwischengespräch und Endgespräch besser“ (IPC, 193)

sondern wirkt sich auf die Anleitungssituation aus,

„...die Schüleranleitung ist nach wie vor ein Problem, man macht es halt nebenbei irgendwie mit, aber die Zeit ist einfach zu kurz“ (IPD, 32),

„Ja, ich sag einfach, das wichtigste wären die Zeitressourcen, die Zeit wird vom Praxisanleiter ganz hochgeschrieben, ja, weil man braucht viel Zeit zum Anleiten und es wird immer wieder auf dasselbe rauskommen. Sofern man keine Zeit zur Verfügung gestellt kriegt, wird man es nicht wirklich machen können das Ganze“ (IPD, 81),

„...weil ja ein Erstgespräch oder ein Zwischengespräch, ein Beurteilungsgespräch, sonstige Situationen natürlich Zeit erfordern und nicht neben der Routinearbeit eben, das wird verständlich sein, dass das nicht bewältigbar ist. Es ist von oben aber ganz gern gesehen, ist mein Eindruck, und dass sie es nach wie vor gerne nebenbei laufen lassen möchten“ (IPF, 26),

und setzt dabei auch die PraxisanleiterInnen selbst unter Druck.

„Ja, die wenige Zeit für die Schüler und die Anleitung ist halt schon schlimm. Es gibt zwar die Personen und die Stellenbeschreibungen, aber irgendwie macht das das Ganze nicht besser. Vor allem, wenn man dann alles unter einen Hut bringen soll, den Kolleginnen ein guter Kollege sein, die Aufgabe als Praxisanleiter erfüllen, für die Schüler da sein und alles ohne entsprechende Zeitressourcen. Das kann einen dann schon echt unter Druck bringen, dass man das dann alles koordiniert, schafft und bewältigen kann“ (IPO, 279).

Die Zeitrahmen, die den Interviewten zur Erfüllung der von ihnen geforderten Aufgaben seitens ihrer Standortleitungen zugestanden werden, stellen sich äußerst inhomogen dar. Sie bewegen sich von 2 Stunden pro Monat,

„ja, das haben wir uns vor Jahren erkämpft, dass wir 2 Stunden pro Monat pro Station außertourlich aufschreiben dürfen, wenn wir zum Beispiel nach einem Nachtdienst einmal ein Erstgespräch oder ein Zwischengespräch machen“ (IPN, 113) über beispielsweise 4 Stunden pro Woche,

„also zur Zeit ist es so, dass 2007, 2008 so ein Konzept ausgearbeitet worden ist, wo quasi Stunden zur Praxisanleitung beschrieben sind, das sind von der Anzahl her 4 Stunden pro Woche, die eigentlich rein für Praxisanleitung zur Verfügung gestellt werden müssen und die im Solldienstplan in der Vorplanung drinnen sein müssen. Und diese 4 Stunden sollen hauptsächlich für Gespräche, Anleitung, Ausarbeitung von bestimmtem Unterstützungsmaterial und in der direkten Anleitung verwendet werden“ (IPH, 14), bis hin zur teilweisen Freistellung für Koordinatorentätigkeit

„bei uns, bei mir, ist es dasselbe, ja, ich habe die Rahmenbedingungen von meinem Direktor Gott sei Dank gekriegt, weil es damals geheißen hat, 20 Stunden wirst du freigestellt, 20 Stunden teilst du dir hier auf der Station ein und 20 Stunden kannst du haben für Praxisanleitung“ (IPD, 134).

9.2. Tätigkeitsbereich

Der Aufgabenbereich von PraxisanleiterInnen ist vielfältig und umfasst sowohl jenen der Stellenbeschreibung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Stellenbeschreibung des jeweiligen Funktionsbereiches, als auch die in der Stellenbeschreibung explizit angeführten Bereiche.

Aus den Interviews ergeben sich dazu die nachstehenden Kategorien.

9.2.1. Einführung in das Praktikum

„wenn Schüler neu anfangen auf der Station, nach der Dienstübergabe macht man dann meistens das Erstgespräch, ja, schaut welche Ziele sie erreichen können, was sie im Praxiskatalog eben noch brauchen, man bespricht das eben alles, ja, und dann ist es meistens so, dass man sich ein Thema nimmt, einmal ein Patientenzimmer, tut die Patienten durch besprechen anhand der Patientenkurve und dann startet man einfach einmal los, ja, und sie begleiten einen dann, ich sage immer, Pflege und Dokumentation schauen wir, dass wir ihnen gleich am ersten Tag da einmal gut rüberbringen, ja, dass sie wissen, wie die ganze Fieberkurve funktioniert auf der Station, welches Patientengut wir haben, ja, was ganz wichtig ist, weil das nicht einfach ist auf einer Unfall. Und dann den Tagesablauf einmal gestalten. Dass sie einfach einmal langsam das intus haben“ (IPD, 265).

Die Einführung der Auszubildenden in das Praktikum hat für die PraxisanleiterInnen einen hohen Stellenwert. Vielleicht auch deshalb, weil

„...da mach ich mit ihnen die wirklich wesentlichen Dinge durch, dass alles passt da kann ich mir die Zeit nehmen dafür, das geht nur am ersten Tag, weil dann hab ich die Zeit nicht mehr dazu“ (IPN, 19).

Jene PraxisanleiterInnen, die über definierte Stunden für Praxisanleitung verfügen, nützen diese, zumindest zum Teil, für die Einführung am ersten Praktikumstag.

„Wir haben am ersten Tag acht Stunden Dienst als Praxisanleiter, wo wir eben dem Schüler die ganzen Informationen klarbringen“ (IPB, 12).

Das Führen des Erstgespräches, die Zielformulierung, das Erstellen des SchülerInnendienstplans, das Einführen in den Stationsalltag sowie erste praktische Anleitungen werden von den PraxisanleiterInnen in diesem Zusammenhang als typische Tätigkeiten genannt. Weiters zeigt sich, dass im Zuge der Einführung auch

eine erste Einschätzung der Auszubildenden im Sinne einer Standortbestimmung durch die PraxisanleiterIn erfolgt.

„Ich schau auch gleich, was der für Vorerfahrungen hat und wie es mit seinem theoretischen Hintergrundwissen aussieht, weil das ist für mich wichtig, dass ich weiß, wo ich ihn wissensmäßig abholen kann, das wirkt sich dann ja auch auf die ganze weitere Planung und die Zielsetzung aus“ (IPN, 275).

Die für die praktische Ausbildung verantwortlichen PraxisanleiterInnen versuchen mit der gezielten Praktikumseinführung die Grundlage für ein erfolgreiches Praktikum zu schaffen.

9.2.2. Anleitungssituation

Die von den PraxisanleiterInnen beschriebenen Anleitungssequenzen ähneln einander in aller Regel und laufen ähnlich ab. Eine gezielte Anleitungssituation stellt sich beispielsweise wie folgt dar:

„Das wird einmal zuerst mit dem Schüler vorbesprochen, also zuerst macht man sich den Termin aus, so gut es geht, und wenn die Möglichkeit besteht. Dann machen wir eine Vorbesprechung, eine kurze, besprechen mit dem Schüler, was brauchen wir, dass von ihm was kommt. Dann wird er das alles aufzählen was er braucht, dann geht man mit ihm und richtet einmal alles her. Das muss er dann herrichten und wir sind so das Kontrollorgan, ob da nicht noch was fehlt, ob noch was dazugehört. Dann bespricht man auch noch im Vorfeld durch, worauf er achten muss und so weiter, und zeigt ihm das dann einmal vor, wenn nötig. Und dann lässt man ihm das wirklich machen und man ist dabei. Er muss mit dem Patienten sprechen, dass das nicht vergessen wird, dass er den Patienten darüber aufklärt, was wird jetzt gemacht und so weiter, dass er den Patienten richtig positioniert, dass das alles richtig ist, dass er dann auch die Desinfektion richtig macht, sein Equipment richtig sortiert, alles und ich assistiere ihm dabei. Ja, und dann macht man meistens, wenn das alles dann eben gelaufen ist, fertig ist, dann macht man noch eine Nachbesprechung“ (IPL, 401).

Es zeigt sich also, dass die geschilderte Anleitungssituation in mehreren Schritten abläuft. Grob zusammengefasst steht dabei am Beginn das Führen eines Vorgesprüches, gefolgt von der gezielten Vorbereitung und dem Vorzeigen der Pflegehandlung. Dann wird die Aktivität von der SchülerIn selbst durchgeführt und

schließlich nachbesprochen. Eine Differenzierung erfährt dieser Ablauf im Vorfeld im Zusammenhang mit dem Ausbildungsstand des Auszubildenden.

„Also ich schau im Vorfeld einmal, abhängig davon aus welchem Ausbildungsjahr der Schüler ist, was er zum Thema weiß, und dann sagt er mir eh schon, ok, da kenn ich mich nicht aus oder das hab ich schon einmal gesehen oder das hab ich schon einmal gemacht und je nachdem wie weit er da ist, machst du das einmal durch mit ihm im Trockentraining oder wir gehen zum Patienten hin und er kann mir assistieren und ich erklär ihm dabei auf was er aufpassen muss und so weiter. Oder ich lass ihn das halt alles selbstständig machen und bin nur dabei und schau drauf, dass es keine Probleme gibt“ (IPO, 475).

Dieses Vorgehen erfolgt nicht zufällig, sondern demzufolge systematisch und geplant, entsprechend den didaktischen Vorgaben der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsverordnung.

9.2.3. Beurteilung

Die Beurteilung der Auszubildenden erfolgt mit zwei Ausnahmen anhand des Praxiskatalogs zur Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, welcher auf dem offenen Curriculum für die praktische Ausbildung (ÖBIG, 2003) einerseits und dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) andererseits beruht.

„Also da gibt es halt diesen Praxiskatalog und auch diese Checkliste mit dem Punktesystem und der Schlussrechnungstabelle und der wird eigentlich einheitlich im Haus verwendet“ (IPF, 692).

Fünf der befragten PraxisanleiterInnen verwenden zusätzlich zum Praxiskatalog eigene Beurteilungsinstrumente in Form von Verlaufs- oder Tagesprotokollen, sowie Lerntagebüchern. Auf zwei Stationen werden von den PraxisanleiterInnen ausschließlich eigene Beurteilungsinstrumente verwendet.

„Also wir haben ein Lerntagebuch und in das Lerntagebuch schreiben auch Kollegen ein, also unsere Diplomierten, sowohl positives als auch negatives...und das hat eigentlich total ein gutes Feedback, also das Lerntagebuch taugt ihnen voll“ (IPD, 472).

Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang, dass trotz der seit mehreren Jahren faktisch flächendeckenden, einheitlichen Verwendung dieses

Beurteilungsinstrumentes knapp die Hälfte aller befragten PraxisanleiterInnen im Rahmen der Interviews das Zustandekommen der Praktikumsnote als nicht transparent und nicht nachvollziehbar bezeichnen.

„...und fragt, warum hat der ein Gut bekommen und ich nicht, dann ist das so schwer, also so was kann man sehr schwer nachvollziehen. Also von der Transparenz her, das geht nicht“ (IPL, 660).

9.3. Ausbildungssituation

Dieser Themenbereich setzt sich aus der Kategorie Aus- und Fortbildung für PraxisanleiterInnen, tertiäre Grundausbildung und Auszubildende zusammen.

9.3.1. Aus- und Fortbildung für PraxisanleiterInnen

Die derzeitige Weiterbildung zur PraxisanleiterIn wird von den Interviewten generell positiv bewertet.

„...mit der momentanen Ausbildung, ja, meine ist schon ein bisschen her, ich hab das sehr gut in Erinnerung...“ (IPD, 600).

Lediglich in Bezug auf die Ausbildungsdauer,

„ja, Praxisanleitung finde ich ist ein groß gefächertes Gebiet. Ich glaube, 200 Stunden, das könnten, ich weiß nicht, 600 oder 800 Stunden auch sein“ (IPC, 365) und die mangelhafte Möglichkeit, das erworbene Wissen in der Praxis auch einsetzen zu können,

„die Ausbildung an sich ist toll, das hör ich auch von meinen Kollegen, die sie jetzt machen, tolle Feedbacks, war alles super und schön und wir haben viel gelernt. Fakt ist, wir sind frustriert, weil wir können es nicht umsetzen“ (IPD, 600)

Kommt Kritik seitens der PraxisanleiterInnen. Aussagen wie diese begründen sich hauptsächlich mit den in Punkt 10.1.3. bereits angeführten mangelhaften zeitlichen Ressourcen. Gänzlich anders hingegen die Meinung zum Thema Fortbildung. Hierbei wird von den Befragten mehrheitlich zwischen der allgemeinen Fortbildungspflicht gemäß § 63 (1) GuKG und der Fortbildungsmöglichkeiten speziell für Praxisanleitung unterschieden. Grundsätzlich wird die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung im Ausmaß von 40 Stunden in 5 Jahren als zu gering bezeichnet. *„...diese 40 Stunden in 5 Jahren finde ich, die sind halt viel zu wenig...“ (IPJ, 814).*

Bezüglich Fortbildung für PraxisanleiterInnen werden einerseits die fehlenden Vorgaben kritisiert,

„Ja, ich sag einmal, es wäre gut, wenn für Praxisanleitung eigene Fortbildungszeiträume festgelegt wären.“ und andererseits das fehlende Angebot spezifischer Fortbildungen.

„Also eine gezielte Fortbildung für uns halt im Haus gibt es nicht, also wird nicht angeboten und im Fortbildungskatalog von der Holding gibt es eigentlich, ja, eigentlich eher weniger, also leider auch nichts in diese Richtung“ (IPO, 814).

Dieser Umstand spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass lediglich zwei PraxisanleiterInnen angeben, innerhalb der letzten 5 Jahre eine spezifische Fortbildung für PraxisanleiterInnen besucht zu haben.

9.3.2. Tertiäre Grundausbildung

Der tertiären Grundausbildung gegenüber zeigt sich die Mehrzahl der PraxisanleiterInnen grundsätzlich positiv eingestellt.

„Ich persönlich setze da sehr große Hoffnungen und sehr große Erwartungen auch in die Kollegen, die mit der Akademisierung sozusagen in die Praxis gehen und einsteigen“ (IPJ, 208).

Vor dem Hintergrund der zukünftigen Anleitung Pflegestudierender zeigt sich die Mehrheit der PraxisanleiterInnen unbekümmert und fühlt sich mit ihrer Ausbildung ausreichend gerüstet.

„Ich persönlich fühle mich mehr oder weniger schon gewappnet...die machen nichts anderes, die wollen genau so was lernen wie die anderen auch alle“ (IPI, 895).

Es lässt sich aber auch ein gewisses Maß an Unsicherheit erkennen.

„...ich weiß, dass es Ängste gibt bei den Praxisanleitern, die sagen, ok, was ist mit uns, können wir da noch mithalten, was kommt da auf uns zu, was sind da für Anforderungen? Es ist so, dass man halt jetzt erst das Gefühl hat, dass wir Praxisanleiter ein bisschen vorbereitet werden auf die Fachhochschüler, ja, das ist jetzt erst im Entstehen, dass wir ein bisschen Informationen kriegen“ (IPH, 572).

Mit Blick auf die wachsende Zahl Pflegestudierender plädiert 1/3 der interviewten PraxisanleiterInnen dafür die PraxisanleiterInnenausbildung ebenfalls auf akademisches Niveau zu heben.

„Also ich glaube, dass es bei der ganzen Akademisierung zielführend wäre, die Praxisanleiter auch besser auszubilden, also so wie die Lehrer in den Schulen vielleicht, das wäre, glaube ich, gut“ (IPO, 647).

9.3.3. Auszubildende

In dieser Kategorie kommen insbesondere Probleme bei der allgemeinen Situation der Auszubildenden zur Sprache. Völlig unerwartet finden SchülerInnen laut einem Drittel der PraxisanleiterInnen auf den Stationen immer noch nachstehend geschilderte Situation vor,

„Ein Problem ist auch das, dass sie als Arbeitskräfte benutzt werden und für Tätigkeiten, die nicht in ihrem Bereich jetzt liegen, also 3. Jahrgang zum Wäschewagen putzen, Wäschewagen auffüllen eingesetzt werden, anstatt zum Beispiel im mitverantwortlichen Bereich etwas auszuführen“ (IPC, 202).

„Von den Stationsleitungen her ist es schon so, dass es heißt, dass die Schüler nicht als Ersatz für Diplomierte oder Pflegehelferinnen heranzuziehen sind und herangezogen werden. Da braucht man jetzt aber auch nicht das Blaue vom Himmel herunter lügen. Tatsächlich ist es so, dass es nach wie vor vorkommt, dass man auf Grund von Krankenständen wie immer keine anderen Personen holt und man zum Beispiel zu dem Schüler dann sagt, ok, Sie sind jetzt so weit, dass er zum Beispiel mit einer Diplomierten im Hintergrund einen Sechsstundendienst übernimmt. Das ist schon“ (IPA, 145).

„Das Problem, das wir nach wie vor haben ist, dass, man sagt es nicht, es ist aber so, dass die Schüler einfach noch immer zu sehr als Arbeitskräften herangezogen werden, und dass sie einfach im Tagesablauf auf beiden Stationen noch total mitmüssen und dort kaum die Möglichkeit haben, dass sie sich selber irgendwie da verwirklichen und dass sie diese Dinge so wie sie es gelernt haben, umsetzen. Das können sie dann mit ihrem Praxisanleiter schon machen, aber hauptsächlich, und das ist einfach Fakt bei uns, dass sie voll eingesetzt sind. Ich hör einfach immer wieder von Kollegen, man darf es eben nicht laut sagen, ich sag es an diesem Punkt trotzdem, ich immer brauche die Schüler, weil, ich muss sonst Personal hereinholen. Da stellt's mir halt die Haare auf. Aber das sind Sachen, die können wir nicht ändern, da gehört höher einmal was verändert. Und das ist auch das große Problem, warum nicht so gearbeitet werden kann, nicht nur in der Anleitungssituation auch“ (IPD, 371).

Angemerkt wird auch, dass Auszubildende ohne oder mit wenig praktischer Vorerfahrung sich früher überfordert zeigen als SchülerInnen mit entsprechender Übung und Praxiserfahrung.

„Man merkt halt schon enorm, ob einer was schon gemacht oder probiert hat oder nicht. Und das wirkt sich natürlich dann auch auf uns aus, weil es halt aufwändiger und mühsamer ist und halt lange dauert alles“ (IPO, 267).

„Schwierig wird es dann, wenn man das aus dem Schüler nicht herauskriegt. Es gibt schon sehr viele Schüler, die immer wieder sagen, ok, ja, ja, ok, ja, ok, und dann kriegt man bei der Endbeurteilung im Prinzip beim Endgespräch an den Kopf geknallt, na du hast mich aber sauber überfordert“ (IPF, 674).

Diese Beobachtung liegt sicherlich auch dem ausgeprägten Wunsch nach einem 3. Lernort zugrunde.

Ein noch schlechteres Bild zeichnen PraxisanleiterInnen von der Ausbildung der Pflegehelfer. Beispielhaft dafür die folgende Interviewsequenz.

„Wo wir ganz große Probleme haben, wo wir wirklich die Defizite dann erkennen, ist die Pflegehilfeausbildung. Da haben wir ganz viele Negativbeurteilungen, weil die Anforderungen an die Ausbildung der Pflegehelfer ein Wahnsinn ist. Weil die Zeit so knapp ist, was ist schon ein Vierwochenpraktikum. Die Überforderung sticht da auch ganz groß ins Auge bei den Pflegehelfer-Auszubildenden. Ja, da geht es um die Grundlagen wie wenn man fragt, was ist eine Pneumonie, schauen sie einen an und wissen nicht, was eine Pneumonie ist. Sie wissen nicht, wie ein Decubitus entsteht, sie wissen keine Vitalparametergrenzen, Dinge, die man voraussetzt, wenn sie kommen. Und dann soll ich ihnen in vier Wochen die ganzen Kompetenzen beibringen und die kann nicht einmal die Grundlagen. Jeder zweite oder dritte weint beim Erstgespräch, wenn sie die Liste bekommen, was sie alles zu erreichen haben, dass sie positiv sind, ja, und da merkt man richtig, wie sie überfordert sind“ (IPD 428).

9.4. Lehr- und Lernkonzepte

In der Wissensvermittlung existieren eine Vielzahl von Lehr- und Lernkonzepten. Dennoch dominieren diesen Themenbereich eindeutig Aussagen zu zwei Begriffen,

dem des 3. Lernortes und des SimulationspatientInnen. Auf Grund der thematischen Nähe werden die beiden Kategorien gemeinsam dargestellt.

2/3 der PraxisanleiterInnen äußern sich dem Konzept des 3. Lernortes gegenüber positiv. Exemplarisch dafür die folgenden Interviewpassagen.

„Wie es aussieht, schon in anderen Häusern, nehme ich an so wie ich es gesehen habe, man stellt ein Krankenzimmer nach, ja, und kann da einmal anfänglich mit dem ersten Jahrgang einmal zum Üben anfangen, gegenseitig von den Schülern, egal ob das jetzt Essen eingeben ist, waschen ist, bis zum 3. Jahrgang, wo man Pflegeprozesse mit Aufnahmen macht, und, und, und.“ (IPC, 515).

„Das sind halt die Sachen, wo ich sag, so, na klar wäre das für die Ausbildung sehr interessant und ich sag einmal sicher auch im Sinne der Fort- und Weiterbildung, auch für spätere Diplomierte wäre es wirklich super, wenn man das eben mit dem Konzept wie es der Rettungsdienst schon anbietet, machen kann. Man sagt, ok, da hab ich jetzt von mir aus ein Patientenzimmer oder einen OP-Saal, wie auch immer, wo alles rein auf Simulation rennt, wo so simuliert wird, dass es wie echt ist. Also in Wien habe sie den ja stationiert vom Roten Kreuz, einen kompletten Parcours in die Richtung, wo verschiedenste Situationen unabhängig vom Wetter draußen, die haben da sogar ein Auto drinnen stehen, wo er alles simulieren kann. Er hat einen Patienten dort liegen und da kann er vom Erbrechen über Tachykardie bis zu Nichts alles simulieren und machen und auch die Geräte so bedienen und so Geschichten wären natürlich sag ich jetzt einmal schon in der Ausbildung zum Diplomierten wichtig, oder dann auch später. Für die, die schon länger im Beruf drinnen sind, weil wenn man jetzt einmal eine Situation hernimmt, wie zum Beispiel einem gestürzten Patienten, wie auch immer, und ich werde jetzt aus drei verschiedenen Blickrichtungen gefilmt dabei und was ich rede wird aufgenommen und ich habe gewisse Sachen die simuliert werden, kann ich die Situation nachher noch einmal aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und mein Handeln immer wieder hinterfragen und immer wieder noch etwas finden, wo ich vielleicht noch ein bisschen was besser machen kann. Oder ich habe immer wieder auch die Bestätigung, dass ich eigentlich alles richtig gemacht habe. Und das ist, denke ich mir auch, für die Professionalität im Handeln sehr wichtig, dass das auch möglich ist“ (IPA, 902).

„Also ich glaube, was wichtig wäre, es ist schon oft im Gespräch, dass dieser 3. Lernort nicht so schlecht wäre, ja, wo ich aber sag, dass dieser 3. Lernort jetzt nicht

unbedingt von den Lehrern gestaltet wird, sondern glaube ich eher mehr auch von den Praxisanleitern bzw. miteinander. Das glaube ich wäre, was wirklich gut für die Schüler wäre, wo sie wirklich profitieren würden davon. Ich denke mir, es gibt nach wie vor Stationen, es gibt nach wie vor Bereiche, wo quasi Zimmer leer stehen, ja, wo ich sage, ok, nehmen wir jetzt irgendein Thema her oder irgendein Krankheitsbild von einem Patienten und arbeiten wir gemeinsam, also Praxisanleiter, Lehrer, Schüler, verschiedenes durch in der Theorie und setzt es gleich in die Praxis um, und, und, und. Es gibt auch angeblich in der Schweiz jetzt ein ganz tolles Ausbildungszentrum, die den 3. Lernort haben, sogar im Intensivbereich, ja, mit Monitor, Beatmungsmaschine und so, wo quasi der Schüler einen Patienten mitnimmt, indem er einfach die Oma oder den Opa oder irgendeine Tante bringt, die da halt mitspielt“ (IPH, 678).

Mit dem Wunsch, den 3. Lernort in der Praxis zu implementieren gehen, wenn auch nicht so häufig Überlegungen einher, an diesem Simulationspatienten einzusetzen.

„Das wichtigste im Prinzip ist der 3. Lernort, davon bin ich einfach überzeugt, ja, und ich glaube auch, dass man den dann zumindest zum Teil mit Simulationspatienten, bespielen sollte, ja, so wie in der Schweiz glaube ich, da arbeiten die mit Profis, weil das hat den Vorteil, dass die Übung oder die Prüfung für alle gleich ist, weil der dann ja immer gleich spielt und so, und außerdem glaube ich, dass ethisch, also wie soll ich sagen, dass ich es halt ethisch fragwürdig finde, wenn wir an Patienten üben“ (IPO, 802).

Lediglich 3 PraxisanleiterInnen vertreten Meinungen ähnlich der folgenden.

„...weil wenn ich jetzt Zeit hätte, ja, dann kann ich mir einen Patienten nehmen, den ich forciert mit dem Schüler zusammen bearbeite. Da brauch ich nicht wegrennen...da kann ich mit dem Schüler gemeinsam den Patienten betreuen, von A bis Z. Somit brauch ich keinen 3. Lernort“ (IPB, 555).

Zusammengefasst zeigt sich, dass der 3. Lernort ohne in den Niederösterreichischen Landeskliniken bisher Umsetzung zu finden, im Bewusstsein der PraxisanleiterInnen einen hohen Stellenwert einnimmt.

9.4.1. Stellenwert der PraxisanleiterInnen

„Ja, es ist einfach ein undankbarer Job, wo die einem sagen, ich bin froh, dass ich den nicht machen muss, aber wenn man das gern macht, nimmt man das ein bisschen in Kauf“ (IPC, 128).

Der praktischen Ausbildung wird ein hoher Stellenwert zugestanden. Gleiches sollte demnach auch für jene gelten, die in der Praxis für eben diese verantwortlich zeichnen. Umso erstaunlicher die Tatsache, dass PraxisanleiterInnen ihre Situation, wie im vorigen Interviewausschnitt zu sehen, völlig anders einschätzen, was unter Anderem sicherlich auch mit den beiden zuvor beschriebenen Kategorien in Zusammenhang steht.

Die Tätigkeit der PraxisanleiterIn wird von knapp 2/3 der Interviewpersonen als belastend empfunden, wobei sich die Situationen unterschiedlich darstellen. Hierzu werden allen voran Probleme mit dem Team,

„das ist eben eine der totalen Schwierigkeiten, es ist halt dann auch immer wieder so, dass man mit den Anfeindungen seiner Kolleginnen leben muss Die sagen ja, du bist nicht da, du vergnügst dich mit dem Schüler und wir haben die Mordsarbeit“ (IPL 524),

„Oft ist es wirklich nicht lustig, weil wenn ich mir vorstelle, wie viele Stunden ich in dem Jahr schon in die Praxisanleitung investiert habe, wo ich nix dafür krieg und dann heißt es, Praxisanleitung ist eh keine Arbeit. Aber wenn ein Schüler schwierig ist, dann will keiner was damit zu tun haben, dann heißt es, den kann ich mir umhängen. Oder aber du kommst vom Urlaub zurück und dann sollst du einen Schüler beurteilen, weil den haben sie dir aufgehoben, und dann gibt es keine Aufzeichnungen, kein Erstgespräch, kein Zwischengespräch, da denk ich mir schon oft, ich hau den Hut drauf“ (IPO 305)

und mangelnde Anerkennung genannt.

„Der Job wird einfach von niemand geschätzt. Es heißt zwar immer, es ist so wichtig, nur merken tut man nichts davon. Du kriegst keine Zeit dafür und wenn, dann zu wenig, Geld kriegst auch keines und Danke hat auch noch keiner gesagt“ (IPN, 471).

10. Diskussion

In Österreich ist die Ausbildung im gehobenen Fachdienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch ein duales Ausbildungssystem gekennzeichnet. Dabei erfolgt die theoretische Pflegegrundausbildung an Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege und Fachhochschulen, die fachpraktische in Krankenhäusern, Langzeiteinrichtungen sowie im extramuralen Bereich. Die Verbindung der Interessen der Institutionen „Schule“ und „Krankenhaus“, der Spagat zwischen „Lernen wollen“ und „Arbeiten müssen“ in der praktischen Ausbildung und die Nähe zum hilfsbedürftigen Menschen machen die Pflegeausbildung zu einer Ausbildung der besonderen Art (vgl. Schladitz, 2010,3).

Die praktische Anleitung durch PraxisanleiterInnen stellt dabei nicht nur im Rahmen der Grundausbildung, sondern auch bei der Einschulung neuer Mitarbeiter oder Wiedereinsteiger eine unabdingbare Voraussetzung dar, um die Qualität der Pflegepraxis sicherzustellen (vgl. Staudinger, 2008, 5). Dabei haben die PraxisanleiterInnen eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben und Erwartungen zu erfüllen, übernehmen die Aufgabe und Verantwortung, SchülerInnen schrittweise und professionell an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen und fungieren dabei als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis.

Um diese Aufgaben entsprechend ausführen und umsetzen zu können bedarf es nicht nur fachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten und entsprechender Erfahrung seitens der PraxisanleiterInnen. In welcher Qualität praktische Ausbildung und damit zusammenhängend Praxisanleitung umgesetzt wird, steht auch, oder vor allem, unter dem Einfluss von Rahmenbedingungen und des Aufgabenspektrums (vgl. ÖBIG, 2006).

Daher ist es, „zur Umsetzung der Aufgaben besonders wichtig, dass PraxisanleiterInnen entsprechende Rahmenbedingungen vorfinden“ (Voraberger, 2007, 31).

In der Arbeit wird dahingehend Bezug genommen und der Frage nachgegangen, ob sich die fachpraktische Ausbildung zeitgemäß und zukunftsorientiert darstellt. Die Forschungsfrage soll auf Basis der derzeitigen Situation der fachpraktischen Ausbildung in Niederösterreich beantwortet werden, wobei die subjektive

Wahrnehmung der für die fachpraktische Ausbildung verantwortlichen PraxisanleiterInnen Berücksichtigung findet.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen für Niederösterreich ein sehr inhomogenes Bild der Rahmenbedingungen für Praxisanleitung. Es zeichnen sich nicht nur deutliche regionale Unterschiede zwischen den einzelnen Gesundheitsregionen ab, sondern selbst innerhalb der Regionen zwischen den einzelnen Kliniken sind diese nicht einheitlich strukturiert. Mit der Vereinheitlichung der PraxisanleiterInnenausbildung und der Formulierung der Stellenbeschreibungen für „Praxisanleitung“ und „Kontaktperson für Praxisanleitung“ 2010 wurden seitens der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding einerseits Impulse in die richtige Richtung gesetzt, andererseits fehlen konkrete Rahmenbedingungen, die personelle oder zeitliche Ausstattung betreffend, völlig. So wurden die Stellenbeschreibungen beispielsweise in einzelnen Kliniken den PraxisanleiterInnen seitens der Pflegedirektion zur Kenntnis gebracht und von diesen unterschrieben, in einigen wurden sie lediglich bekanntgegeben und teilweise kennen sie die Betroffenen überhaupt nicht.

Der Wunsch einzelner Pflegedienstleitungen, pro Station eine ausgebildeten PraxisanleiterIn und eine „Kontaktperson“ zu haben erscheint vor der Tatsache, dass die Anleitung durch ausgebildete PraxisanleiterInnen derzeit nicht auf allen Stationen gewährleistet werden kann, zwar lobens- und erstrebenswert, vor dem Hintergrund der zum Teil beträchtlichen Zahl an Auszubildenden, möglichen Krankenständen und der generell herrschenden Fluktuation im Pflegeberuf aber eher bescheiden. Abhängig von Stationsgröße und tatsächlicher SchülerInnenzahl wären zwei PraxisanleiterInnen mit Fortbildung das Minimum.

Um eine adäquate Praxisanleitung im Pflegedienst zu gewährleisten bedarf es einer entsprechenden Organisationsstruktur (Ludwig Boltzmann-Institut 1996).

Ist eine solche innerhalb der einzelnen Kliniken, wenn auch unterschiedlich aufgebaut in der Mehrzahl der Fälle vorhanden, funktioniert die regionale Vernetzung der Häuser nur zum Teil.

Eine niederösterreichweite überregionale Organisationsstruktur findet man hingegen ebenso wenig vor wie eine konkrete Anlaufstelle innerhalb der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding. Um die Qualität der Praxisanleitung zu sichern und zukünftig weiter zu erhöhen erscheint es dahingehend notwendig, innerhalb der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding eine solche

„niederösterreichische Koordinationsstelle für Praxisanleitung“ zu implementieren und die regionalen wie überregionalen Organisationsstrukturen so aus- und aufzubauen, dass der dafür notwendige Kommunikations- und Erfahrungsaustausch gewährleistet wird.

Zu den Rahmenbedingungen zählen auch die für die professionelle Praxisanleitung ausreichenden Zeitressourcen. Diese sind den befragten PraxisanleiterInnen folgend niederösterreichweit nicht oder unzureichend gegeben. Damit decken sich die Aussagen mit den Ergebnissen anderer Studien, unabhängig davon, ob in diesem Zusammenhang Auszubildende, Anleitende Pflegepersonen oder LehrerInnen befragt wurden (vgl. Jung, Stähling 1998, Gaggl 2010, Strobel, Seeliger 2008).

Praxisanleitung braucht Zeit. Diese Zeit ist gut investiert und nützt nicht zuletzt auch der Einrichtung und den von ihr betreuten PatientInnen (vgl. Völkel, 2005, 21).

In diesem Sinne und im Anbetracht dessen, dass sich der den PraxisanleiterInnen zur Verfügung gestellte Umfang an Zeitressourcen sehr unterschiedlich darstellt, gilt es, diesen niederösterreichweit adäquat zu gestalten und dann zu vereinheitlichen. Ähnliches gilt, Völkel folgend, für die räumliche und materielle Ausstattung. Hierbei sind alle Entscheidungsträger gleichermaßen gefordert.

Anzumerken wäre in diesem Zusammenhang, dass die mangelnden Rahmenbedingungen auch Druck und Belastung für die PraxisanleiterInnen erzeugen was sich negativ auf deren Motivation und damit letztendlich negativ auf die Gesamtqualität der praktischen Anleitung und die Pflege selbst auswirkt. Diesen Zusammenhang beschreiben auch Strobel, Seeliger in ihrer Forschungsarbeit (vgl. Strobel, Seeliger, 2009,104).

Bei der Beschreibung der Tätigkeiten nehmen der erste Praktikumstag und die Einführung in das Praktikum in den Augen der PraxisanleiterInnen einen besonderen Stellenwert ein. Durch ihn wird aus ihrer Sicht der Grundstein für ein erfolgreiches Praktikum gelegt. Diesen Eindruck bestätigt Gaggl unter anderem, indem er festhält, dass die Anwesenheit am ersten Praktikumstag für die PraxisanleiterInnen besonders wichtig erscheint (vgl. Gaggl, 2010, 80).

Im Gegensatz zu Biensteins Aussage, die fachpraktische Ausbildung verlaufe ungeplant und unstrukturiert (Bienstein, 1983, 6-7) beschreiben die interviewten PraxisanleiterInnen in diesem Zusammenhang ein eindeutig strukturiertes und geplantes Vorgehen, sowohl im Ablauf eines Praktikums durch Erst-, Zwischen- und

Endgespräche, wie auch in der Anleitungssituation selbst in Anlehnung an den Pflegeprozess. Auch in diesem Punkt stimmen die Ergebnisse mit jenen Gaggls überein (vgl. Gaggl, 2010, 87).

Probleme ergeben sich für die PraxisanleiterInnen im Rahmen der Beurteilung in Kombination mit dem in Niederösterreich flächendeckend implementierten Praxiskatalog. Dieser wird zwar von allen befragten PraxisanleiterInnen zur Beurteilung herangezogen, doch wie schon Grubmüller bemängeln die PraxisanleiterInnen in dieser Untersuchung, dass eine Beurteilung auf Basis dessen nicht objektiv und nachvollziehbar durchgeführt werden kann (vgl. Grubmüller, 2008, 118).

Ob Schalk folgend Sympathie die Praktikumsbeurteilung beeinflusst (vgl. Schalk, 2007, 112) kann mittels Interview zwar nicht eindeutig bestätigt werden, es lässt sich unter den gegebenen Voraussetzungen aber vermuten.

Die Ausbildungssituation betreffend zeigen sich die PraxisanleiterInnen in Summe zufrieden. Lediglich die Dauer der entsprechenden § 64 GuKG durchgeführten Weiterbildung zur PraxisanleiterIn und die mangelnde Möglichkeit, erworbene Lerninhalte in der Praxis auch umzusetzen, werden kritisiert.

Dass PraxisanleiterInnen fehlendes theoretisches Hintergrundwissen beklagen (vgl. Roes, 2004, 179) ließ sich in dieser Untersuchung nicht bestätigen, im Gegenteil. Selbst vor dem Hintergrund der zunehmenden Tertiärisierung der Pflegegrundausbildung fühlen sich die PraxisanleiterInnen in der Regel ausreichend ausgebildet, wobei sich dennoch 1/3 der PraxisanleiterInnen in diesem Zusammenhang für eine PraxisanleiterInnenausbildung auf tertiärer Ebene aussprechen.

Kritisiert werden auch die fehlenden Rahmenbedingungen im Bereich der Fortbildung und das entsprechend kaum vorhandene spezifische Fortbildungsangebot für PraxisanleiterInnen.

Ein gänzlich unerwartetes Bild zeichnen die PraxisanleiterInnen bezüglich der Situation der Auszubildenden in Niederösterreich. Entsprechend den Ergebnissen Schalks 2007 und Strobel, Seeligers 2009 wird 1/3 der Auszubildenden nicht entsprechend ihrem Ausbildungsstand, sondern immer noch als Arbeitskraft eingesetzt. In diesem Punkt zeigt sich dringender Handlungsbedarf seitens der Verantwortlichen.

Bei der Befragung hinsichtlich innovativer Lehr- und Lernkonzepte steht der Wunsch nach Implementierung des sogenannten 3. Lernortes im Zentrum des Interesses und die Erwartungen an einen solchen sind hoch. Zu dieser Thematik wurden in Niederösterreich seitens des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds bereits Schritte gesetzt, was die Realisierung und Umsetzung der Wünsche erwarten lässt.

Zusammengefasst muss also festgehalten werden, dass sich, obwohl sich die Voraussetzungen für Praxisanleitung insgesamt in den letzten Jahren verbessert haben und auch in kürzerer Vergangenheit notwendige und richtige Weichenstellungen, wie zum Beispiel durch die Gestaltung einer entsprechenden Stellenbeschreibung, seitens des Rechtsträgers vorgenommen wurden, um so entsprechende Impulse zu setzen, im Rahmen der Untersuchung dennoch beträchtliche Mängel die Rahmenbedingungen betreffend, unter welchen PraxisanleiterInnen augenblicklich zu arbeiten haben, zeigen. Unter den vorherrschenden Gegebenheiten können PraxisanleiterInnen die an sie gestellten Aufgaben nicht oder nur unzureichend erfüllen, was sich als nicht zeitgemäß im Sinne der Forschungsfrage darstellt.

Es zeigt sich aber auch, dass viele PraxisanleiterInnen ihrer Tätigkeit trotz der enormen Mehrbelastung und der schlechten Rahmenbedingungen mit großem Engagement und Idealismus ausüben und damit die fachpraktische Ausbildung in den Niederösterreichischen Landeskliniken - noch - vor einer Qualitätsverschlechterung bewahren.

Gerade deshalb muss es das vordringliche Ziel der Verantwortungsträger sein, Verbesserungen in diesem Bereich kontinuierlich voranzutreiben und darauf zu achten, dass bereits bestehende Verbesserungen auch entsprechend umgesetzt werden. Anderenfalls läuft man Gefahr, dass auf Grund mangelhafter Rahmenbedingungen (vgl. Strobel, Seeliger, 2008, 96), der oftmals fehlenden Anerkennung (vgl. Auböck, 2009, 95) und dem daraus resultierenden Druck, wie bereits aus Teilen der Interviews ersichtlich, die Motivation und das Engagement für Praxisanleitung seitens der PraxisanleiterInnen nachlässt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen in diesem Sinne Anlass dafür sein, dass „die praktische Ausbildung trotz – oder vielleicht gerade wegen – problematischer Bedingungen in der Praxis nicht zur Nebensache verkommt“ (Radke, 2008, 54).

Sie sollen einerseits sensibilisieren und als Grundlage für ein tieferes, ein besseres Verständnis für die Situation der PraxisanleiterInnen dienen, andererseits Anhaltspunkte für die Verbesserung der Rahmenbedingungen liefern und damit zu einer Verbesserung der Situation für die Praxisanleitung in Niederösterreich beitragen.

Dies erscheint nicht nur um der PraxisanleiterInnen selbst willen wichtig und notwendig, sondern vor allem auch in Anlehnung an Ewers, der unter anderem darauf hinweist, dass Anleitung auch der Qualitätsentwicklung in der Pflege dient und die Einführung von Innovationen und evidenzbasierter Daten in den Pflegealltag unterstützen kann (vgl. Ewers, 2001, 21).

Letztendlich kommt eine adäquat durchgeführte Anleitung im Rahmen passender Ressourcen nicht nur den PraxisanleiterInnen und Auszubildenden zugute, sondern in gleicher Weise auch den PatientInnen und in Summe letztendlich damit auch dem Niederösterreichischen Gesundheitswesen selbst.

11. Empfehlungen für die Praxis

Ausgehend von den erhobenen Daten soll im Rahmen der Empfehlungen für die Praxis ein mögliches Basismodell für die Praxisanleitung in NÖ skizziert und dargestellt werden.

Auf Grund der in den Interviews häufig genannten mangelhaften Vernetzung der PraxisanleiterInnen zwischen den Kliniken einer Region und den gänzlich fehlenden Überregionalen Strukturen erscheint es, im Sinne einer generellen Qualitätssteigerung, um die lückenhafte bzw. fehlende Kommunikation auf allen Ebenen zu verbessern und nicht zuletzt um der Praxisanleitung einem ihrer Bedeutung in der fachpraktischen Ausbildung entsprechenden Stellenwert zu geben, sinnvoll, auf Ebene der NÖ Landeskliniken-Holding bzw. des NÖGUS eine zentrale Koordinations- und Anlaufstelle zu schaffen und zu implementieren. Im weiteren Verlauf wird diese als „Praxiskoordination NÖ“ bezeichnet.

Die Abbildung 13 zeigt diese Struktur schematisch am Beispiel der Region Waldviertel. Die einzelnen Landeskliniken und Landespflegeheime, welche auf regionaler Ebene in den Plattformen für Praxisanleitung zusammengeschlossen sind, werden der „Praxiskoordination NÖ“ untergeordnet. Als direkter Ansprechpartner fungieren die Vorsitzenden der Plattformen der einzelnen Regionen.

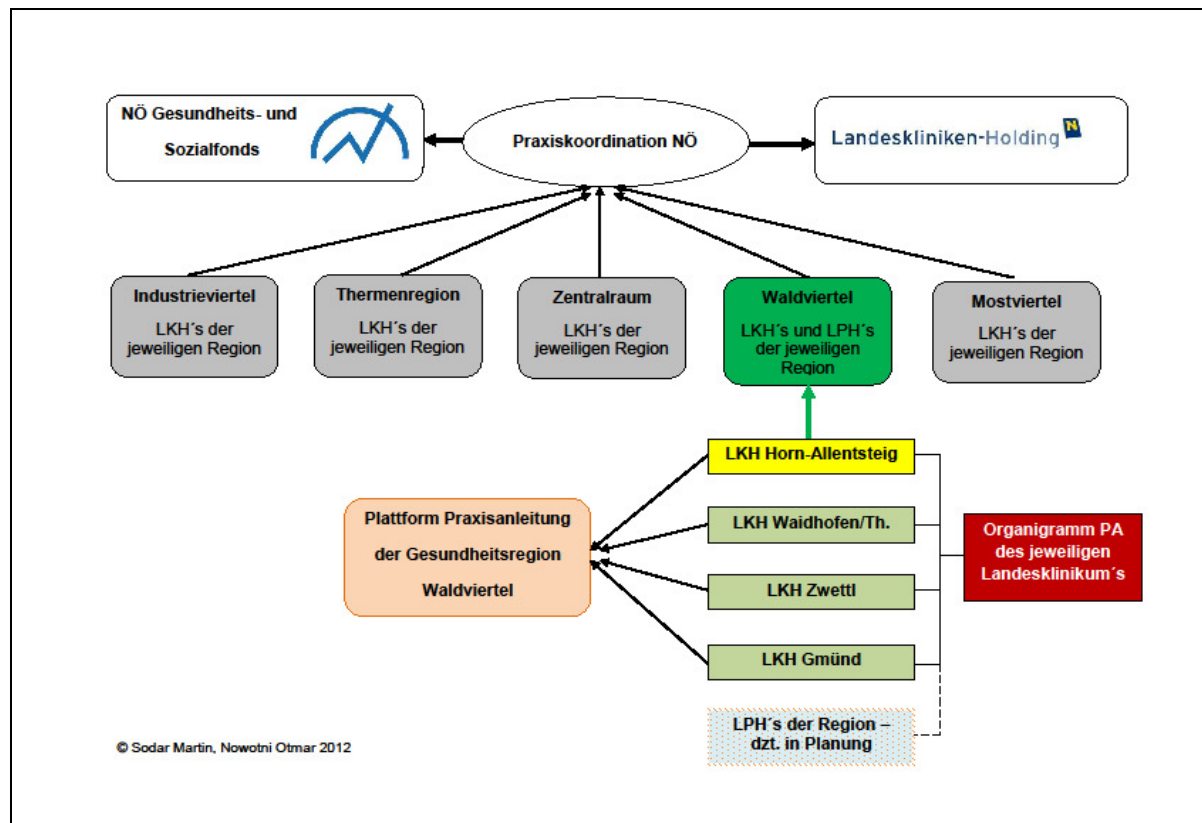


Abbildung 13: Organigramm Praxisanleitung

Wie aus der Abbildung ersichtlich müsste eine analoge Struktur, soweit nicht bereits vorhanden, in jeder Region aufgebaut bzw. weiterentwickelt werden.

Die Plattform der jeweiligen Regionen ist dabei entsprechend der in Abbildung 14 am Beispiel der Region Waldviertel ersichtlichen Struktur aufgebaut, welche sich wie folgt darstellt.

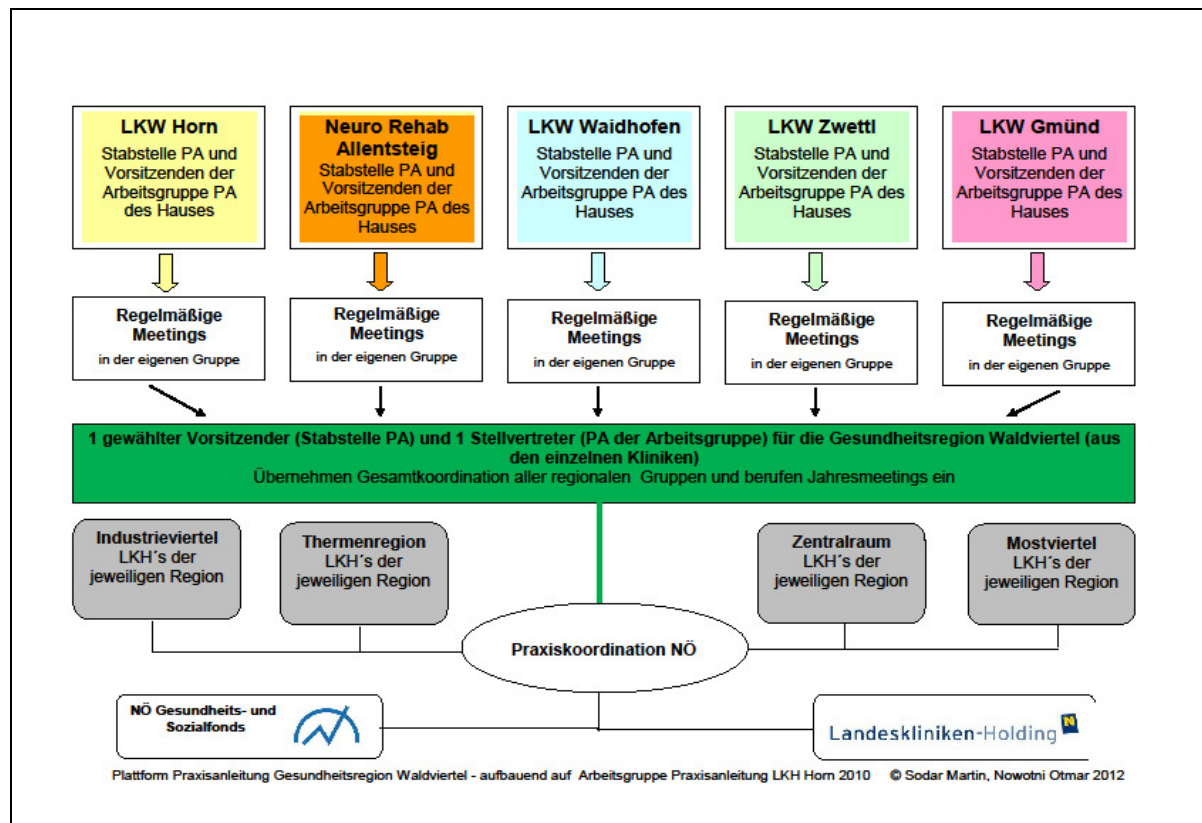


Abbildung 14: Organigramm Praxisanleitung Region Waldviertel

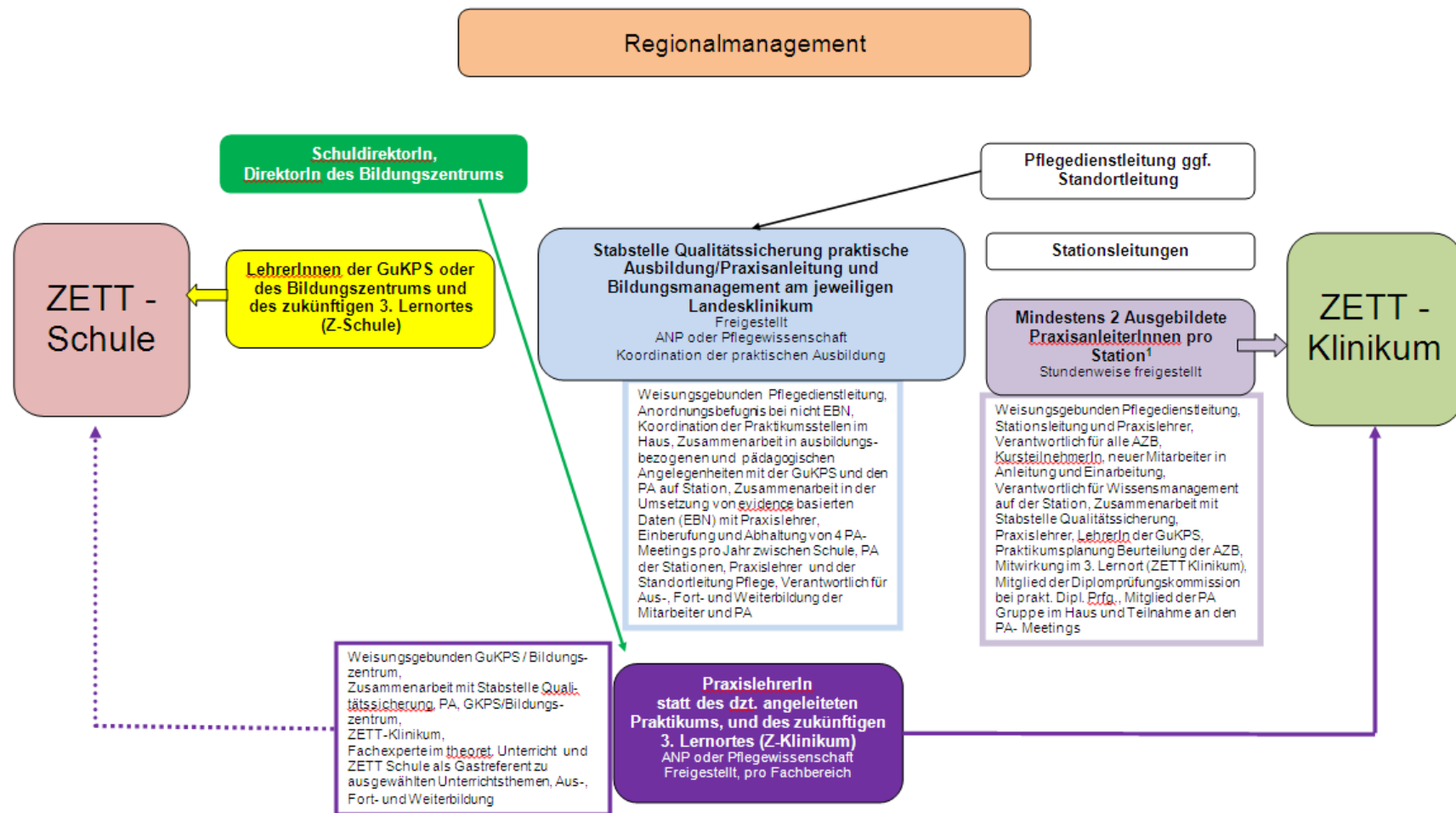
Jedes Klinikum der Region Waldviertel verfügt über eine Stabstelle für Praxisanleitung und einem Vorsitzenden aus der eigenständigen Arbeitsgruppe für Praxisanleitung des Standortes.

Der Vorsitzende der Plattform Praxisanleitung rekrutiert sich aus den Reihen der Stabstelle für Praxisanleitung der einzelnen Klinikstandorte der Region.

Die Stellvertretung kommt aus den Reihen der PraxisanleiterInnen. Gemeinsam vertreten sie die PraxisanleiterInnen ihrer Region.

Der strukturelle Aufbau der Praxisanleitung innerhalb eines Klinikums wird als Organigramm in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt. Ebenso werden die Aufgabenbereiche der einzelnen Stellen grob umrissen.

Organigramm Praxisanleitung im jeweiligen Klinikum



¹ Vgl. „Praxisanleitung in der Pflege“ in den NÖ Landeskliniken

Abbildung 15: Organigramm Praxisanleitung Klinikum

Die Hauptverantwortung für alle Agenden der fachpraktischen Ausbildung innerhalb eines Klinikums trägt die Stabstelle „Qualitätssicherung praktische Ausbildung/Praxisanleitung und Bildungsmanagement“.

Die Stabstelle koordiniert unter anderem die Praktikumsstellen innerhalb des jeweiligen Landesklinikums und hält Kontakt zu den Krankenpflegeschulen, den PraxisanleiterInnen auf den Stationen und den PraxislehrerInnen. Sie organisiert PraxisanleiterInnen- Meetings und zeichnet außerdem für die Organisation der Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen und PraxisanleiterInnen im Klinikum verantwortlich.

Im Rahmen der fachpraktischen Ausbildung, unter besonderer Berücksichtigung des Lernortes „ZETT Klinikum“, kommt, neben den ausgebildeten PraxisanleiterInnen der Stationen und Funktionsbereiche, der Position der PraxislehrerIn zukünftig besondere Bedeutung zu.

Ihr Hauptaufgabenbereich liegt einerseits in der Planung und Durchführung gezielter, pädagogisch und wissenschaftlich aufbereiteter Anleitungssequenzen für alle Auszubildenden an den jeweiligen Praktikumsstellen anstelle des derzeitigen angeleiteten Praktikums und der Unterstützung der PraxisanleiterInnen an ebendiesen, andererseits in der Organisation und professionellen Durchführung spezifischer Trainingseinheiten als ExpertIn im ZETT- Klinikum, welches von sämtlichen Gesundheitsberufen als praktisches Lernfeld genutzt werden soll.

PraxislehrerInnen leiten, koordinieren und organisieren den Lernort ZETT- Klinikum.

Sie sind die Drehscheibe in der Zusammenarbeit zwischen der Stabstelle „Qualitätssicherung praktische Ausbildung/Praxisanleitung und Bildungsmanagement“, den PraxisanleiterInnen und den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen bzw. Ausbildungszentren.

Außerdem fungieren sie als FachexpertInnen im ZETT- Schule, sowie als GastreferentInnen zu ausgewählten Themen im Rahmen des theoretischen Unterrichts.

Ein weiteres Aufgabenfeld liegt im Bereich der Fort- und Weiterbildung.

Durch ihre Tätigkeit im Sinne einer „Lehrpflegeperson“ tragen PraxislehrerInnen zu einer entscheidenden Steigerung der Qualität in der fachpraktischen Pflegeausbildung und einer Verbesserung des Theorie-Praxistransfers bei. Damit

werden unter anderem fachliche, methodische und sozial/kommunikative Kompetenzen zukünftiger Pflegepersonen verbessert, womit den derzeitigen und auch den zukünftigen Anforderungen professioneller Pflege Rechnung getragen wird.

PraxisanleiterInnen sind für die Anleitung der Auszubildenden, die Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen und das Wissensmanagement auf den Stationen verantwortlich. Sie planen die Praktika, beurteilen die Auszubildenden und wirken im ZETT- Klinikum mit.

Die Implementierungen von ZETT`s in Kombination mit PraxislehrerInnen in die niederösterreichischen Landeskliniken bedeuten somit nicht nur einen Mehrwert für die Auszubildenden, sondern ebenso für das Fachpersonal, die PatientInnen und damit auch den Klinikerhalter.

Die Verbesserung der Ausbildungsqualität führt gleichzeitig zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit aller an der Ausbildung Beteiligten, was sich in Folge wiederum in der Qualität der allgemeinen Arbeitsleistung widerspiegeln sollte.

Das hier am Beispiel des Waldviertels beschriebene Basismodell für Praxisanleitung in NÖ skizziert ein völlig anders strukturiertes Rahmenkonzept der fachpraktischen Ausbildung im Vergleich zum derzeit etablierten System.

Der auffallendste Unterschied liegt dabei eindeutig in der Tatsache dass die „Last“ der fachpraktischen Ausbildung nun nicht mehr ausschließlich von den PraxisanleiterInnen getragen wird, sondern von PraxisanleiterInnen und PraxislehrerInnen gleichermaßen. Das bedeutet letztendlich eine Verschiebung der Ausbildungsverantwortung. Die fachpraktische Ausbildung liegt nun in Händen der Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege (PraxislehrerIn) und den Kliniken (PraxisanleiterIn).

Durch Prozessoptimierungen im Zuge der Umsetzung könnten Abläufe effizienter gestaltet und die sich dadurch ergebenden Einsparungspotentiale genutzt werden. In Summe bietet dieses System bessere Rahmenbedingungen für Ausbildungsverantwortliche wie Auszubildende, erhöht die Pflegequalität und die PatientInnenzufriedenheit und liefert damit einen Beitrag zur Professionalisierung und Imageverbesserung der Gesundheitsberufe und des gesamten Gesundheitsbereichs.

Das Modell soll somit dazu dienen das derzeit mangelhafte Ausbildungssystem zu verbessern und die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege zukunftsorientiert zu gestalten.

Auf Grund der Komplexität des Themas, der Tatsache dass über eine Vielzahl an Variablen, zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Empfehlungen noch Unklarheit herrscht und eine differenziertere Darstellung den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen würde, erhebt dieses Rahmenkonzept keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, sondern soll aus Sicht des Autors als eine mögliche Diskussionsgrundlage verstanden werden.

12. Literaturverzeichnis

- Auböck U. (2011): Die praktische Ausbildung unter dem Aspekt einer zukünftigen Primärqualifizierung. Ergebnisse einer ExpertInnenbefragung.
<http://www.rudolfinerhaus.at/de/campus/pflege-weiterbildung/downloads.html>
(10.2.2012).
- Auböck U. (2009): Das subjektive Rollenverständnis der Praxisanleiter in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege. Diplomarbeit vorgelegt an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol.
- Bienstein C. (1983). Analyse der praktischen Ausbildungssituation in der BRD. Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 36, 8, Beilage 6-7.
- Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.)(2005): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. VS-Verlag, Wiesbaden.
- Duden online. www.duden.de/rechtschreibung/didaktik (10.9.2011).
- Donau Universität Krems (2012): Praxislehre in der Pflege. Studienhandbuch.
http://www.donauuni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt_medizin/zqsg/guklehr_gaenge/121121_studienhanbuch_plp.pdf (20.11.2012).
- Engel R. (2009): Das Berufspraktikum im Bachelor Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege. Pflegenetz, 1, 9, 24-25.
- EU in Motion (2007): Implementierung des Unterrichtskonzeptes Problem-based Learning (PBL) und LTT (Lernbereich Training und Transfer. http://www.eu-in-motion.eu/PDF/Good%20Practice/Deutsch/Oesterreich-Good_Practice-Implementierung_des_EQF.pdf (10. 9.2011).
- Ewers M. (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- FH-GuK-AV in der geltenden Fassung.
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005853> (2.3.2011).
- FHStG in der geltenden Fassung.
http://www.jusline.at/Fachhochschul-Studiengesetz_%28FHStG%29.html (2.3.2011).
- FH Krems (2012): Gesundheits- und Krankenpflege.
http://www.fh-krems.ac.at/fileadmin/downloads/studies/guk_ba_08_2012_vga.pdf
(10.8.2012).

FHR (2010): Der FH- Sektor im Jahr 2010 - Ein Überblick.

http://www.fhr.ac.at/fhr_inhalt/00_dokumente/Jahresbericht/FH-Sektor_berblick.pdf
(08.10.2011).

Fichtmüller F., Wallner A. (2005): Stellungnahme der Sektion Bildung des DV
Pflegewissenschaft zum Positionspapier des Deutschen Bildungsrates für
Pflegerberufe. Vernetzung von theoretischer und praktischer
Pflegeausbildung. Pflege und Gesellschaft, 10, 1, 5, 63-64.

Fiechtner V., Meier M. (1998): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. ecom-
Verlag, Fritzlar.

Flick U. (2004): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt, Hamburg.

Frauenlob T. (2003): Workshopreihe Theorie-Praxis. Thema klinischer Unterricht.

http://www.printernet.info/index2.php?page=shop.product_details&flypage=fachartikel_flypage.tpl&product_id=364&category_id=200301&option=com_virtuemart&Itemid=9
(9.10. 2011).

Gaggl M. (2010): Praktische Anleitung – das Verständnis von Praxisanleiter und
Praxisanleiterinnen in der Gesundheits- und Krankenpflege – eine qualitative
Untersuchung. Diplomarbeit eingereicht an der Universität Wien.

Gaggl M. (2008): Curriculare Vorgaben für die praktische Ausbildung von
Gesundheits- und Krankenpflegeschülern. In: Hofmann R. (Hrsg.): Handbuch
Praxisanleitung. Lernen mit Pfiff, Wien, 37-48.

Gläser J., Laudel G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.
VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Graudenz S. (2008): Der Pflegeprozeß in der Pflegedokumentation von
Krankenhäusern. Vorstellung eines Instrumentes zur Beurteilung und
exemplarische Studie. Diplomica Verlag, Hamburg.

Gruber H., Mandl H., Renkl A. (2002): Was lernen wir in Schule und Hochschule:
Träges Wissen?. Hogrefe, Göttingen.

Grubmüller M. (2008): Die praktische Ausbildung. Evaluation der allgemeinen
Gesundheits- und Krankenpflegeschulen mit dem Schwerpunkt der
praktischen Ausbildung in Österreich. Diplomarbeit eingereicht an der
Universität Wien.

Gudjons H., Winkler R. (Hrsg.)(2002): Didaktische Theorien. Ohne Verlag, Hamburg.

GuK-AV in der geltenden Fassung.

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011179&ShowPrintPreview=True> (10.03.2011).

- Hofmann R. (Hrsg.)(2008): Handbuch Praxisanleitung. Lernen mit Pfiff, Wien.
- Hofmann F. (2011): Vor- und Nachteile von dualen Ausbildungssystemen.
Konzeption von Praktika im Rahmen von (Aus-)Bildungsprozessen in der Gesundheits- und Krankenpflege.
http://www.pflegewissenschaft.info/shop?page=shop.product_details&flypage=fachartikel_flypage.tpl&product_id=1072&category_id=201102 (10.11.2011).
- Josuks H., Pech G., Woecht F. (Hrsg.)(2002): Praxisanleitung in der Intensiv- und Anästhesiepflege. Grundlagen – Methodik – Pflegestandards. Schlütersche, Hannover.
- Jung H., Stähling E. (1998): Gestaltungsmerkmale und Qualität der praktischen Ausbildung in der Krankenpflege. Eine empirische Untersuchung. Biblimed, Melsungen.
- Köckeis Ch., Lang R. (2009): Praxisanleitung in der Pflege. NÖ Landeskliniken-Holding, St. Pölten.
- Krenn H., Griessner R. (2009): Praxisanleitung in der Pflege. NÖ Landeskliniken-Holding, St. Pölten.
- Kozon V., Fortner N. (Hrsg.)(2006): Wundmanagement. Pflegephaleristik. ÖGVP Verlag, Wien.
- Kriegl M. (2008): Leitlinien der praktischen Ausbildung. In: Hofmann R. (Hrsg.): Handbuch Praxisanleitung. Lernen mit Pfiff, Wien.
- Landwehr N. (2003): Der dritte Lernort und seine Bedeutung für ein transferwirksames Lernen. http://lvps46-163-118-172.dedicated.hosteurope.de/shop?page=shop.product_details&flypage=fachartikel_flypage.tpl&category_id=200312&product_id=430 (9.11.2011).
- LoBiondo-Wood G., Haber J. (2005): Pflegeforschung. Methoden - Bewertung - Anwendung. Urban & Fischer, München.
- Maier-Wagrandl V. (2008): Fachpraktische Schüleranleitung - Eine geschichtliche Betrachtung / Ländervergleich. In: Hofmann R. (Hrsg.): Handbuch Praxisanleitung. Lernen mit Pfiff, Wien.
- Mamerow R. (2008): Praxisanleitung in der Pflege. Springer Verlag, Heidelberg.
- Mayer H.(2007): Pflegeforschung anwenden. Facultas Verlag, Wien.
- Mayr B. (2009): Wissensmanagement, Kompetenzmanagement und Modelltheorien. Ein Integrationsansatz zum erfolgreichen Transfer von Expertisen in betriebliche Abläufe. Diplomica Verlag, Hamburg.
- Meuser M., Nagel U. (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig

- bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion.
http://www.ipw.ovgu.de/inisoz_media/downloads/reim_narratives_interview_und_biographieanalyse/meuser_nagel_experteninterviews.pdf (9.11.2011).
- Meyer-Hänel P., Umbescheidt R. (2006): Der Lernbereich Training & Transfer, Antworten auf die Transferproblematik durch den 3. Lernort in der Ausbildung diplomierte Pflegefachfrau/diplomierter Pflegefachmann. http://lvps46-163-118-172.dedicated.hosteurope.de/shop?page=shop.product_details&flypage=fachartikel_flypage.tpl&category_id=200605&product_id=626 (9.11.2011).
- Mayring P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (2012): Pflegeausbildung in Zukunft. Beschreibung ZETT: Zentrum für Entwicklung - Training - Transfer. St. Pölten.
- NÖ Landeskliniken - Holding (2010): Praxisanleitung in der Pflege. In den NÖ Landeskliniken. St. Pölten.
- Pröll E., Sobotka W. (2009): Praxisanleitung in der Pflege. NÖ Landeskliniken-Holding, St. Pölten.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.)(2003): Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege. Wien.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006): Österreichischer Pflegebericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- ÖGKV (Hrsg.)(2001): Österreichische Pflegezeitschrift. Extra-Ausgabe. Handbuch für die praktische Ausbildung. ÖGKV Eigenverlag, Wien.
- Radke K. (2008): Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Riedler K. (2011): Qualität der praktischen SchülerInnen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in der Steiermark. Diplomarbeit eingereicht an der Medizinischen Universität Graz.
- Quernheim G. (2004): Spielend anleiten und beraten. Hilfe zur praktischen Pflegeausbildung. Urban&Fischer Verlag, München.
- Roes M. (2004): Wissenstransfer in der Pflege. Neues Lernen in der Pflegepraxis. Verlag Hans Huber, Bern.
- Sahmel K-H. (2001): Grundfragen der Pflegepädagogik. W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schalk D. (2007): Qualität der praktischen Ausbildung in der Gesundheits- und

- Krankenpflege. Diplomarbeit vorgelegt an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik UMIT, Innsbruck.
- Schladitz B. (2010): Praxisbegleitung in der Gesundheits- und Krankenpflege: Utopie oder Realität? Evaluation verschiedener Formen der Praxisbegleitung. Diplomica Verlag, Hamburg.
- Schwamberger H. (2008): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG): mit den hiezu erlassenen Verordnungen, Gesetzesmaterialien, weiteren Erläuterungen und Verweisen. Verlag Österreich, Wien.
- Schwarz-Govaers R. (2005): Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Hogrefe, Bern.
- Seidl E. (1993): Pflege im Wandel. Maudrich, Wien.
- Statistik Austria (2011): Personal im Gesundheitswesen:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html (10.10.2011)
- Staudinger Ch. (2008): Vorwort. In: Hofmann R. (Hrsg.): Handbuch Praxisanleitung. Lernen mit Pfiff, Wien.
- Strobel G., Seeliger M. (2009): Qualität der Pflegeausbildung an Pflegeschulen: „Schwerpunkt praktische Ausbildung“. Forschungsarbeit an der FH Ludwigshafen.
- Them C. (2003): Sinnhaftigkeit bzw. Effektivität des „angeleiteten Praktikums“. Österreichische Pflegezeitschrift, 10, 3, 9.
- Völkel I. (2008): Praxisanleitung in der stationären und ambulanten Altenpflege. Urban & Fischer Verlag, München.
- Voraberger A. (2007): Zur Situation der praktischen Pflegeausbildung in Oberösterreich. Diplomarbeit eingereicht an privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik UMIT, Innsbruck.
- Wendt Leon M. (1995): Krankenpflegeausbildung in Europa. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln.
- Weber A. (2007): Problem-Based-Learning. Hep, Bern.
- Weiss-Faßbinder S., Lust A. (2006): GuKG, Gesundheits- und

Krankenpflegegesetz. Manz'Sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung,
Wien.

Wiener WHO - Modellprojekt Gesundheit und Krankenhaus (1996): Wie im
Pflegedienst Praxisanleitung eingeführt werden kann. Ludwig Boltzmann - Institut,
Wien.

13. Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Vor- und Zuname: Martin Sodar
Geburtsdatum: 28.6.1969
Geburtsort: Wilhelmsburg
Staatsangehörigkeit: Österreich
Familienstand: ledig



Ausbildung:

1975 - 1979 Volksschule Wilhelmsburg
1979 - 1983 Bundesrealgymnasium Lilienfeld
1983 - 1989 Bundes-Aufbaugymnasium Horn
1989 - 1992 Universität Wien (Studium der Humanmedizin n.a.)
1993 - 1996 Ausbildung im Rahmen des SOAPRO
an der KPS Horn zum Dipl. GuKP
2001 - 2002 Weiterbildungslehrgang im Bereich Praxisanleitung
und Trainerausbildung für den Bereich
Erwachsenenbildung (Train The Trainer)
2002 - 2003 Ausbildung zum Mediator
2004 Grundseminar für die Arbeit als allgemein beeideter
und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für
Gesundheits- und Krankenpflege

Berufserfahrung

1992 - 1993 a. ö. KA Horn OP-Gehilfe
1996 - 1997 Zivildienst
seit 1997 Dipl. GuKP am Landeskrankenhaus Horn
seit 2000 Tätigkeit als Fachvortragender im Bereich der
Gesundheits- und Krankenpflege für das Rote
Kreuz, die Gesundheits- und Krankenpflegeschule
Horn und das BFI NÖ
seit 2003 freiberufliche Tätigkeit